Gjennomgang av allmennlegetjenesten

Ekspertutvalgets rapport

18. april 2023

Ny versjon 09.05.2023

INNHOLD

SAMMENDRAG 8

1. OM EKSPERTUTVALGET, MANDAT OG ARBEIDSFORM 17

1.1. Ekspertutvalgets sammensetning og rolle 17
1.2. Ekspertutvalgets mandat 17
1.3. Arbeidsprosess og involvering 18
1.3.1. Sekretariat 18
1.3.2. Trepartsmøter 18
1.3.3. Referansegruppe og andre eksterne innspill 18
1.3.4. Utvalgets møter og bidrag fra eksterne 19

1.4. Kunnskapsgrunnlag 20
1.4.1. Innhentet statistikk fra FHI og SSB 21
1.4.2. Om allmennlegetjenesten i andre land 21

1.5. Om rapportens struktur og innhold 21

2. UTFORDRINGSBILDET 23

2.1. Overordnet om demografisk utvikling og helsetjenestene 23
2.1.1. Aldrende befolkning og sykdomsbyrde mot 2050 23
2.1.2. Behovet for helsetjenester og helsepersonell, inkludert kostnadsutvikling 23

2.2. Innbyggerperspektivet 24
2.2.1. Innbyggernes tilgang til fastlege i by og land 24
2.2.2. Ventetid til konsultasjon/tilgjengelighet 29
2.2.3. Listeinnbyggere og lister med og uten fastlege 31
2.2.4. Kontinuitet og konsultasjoner blant innbyggere med og uten fastlege 32
2.2.5. Åpne fastlegelister 40
2.2.6. Kvalitet 41

2.3. Fastlegenes situasjon 46
2.3.1. Hvem er fastlegen – utvikling over tid 46
2.3.2. Fastlegenes inntekt og takstsystemet 47
2.3.3. Utvikling i fastlegens listelengde 52
2.3.4. Utvikling i fastlegens arbeidsmengde over tid 53
2.3.5. Innholdet i konsultasjoner og utvikling over tid 60
2.3.6. Utvikling i arbeid utenfor vanlig arbeidstid 65
2.3.7. Fastlegers deltakelse i legevakt 68
2.3.8. Belastning og stress blant fastleger 69
2.3.9. Hvor blir legene av når de slutter som fastlege? 70

2.4. Kommunenes perspektiv ... 70
2.4.1. Geografiske ekstrautfordringer ... 71
2.4.2. Utvikling i antall leger i kommunehelsetjenesten ... 71
2.4.3. Ivaretakelsen av fastlegeordningen ... 73
2.4.4. Rekruttering, avgang og varighet på fastlegeavtaler i kommunene ... 73
2.4.5. Kommunenes fastlegekapasitet og lister uten fastlege ... 74
2.4.6. Andre kommunale helsetjenester og fastlegene ... 77
2.4.7. Kostnader til fastlegeordningen og allmennlegetjenesten ... 78

2.5. Kort om utfordringer i andre land ... 80
2.5.1. Utviklingstrekk og rammebetingelser for allmennlegetjenesten ... 80
2.5.2. Om legedekningen generelt ... 81
2.5.3. Andel og antall leger i allmennpraksis ... 82
2.5.4. Hvor fornøyde er innbyggerne? ... 84
2.5.5. Finne gode modeller for samhandling, samarbeid og arbeidsdeling ... 85
2.5.6. Å finne gode finansieringsmodeller ... 87
2.5.7. Tiltak for å styrke allmennlegetjenesten ... 87

3. MÅLBILDET ... 88

3.1. Innbyggerne og likeverdige tjenester ... 88
3.2. Bærekraftig samfunnsutvikling og prioritering ... 88
3.3. Riktig kvalitet og BEON ... 89
3.4. Kommunenes sørge-for-ansvar ... 89
3.5. Rekruttere og beholde leger ... 90

4. ORGANISERING AV FASTLEGETJENESTEN ... 91

4.1. Ekspertutvalgets anbefalinger ... 91
4.2. Dagens organisering av fastlegeordningen ... 92
4.2.1. Kommunens ansvar og rettslig regulering ... 92
4.2.2. Ulike driftsformer ... 94
4.2.3. Utfordringer i forholdet mellom næringsdrift og fast ansettelse ... 95
4.2.4. Varighet av fastlegeavtaler og eldre fastlegers mulighet til å stå i arbeid ... 96

4.3. Organisering av det som tilsvarer fastlegetjenesten i andre land ... 97
4.3.1. Sentrale trekk ved organisering av allmennlegetjenesten ... 97
4.3.2. En sterk statlig styringsrolle ... 98
4.3.3. Forvaltningsnivå og sørge-for-ansvar; Norge skiller seg ut ... 99
4.3.4. Varierende portvaktfunksjon ... 100
4.3.5. Ulike driftsformer og praksismodeller ... 101
4.3.6. Pasienttilknytning ... 103
4.3.7. Helprivate allmennlegetjenester i andre land ... 104
4.3.8. Legenes ansvar i henhold til nasjonale avtaler/kontrakter ... 105
4.3.9. Økende vekt på lokalbaserte, integrerte helsetjenester og team ... 108

4.4. Om helprivate allmennlegetjenester ... 109

4.5. Sørge-for-ansvaret og finansiering av fastlegetjenesten 110
4.5.1. Dagens ansvarsfordeling og finansieringsordning 110
4.5.2. Utfordringer med dagens ordning 110
4.5.3. Konsekvenser av delt ansvar 111
4.5.4. Modeller for samling av ansvaret 113
4.5.5. Ekspertutvalgets vurderinger 116

4.6. Fastlegen som portvakt 116
4.6.1. Fastlegen som portvakt til seg selv 117
4.6.2. Fastlegen som portvakt til spesialisthelsetjenesten 119
4.6.3. Ekspertutvalgets vurderinger 120

4.7. Gruppeavtaler og fastlegeselskap 122
4.7.1. Om gruppepraksiser og utfordringer med dagens organisering 122
4.7.2. Avtaler mellom en gruppepraksis og kommunen 123
4.7.3. Gruppeavtaler der listeansvaret legges til legekontoret 124
4.7.4. Ekspertutvalgets vurderinger 136

4.8. Overdragelse av fastlegepraksis ved næringsdrift 139
4.8.1. Kort om regler og praksis for overdragelse 139
4.8.2. Overdragelse av praksis – bakgrunn 140
4.8.3. Verdi av opparbeidet praksis og nemndas rolle 141
4.8.4. Utfordringer med dagens regler og praktiseringen av dem 141
4.8.5. Mulige tiltak 145
4.8.6. Ekspertutvalgets vurderinger 152

5. FINANSIERING 155

5.1. Ekspertutvalgets anbefalinger 155
5.2. Finansiering som virkemiddel 155
5.3. Dagens finansiering av fastlegeordningen 156
5.3.1. Driftsformer 156
5.3.2. Basisfinansieringen 156
5.3.3. Den aktivitetsbaserte finansieringen 157
5.3.4. Om takstsystemet 158

5.4. Sykepenger og pensjon for næringsdrivende leger 159
5.4.1. Sosiale rettigheter for næringsdrivende 159
5.4.2. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger 160

5.5. Finansiering av allmennlegetjenesten i andre land 161
5.5.1. Finansiering av legepraksiser og helsesentre 161

5.6. Drøfting av elementene i finansieringen 165
5.6.1. Basistilskudd vs. aktivitetsbasert finansiering 165
5.6.2. Differensieringer av basisfinansieringen 168
5.6.3. Mer om differensiering i form av knekkpunkt 169
5.6.4. Mer om differensieringer i form av risikojustering 170
5.6.5. Mer om differensiering i form av kvalitetsjustering 174
5.6.6. Behov for endring i finansieringen 177
5.6.7. Øke basistilskuddets andel av finansieringen 178
5.6.8. Differensieringsbehovet øker når basistilskuddet øker 180

5.7. Ekspertutvalgets vurderinger 181
5.7.1. Rekrutteringstilskudd 181
5.7.2. Økt andel basistilskudd 181
5.7.3. Mer differensiering av basistilskuddet 184
5.7.4. Gjennomgang av takstsystemet 185
5.7.5. Dissenser om basis/innsatsstyrt finansiering 185

6. TVERRFAGLIGHET 188

6.1. Ekspertutvalgets anbefalinger 188
6.2. Tverrfaglighet på fastlegekontoret 188
6.2.1. Regulering av oppgaver mellom personellgrupper 190
6.2.2. Teamorganisering og pilot primærhelseteam 193
6.2.3. Tverrfaglighet i andre land 196
6.2.4. Kunnskapsgrunnlag om oppgavedeling i primærhelsetjenesten 199
6.2.5. Grad av selvstendighet: Medhjelper eller mer selvstendig arbeid 202

6.3. Finansiering av tverrfaglighet og profesjonsnøytrale takster 207
6.3.1. Finansielle barrierer i dagens ordning 208
6.3.2. Finansiering av tverrfaglighet – ulike løsninger 209
6.3.3. Annet personell som fastlegens medhjelper (delegering) 210
6.3.4. Egne takster for annet personell 212
6.3.5. Profesjonsnøytral finansiering i sykehus 213
6.3.6. Profesjonsnøytral finansiering i fastlegeordningen 215
6.3.7. Kostnadskontroll 216
6.3.8. Nærmere om økonomiske konsekvenser 217
6.3.9. Finansiering av tverrfaglighet gjennom tilskudd 218
6.3.10. Insentiver og kostnader ved tverrfaglighet 220

6.4. Ekspertutvalgets vurderinger 231
6.4.1. Økt tverrfaglighet 232
6.4.2. Endring i finansieringsordningene 233
6.4.3. Behov for ledelse og støtte i faglige vurderinger 234
6.4.4. Kostnader og kostnadskontroll 235

7. FASTLEGERS ARBEID MED ATTESTER 236

7.1. Ekspertutvalgets anbefalinger 236
7.2. Fastlegens plikt til å utstede attester 236
7.3. Tidligere utredninger om attester og erklæringer 236

7.4. Sykmelding og samhandling med NAV 238
7.4.1. Fastlegens rolle i sykmeldingsarbeidet 238
7.4.2. Om bruk av egenmelding 238
7.4.3. Legens rolle i sykmeldingsarbeidet i andre land 239
7.4.4. Økt omfang og tidsbruk ved sykmeldingsarbeid 240

7.5. Bidrar fastlegene til å redusere korttidsfraværet? 244
7.6. Ekspertutvalgets vurderinger 244

8. LEGEVAKT 247

8.1. Ekspertutvalgets anbefalinger 247
8.2. Innledende om legevakt 248
8.2.1. Kommunens ansvar 248

8.3. Lokale forskjeller i legevakt 249
8.3.1. Organisering 249
8.3.2. Bemanning i legevakt 250
8.3.3. Pasienter i legevakt og triagering 250
8.3.4. Kompetansekrav til lege i legevakt 251
8.3.5. Legevakt i andre land 252
8.3.6. Beskrivelse av utprøvinger og utredninger 255

8.4. Hovedutfordringer legevakt 259
8.4.1. Størst vaktbelastning og sårbar vaktordning i distrikt 260
8.4.2. Rekrutteringseffekten av legevaktsarbeid på fastlegetjenesten 260
8.4.3. Tiltak for å øke kvalitet i legevakttjenesten har gitt utfordringer 261
8.4.4. Utfordringer for samhandling med øvrig akuttmedisinske kjede 262
8.4.5. Kommunens ansvar 263
8.4.6. Avlønning for legevakt og kommunenes kostnader til legevakt 263

8.5. Ekspertutvalgets vurderinger 264
8.5.1. Fastlegenes arbeidstid i legevakt 265
8.5.2. Kompetansekrav til lege i vakt i akuttmedisinforskriften 267
8.5.3. Sentralisering av legeressurser, og bruk av teknologi og annet personell 268
8.5.4. Deling av personell og samhandling i den akuttmedisinske kjede 273
8.5.5. Reduksjon av pasienthenvendelser til legevakt 274
8.5.6. Tilskudd til legevakt 276
8.5.7. Finansiering av interkommunal legevakt 276
8.5.8. Helseforetakene drifter legevakt på natt 277

9. KOMPETANSE I ALLMENNLEGETJENESTEN 279

9.1. Ekspertutvalgets anbefalinger 279
9.2. Dagens krav til kompetanse i allmennlegetjenesten 280
9.2.1. Om kompetanseforskriftens hovedregler 280

9.3. Legers grunnutdanning 282
9.3.1. Grunnutdanningen av leger i dag 282
9.3.2. Kunnskap om grunnutdanningens effekt på rekruttering 283

9.4. Spesialistutdanningen i allmennmedisin 283
9.4.1. Ny ordning for spesialistutdanning 283
9.4.2. LIS1 – første del av spesialistutdanningen 284
9.4.3. Kunnskap og tidligere utredninger om LIS1 284
9.4.4. ALIS – siste del i spesialiseringsløpet i allmennmedisin 285
9.4.5. Tiltak for leger og kommuner 286
9.4.6. Kunnskap om yrkesvalg og spesialistutdanning 289
9.4.7. Dagens spesialistutdanning i andre land 291

9.5. Etterutdanning 293
9.5.1. Etterutdanning i andre land 293
9.5.2. Om rammer og innhold 294
9.5.3. Historisk utvikling 295

9.6. Hovedutfordringer kompetanse 295
9.6.1. Kompetansekravene begrenser tilgjengelig arbeidskraft for kommunene 296
9.6.2. Unge legers preferanser passer ikke med rammene rundt fastlegeyrket 297
9.6.3. Medisinstudentene har for lite praksis i allmennmedisin 297
9.6.4. Det er for få LIS1-stillinger og tjenesten favoriserer sykehusene 298
9.6.5. Kravene i spesialistutdanningen begrenser kapasiteten 300
9.6.6. Kommunens rolle og forutsetninger for å være utdanningsvirksomhet 302
9.6.7. Effekter av obligatorisk etterutdanning 302

9.7. Ekspertvalgets vurderinger 304
9.7.1. Endring i LIS1-tjenesten 304
9.7.2. Endring i spesialistforskriftens krav 313
9.7.3. Utdanningsstillinger i allmennmedisin 317
9.7.4. Veiledning av studenter, LIS1 og ALIS 321
9.7.5. Kommunen som utdanningsvirksomhet 322
9.7.6. Kompetansekravene 323
9.7.7. Endringer i etterutdanningsmodellen 324

10. DIGITALISERING, INNOVASJON, FORSKNING OG LEDELSE 325

10.1. Ekspertutvalgets anbefalinger 325
10.2. Digitalisering 325
10.2.1. Samhandlingsløsninger og nasjonale tiltak 326
10.2.2. Velferdsteknologi 327
10.2.3. Kunstig intelligens og persontilpasset medisin 328

10.3. Algoritmen for bytte av fastlege 329
10.4. Endrede forventninger og ny rolle for allmennleger 330
10.4.1. Økte forventninger og tilgjengelighetskrav 330
10.4.2. Økt bruk av e-konsultasjon 330
10.4.3. Helsekompetanse og digitalt utenforskap 330

10.5. Å skape rom for endring 331
10.6. Balansere offentlig styring og private initiativ 332

10.7. Behovet for kunnskap om allmennlegetjenestene 333
10.7.1. Kunnskap om kvalitet 333
10.7.2. Kunnskap om helsepersonell 333
10.7.3. Forskning på allmennlegetjenesten og i allmennmedisin 334
10.7.4. Strukturer for å støtte forskning 334

10.8. Ekspertutvalgets vurderinger 335

11. 59 FORSLAG FOR EN BÆREKRAFTIG ALLMENNLEGETJENESTE 339

12. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER 342

12.1. Organisering av fastlegetjenesten 342
12.2. Finansiering 344
12.3. Tverrfaglighet 345
12.4. Fastlegers arbeid med attester 346
12.5. Legevakt 347
12.6. Kompetanse i allmennlegetjenesten 348
12.7. Digitalisering, innovasjon, forskning og ledelse 350

VEDLEGG A: EKSPERTUTVALGETS MANDAT 351

VEDLEGG B: BEGREPSLISTE 353

REFERANSER 355

SAMMENDRAG

Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter en rekke tjenester. Fastlegene yter de fleste. Antall innbyggere uten fastlege har økt mye de siste årene, og utgjør i dag mer enn 215 000 personer. Mange kommuner har store utfordringer med å ivareta sitt sørge-for-ansvar. Det er behov for å rekruttere flere fastleger. Tiltak må iverksettes for å redusere arbeidsbelastningen for de fastlegene som opplever at belastningen er for stor. I tillegg bør tiltakene gjøre det mulig for fastleger, som ønsker det, å ha flere innbyggere på sine lister.

For å styrke rekrutteringen, foreslår ekspertutvalget blant annet flere LIS1-stillinger og ansatte leger i ALIS-stillinger. Innføring av et midlertidig rekrutteringsstilskudd og regulering av fratredende leges rett til å selge sin praksis, vil også gjøre det lettere for unge leger å etablere seg som næringsdrivende fastlege.

For å støtte deling av oppgaver med andre yrkesgrupper, foreslår ekspertutvalget blant annet å åpne for mer delegering og å innføre profesjonsnøytrale takster. Fastlegetjenesten bør bli bedre integrert med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. En slik omstilling vil kreve organisatoriske og finansielle endringer i retning av større enheter og tydeligere ledelse.

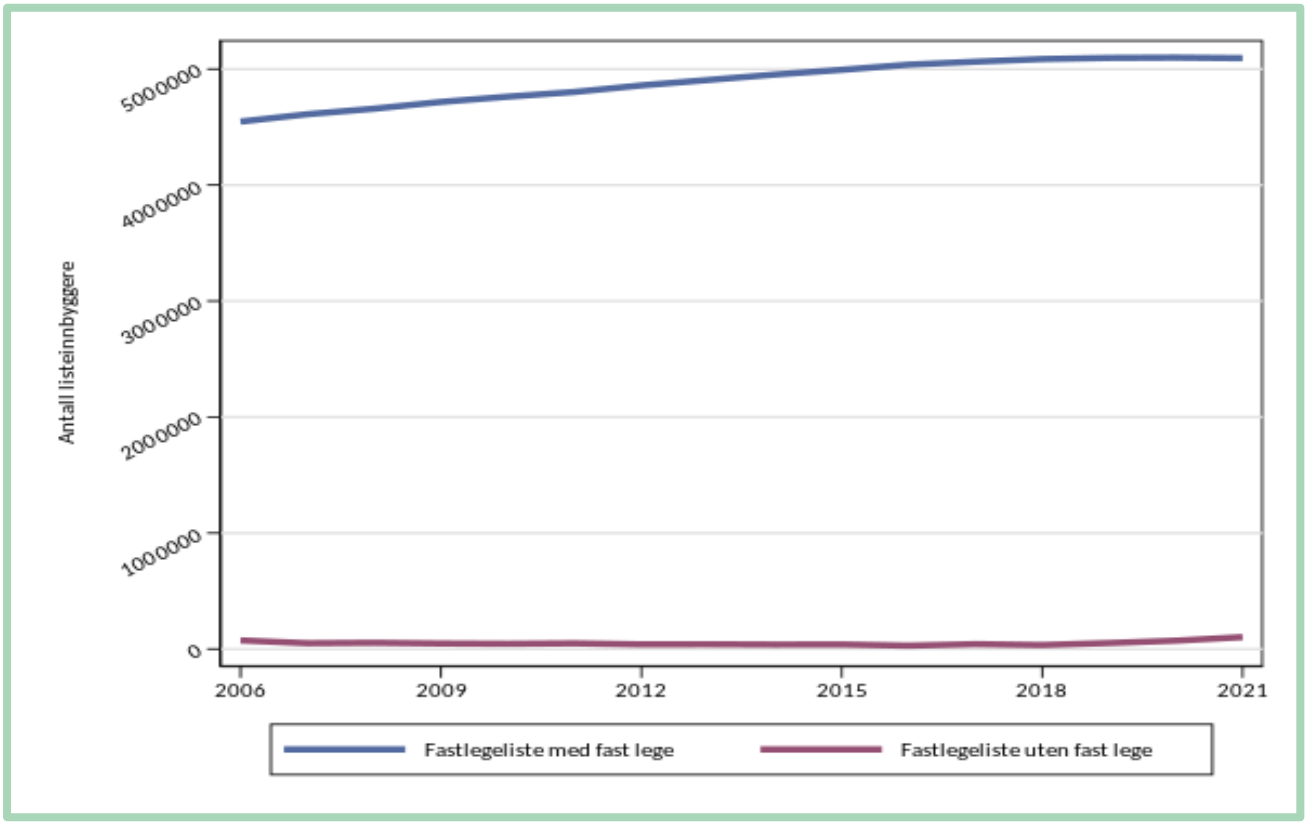
For å fremme medisinskfaglige prioriteringer og øke kapasiteten, foreslår ekspertutvalget blant annet at fastlegene slutter å utstede sykmeldinger for korttidsfravær og attester til elever i videregående opplæring.

Ekspertutvalgets flertall mener en økning av basistilskuddets andel av den samlede finansieringen vil kunne øke listekapasiteten og gi mer tid til kvalitetsutvikling, innovasjon og tverrfaglighet. Samlet sett tror ekspertutvalget at tiltakene vil bidra til likeverdige allmennlegetjenester også i framtiden.

Utfordringsbildet

Utfordringsbildet krever at vi må bli mer opptatt av formålstjenlig og effektiv utnyttelse og prioritering av ressursene i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Nesten alle innbyggerne i Norge har sin egen fastlege. Det finnes ikke gode data om ventetid på allmennlegetime, men de tallene som finnes, tyder på at ventetiden har ligget relativt stabilt på 2-3 dager (median) de siste ti årene. Antall fastleger per innbygger har økt hvert år siden 2005, men fastlegenes gjennomsnittlige listelengde har falt så mye at den totale listekapasiteten likevel er blitt for lav. Mange steder har nå ikke innbyggerne mulighet til å bytte fastlege, og de siste årene har andelen innbyggere på fastlegelister uten fastlege, økt fra under 1 til over 3 prosent (figur 2-7). Andelen av innbyggerne på lister uten fastlege, er langt høyere i mange distriktskommuner enn i byene.

Figur 2-7: Antall listeinnbyggere over tid, med og uten fastlege

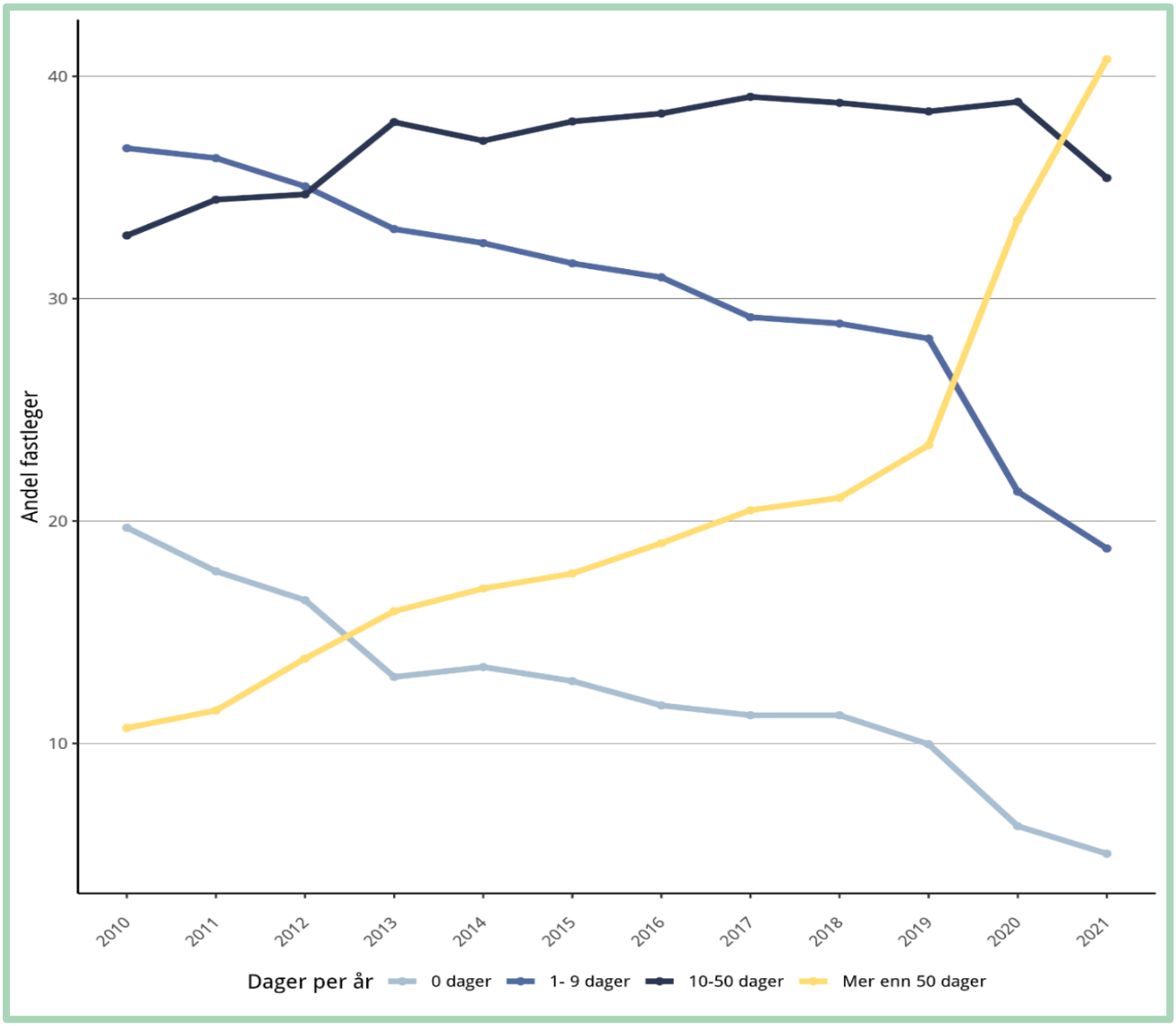


Merknad: Datagrunnlag inneholder ikke siste tilgjengelige oppdatering av totalt antall listeinnbyggere. Kilde: FLO, 2006–2020.

Innbyggere på lister uten fastlege har omtrent like mange allmennlegekonsultasjoner per år som pasienter med fastlege. De konsulterer vikar eller andre fastleger, og de har ikke flere legevaktbesøk enn pasienter med fastlege. Mens innbyggere med fastlege i snitt besøker den samme legen i rundt 70 prosent av konsultasjonene, er denne andelen rundt 60 prosent for innbyggere i distriktskommunene og for innbyggere på lister uten fastlege.

Mange fastleger opplever at de jobber for mye. Andelen av legene som takster for fastlegetjenester utenfor vanlig arbeidstid (kl. 17-07) mer enn 50 dager i året, har økt hvert år siden 2010. Økningen har vært særlig stor de siste par årene, og omfattet i 2021 om lag 40 prosent av legene (figur 2-34). Det er betydelige forskjeller mellom legene, men antall klokketimer per uke der fastlegen har registrert minst én fastlege- eller legevakttakst, er beregnet å ha økt fra 33 timer (median) i 2008 til 34 timer i 2019, og deretter til 37 timer i 2021. Årlige nasjonale tall for antall kurative fastlegedager, antall dager med minst én fastlegetakst, antall fastlegekonsultasjoner per kurativ dag, og antall timer med fastlegekonsultasjon per år er beregnet til å ha vært relativt uforandret de siste ti årene. Arbeidstidsøkninger de siste par årene knytter seg i stor grad til e-konsultasjoner, både i og utenfor normal arbeidstid, som vokste betydelig i omfang under koronapandemien.

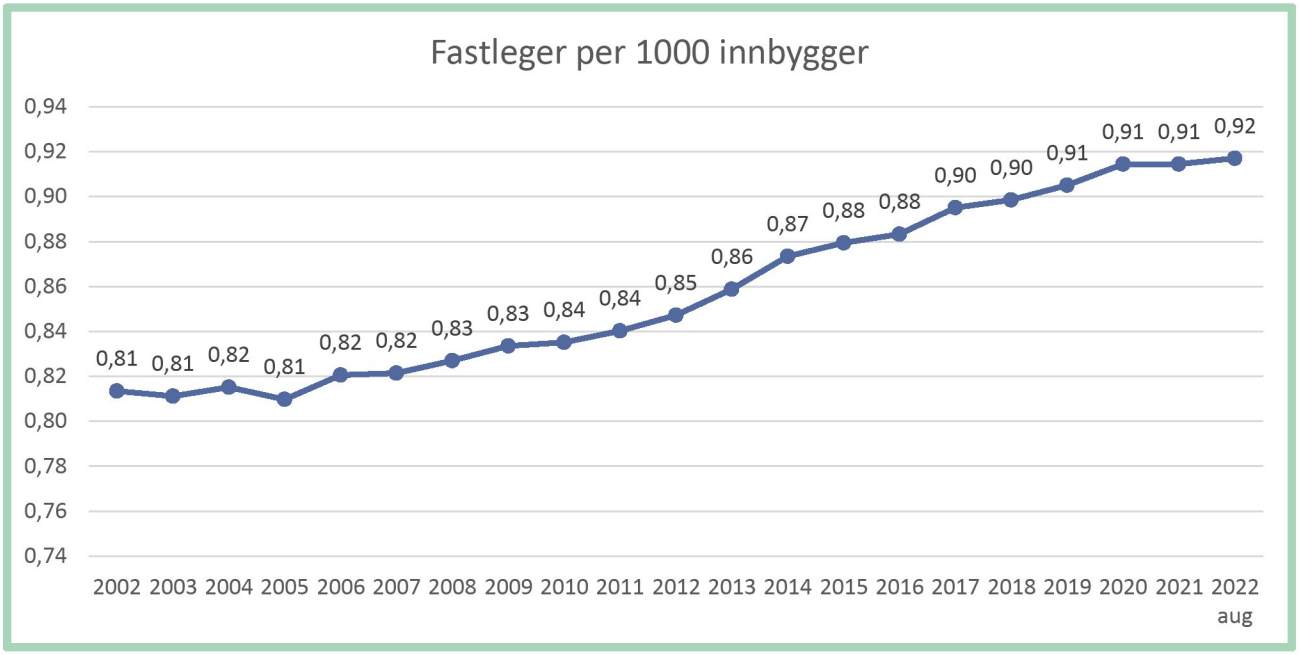
Figur 2-34: Andel fastleger etter antall dager med arbeid utenfor normal arbeidstid i løpet av et år



Merknad: Dager med arbeid utenfor normal arbeidstid er definert som minimum tre spesifikke takster i perioden kl. 17.00-06.59 på hverdager eller i helgene. Inkluderer kun fastlegearbeid, definert som praksistyper/oppgjørskoder fastlege eller fastlønnet og spesifikke fastlegearbeid takstkoder i KUHR. Kilde: FLO og KUHR

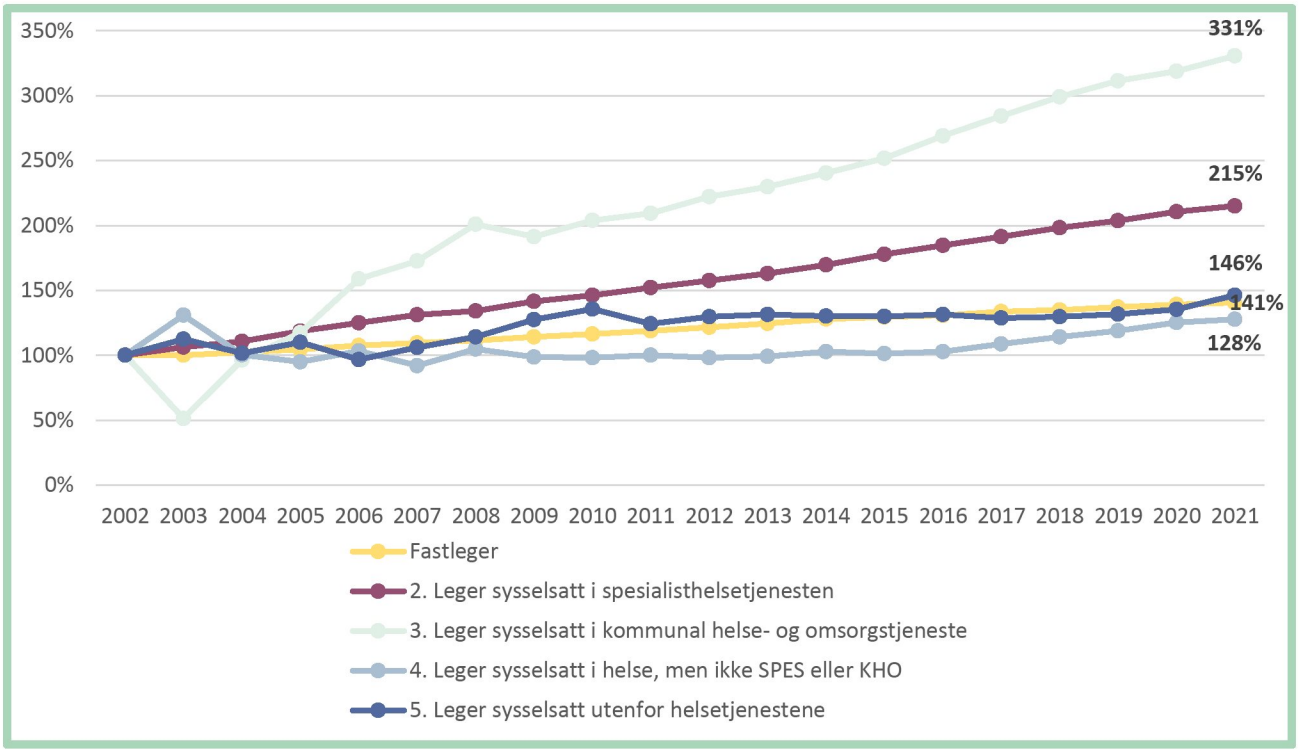
Veksten i antall fastleger har vært høyere enn befolkningsveksten hvert år siden 2005 (figur 2-2). Det lave antall leger sysselsatt i andre kommunale helse- og omsorgstjenester er mer enn tredoblet i samme periode (figur 2-36). Den totale allmennlegekapasiteten har derfor vokst mer enn befolkningen.

Figur 2-2: Antall fastleger per 1000 innbygger



Kilde: FLO og SSB, 2002-2022.

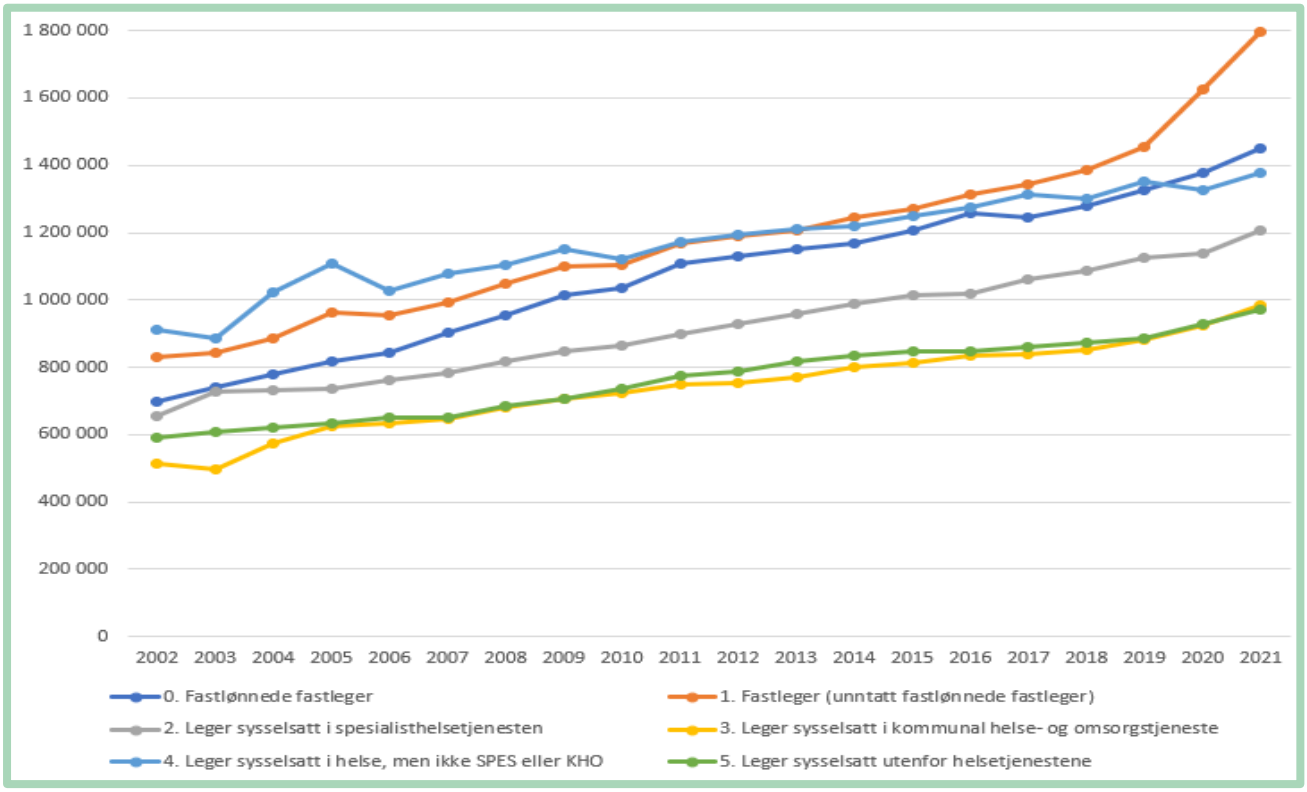
Figur 2-36: Prosentvis endring i antall leger i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten



Merknad: For leger med yrkesinntekt over 1G, 2002 – 2021. Kilde: SSB

De siste årene har de næringsdrivende fastlegenes inntekt økt mer enn inntekten til andre leger i Norge, men ellers har inntektsveksten til fastlegene og leger i spesialisthelsetjenesten vært omtrent den samme de siste 20 årene (figur 2-17).

Figur 2-17: Gjennomsnittlig yrkesinntekt for personer utdannet som leger



Kilde: Claus og Hjemås. Inntektsutvikling for fastleger og andre leger. Notat utarbeidet på oppdrag fra ekspertutvalget. SSB, 2023

De siste ti årene har inntekten til de næringsdrivende fastlegene stort sett ligget 20-30 prosent høyere enn intekten til legene i spesialisthelsetjenesten, med unntak for pandemiåret 2021, hvor inntekten til de næringsdrivende fastlegene var 50 prosent høyere enn inntekten til legene i spesialisthelsetjenesten (1,8 vs. 1,2 millioner). Med unntak av de siste par årene, har fast ansatte fastleger hatt en lønnsutvikling på linje med de næringsdrivende fastlegene, men nivået har vært 5-10 prosent lavere.

Helsepersonellkommisjonen peker på at helsepersonell i framtiden vil måtte ta hånd om flere pasienter og brukere enn i dag, og at den største behovs- og aktivitetsøkningen vil komme i kommunen. For å håndtere de voksende behovene, må fastlegene integreres enda bedre i kommunehelsetjenesten og kapasiteten i fastlegeordningen må økes.

Ekspertutvalget peker på at kapasiteten i allmenn- og fastlegetjenesten kan økes ved å i) rekruttere flere leger, ii) forhindre at leger slutter, iii) dele legens oppgaver med flere yrkesgrupper, og iv) prioritere bort oppgaver.

Rekruttere

På kort sikt foreslår ekspertutvalget at antall tilgjengelige leger økes ved at alle leger med gjennomført veiledet praksis etter studiene (LIS1) skal kunne være fastlegevikar. Samtidig mener utvalget at dagens ordning, der leger uten LIS1 kan være fastlegevikar eller jobbe selvstendig på sykehjem, bør opphøre. Disse legene kan jobbe under supervisjon og veiledning, og bør inkluderes i helsetjenesten ved å opprette flere LIS1-plasser.

Ekspertutvalget foreslår i tillegg at kommunene og sykehusene skal kunne opprette LIS1-stillinger som de selv finansierer, i stedet for dagens ordning der leger uten LIS1 jobber i kommunene og på sykehusene.

Unge leger gir uttrykk for at de ønsker å prøve fastlegeyrket, uten det administrative arbeidet og ansvaret som følger med å starte næringsdrift. Mange sier også at de ønsker å inngå i et større fagmiljø. Ekspertutvalget foreslår derfor at leger under spesialisering i allmennmedisin (ALIS) ikke bare skal kunne betjene sin egen innbyggerliste, som i dag, men at de også skal kunne ansettes i utdanningsstillinger så de kan jobbe med pasienter fra flere fastleger på samme kontor samtidig med fastlegene. For å øke kontinuiteten og kapasiteten i spesialistutdanningen i allmennmedisin, anbefaler ekspertutvalget oppmykning av kravene i spesialistforskriften knyttet til at veileder må være spesialist i allmennmedisin og til gjennomføring av institusjonstjeneste. Ekspertutvalget anbefaler å fjerne kravet til stillingsprosent ved gjennomføring av to års åpen uselektert allmennpraksis.

I mange norske kommuner må en lege kjøpe en praksis for å kunne begynne å jobbe som fastlege. Ekspertutvalget mener det hemmer rekrutteringen at man må betale for å begynne å jobbe, og foreslår at det innføres et midlertidig rekrutteringstilskudd til fastleger i kommuner med særlige rekrutteringsvansker. Utvalget foreslår også at reglene for overdragelse av praksiser reguleres, slik at det ikke er tvil om når kommunen fritt kan sette en ny lege til å betjene fastlegehjemmelen.

For å stimulere til større faglige fellesskap og mer kapasitet til ledelse, foreslår ekspertutvalget at det åpnes for gruppeavtaler, i kommunale fastlegekontor og i fastlegeselskap. Dagens fastlegeordning er basert på enkeltstående praksiser, der hver fastlege har sin egen avtale med kommunen, selv om de stadig oftere er under samme tak i en gruppepraksis. Denne organiseringen innebærer stor administrativ ikke-medisinsk aktivitet for legene, og den gjør det – sammen med finansieringsordningen – vanskelig å overføre oppgaver til annet personell.

Ekspertutvalget mener det er grunn til å stille spørsmål ved om dagens organisering i små enheter, der hver lege er ansvarlig for sin egen virksomhet, i tilstrekkelig grad bidrar til å framme faglig fellesskap, tverrfaglighet, samhandling, innovasjon og utvikling av tjenestene. Det individuelle utgangspunktet for hvordan fastlegeordningen i dag organiseres, synes å være en barriere for kommunens mulighet til å profesjonalisere ledelsen av fastlegene, og for å tilrettelegge tjenesten slik at den stadig bedre ivaretar innbyggernes behov. Ekspertutvalget anbefaler derfor å åpne for større enheter, samlet listeansvar, og kommunal avtale med fastlegeselskap, men der hver innbygger akkurat som i dag skal ha en fastlege. En slik organisering med en klar leder for virksomheten, likner mer på den vi har ellers i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Den likner også på dagens fastlegetjeneste ved Studentskipnaden i Oslo, og i større grad på fastlegeordningen i Danmark.

Ekspertutvalget mener at nærheten til innbyggerne og kommunen fordrer at fastlegeselskap kun skal kunne eies av ideelle organisasjoner, stiftelser, studentsamskipnader eller av en eller flere av legene som jobber der, samt av en eller flere kommuner sammen, dersom det skulle være ønskelig som alternativ til kommunalt fastlegekontor. Fastlegeselskapet må inngå avtale med kommunen, som også kan inkludere legevakttjenester eller andre allmennlegeoppgaver. Et fastlegeselskap kan knytte til seg spesialister i allmennmedisin, LIS1 og ALIS, enten ved ansettelse eller i næringsdrift. Den klare ledelsesstrukturen vil også gjøre det lettere å inkludere andre profesjoner, som psykologer, fysioterapeuter, sykepleiere eller andre.

Når det gjelder legevakt, har ekspertutvalget vektlagt sentralisering av legeressurser, desentralisert akuttilbud, og bruk av teknologi og annet personell, for å redusere fastlegens arbeidstid i legevakt. Legevaktarbeid kommer i tillegg til fastlegens arbeid på kontoret og eventuelle allmennmedisinske oppgaver i kommunen. Ekspertutvalget anbefaler at det bør etableres rammer for hvor mye legevaktarbeid fastleger kan pålegges. Legevaktarbeid gir stor vaktbelastning for fastleger i distriktene, der det er få leger i

vaktordningen. Kravet til bakvakt i akuttmedisinforskriften øker vaktbelastningen betydelig, og ekspertutvalget anbefaler derfor at LIS1 eller tilsvarende er tilstrekkelig for å ha selvstendig legevakt. Ekspertutvalget anbefaler at fastlønn bør benyttes mer for alt legevaktarbeid. Lege i legevakt bør som hovedregel ikke måtte jobbe alene på vakt, men ha tilgang på annet personell ved behov.

Nyutdannede leger gir utrykk for at de vektlegger rammer rundt yrkesutøvelsen, som i større grad passer med faste ansettelsesforhold. Ekspertutvalgets anbefalinger knyttet til overdragelse av fastlegepraksis, mulighet for ansettelse i fastlegeselskap og kommunalt fastlegekontor, innføring av utdanningsstillinger og økt andel basistilskudd vil gjøre det lettere å ansette fastleger.

Dele oppgaver

De siste årene har den største prosentvise legeveksten i Norge kommet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene (eksklusive fastlegene). Det avlaster fastlegene når det ansettes andre leger i kommunen som tar over legevakter, sykehjems- og skolehelsetjenesteoppgaver osv. I dag deler fastlegene arbeidet med listepasientene med LIS1 og vikarer, og ekspertutvalget foreslår at de i tillegg skal kunne dele arbeidet med ALIS. Noen få gruppepraksiser i Norge har ansatt egen leder. Dette avlaster fastlegene for administrasjon og ledelse, og utvalgets forslag om større enheter og endringer i finansieringen kan også stimulere til denne typen oppgavedeling.

Ekspertutvalget mener det er viktig at allmennlegene jobber i team sammen med flere helsepersonellgrupper. Det kan avlaste fastlegene og gi effektiv utnyttelse av ressursene. Det kan også gi bedre kvalitet i tjenesten, ved at økt tverrfaglighet i seg selv gir en merverdi. Dette gjelder innad i fastlegekontoret, men også ved at fastlegetjenesten i større grad integreres og deler på oppgavene med annet helsepersonell i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Ekspertutvalget anbefaler derfor at fastlegens mulighet til å delegere oppgaver til annet helsepersonell, som sykepleier og helsesekretær, utvides. Slik delegering innebærer at fastlegen skal kunne kreve egenandel og refusjon som om det var fastlegen selv som hadde utført oppgaven, men delegering innebærer også at fastlegen forblir ansvarlig for kvaliteten på tjenestene. Ekspertutvalget foreslår at også konsultasjoner skal kunne delegeres, slik som i Danmark.

I sykehusene er den innsatsstyrte finansieringen avhengig av hvilke tjenester som leveres, ikke av hvilken profesjon som utfører dem. Ledelsen og den enkelte helsearbeider har en plikt til å sikre at kvaliteten er forsvarlig. Ekspertutvalget anbefaler en tilsvarende ordning med profesjonsnøytrale takster i kommunale fastlegekontor med klart ledelsesansvar og i fastlegeselskap. Honoraret bør være det samme, uavhengig av hvilken profesjon som utfører oppgaven. I motsetning til delegasjon fra fastlegen, åpner dette også for at virksomheten kan utføre oppgaver som ligger utenfor fastlegens kompetanse, som for eksempel psykologtjenester eller fysioterapi. Med profesjonsnøytrale takster er det heller ikke fastlegen som står ansvarlig for kvaliteten, men virksomhetslederen og den enkelte helsearbeider.

Prioritere

Det er en fundamental del av fastlegens oppgave å si nei til undersøkelser og henvisninger som er formålsløse, eller som kan påføre pasienten helseskade. I fagmiljøene er det enighet om at underdiagnostikk og underbehandling er et problem, men at overdiagnostikk og overbehandling er et større problem fordi langt flere utsettes for dette. Når flere innbyggere ønsker en konsultasjon med fastlegen enn det fastlegen har kapasitet til, vil det være nødvendig med begrensinger i tilbudet for å sikre likeverdige tjenester. Det er derfor ikke et mål med flest mulig helsetjenester til flest mulig innbyggere. I dag har næringsdrivende fastleger drøyt tre konsultasjoner per listeinnbygger per år, mens fastleger som er ansatt i kommunen har 2,5. Det er ikke lett å vurdere om det ene er bedre enn det andre.

Noen av fastlegens oppgaver har liten eller ingen medisinskfaglig begrunnelse. Det gjelder mange attester, og spesielt for sykefravær i videregående skole. Ekspertutvalget mener at fastlegenes medisinske kompetanse er altfor verdifull for samfunnet til at den kan brukes til å løse ikke-medisinske utfordringer for andre sektorer. Det samme gjelder i stor grad også for utsteding av sykmelding for korttidsfravær i arbeidslivet. Ekspertutvalget vurderer at konsultasjoner knyttet til slike attester kan utgjøre så mye som 10 prosent av alle fastlegenes konsultasjoner. Alle innbyggere med helseutfordringer skal selvsagt fortsette å oppsøke lege hvis de har behov for helsehjelp, men ekspertutvalget anbefaler at fastlegene skal slutte å utstede attester for korttidssykefravær.

Det er veldokumentert at innretningen på takstene påvirker fastlegenes sammensetning av tjenester. Antall e-konsultasjoner utenfor vanlig arbeidstid har økt mye de siste årene, etter at det ble åpnet for at fastlegene kan ta takst for e-konsultasjon på kveld. Den korte varigheten på e-konsultasjoner tilsier at taksten relativt sett er betydelig høyere enn andre konsultasjonstakster, og mange fastleger jobber langt mer på kveldstid nå enn tidligere. For å redusere forventninger til kveldsarbeid, som utvalget antar er en belastning for mange fastleger, foreslår ekspertutvalget å avvikle kveldstakst for e-konsultasjon for fastleger (2aek).

I dag kan de fleste innbyggere selv bestille time digitalt, og legekontorets mulighet til å gi gode råd og vurdere hastegraden er begrenset. Dette kan gi mange tjenester til innbyggere som aktivt ber om det, men det vil kunne gå på bekostning av tilgangen til fastlegen for pasienter med større behov og som i mindre grad etterspør tjenester selv. Ekspertutvalget mener det er viktig at fastlegene i større grad gis mulighet til å bruke sitt faglige skjønn i prioriteringen av hvor raskt en innbygger får time.

Finansieringssystemet

Den aktivitetsbaserte finansieringen utgjør rundt 70 prosent av praksisinntekten til næringsdrivende fastleger. Den høye aktivitetsfinansieringen har stimulert fastlegene til å yte mange aktiviteter til sine listeinnbyggere, og dermed har de fleste listeinnbyggere med fastlege hatt relativt korte ventetider.

I dag er det mangel på listekapasitet. For å stimulere fastlegene mer til å ta listeansvar anbefaler flertallet i ekspertutvalget at det årlige tilskuddet per listepasient (basistilskuddet) utgjør en større andel av den totale inntekten for fastlegene. Etter flertallets syn er det ikke klart at en vridning mot mer basistilskudd reduserer aktiviteten, men i tråd med litteraturen forventes sammensetningen av aktiviteten derimot å være annerledes. Med høyere andel basistilskudd i finansieringen, belønnes fastlegene mindre for å yte en ekstra tjeneste til sine listeinnbyggere, men de belønnes mer for å øke antall listeinnbyggere. Medisinskfaglige normer for aktivitet vil da i større grad kunne påvirke legens valg. En økning av basistilskuddet vil også gjøre det mindre kostbart for fastlegene – i form av tapt takstaktivitet – å bruke tid på å utvikle sin praksis til det beste for innbyggerne.

Flertallet anser det dessuten som nødvendig med høyere andel basistilskudd og tilhørende lavere takster, for å kunne innføre mange av tiltakene ekspertutvalget foreslår for å redusere arbeidsbelastningen for fastlegene. Det gjelder særlig dersom fastlegene skal kunne dele listeansvaret med ALIS eller annet helsepersonell. Mer basistilskudd gjør at en økning i listelengden i større grad vil gi fastlegene en sikker inntekt som kan finansiere annet helsepersonell. Det vil legge bedre til rette for at det er medisinskfaglige vurderinger, og ikke økonomiske insentiver, som styrer aktiviteten. Det vil også kunne legge til rette for innovasjon og utvikling av tjenesten, og bidra til mer kostnadskontroll ved innføring av profesjonsnøytrale takster og åpning for delegasjon.

Med høyere andel basistilskudd, øker behovet for å justere det etter kjennetegn ved listeinnbyggerne. På sikt bør en videreutvikling av modellen for det pasientjusterte tilskuddet rettes mot indikatorer for sykdom, helsetilstand og sosioøkonomisk status på individnivå. Ekspertutvalgets flertall anbefaler også at det bør

innføres en ytterligere differensiering av basistilskuddet etter kvalitetsindikatorer. Som et første steg i denne retning, foreslår ekspertutvalget at basistilskuddet er høyere for spesialister i allmennmedisin.

Et mindretall er uenig i argumentene og begrunnelsen for endring i fordelingen mellom andelen basistilskudd og takster. Mindretallet legger vekt på å vedlikeholde tilstrekkelig kapasitet for å sikre god tilgjengelighet og oppfølging fra fastlegen.

Klarere ansvar

Kommunen har i dag sørge-for-ansvaret for fastlegetjenesten, mens finansieringsansvaret ligger hos staten. I tillegg til ansvarsdelingen mellom kommunen og staten, er sentrale elementer i ordningen avhengig av enighet i forhandlinger med Legeforeningen, hvilket bidrar til god forankring.

Sett i lys av behovet for endring i tjenesten, mer tverrfaglig og koordinert arbeid, og mer omfattende og helhetlig styring og ledelse, anbefaler ekspertutvalget at en eventuell overføring av finansieringsansvaret for fastlegeordningen til kommunene utredes nærmere.

Mer innovasjon og forskning

Mangel på helhetlig styring og fragmentert organisering utgjør en barriere for felles implementering av teknologi i helsevesenet. Ekspertutvalget anbefaler at staten i det videre bør ha en førende og tydelig rolle i digitalisering av helsetjenester, i kompaniskap med KS/kommunene og private leverandører.

Ved at innbyggerne selv finner god og oppdatert informasjon om symptomer, sykdommer og veiledende informasjon kan behovet for konsultasjoner hos fastlegen reduseres. Ekspertutvalget anbefaler at det utvikles en statlig nettside, som kan gi helseråd til befolkningen. Det kan vurderes om et slikt lavterskeltilbud også bør bygges ut med en døgnåpen allmennmedisinsk chat-, telefon- og/eller video-konsultasjonstjeneste.

Ekspertutvalget mener det er behov for mer forskning på allmennlegetjenestene og i allmennmedisin. Datagrunnlaget bør forbedres, både for å styrke planlegging og beredskap, og for raskere å kunne vurdere situasjoner knyttet til mangler ved fastlegeordningen og iverksette treffende tiltak. Ekspertutvalget anbefaler at staten bidrar med stabile, tilstrekkelige og uavhengige finansieringskilder for å sikre god kunnskap på lang sikt.

1. OM EKSPERTUTVALGET, MANDAT OG ARBEIDSFORM

1.1. Ekspertutvalgets sammensetning og rolle

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

Tabell 1-1: Ekspertutvalgets medlemmer

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

1.2. Ekspertutvalgets mandat

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten fikk sitt mandat av regjeringen 11. august 2022. Den 22. september 2022 sendte helseministeren i tillegg et brev til utvalget med orientering om forslaget i statsbudsjettet for 2023 om innføring av risikojustert basisfinansiering.

Allmennlegetjenesten i kommunene omfatter en rekke tjenester, og fastlegene yter de fleste av disse. Utvalgets mandat er omfattende, samtidig er tiden utvalget har fått til rådighet kort. Arbeidet innebærer en gjennomgang av store deler av allmennlegetjenesten, hvorav fastlegeordningen og legevakt er de to tjenesteområdene som det i mandatet vises eksplisitt til.

Utvalget skal utrede konkrete tiltak for å gjøre fastlegeordningen mer bærekraftig. Det er grunnleggende at de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten skal utnyttes best mulig. Samtidig skal tjenestetilbudet til befolkningen over hele landet være godt, med bredde, kvalitet, kontinuitet og tilstrekkelig kapasitet.

Ekspertutvalget bes i mandatet, som et minimum å utrede forhold knyttet til:

- Organisering og finansiering av fastlegeordningen
- Legevakt
- Kompetanse

For alle endringer som utredes skal det redegjøres for effekt på rekruttering, aktivitet, kapasitet, kvalitet/innhold og bredde, samt for administrative og økonomiske konsekvenser. Det legges til grunn at det skal være likeverdig tilgang til fastlegeordningen i hele landet.

Utvalget skal vurdere tiltak for å:

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

Ekspertutvalgets mandat er i sin helhet gjengitt i rapportens Vedlegg A.

1.3. Arbeidsprosess og involvering

1.3.1. Sekretariat

Ved opprettelsen av ekspertutvalget ga Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag å stille sekretariat for ekspertutvalget. Sekretariatet er underlagt utvalget og har bidratt med kunnskapsinnhenting, herunder anskaffelse av statistikk og analyser. Sekretariatet har også bistått med praktiske forhold, og lagt til rette for et godt og effektivt utvalgsarbeid.

Kine Lynum har ledet sekretariatet. Øvrige medlemmer har vært Ylva Helland, Ole Jørgen Grannes, Susanne Olsen, Ellen Starberg Larsen og Marius Tyssvang.

Birgitte Kalseth har bidratt med innhenting av informasjon og beskrivelser av allmennlegetjenesten i andre land, og med utdypende beskrivelser av finansiering og organisering av fastlegeordningen i Danmark[1].

Rapporten er illustrert av Mariel Rivelsrud i Rivelsrud Illustrations.

1.3.2. Trepartsmøter

Utvalgsleder har etter avtale deltatt i samarbeidsmøtene mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), KS (Kommunesektorens organisasjon), Oslo kommune og Den norske legeforening (Legeforeningen) for underveis å orientere om arbeidet. I disse møtene har utvalgsleder og leder av sekretariatet presentert utvalgets mandat og arbeid, og mottatt innspill fra partene.

1.3.3. Referansegruppe og andre eksterne innspill

Ekspertutvalget har også innhentet innspill fra referansegruppen for Helsedirektoratets arbeid med å styrke allmennlegetjenesten (Handlingsplan allmennlegetjenesten). Denne referansegruppen er bredt sammensatt

av forsknings- og kompetansemiljøer, fagorganisasjoner, pasient- og brukerorganisasjoner, statlige og kommunale virksomheter med flere.

Det er i perioden fra august 2022 og fram til og med mars 2023 gjennomført fire referansegruppemøter, hvor utvalgsleder har presentert utvalgets arbeid, og mottatt innspill til sitt arbeid fra referansegruppens medlemmer.

Eksterne aktører, både organisasjoner, virksomheter og enkeltpersoner, har i løpet av høsten 2022 og våren 2023 kommet med innspill til ekspertutvalgets arbeid. Ekspertutvalget har hatt noe begrenset kapasitet, men har så langt som mulig gjennomgått innspillene og behandlet disse som en del av utvalgets arbeidsprosess. Innspill fra eksterne har vært drøftet som fast tema på utvalgets arbeidsmøter. Adresse for innspill har vært: *allmennlegetjenesten@helsedir.no*

1.3.4. Utvalgets møter og bidrag fra eksterne

Ekspertutvalget har gjennomført 16 fysiske heldagssamlinger og fem møter på teams, i perioden fra august 2022 til og med mars 2023. Møtene har i stor grad vært temabaserte. Mottatte innspill, møtedeltakelse, status for eksterne bestillinger og planlegging av videre arbeid har vært faste agendapunkter. For å belyse relevante tema, er eksterne foredragsholdere invitert inn i møtene. Mot slutten av utvalgsperioden ble møtene utelukkende benyttet til utvalgets interne gjennomgang og drøfting av tekster og anbefalinger. Tabell 1.2 gir en kort oversikt over datoer, tema og bidragsytere for utvalgets møter.

Tabell 1-2: Oversikt over ekspertutvalgets møter med eksterne bidragsytere

Møte dato	Tema	Eksterne bidragsytere
24.08.22	• Gjennomgang av mandatet • Orientering om kunnskapsstatus • Hovedutfordringer og mulige tiltak	HOD, KS, Legeforeningen, Oslo kommune
09.09.22	• Rutiner og prosess for arbeidet • Status utfordringsbildet • Målsetninger • Legevakt	Helsedirektoratet
30.09.22	• Legevakt • Kunnskap fra andre land • Kompetanse	NKLM, NSDM og UiB, Spesialistkomiteen, Helsedirektoratet
14.10.22	• Kompetansekrav og spesialisering • Fast ansettelse i fastlegeordningen • Oppgaver som kan flyttes ut av fastlegeordningen	Helsedirektoratet, Drammen kommune, Narvik kommune, Notodden kommune, Brumunddal legesenter, NAV
27.-28.10.22	• Om helprivate allmennlegetjenester • Om finansiering av allmennlegetjenesten • Helsepersonellkommisjonens arbeid • Fordeling basistilskudd og takst • Finansiering i andre land – erfaringer • Kvalitetselement i basistilskuddet • Differensiert/risikojustert basistilskudd	Dr. Dropin, Kry, Kommunalavdelingen KDD, Helsepersonellkommisjonen, KS, Legeforeningen, Helsedirektoratet, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, avd. Nærsjukvård region Stockholm, Dansk Center for Sundhedsøkonomi, SKIL
11.11.22	• Overdragelse av praksis • Statistikk – foreløpige funn fra SSB • Arbeid med mellomrapport 1. desember	Nasjonal nemnd i Legeforeningen, Seksjon for helse-, omsorg- og sosialstatistikk, SSB
21.11.22	• Mellomrapport (totimers møte)	

Møte dato	Tema	Eksterne bidragsytere
23.11.22	• Orientering om pågående arbeid, parallelle oppdrag og statsbudsjettet for 2023 • Digitalisering og bruk av ny teknologi • Mellomrapportens foreløpige vurderinger og anbefalinger	Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Sykehuset Innlandet HF
14.12.22	• Evaluering av pilot primærhelseteam • Flerfaglige praksiser og oppgavedeling • Organisering, flerfaglige praksiser og oppgavedeling i allmennlegetjenesten, • Bruk av teknologi • Utvalgets drøftinger	NSF, Fysioterapeutforbundet, Norsk manuellterapeutforening, Norsk psykologforening. Vennesla legesenter
05.-06.01.23	• Organisering og ledelse av framtidens allmennlegetjeneste – presentasjon av BI • Presentasjon og gjennomgang av statistikk og analyser • Utvalgets drøftinger	Bedriftsøkonomisk Institutt, Oslo Economics, Folkehelseinstituttet, Statistisk Sentralbyrå
27.01.23	• Presentasjon av SIO Helse • Legevakt – presentasjon av Helsedirektoratets arbeid • Presentasjon av NFR Prosjektet: Stykkprisfinansiering i primærhelsetjenesten • Utvalgets drøftinger	SiO Helse, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet
13.-14.02.23	• Spesialistutdanning i allmennmedisin – Nye roller og mer ansvar for kommunene og Sluttevaluering av ALIS-Vest • Helsepersonellkommisjonens rapport • Utvalgets drøftinger	Helsepersonellkommisjonen, Tom Willy Christiansen, KS og Stavanger kommune/K10 Helse og velferd
08.03.23	• Videre arbeid med rapporten og utkast til tekster	
14.03.23	• Gjennomgang av tekster og videre drøfting	
21.-22.03.23	• Gjennomgang av tekster og videre drøfting	
27.03.23	• Ferdigstille tekster og anbefalinger hovedrapport	
29.03.23	• Ferdigstille tekster og anbefalinger hovedrapport	
31.03.23	• Ferdigstille tekster og anbefalinger hovedrapport	

1.4. Kunnskapsgrunnlag

Det finnes en rekke rapporter og notater om ulike deler av allmennlegetjenesten. Myndighetene har også igangsatt arbeid for å gjøre allmennlegetjenesten mer bærekraftig. God oversikt over eksisterende kunnskapsgrunnlag, tiltak og erfaringer har vært viktig for utvalget.

Utvalget har bygget sitt arbeid og sine vurderinger på innsikt fra eksisterende kunnskap, og på innhenting av ny informasjon, kunnskap og statistikk om allmennlegetjenesten.

1.4.1. Innhentet statistikk fra FHI og SSB

Ekspertutvalget har bedt FHI utføre en rekke registeranalyser for å belyse ulike sider av utfordringsbildet. Analysene ser på utviklingen i allmennlegetjenestene over tid, med vekt på innbyggernes behov og perspektiv, og inkluderer befolkningens tilgang til og bruk av fastlege, og kontinuitet i forholdet mellom listeinnbygger og fastlege. Bestillingen omfatter også analyser for å beskrive fastlegenes situasjon og hvordan denne har utviklet seg over tid, som rekruttering og avgang til fastlegeordningen, utvikling i listelengde per fastlege, fastlegens arbeid utover kontortid, og omfang/utbredelse av de ulike driftsformene.

Ekspertutvalget har også bestilt registeranalyser fra SSB som omfatter inntektsutviklingen for fastleger, sammenliknet med sykehusleger og andre relevante legegrupper. SSB utfører også analyser av hvor det blir av legene når de slutter som fastlege.

Forskerne har presentert statistikk og resultater i utvalgsmøter underveis, som kunnskapsgrunnlag for ekspertutvalgets arbeid.

Analyser og resultater publiseres som egne, uavhengige rapporter, notater eller artikler av forskerne ved FHI, etter at ekspertgruppens rapport er offentliggjort. Analyser og resultater vil ikke publiseres selvstendig av SSB.

1.4.2. Om allmennlegetjenesten i andre land

På oppdrag fra ekspertutvalget har Helsedirektoratet innhentet informasjon om det som tilsvarer allmennlegetjenesten i et utvalg andre land. Utvalget av land inkluderer våre naboland Sverige, Danmark og Finland med en nordisk velferdsstatsmodell, og landene England, Skottland og Nederland, som tradisjonelt er kjent for å ha en sterk allmennlegetjeneste med fellestrekk med Norges modell.

Grunnlaget for omtalen er informasjon fra kontaktpersoner i hvert av landene, innhentet av Helsedirektoratet for ekspertutvalget høsten 2022 og våren 2023. Informasjonen er framskaffet ved bruk av et spørreskjema og oppfølgende dialog med hvert av landene. Det må presiseres at det er variabelt hvor detaljerte opplysninger landene har gitt, og presisjonen varierer derfor. *Helsedirektoratet vil på et senere tidspunkt vurdere å publisere et eget notat med noe mer detaljert informasjon om allmennlegetjenesten i disse landene*.

Danmark er det landet som ligner mest på Norge når det gjelder organisering og finansiering. På oppdrag fra utvalget har Helsedirektoratet utarbeidet notatet 'Organisering og regulering av allmennpraksis i Danmark' (Kalseth, 2023).

1.5. Om rapportens struktur og innhold

Rapporten innledes med et sammendrag, som kortfattet framstiller utfordringsbildet og ekspertutvalgets anbefalinger om rekruttering, deling av oppgaver og prioritering.

Rapportens kapittel 2 beskriver utfordringsbildet for allmennlegetjenesten, med utgangspunkt i eksisterende kunnskap og undersøkelser utført av FHI, SSB og Helsedirektoratet, på vegne av ekspertutvalget.

I kapittel 3 omtales hovedmålsetningen om at alle innbyggere skal sikres tilgjengelige allmennlegetjenester av riktig kvalitet, uansett hvor i landet de befinner seg og hvem de er.

De videre kapitlene tar for seg Organisering av fastlegetjenesten, Finansiering, Tverrfaglighet, Fastlegers arbeid med attester, Legevakt, Kompetanse og Digitalisering, innovasjon, forskning og ledelse. Hvert av disse syv kapitlene oppsummeres med utvalgets anbefalinger, og deretter presenteres og drøftes tematikken, før kapittelet avsluttes med utvalgets vurderinger.

Rapportens kapittel 11 inneholder en oppsummert oversikt over ekspertutvalgets anbefalinger, mens det påfølgende kapittel 12 kort omtaler økonomiske og administrative konsekvenser av anbefalingene.

Som Vedlegg A til rapporten følger ekspertutvalgets fullstendige mandat, og Vedlegg B inneholder en begrepsliste. Avslutningsvis gjenfinnes referanser.

2. UTFORDRINGSBILDET

2.1. Overordnet om demografisk utvikling og helsetjenestene

2.1.1. Aldrende befolkning og sykdomsbyrde mot 2050

Framskrivinger av forventet levealder og sykdom i Norge viser at en aldrende befolkning vil være den enkeltfaktoren som i størst grad øker sykdomsbyrden og helsetjenestebruken de neste tiårene (Folkehelseinstituttet, 2022). Folkehelseinstituttet (FHI) viser til at forventet levealder ventes å fortsatt øke fram mot 2050. Dette vil gi en endring i alderssammensetningen, særlig i distriktene.

Ifølge framskrivingene vil viktige helseutfordringer i 2050 i all hovedsak være de samme som i dag. Dødelighet og sykelighet vil øke totalt sett, hovedsakelig fordi flere i befolkningen blir eldre. Kroniske sykdommer vil fortsatt være viktige årsaker til helsetap, helsetjenestebruk, sykefravær og uførhet.

2.1.2. Behovet for helsetjenester og helsepersonell, inkludert kostnadsutvikling

Bruken av helsetjenester øker vesentlig med alderen. I følge FHIs framskrivinger vil aldersgruppen over 70 år stå for nesten all forventet økning i bruk av offentlige helsetjenester fram mot 2040, herunder fastlege- og polikliniske tjenester, og innleggelse i sykehus. Det forventes også en betydelig økning i antall brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester, fra ca. 350 000 i dag til omkring en halv million i 2040.

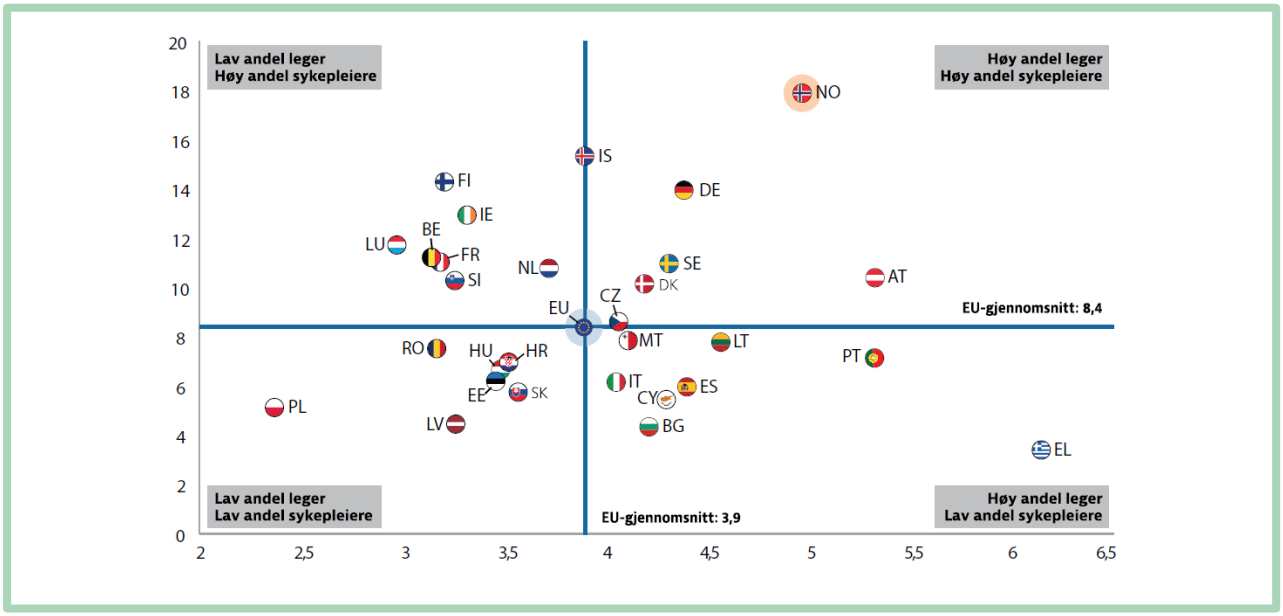
Framskrivinger av befolkningen under 70 år viser en moderat økning eller svak nedgang. Tilsvarende forventes det kun en moderat økning eller svak nedgang i helsetjenestebruk i denne delen av befolkningen. Siden de under 70 år er langt flere enn de over 70 år, bruker denne gruppen totalt sett mest helsetjenester (Folkehelseinstituttet, 2022).

En aldrende befolkning er den viktigste driveren for et klart økt behov for helsepersonell de neste tiårene (Hjemås et al., 2019), gitt at helse- og omsorgstjenester skal gis på samme måte og relativt sett samme omfang som i dag. Parallelt har man for leger, sykepleiere og helsefagarbeidere blitt avhengig av innvandrere med denne utdanningen, og vi har ikke bygget opp tilstrekkelig utdanningskapasitet i Norge, selv om konsekvensene av den demografiske utviklingen har vært kjent over tid. Det er også forventet et økt underskudd av andre grupper av helsepersonell, som vernepleiere, ergoterapeuter og jordmødre.

Utover alder, er det store forskjeller i sykdomsbyrde og helsetjenestebruk mellom ulike sosiodemografiske grupper, definert etter eksempelvis inntekt, utdanningsnivå og innvandrerbakgrunn (Dahl et al., 2022) (Spilker et al., 2017). Innbyggernes helsekompetanse og digitale kompetanse er preget av store forskjeller. Endret bruk av helsetjenesten, ved at den friske delen av befolkningen legger beslag på en større del av helsetjenestens ressurser, kan være en mulig utfordring framover.

Norge er allerede i verdenstoppen når det gjelder antall helsepersonell per innbygger, og har den fjerde høyeste legedekningen i OECD (OECD, 2021). Når vi ser på den samlede lege- og sykepleiedekningen per land i EU og EØS-området, ligger Norge øverst (figur 2-1)(European Observatory, 2021). Framskrivinger viser behov for en klar økning i antall helsepersonell fram mot 2040 (Cappelen et al., 2020), gitt at oppgavene skal løses på samme måte som i dag.

Figur 2-1: Praktiserende leger og sykepleiere per 1 000 innbyggere i EU/EØS-landene, 2019



Kilde: Eurostat Database (data for 2019 eller nærmeste år). Figuren er hentet fra State of the Health in the EU. Norge. Landhelseprofil. European Observatory, 2021.

Kunnskapsgrunnlaget i Helsepersonellkommisjonenes rapport (NOU 2023: 4) viser at andelen av den yrkesaktive befolkningen som jobber i helse- og omsorgssektoren er tredoblet de siste 40 årene, til 15 prosent i 2021 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c). I henhold til framskrivingene SSB har utført for kommisjonen vil behovet for helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten øke med omkring 100 000 årsverk fra 2019 til 2040. Parallelt framskrives et fallende antall personer i yrkesaktiv alder de neste 20 årene (Holmøy et al., 2023).

2.2. Innbyggerperspektivet

Allmennlegetjenesten er for, og skal betjene, alle landets innbyggere. Allmennlegetjenesten, herunder fastlegetjenesten, er en sentral del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og en viktig inngangsport til spesialisthelsetjenesten. Fastlegen er derfor grunnleggende for innbyggernes tilgang til helsetjenester når de har behov for det. Som en del av utvalgets arbeid er det sentralt å belyse innbyggernes tilgang til og bruk av fastlegetjenesten, og konsekvenser for innbyggere som står på fastlegelister uten fast lege.

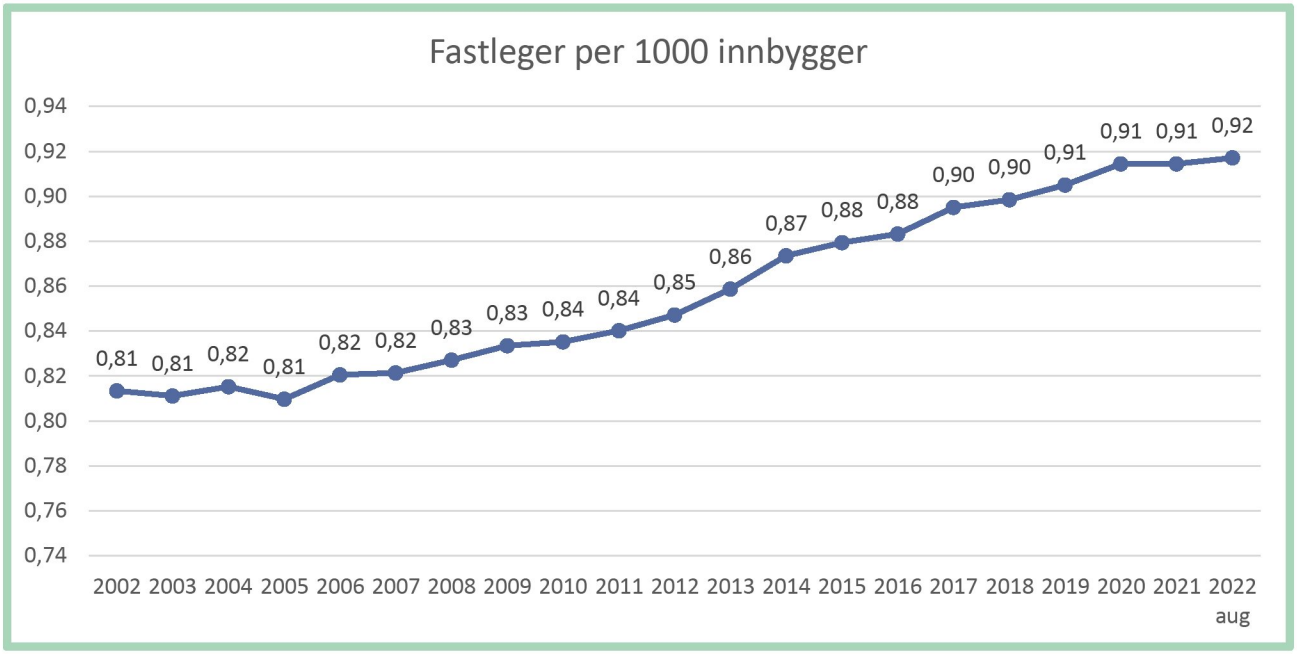
Innbyggerperspektivet inkluderer også bekrivelse av pasientens situasjon og erfaringer og framskrivinger av fastlegebehovet fram mot 2040.

2.2.1. Innbyggernes tilgang til fastlege i by og land

Tilgang til fastlege omhandler flere faktorer; inkludert antall aktive fastleger i forhold til antall innbyggere, ledige listeplasser, og tiden legen har tilgjengelig til pasientrettet arbeid. Dette delkapittelet omhandler antall fastleger per innbygger, geografisk fordeling av fastleger og antall konsultasjoner hos fastlege per innbygger.

Per august 2022 var det totalt 5003 fastleger i landets fastlegekorps. Fastlegeordningen har hatt en økning på 1300 fastleger på 20 år, fra 3703 fastleger i 2002. Det har vært en liten, jevn stigning i antall fastleger per 1000 innbygger, fra 0,81 fastleger i 2002 til 0,92 fastleger per 1000 innbyggere i 2022 (figur 2-2)(Helsedirektoratet, 2023a).

Figur 2-2: Antall fastleger per 1000 innbygger



Kilde: FLO og SSB, 2002-2022.

For å kunne si noe om innbyggernes tilgang til fastlege i ulike deler av landet kan vi se på geografisk fordeling av legene. 11 prosent av landets fastleger har sin fastlegepraksis i kommuner med under 5000 innbyggere, samtidig som dette utgjør halvparten av landets kommuner. Fordeling av antall fastleger etter innbyggertall i kommunen viser at det er høyest antall fastleger per 1000 innbyggere i kommuner med lavest antall innbyggere, og at andelen fastleger per innbygger faller med stigende antall innbyggere i kommunen. Per 2022 har kommuner med 2000 innbyggere eller mindre rundt 1,6 fastleger per 1000 innbyggere, mot rundt 0,95 fastleger i kommuner med mellom 10 000–49 999 innbyggere, og 0,8 fastleger per 1000 innbyggere i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere (Helsedirektoratet, 2022c).

Omfanget av, og utviklingsmønsteret i, rekruttering og avgang av leger til fastlegeordninger har innvirkning på innbyggernes tilgang til allmennlege. FHI har undersøkt utviklingen i flyten av fastleger inn og ut av ordningen fra 2002 til 2020 (Skyrud et al., 2023). Datakilder er registerdata fra fastlegeordningen (FLO) og konsultasjoner i primærhelsetjenesten, Kontroll og Utbetaling av Helserefusjoner (KUHR). De finner at på linje med totalantallet av fastleger er det en gradvis økning av både rekrutteringer og avganger per år gjennom de siste 20 årene. Utviklingen i aldersfordelingen blant fastleger som er rekruttert, har vært stabil gjennom hele perioden. Det er flest under 40 år som rekrutteres til ordningen, men samtidig er også hver fjerde avgang leger i denne aldersgruppen. Rekruttering og avgang skjer i størst grad i mindre befolkningsrike kommuner i distrikt, og det er samtidig større årlig variasjon.

Blant legene som slutter som fastlege, er gjennomsnittstiden i fastlegeordningen høyest i Oslo (6,4 år) og i de mest sentrale og folkerike kommunene. Fastlegene med kortest tid i fastlegeordningen er i de nordligste fylkene og i de minst sentrale og minst folkerike kommunene (tabell 2-1).

Tabell 2-1: Gjennomsnittlig tid i fastlegeordningen før avgang

	Tid i fastlegeordningen før avgang (år), *snitt (min_{p25};$maks_{p75}$)*
Fylke	
Agder	6,0 (3;8)
Innlandet	5,6 (3;7)
Møre og Romsdal	5,9 (3;8)
Nordland	4,8 (2;6)
Oslo	6,4 (3;8)
Rogaland	5,8 (3;8)
Troms og Finnmark	5,1 (2;7)
Trøndelag	5,8 (3;8)
Vestfold og Telemark	5,5 (3;7)
Vestland	5,6 (3;7)
Viken	6,4 (3;9)
Sentralitetsklasse	
Sentralitetsklasse 1	6,2 (3;8)
Sentralitetsklasse 2	6,2 (3;9)
Sentralitetsklasse 3	6,2 (3;9)
Sentralitetsklasse 4	5,7 (3;7)
Sentralitetsklasse 5	5,2 (2;7)
Sentralitetsklasse 6	5,1 (2;7)
Kommunestørrelse	
3 000 eller færre	5,4 (2;7)
3 001-5 000	5,2 (2;7)
5 001-10 000	5,0 (2;6)
10 001-25 000	5,9 (3;8)
25 001-50 000	6,0 (3;8)
50 001-100 000	5,9 (3;7)
>100 000	6,4 (3;9)

Merknad: Min_{p25} = nedre kvartil, $maks_{p75}$ = øvre kvartil. Kilde: FLO.

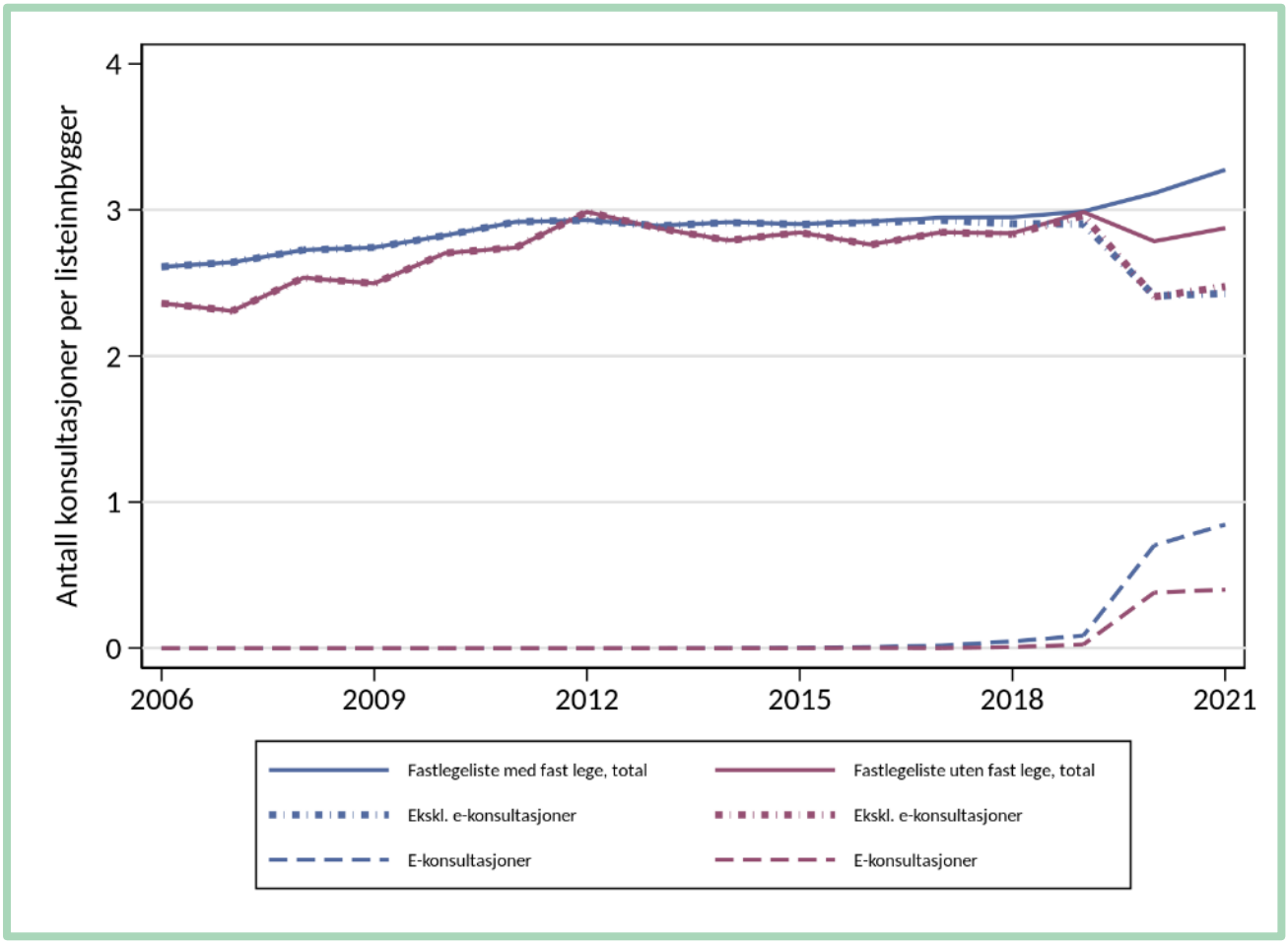
2.2.1.1. Antall konsultasjoner hos fastlegen

Innbyggerne har flere konsultasjoner med fastlege nå enn tidligere, men kontakten skjer i større grad som e-konsultasjon og i mindre grad ved fysisk oppmøte på legekontoret. Antall konsultasjoner hos fastlege har gått opp fra 2017 til 2021, mens konsultasjoner hos legevakt i absolutte tall var omtrent uendret i samme periode (Helsedirektoratet, 2022c). Parallelt med økning i antall konsultasjoner har det vært en forskyvning fra fysiske konsultasjoner til e-konsultasjoner; fysiske konsultasjoner hos fastlege har gått ned med 16 prosent, mens e-konsultasjoner har hatt en eksplosiv vekst (4600 prosent). For fastlegene har den totale konsultasjonsraten økt fra 273 konsultasjoner per 1000 innbyggere til 304 konsultasjoner per 1000 innbyggere i samme periode.

FHI har sett på bruk av fastlegetjenester og antall konsultasjoner, og sammenlignet listeinnbyggere som står på liste med og uten fastlege fra 2006 til 2021 (Deliac et al., 2023). Alle analyser er basert på registerdata fra fastlegeordningen (FLO) og konsultasjoner i primærhelsetjenesten, Kontroll og Utbetaling av Helserefusjoner (KUHR). Antall konsultasjoner per listeinnbygger øker over tid for begge grupper (figur 2-3). For innbyggere på liste med fast lege øker antall konsultasjoner per listeinnbygger fra omtrent 2,6 til rundt 3,3 i perioden 2016–2021, mens listeinnbyggere på liste uten fastlege har økt noe mindre, fra 2,4 til 2,9 konsultasjoner. Økningen skyldes utelukkende e-konsultasjoner, for begge grupper. Økningen i e-konsultasjoner begynner i 2019, men

skyter fart i 2020 og sammenfaller med pandemien. Tilsvarende ser Helsedirektoratet at enkle kontakter i form av elektronisk kontakt har økt de siste årene, mens enkle kontakter som brev og telefon har gått ned (Helsedirektoratet, 2022c).

Figur 2-3: Antall konsultasjoner per listeinnbygger, lister med og uten fastlege

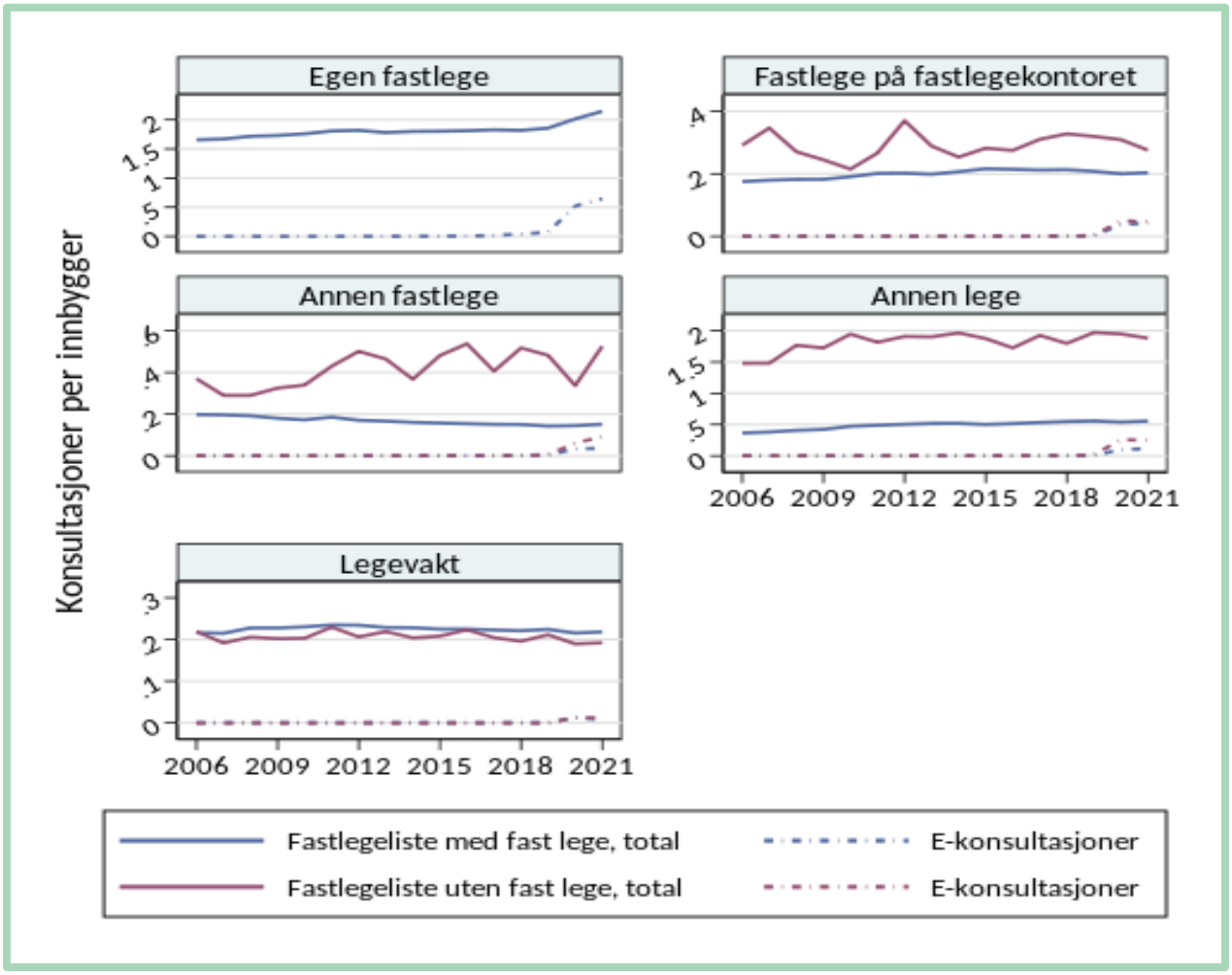


Merknad: inkluderte takster er 2AD, 2AE, 2AF, 2AK, 2AEK. Takster for leger i Primærhelseteam er 074A, 074AE, 74B, 074BE. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per listeinnbygger, totalt og e-konsultasjoner. Kilde: KUHR og FLO, 2006 til 2021.

FHI har også undersøkt gjennomsnittlig antall konsultasjoner per listeinnbygger ved å se på flere kategorier av allmennleger. Allmennleger er delt opp i fem kategorier; *egen fastlege*, *fastlege på fastlegekontoret* hvor listeinnbygger har sin listetilhørighet, *annen fastlege* på annet fastlegekontor, *annen lege*, og lege i *legevakt*. Annen lege er definert som allmennlege som utfører konsultasjoner, men som ikke står registrert med egen fastlegeliste i fastlegeordningen.

Figur 2-4 viser gjennomsnittlig antall konsultasjoner per listeinnbygger med og uten fastlege. Antall konsultasjoner er splittet ut fra hvem som har utført den, egen fastlege, en annen fastlege på samme legekontor, annen fastlege og legevaktslege.

Figur 2-4: Antall konsultasjoner per listeinnbygger, fordelt etter legekategori, med og uten fastlege



Merknad: Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per listeinnbygger, med og uten fastlege. Kilde: KUHR og FLO, fra 2006 til 2020.

Resultatene viser at listeinnbyggere med fastlege hadde flere konsultasjoner hos egen fastlege i 2021 enn tidligere år. Det kan skyldes økning i e-konsultasjoner, og sammenfaller også med koronapandemien. Listeinnbyggere uten fastlege har nærmest likt, men minimalt færre konsultasjoner (0,01) hos legevakt sammenlignet med innbyggere på fastlegelister med fastlege i 2021. Listeinnbyggere uten fastlege har flere konsultasjoner per innbygger med annen fastlege på fastlegekontoret, annen fastlege og annen lege, sammenlignet med listeinnbyggere med fastlege. Når man ser nærmere på hvilke leger innbyggere på fastlegeliste uten fastlege bruker, går innbyggerne mest til annen lege[1] (allmennlege som ikke har egen fastlegehjemmel), med omtrent 1,5 konsultasjoner per innbygger i 2021, mot omtrent 0,5 konsultasjoner hos annen fastlege og 0,3 konsultasjoner hos fastlegekollega på fastlegekontoret (Deliac et al., 2023).

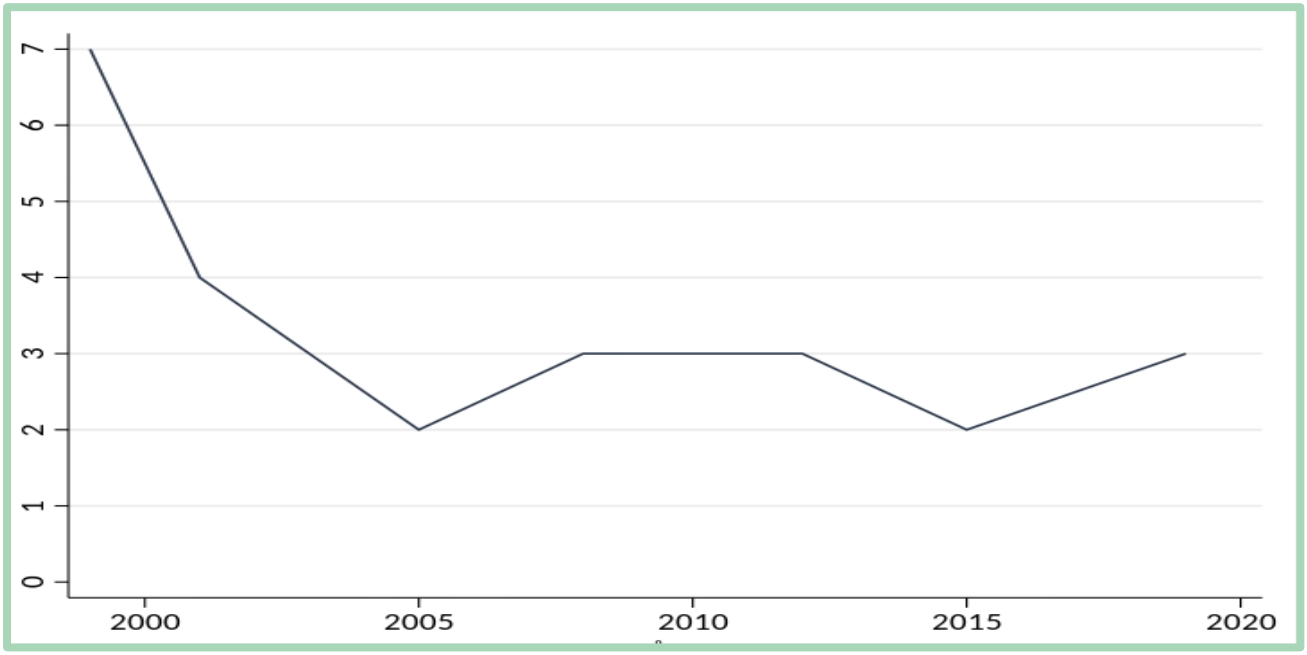
[1] *Annen lege = allmennlege som utfører konsultasjoner, men som ikke står registrert med egen fastlegeliste i fastlegeordningen. Helprivate allmennlegetjenester er ekskludert.*

2.2.2. Ventetid til konsultasjon/tilgjengelighet

Hvor lang tid innbyggerne må vente på time hos fastlegen ved behov for helsehjelp er et viktig mål for tilgjengelighet. Å se på utviklingen i ventetid er sentralt for å vurdere hvordan utfordringene i fastlegeordningen oppleves for innbyggerne. Med ventetid menes tiden fra pasienten kontakter legekontoret til konsultasjonen finner sted.

Når man ser på utviklingen over tid, sees en nedgang i gjennomsnittlig ventetid fra før innføring av fastlegeordningen. SSB gjennomfører levekårsundersøkelser om helse for et stort representativt utvalg av den norske befolkningen med noen års mellomrom, og respondenter som hadde bestilt time hos allmennlege de siste 12 måneder blir spurt om hvor lenge de måtte vente. Godager og Iversen (2016) (Godager et al., 2016) har undersøkt utvikling i median ventetid fram til siste tilgjengelig år (2015). De fant en nedgang i median ventetid fra 7 dager i 1999 til 2 dager i 2005, og deretter har median ventetid holdt seg mellom 2 og 3 dager. FHI har oppdatert tallene for ekspertutvalget for den siste tilgjengelige undersøkelsen fra SSB fra 2019, og finner at median ventetid da var 3 dager (figur 2-5). Godager og Iversen (2016) finner også at andelen av pasientene som fikk time samme dag, har økt fra 3 prosent i 1999 til 25 prosent i 2015, og FHI finner 24 prosent i 2019. I 2015 fikk 50 prosent av alle som kontaktet fastlege for konsultasjon time innen to dager (FHI finner 49 prosent i 2019), en økning fra omtrent en av tre i 1999. For årene 2001 og 2003 er spørsmålsformuleringen begrenset til allmennpraktiserende lege, og time ved legevakt omfattes trolig ikke. For øvrige år er legevakt inkludert.

Figur 2-5: Utvikling i median ventetid på time hos fastlegen 1999–2019



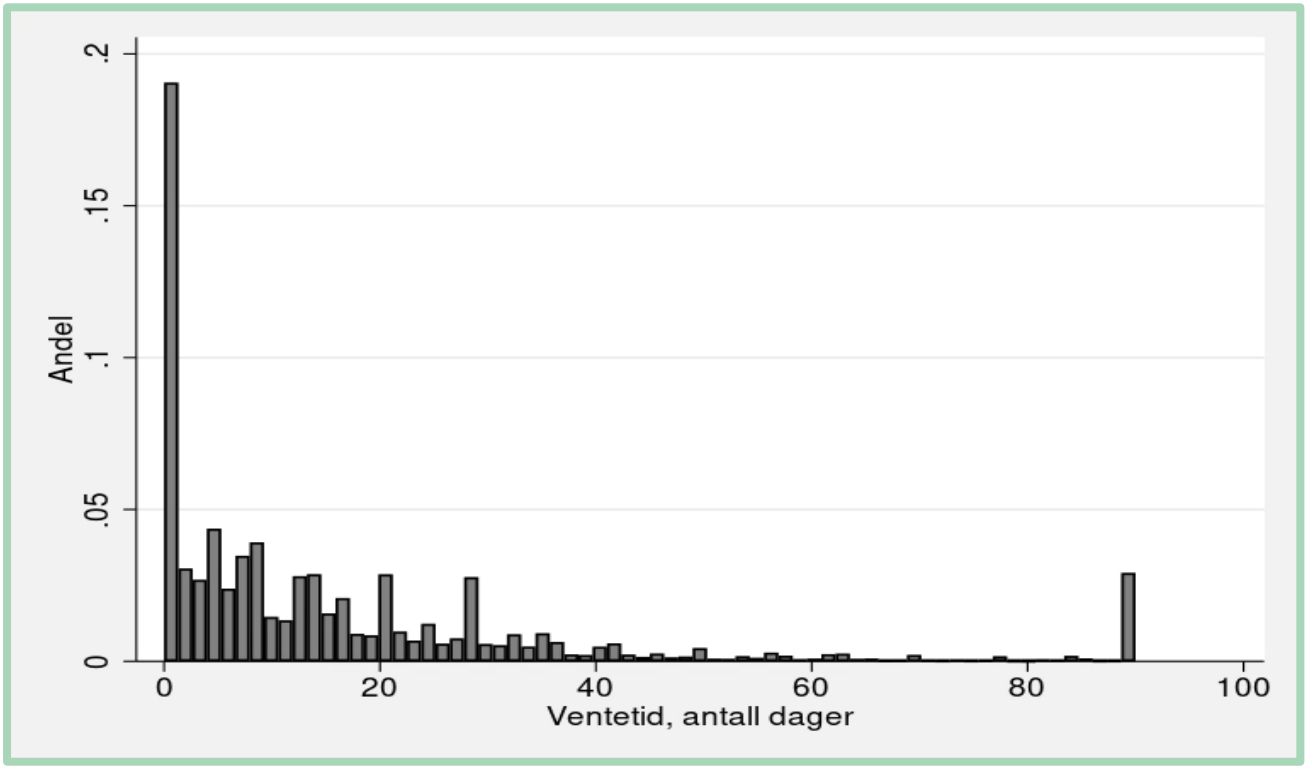
Merknad: Median ventetid fra Godager og Iversen (2016), oppdatert med tall fra SSBs levekårsundersøkelse fra 2019.
Kilde: SSB, 1999-2019.

I UiO sin undersøkelse ser det ikke ut til å være noen klar sammenheng mellom antall ledige listeplasser og ventetid, verken på kommunenivå eller legenivå. De fant ingen tendens til kortere ventetid i kommuner med flere enn 50 ledige listeplasser per tusen innbyggere enn i andre kommuner. Tilsvarene hadde fastleger med mer enn 100 ledige listeplasser ikke kortere ventetid enn fastleger med fulle lister. Når man sammenlignet listelengde, hadde fastleger med lange lister (mer enn 2000 listeinnbyggere) noe lengre ventetid enn de med kortere lister, men mindre ventetid enn fastleger med mindre enn 1000 listeinnbyggere. Fastleger med færre enn 1000 listeinnbyggere er ofte i distrikt, og har færre kurative dager per uke, som kan medføre mer ventetid.

FHI har analysert data i timebestillingsystemet til fastleger fra helsenorge.no. Dataene omfatter de aller fleste fastleger og innbyggere i Norge i 2022, men dataene er ikke komplette, da det finnes noen leger som ikke benytter systemet og noen pasienter som ikke er registrert på helsenorge.no. Resultatene må derfor tolkes med varsomhet (se notat fra FHI for detaljer) (Gjefsen, 2023).

Dataene gjør det mulig å beregne antall dager fra timen ble bestilt til berammet konsultasjon. Dette er ikke noe ideelt mål på ventetid, særlig fordi rutinekonsultasjoner ofte berammes i lang tid på forhånd. Dataene skiller heller ikke mellom "vanlig time" og "hastetime". Men for konsultasjoner med kort tid siden bestillingen, antas det at slike data likevel kan indikere ventetid. Tallene viser at 18 prosent av alle timer var bestilt samme dag, og 30 prosent inntil tre dager i forkant, se figur 2-6. Median bestillingstid var 9 dager. Tallene viser klar opphopning ved 7, 14, 21 og særlig 28 dager, som kan indikere bestilling av rutinekontroller. FHI har også beregnet median tid fra bestilling til time per lege. Den varierte betydelig mellom legene. Halvparten av legene hadde median bestillingstid på mindre enn 5 dager.

Figur 2-6: Dager mellom timebestillingsdato og konsultasjonsdato, 2022



Merknad: Basert på data fra NHN. Inkluderte leger har mer enn 100 bestillinger i 2022. Dataene omfatter kun timeavtaler, og ikke e-konsultasjoner. Imidlertid kan timeavtalen både utføres fysisk og som videokonsultasjon. Dataene inkluderer også ø-konsultasjoner og rutinekontroller. Se notat fra FHI for flere detaljer om utvalget.

Tidligere har FHI gjennomført to spørreundersøkelser om pasientenes erfaringer med tilgjengeligheten til fastlegetjenester, en i 2018 og en i 2021 (Iversen et al., 2019) (Norman et al., 2022). I alt ble pasienter (2029 i 2018, 7912 i 2021) som nylig hadde vært hos fastleger (utvalg 4760 i 2018, 18 861 i 2021) spurt om sine erfaringer. Tilgjengelighet er indikatoren med dårligst skår i brukererfaringsundersøkelsen blant fastlegepasienter i 2021, og omfatter både ventetid til å få time og på venterommet. Ventetid på venterommet har forbedret seg, mens ventetid til å få time raskt har hatt en negativ utvikling, og er signifikant dårligere i 2021 enn i 2018. Undersøkelsen i 2021 ble gjennomført i pandemien, som kan ha påvirket ventetid til time grunnet strengere siling av pasienter til konsultasjon. Resultater på enkeltspørsmål viser at mer enn to av tre pasienter får time samme eller påfølgende dag ved behov for time raskt, mens i underkant av hver fjerde må vente mer enn to dager. Når time hos fastlege ikke haster, sier 59 prosent at det er vanlig å vente mellom 0–7 dager. Øvrige 41 prosent oppgir at det er vanlig å vente mer enn en uke når behovet for helsehjelp ikke er akutt, mot 36 prosent i 2018. Når FHI ser på sammenhengen mellom pasientens skår på tilgjengelighet og kjennetegn ved fastlegen og fastlegekontoret, har kvinnelige leger, leger i større praksiser (fem leger eller flere), spesialister i allmennmedisin, samt leger med næringsdrift bedre tilgjengelighet.

2.2.3. Listeinnbyggere og lister med og uten fastlege

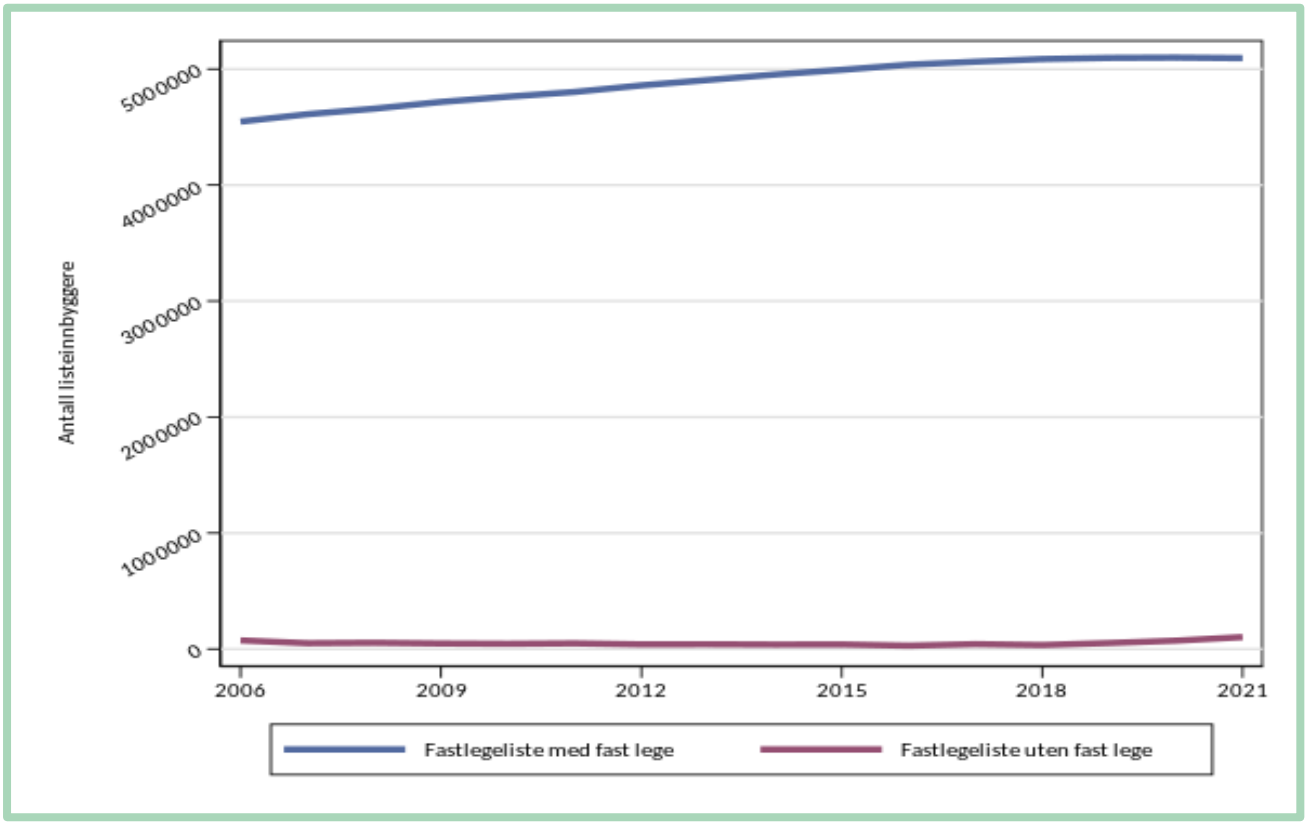
Helsedirektoratet publiserer per nå ikke jevnlig statistikk over antall innbyggere på venteliste for å bytte fastlege eller hvor lenge de har ventet. Ekspertutvalget har mottatt foreløpige tall fra Helsedirektoratet som tyder på at antall innbyggere på venteliste, og hvor lenge de har ventet, har gått en del opp siden 2017. Ifølge beregningene står i dag over 300 000 innbyggere på venteliste for å bytte fastlege.[2]

På bestilling fra ekspertutvalget har FHI utført analyser for utviklingen i antall og andel av listeinnbyggere på fastlegeliste med og uten fastlege (Deliac et al., 2023). Datakilde er registerdata fra fastlegeordningen (FLO) og konsultasjoner i primærhelsetjenesten, Kontroll og Utbetaling av Helserefusjoner (KUHR).

I 2021 var 2 prosent av listeinnbyggerne på fastlegeliste uten fastlege, mot 1,4 prosent i 2020, og 1,6 i 2006 (figur 2-7). Antall innbyggere på liste uten fastlege har sunket noe i starten av perioden, etterfulgt av en relativt lang stabil periode, og så en økning de to siste årene. Helsedirektoratets statusrapport fra 2. tertial 2022 viser at per mai 2022 stod totalt 3,2 prosent av listeinnbyggerne, 176 921, på liste uten fastlege (Helsedirektoratet, 2022i). Per mars 2023 var det 217 104 innbyggere i Norge uten fastlege, og disse utgjør 4 prosent av befolkningen (Helsedirektoratet, 2023d).

[2] *Upublisert data Helsedirektoratet. Kilde: FLO.*

Figur 2-7: Antall listeinnbyggere med og uten fastlege, 2006-2021



Merknad: Datagrunnlag inneholder ikke siste tilgjengelige oppdatering av totalt antall listeinnbyggere. Kilde: FLO, 2006–2020.

Andelen som er på fastlegeliste uten fastlege fordeler seg jevnt over kjønn og alder, men det er stor geografisk variasjon. Per 31. desember 2020 hadde Nordland, Troms og Finnmark, Innlandet og Møre og Romsdal høyest andel, mens Oslo og Viken hadde lavest. Det er også høyest andel listeinnbyggere uten fastlege i de minst folkerike kommunene, sammenlignet med de mest sentrale og folkerike kommunene. Se nærmere omtale i kapittel 2.4.5.2. Oppsummert er det et økende antall personer på fastlegelister uten fastlege totalt i landet, mens andelen personer er stabil (Deliac et al., 2023).

2.2.4. Kontinuitet og konsultasjoner blant innbyggere med og uten fastlege

Sentralt for innføringen av fastlegeordningen i 2001 var å styrke kontinuiteten i lege-pasientforholdet. Økning i antall innbyggere uten fastlege skaper bekymring for om kontinuiteten er truet, og hvilke konsekvenser det har for innbyggerne. Det finnes noe statistikk på varigheten av fastlegeavtaler, men det gir ikke informasjon om hvilken lege hver pasient faktisk har benyttet (Helsedirektoratet, 2023c). FHI har, på oppdrag fra ekspertutvalget, undersøkt utviklingen i kontinuitet i lege–pasientforhold ved å se på den legen pasienten faktisk har brukt, fra 2010 til og med 2021. Alle analyser er basert på registerdata fra fastlegeordningen (FLO) og konsultasjoner i primærhelsetjenesten, Kontroll og Utbetaling av Helserefusjoner (KUHR) (Deliac et al., 2023).

For å belyse kontinuitet har FHI definert ulike indikatorer, hvorav de to mest sentrale beskrives her. Først belyses hvor *stor andel av konsultasjonene som er hos egen fastlege over tid*. Dette kan ikke måles for personer som står på en liste uten fastlege, men disse listeinnbyggerne kan likevel ha et mer eller mindre kontinuerlig

forhold til én allmennlege. FHI beregner derfor også andelen konsultasjoner hos listeinnbyggerens *mest brukte lege*, og beskriver utviklingen i denne over tid, både for personer på liste med og uten tilknyttet fastlege.

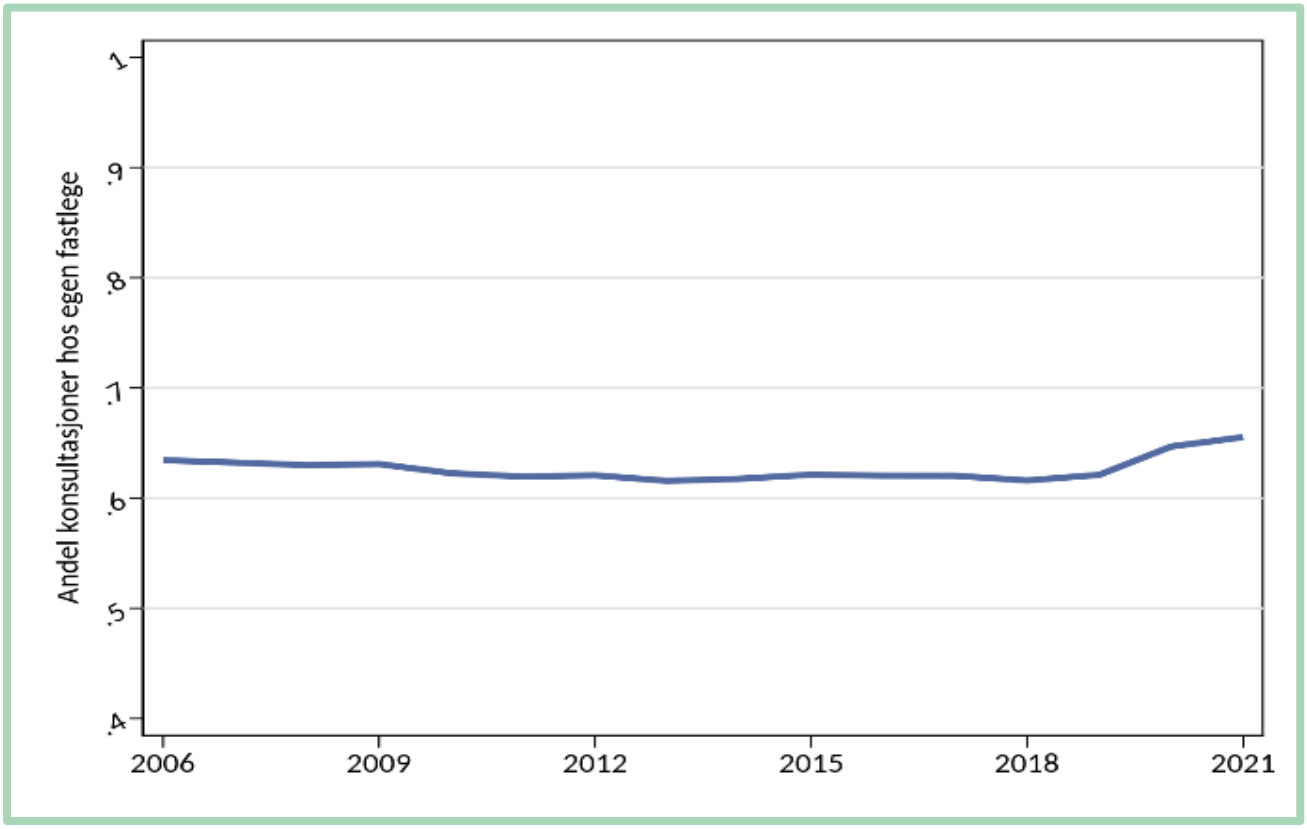
2.2.4.1. Andel konsultasjoner hos egen fastlege

Listeinnbyggere på fastlegeliste med fastlege kan ha sine konsultasjoner hos egen fastlege, men også hos andre allmennleger. Det kan blant annet skyldes kollegial fraværsdekning, som innebærer at kolleger dekker for fastlegen som er fraværende grunnet kommunale allmennlegeoppgaver på sykehjem eller helsestasjon, ferie, sykdom eller sykt barn, eller LIS1-lege som henter pasienter fra fastlegene i legekontoret.

Om andelen konsultasjoner hos egen fastlege er synkende over tid, kan det innebære at listeinnbyggeren møter flere ulike leger i dag enn tidligere. Det kan indikere et mindre kontinuerlig forhold mellom lege og pasient. Første indikator omhandler kun kontinuitet for listeinnbyggere på fastlegeliste med fastlege, siden listeinnbyggere uten fastlege ikke kan ha konsultasjoner hos egen fastlege.

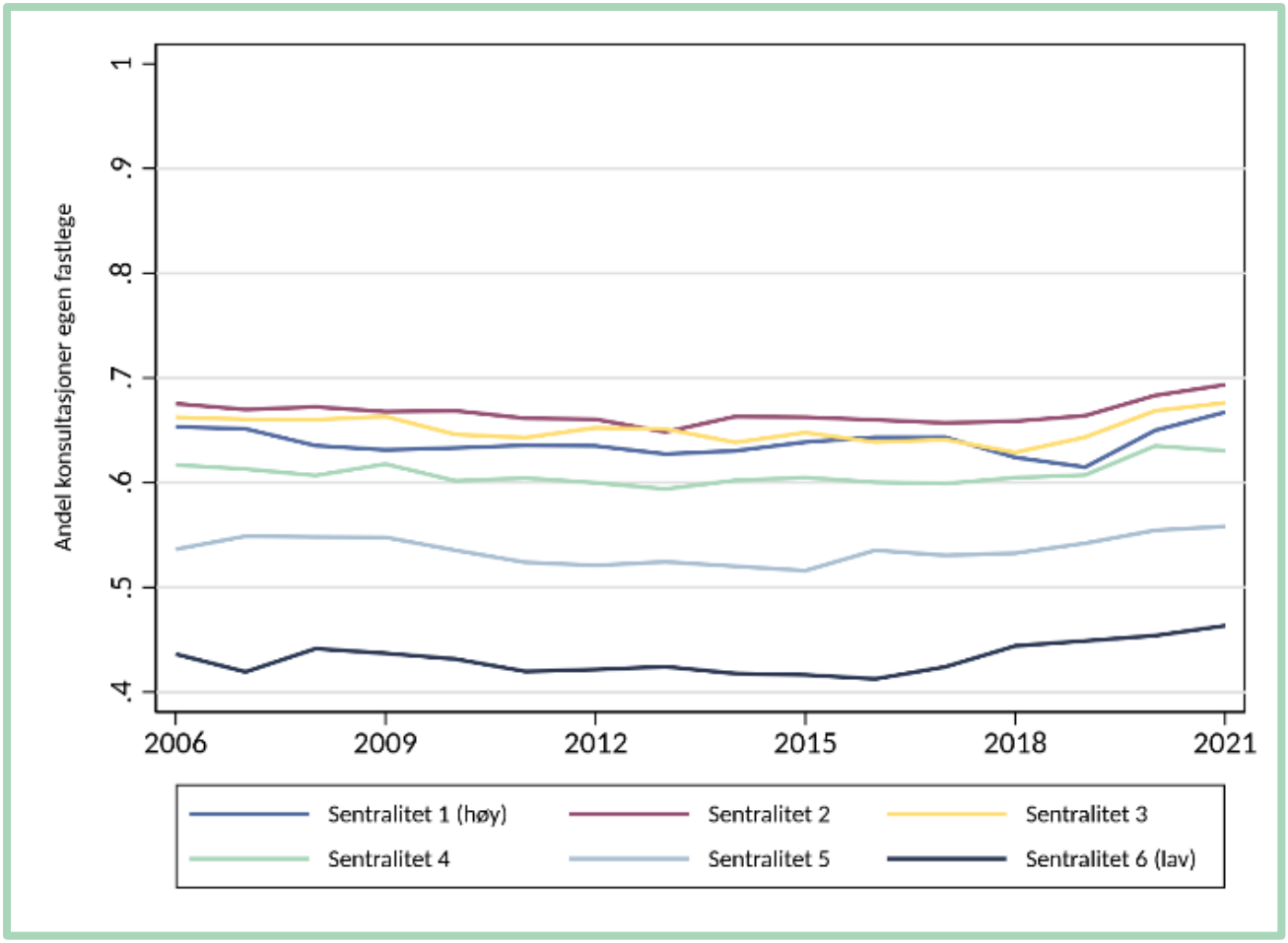
Figur 2-8 a og b viser henholdsvis hvor stor andel av konsultasjoner listeinnbyggere har med egen fastlege totalt, og etter sentralitet. Sentralitet er basert på SSBs sentralitetsmål, med skala fra 1 (mest sentralt) til 6 (minst sentralt).

Figur 2-8 a: Andel konsultasjoner hos egen fastlege, totalt



Merknad: Som andel av totale konsultasjoner. Kilde: FLO og KUHR, 2006-2021.

Figur 2-8 b: Andel konsultasjoner hos egen fastlege, etter sentralitet



Merknad: Som andel av totale konsultasjoner per sentralitetsklasse. Kilde: FLO og KUHR, 2006-2021.

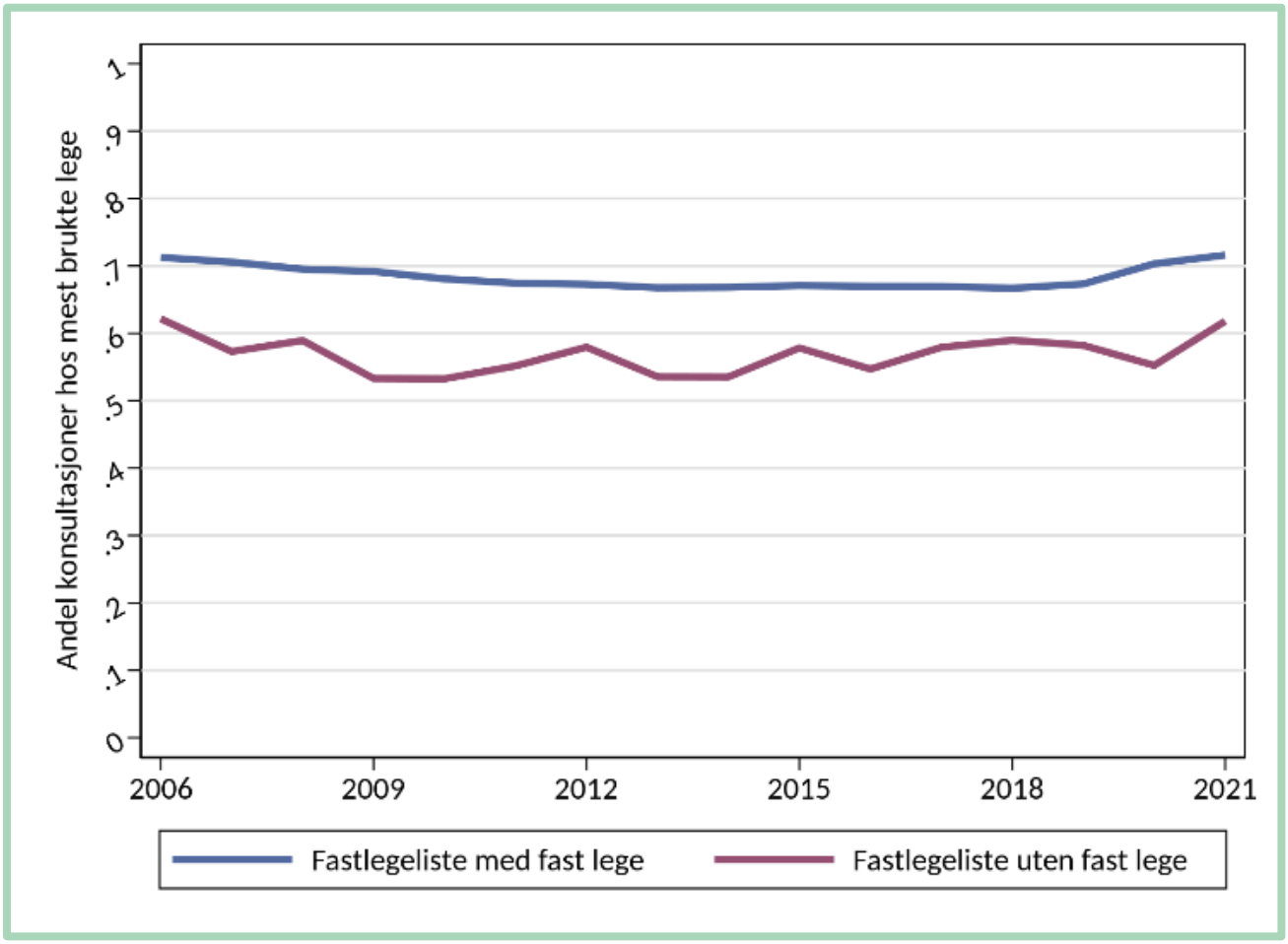
Andelen konsultasjoner hos egen fastlege har vært relativt stabil over tid, fra 63 prosent i 2006 til 65 prosent i 2021 (figur 2-8a). Fordelt etter sentralitet sees fortsatt den stabile utviklingen, men med forholdsvis store forskjeller mellom sentralitetsklassene (figur 2-8b). I 2021 var andelen konsultasjoner hos egen fastlege lavest i de to minst sentrale klassene, med 46 prosent og 56 prosent. Andelen konsultasjoner hos egen fastlege var høyest i den nest mest sentrale klassen, nærmere 70 prosent (sentralitetsklasse 2)(Deliac et al., 2023).

2.2.4.2. Andel konsultasjoner hos mest brukte lege

Innbyggere som har sine konsultasjoner hos flere ulike allmennleger, vil ha et mindre kontinuerlig forhold til hver av disse legene enn dersom de møter samme lege på tvers av konsultasjonene. Dette gjelder både for innbyggere med fastlege, og innbyggere uten fastlege. Mest brukte lege defineres som den legen den enkelte innbygger har hatt flest konsultasjoner med i løpet av en gitt periode.

Figur 2-9 viser utviklingen i andelen konsultasjoner hos mest brukte lege over tid, for listeinnbyggere på fastlegeliste med og uten fastlege.

Figur 2-9: Utvikling i andel konsultasjoner hos mest brukte lege, totalt

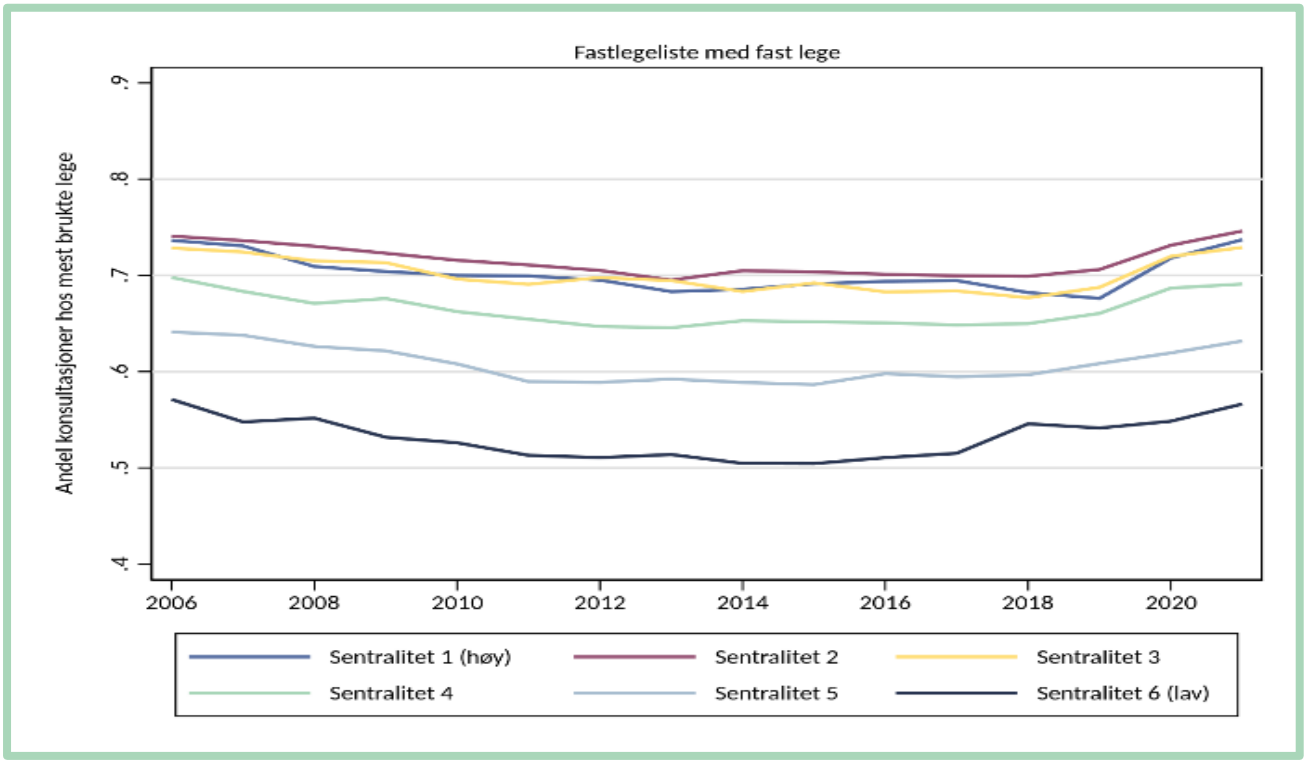


Merknad: *Som andel av totale konsultasjoner. Kilde: FLO og KUHR, 2006–2021.*

Figur 2-9 viser en gjennomgående stabil utvikling, men listeinnbyggere på fastlegeliste med fastlege har en høyere andel konsultasjoner hos mest brukte lege. I 2021 hadde disse listeinnbyggerne mer enn 72 prosent av sine konsultasjoner hos mest brukte lege, mot 62 prosent for listeinnbyggere på fastlegeliste uten fastlege. Dette er tilnærmet på samme nivå som i 2006 for begge grupper av listeinnbyggere.

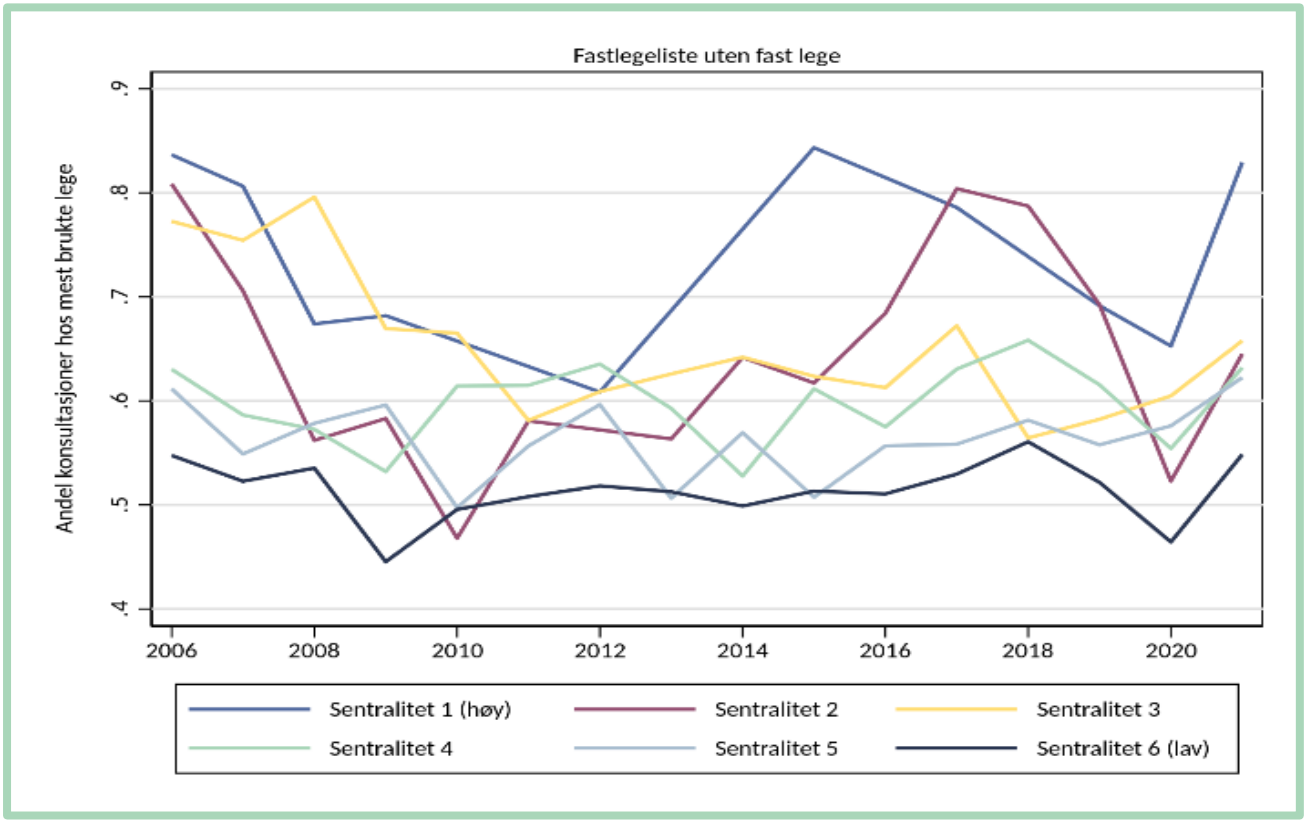
Figur 2-10 a og b viser utviklingen i andel konsultasjoner hos mest brukte lege etter sentralitetsklasse.

Figur 2-10 a: Utvikling i andel konsultasjoner hos mest brukte lege, med fastlege



Merknad: Som andel av totale konsultasjoner per sentralitetsklasse. Kilde: FLO og KUHR.

Figur 2-10 b: Utvikling i andel konsultasjoner hos mest brukte lege, uten fastlege



Merknad: Som andel av totale konsultasjoner per sentralitetsklasse. Kilde: FLO og KUHR

Figurene 2-10 a og b viser at listeinnbyggere i de mest sentrale områdene har den høyeste andelen konsultasjoner hos mest brukte lege, og listeinnbyggere i de minst sentrale områdene den laveste andelen. Det er tilsvarende trend både for listeinnbyggere på liste med og uten fastlege. For samtlige klasser viser figur 2-10 b en marginal økning av andelen konsultasjoner hos mest brukte lege de siste tre årene.

Når FHI ser på hvor mange ulike leger den enkelte listeinnbygger møter, er bildet forholdsvis likt. Resultatene indikerer at begge grupper av listeinnbyggere møter like mange ulike leger i dag som i 2006, men også at listeinnbyggere på fastlegelister uten fastlege møter flere ulike leger ved sine konsultasjoner enn listeinnbyggere på lister med fastlege. Resultatene indikerer også at listeinnbyggere som bor i mindre sentrale kommuner har sine konsultasjoner spredd på flere ulike leger, enn personer som bor i mer sentrale kommuner.

Forskerne oppsummerer at flere av resultatene viser liten endring over tid, som antall konsultasjoner per listeinnbygger (figur 2-3), andel konsultasjoner hos egen fastlege (figur 2-8), og andel konsultasjoner hos mest brukte lege (figur 2-9). Gjennomgående for resultatene er at listeinnbyggere på fastlegeliste med fastlege har flere konsultasjoner enn listeinnbyggere på fastlegelister uten fastlege. Forskjellen er i stor grad relatert til e-konsultasjoner, siden tilgang til e-konsultasjon er knyttet til egen fastlege.

For de to kontinuitetsindikatorene, skiller analysen mellom listeinnbyggere på liste med og uten fastlege. Listeinnbyggere på fastlegeliste med fastlege har høy og stabil andel konsultasjoner hos egen fastlege, hos mest brukte lege, og møter i tillegg få ulike leger i løpet av et år. Det er små endringer i dette bildet over tid.

Listeinnbyggere på fastlegeliste uten fastlege har høy og stabil andel konsultasjoner hos «annen lege», og noe lavere, men fremdeles relativ høy og stabil, andel konsultasjoner hos mest brukte lege. Det har i tillegg vært en økning i denne andelen de siste årene. Til slutt viser resultatene at disse listeinnbyggerne også møter få, men noe flere ulike leger enn listeinnbyggerne med fastlege. Dette har ikke endret seg over tid.

FHIs analyser viser stor geografisk variasjon. Variasjonen sees både i andelen listeinnbyggere på fastlegelister uten fastlege, i antall konsultasjoner, og i analyser av kontinuitetsindikatorene. Noen av analysene viser at personer som bor i mindre sentrale områder oftere er på fastlegelister uten tilknyttet fastlege. Disse personene besøker samme lege over tid i mindre grad enn andre (Deliac et al., 2023).

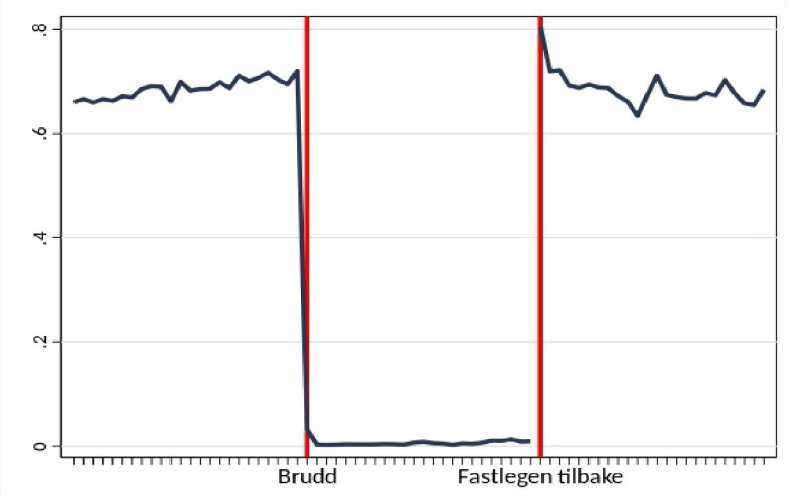
Boks 2-1: Helsetjenestebruk etter brudd i kontinuitet i listeinnbygger–fastlegerelasjonen

FHI har utført analyser som beskriver hvordan helsetjenestebruken til listeinnbyggerne blir påvirket av et brudd på kontinuitet i listeinnbygger–fastlegerelasjonen (Grøsland et al., 2023). Brudd i kontinuitet kan være en følge av at fastlegen for eksempel blir syk eller har permisjon. Tidligere studier som viser sammenheng mellom kontinuitet og helsetjenestebruk, finner at lav kontinuitet er assosiert med økt sannsynlighet for sykehusinnleggelser, bruk av legevakt og død (Hansen et al., 2013) (Barker et al., 2017). En registerstudie fra 2021 (Skarshaug et al., 2021) fant at plutselig brudd i fastlegerelasjonen, som sykdom hos fastlegen eller at fastlegen sluttet i sin stilling, medførte lavere bruk av fastlegetjenesten i alle aldersgrupper, samt økt bruk av legevakt utenfor normal arbeidstid. For personer over 65 år økte også risikoen for akuttinnleggelse i sykehus.

Kontinuitet er målt ved å se på andelen av konsultasjonene som er hos listeinnbyggernes egen fastlege. Både konsultasjoner i fastlegeordningen og konsultasjoner på legevakt er inkludert, samt akutte polikliniske henvendelser og akutte døgninnleggelser. Analysene undersøker brudd i kontinuitet både relatert til at fastlegen i perioder bruker vikarer i stedet for å ha størstedelen av konsultasjonene med sine listeinnbyggere selv, og varighet på kommunens avtaler med fastlegen. Datakilder er registerdata fra fastlegeordningen (FLO), KUHR, og Norsk pasientregister (NPR).

For fastlegelister hvor den samme fastlegen kommer tilbake, har listeinnbyggernes egen fastlege 80 prosent av konsultasjonene den første måneden etter at listeinnbygger–fastlegerelasjonen er gjenopprettet. Konsultasjonene stabiliserer seg på rundt 65–75 prosent i de påfølgende månedene

Andel konsultasjoner hos egen fastlege før, under og etter et brudd på kontinuitet

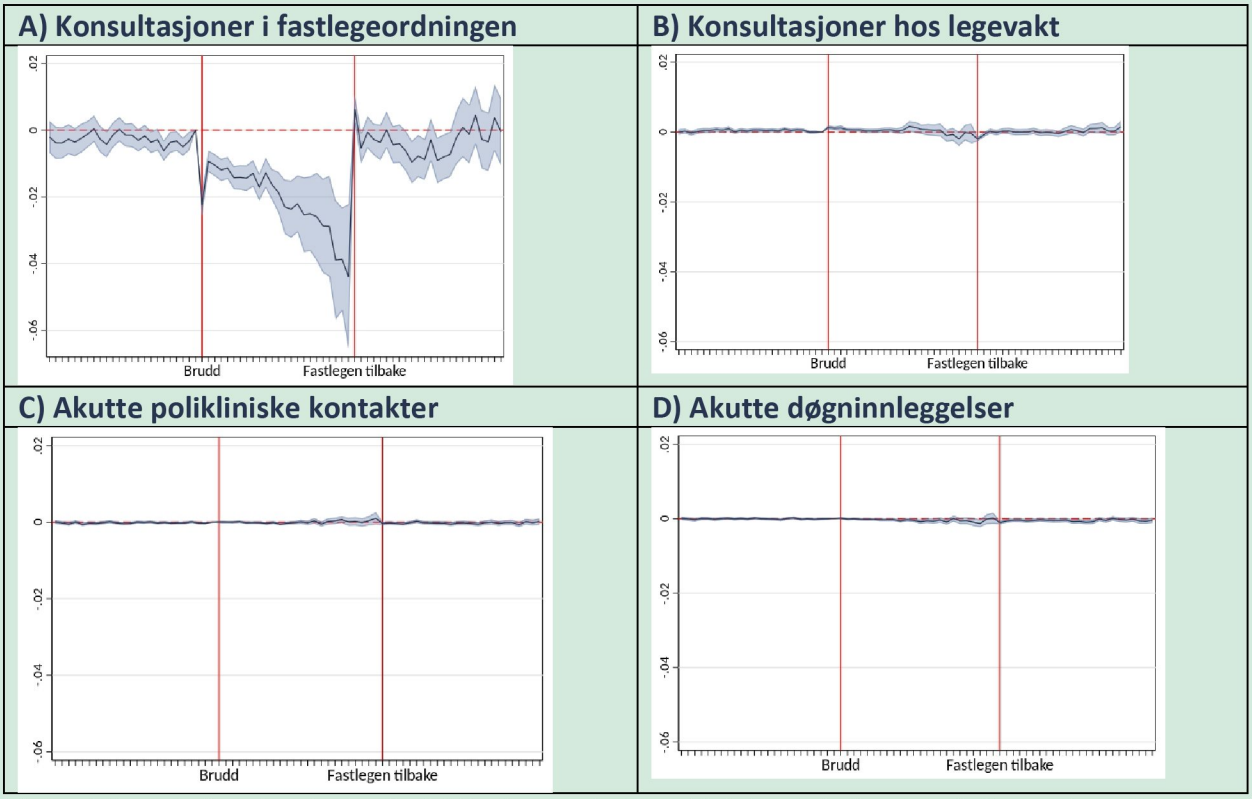


Merknad: Y-aksen viser andel av totalt antall konsultasjoner innbyggere har hos sin egen fastlege hver måned. X-aksen følger fastlegelister som har et brudd (som definert over) i inntil 24 måneder før et brudd, inntil 24 måneder under et brudd, samt i inntil 24 måneder etter fastlegen har kommet tilbake. Kilde: FLO og KUHR fra 2016–2020

I årene 2016–2020 var det totalt 957 fastlegelister og 925 228 tilhørende listeinnbyggere som hadde brudd på kontinuitet mellom fastlege og listeinnbygger. I en gitt måned var det brudd på kontinuitet med fastlegen på mellom 4–5 prosent av alle fastlegelister.

Figuren på neste side viser endring i månedlig antall konsultasjoner/innleggelser før og under et brudd på kontinuitet mellom fastlege og pasient, samt etter at kontinuiteten er gjenopprettet når fastlegen kommer tilbake.

Effekt av å miste fastlege og få fastlegen tilbake på gjennomsnittlig antall konsultasjoner/innleggelser



Merknad: Event-studie av hvordan kontinuitet i fastlege–pasient forhold påvirker helsetjenestebruk. Figuren viser estimater med 95 prosent konfidens intervall. Den avhengige variabelen er gjennomsnittlig antall konsultasjoner/innleggelser per måned, hvor måneden før bruddet på kontinuitet er referanse. Modellen kontrollerer for kalendermåned faste effekter for å justere bort eventuelle endringer i helsetjenestebruk over tid. Standardfeilen er klynget på fastlegeliste-nivå for å ta hensyn til at helsetjenestebruken til innbyggere på en fastlegeliste er korrelert over tid. Kilde: FLO og KUHR fra 2016–2020.

I figur A viser FHI at brudd i fastlegerelasjonen fører til en reduksjon i månedlige antall konsultasjoner hos fastlege som tilsvarer mellom 4–17 prosent. Når fastlegen kommer tilbake, er antall konsultasjoner på samme nivå som før bruddet. Det er indikasjon på en økning av antall konsultasjoner hos legevakt for alle aldersgrupper (figur B), men forskerne påpeker manglende robusthet for resultatet og at det derfor ikke kan tillegges vekt. De konkluderer med ingen sterke effekter på bruk av legevakt. Det er ingen signifikante endringer i akutte polikliniske henvendelser (Figur C), men det er en liten nedgang i akutte døgninnleggelser (Figur D).

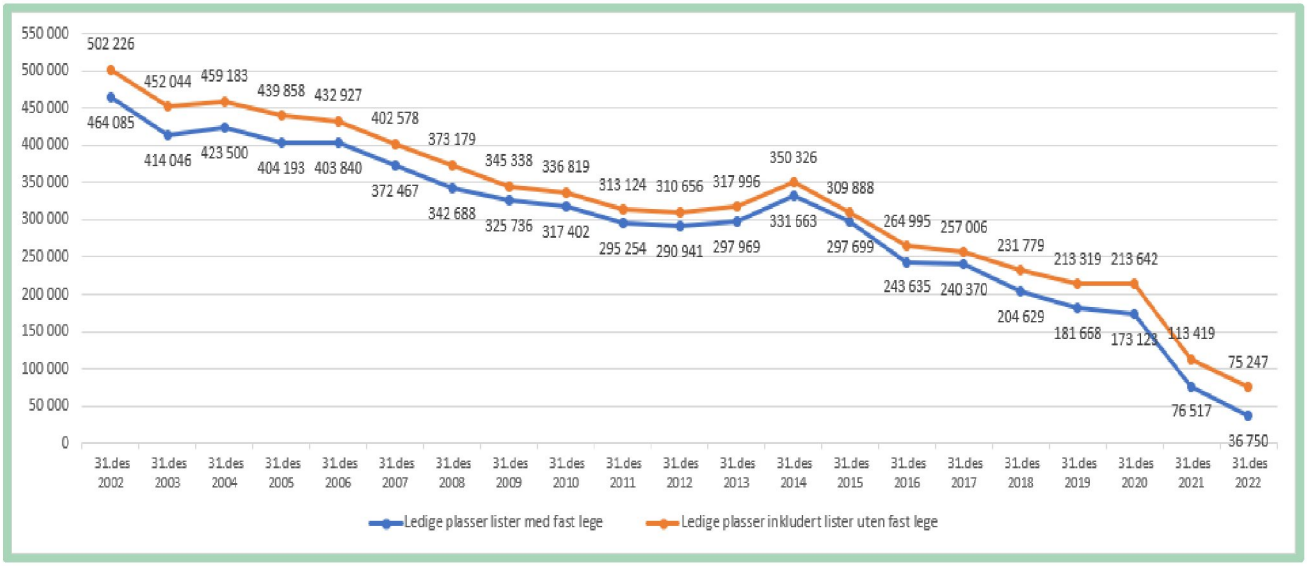
Brudd i kontinuitet kan også forstås som varighet på den enkelte fastlegeavtale. Helsedirektoratet publiserer indikator for geografisk variasjon på kommunens avtaler med fastlegen. Avtalevarighet har tidligere blitt brukt som mål på kontinuitet for pasienten, men har noen klare svakheter siden målet ikke knyttes til listeinnbyggeren, men til avtalen som kan betjenes av flere ulike leger og vikarer. FHI har, med utgangspunkt i indikatoren, kun sett på fastlegeavtaler som opphørte i 2020. De fant stor geografisk variasjon for både andelen avtaler som opphørte og i gjennomsnittlig avtalevarighet. I de minst sentrale områdene (sentralitetsklasse 6) opphørte rundt 14 prosent av fastlegeavtalene i 2020. Gjennomsnittlig varighet på fastlegeavtalene var 4 år. Til sammenligning opphørte 5 prosent av fastlegeavtalene i de mest sentrale områdene (sentralitetsklasse 1) i 2020, med en gjennomsnittlig avtalevarighet på nærmere 13 år.

2.2.5. Åpne fastlegelister

Ledige plasser på fastlegelistene i en kommune gjenspeiler områdets fastlegekapasitet, og har innvirkning på innbyggernes mulighet til å bytte fastlege eller få ny fastlege om legen slutter eller blir fraværende. Listetaket, antall listeplasser på en liste, har blitt redusert de siste årene, og det har vært en betydelig nedgang i antall ledige listeplasser. Helsedirektoratets statusrapport for 2. tertial 2022 viser at nedgang i gjennomsnittlig listelengde skjer samtidig med nedgang i gjennomsnittlig listetak (Helsedirektoratet, 2022i). Gjennomsnittlig listetak er redusert med 63 plasser, mens gjennomsnittlig listelengde er redusert med 36 plasser siden 1. tertial 2020, som gir en differanse nasjonalt på 18 plasser. Om man kun ser på lister med fastlege er differansen nesten halvert, til 10 plasser. Det innebærer en kraftig reduksjon fra 2020, hvor tilsvarende tall var på henholdsvis 45 og 40 plasser.

Figur 2-13 viser utvikling i ledige listeplasser for lister med og uten fastlege for perioden 2002 til utgangen av 2022, totalt for hele landet.

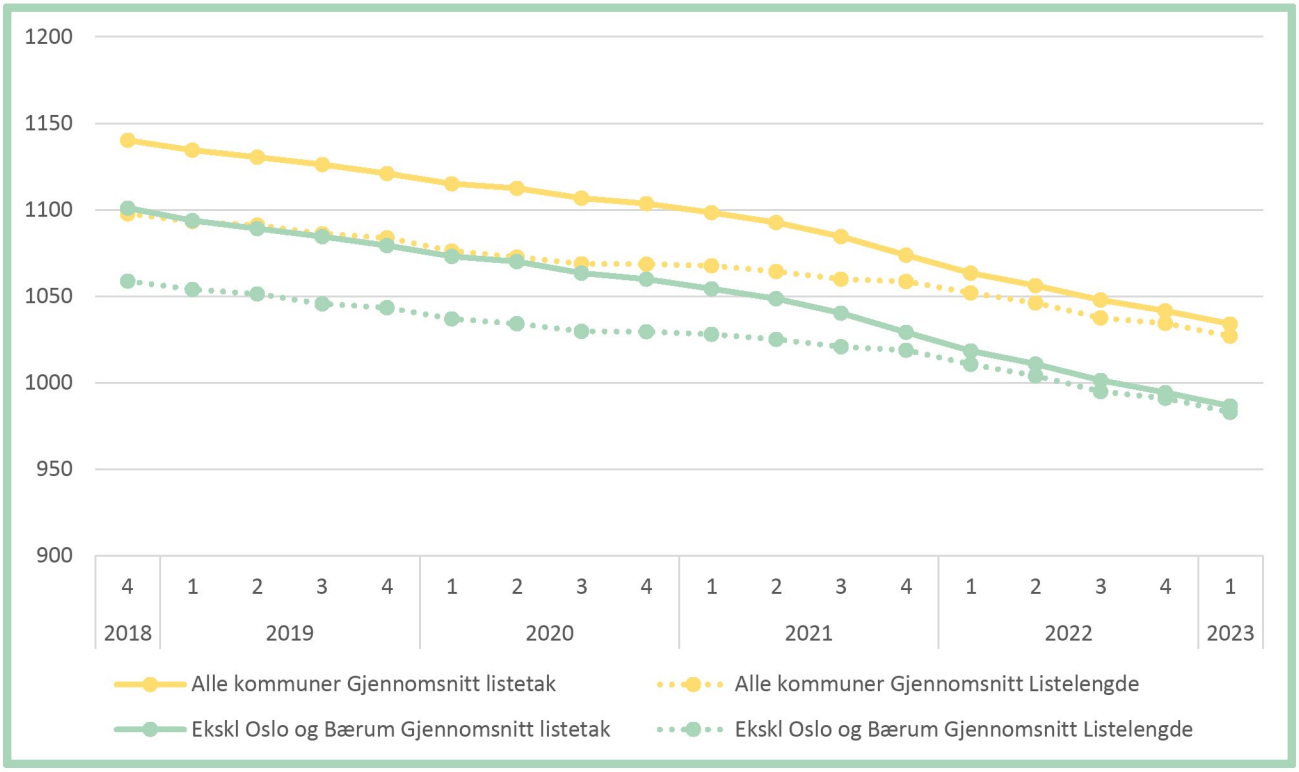
Figur 2-13: Utvikling i ledige listeplasser for lister med og uten fastlege, 2002 – 2022



Kilde: FLO, 2002 - 1.tertial 2023.

Figur 2-14 viser utvikling i gjennomsnittlig listelengde og listetak for lister med og uten fastlege for årene 2018 til 1. tertial 2023, og det vises også når Oslo og Bærum er ekskludert.

Figur 2-14: Utvikling i gjennomsnittlig listelengde og listetak, med og uten Oslo og Bærum, 2018 – 1. tertial 2023



Kilde: FLO, 4. tertial 2018 - 1.tertial 2023.

Reduksjonen i listetak og listelengde påvirker det totale antallet listeplasser i fastlegeordningen. Både folkerike og mindre folkerike kommuner har fått færre antall ledige plasser på liste med fast lege de siste to årene. Årsaksforholdene varierer med kommunestørrelsen. Mens mindre folkerike kommuner har høyere andel lister uten fast lege, har befolkningsrike kommuner svært høyt listebelegg. Grovt sett ser det ut til at mangel på fastlegekapasitet i mindre folkerike kommuner primært er relatert til ubesatte lister, mens en i folkerike kommuner ikke har kapasitet til å bytte fastlege eller ta inn nye innbyggere.

Nedgangen i antall ledige listeplasser med fastlege er størst i de mest befolkede kommunene, på nasjonalt nivå kun fem ledige plasser per 1000 listeinnbyggere. I kommuner med 10 000–49 999 innbyggere var det per mars 2023, samlet sett, ingen ledige plasser. En større andel av de store kommunene har underkapasitet og det står flere innbyggere på lister enn det er planlagt for (listetaket). I august 2022 hadde nærmere hver tredje kommune flere innbyggere på listene enn det var planlagt gjennom avtalt listetak (30 prosent av kommunene for lister med fast lege, 33 prosent inkludert lister uten fast lege).

2.2.6. Kvalitet

Brukererfaringer benyttes som mål på kvalitet i tjenesten. Som tidligere beskrevet, har FHI gjennomført to brukerundersøkelser om pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret, i 2018/2019 og i 2020/2021, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Fra 2022 har pasienterfaringer med fastlegekontoret inngått som en indikator i Nasjonalt kvalitetsindikatorsystemet. Kvalitetsindikatorer er statistikk som brukes for å

belyse kvalitet i helsetjenesten, direkte i helsetjenestens kvalitetsforbedringsarbeid og som informasjon til pasienter og befolkningen ellers (Helsedirektoratet, 2021b).

I undersøkelsen fra 2019 oppgir mange brukere at de er fornøyde med fastlegen, men det er et forbedringsbehov særlig knyttet til at fastlegen ikke har nok tid. Mange som har hatt behov for hjemmebesøk eller tolk, har ikke fått tilbud om dette. Andre forbedringsområder er informasjon om bruk og bivirkninger av medisiner, og at pasienter får skrevet ut medisinlister ved endringer i medisinering. Ønsker for framtidens fastlegetilbud gjenspeiler erfaringene (Iversen et al., 2019).

Brukerundersøkelsen for 2021/2022 viser at tilgjengelighet til fastlegen er indikatoren der pasientene gir dårligst skår. I kvalitative kommentarer trekker pasientene fram viktigheten av kontinuitet, og at det er særlig krevende å møte mange ulike vikarer for egen fastlege. Det er fortsatt slik at pasienter med dårlig egenvurdert fysisk og psykisk helse rapporterer dårligere erfaringer med fastlegen og fastlegekontoret enn andre (Norman et al., 2022). Tilgjengelighet og ventetid beskrives nærmere i kapittel 2.2.2.

Det er begrenset med data og forskning som belyser kvalitet i fastlegetjenesten. Etter ekspertutvalgets vurdering er dette et viktig kunnskapshull og et selvstendig punkt i utfordringsbildet for allmennlegetjenesten.

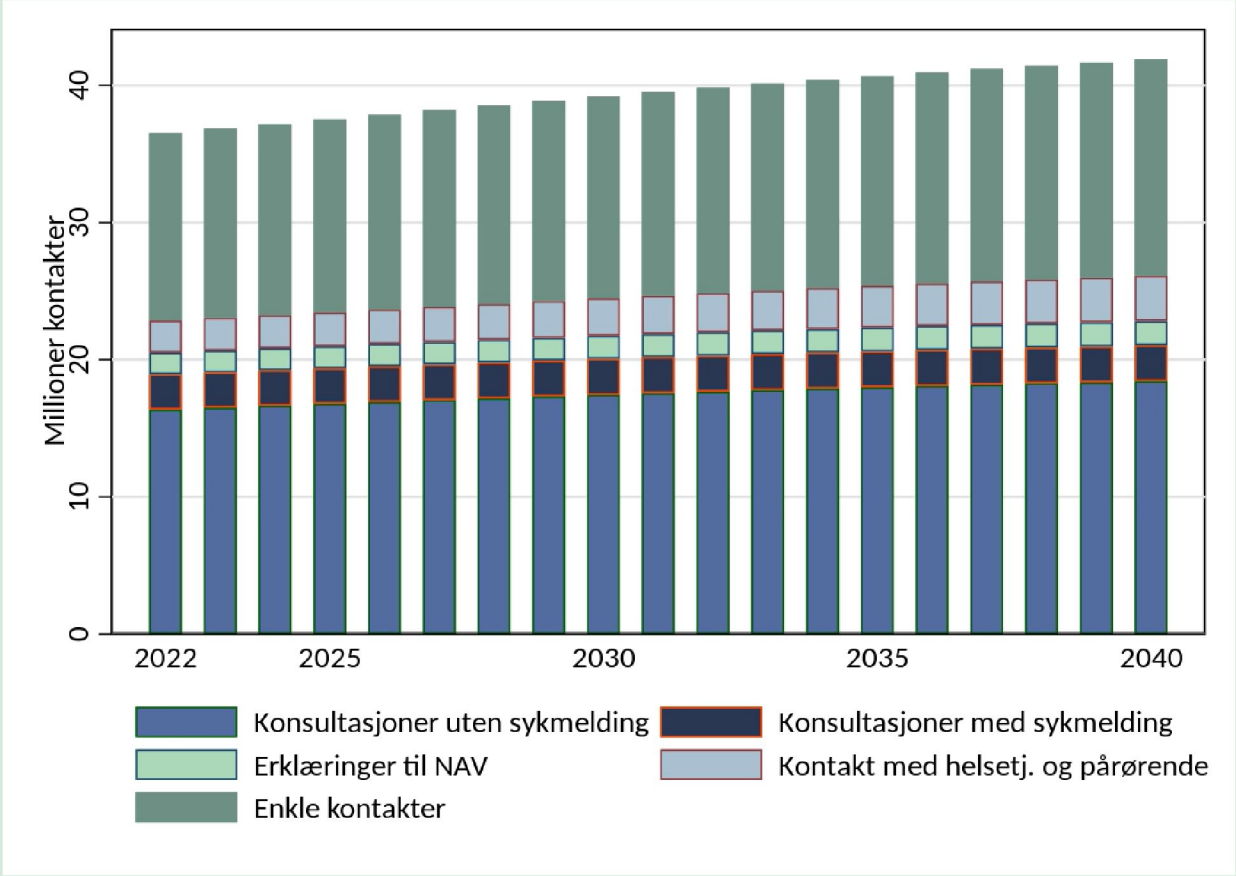
Boks 2-2: Fastlegebehovet i tiden framover

Hvor mange fastleger det vil være behov for i tiden framover avhenger av en rekke faktorer, som den demografiske utviklingen, sykelighet i befolkningen og innbyggernes helsetjenestebruk. Den framtidige fastlegebruken er igjen relatert til ulike forhold, som tilbud og tilgang til tjenesten, teknologisk utvikling og politiske prioriteringer.

FHI har utarbeidet framskrivinger av hvor mange fastleger det vil bli behov for fram mot 2040, basert på SSBs befolkningsframskrivinger og observert fastlegebruk for ulike aldersgrupper (Gjefsen, 2023a). Det er også utarbeidet en alternativ beregning, basert på økning av årlige fastlegekonsultasjoner blant de eldste.

Framskriving av fastlegebruk er basert på dagens fastlegebruk per innbygger, kombinert med befolkningsframskrivingene fra SSB fra 2022. Figuren under viser framskriving av fastlegebruk fram mot 2040, fordelt på fem kontaktkategorier. Konsultasjoner uten sykmelding er den største kategorien også i framskrivingene, etterfulgt av enkle kontakter. Det framskrives en reduksjon i sykmeldinger og erklæringer til NAV fram mot 2040, på grunn av reduksjon i andel av befolkningen i yrkesaktiv alder, fra 9,3 prosent i 2022 til 8,3 prosent i 2040. Tilsvarende framskrives en økning i kategorien kommunikasjon med helsetjenesten og pårørende, grunnet økning av antallet eldre i befolkningen, fra 8,5 prosent til 10,5 prosent i 2040. Det framskrives størst bruk av disse tjenestene i de eldste aldersklassene.

Framskrivinger av fastlegebruk i millioner kontakter



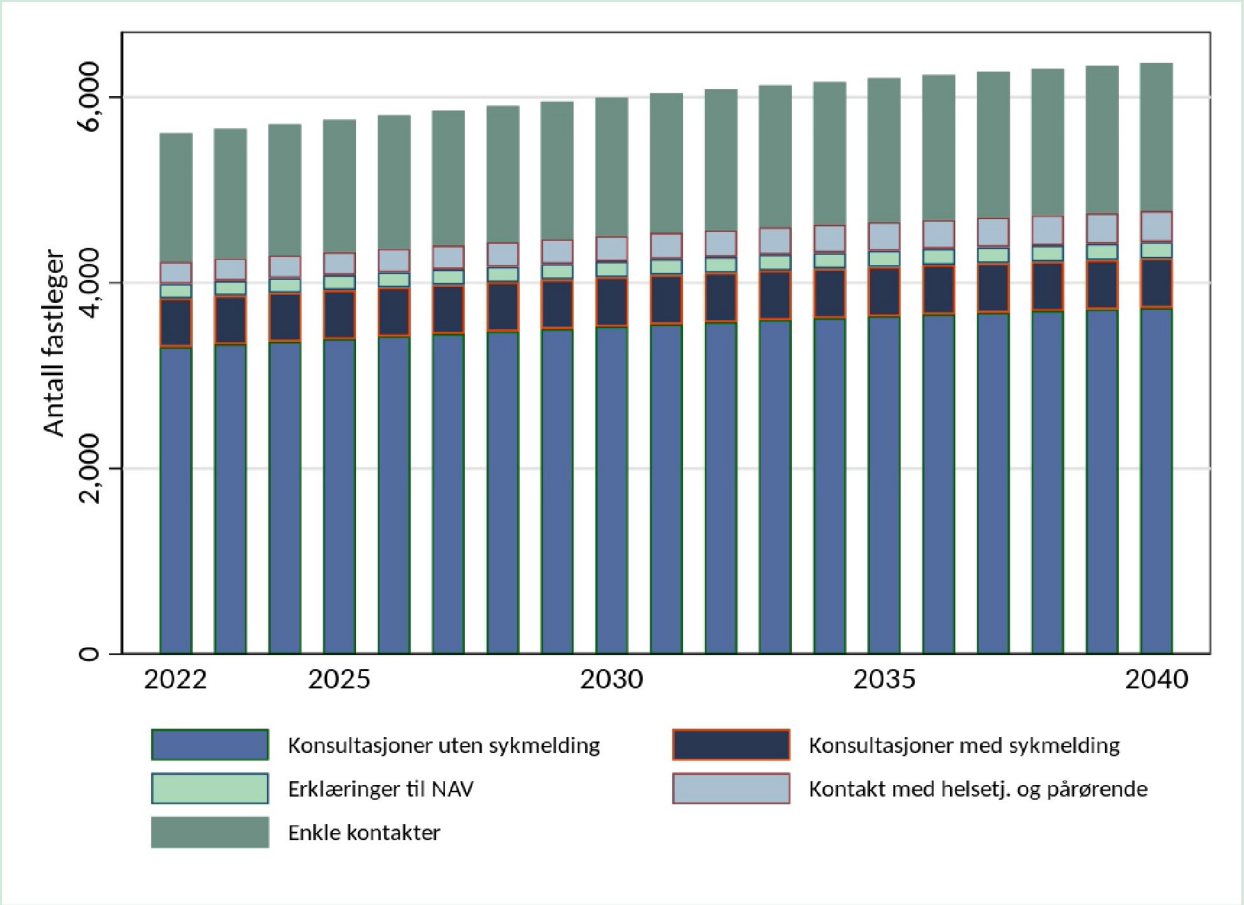
Merknad: Basert på observert bruk av kontakttyper i 2021–2022 og SSBs befolkningsframskrivinger.

Den forventede økningen i fastlegebruk legges til grunn for å framskrive hvor mange fastleger som er nødvendig for å dekke innbyggernes behov. Videre forutsetter forskerne i referansescenariet at fastlegene i gjennomsnitt bruker like mye tid på kontakter framover i tid som gjennomsnittsfastlegen i 2022.

Figuren under viser framskriving av antall fastleger fram mot 2040. Framskrivingene viser behov for betydelig økt antall fastleger framover. I 2040 er det behov for 5 780 fastleger, sammenlignet med 5 088 i 2022. Det tilsvarer en økning på omtrent 14 prosent gjennom perioden, og innebærer en økning på om lag 38 fastleger i året.

Det er imidlertid svært tvilsomt at utviklingen vil bli slik, og framskrivingene er derfor bare illustrasjoner av mulige utviklingsbaner/scenarier. Framskrivingene har ikke tatt hensyn til at fastlegene kan ha et ønske om kortere fastlegelister og lavere arbeidsbelastning enn de har i dag, eller høyere forventninger i befolkningen til hva fastlegen kan hjelpe til med, og eventuelle udekte behov.

Framskrivinger av antall fastleger

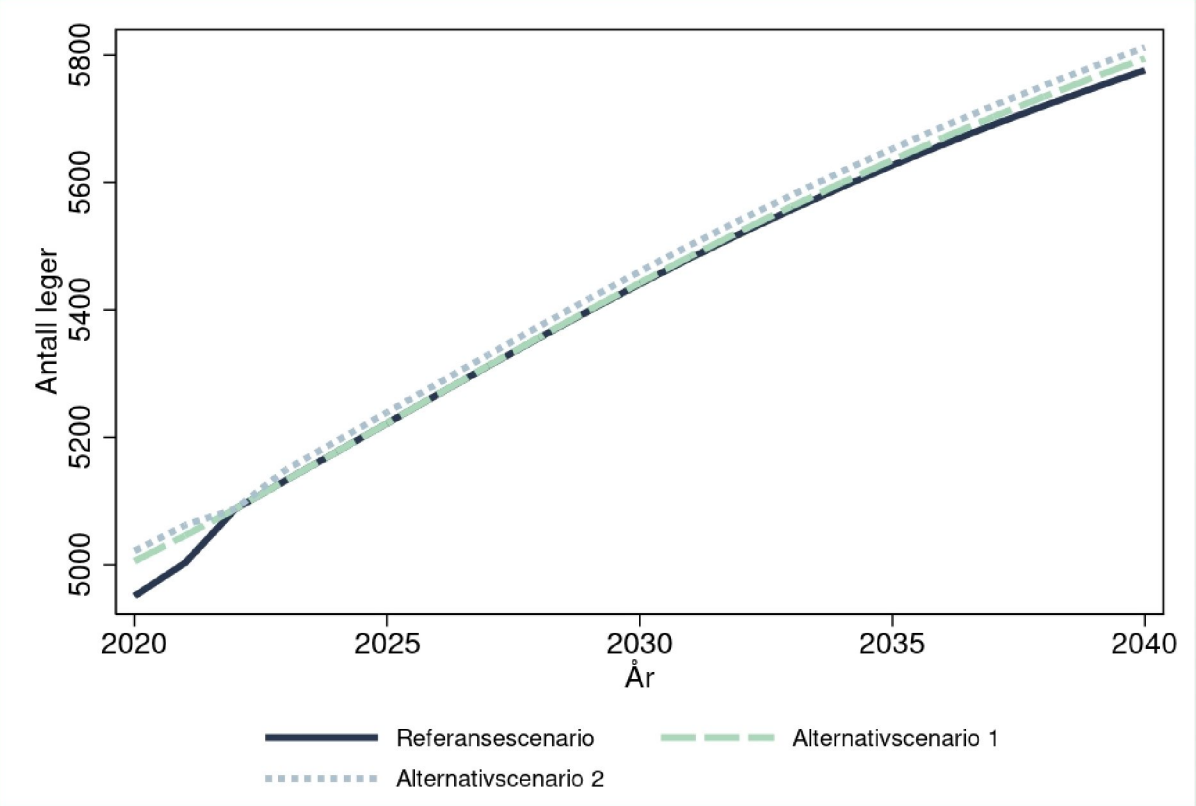


Merknad: Antall fastleger basert på gjennomsnittlig antall kontakter per fastlege i 2022. Basert på KUHR fra november 2021–oktober 2022.

FHI har utarbeidet en alternativ beregning, og sett på økt behov for helsetjenester blant de eldste, gitt tendensen at eldre blir boende hjemme lengre i tiden framover. I analysene over er det lagt til grunn en nedgang i konsultasjoner hos fastlegen fra 85 års alder, blant annet fordi flere bor på sykehjem. Dette kalles referansescenarioet. Framskrivingene er gjort for to alternative scenario: 1: De som er eldre enn 85 år har samme bruk av fastlegekonsultasjoner som 85-åringer, og 2: Bruk av fastlegekonsultasjoner etter 85 år følger utviklingen i aldersgruppen 80-85 år, med gjennomsnittlig årlig økning mellom 80 og 85 år.

Figuren under viser utviklingen/framskrivingen av behovet for antall fastleger de neste årene, basert på de tre scenariene.

Framskrivinger av antall fastleger med ulike forutsetninger for fastlegebruk blant de eldste



Merknad: Referansescenario er basert på observerte kontakter hos fastlegen for alle. Alternativscenario 1 viser fastlegebruk dersom personer eldre enn 85 år har like mange konsultasjoner som 85-åringer. Alternativscenario 2 viser fastlegebruk ved økende konsultasjonsfrekvens etter 85 år tilsvarende økningen mellom 80 og 85.

Resultatene viser at økt andel hjemmeboende ikke har noen stor betydning for behovet for antall fastleger. Forskjellen i fastlegebruk gir i 2040 behov for 20 flere fastleger for alternativscenario 1, og cirka 35 flere fastleger for alternativscenario 2. Det er kun endret bruk av fastlege for personer over 85 år. På tross av økning i denne aldersgruppen framover vil det fremdeles være en relativt liten befolkningsgruppe, og noe økt fastlegebruk i denne gruppen gir dermed relativt begrenset utslag for den totale fastlegebruken.

2.3. Fastlegenes situasjon

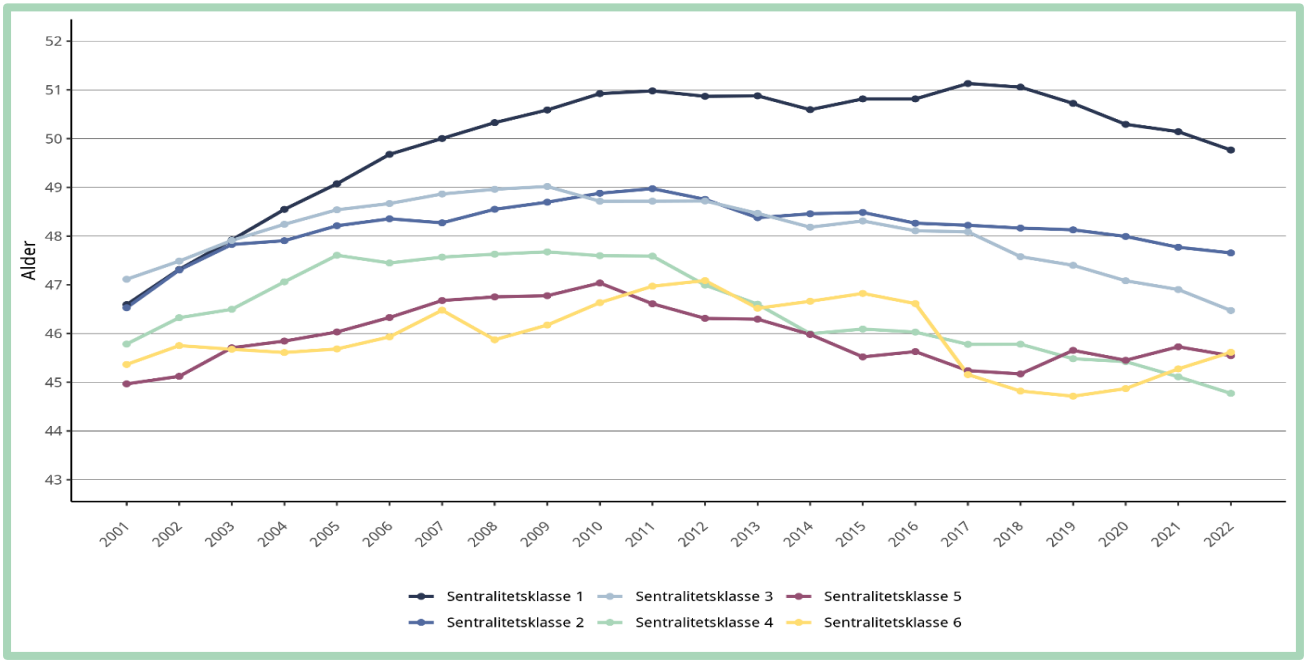
Kapittelet inneholder kunnskapsgrunnlag som gjelder fastlegens perspektiv, og beskriver utviklingen i fastlegenes situasjon over tid, inkludert fastlegens arbeidsoppgaver, arbeidstid, konsultasjonslengde og inntekt. Resultater vises på tvers av fylker, kommunestørrelse og kommunens sentralitet, samt andre forhold knyttet til fastlegene og fastlegeordningen. Samtlige resultater viser utvikling over tid.

2.3.1. Hvem er fastlegen – utvikling over tid

FHI har undersøkt utviklingen i situasjonen for fastlegene over tid og finner at det er endringer i en rekke forhold. Dagens fastleger er i snitt yngre, er i større grad ansatt med fastlønnsavtale, har kortere fastlegelister og jobber på fastlegekontor sammen med flere andre allmennleger, sammenlignet med for 10 år siden. Fastlegenes gjennomsnittsalder steg fra 2001 til 2011, til 48,6 år, og har deretter falt jevnt, til 46,9 år i 2022 (figur 2-15). Andelen kvinner i fastlegekorpset har økt, fra 30 prosent ved oppstart i 2001 til nær 50 prosent i 2022 (Skyrud et al., 2023).

Det er store geografiske forskjeller blant fastlegene. Sammenlignet med landsgjennomsnittet, er fastleger i de minst befolkede kommunene i distrikt yngre, har lavere listetak og er ansatt med fastlønnsavtale. Fastlegene i Oslo og Viken har den høyeste gjennomsnittsalderen (henholdsvis 50,5 og 47,5 år), mens den er lavest i Troms og Finnmark (44,8 år). Nær tre av fire fastleger i mindre befolkningsrike kommuner er ansatt, mot 5 prosent og mindre i mer sentrale strøk. En større andel av fastleger uten spesialisering er ansatt, i underkant av en av tre, mot omtrent en av 10 med spesialisering. Det er trolig slik at en stor andel av ikke-spesialistene er under spesialisering i fastlønnede ALIS-stillinger. Antall fastleger per fastlegekontor er høyest i Troms og Finnmark og lavest i Viken (6,2 vs. 4,1), men det sees ikke noe tydelig mønster for kontorstørrelsen etter sentralitet eller befolkningsstørrelse. To av tre (64 prosent) fastleger var spesialister i allmennmedisin ved utgangen av 2022 (Helsedirektoratet, 2022i).

Figur 2-15: Utvikling i fastlegenes gjennomsnittsalder per sentralitetsklasse, 2001 til 2022



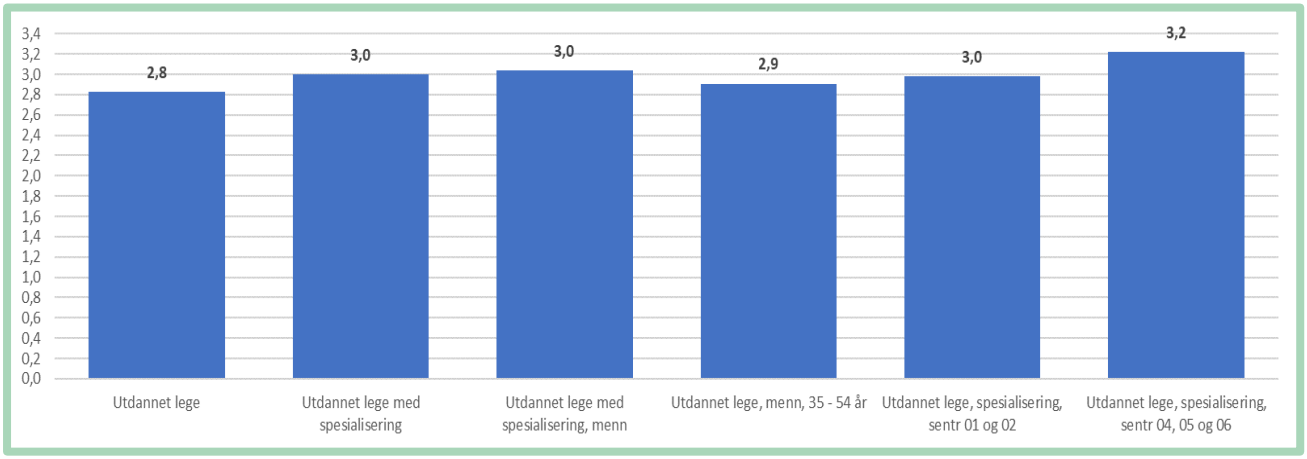
Kilde: FLO, 2001-2022.

2.3.2. Fastlegenes inntekt og takstsystemet

2.3.2.1. Utvikling i fastlegenes inntekt over tid

SSB har, på oppdrag fra ekspertutvalget, undersøkt utviklingen i inntekt for fastleger og andre leger etter hovedarbeidssteder/næringsform (Claus et al., 2023b). Ifølge SSBs helsepersonellstatistikk var det 20 000 utdannede leger i Norge i 2007, og i 2019 var antallet økt til 30 000. I samme tidsperiode hadde legene en årlig nominell økning i gjennomsnittlig yrkesinntekt på 2,8 prosent. Det er liten variasjon i denne prosenten i ulike grupper av leger (figur 2-16).

Figur 2-16: Utdannet lege, årlig nominell endring i yrkesinntekt 2007–2019, ulike delpopulasjoner

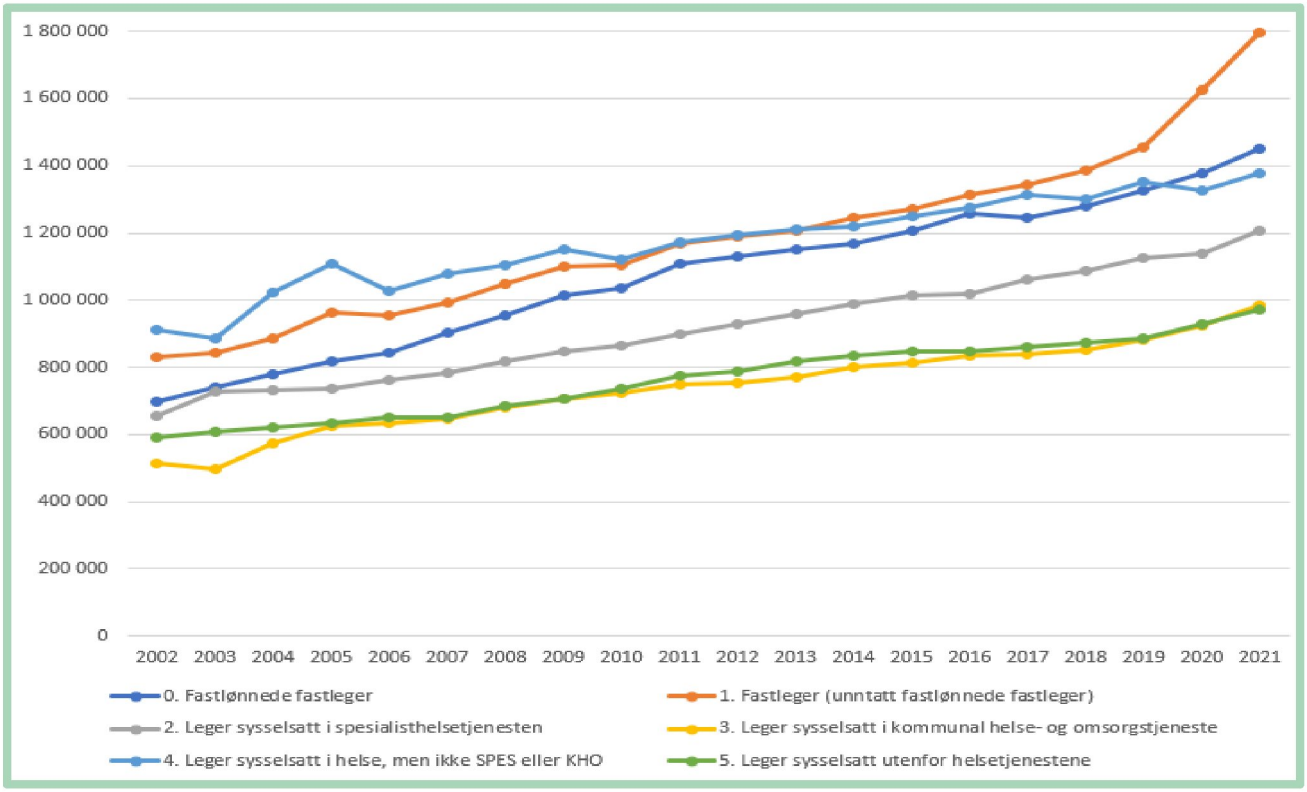


Merknad: Sentralitet 01 og 02 omfatter leger som jobber i de mest sentrale kommunene. Sentralitet 04, 05 og 06 omfatter leger som jobber i de minst sentrale kommunene. Kilde: SSBs helsepersonellstatistikk.

I videre analyse har SSB skilt mellom seks ulike grupper med leger; *fastleger unntatt fastlønnede fastleger*, *fastlønnede fastleger*, *leger i spesialisthelsetjenesten*, *leger i kommunal helse- og omsorgstjeneste, leger sysselsatt i helse – men ikke inkludert i øvrige grupper,* og *leger sysselsatt utenfor helsetjenesten*. Gruppen *fastleger unntatt fastlønnede fastleger* er næringsdrivende med stykkprisfinansiert inntjening, i motsetning til øvrige legegrupper, som er fastlønnede. Noen fastlønnede fastleger har bonus i tillegg til fastlønn.

Figur 2-17 viser utvikling i gjennomsnittlig inntekt for samtlige seks grupper i perioden 2002–2021. Utviklingen i inntekt for fastlegene skiller seg ut under pandemiårene 2020 og 2021.

Figur 2-17: Gjennomsnittlig yrkesinntekt for personer utdannet som leger



Merknad: Yrkesinntekt er summen av lønnsinntekter og netto næringsinntekter i løpet av kalenderåret. Kilde: SSB, Inntektsstatistikken, 2002–2021.

Boks 2-3: Om fastlegenes inntektsutvikling

Statistisk sentralbyrå (SSB) har publisert flere rapporter om fastlegenes inntekt (SSB 2022). I 2020 var gjennomsnittlig bruttoinntekt 1,7 millioner kroner. Bruttoinntekten omfatter alle typer skattemessige inntekter oppgitt i skattemeldingen, inkludert skattemessig overskudd fra næringsvirksomhet. Det betyr at en rekke kostnader ved fastlegenes drift er trukket fra, men også at inntekter som ikke trenger å ha noe med fastlegeaktiviteten å gjøre inngår.

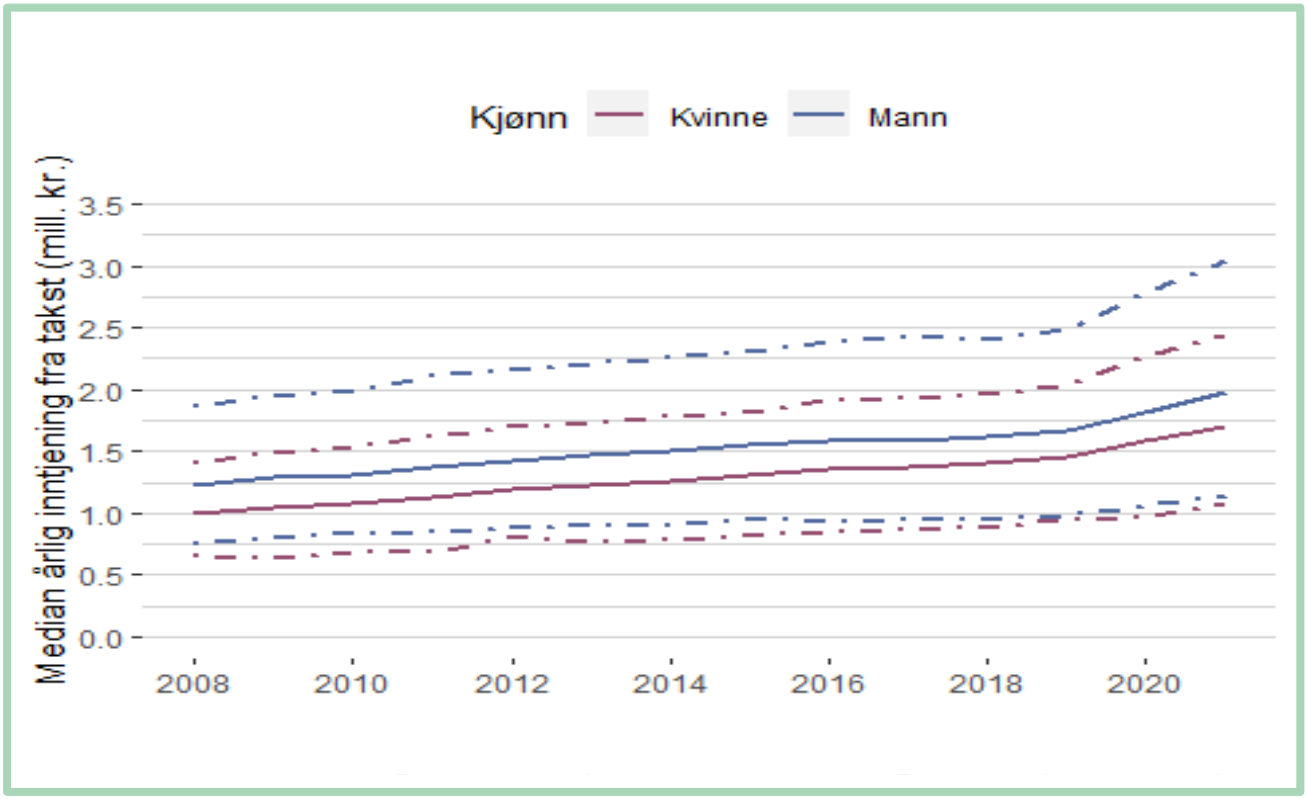
Leger med færre enn 750 innbyggere på listen hadde en gjennomsnittlig bruttoinntekt på 1,4 millioner kroner, mens bruttoinntekten til en fastlege med 1500 eller flere innbyggere på listen var 2,3 millioner kroner. Kvinnelige fastleger hadde nesten 400 000 kroner lavere bruttoinntekt enn mannlige. Fastleger yngre enn 30 år hadde en gjennomsnittlig bruttoinntekt på 1,2 millioner kroner, mens fastleger over 66 år lå godt over 2 millioner kroner.

2.3.2.2. *Kjønnsforskjeller i inntjening fra takster*

FHI har undersøkt kjønnsforskjeller i inntjening fra takstbruk blant fastleger. Datakilder er KUHR og FLO, for perioden 2008–2021.

Figur 2-18 viser total inntjening fra takster, for næringsdrivende spesialister. Kvinnelige fastleger har lavere inntjening enn mannlige fastleger, 23 prosent lavere i 2008, og 16 prosent lavere enn mannlige kolleger i 2021 (Hoff et al., 2023).

Figur 2-18: Total inntjening fra takst for næringsdrivende spesialister etter kjønn



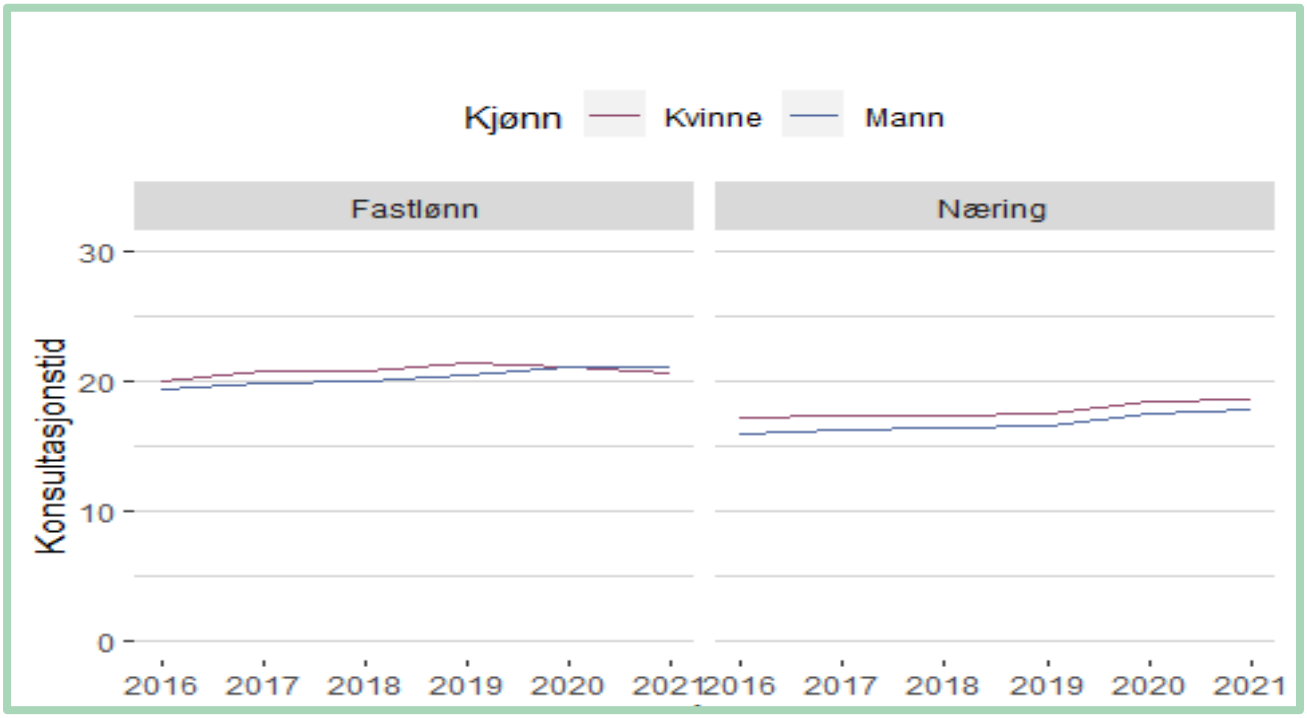
Merknad: Linjen angir median og prikkene angir 75te og 25te persentil. Kilde: KUHR og FLO, 2008-2021..

Noe av forskjellen i inntjening kan tilskrives at mannlige leger har flere arbeidstimer per år enn kvinnelige leger. Når timelønn beregnes for faktiske arbeidsdager i normal arbeidstid, blir forskjellene noe mindre. Timelønnen til kvinnelige leger lå 10 prosent under mannlige leger i 2008, og 5–6 prosent mindre i 2020/2021. Kjønnsforskjellene er høyere blant ikke-spesialister enn spesialister, og er konsistent over aldersgrupper.

Ulikhet i inntjening mellom kjønn kan også forklares med at menn har kortere konsultasjonstid, og dermed kan gjennomføre flere konsultasjoner per time. En ytterligere årsak er at menn vesentlig oftere bruker takster med høyere inntjening.

Figur 2-19 viser kjønnsforskjeller i median konsultasjonstid for vanlige konsultasjoner for næringsdrivende og fastlønnede spesialister i perioden 2016–2021.

Figur 2-19: Utvikling i konsultasjonstid (2AD), fordelt på avlønningsform og kjønn



Merknad: Kontorkonsultasjoner på dagtid, takstkode 2AD. Alle spesialister med gjennomsnittlig 1000 til 2500 listelengde er inkludert.
Kilde: KUHR og FLO, 2016–2021.

Ansatte spesialister med fastlønnsavtale har høyere median konsultasjonstid, sammenlignet med næringsdrivende spesialister. Det er også mindre kjønnsforskjeller i konsultasjonstid mellom ansatte fastleger, og forskjellen i konsultasjonstid mellom mannlige og kvinnelige ansatte leger blir borte de siste årene. Dette er til forskjell fra de næringsdrivende fastlegene, hvor kjønnsforskjellene også holder seg relativt konsistent over aldersgrupper. FHI har også undersøkt sammenheng mellom legens alder og median konsultasjonstid, men finner ikke noen sterk korrelasjon.

2.3.2.3. Aktivitetsbasert finansiering og bruk av tidstakst

Aktivitetsbasert finansiering er et av flere virkemidler for å opprettholde og styre ønsket aktivitet i fastlegetjenesten. Flere studier finner at fastlegenes aktivitet responderer på endring i takstrefusjonene. Brekke et al. (Brekke et al., 2015) finner for eksempel at økt betaling for konsultasjoner i et lite vindu rundt tidspunktet der allmennlegen går fra å ikke være spesialist til å bli spesialist, med tilhørende høyere takster per konsultasjon, øker antall konsultasjoner og reduserer tids- og aktivitetstakster knyttet til hver konsultasjon. Legene har altså mindre aktivitet per konsultasjon, og fordi tidsvinduet som studeres er så lite, er det ingen grunn til å tro at dette kan tilskrives at legene blir mer erfarne og effektive, eller tar mindre kurs, akkurat idet de går fra allmennlege til spesialist.

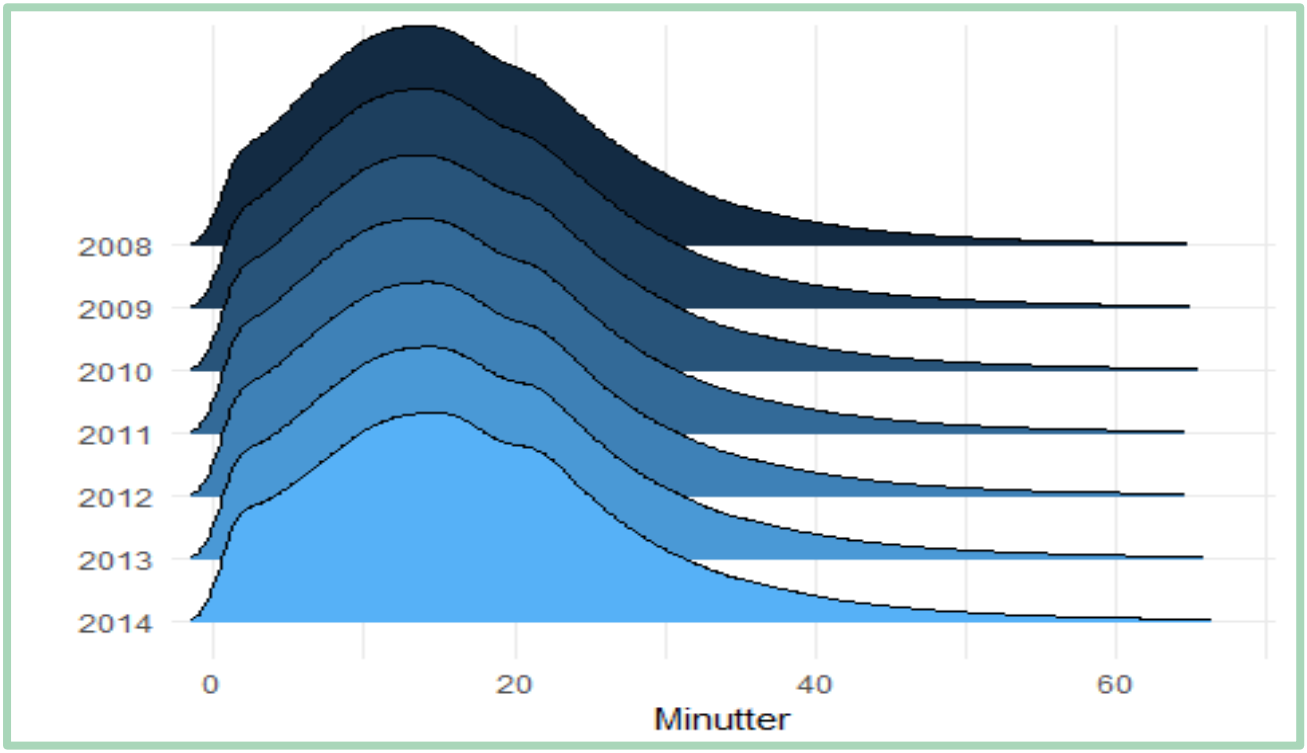
Siden den aktivitetsbaserte finansieringen stimulerer til høy aktivitet, vil det være økonomisk lønnsomt for fastlegen med flere og kortere konsultasjoner. FHI finner at fastlegenes gjennomsnittlige konsultasjonstid for vanlige pasientkonsultasjoner er negativt korrelert med legens årlige inntjening og timelønn (Hoff et al., 2023). Sammenhengen er sterkere for spesialister i allmennmedisin enn for ikke-spesialister.

Samtidig som takstsystemet gir insentiv til kortere konsultasjoner, belønnes også lengre konsultasjoner gjennom tidstaksten (2CD). Tidstaksten kan benyttes når konsultasjonen varer i over 20 minutter, og taksten kan repeteres hvert påbegynte kvarter. I perioden 2008–2010 ble det åpnet for å kombinere tidstakst med noen flere takster, og disse takstenes honorarer ble justert ned.

FHI har undersøkt konsultasjonstid for konsultasjoner, fordelt på næringsdrivende og ansatte fastleger. Til forskjell fra forventet tilnærmet jevn fordeling av konsultasjonstidene rundt median- eller gjennomsnittverdi, sees en to-puklet fordeling for de næringsdrivende fastlegene. Det sees én topp rundt 15 minutter, og ytterligere en topp rundt 21 minutter. Denne tendensen er forsterket gjennom tidsperioden fra 2008 til 2021 (figur 2-20 og 2-21). Forskerne påpeker at det er færre konsultasjoner som varer 17–19 minutter enn hva man kan forvente, som indikerer at konsultasjoner forlenges i tid når det nærmer seg 20 minutter.

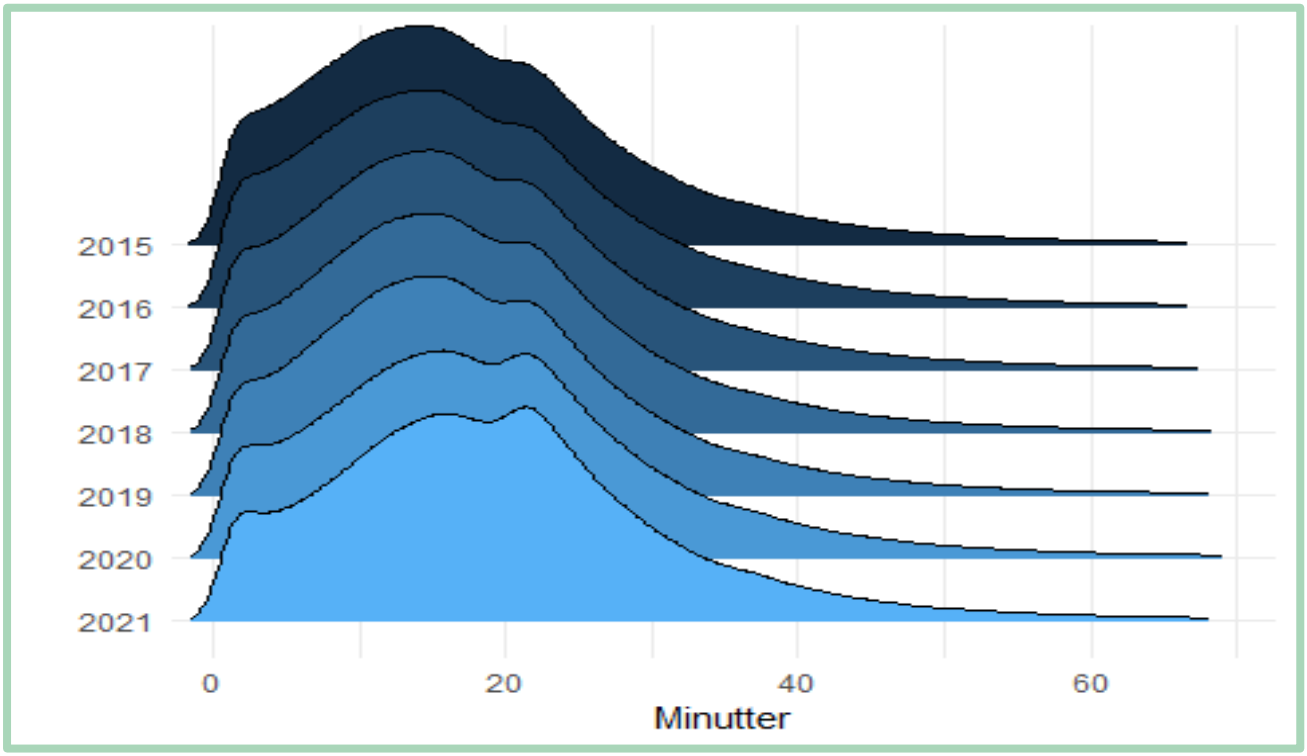
Blant de ansatte fastlegene sees det ikke en tilsvarende to-puklet form (se nærmere omtale i forfatternes publikasjon).

Figur 2-20: Konsultasjonstid 2AD-konsultasjoner 2008–2014, næringsdrivende spesialister



Merknad: Inkluderer 2AD konsultasjoner blant næringsdrivende spesialister. Kilde: KUHR og FLO, 2008-2014.

Figur 2-21: Konsultasjonstid 2AD-konsultasjoner 2015–2021, næringsdrivende spesialister



Merknad: Inkluderer 2AD konsultasjoner blant næringsdrivende spesialister. Kilde: KUHR og FLO, 2015-2021.

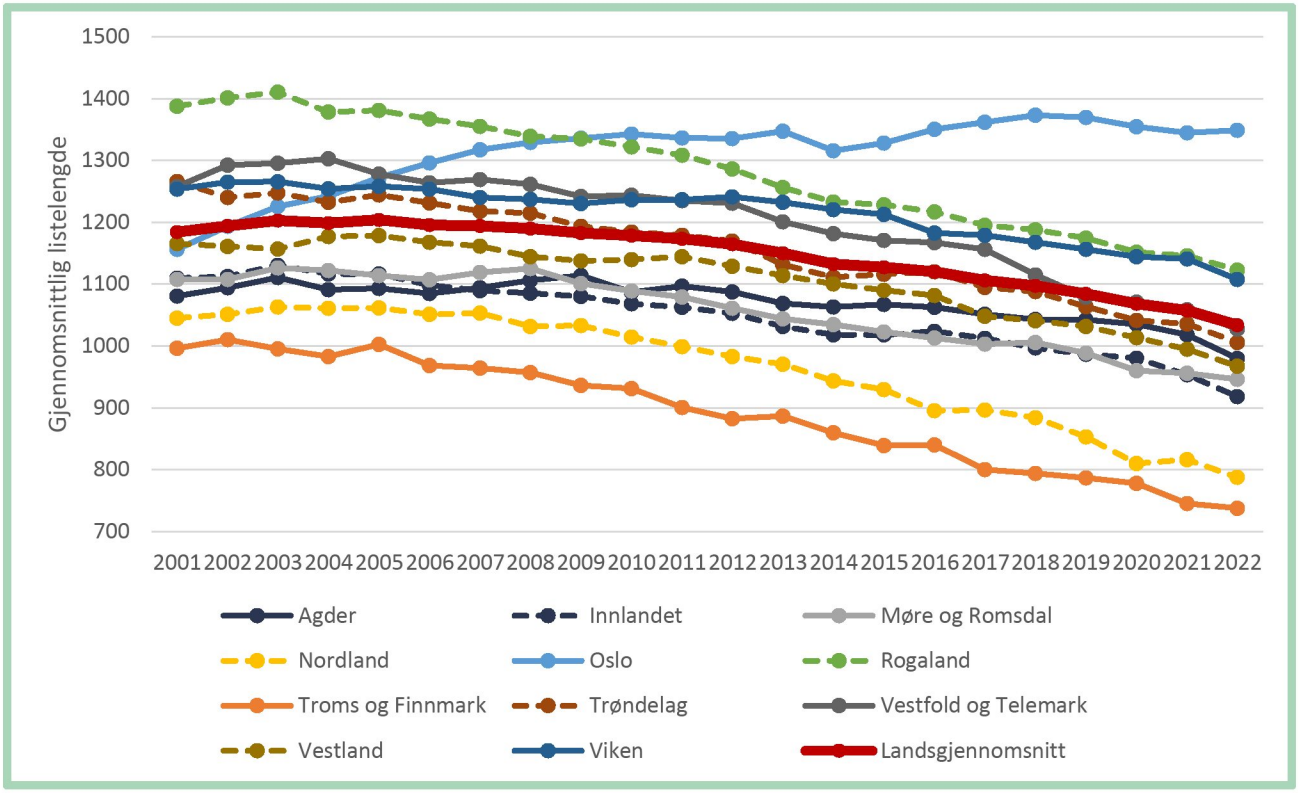
2.3.3. Utvikling i fastlegens listelengde

I dette delkapittelet presenteres resultater for fastlegenes listelengde, både gjennomsnittlig listelengde per fastlege og summen av antall listeinnbyggere (total listelengde). Arbeidet er utført av FHI, på oppdrag fra ekspertutvalget, og datakilder er FLO og KUHR i perioden 2002 til 2022 (Skyrud et al., 2023).

Etter en topp i gjennomsnittlig listelengde per fastlege i 2005, ses en jevn nedgang i listelengden fram til 2022 i alle fylker, med unntak av Oslo. Oslo skiller seg fra de øvrige fylkene ved å ha en økning i gjennomsnittlige listelengde fram til 2010, og at listelengden deretter har stabilisert seg på et relativt høyt nivå, med omtrent 1350 listeinnbyggere per liste (figur 2-22.

Listelengde varier også etter sentralitet og befolkningsstørrelse. Gjennomsnittlig listelengde er størst i de mest folkerike og sentrale kommunene (1236, 1294), og kortest i de minst folkerike og sentrale kommunene (606, 607).

Figur 2-22: Utviklingen i gjennomsnittlig listelengde per fastlege, per fylke og for landet totalt



Kilde: FLO, 2001 - 2022.

Parallelt med fallende listelengde nasjonalt sees en økning i totalt antall listeinnbyggere på liste med fastlege fram til 2019. Etter 2019 ses en mindre nedgang i dette antallet. Flesteparten av fylkene har hatt en årlig vekst i antall listeinnbyggere på liste med fastlege gjennom de siste 20 årene siden fastlegeordningens oppstart. For noen fylker sees en negativ trend for årene 2021 og 2022; Rogaland, Troms og Finnmark, Vestfold og Telemark og Vestland, og tilsvarende sees i middels sentrale og befolkningsrike kommuner. De minst befolkede kommunene ser ikke en tilsvarende reduksjon i antall listeinnbyggere på liste med fast lege.

2.3.4. Utvikling i fastlegens arbeidsmengde over tid

Fastlegene har over tid gitt uttrykk for økende arbeidsbelastning, og at stadig flere jobber lengre dager og i økende grad på kvelder og i helger. De siste årene er det utført flere spørreundersøkelser blant fastleger, med selvrapportering av arbeidstimer. Som en del av evalueringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten, ba Oslo Economics og Universitet i Oslo (UiO) fastleger om å rapportere gjennomsnittlig antall arbeidstimer per uke, i 2021 (Oslo Economics, 2022). Fastlegenes anslag viste en median på 55 arbeidstimer per uke, inkludert legevaktarbeid. Når all form for legevaktarbeid ekskluderes, er median antall arbeidstimer 50 timer.

Noe lavere median totalt antall arbeidstimer per uker, 50 timer, ble rapportert av fastlegene i Fastlegeevaluering av EY og Vista analyse i 2019 (EY og Vista Analyse, 2019). Tidsbruksundersøkelsen samme år kartla fastlegers arbeidstid og fant et høyt antall arbeidstimer per lege. Det er tidligere påpekt usikkerhet rundt hvordan respondentene har registrert timer og kategoriseringen av disse (Ekspertgruppe legevakt,

2021). Trepartssamarbeidet har konkludert med at tallmaterialet ikke egner seg for å fastslå faktiske arbeidstider, men partene er enige om at rapporten viser en økning i fastlegenes arbeidstid (Staten, 2019).

SSB undersøkte i 2018 hva økningen i fastlegenes oppgaver over tid kan bety for belastningen for den enkelte lege. Mens fastlegenes gjennomsnittlige listelengde gikk ned med 6 prosent i årene 2010–2017, var veksten i antall konsultasjoner per innbygger på 4,5 prosent. Det pekes på at den økte arbeidsmengden i perioden ikke kan forklares av kun flere konsultasjoner. SSB konkluderer med at resultatene støtter at veksten i fastlegenes arbeidsbelastning overgår tilgjengelige legeressurser de siste årene, men ikke i så stor grad som arbeidstidsundersøkelsene i samme periode oppgir (Texmon, 2018).

På oppdrag fra ekspertutvalget har FHI undersøkt endringer i fastlegens arbeidsmengde over tid (Hoff et al., 2023). For å belyse arbeidsmengde er det sett på utvikling i antall arbeidstimer per uke, antall arbeidsdager per år, og antall pasientkontakter og konsultasjoner. Datakildene er Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) og Fastlegeregisteret (FLO) i perioden 2008 til 2021.

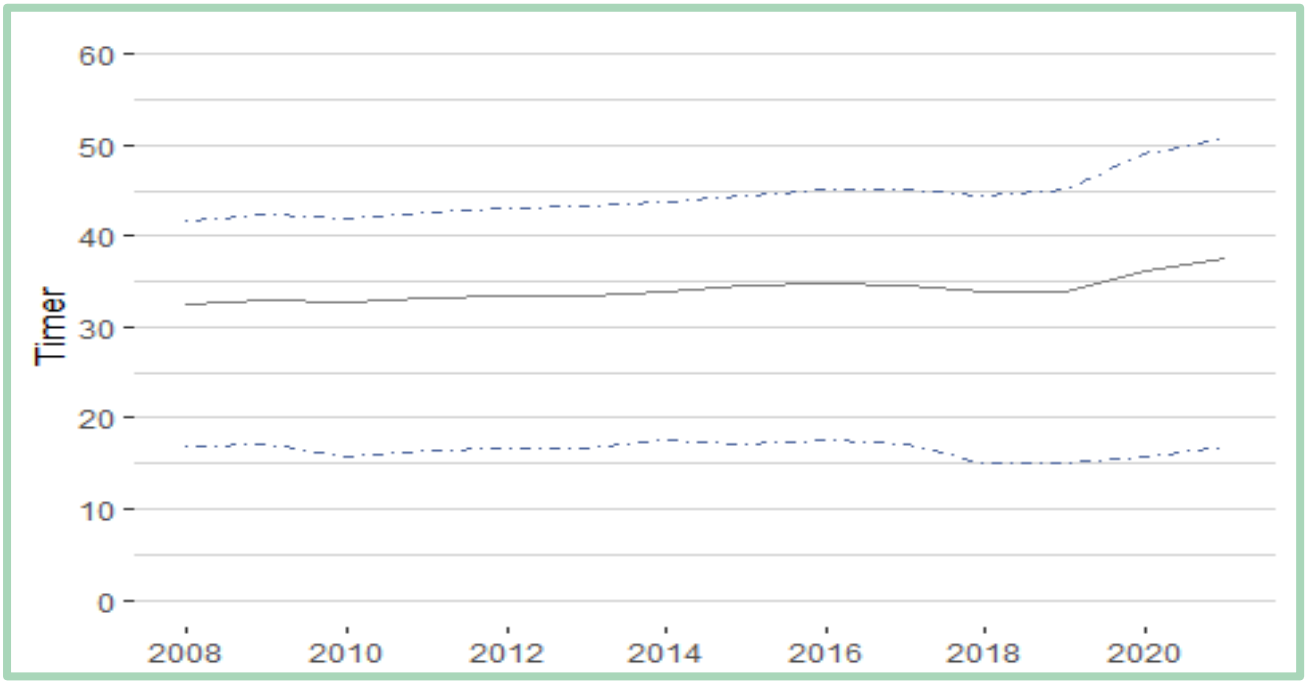
2.3.4.1. Utvikling i antall arbeidstimer per uke

Ukentlig arbeidstid for den enkelte fastlege er beregnet ved antall unike timer i løpet av et år hvor legen har registrert minst én takst med fastlege- eller legevaktsarbeid. Alle takster som er registrert som fastlegearbeid og legevaktsarbeid er inkludert.[3] Aktivitet utført av vikarer, som utgjør totalt 15 prosent av aktiviteten, er ikke inkludert

Figur 2-23 viser utvikling i median antall arbeidstimer per uke med minst én takst per time med fastlege- eller legevaktsarbeid for alle fastleger i årene 2008 til 2021. Deltid er inkludert. Antall arbeidstimer per uke øker med én time i årene 2008 til 2019, fra 33 timer (median) til 34 timer, med en ytterligere økning til 37 timer i 2021. Det er stor variasjon mellom fastlegene. De 10 prosent av fastlegene som jobber minst, jobber under 17 timer i uka, mens de 10 prosentene som jobber mest, jobber over 50 timer i uka.

[3] *Aktivitet inkludert fra regningskort med rollen Fastlege eller Legevakt inngår i analysen.*

Figur 2-23: Median antall klokketimer per uke der fastlegen har registrert refusjonsaktivitet med fastlege eller legevaktsarbeid, persentiler, 2008–2021



Merknad: Basert på antall unike timer i løpet av ett år hvor legen har registrert minst én takst med fastlege- eller legevaktsarbeid. Inkluderer alle takster som er registrert som fastlegearbeid og legevaktsarbeid. Regningskort med rollen Fastlege eller Legevakt inngår i analysen. Aktivitet utført av vikarer er ekskludert. 10ende og 90ende persentil i stiplede linjer. *Kilde: KUHR og FLO, 2008-2021.*

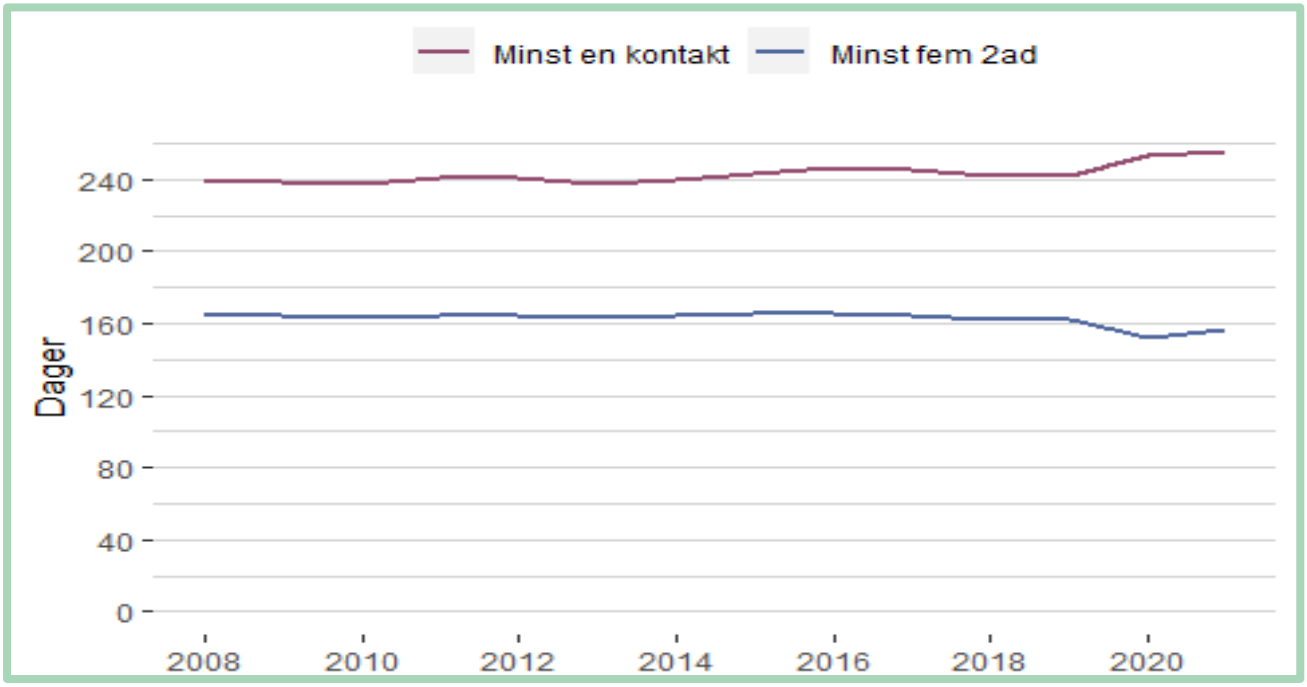
2.3.4.2. Utvikling i antall arbeidsdager per år

Antall arbeidsdager er estimert på to måter: alle dager med jobb, der minst én kontakt regnes som en arbeidsdag, og kurative arbeidsdager, som er definert ved minst fem fysiske konsultasjoner (2ad) på en dag. Legevaktsarbeid er ekskludert.[4] Eventuelle allmennlegeoppgaver i kommunen inngår heller ikke, siden analysen kun omfatter takstbart arbeid.

Et årsverk består vanligvis av 230 arbeidsdager. Figur 2-24 viser et jevnt antall arbeidsdager i perioden før 2020, for begge beregningsmetoder. Når alle dager med minst én takst telles, er estimert antall arbeidsdager i året 240 dager (median) i årene fra 2008 til 2019. Antall arbeidsdager øker til 250 fra 2019 til 2021. Når antall kurative dager telles, sees en tilsvarende jevn utvikling i samme tidsperiode, med rundt 160 arbeidsdager i året (median). Men fra 2020 synker antall arbeidsdager, en motsatt utvikling gjennom pandemiperioden, enn når alle dager med minst én kontakt telles. I samme periode øker bruken av e-konsultasjoner betydelig. Forskerne peker på at det er usikkert om endringen i antall arbeidsdager skyldes en midlertidig endring, relatert til pandemien, eller en varig endring, men at det mest sannsynlig kan knyttes til digitale løsninger som gjør at legene kan jobbe hjemmefra og dermed fordele arbeidet over flere dager.

[4] Aktivitet inkludert fra regningskort med rollen legevakt er ekskludert.

Figur 2-24: Antall dager i året (median) der fastlegen har minst en kontakt eller minst fem fysiske konsultasjoner



Merknad: Inkluderer alle takster som er registrert som fastlegearbeid. Kun regningskort med rollen Fastleger er inkludert. Legevaktarbeid er ekskludert. Kilde: KUHR og FLO, 2008-2021.

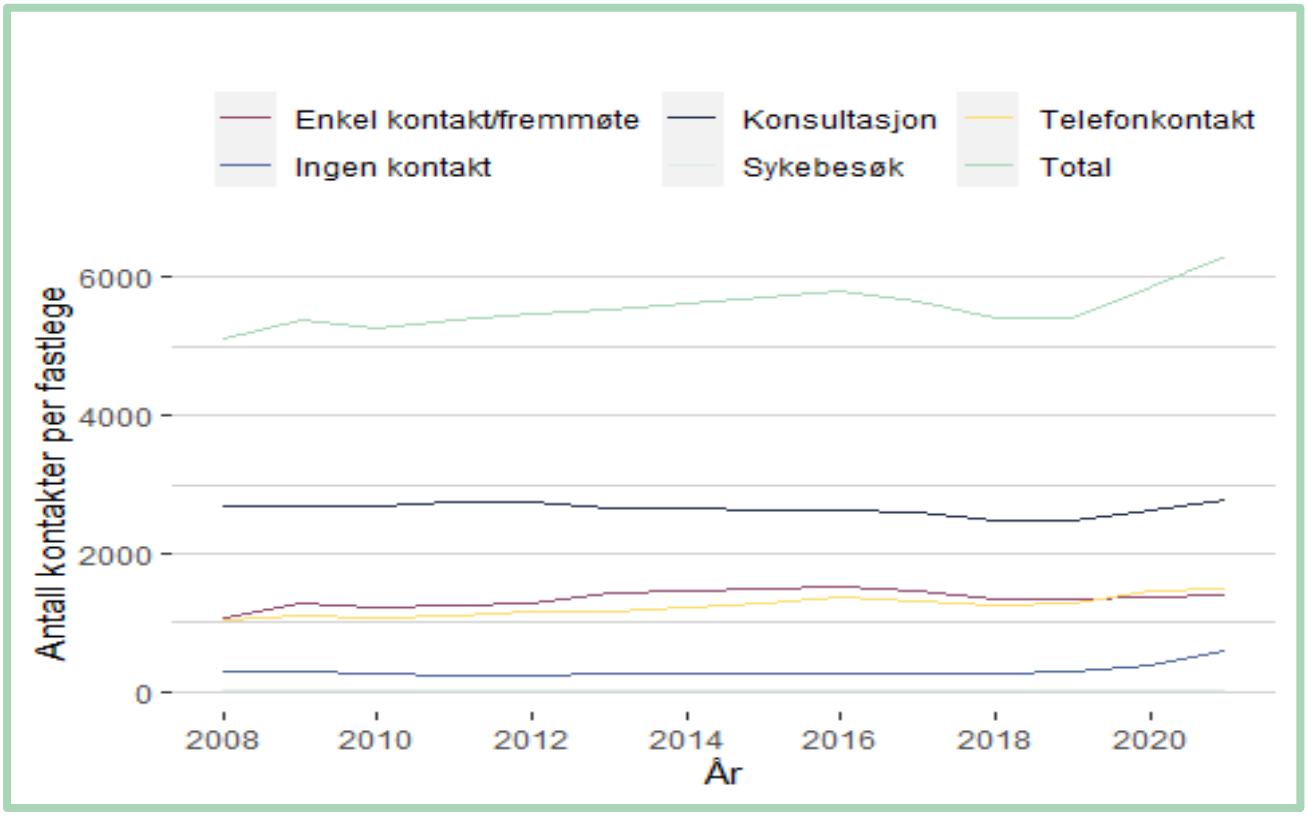
2.3.4.3. Utvikling i antall pasientkontakter per fastlege

Figur 2-25 viser utviklingen i gjennomsnittlig antall kontakter per fastlege fordelt på kontakttypene enkelt kontakt/frammøte, ingen kontakt, sykebesøk, telefonkontakt, konsultasjoner, inkludert e-konsultasjoner. *Ingen kontakt* betyr at regningskortet er registrert uten noen kontakttakst.[5] Legevaktarbeid er ikke inkludert.[6] Det er en økning i antall årlige kontakter, fra 5115 kontakter i 2008 til 6302 kontakter per fastlege i 2021.

FHI peker på at økningen i kontakter kan indikere at fastlegenes totale arbeidsmengde har økt. Samtidig varierer arbeidsmengden per kontakt mellom kontakttype, og det er ulikt hvor mye tid og ressurser fastlegene bruker for hver takst. Alle kontakttypene har økt gjennom perioden, men med noe ulikt mønster. Kontakttypene *Telefonkontak*t og *Enkel kontakt* har økt jevnt i hele tidsperioden, mens *Ingen kontakt* og *Konsultasjon* kun har økt de siste to årene.

[5] *Eksempel er regningskort med en enslig takst «L1», «L40» eller «701a».*
[6] *Aktivitet inkludert fra regningskort med rollen legevakt er ekskludert.*

Figur 2-25: Gjennomsnittlig antall kontakter over år per fastlege, per kontakttype



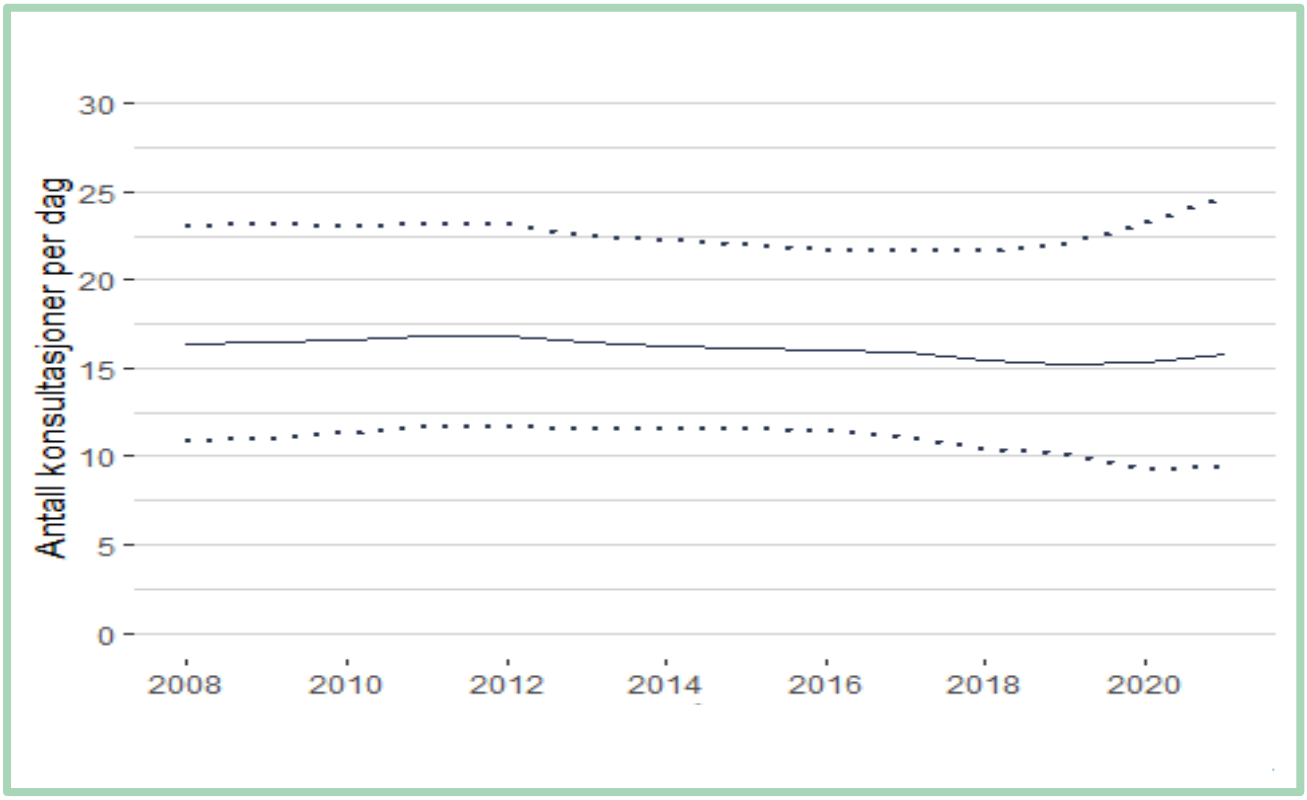
Kilde: KUHR og FLO, 2008-2021.

Konsultasjon utgjør 45 prosent av det totale antall pasientkontakter. Over år har antallet vanlig pasientkonsultasjoner (2AD) blitt redusert. Samtidig har antallet e-konsultasjoner økt, og utgjorde omtrent 25 prosent av alle konsultasjoner i 2020 og 2021.

Vanlige konsultasjoner har vært den dominerende konsultasjonstypen på dagtid, men har sunket gradvis fra 2688 konsultasjoner i 2008, med et markant fall til under to tusen konsultasjoner i 2020 og 2021. Det har vært en samtidig økning i e-konsultasjoner på dagtid, rundt 600 konsultasjoner, etter 2019. Det er også en økning i mer enn 100 e-konsultasjon på kveld i 2021.

Figur 2-26 viser antall konsultasjoner, både vanlige og e-konsultasjoner, på arbeidsdager med mer enn fem vanlige konsultasjoner, definert som kurative dager.

Figur 2-26: Antall konsultasjoner per kurativ dag (arbeidsdag med minst fem 2AD) over år, median



Merknad: Median. 10ende og 90ende persentil i stiplede linjer. Kurativ dag er definert som minst fem 2AD konsultasjoner. Kilde: KUHR og FLO, 2008-2021.

Fastlegene har mellom 15 og 16 konsultasjoner (median) per kurativ dag (arbeidsdag med minst fem 2AD). Det er imidlertid stor variasjon mellom fastlegene, fra median 10 konsultasjoner blant de 10 prosent som har færrest konsultasjoner, til median 24 konsultasjoner per kurativ dag for de 10 prosentene som har flest konsultasjoner. Resultatet er relativt samsvarende med det forskerne finner for antall kontakter ved bruk av aktivitetsdata fra NHN, omtrent 13-14 kontakter i 2022 (Gjefsen, 2023).

Figuren viser også at det er liten endring i median fra 2008 til 2021, men at det er blitt større variasjon mellom legene de siste årene. Økt variasjon i antall konsultasjoner per kurativ dag kan ha sammenheng med at noen leger bruker e-konsultasjoner i større omfang.

Figur 2-27 viser antall konsultasjoner på kurative dager (minst fem 2AD) etter syv ulike listelengder. Det er relativt lik utvikling og nivå på antall konsultasjoner for de ulike listelengdene, med unntak av de over 1600.

Figur 2-27: antall konsultasjoner per kurativ dag (arbeidsdag med minst fem 2AD) etter ulik listelengde, i persentiler over år

Merknad: Median. 10ende og 90ende persentil i stiplede linjer. Kurativ dag er definert som minst fem 2AD konsultasjoner. Kilde: KUHR og FLO, 2008-2021.

Oppsummert finner FHI en median arbeidstid på 40 timer i 2021, for fastleger som jobber fulltid, med stor variasjon mellom legene. Trenden er en økning i arbeidstid gjennom perioden, og nesten hele økningen skjer under pandemien (fra 35 timer i 2008 til 36 timer i 2019, og videre til 40 timer i 2021).

Analysemetoden som er brukt her fanger kun opp fastlegens aktiviteter som kan takstes, og arbeid utenfor fastlege- og legevaktsarbeid, som arbeid på helsestasjon, sykehjem eller som kommunelege, telles ikke. Samtidig er det sannsynlig at analysemetoden som er valgt overestimerer arbeid på kveld og helg, siden en takst telles som en arbeidstime. Forskerne setter overestimering i sammenheng med økt bruk av e-konsultasjoner, og mulighet for hjemmearbeid og taksting utenfor normal arbeidstid.

Tall utvalget har fått fra Helsedirektoratet (KUHR) viser at næringsdrivende leger hadde om lag en halv konsultasjon mer per listeinnbygger enn ansatte leger i 2022, se tabell 2-2.

Tabell 2-2: Antall konsultasjoner per listeinnbygger i løpet av 2022, fordelt på ulike konsultasjonstyper

	Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per listeinnbygger per år				
	2ad	**2ak**	**2ae**	**2aek**	**Totalt**
Ansatt	2,10	0,00	0,39	0,01	**2,51**
Næringsdrift	2,27	0,01	0,64	0,16	**3,07**

Merknad: 2ad er kontorkonsultasjon på dagtid, 2ak er på kveldstid. 2ae er e-konsultasjon (video, tekstlig eller telefon) på dagtid, 2aek er kveldstid. Kilde: KUHR.

2.3.5. Innholdet i konsultasjoner og utvikling over tid

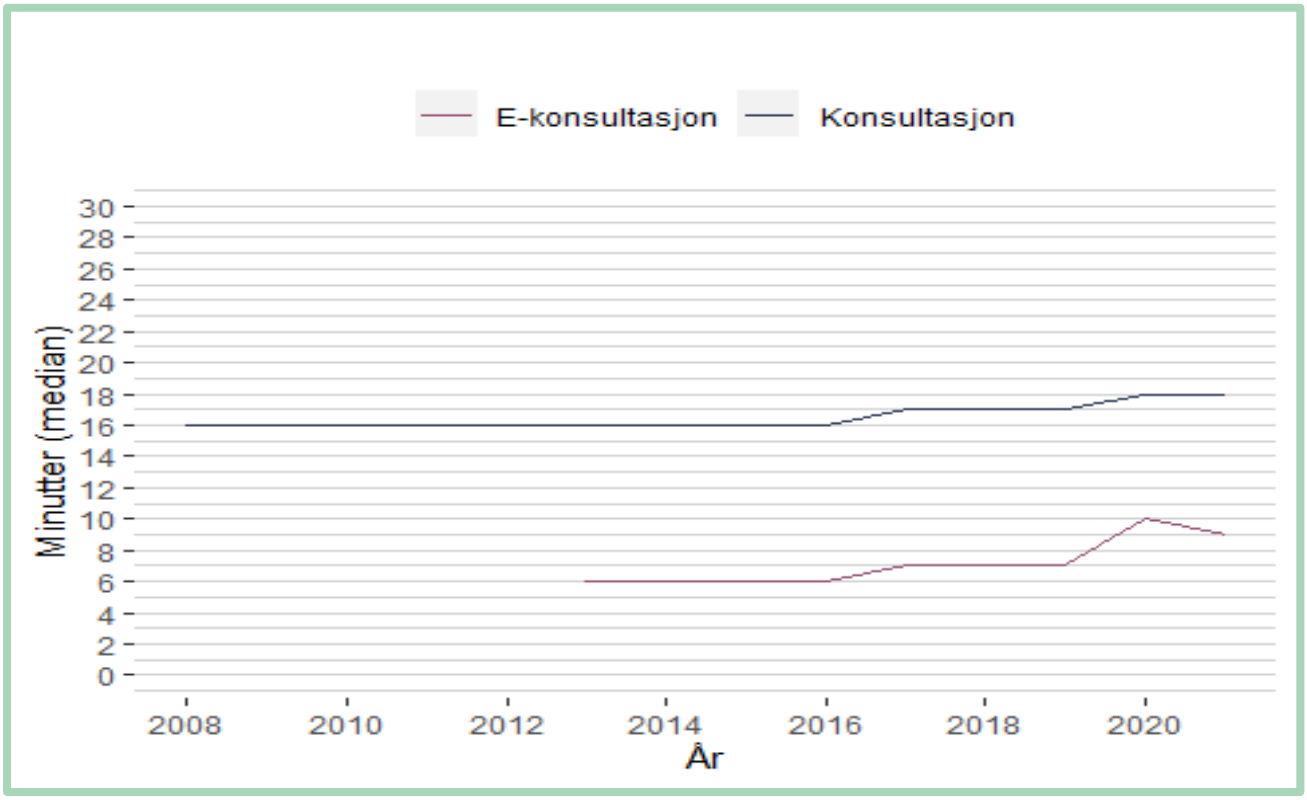
For å undersøke utvikling i innholdet i fastlegenes konsultasjoner har FHI sett på fire ulike faktorer og endringer i disse over tid; konsultasjonsvarighet, antall takster brukt per konsultasjon, aldersgrupper, og diagnosekategorier.

2.3.5.1. Utvikling i konsultasjonsvarighet

Konsultasjonstid undersøkes for vanlig konsultasjoner og e-konsultasjoner. Vanlige konsultasjoner utgjør omtrent 45 prosent av fastlegenes aktivitet, og majoriteten av denne aktiviteten skjer på dagtid mellom kl. 08.00 og 15.00. E-konsultasjoner har økt i omfang de siste årene, og utgjorde cirka 25 prosent av alle konsultasjoner i 2020 og 2021, mot en til tre prosent i 2019. 80 prosent av e-konsultasjonene skjer på dagtid, og 20 prosent på kveldstid.

Figur 2-28 viser utviklingen i konsultasjonstid for vanlige konsultasjoner og e-konsultasjoner. Totalt for perioden 2008–2021 har konsultasjonstiden for vanlige konsultasjoner økt med to minutter. Konsultasjonstiden var stabil fra 2008–2016, og økte deretter med ett minutt i 2017 og igjen i 2020. Tid til e-konsultasjon økte fra 2019 til 2020, knyttet til endring i e-konsultasjonsform. Før 2020 var alle e-konsultasjoner per tekst/e-post, men i 2020, samtidig med at pandemien inntreffer, ble mange av disse erstattet med video og telefon. Videosamtale er ofte mer tidkrevende enn svar per e-post.

Figur 2-28: Utvikling i median konsultasjonstid 2AD og 2AE

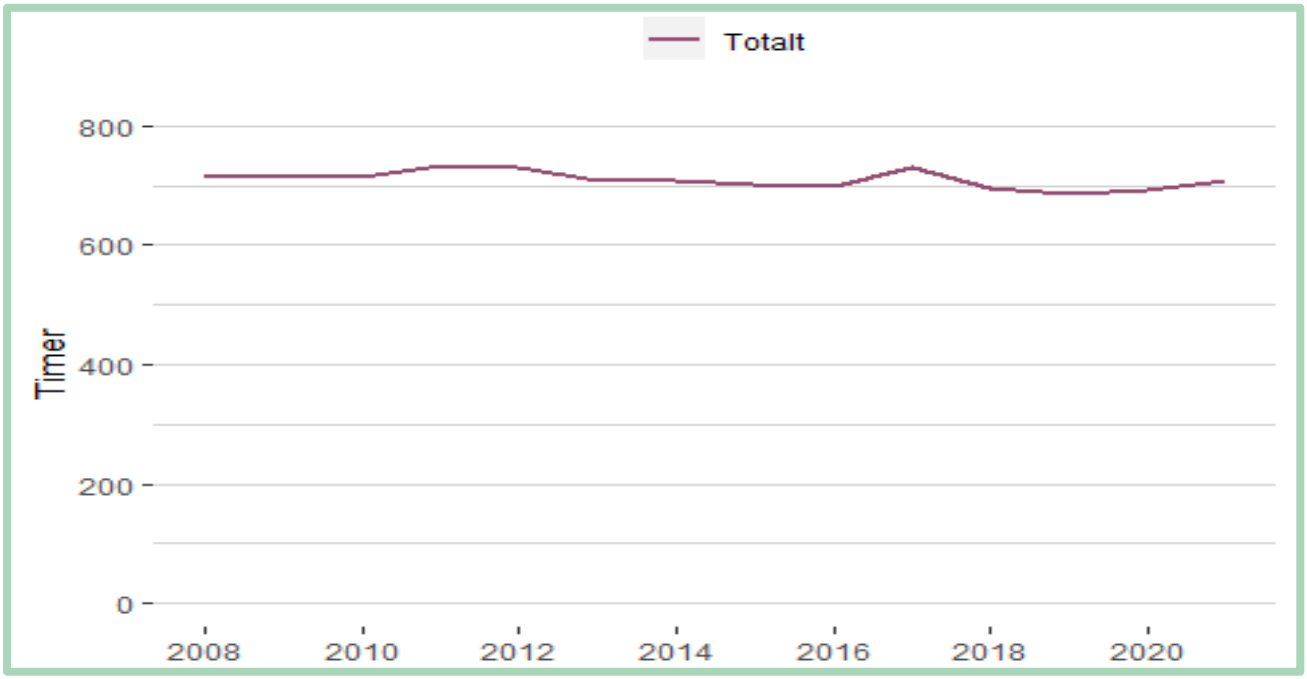


Merknad: 2AD er kontorkonsultasjon på dagtid. 2AE er e-konsultasjon (video, tekstlig eller telefon) på dagtid. Kilde: KUHR og FLO, 2008-2021.

Når vi ser på gjennomsnittlig antall timer fastlegene bruker på alle konsultasjoner, både vanlig og e-konsultasjoner, er den totale tiden stabil på rundt 700 timer i året i hele tidsperioden (figur 2-29).

Årsaken til at den totale tidsbruken ikke er økt, er fordi e-konsultasjoner tar omtrent halvparten så lang tid som vanlige konsultasjoner, og e-konsultasjoner i noen grad erstatter vanlige konsultasjoner.

Figur 2-29: Gjennomsnittlig antall timer brukt på konsultasjoner og e-konsultasjoner over året, 2008-2021



Merknad: Inkluderer fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner, dagtid og kveldstid. Takstkoder 2ad, 2ae, 2ak og 2aek. Kilde: KUHR og FLO, 2008-2021

2.3.5.2. Utvikling i konsultasjonstid for noen typer konsultasjoner

Utviklingen i varighet av konsultasjoner for henholdsvis vanlige konsultasjoner, samtaleterapi og samtale med pårørende er undersøkt. I løpet av tidsperioden har det blitt mulig å kombinere taksten *samtaleterapi* med tidstakst, og det er en økning i varighet av konsultasjoner etter endringen. Til sammenligning er det ikke gjort tilsvarende endring for taksten *samtale med pårørende,* kombinert med bruk av tidstakst, og det er ingen tilsvarende økning i konsultasjonsvarighet for denne konsultasjonstypen.

Utvikling i konsultasjonstid er også undersøkt for sykmeldingskonsultasjoner, vanlig sykmelding (L1) og ved utfylling av utdypende opplysninger ved gitt tidspunkt i et sykmeldingsforløp (L4). Konsultasjonstiden for disse konsultasjoner er relativt stabil, og skiller seg ikke i vesentlig grad fra utviklingen i konsultasjonstid ellers.

FHI har videre undersøkt trend i takstbruken over år for fire ulike L-takster,[7] etter finansieringsmodell for fastlege. Gjennomgående bruker næringsdrivende fastleger disse takstene hyppigere per innbygger på listen enn ansatte leger med fastlønn. En mulig forklaring er at seleksjonseffekter gir ulik demografi i listepopulasjonen til fastlønnede og næringsdrivende fastleger. Imidlertid påpeker FHI at fastlønn er vanligere i distriktene, hvor sykmeldingsnivået normalt er høyere. Forskerne vurderer at det er en årsakssammenheng mellom finansieringsmodell og sykmeldingspraksis, på linje med tidligere forskning fra Frischsenteret (Markussen et al., 2017), som også anslo en 3–4 prosents reduksjon i sykmeldingsfraværet om samtlige fastleger var fastlønnet.

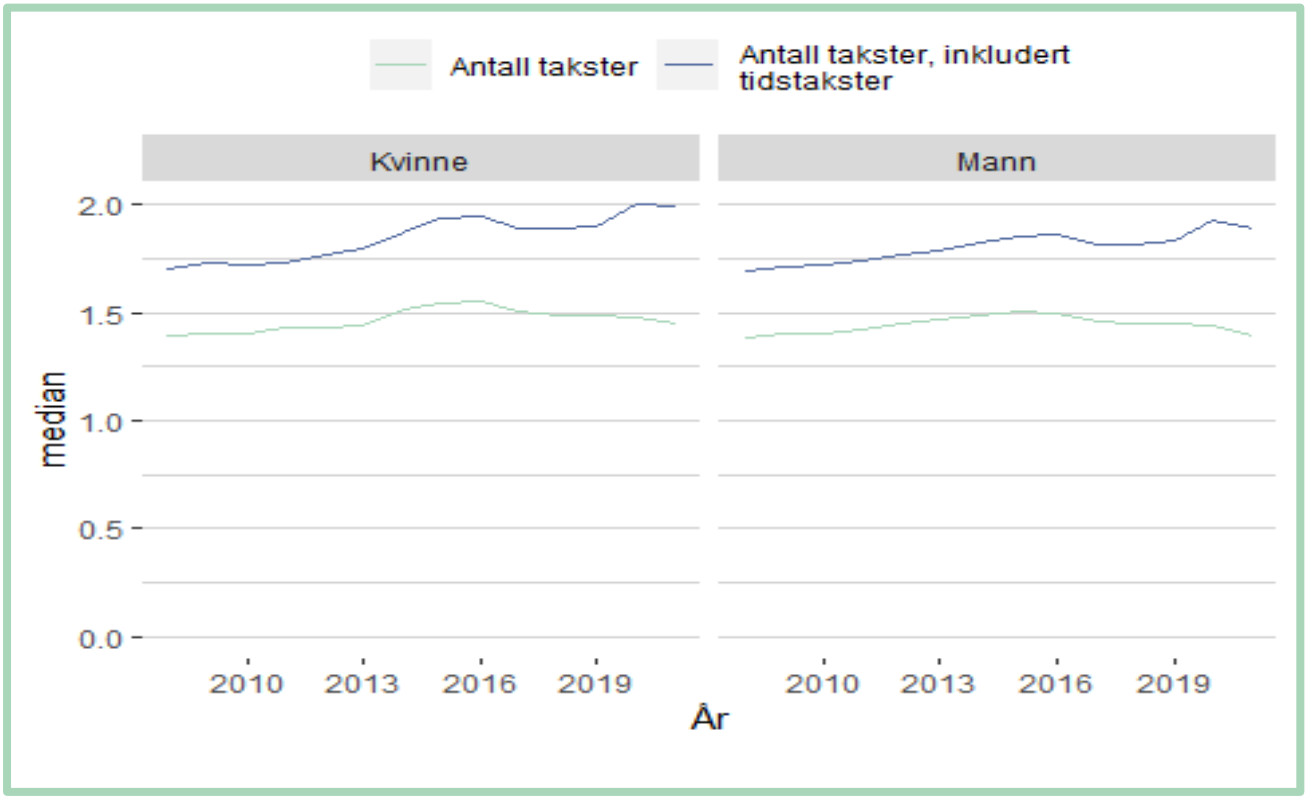
[7] *L1=Vanlig sykmelding, L4= utfylling av utdypende opplysninger, L8=besvarelse NAV, L40=legeerklæring arbeidsuførhet.*

2.3.5.3. *Antall takster per konsultasjon*

Det ser ut til at antallet takster per konsultasjon er stabilt i perioden 2008–2021. Når tidstakster inkluderes i tellingen, har det vært en mindre økning i antallet takster per konsultasjon.

Figur 2-30 viser antall takster per konsultasjon over år for kvinnelige og mannlige næringsdrivende spesialister. Det kan se ut til at kvinner takster noe mer per konsultasjon sammenlignet med menn, spesielt når tidstakster inkluderes, på linje med at kvinner har noe lengre konsultasjoner.

Figur 2-30: Antall takster per 2AD konsultasjon (median)

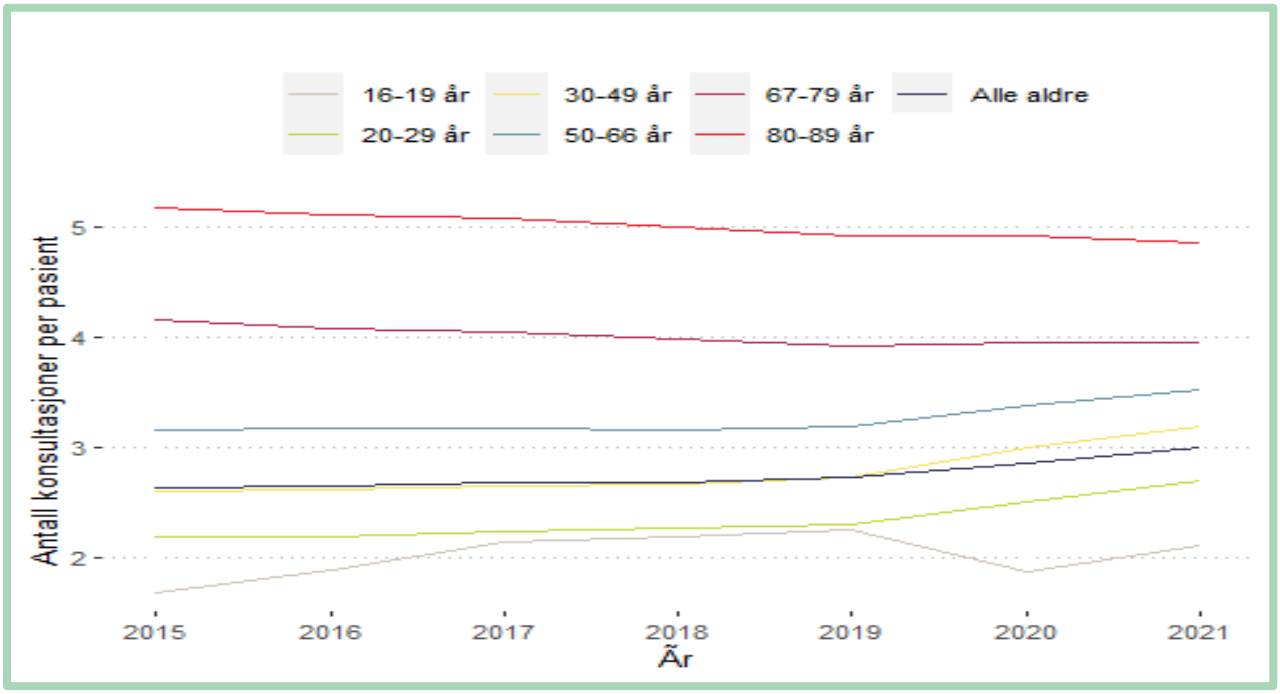


Merknad: Inkluderer alle takster. Takstkoder for spesialist og doktorgradstillegg er ekskludert. Spesialister identifiseres ved bruk av Fastlegeregisteret. Kun aktivitet inkludert fra regningskort med rollen Fastlege inngår i analysen. Kilde: KUHR og FLO, 2008-2021.

2.3.5.4. *Endringer i pasientgrupper*

For å undersøke utviklingen i fastlegenes arbeid er det også sett på hvilke pasientgrupper som går til fastlegene, og om det har vært endringer over tid i aldersgrupper og diagnosegrupper. Figur 2-31 viser antall konsultasjoner per person per år, fordelt på aldersgrupper i perioden 2015–2021. Aldersgruppene 0–5 år, 6–15 år og 90 år eller eldre er ikke inkludert i figuren.

Figur 2-31: Antall konsultasjoner per pasient, fordelt på aldersgrupper over år, 2015–2021

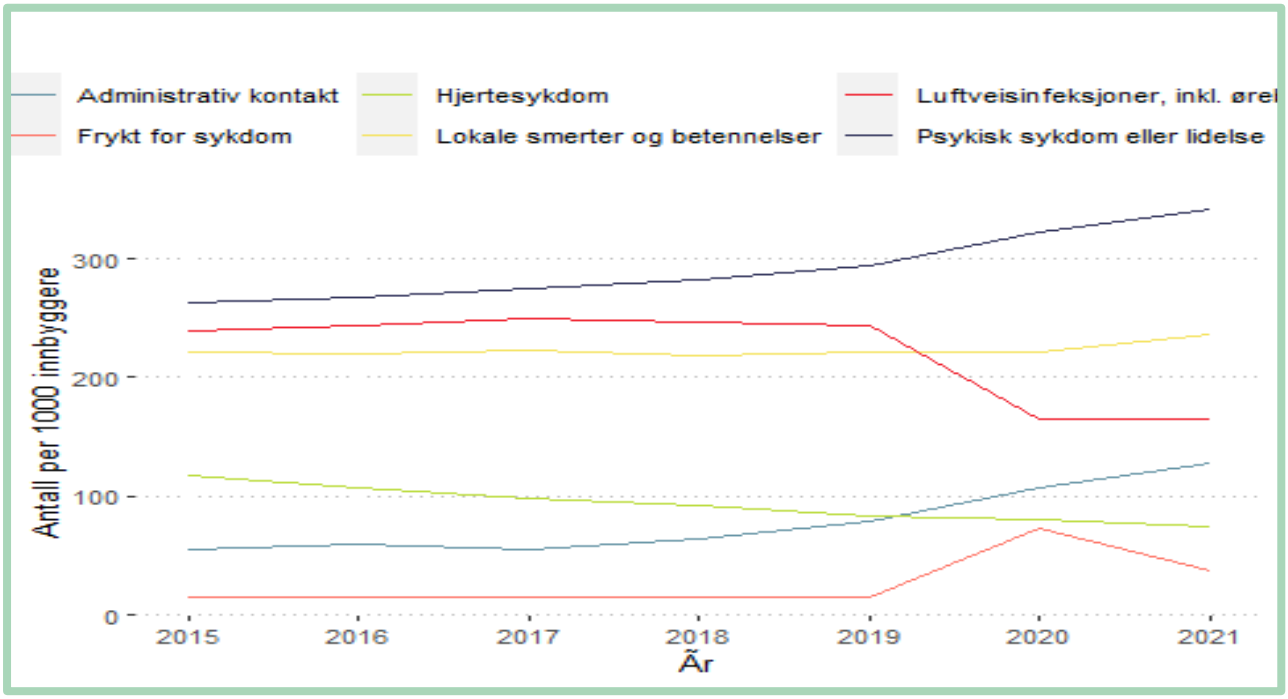


Merknad: Aldersgruppene 0–5 år, 6–15 år og 90 år eller eldre er ikke inkludert. Kilde: SSB, 2015-2021.

Personer fra de eldre aldersgruppene har flest konsultasjoner per år. Imidlertid er det relativt sett en nedgang i konsultasjoner fra 2015 til 2021 blant de eldste (67–79 år og 80–89 år). Voksne i yrkesaktiv alder har hatt et stabilt nivå i perioden fram til 2019, mens det er en økning i kontakter i 2020 og 2021, som kan henge sammen med økt bruk av e-konsultasjoner. Blant personer i videregående skole alder (16–19 år) øker antall konsultasjoner i perioden 2016–2019, samtidig med innføring av fraværsgrensen i videregående opplæring, etterfulgt av et fall i antall konsultasjoner i 2020, når fraværsgrensen på grunn av pandemien ble midlertidig opphevet.

Figur 2-32 viser utvikling i et utvalg av diagnosekategorier over tid. Den mest brukte diagnosekategorien er *Psykisk sykdom eller lidelse*, og antallet konsultasjoner med slike diagnoser har økt i hele tidsperioden. Det sees også en jevn økning i konsultasjonstypen *Administrativ kontakt*. Figuren viser også en økning i *Frykt for sykdom*, samtidig som *Luftveisinfeksjone*r faller, i 2020, da Covid-pandemien inntreffer.

Figur 2-32: Antall konsultasjoner per 1000 innbyggere, fordelt på utvalgte diagnosekategorier over år



Kilde: SSB, 2015-2021.

Resultatene om fastlegenes arbeidshverdag viser en økning i alle kontakttyper, som kan tyde på at fastlegene har fått mer å gjøre. Samtidig har økningen i antall konsultasjoner i 2020 og 2021 ikke en tilsvarende økning i total tid brukt på konsultasjoner. Årsaken er at en del vanlige konsultasjoner er blitt erstattet med e-konsultasjoner, som har halvparten så lang varighet som fysiske konsultasjoner.

Konsultasjonstiden for vanlige konsultasjoner har økt med i gjennomsnitt to minutter fra 2008 til 2021. Dette kan knyttes til en seleksjonseffekt, ved at mer tidkrevende henvendelser ivaretas på vanlige, fysiske konsultasjoner, mens enkle problemstillinger i større grad løses ved e-konsultasjon.

2.3.6. Utvikling i arbeid utenfor vanlig arbeidstid

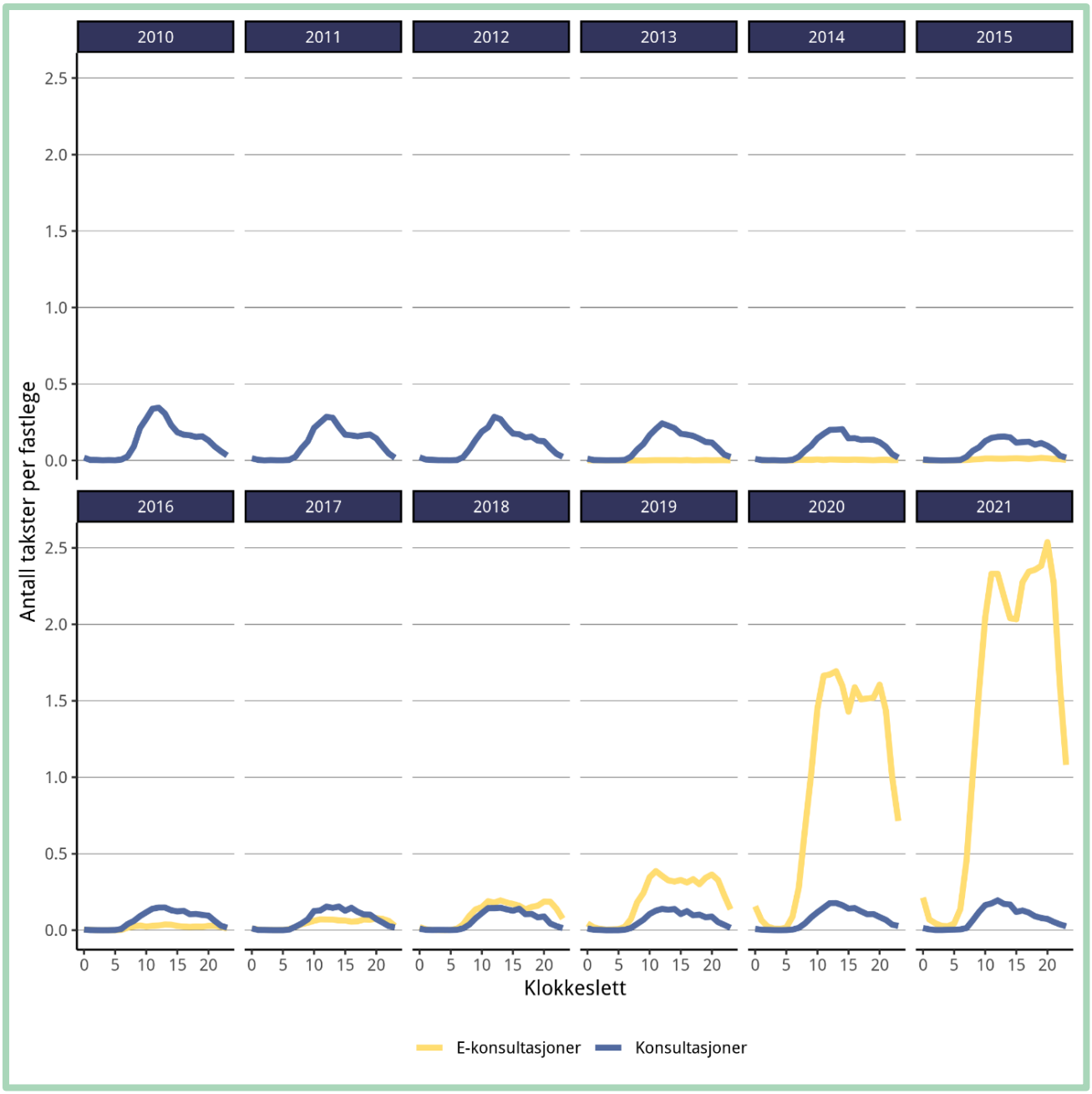
På bestilling fra ekspertutvalget, har FHI undersøkt utviklingen i fastlegenes arbeid utenfor normal arbeidstid, basert på fastlegenes registrering av takster i KUHR (Skyrud et al., 2023). Utenfor normal arbeidstid er her definert til å være mellom kl. 17.00 og 07.00 på hverdager eller i helgene (alle tidspunkt). Legevaktsarbeid er ekskludert.[8] De finner at det har vært en gradvis økning i antall takster per lege per år. Økningen innen normal arbeidstid er marginal, mens det har vært en dobling i antall takster utført i tidsrommet kl. 17–18 på hverdager, fra 60 til 120 takster per lege per år. Det har vært en tilsvarende utvikling i antall takster per fastlege i helger, og økningen er større enn på hverdager, spesielt fra 2019.

[8] *Legevaktsarbeid er definert som praksistyper/oppgjørskoder* legevakt kommunal *eller* legevak*t og spesifikke legevaktsarbeid takstkoder i KUHR.*

Det har vært en markant økning i e-konsultasjoner, på hverdager, men spesielt i helg, etter 2020. Det er en særlig økning i antall e-konsultasjoner fra 2021, mens vanlige fysiske konsultasjoner i helgene har falt gradvis og stabilisert seg på et relativt lavt nivå.

Figur 2-33 Viser utviklingen i antall vanlige konsultasjoner eller e-konsultasjoner for den enkelte fastlege per klokketime i perioden 2010–2021 i helg.

Figur 2-33: Antall vanlige konsultasjoner eller e-konsultasjoner per fastlege per klokketime for årene 2010–2021 i helgene

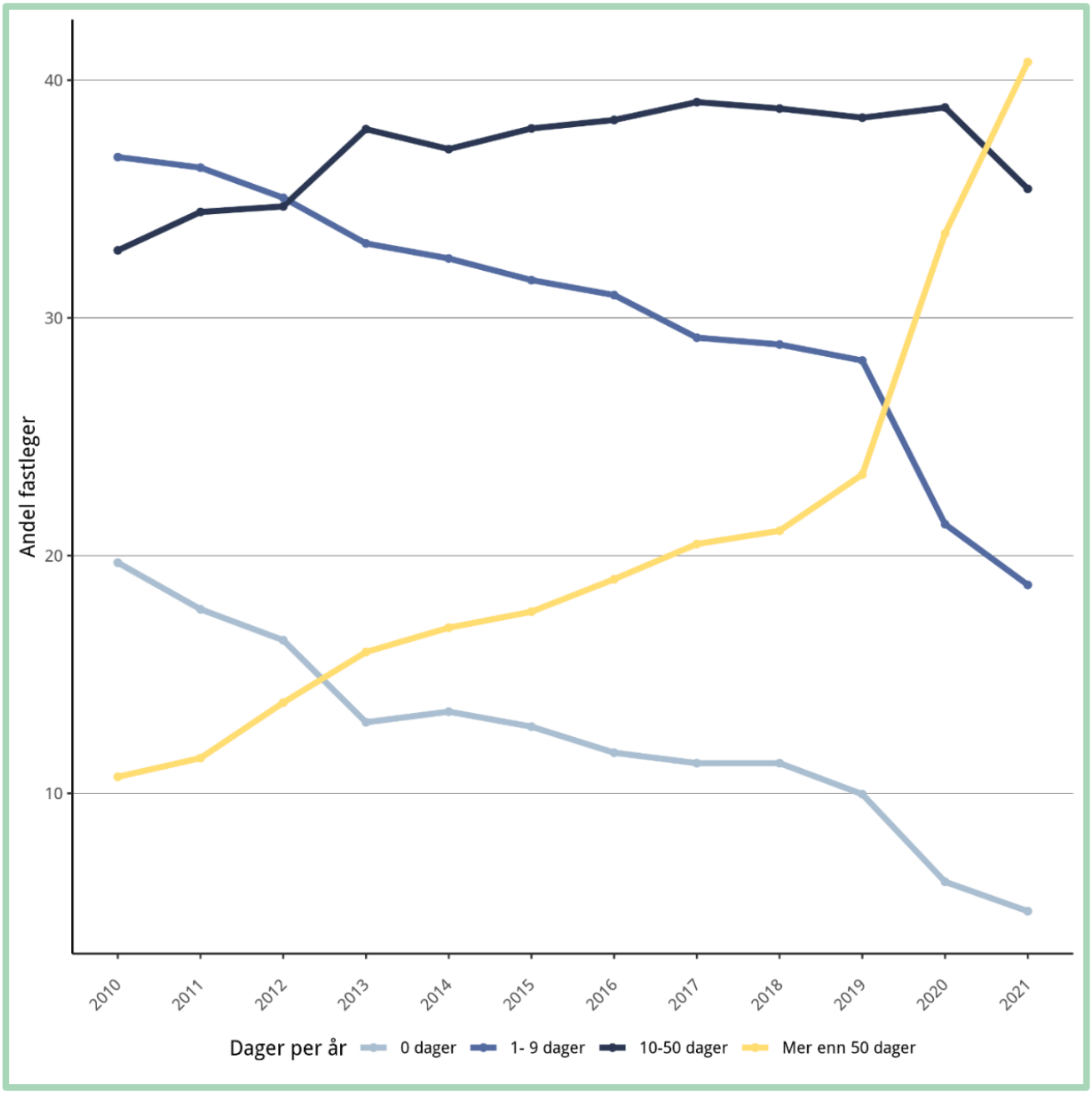


Merknad: Inkluderer kun fastlegearbeid, definert som praksistyper/oppgjørskoder fastlege eller fastlønnet og spesifikke fastlegearbeid takstkoder i KUHR. Inkluderte takstkoder er: 2ae, 2aek, 2ad, 11ad, 11ak. Kilde: KUHR og FLO, 2010-2021.

Figur 2-34 viser andelen av fastleger med antall dager med arbeid utenfor normal arbeidstid i løpet av ett år. Dager med arbeid utenfor normal arbeidstid er definert som minimum tre spesifikke takster i perioden kl. 17.00 til 06.59 på hverdager eller i helgene.

Det har vært en jevn økning i andelen fastleger som jobber minst en arbeidsdag utenfor normal arbeidstid og i antall dager med kvelds- og helgearbeid, i perioden 2010–2021. 80 prosent av fastlegene jobbet utenfor normal arbeidstid i 2010, mot 95 prosent av fastlegene i 2021. Samtidig er det en tredobling av gjennomsnittlig antall dager med arbeid utenfor normal arbeidstid, fra 23,6 dager til 60 dager i samme periode.

Figur 2-34: Andel fastleger etter antall dager med arbeid utenfor normal arbeidstid (17–07) i løpet av et år



Merknad: Dager med arbeid utenfor normal arbeidstid er definert som minimum tre spesifikke takster i perioden kl. 17.00-06.59 på hverdager eller i helgene. Inkluderer kun fastlegearbeid, definert som praksistyper/oppgjørskoder fastlege eller fastlønnet og spesifikke fastlegearbeid takstkoder i KUHR. Kilde: FLO og KUHR, 2010-2021.

Fra 2010 til 2021 har andelen fastleger som bare har 1–9 dager i året der de jobber etter kl. 17, falt fra 37 til 19 prosent, mens andelen fastleger som jobber 10 til 50 dager etter kl. 17. har vært ganske stabil. Det er en særlig stor øking i andelen fastleger som jobber mer enn 50 dager i året etter kl. 17, fra omtrent 10 prosent til 40 prosent. Også blant fastlegevikarer øker andelen som jobber etter kl. 17, men økningen i antall dager i året har ikke vært like stor som blant fastlegene.

Oppsummert viser resultatene at andelen fastleger som jobber mer enn 50 dager utenfor normal arbeidstid (kl. 17–07) øker mest i de største og mest sentrale kommunene, blant mannlige leger over 60 år, spesialister i allmennmedisin, fastleger med næringsdrift og fastleger med listelengde på over 1000 listepasienter (Skyrud et al., 2023).

2.3.7. Fastlegers deltakelse i legevakt

FHI har sett på fastlegers deltakelse i legevakt ved å måle aktivitet ved registrerte oppgjørskoder for legevaktsarbeid. Andelen fastleger som jobber legevakt har økt fra 50 prosent i 2010 til i underkant av 60 prosent i 2021. I samme periode har det vært en økning i antall dager både med fastlegearbeid og legevaktarbeid. Fastlegearbeidet har økt med 24 dager, til i snitt 237 dager i året, og legevaktsarbeid har økt med tre dager, til i snitt 31 dager i året.

Av fastlegene som inngår i legevaktordningen, er det stor variasjon i antall dager de jobber legevakt, hvor fastleger i distriktskommuner har et større antall dager med legevaktarbeid enn fastleger i folkerike kommuner i sentrale strøk (figur 2-35). Det er en liten tendens til nedgang i andelen fastleger i de minst folkerike kommunene som jobber mye legevakt (>50 vakter), fra to av tre til tre av fire (Skyrud et al., 2023).

Figur 2-35: Andel fastleger som jobber legevakt etter kommunestørrelse

Merknad: Inkluderer aktivitet ved registrerte oppgjørskoder for legevaktsarbeid. Kilde: KUHR og FLO

2.3.8. Belastning og stress blant fastleger

Flere undersøkelser har over tid rapportert at fastleger opplever en mer krevende arbeidshverdag og større arbeidsbelastning. Oslo Economics og UiO har, som en del av evalueringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten, utført spørreundersøkelse og intervju blant fastleger. Fire av fem av fastlegene i spørreundersøkelsen oppga for stor arbeidsbelastning (Oslo Economics, 2022). Tilsvarende viste en spørreundersøkelse blant fastleger i Fastlegeevaluering av EY og Vista fra 2019 at fastlegene opplever at arbeidsbelastningen har økt betraktelig de siste årene, og beskriver at arbeidssituasjonen er uhåndterbar. Nærmere ni av 10 fastleger i spørreundersøkelsen hadde forsøkt å ta ned arbeidsbelastningen, ved å blant annet ha mindre legevaktarbeid, kortere listelengde og redusere andre allmennlegeoppgaver i kommunen (EY og Vista Analyse, 2019).

I Commonwealth Fund sin internasjonale undersøkelse blant allmennleger i 2019 er norske allmennleger mindre fornøyd med den daglige arbeidsmengden sammenlignet med snittet av de andre landene. Samtidig oppga de norske allmennlegene høyere jobbtilfredshet og at helsevesenet fungerer bedre enn snittet i de andre landene (Skudal et al., 2019).

I Commonwealth Funds undersøkelse blant leger i primærhelsetjenesten i 10 høyinntekstland i 2022 rapporterte majoriteten av legene økt arbeidsmengde siden oppstart av pandemien (Munira Z. Gunja et al., 2022). Leger under 55 år hadde større risiko for å oppleve stress og følelsesmessig ubehag eller utbrenthet. Disse legene oppgav i større grad å gi helsehjelp av dårligere kvalitet enn før pandemien. I samtlige land rapporterte minimum hver tredje lege under 55 år at deres jobb var "veldig stressende" eller "ekstremt stressende".

2.3.9. Hvor blir legene av når de slutter som fastlege?

SSB har undersøkt hva leger som slutter som fastlege gjør, etter at de avslutter sin fastlegestilling (Claus et al., 2023a). Datamaterialet er hentet fra fastlegeregisteret og sysselsettingsregisteret, og omfatter totalt 1364 leger som sluttet som fastlege i løpet av femårsperioden 2017–2021.

Nær halvparten (46 prosent) av legene er sysselsatt innen kommunal helse- og omsorgstjeneste to år etter at de sluttet som fastlege, mens i overkant av hver femte (22 prosent) er sysselsatt i spesialisthelsetjenesten. To prosent av legene jobber innenfor andre helsetjenester. 14 prosent av legene jobber utenfor helsetjenesten to år etter at de avsluttet sin fastlegestilling, flesteparten av disse innen offentlig administrasjon. Det er en viss tendens til sentralisering blant legene som slutter som fastlege, og en større andel av legene bytter arbeidssted fra lite sentrale kommuner til mer sentrale kommuner, enn motsatt.

2.4. Kommunenes perspektiv

Kommunenes ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen er regulert av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, 2011). Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Ansvaret og tjenestene omfatter blant annet legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap og psykososial beredskap og oppfølging, kommunale akutte døgnenheter (KAD), habilitering og rehabilitering, institusjonstilbud som sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, andre tilrettelagte botilbud, helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse – herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), omsorgsstønad, pårørendestøtte og avlastningstiltak, dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, helsestasjon og skolehelsetjenester, svangerskaps- og barselomsorgstjenester, samt utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning. Tjenestene kan ytes av kommunen selv, eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.

Kommuner og helseforetak har videre et felles ansvar for at innbyggerne får dekket sine behov for helhetlige helse- og omsorgstjenester. En økende andel av befolkningen har behov for sammenhengende tjenester fra kommune og spesialisthelsetjeneste. Det stiller høye krav til at disse tjenestene er tilpasset hverandre, både når det gjelder kapasitet, koordinering, kommunikasjon og planlegging. Kommunene og de regionale

helseforetakene har, etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e, en plikt til å inngå samarbeidsavtaler (*Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*, 2001).

Helsefellesskapene er en ny samarbeidsarena for kommunen og helseforetakene, som er opprettet gjennom en avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, og er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023). Fastlegen er tildelt en viktig rolle i samarbeidsstrukturen, og skal involveres på alle nivå i helsefellesskapene, både i det strategiske arbeidet og i utvikling av konkrete prosedyrer. Det er også etablert en praksiskonsulentordning, hvor noen allmennleger arbeider deltid i spesialisthelsetjenesten, med overordnet mål om å fremme samhandlingen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.

Sykehusutvalget påpeker at det finnes flere eksempler på at kommuner og helseforetak samarbeider godt, planlegger i fellesskap og utvikler gode pasientforløp. Men at det også er eksempler på at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten ikke henger godt nok sammen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023b). Helsepersonellkommisjonen framholder at de kommunale helse- og omsorgstjenestene må styrkes for å klare å håndtere det økende antallet eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c).

Med endringene i spesialistforskriften i 2019 har kommunene i tillegg fått ansvaret for å tilrettelegge og organisere legers spesialistutdanning i allmennmedisin. Kommunens nye rolle og ansvar spesifiseres i §§ 5 og 17. Kommunens oppgaver handler om å tilrettelegge for at spesialistutdanningen gjennomføres i åpen uselektert allmennpraksis, bidra til helhetlige utdanningsløp og legge til rette for læringsaktiviteter, veiledning og supervisjon, samt godkjenne læringsmål. Siden spesialistutdanning av allmennleger ikke har vært kommunens ansvar tidligere, har kommunene de senere årene måttet bygge ny fagkompetanse og prioritere administrativ kapasitet for å ivareta sin nye rolle som utdanningsvirksomhet.

2.4.1. Geografiske ekstrautfordringer

Geografiske forhold og avstander, og befolkningstetthet, klima, og vær- og føreforhold gjennom året, gir noen særlige utfordringer for kommunale helse- og omsorgstjenester i deler av landet. Avstander i kommunen påvirker reisetid for innbyggerne til tjenestene og utrykningstid for helsepersonell, samtidig som avstand påvirker muligheten for interkommunalt tjenestesamarbeid. Store avstander til sykehus øker samtidig behovet for en velfungerende allmennlegetjeneste.

Det er også variasjon i alderssammensetningen i befolkningen på tvers av landet, med høyere andel eldre i noen områder, hvor veksten i den delen av befolkningen vil øke utfordringene helsetjenesten står overfor. Man ser allerede en aldrende befolkning i distriktene, og denne trenden er forventet å forsterkes i tiden framover. Det er forventet at distriktskommunene, i tillegg til en betydelig aldrende befolkning, også vil se en redusert befolkningsvekst eller -nedgang (Leknes et al., 2022).

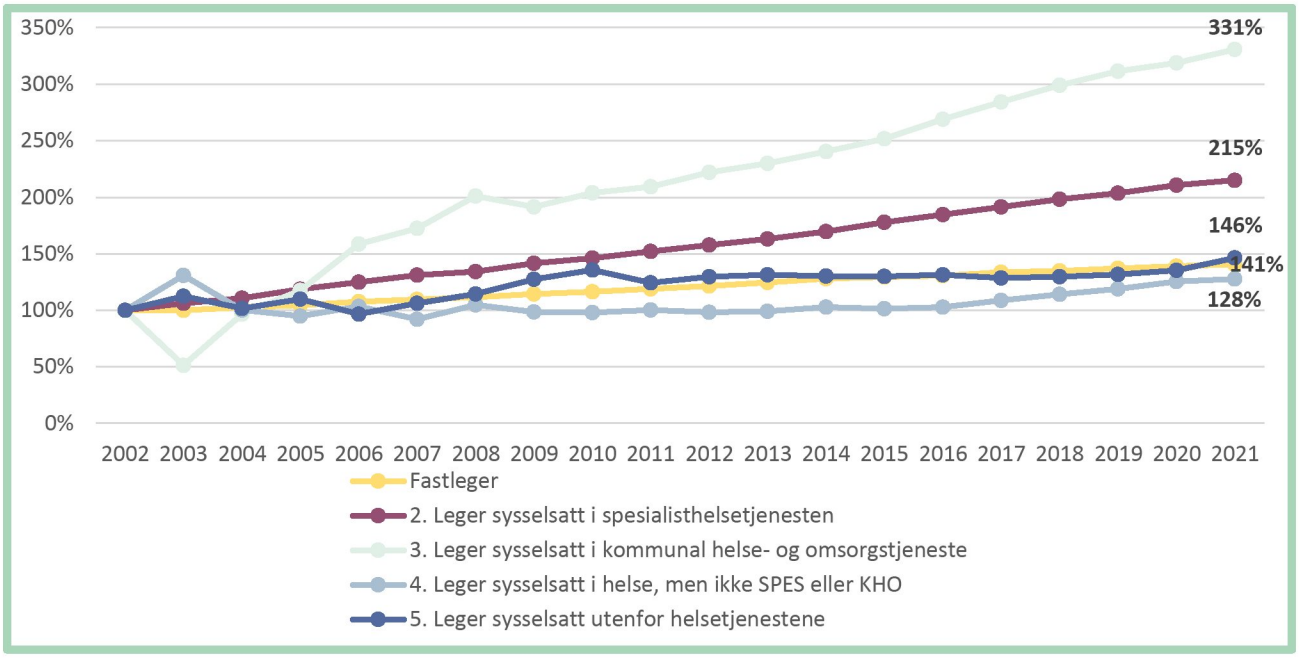
2.4.2. Utvikling i antall leger i kommunehelsetjenesten

Utviklingen i antall leger i ulike kategorier, i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten er undersøkt for perioden 2002–2021. Analysene er utført av SSB på oppdrag av ekspertutvalget (Claus et al., 2023b). Per august 2022 var det registrert 5 003 fastleger i fastlegeordningen (Helsedirektoratet, 2022h).

Figur 2-36 viser den relative veksten fra 2002 i antall leger i ulike kategorier, etter ansettelsesforhold. Den prosentvise veksten i antall leger i den aktuelle tidsperioden har vært størst blant leger sysselsatt i kommunehelsetjenesten (som ikke er fastleger), men veksten har skjedd fra et i utgangspunktet relativt lavt

nivå. Videre har prosentvis vekst i antall leger i spesialisthelsetjenesten vært større enn veksten i antall fastleger.

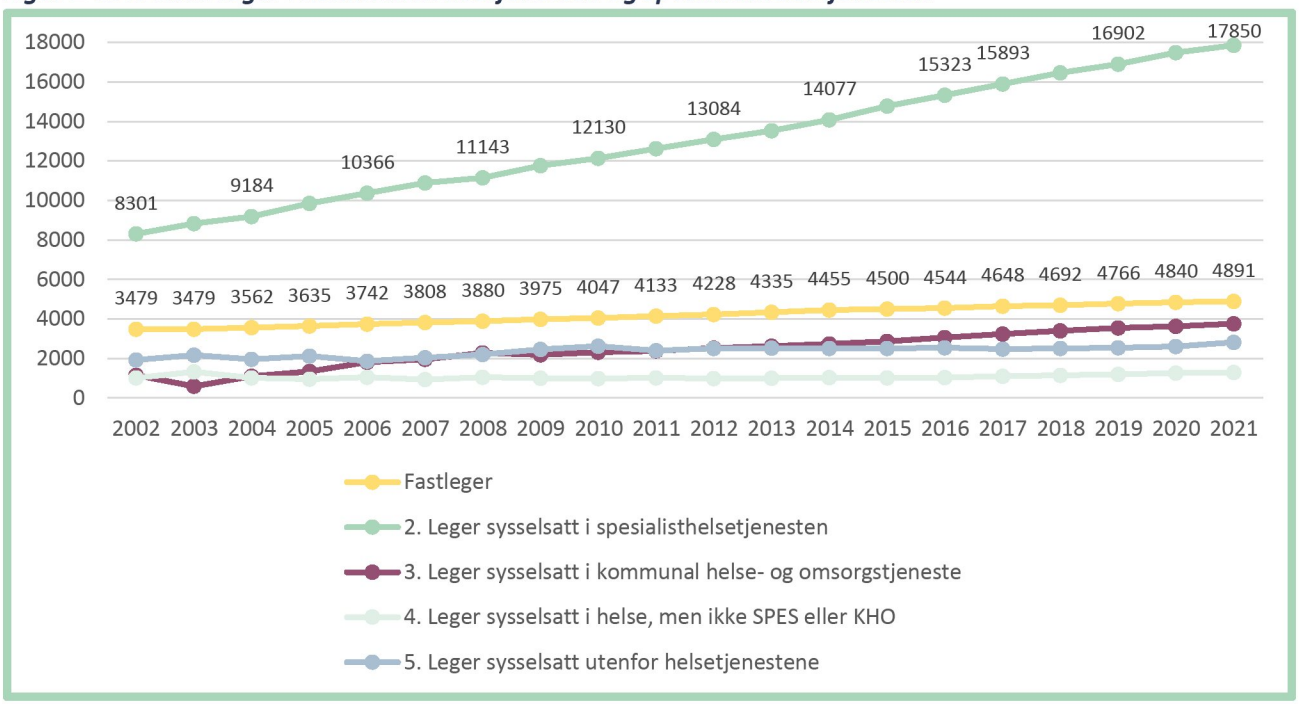
Figur 2-36: Prosentvis endring i antall leger i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten



Merknad: For leger med yrkesinntekt over 1G. Kilde: SSB, 2002-2021.

Figur 2-37 viser utviklingen i antall leger i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, etter fem ulike grupper av leger. Det er desidert flest leger i spesialisthelsetjenesten. Dernest utgjør fastlegene det største antallet.

Figur 2-37: Antall leger i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten



Merknad: For leger med yrkesinntekt over 1G. Kilde: SSB, 2002-2021.

I tidsperioden 2015–2021 er den relative veksten i antall leger omtrent lik i spesialisthelsetjenesten (17,4 prosent) og i kommunene (16,7 prosent). Siden det totalt sett jobber mange flere leger i spesialisthelsetjenesten, er den absolutte veksten mye større der enn i kommunehelsetjenesten.

2.4.3. Ivaretakelsen av fastlegeordningen

Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 viste at kommunene i stor grad ivaretar sitt sørge-for-ansvar for helse- og omsorgstjenester og opplever at de har de nødvendige virkemidlene som trengs. Samtidig oppga kommunene at næringsdrift, som er hovedmodellen i organiseringen av fastlegeordningen, bidrar til å skape en distanse mellom fastlegene og kommunen, og at fastlegeordningen kan framstå som en satellitt, i relasjon til den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten.

En rapport fra Agenda Kaupang som kom i 2016, undersøkte kommunenes ledelse av allmennlegetjenesten. Funnene tydet på at kommunene i liten grad benyttet seg av tilgjengelige virkemidler og handlingsrom for å utøve god ledelse av legetjenesten. Samtidig ble det pekt på at kommunenes handlingsrom i styringen av fastlegene er begrenset. Anbefalingen til kommunene var å utarbeide en plan for legetjenesten, for å sikre riktig dimensjonering av tjenestene, synliggjøre hvordan kommunen kan bidra til å styrke styringen og trekke opp retningslinjer for forbedrings- og utviklingsarbeidet i legetjenesten. Også rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunen (ASA 4310) omtaler at kommunen skal utarbeide en plan for legetjenesten i kommunen. Få kommuner hadde en slik plan i 2016. Slike planer er blitt mer vanlig i etterkant (Agenda Kaupang, 2016).

Rekrutteringsutfordringer og lav stabilitet har vært til stede i mindre folkerike og usentrale kommuner helt siden fastlegeordningen ble etablert. Mange av disse utfordringene er nå til stede også i folkerike og sentrale kommuner. Situasjonen utfordrer ivaretagelsen av sørge-for-ansvaret for mange kommuner, og kommunene opplyser at de finansierer fastlegeordningen ut over det som er forutsatt i inntektssystemet (EY og Vista Analyse, 2019).

Media har gjennom de siste årene omtalt en rekke kommuner som bruker relativt store ressurser på å skaffe vikarer for å ivareta fastlegelister uten leger på kortvarig basis, for å ivareta sitt sørge-for-ansvar.

2.4.4. Rekruttering, avgang og varighet på fastlegeavtaler i kommunene

Tilgang til leger til nye eller ledige fastlegehjemler, og hvor lenge fastlegene blir værende, påvirker stabiliteten til fastlegeordningen i den enkelte kommune. FHI har, på oppdrag fra ekspertutvalget, undersøkt rekruttering og avgang til fastlegeordningen. Analysene viser at det er store variasjoner mellom kommunene, etter sentralitet og innbyggertall. Legene står kortere i fastlegeordningen i mindre sentrale og mindre folkerike kommuner. Større utskiftning blant fastlegene påvirker kontinuitet for innbyggerne, og kommunenes forutsetninger for å tilby fastlegetjenester.

I perioden 2002 til 2021 sees en gradvis økning både i antallet rekrutteringer og avganger. Nivået på rekruttering og avgang har en tydelig sammenheng med kommunestørrelse og sentralitet, og nivået er høyere i mindre sentrale og folkerike kommuner og med større årlig variasjon (tabell 2-3). Samtidig er det en økning i rekruttering og avgang i de minst sentrale og folkerike kommunene. En tilsvarende utvikling sees ikke i de mest sentrale og folkerike kommunene.

Utviklingen i rekruttering og avgang har vært relativt lik i mange fylker. Nordland, Troms og Finnmark har derimot ligget på et høyt nivå over tid, med stor årlig variasjon, og denne trenden er økende. De siste årene er det tegn til en økning i rekruttering og avgang også i flere fylker, som Agder, Vestfold og Telemark

Tabell 2-3: Rekruttering og avgang i fastlegeordningen per fylke, 2021

	Rekruttering		Avgang	
	n	*n per 100 000 innb.*	*n*	*n per 100 000 innb.*
Fylke				
Agder	31	10,1	30	9,8
Innlandet	33	8,9	24	6,5
Møre og Romsdal	11	4,1	12	4,5
Nordland	22	9,1	22	9,1
Oslo	24	3,5	29	4,2
Rogaland	16	3,3	28	5,8
Troms og Finnmark	31	12,7	22	9,0
Trøndelag	30	6,4	20	4,3
Vestfold og Telemark	32	7,6	32	7,6
Vestland	52	8,2	45	7,1
Viken	62	5,0	59	4,8
Kommunesentralitet				
Sentralitetsklasse 1	42	4,2	43	4,3
Sentralitetsklasse 2	68	5,0	57	4,2
Sentralitetsklasse 3	69	5,1	87	6,4
Sentralitetsklasse 4	83	9,5	70	8,0
Sentralitetsklasse 5	44	8,8	38	7,6
Sentralitetsklasse 6	38	16,0	28	11,8
Kommunestørrelse				
<3 001	32	14,2	23	10,2
3 001-5 000	20	10,8	18	9,7
5 001-10 000	44	9,1	32	6,6
10 001-25 000	84	7,5	83	7,4
25 001-50 000	49	5,7	59	6,9
50 001-100 000	42	5,1	38	4,6
>100 000	73	4,4	70	4,3

Merknad: Resultater fordelt på fylker og kommunale karakteristikker (kommunestørrelse og -sentralitet) vises per 100 000 innbyggere for å ta høyde for forskjeller i befolkningsstørrelse. Kilde: FLO, 2021.

2.4.5. Kommunenes fastlegekapasitet og lister uten fastlege

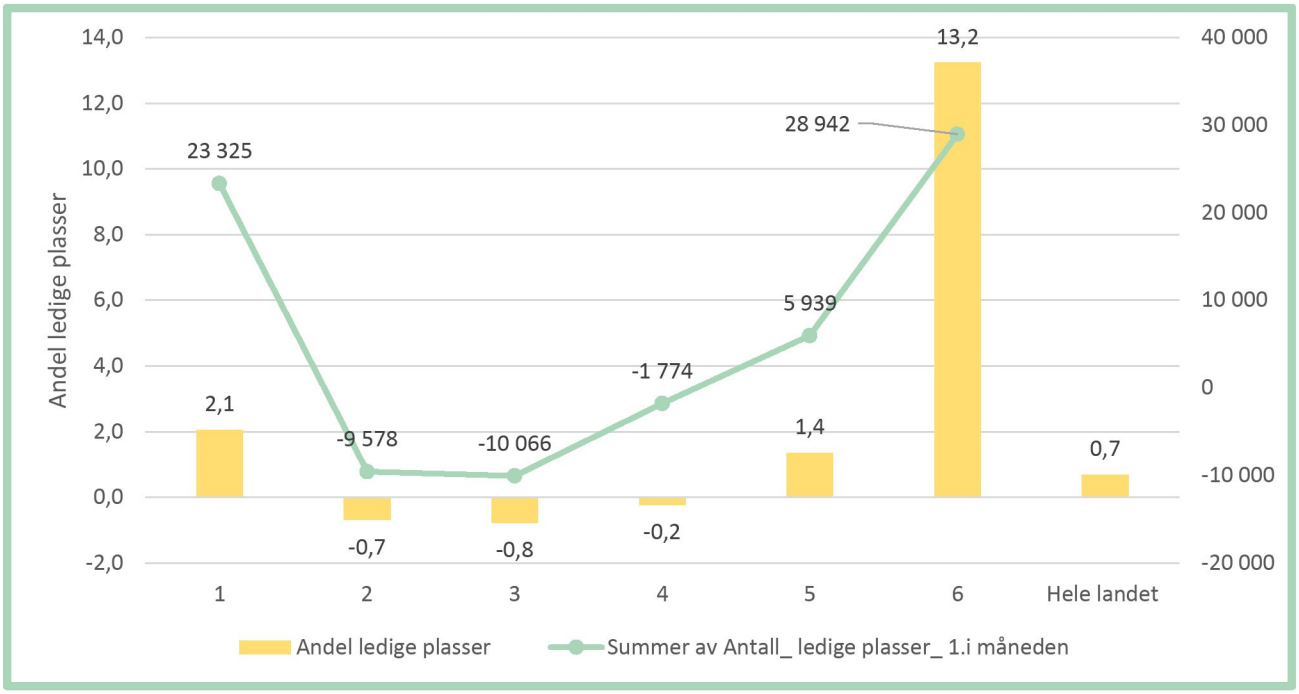
2.4.5.1. Kommunenes fastlegekapasitet

Ledige listeplasser i en kommune er en indikator på fastlegekapasiteten i området. Som omtalt i kapittel 2.2.3, har nedgangen i antall ledige listeplasser i kommunene vært betydelig. I august 2022 hadde nærmere hver tredje kommune færre plasser totalt enn de har listeinnbyggere. Dette gjaldt både lister med og uten fastlege.

Figur 2-38 viser andel og antall ledige listeplasser etter kommunenes sentralitetsgrad i mars 2023. Helsedirektoratets beregning av ledige listeplasser er nå mer presis enn tidligere. Kun lister med fastlege er

inkludert. Det er gjennomgående lite tilgjengelige listeplasser i landet, med unntak av de minst sentrale (sentralitetsklasse 6) kommunene. Disse områdene har ofte høyere legedekning (leger per innbygger), for å dekke opp for legevakt og annet allmennmedisinsk arbeid. Stor forskjell mellom satt listetak og listelengde vil derfor i mindre grad gjenspeile den reelle kapasiteten. Det er ikke nødvendigvis de samme kommunene som har ledig plass som har lister uten fastlege. Samtidig er de minste kommunene sårbare, ved at frafall av én lege kan medføre at en større andel av kommunens innbyggere står uten fastlege. Det er følgelig stor variasjon mellom småkommunene. Figuren viser at det er en forholdsvis stor spredning i antall ledige plasser etter kommunenes sentralitet. Kommunene i sentralitetsklasse 2, 3 og 4 har ikke listeplasser til alle sine innbyggere.

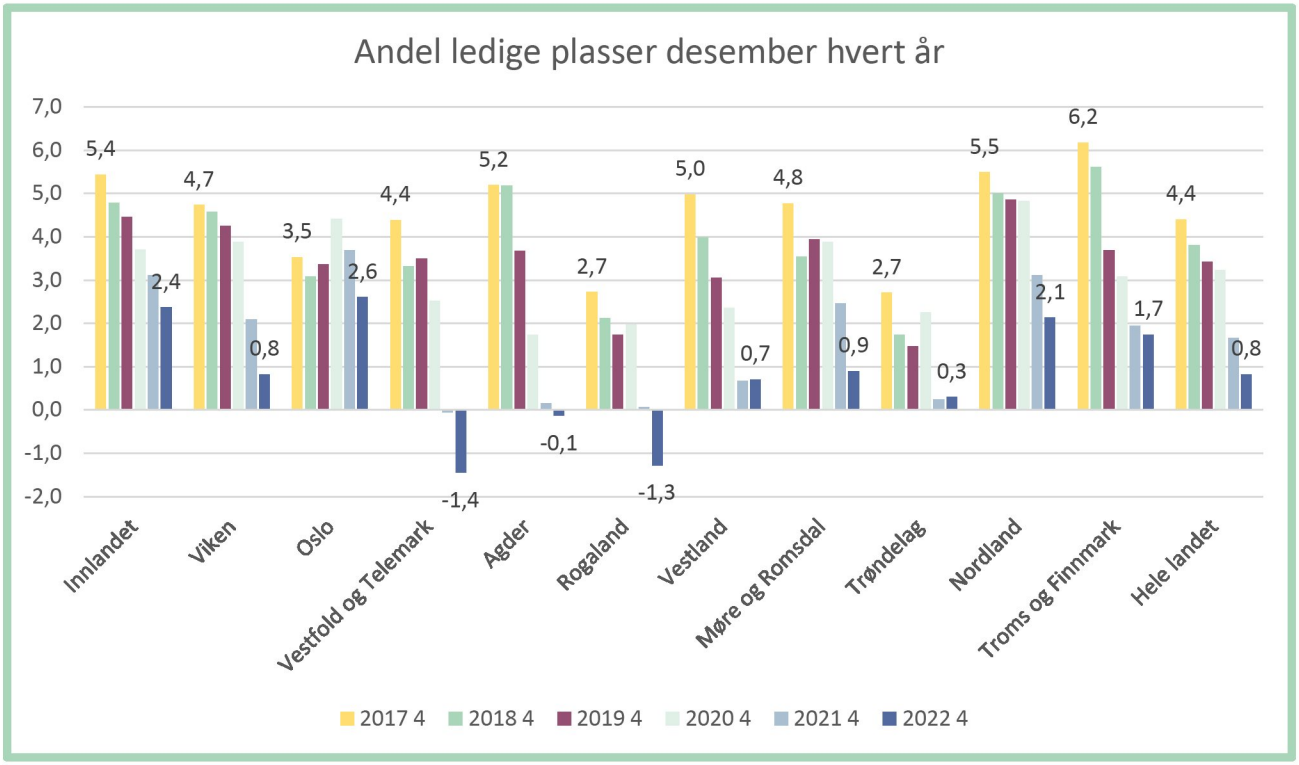
Figur 2-38: Andel og antall ledige listeplasser etter sentralitetsgrad (1-6) per 1. kvartal 2023



Merknad: Inkluderer kun lister med fast lege. Sentralitetsklasser etter SSB. Sentralitetsklasse 1 er mest sentrale kommuner og sentralitetsklasse 6 er minst sentrale. Kilde: FLO, 2023.

Figur 2-39 viser andel ledige listeplasser fordelt på fylker for tidsperioden desember 2017 til 2022. Det er en nedadgående trend i alle fylkene. Andel ledige listeplasser er lavest i fylkene Vestfold og Telemark og Rogaland, etterfulgt av Agder og Trøndelag.

Figur 2-39: Andel ledige listeplasser per fylke, 4. kvartal 2017–2022

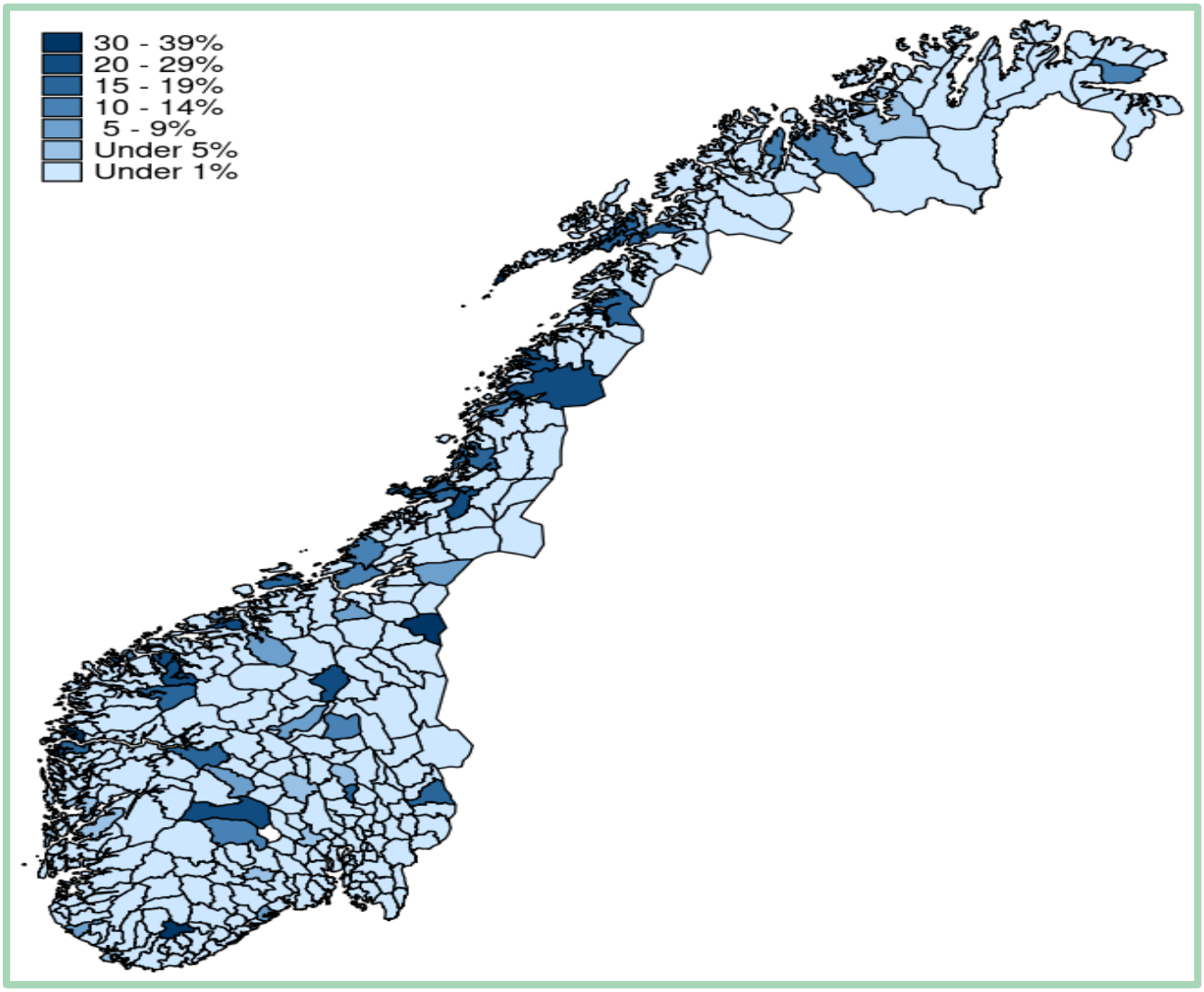


Merknad: Inkluderer kun lister med fast lege. Kilde: FLO, 4.kvartal 2017-2022.

2.4.5.2. *Lister uten fastlege i kommunene*

Som omtalt i kapittel 2.2.3, har de minst sentrale områdene den høyeste andelen innbyggere på lister uten fastlege. Analyser fra FHI viser at andelen av innbyggerne på slike lister var per 31. desember 2020 høyest i Nordland, Troms og Finnmark, Innlandet og Møre og Romsdal, mens den var lavest i Oslo og Viken, se figur 2-40 (Deliac et al., 2023). I de minst sentrale kommunene og i kommuner med under 2 000 innbyggere var 10 prosent av listeinnbyggerne uten fastlege, mens nærmest ingen av listeinnbyggerne i de mest sentrale områdene og kommuner med flere enn 50 000 innbyggere var uten fastlege.

Figur 2-40: Andel innbyggere på fastlegeliste uten fastlege, 31.12.2020



Kilde: FLO per 31.12.2020.

Utviklingen i listeinnbyggere i Norge fra 2006 til og med 2021 viser, grovt oppsummert, at det er et økende antall, men en stabil andel, personer på lister uten fastlege totalt i landet. Andelen listeinnbyggere uten fastlege varierer etter kommunekarakteristikkene fylke og sentralitet. Det er de minst sentrale områdene, og især fylkene Nordland og Møre og Romsdal, som har den høyeste andelen innbyggere uten fastlege.

I de minst sentrale områdene har andelen innbyggere på fastlegeliste uten fastlege økt noe de siste årene. I de to mest sentrale områdene, Oslo og Viken, har andelen vært tilnærmet lik 0 i hele perioden. Overordnet ser det ut til at i mindre folkerike kommuner er lister uten fastlege det største problemet, men i de mest folkerike kommunene er det i større grad en generell kapasitetsutfordring med lite ledige listeplasser.

2.4.6. Andre kommunale helsetjenester og fastlegene

For at helsepersonell og tjenester skal kunne yte gode tjenester til sine brukere og pasienter, har de behov for å samarbeide med og ha tilgang til fastlegen, eksempelvis for oppgaver som reseptfornyelse og informasjonsutveksling. Samhandlingsreformen i 2012 har ført til at kommunene har fått ansvar for oppfølging av flere og sykere pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Sett sammen med økningen av mottakere

av helse- og omsorgstjenester, vil behovet for kontakt og samhandling mellom annet helsepersonell i kommunene og fastlegene fortsette å øke også framover.

Kontakten mellom ulike helsetjenester i kommunen og fastlegen om pasienter i kommunen inkluderer tverrfaglige samarbeidsmøter og kortere kontakter og møter. Tall fra 2021 viser at det er betydelige forskjeller i bruk av slike tverrfaglige samarbeidsmøter etter kommunenes befolkningsstørrelse, hvor omfanget av samarbeidsmøter er størst i de minst befolkede kommunene, og minst i de mest folkerike kommunene. Kortere kontakter og møter om pasienter mellom fastlegen og øvrig helsepersonell og tjenester i kommunen, er mest vanlig for eldre listeinnbyggere. Det sees en svak økning i slike enkle kontakter per listeinnbygger fra 2019 til 2021, og som for samarbeidsmøter er antallet per innbygger lavest i de mest folkerike kommunene (Helsedirektoratet, 2022c).

2.4.7. Kostnader til fastlegeordningen og allmennlegetjenesten

Sørge-for-ansvaret og finansieringsansvaret for fastlegetjenesten er delt mellom henholdsvis kommune og stat. At finansieringsansvaret ikke er plassert hos kommunene medfører at kommunene ikke har mulighet til å benytte økonomiske virkemidler til å styre fastlegetjenesten på samme måte som for de øvrige deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og kommunens øvrige virksomhet.

Videre melder stadig flere kommuner at de bruker av øvrige kommunale midler for å kunne tilby fastlegetjenester til sine innbyggere. Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse gjennomførte i 2021 en nasjonal kartlegging av kommunenes egenfinansiering av fastlegeordningen, den tredje i rekke, på oppdrag fra KS. 217 kommuner deltok i kartleggingen (61 prosent). Tre av fire av disse kommunene oppgav at de har utgifter til fastlegeordningen som går utover basistilskuddet. Blant kommunene som oppgav merkostnader, var fastlønn den ordningen som majoriteten av kommunene brukte (63 prosent), etterfulgt av gunstige avtaler om leie av praksislokaler/-utstyr til næringsdrivende (56 prosent) og avtaler om bruk av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (49 prosent). 16 prosent av kommunene oppgav at de har gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i 2020, dette er uendret fra 2019 (Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse, 2021).

Tilsvarende viser FHI sine analyser at antallet fast ansatte fastleger har økt i perioden 2018 til 2022. Denne utviklingen er særlig tydelig i de minst sentrale kommunene. Det er derimot store forskjeller i bruk av ansettelse mellom kommunene etter innbyggertall og sentralitet. I de minst sentrale og folkerike kommunene var over 70 prosent av alle fastlegeavtaler fast ansettelse i 2022, mens andelen er lav i sentrale bykommuner, og gjelder kun 5,3 prosent i Oslo og 3,6 prosent i Trondheim (Skyrud et al., 2023).

2.4.7.1. Anslag for kostnader til fastlegeordningen

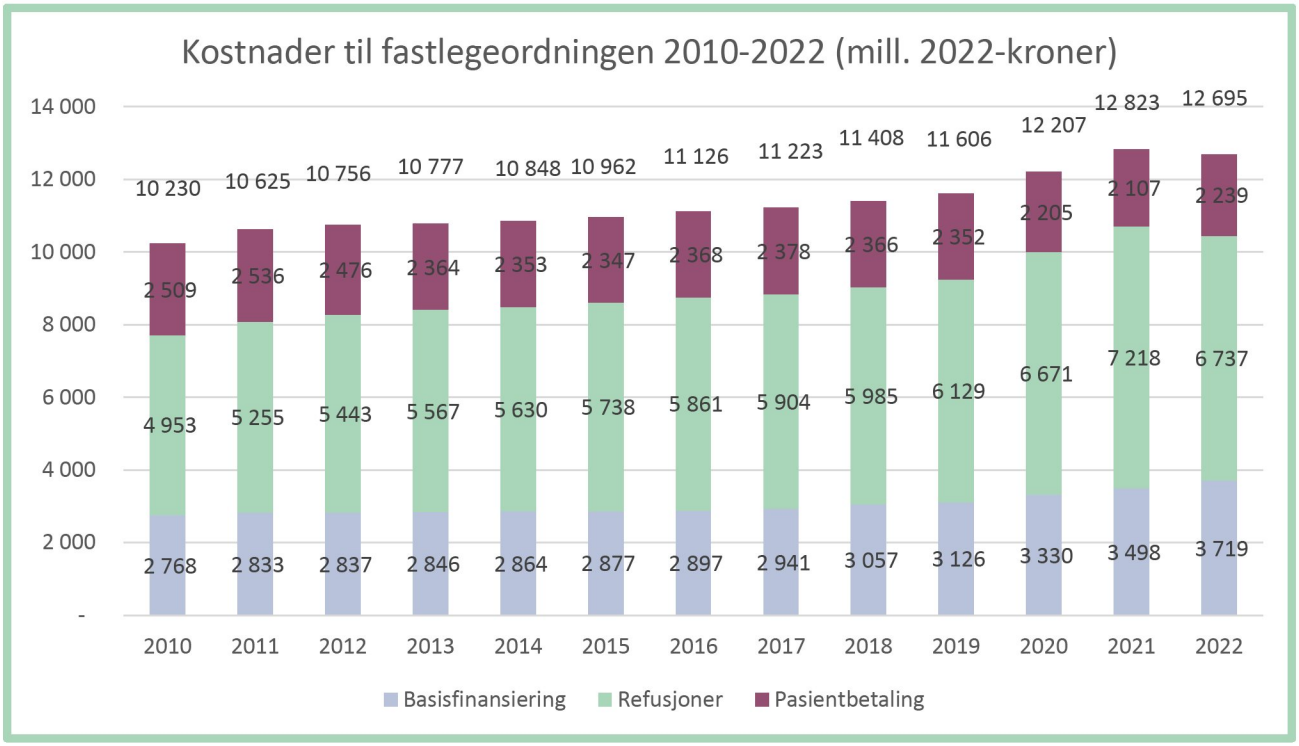
Mesteparten av aktiviteten i fastlegeordningen omfattes av takstsystemet. Men det finnes også noen oppgaver fastlegen gjør som ikke har en like tydelig finansieringskilde. Det er dermed ikke helt klart hvilke kostnader som skal omfattes i beregninger av totalkostnader ved fastlegeordningen, og i tillegg er tilgangen på statistikk begrenset. Nedenfor gjengis anslag for kostnader, der Helsedirektoratet har tatt utgangspunkt i beregninger gjennom basisfinansieringen og den aktivitetsbaserte finansieringen (Helsedirektoratet).

Kommuners eventuelle merkostnader til fastlegeordningen (og et al., 2022), for eksempel tilleggsytelser til legene (8.2-avtaler, økt basistilskudd), oppkjøp av praksiser, vikarordninger eller fastlønnsavtaler (EY og Vista Analyse, 2019), er ikke med i Helsedirektoratets overslag. Pasienter i langtidsopphold i institusjon (for eksempel sykehjem), der andre leger enn fastlegen har ansvar for oppfølgingen, er bare inkludert med basistilskuddet. Statens tilskudd til spesialistutdanningen i allmennmedisin (LIS1 og ALIS), samt eventuelle

merkostnader for kommunene, inngår ikke i beregningen. Kostnader til tilskudd til LIS1 utgjorde 192 mill. kroner i 2022, og kostnader til ALIS-tilskudd var 261 mill. kroner (*Totale kostnader for allmennlegetjenesten*, 2022)(Helsedirektoratet, 2022d). Kostnader til legemidler inngår ikke i beregningen, og naturligvis heller ikke kostnader i spesialisthelsetjenestene, i helse- og omsorgstjenestene ellers, eller i folkehelsearbeidet.

Basert på disse forutsetningene har Helsedirektoratet beregnet kostnadene for fastlegeordningen til 12,7 mrd. kroner i 2022 (Helsedirektoratet, 2022d), som tilsvarer i overkant av 2300 kroner per innbygger. Fra figur 2-41 ser vi at disse kostnadene har økt fra 2010 til 2021, men fra 2021 til 2022 har det vært en reduksjon i kostnadene på 1,0 prosent når man tar hensyn til prisveksten. Nedgangen skyldes nedgang i refusjoner på 6,7 prosent, målt i faste priser. Basisfinansieringen har økt over perioden, og siste år var det en nominell vekst på 9,3 prosent og en realvekst på 6,3 prosent. Egenandeler og egenbetaling fra pasienter har hatt samme prosentvise vekst som basisfinansieringen fra 2021 til 2022.

Figur 2-41: Anslag på kostnader til fastlegeordningen, faste priser (millioner 2022-kroner) *

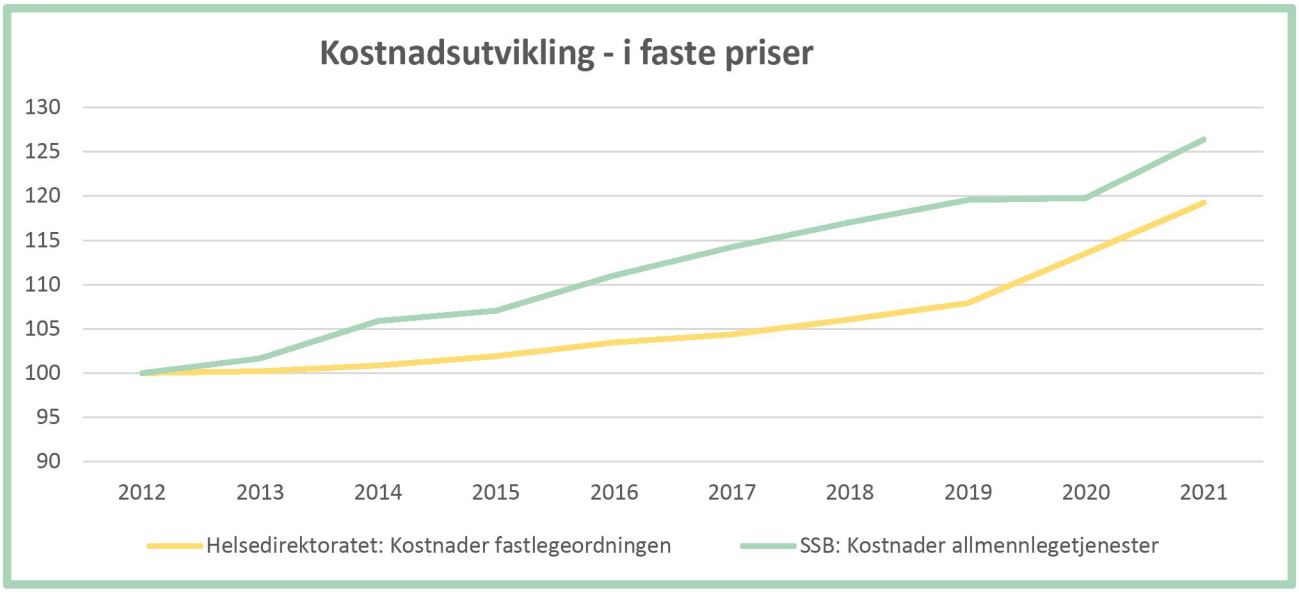


Kilde: Helsedirektoratets registre KUHR og FLO, 2010-2022.

En alternativ tilnærming er å beregne kostnader med utgangspunkt i nasjonalregnskapet, men også en slik tilnærming har begrensninger (Brændvang, 2008; Hernæs et al., 2012; SSB).

SSB publiserer kostnadstall om allmennlegetjenesten. De oppgir at foreløpige kostnader for 2021 var 26,7 mrd. kroner. Her inkluderes kostnader ut over hva som inngår i Helsedirektoratets tall, som sykehjemsleger, legevakt, helsestasjon og skolehelsetjeneste. Helsedirektoratets kostnadstall om fastlegeordningen og SSBs kostnadstall for allmennlegetjenester er derfor ikke direkte sammenliknbare. Figuren nedenfor viser utvikling i kostnader til fastlegeordningen og allmennlegetjenester, med 2012 som referanseår.

Figur 2-42: Utvikling i kostnader til fastlegeordningen basert på Helsedirektoratets beregninger og kostnader for allmennlegetjenester fra nasjonalregnskapet (SSB)



Merknad: Prosentvis endring i faste priser. Kilde: SSB, 2021-2021.

2.5. Kort om utfordringer i andre land

Teksten i dette delkapittelet beskriver utfordringsbildet for allmennlegetjenesten i noen utvalgte andre land. Dette inkluderer våre naboland med en nordisk velferdsstatsmodell (Sverige, Danmark og Finland), og landene England, Skottland og Nederland, som tradisjonelt er kjent for å ha en sterk allmennlegetjeneste med likhetstrekk til den norske.

2.5.1. Utviklingstrekk og rammebetingelser for allmennlegetjenesten

Utfordringene i den norske fastlegetjenesten er godt dokumentert. Basert på informasjon fra kontaktpersoner i de seks andre landene, og utfyllende kilder, tegnes et ganske likeartet utfordringsbilde på tvers av landene, men med variasjoner både mellom og innenfor land, når det kommer til hvilke problemstillinger som er størst og hvordan de adresseres.

Mange utviklingstrekk som påvirker behov og etterspørsel etter helsetjenester, er de samme. Dette gjelder eksempelvis endring i befolkningssammensetning, mer etterspørsel etter hjelp for psykiske problemer og lidelser, og endrede forventninger til den offentlige allmennlegetjenesten fra nye generasjoner av innbyggere og helsepersonell.

Allmennlegetjenesten i er i stor grad første kontakt ved behov for helsehjelp, og fungerer som portvakt for tilgang til de fleste spesialisthelsetjenester (i mindre grad i Sverige). Innbyggerne kan velge hvilken praksis eller helsesenter de vil tilhøre, og konsultasjoner er ofte gratis, eller det er tak på egenbetalingen.

Allmennlegetjenestene konkurrerer også med sykehusene, og delvis med private aktører, om legene. Samtidig har sykehusene kapasitetsproblemer og rådende helsepolitikk er at tjenestene i størst mulig grad skal være lokalbaserte, og så nært pasientens hjem som mulig. Dette er felles utviklingstrekk, som ofte gir mer ansvar til primærhelsetjenesten og allmennlegene.

Til tross for en del felles trekk, er det også noen viktige ulikheter i allmennlegetjenestenes rammebetingelser. Geografi og befolkningstetthet er veldig forskjellig. Norge, Sverige, Finland og Skottland har områder med store avstander og spredt befolkning. Her er utfordringene med å rekruttere og stabilisere allmennlegetjenesten ekstra store. Danmark og Nederland er små i sammenligning, og har høyere befolkningstetthet, men også disse landene har nå utfordringer. Ulikheter i forvaltningsorganisering og grad av desentralisert ansvar for styring, finansiering og organisering forklarer også ulikheter i måten tjenestene organiseres og drives på.

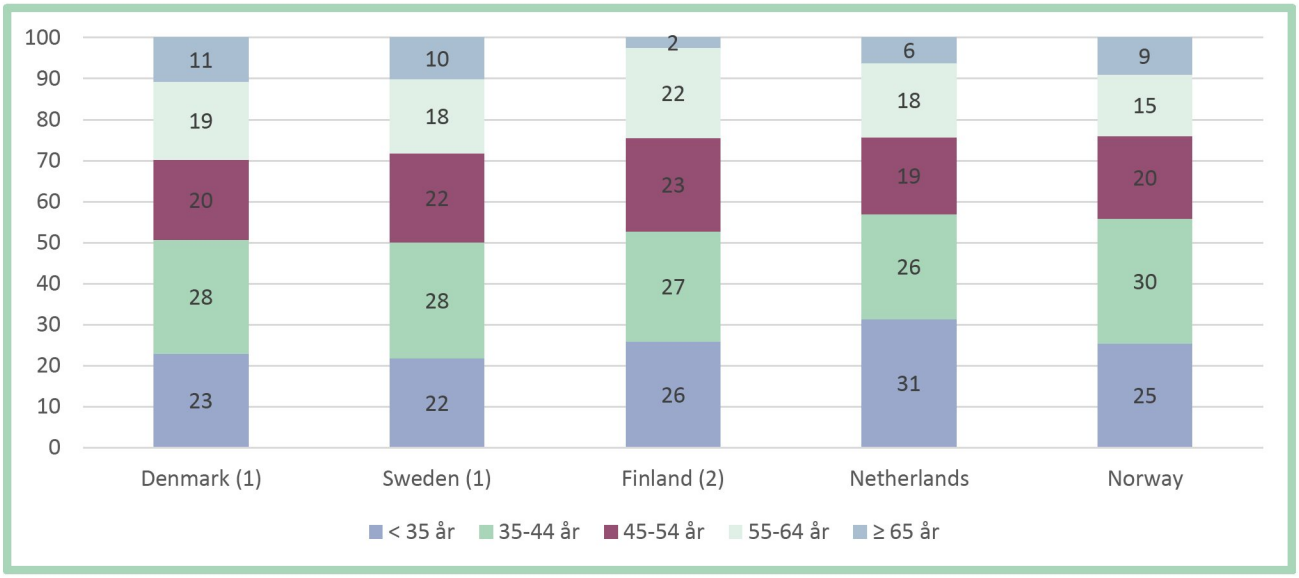
Land hvor primærhelsetjenesten er grunnlagt på en helsesentermodell, har i større grad integrerte primærhelsetjenester som del av sin grunnmodell. Dette gjelder for Sverige og Finland. Primærhelsetjenesten i Finland har vært basert på tverrfaglig teamarbeid i helsesentre siden 1972. Personalet på større helsesentre består av et bredt spekter av helsepersonell, og i disse systemene har sykepleiere en mer sentral rolle.

2.5.2. Om legedekningen generelt

Basert på internasjonal statistikk, er Norge et av landene i Europa og verden med flest leger per innbygger. Sverige, Danmark og Nederland ligger også over Europa-gjennomsnittet. Finland ligger litt under, mens Storbritannia har den klart laveste generelle legedekningen av de seks landene (WHO, 2022). Vi har, ifølge statistikken, også den høyeste sykepleierdekningen, men her er det Finland som ligger nærmest Norge, fulgt av Nederland, Sverige, Danmark og Storbritannia. Statistikken teller personer. Det skilles ikke mellom landene i Storbritannia.

Alderssammensetningen for leger generelt er ikke veldig forskjellig i Norge, Nederland og Finland. Sammenlignet med mange andre land har disse landene en relativt liten andel leger over 55 år, rundt 25 prosent. Danmark og Sverige ligger like bak. Storbritannia var ikke med i Eurostat-tallene vist i figuren under, men tall fra OECD viser at de har lavest andel leger over 55 år av de landene vi sammenligner her (OECD European Union, 2020).

Figur 2-43: Alderssammensetning leger 2020 eller nærmeste. Prosentandel i hver alderskategori



Merknad: (1)2019, (2) 2018. Kilde Eurostat.

2.5.3. Andel og antall leger i allmennpraksis

Det finnes ikke veldig presise tall for internasjonale sammenligninger av legedekningen i primærhelsetjenesten. Ulike land organiserer helse- og omsorgstjenesten forskjellig, og utdanningssystemer og stillingskategorier kan variere. Selv om det skjer en tilpasning til internasjonale standarder, og statistikkprodusenter som Eurostat, WHO og OECD i økende grad samarbeider om definisjoner og kvalitetskontroller, kan det variere hvor godt legedata fra ulike land passer med de internasjonale. I hvilken grad man kan skille mellom leger med lisens, praktiserende leger og identifisere leger under spesialisering i allmennmedisin er antakelig en kilde til variasjon.

Tall fra Eurostat (Eurostat, 2022) viser tall for General practitioners (spesialister allmennmedisin og fastleger). Norge har relativt høy rate General practitioners. Når man teller allmennleger uten spesialitet, er Norge midt på treet. Uavhengig av mål har Danmark, Sverige og Storbritannia lavere rate enn Norge, mens Nederland og Finland har litt høyere (for 2022 eller nærmeste år).

Tallene må tolkes med forsiktighet, men indikerer at Nederland, Finland og Storbritannia har en noe høyere andel generalister enn Norge, mens det er mindre forskjell mellom Norge, Sverige og Danmark.

Tall fra OECD (OECD, 2020a, tabell 1.1) viste at svært mange europeiske land, deriblant Danmark, Storbritannia, Norge, Sverige og Nederland (sortert etter grad av endring) hadde en lavere andel allmennleger uten spesialitet sammenlignet med i 2000, mens Finland hadde en noe høyere andel.

2.5.3.1. Økende andel kvinnelige leger i allmennpraksis

Som i Norge, har antall og andel kvinnelige leger økt i allmennpraksis også i andre land. En gjennomgang av tilgjengelig og oppdatert statistikk fra fem av landene (inkludert Norge, men eksklusive Sverige og Finland) viste at andelen kvinner (per mars 2023) er litt lavere i Norge (48 prosent) enn i de andre landene, hvor andelen varierte fra 58 prosent til 62 prosent (tall fra 2022 unntatt Nederland (2018).

2.5.3.2. Utfordringer med rekruttering og stabilisering

Som i store deler av verden, er det generell mangel på helsepersonell i europeiske land (European Commission et al., 2020). Rekrutteringsproblemene er spesielt store innen primærhelsetjenesten, langtidsomsorg, rehabilitering og psykisk helse (WHO, 2022).

Mangel på leger (og annet helsepersonell) er en felles grunnleggende utfordring i den internasjonale offentlige allmennlegetjenesten, sett i lys av økt behov og etterspørsel etter primærhelsetjenester. Både rekruttering av nye leger og stabilisering av de som allerede er i tjenesten, er tiltakende viktige tema i landene. Det har også tidligere vært krevende å opprettholde en stabil legetjeneste i usentrale og grisgrendte strøk, noe som landene i Norden er godt kjent med. Det er større problemer med rekruttering i distriktene. Landene har derfor særskilte tiltak og ofte kompenserende elementer i finansieringsordningene knyttet til geografi.

I England har det lenge vært store personellutfordringer i primærhelsetjenesten (Spence, 2016) og alvorligheten i krisen ble skissert og vurdert i en rapport til parlamentet høsten 2022.

Det har i England samtidig vært ganske god tilgang på leger i spesialisering. Antall utdanningsstillinger i allmennmedisin har økt mye fra 2014 til i dag, og de siste årene har alle vært besatte (Armitage, 2023). I desember 2022 var tallet oppe i over 9300, en vekst på 85 prosent fra september 2015. Den siste tidens vekst

i antall allmennleger i spesialisering i England har imidlertid ikke klart å motsvare antallet fullt kvalifiserte fastleger som forlater tjenesten.

I Skottland utførte legeforeningen (BMA Scotland) en undersøkelse i oktober 2022 (British Medical Association, 2022) som viste at 34 prosent av praksisene (som svarte) hadde minst en ledig stilling. 81 prosent av praksisene mente etterspørselen overstiger kapasiteten og 42 prosent at underkapasiteten er svært stor. Det er ikke lenger pålagt allmennpraktikerne å bidra i legevakt, og dette har etter hvert skapt utfordringer med å bemanne legevaktene.

En viktig strategi i England og Skottland er å forsterke primærhelsetjenesten med annet personell, og arbeide mer i team på tvers av tjenester.

I Danmark har bare en av tre praksiser (klinikker) åpent for å ta imot nye innbyggere på sine lister, og mange områder er definert som legedekningstruede (Haumann et al., 2023).

Det har lenge vært mangel på allmennleger også i Sverige. For eksempel var ledige stillinger i primærhelsetjenesten (totalt antall ledige stillinger konvertert til heltid) 21 prosent i 2018 (Vårdanalys 2018). Flere regioner melder også om vanskeligheter med å rekruttere og beholde spesialister i allmennmedisin på grunn av konkurranse med private tjenester, en utfordring som forsterkes av den nasjonale mangelen på fastleger.

Finland har, som andre land, stor geografisk variasjon når det kommer til legedekning. Det har vært stor legemangel i avsidesliggende områder og sykepleiere har periodevis vært eneste helsepersonell til stede lokalt. I mange tilfeller har driften av helsesentre vært utført av private selskaper på anbud (Keskimäki et al., 2019).

Selv i Nederland, hvor det tradisjonelt har vært veldig attraktivt å jobbe i allmennlegetjenesten, oppleves det nå at tjenesten er under press og at ikke alle pasienter finner en lege eller legekontor med ledig plass for nye pasienter. Dette ses blant annet i sammenheng med et aldrende legekorps og økende ønske blant legene om å arbeide deltid.[9]

2.5.3.3. Økt arbeidsbelastning og opplevd stress

Legemangel har konsekvenser for både innbyggere og for legene som arbeider i allmennlegetjenesten.

En studie basert på data fra 2010–2012 (34 land) (Stobbe et al., 2021) viste at fastleger (GP's) i de skandinaviske landene og Nederland var i den øvre tredjedelen av skalaen for gjennomsnittlig jobbtilfredshet, mens leger i søreuropeiske land var i den nedre tredjedelen.

I en annen undersøkelse fra 2015 ble høy arbeidsbelastning blant primærleger identifisert som en viktig faktor knyttet til høyt yrkesmessig stress. Undersøkelsen inkluderte 11 land, blant annet Norge (Cohidon et al., 2020). Sverige var det andre nordiske landet inkludert, og hadde sammen med Storbritannia den høyeste andelen allmennleger som selv rapporterte om høyt stressnivå i sitt arbeid. Nederland hadde lavest andel selvrapportert stress. En oppfølgende undersøkelse i 2022 med de samme landene (utenom Norge) viste omtrent samme rekkefølge (Munira Z. Gunja et al., 2022). Angitt nivå av stress hadde imidlertid økt, og yngre leger opplevde gjennomgående mer stress i jobben enn eldre. Koronapandemien antas å ha bidratt til forverret stress i arbeidet.

[9] *Svar fra kontaktperson i Nederland (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).*

I England ble det vist en klar økning i konsultasjoner per innbygger, gjennomsnittlig konsultasjonsvarighet og total arbeidsbelastning knyttet til pasientrettet klinisk arbeid i allmennpraksis fra 2007 til 2014 (Hobbs et al., 2016). En undersøkelse fra 2015 (Croxson et al., 2017) bekreftet at legene opplevde lengre og mer intense arbeidsdager. Å være fulltids partner i en praksis ble ansett å være svært vanskelig, og situasjonen var ikke ansett som bærekraftig, spesielt med tanke på personellmangel. Økt arbeidsbelastning ble i hovedsak knyttet til fire temaer: økte pasientbehov og forventninger, endringer i forholdet mellom første- og andrelinjetjenesten, byråkrati og ressurser, og fordeling av arbeidsbyrde innen praksisen. Det er en tydelig utvikling i statistikken at et økende antall allmennpraktikere i England ikke jobber fulltid og at det blir færre partnere i allmennlegepraksis i perioden 2017–2022 (British Medical Association, 2023b).

Etter innføringen av den nye nasjonale kontrakten for allmennpraksis i Skottland (fra 2018), rapporterte fastleger i Skottland klart bedre tilfredshet med arbeidet og færre ønsket redusert arbeidstid når man sammenlignet med leger i England (Hayes et al., 2020). I begge land ble likevel nesten alle av 13 stressfaktorer (i gjennomsnitt) vurdert som moderate til betydelige.

Tall fra Nederland (Batenburg et al., 2022) viser at omtrent halvparten av legene arbeider under 24 timer per uke med konsultasjoner. Omtrent 25 prosent har konsultasjoner i mer enn 32 timer. Mannlige leger har flere timer med konsultasjoner enn kvinner (kan skyldes aldessammensetning), og partnere (eiere) har langt mer konsultasjonstid enn ansatte leger. Også i Nederland øker antall leger som arbeider deltid og ikke er partnere i en praksis, samt antall som ikke er ansatt/uavhengige (ca. 20 prosent i 2021) (Flinterman et al.). På grunn av økende arbeidsbelastning i kontortiden er mange leger mindre motivert til å arbeide i legevakt i tillegg.

2.5.4. Hvor fornøyde er innbyggerne?

For innbyggerne merkes underdekning av leger både ved at det kan bli vanskeligere å finne legepraksiser som har ledig plass for nye innbyggere, og at det kan være vanskeligere å få time hos sin foretrukne/faste lege. En sentral helsepolitisk problemstilling i mange land er avveiningen mellom tilgjengelighet og kontinuitet i relasjonen til en bestemt lege (fastlege) når legekapasiteten er under press. Tilgangen til allmennlege utenfor kontortiden blir også berørt, fordi legevaktene i mange av landene er avhengig av at fastlegene (GP's) tar vakter der. Høy arbeidsbelastning og underdekning kan i sin ytterste konsekvens gå ut over kvaliteten på oppfølging/behandling. En omfattende gjennomgang av tilgjengelige tall på konsultasjonstiden i 63 land viste stor variasjon (Irving et al., 2017). Legene i Sverige hadde lengst konsultasjonstid av alle, med godt over 20 minutter, mens Norge og Finland hadde litt under 20 minutter. Nederland og Danmark lå på cirka 10 minutter og Storbritannia like under. Årsaken til forskjeller og hvor godt dette stemmer i dagens situasjon har vi ikke gode tall på.

I de fleste land gjennomføres undersøkelser der innbyggerne og pasientene gir sin vurdering av tjenesten. I pasientrapporteringer i Sverige og Norge, har opplevd tilgjengelighet i primærlegetjenesten gitt lavere score enn andre forhold (Norman et al., 2022; Vårdanalys, 2017). Over 80 prosent av de spurte var totalt sett fornøyd med fastlegen sin i Norge. Hälso- och sjukvårsdbarometern 2022 i Sverige viste at 62 prosent hadde stor tiltro til helsesentrene og 63 prosent mente det var rimelige ventetider ved helsesentrene (Sveriges Kommuner och Regioner, 2023a). I en mindre dansk undersøkelse i regi av paraplyorganisasjonen "Danske patienter" angir mange at kort ventetid er like viktig som å komme til samme lege (Danske patienter, [s.a.]). En studie hvor alle tre land var med, fant imidlertid at pasientene i alle landene vektla tilgjengelighet, men at god kommunikasjon ble vurdert enda viktigere (Eide et al., 2021).

Den nasjonale erfaringsundersøkelsen i Skottland for 2022 viste at 67 prosent av de spurte var overordnet sett fornøyde med tjenesten (siste 12 måneder)(The Scottish Government, 2022). Tilfredsheten med tjenesten var imidlertid 12 prosent lavere enn to år tidligere, noe som delvis kan ha sammenheng med koronapandemien.

Det var imidlertid tegn til reduksjon også før pandemien. 68 prosent mottok det meste av oppfølging fra lege, mens 24 prosent fikk mest oppfølging fra sykepleier.

I England har tilfredsheten med allmennpraksis falt betydelig bare de siste årene, og kun 38 prosent svarte at de var fornøyde i 2021, mot 80 prosent i 2009 (Wellings et al., 2022). Fallet var spesielt stort etter pandemien. Tilfredshet med allmennpraksis er nå den laveste av alle NHS-tjenester, med unntak av tannlegetjenester. Allmennpraksis har tidligere vært den høyest rangerte tjenesten hvert eneste år fram til 2018. Innbyggerne er spesielt misfornøyde med ventetiden for å komme til lege. En annen undersøkelse fra samme år viste at personer over 65 år var mer tilbøyelige til å mene at det var en stor utfordring å få treffe den samme legen/personen hver gang, mens yngre mennesker og personer med barn i større grad vektlegger ventetid (The Health Foundationc, 2022). En tredje undersøkelse fant at andelen pasienter som «alltid eller nesten alltid» hadde fysisk konsultasjon med eller snakket med sin foretrukne lege (GP), gikk ned fra 26 til 18 prosent fra 2018 til 2022 (Nuffield Trust, 2022).

Også i Finland er det en utfordring med at lange ventetider ved helsesentrene kommer i konflikt med mulighet for å få oppfølging av samme lege (Keskimäki, 2022; Keskimäki et al., 2019). I tillegg er stabiliteten i legekorpset varierende og en relativt stor andel har i mange år vært ansatt i bemanningsbyråer (vikarer). Ved små helsesentre, og helsesentre hvor tjenesten er satt ut til private, er leger uten spesialisering den største gruppen (Syrjä V. et al., 2020). Fra Nederland nevnes at økende pasientforventninger om raske svar og service, også på ikke-akutte helsespørsmål påvirker kapasiteten. Dette setter spesielt kvelds- og legevaktstjenesten under press.

Situasjonen er nødvendigvis ikke like problematisk over alt, og det er spesielt to skillelinjer som går igjen; dårligst tilgjengelighet i distriktsområder og i såkalte depriverte områder, det vil si områder med lavere sosioøkonomiske ressurser og større innslag av sosiale og helsemessige problemer.

Skottland har, i de mest usentrale distriktene, særlige utfordringer med å rekruttere og beholde ansatte. Geografiske forhold, mangel på bolig, profesjonell isolasjon og vaktforpliktelser er noen av faktorene som skaper utfordringer. Til tross for at leger i rurale områder, og særlig kvinner, ofte er tilfredse med jobben sin, er det flere enn i mer urbane strøk som der sier de har en intensjon om å forlate jobben sin innen 5 år (Eaton-Hart et al., 2022). Det er satt i gang et eget initiativ for å styrke praksiser i utkantene (SRMC). Praksiser i områder med betydelig deprivasjon kan også slite med å rekruttere leger på grunn av store tjenestebehov, høy arbeidsbelastning, komplekse kliniske problemstillinger og svært mange innbyggere med psykisk helse- og rusproblemer (University of Glascow). Lavere jobbtilfredshet blant allmennpraktikere i depriverte områder, sammenfaller med lavere pasienttilfredshet med tjenestene (Mercer et al., 2023) og gjenspeiler at tilgjengeligheten til gode helse- og sosialtjenester varierer omvendt med behovet for tjenester i befolkningen. Dette er en utfordring også i flere andre land. En studie fra England konkluderte med at områder med lav sosioøkomisk status ofte er underfinansiert, er underbemannet med leger, og at praksisene scorer dårligere på kvalitetsindikatorer sammenlignet med praksiser i mer velstående områder (*Access to GP appointments and services*, 2022; Fisher et al., 2022; Nussbaum et al., 2021).

2.5.5. Finne gode modeller for samhandling, samarbeid og arbeidsdeling

God samhandling og koordinering av pasientforløpene horisontalt og vertikalt i helse- og omsorgstjenesten er en stor utfordring i de fleste land. Liksom i Norge er også samhandling og oppgavefordeling i oppfølgingen av pasientgrupper med sammensatte eller langvarige behov for hjelp, sentrale tema i de andre landene. Effektive modeller for samarbeid, informasjonsdeling og arbeidsdeling står sentralt i utviklingen av tjenestene (OECD, 2020b). Kapasitetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten har gitt reduserte liggetider og påvirker ventetider

på planlagt behandling. Dette styrker forventningene til at primærhelsetjenesten og lokalsamfunnene skal forebygge og følge opp befolkningens behov og etterspørsel etter tjenester i størst mulig grad.

De fleste land har strategier og reformer som skal underbygge en slik utvikling. En dreining mot større lokalbasert ansvar gir samtidig forventninger om at både ressurser og kompetanse fordeles på en god måte.

I Sverige ble God och nära vård-reformen vedtatt i 2020. Reformen tar sikte på en omorganisering av helsevesenet, der primærhelsetjenesten skal være den viktige basisen og førstelinjen i helsevesenet, og dermed endre Sveriges tidligere sykehusfokuserte helsesystem. Målene med reformen er at primærhelsetjenesten skal bli navet i omsorgen, at tjenestene skal bli mer helsefremmende, og at helsevesenet som helhet, skal bli mer effektivt. Regjeringen har tre fokusmål: økt tilgjengelighet, medvirkning/personsentrering, og økt kontinuitet i primærhelsetjenesten. Som ledd i dette, er en målsetting at de som ønsker det skal få en fast legekontakt. Det er satt en nasjonal målsetting om 1100 innbyggere per spesialist i allmennmedisin og 550 innbyggere per lege i spesialisering (ST-lege) (Socialstyrelsen, 2022).

Sundhedsreformen i Danmark (vedtatt 2022) skal gi " Et sammenhængende, nært og stærkt sundhetsvæsen"(Sundhetsministeriet, 2022) . Sentralt er etableringen av 25 nye "nærhospitaler", bedre og mer ensartet kvalitet i behandlingen av kronisk syke, og rekruttering av flere medarbeidere, herunder leger. Målet er 43 prosent vekst i allmennleger innen 2035. Nærhospitalene skal romme spesialisthelsetjenester, allmennpraksis og kommunale oppgaver, men ikke ha sengeplasser. Fra tidligere er det etablert såkalte "Sundhedshuse", som samler flere helsetilbud samlet under samme tak for å skape bedre samhandling på tvers innen kommunene, herunder allmennleger, jordmorsentre, psykiatritilbud og sykepleieklinikk.

Den finske Sosial- og helsereformen, vedtatt ved lov i 2021, skal sikre likeverdige og gode helse- og sosialtjenester for alle, og redusere ulikheter i helse og velvære for befolkningen. Reformen er en strukturreform, som innfører et nytt administrativt nivå mellom staten og kommunene. Fra og med 1. januar 2023 har 21 "Velferdsområder" (Health and Wellbeeing counties) overtatt ansvaret for å planlegge, styre og sørge for store deler av offentlige helse- og velferdstjenester innenfor rammene av gjeldende lover. Tidligere hadde kommunene (og samkommuner) sørge-for-ansvar for helsetjenestene. Dette medfører at kommunene ikke lenger er ansvarlig for helsesentrene og allmennlegetjenesten som gis der. Som ledd i reformen, er det også et eget program for videre utvikling av helsesentrene, med mål om økt kontinuitet mellom pasient og lege/sykepleier.

I England kom The NHS Long Term Plan I i 2019 (10 år). Dette skulle danne grunnlaget for en ny tjenestemodell hvor pasientene får gode valgmuligheter, bedre og integrerte tjenester, og hvor presset på sykehusene reduseres. Dette skulle skje ved å transformere tjenester utenfor sykehus, basert på en "fully integrated community-based care"-modell, samt økt vektlegging av folkehelse og forebygging. En sentral del av strategien ble bygget inn den nasjonale kontrakten som alle primærleger i den offentlige tjenesten er underlagt (GP-contract).

I Skottland vedtok man i 2014 lovgivning for å bedre integrasjonen av helse- og sosialtjenester. Viktige mål var å forbedre befolkningens helse, redusere helseforskjeller og redusere almennlegenes (GP's) arbeidsbelastning. Dette førte til opprettelsen av lokale "Integrated Joint Boards" (local authority areas) og deretter "Health and Social Care Partnerships (HSCPs) for samarbeid om levering av tjenester i 2016. Samtidig med disse organisatoriske endringene, ble 'the Scottish General Medical Services contract' vedtatt i april 2018. De mest sentrale komponentene i den nye kontrakten, var utvidelsen av tverrfaglige team (multidisciplinary team MDT) og etableringen av "GP clusters" (begge startet I 2016).

2.5.6. Å finne gode finansieringsmodeller

God finansiering og gode finansieringsmodeller er viktig for rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten. Tilstrekkelige bevilgninger til tjenestene, og komponenter og innretning på modellene for finansiering, er grunnleggende virkemidler for å oppnå helsepolitiske mål, og vil alltid være viktige tema. Et eksempel er hvor godt justering av basistilskudd basert på ulikheter i listepopulasjon mellom praksiser gjenspeiler de reelle forskjellene i behov for tjenester og ressurser (Health and Social Care Committee, 2022) (Donaghy et al., 2023).

2.5.7. Tiltak for å styrke allmennlegetjenesten

Tiltak for å styrke rekruttering og stabilitet i tjenestene inkludere blant annet ulike typer finansieringsordninger (Olsen et al., 2016) og økonomiske insentiver, muligheter for mer fleksibilitet i arbeidet, økt utdanningskapasitet og støtte til kompetansehevende tiltak. Samtidig med vekt på økt rekruttering og stabilisering brukes økt digitalisering og nye organisasjonsmodeller for å møte kravene til en lokalbasert og effektiv oppfølging av befolkningens behov for helsehjelp (Nordic Welfare Centre, 2019).

Tiltak for å redusere arbeidsbelastning for legene skjer både gjennom mer samarbeid og arbeidsdeling med annet personell, reduksjon av administrative oppgaver, og bruk av nye teknologiske løsninger. Økt digitalisering kan også bidra til å kompensere for noen av utfordringene med spredt bosetting og lange avstander.

En artikkel fra 2016 oppsummerte strategier i en rekke land for å rekruttere og bevare allmennleger i tjenesten (Verma et al., 2016). De fant at kunnskapsgrunnlaget var svakt, og at det var behov for mer forskning av høy kvalitet. De fant likevel støtte for at plassering av leger under utdanning i områder med underdekning, og selektiv utvelgelse av studenter, hadde betydning. Andre tiltak viste også positive resultater, men hadde ikke god nok dokumentasjon.

For å vurdere effekten av tiltak og utvikle tjenestene videre, trengs gode sammenlignbare grunnlagsdata for ressursinnsats og aktiviteter, og å kunne måle effekter på tjenestene. I primærhelsetjenesten er dette som regel en større utfordring enn i spesialisthelsetjenesten. Og ikke minst å kunne måle om kvaliteten er god. Våre informanter i Danmark påpeker at mangelfull kunnskap om kvalitet i allmennpraksis både er nevnt i OECD sin landgjennomgang og av den danske Rigsrevisjonen.

3. MÅLBILDET

Et målbilde for allmennlegetjenesten må omfatte flere perspektiver, herunder innbyggernes, legenes, kommunenes og hensynet til en bærekraftig samfunnsutvikling.

Hovedmålet er at alle innbyggere skal sikres tilgjengelige allmennlegetjenester av riktig kvalitet, uansett hvor i landet de befinner seg og hvem de er. For å oppnå dette må det videreutvikles en bærekraftig og framtidsrettet kommunehelsetjeneste, herunder allmennlegetjeneste.

3.1. Innbyggerne og likeverdige tjenester

Innbyggerne i Norge lever stadig lenger, som følge av bedret folkehelse og medisinske framskritt. Dette er en ønsket utvikling. Samtidig innebærer det at flere lever med kroniske sykdommer og sammensatte sykdomstilstander, som gjør at behovet for helse- og omsorgstjenester øker.

Målet er at flest mulig skal leve lange og gode liv, med de helsemessige utfordringene de har. Flest mulig skal kunne bo i eget hjem og, de skal, så langt det er mulig, få behandling og oppfølging i nærmiljøet sitt. Til dette trenger mange opplæring og hjelp til å mestre mest mulig selv.

Det er derfor nødvendig å sørge for at kommunene, og derunder allmennlegetjenesten, i større grad enn i dag fokuserer på livsmestring og på «hva er viktig for deg»-perspektivet, og møter behovene til innbyggere og pasienter med omfattende og sammensatte behov (Folkehelseinstituttet, 2019).

Likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester for alle er et viktig fundament og et grunnleggende mål for hele helse- og omsorgstjenesten. Det innebærer at alle skal ha samme mulighet til å få gode og tilpassede helsetjenester, uavhengig av bosted, sosioøkonomiske forutsetninger, funksjonsevne, alder, kjønn, kjønnsuttrykk, seksuell orientering, etnisitet, språk, tro og livssyn.

Geografiske ulikheter og ulik tilgang til personell medfører at utformingen, og hvilke løsninger som benyttes for å tilby likeverdige tjenester, vil variere fra sted til sted.

3.2. Bærekraftig samfunnsutvikling og prioritering

I arbeidet med å definere et realistisk målbilde, må allmennlegetjenesten ses i sammenheng med samfunnets samlede ressurstilgang. Gitt utfordringsbildet og ressursbegrensningene framover, må vi bli mer opptatt av formålstjenlig og effektiv utnyttelse og prioritering av ressursene i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Organisering, arbeidsdeling og samhandling mellom helsepersonell og tjenestenivåer må bygge opp under dette.

Helse- og omsorgstjenesten, herunder allmennlegetjenesten, bør innrettes slik at den kan gi gode tjenester til flere innbyggere, uten at kostnadene eller bruk av personell nødvendigvis øker. For å lykkes med dette må både befolkningens og helsepersonells forventninger til hvilke tjenester som kan ytes, og av hvem, endres. Tjenestenes evne til å utvikle effektive organisasjonsformer og tjenester, som både reduserer kostnadene og er til pasientens beste, må også forbedres.

Økende forventninger til helsetjenestene i befolkningen, knappere ressurser og økt tjenestebehov, gjør det nødvendig med tydeligere prioriteringer. Klare prioriteringer er også en forutsetning for å sikre likeverdige allmennlegetjenester til alle deler av befolkningen.

Behovet for helhetlig tenkning om ressursbruk og planlegging i helsetjenesten gjenspeiles i Blankholmutvalgets anbefaling om felles prioriteringskriterier for hele helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Etter ytterligere justering av prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet, er mestring nå inkludert i nytte-kriteriet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b).

3.3. Riktig kvalitet og BEON

Alle innbyggere skal møte en allmennlegetjeneste med god kvalitet, bredde og kontinuitet. Det betyr at det er behov for tiltak som sikrer en tilgjengelig og tilpasset tjeneste for alle.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten pålegger alle som yter helse- og omsorgstjenester å bruke kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet i planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av tjenestetilbudet (*Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, 2016). Formålet er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Kvalitet kjennetegnes ved at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). For å oppnå dette er det behov for mest tids- og ressursbruk på pasienter med størst behov og nytte, og hvor teambasert arbeid og tverrfaglighet ofte vil være nødvendige virkemidler.

BEON-prinsippet skal ligge til grunn. Det vil si at undersøkelse og behandling av pasienter skal foretas på **b**este **e**ffektive **o**msorgs**n**ivå i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg må tjenesten være utformet slik at det er tid og rom til å møte behovene til alle, også dem med behov for tett oppfølging og god opplæring, og dem med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. Dette betyr at legens tid må brukes riktig, og at annet personell må avlaste og bidra med sin kompetanse der det er faglig riktig og hensiktsmessig. Det betyr også at teknologi og andre virkemidler som understøtter god tilgjengelighet, må tas i bruk. Effektiv og sikker prioritering må ivaretas. Administrative oppgaver må reduseres, slik at legene får bruke mesteparten av tiden til pasientrettet arbeid.

Allmennlegetjenestene må organiseres og finansieres på en måte som fremmer kvalitet og effektivitet, og utvikling av nye produkter, tjenester og organiseringsformer. Helseteknologi har et stort potensial, både for bedret bærekraft og en effektivisering av måten allmennlegetjenesten leveres på.

3.4. Kommunenes sørge-for-ansvar

Befolkningen i Norge har lovfestet rett til helse- og omsorgstjenester gjennom hele livet. Ansvaret for helsetjenestene er delt mellom staten og kommunene. Mens staten har ansvar for å tilby helsetjenester på spesialistnivå, har kommunen ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som bor eller oppholder seg i kommunen.

Kommunenes ansvar er omfattende, og innebærer blant annet å sørge for nødvendige allmennlegetjenester til befolkningen, herunder fastlegeordning, legevakt og andre allmennlegeoppgaver (*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, 2016). Kommunenes handlingsrom og virkemidler for styring, ledelse og internkontroll må stå i forhold til dette.

Allmennlegetjenesten er en sentral del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og portvokter til andre deler av helsetjenesten (*Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m.*, [2012]). Det er viktig at allmennlegetjenesten er godt integrert i den øvrige kommunale helsetjenesten, og at fastlegene bidrar til helhetlige og koordinerte tjenester til innbyggerne og støtter opp under forebygging, utdanning, sysselsetting og velferdstjenestene.

Etter innføring av fastlegeordningen har det skjedd store endringer i de kommunale helse- og omsorgstjenenestene. Fastlegeordningen er en viktig del av helsetjenesten, men de består også av mange andre tjenester. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten har blitt styrket. Helsesykepleiere har en viktig rolle i oppfølging av barn, unge og deres familier. Jordmortjenesten i norske kommuner avlaster legene for en rekke oppgaver knyttet til svangerskap og kvinnehelse. Kommunale helsetjenester for pasienter med psykiske og rusrelaterte lidelser har, som helsestasjonen, blitt vesentlig styrket. Tjenesten er et lavterskeltilbud, men følger også opp og behandler gjennom samtaleterapi, pasienter med kroniske lidelser, og er en betydelig ressurs.

Kommunene har psykososiale kriseteam, der legen er en av mange deltakere som bidrar ved kriser og katastrofer. Kommunene har blitt pålagt i lov å ansette psykolog og ergoterapeut i tillegg til lege, fysioterapeut og jordmor. Det har også de siste årene vært et økende antall sykepleiere i kommunene med spesialkompetanse blant annet innen kreftomsorg. Kommunenes ansvar for rehabilitering og habilitering, som er forankret i egen forskrift, involverer en rekke kommunalt ansatte i tillegg til legen, herunder fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder, vernepleiere og sykepleiere. Den beskrevne utviklingen i de kommunale helsetjenestene utenfor fastlegeordningen, understreker behovet for en bedre integrering av fastlegeordningen med de øvrige kommunale helsetjenestene. Det vil legge forholdene bedre til rette for samarbeid rundt de pasientene som har behov for flere og sammensatte tjenester.

En del av målbildet er også å forbedre arbeidsdeling og samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

3.5. Rekruttere og beholde leger

Allmennlegene, herunder fastlegene, inngår i grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten. Det er derfor av avgjørende betydning å lykkes med å rekruttere og beholde et tilstrekkelig antall godt kvalifiserte leger i kommunehelsetjenesten. Nyutdannede leger skal oppleve allmennlegetjenesten og fastlegeyrket som en trygg, og samtidig faglig attraktiv, karrierevei. Samtidig må vi søke å holde på de allmennlegene og fastelegene vi allerede har.

Viktige fokusområder for å rekruttere og beholde allmenn- og fastleger er gode utdanningsløp med veiledning og supervisjon, lav terskel for etablering av praksis, forsvarlig arbeidsbelastning, tid og anledning til faglig oppdatering, kvalitetsarbeid og samhandling, og ordninger som sikrer ledelse og praktisk og administrativ bistand og tilrettelegging, der dette er ønskelig.

4. ORGANISERING AV FASTLEGETJENESTEN

4.1. Ekspertutvalgets anbefalinger

I dag har kommunene ansvaret for å sørge for alle allmennlegetjenestene, mens finansieringsansvaret for fastlegetjenestene i hovedsak ligger hos staten. Ekspertutvalget er av den oppfatning at en samling av sørge-for-ansvaret og finansieringsansvaret hos kommunene har både fordeler og ulemper, og anbefaler at en eventuell overføring av finansieringsansvaret for fastlegeordningen til kommunene utredes nærmere.

Dagens krav til individuelle avtaler med hver enkelt lege bidrar til å begrense mulighetene til å tenke nytt om organiseringen av fastlegetjenesten. Ekspertutvalget mener det bør være flere valgmuligheter enn det er i dag til å organisere fastlegetjenesten mer hensiktsmessig. Ekspertutvalget anbefaler derfor at rammene for hvordan fastlegetjenesten organiseres bør åpne for større grad av handlingsfrihet og tilpasning av tjenesten.

Ekspertutvalget anbefaler at det åpnes opp for at kommunen kan inngå avtale med fastlegeselskap, som supplement til videreføring av dagens ordning med individuelle fastlegeavtaler. Et fastlegeselskap kan tilrettelegge for større fagmiljø og oppgavedeling, og til bedre å kunne utvikle og innrette tjenestene etter innbyggernes behov. Det bør stilles krav til eierskap av fastlegeselskap, som bidrar til kommunal styring og sikrer god integrering med andre deler av de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten. Ekspertutvalget mener at hver enkelt fastlege i selskapet fortsatt må ha oppfølgings- og behandlingsansvaret for en definert liste med innbyggere. På den måten vil fastlegeordningen, slik den framstår for innbyggerne i dag, videreføres innenfor rammen av den nye organisasjonsmodellen.

Ekspertutvalget anbefaler videre at det bør tilrettelegges for at kommuner kan drifte kommunale fastlegekontor etter samme modell som for fastlegeselskap, og hvor listeansvaret formelt ligger til kommunen. En slik modell kan tilrettelegge for tettere integrasjon opp mot de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene, og gi kommunen bedre styring med fastlegetjenesten.

Samtidig anbefaler ekspertutvalget at avtaleverket knyttet til dagens ordning for gruppepraksis gjennomgås, for å tydeliggjøre hvilke elementer i dagens avtale mellom fastlege og kommune som i stedet kan inngå i en gruppepraksisavtale.

Primærformålet med regler om overdragelse av fastlegepraksis må være å sikre at innbyggerne har tilgang til fastlege. Kommunen kan ikke i dag sette en annen fastlege til å betjene listeinnbyggerne før fratredende lege har fått solgt sin praksis. For listeinnbyggerne kan konsekvensen være diskontinuitet i pasient-lege-relasjonen og mangel på fastlege. Overdragelsesordningen antas også å være en medvirkende årsak til liten rekruttering til fastlegeyrket. Ekspertutvalget anbefaler en ordning der fratredende fastleges rett til å selge sin praksis reguleres, for å fjerne alle uklarheter rundt når kommunen kan gi innbyggerne i hjemmelen en annen fastlege.

Det er viktig at kunnskapen om helprivate allmennlegetjenester blir langt bedre, for å kunne ha oversikt over aktivitet, og for å sikre likeverdige helsetjenester i Norge framover. Ekspertutvalget anbefaler at det innføres krav til helprivate allmennlegetjenester om rapportering om virksomheten og aktiviteten til nasjonale registre.

Gitt de utfordringene helsetjenestene står overfor, vil det, i tiden som kommer, bli viktigere at fastlegen prioriterer blant innbyggerne. Uten mulighet for fastlegen til å sortere og prioritere blant e-konsultasjoner, vil disse kunne gå på bekostning av fastlegens mulighet til å yte helsetjenester til de som trenger det mest. Ekspertutvalget anbefaler å begrense denne type konsultasjoner ved at kveldstakst for e-konsultasjon i fastlegepraksis fjernes, og mener det bør innføres forhåndsbetaling av egenandel før innsending av tekstlige

konsultasjoner. Ekspertutvalget mener at fastlegens mulighet til å utøve sitt medisinskfaglige skjønn bør styrkes ytterligere, for å sikre likeverdige tjenester, og at fastlegeforskriftens formulering om at listeinnbyggeren normalt skal få tilbud om konsultasjon innen fem arbeidsdager derfor kan fjernes. Fastlegene har også en viktig rolle som henviser til spesialisthelsetjenesten. For å tilrettelegge bedre for drøfting og utdyping av henvisninger mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten, mener ekspertutvalget det bør vurderes å endre pasient- og brukerrettighetsloven.

4.2. Dagens organisering av fastlegeordningen

4.2.1. Kommunens ansvar og rettslig regulering

Som en del av ansvaret for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, har kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 ansvar for å tilby en rekke ulike typer tjenester, herunder ulike typer allmennlegetjenester. Allmennlegetjenesten i kommunen består av ulike deltjenester som utføres av leger, herunder fastlegeordningen og legevakt, samt legeoppgaver i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, sykehjem, intermediære senger og KAD (kommunale akutte døgnplasser), samt fengsler og asylmottak. De tjenestene som kommunen har ansvaret for, kan utføres av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.

I tillegg til de overordnede ansvarsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, er allmennlegeoppgavene regulert i ulike lover og forskrifter, samt tydeliggjort i normerende produkter fra Helsedirektoratet. Eksempelvis er kommunens ansvar for helsetjenester i fengsler nærmere regulert i en egen lovbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9. Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 2-1 og § 3-2 bokstav b beskriver at det skal være organisert legetjeneste i institusjonen, og at legen skal ha ansvaret for den medisinske behandlingen (*Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* 1988). For helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er det tydeliggjort i Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for tjenesten at legekompetanse er nødvendig for at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal kunne gjennomføre de forskriftspålagte oppgavene sine på en forsvarlig måte (Helsedirektoratet, 2006). Det er presisert i retningslinjen at det blant annet skal gjennomføres helseundersøkelser av barn av lege, både i helsestasjonsprogrammet for barn 0–5 år og i skolehelsetjenesten. Videre skal det være lege tilgjengelig i kommunens tilbud om helsestasjon for ungdom.

Kommunene inngår fastlegeavtaler med leger om å tilby fastlegetjenester, jf. fastlegeforskriften § 30 (*Forskrift om fastlegeordning i kommunene*, 2012). I fastlegeavtalene kan kommunene avtale med fastlege i fulltidspraksis at vedkommende også skal ivareta andre allmennlegeoppgaver i inntil 7,5 timer per uke, og fastlegen har plikt til å delta i legevakt i kommunen, jf. fastlegeforskriften §§ 12 og 13. Det er ulikt hvordan kommunene bruker fastlegene til andre allmennlegeoppgaver. Mange steder, særlig i større kommuner, er det ansatt egne leger i kommunale stillinger utenom fastlegeordningen til å ivareta slike oppgaver, eksempelvis egne sykehjemsleger, KAD-leger, helsestasjonsleger eller legevaktsleger. I de mindre kommunene er det vanligere å benytte kombinasjonsstillinger for fastlegene. Kommunen har uansett det overordnede ansvaret for å sørge for et nødvendig og forsvarlig tilbud, enten kommunen yter tjenesten selv eller tjenestene ytes av andre.

Fastlegeordningen er regulert på fire nivåer; i lov, forskrift og gjennom ulike avtaler på sentralt og lokalt nivå:

1. Kommunens plikt til å organisere fastlegeordning og sentrale pasient- og brukerrettigheter i ordningen er beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven.
2. Utfyllende bestemmelser til lovbestemmelsene er gitt i forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften) og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen (*Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen*, 2012). Forskriftene omtaler kommunens og fastlegens ansvar, funksjons- og kvalitetskrav, krav til fastlegeavtalen og krav til listestørrelse mv., samt sentrale rettighetsbestemmelser som rett til å stå på liste hos fastlege, rett til å bytte fastlege og rett til ny vurdering.
3. En nærmere utforming av kommunenes og legenes rettigheter og plikter, samarbeid mellom partene og økonomiske forhold er regulert i sentralt avtaleverk mellom staten, Den norske legeforening og KS/Oslo kommune.

    a. Statsavtalen (ASA 4301) er inngått mellom staten og KS på den ene side og Den norske Legeforening på den andre side, og regulerer økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis (avtalespesialister).

    b. Rammeavtalen (ASA 4310) er inngått mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen. Avtalen regulerer kommunen og næringsdrivende fastlegers oppgaver. Det er inngått en egen avtale mellom Oslo kommune og Den norske legeforening.

    c. Sentral forbundsvis særavtale (SFS 2305, "Særavtalen") er inngått mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og turnusleger/LIS1 i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen. Avtalen har bestemmelse om ukentlig arbeidstid for alle ansatte leger, regulerer praksiskompensasjon ved fravær fra fastlegepraksisen for utøvelse av offentlig legearbeid, deltakelse i legevakt på dagtid og utenom ordinær åpningstid, samt enkelte bestemmelser for LIS1, utdanningspermisjoner og samfunnsmedisin. For Oslo kommune reguleres dette i rammeavtalen som er inngått mellom Oslo kommune og Den norske legeforening.

4. Den enkelte fastlege inngår i tillegg en individuell fastlegeavtale med kommunen, som gir fastlegen rett til å drive som fastlege, herunder ha refusjonsrett, jf. fastlegeforskriften § 30 og folketrygdloven § 5-4 andre ledd (*Lov om folketrygd (folketrygdloven)*, 1997). I fastlegeavtalen kan det settes rammer for fastlegens ansvar og oppgaver, og avtalen skal som et minimum inneholde bestemmelser om åpningstider, listetak og lokalisering. Den individuelle fastlegeavtalen, og arbeidsavtaler med kommunalt ansatte fastleger, er kommunenes viktigste styringsverktøy i oppfyllelsen av sine lovpålagte plikter.

For at pasientene skal få stønad fra folketrygden for undersøkelse og behandling hos fastlegen, og for at fastlegen skal få refusjon, må fastlegen i tillegg inngå en avtale om direkte oppgjør med Helfo, jf. folketrygdloven § 22-2. Direkteoppgjørsavtalen er en personlig og gjensidig forpliktende avtale om det økonomiske oppgjøret mellom legen og Helfo.

4.2.2. Ulike driftsformer

Det er i dag vanligst at kommunen inngår avtale med næringsdrivende leger om å tilby fastlegetjenester til innbyggerne, og næringsdrift omtales ofte som hovedmodellen for organisering av fastlegetjenester. Per mars 2023 var 81,6 prosent av landets fastleger næringsdrivende (Helsedirektoratet). Ved næringsdrift reguleres forholdet mellom kommunen og fastlegen av fastlegeavtalen. Fastlegen er da en kontraktspart som utfører oppgaver som inngår i kommunens sørge-for-ansvar, på vegne av kommunen. Kommunen kan imidlertid ikke delegere bort sitt sørge-for-ansvar, slik at kommunen uansett vil være overordnet ansvarlig for fastlegetjenestene i kommunen, selv om kommunen har satt ut utførelsen av oppgaven til næringsdrivende leger.

Næringsdrivende fastleger er bedriftseiere, som drifter sin egen virksomhet. Det innebærer at fastlegen selv er ansvarlig for å sørge for nødvendige lokaler og utstyr for virksomheten, og følge alle relevante regler knyttet til drift av virksomheter, for eksempel skatte- og avgiftsregler. Hvis fastlegen trenger en helsesekretær eller annen medarbeider, vil legen selv måtte ansette vedkommende, og vil følgelig være arbeidsgiver, med de pliktene og oppgavene det innebærer.

Mange næringsdrivende fastleger har organisert seg i gruppepraksiser. Ved organisering i gruppepraksis går flere leger sammen i et driftsselskap, som leier lokaler, holder utstyr og ansetter personell som står for andre elementer av driften. Den enkelte lege vil fortsatt ha selvstendig ansvar for sin liste, men innad i gruppepraksisen kan man ha avtale om kollegial fraværsdekning. Ved drift i gruppepraksis er det vanlig at den enkelte lege har et enkeltpersonsforetak eller AS, mens legekontoret er organisert som et aksjeselskap (AS), et ansvarlig selskap (ANS), eller et selskap med delt ansvar (DA). Legene i gruppepraksisen eier vanligvis like deler i legekontor-selskapet, og avgjørelser baseres på konsensus legene imellom, eller ut fra selskapets internavtale.

Som et alternativ til næringsdrift, kan kommunene velge å tilby leger ansettelse, for å dekke behovet for fastleger. Dette er særlig aktuelt i kommuner der befolkningsgrunnlaget eller andre forhold gjør at det ikke er grunnlag for ren næringsdrift, men omfanget av ansatte fastleger øker nå også i sentrale strøk. Tall fra Helsedirektoratet viser at 18,4 prosent av fastlegelistene var knyttet til en ansatt fastlege i mars 2023 (Helsedirektoratet, 2023d). Kommunalt ansatte fastleger mottar normalt en fast lønn, og mange har i tillegg en insentivkomponent i lønnen. Insentivkomponenten er ofte basert på aktivitet, eksempelvis slik at det tilsvarer en andel av de refusjonene fra folketrygden som legen er ansvarlig for.

For å rekruttere og beholde fastleger kan kommunene også tilby tilleggsfinansiering til næringsdrivende leger, gjennom såkalte 8.2-avtaler, eller andre avtaler som på ulike måter tilleggsfinansierer den næringsdrivende legens virksomhet. I slike avtaler er det vanlig at kommunen stiller med kontorlokaler, utstyr, hjelpepersonell og lignende, mot at legene betaler et avtalt beløp for dette.

I rammeavtalen fastslås blant annet at 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.

I Helsedirektoratets årsrapport for 2021 til Handlingsplan for allmennlegetjenesten påpekes det at det, per i dag, ikke foreligger en samlet oversikt over hvilke kommuner som bidrar med tilleggsfinansiering, eller det økonomiske omfanget av tilleggsfinansieringen (Helsedirektoratet, 2022c). Oslo Economics estimerte imidlertid i 2022 at 12 prosent av fastlegene hadde driftsform næringsdrift med 8.2-avtale (Oslo Economics, 2022). I en undersøkelse fra 2022 oppgir videre et flertall av kommunene at de har merkostnader til fastlegeordningen, der kostnader til lokaler, utstyr og personell er en av årsakene (og et al., 2022).

I tillegg er det etablert en særordning for organisering av fastlegetjenester ved Studentsamskipnaden i Oslo (SiO Helse). Det redegjøres nærmere for denne modellen i kapittel 4.7.3.

4.2.3. Utfordringer i forholdet mellom næringsdrift og fast ansettelse

Antall og andelen fastlegeavtaler hvor legen har ansettelse har økt de siste årene. Tall fra FHI viser at endringen, målt i prosentpoeng, er størst i Nordland, Innlandet og Troms og Finnmark. Tallene viser videre at bruken av fastlønnsavtaler i 2022 var mest utbredt i Nordland, hvor 56,2 prosent av alle fastlegeavtaler var fastlønnede. Videre har bruken av fastlønnsavtaler vært mest utbredt i de minst sentrale og minst folkerike kommunene, hvor andelen i 2022 var henholdsvis 70,4 prosent og 71,6 prosent. Fastlønnsavtaler er derimot relativt lite brukt i mer sentrale strøk, hvor andelen fastlønnsavtaler lå på 5,3 prosent i Oslo, 3,1 prosent i Bergen og 3,6 prosent i Trondheim i 2022 (Skyrud et al., 2023).

Det er usikkert hva som er grunnen til at antall og andelen fastleger med fastlønnsavtale har økt. En undersøkelse fra Oslo Economics viser at yngre fastleger i mindre grad ønsker å være selvstendig næringsdrivende, og heller ønsker seg ansettelsesforhold, enn sine eldre kollegaer (Oslo Economics, 2023). En undersøkelse gjort av Legeforskningsinstituttet viser også at viktige faktorer for at leger velger seg bort fra allmennmedisin blant annet er at det er vanskelig å være selvstendig næringsdrivende, at det koster mye å etablere egen praksis, og at det er mangel på sosiale rettigheter og trygd (Birkeli et al., 2020).

Det har også vært en økning i fastlegelister uten fast lege de siste årene (Helsedirektoratet, 2022c). Ubesatte lister skyldes som oftest at en lege som avslutter praksis eller slutter i gjeldende stilling, ikke er erstattet av ny lege ved avslutning. Ubesatte lister kan også oppstå når kommunen oppretter en ny liste, som de enda ikke har rekruttert en fastlege til. En medvirkende årsak kan også være at gjennomsnittlig listelengde har blitt redusert over år, og derved ført til et behov for flere fastleger. Det varierer hvor lang tid det tar før man får på plass en ny lege på ubesatte lister, men andelen listeinnbyggere på lister som har vært ubesatt i mer enn et år, har økt fra 0,3 prosent i første tertial 2019 til 1 prosent i andre tertial 2022.

Kommuner som ekspertutvalget har vært i kontakt med, har gitt uttrykk for at det nå oppleves lettere å rekruttere leger til fastlegeavtaler i faste stillinger enn til næringsdrift, men utvalget har ikke undersøkt om denne oppfatningen er representativ for landets kommuner, og vi er ikke kjent med statistikk som understøtter uttalelsene. Følgeforskningen av ALIS-Vest og ALIS-Nord prosjektene viser også at kommunene opplever god søkning til ALIS-stillinger (Abelsen et al., 2023). Sett i sammenheng med funnene i undersøkelsene fra Oslo Economics og Legeforskningsinstituttet, kan dette muligens peke mot at fastleger i større grad enn tidligere ønsker seg ansettelsesforhold.

Samtidig er det viktig å påpeke at undersøkelsen fra Oslo Economics også viser at næringsdrivende fastleger i stor grad er fornøyde med driftsformen, og i relativt liten grad ønsker seg over til ansettelse. Selv om selvstendig næringsdrift gir fastlegene mye ansvar, gir denne driftsformen også en frihet til å organisere arbeidshverdagen slik man selv ønsker, herunder mulighet til å organisere egne lokaler og profil på praksisen og de ansatte. Det kan være at barrierene for å starte opp praksis, og overgangen fra LIS1-stilling eller annen fast stilling til å bli selvstendig næringsdrivende fastlege, oppleves som høye, mens når praksisen først er etablert, og man er vant til denne måten å arbeide på, er man stort sett fornøyd med driftsformen.

Utover at mange leger selv har ønsket å være selvstendig næringsdrivende, er en viktig faktor for hvorfor næringsdrift foretrekkes, at denne modellen er vurdert som mer kostnadseffektiv enn ansettelse av leger. Helsedirektoratet gjennomførte i 2022 en beregning av hva det ville koste dersom alle de næringsdrivende fastlegene skulle gått over til ansettelse i kommunene. De konkluderte med at det ville medføre kostnader på mellom 4,4 og 11,1 milliarder kroner det første året, og at de fleste kostnadene også ville påløpe hvert år

(Helsedirektoratet, 2022a). Samtidig framgår det av rapporten at beregningene er beheftet med en betydelig grad av usikkerhet. En viktig grunn til at kostnadene ble vurdert å være såpass høye, var knyttet til arbeidstid og måten legene arbeider på de timene de er på jobb. Rapporten viser til at næringsdrivende fastleger i snitt jobber flere arbeidstimer med pasientrettet arbeid per kurative arbeidsdag, og at de i gjennomsnitt har flere prosedyrer per konsultasjon. Dette antas å henge sammen med insentiver som ligger i næringsmodellen, og at de ansatte legene har større innslag av andre arbeidsoppgaver i kommunen, herunder legevakt, allmennlegeoppgaver og kommunelegearbeid.

Arbeidsmiljøloven gjelder ikke for selvstendige næringsdrivende, så lovens bestemmelser om arbeidstid er ikke til hinder for at selvstendig næringsdrivende fastleger jobber mer enn hovedregelen på 40 timer i løpet av sju dager (*Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*, 2005). For kommunalt ansatte fastleger setter i utgangspunktet arbeidsmiljøloven begrensninger for hvor mye det er lov for legene å arbeide, med mindre fastlegene kan anses å ha en ledende eller særlig uavhengig stilling. Helsedirektoratets utredning fra 2022 har estimert et behov for mellom 1,3 og 1,6 ansatte leger per næringsdrivende fastlege, fordi ansatte leger vil ha kortere arbeidstid og annen arbeidsform (Helsedirektoratet, 2022a).

Samtidig er det tydelig at arbeidsbelastningen for fastlegene er for stor, og at det er nødvendig å øke kapasiteten i fastlegeordningen for å redusere belastningen på den enkelte fastlege og gjøre yrket mer attraktivt. Dersom de næringsdrivende fastlegene skulle redusert arbeidstiden sin i samsvar med arbeidsmiljølovens grenser, vil det også være behov for vesentlig flere fastleger.

Det er nødvendig å stille spørsmål om hvordan organiseringen og finansiering av fastlegeordningen kan tilpasses leger som ønsker noe mer av tryggheten og fordelene som et ansettelsesforhold gir, herunder lavere arbeidsbelastning, samtidig som modellen fortsatt bidrar til en kostnadseffektiv og bærekraftig utvikling av fastlegetjenesten.

Når næringsdrivende fastleger er tett innvevde i kommunens virksomhet, eller når fastleger som er ansatt i kommunen også har tunge innslag av næringsdrift i sine fastlegeoppgaver, vil det kunne oppstå spørsmål knyttet til om det egentlig foreligger et fast ansettelsesforhold eller om deler av aktiviteten ikke egentlig inngår i ansettelsesforholdet. Uklarheter rundt slike forhold kan bli en stor belastning, særlig dersom en part feilaktig har tilpasset seg det man trodde var situasjonen. Det er derfor viktig at grenseoppgangene mellom det å være næringsdrivende og det å være arbeidstaker, med tilhørende plikter og rettigheter, er klare.

4.2.4. Varighet av fastlegeavtaler og eldre fastlegers mulighet til å stå i arbeid

Kommunen og legen kan gjensidig si opp fastlegeavtalen med en frist på seks måneder, jf. fastlegeforskriften § 32. Kommunen kan kun si opp avtalen dersom oppsigelsen er saklig begrunnet, som skal forstås på samme måte som vernet mot usaklig oppsigelse etter arbeidsmiljøloven.

Dersom avtalen ikke sies opp, opphører den i utgangspunktet når legen fyller 70 år. Kommunen og legen kan imidlertid inngå en tidsbegrenset avtale om videre drift av fastlegevirksomheten, men da ikke lenger enn til legen fyller 75 år. Autorisasjon som helsepersonell, faller imidlertid ikke bort før vedkommende fyller 80 år, og det kan gis lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell også over 80 år, jf. helsepersonelloven § 54 (*Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*, 2001).

Aldersgrensen for bortfall av autorisasjon ble økt fra 75 til 80 år i 2015. Begrunnelsen for økningen var blant annet knyttet til en økende andel eldre i befolkningen og at de fleste lever lenger med god funksjonsevne enn før (Kunnskapsdepartementet, 2022). Aldersgrensen for opphør av fastlegeavtalen ble imidlertid ikke hevet i forbindelse med endringene i helsepersonelloven.

Både den enkeltes livskvalitet og hensynet til et bærekraftig samfunn tilsier en utvikling der det legges til rette for, og stimuleres til, økt deltakelse i arbeids- og samfunnslivet for eldre mennesker. Rekrutteringsutfordringene i dagens fastlegeordning kan tilsi at det bør stimuleres til at eldre fastleger får mulighet til å stå i yrket lenger enn til fylte 75 år, forutsatt at de er friske, velfungerende og i stand til å utføre oppgavene i en fastlegevirksomhet på en forsvarlig måte. Utfordringene som helse- og omsorgstjenesten vil stå overfor i tiden framover understreker behovet for å benytte de ressursene vi har på en god og effektiv måte, og ikke ilegge begrensninger på yrkesutøvelse uten at det er faglig gode grunner for det. Eldre leger, med sin erfaring og kunnskap, utgjør en stor ressurs som det dermed kan være nødvendig og riktig å nyttiggjøre seg av.

Fastlegevirksomhet er krevende arbeid, der bred og oppdatert kunnskap, godt faglig skjønn og høy funksjonsgrad er nødvendig for å kunne yte gode og forsvarlige tjenester til listeinnbyggerne. Dersom fastleger skal få stå i yrket lenger, vil det være viktig å tilpasse arbeidssituasjonen slik at forsvarligheten ivaretas. Ekspertutvalget mener derfor at leger ikke bør kunne ha egen fastlegehjemmel etter fylte 75 år. Det kan imidlertid tilrettelegges for at legen kan arbeide redusert, eller som vikar på en annen leges liste. Det vil fortsatt være nødvendig å gjøre individuelle vurderinger av om den enkelte lege er egnet til å stå i arbeid lenger. Det vil måtte påligge både legen selv, legens eventuelle leder og kommunen et særlig ansvar for å sørge for at den helsehjelpen som ytes i fastlegevirksomheten er faglig forsvarlig, og at personellet som yter helsehjelpen, er skikket til å gjøre dette.

4.3. Organisering av det som tilsvarer fastlegetjenesten i andre land

4.3.1. Sentrale trekk ved organisering av allmennlegetjenesten

Ved sammenligning av allmennlegetjenesten i Norge og andre land, finnes både likheter og forskjeller. Et likhetstrekk mellom de landene som ekspertutvalget har sett nærmere på og Norge, er at allmennlegetjenesten i stor grad utgjør innbyggernes første kontaktpunkt ved behov for helsehjelp, og at den har en portvaktfunksjon for tilgang til de fleste spesialisthelsetjenester. Videre at innbyggerne får tilgang til tjenester gjennom å velge en bestemt praksis eller et helsesenter de ønsker å tilhøre. Helsetjenesten i de utvalgte landene vi har sammenliknet oss med er også i stor grad finansiert gjennom skattesystemet, med unntak av Nederland, som har blandet finansiering, med både skatt og innbyggerbetaling.

Danmark er det landet som ligner mest på Norge når det gjelder organisering og finansiering. Det vises til Helsedirektoratets notat Organisering og regulering av allmennpraksis i Danmark (Kalseth, 2023), som er utarbeidet på oppdrag fra ekspertutvalget.

I tabellen nedenfor oppsummeres noen sentrale trekk ved organisering av allmennlegetjenesten i Norge og utvalgte andre land.

Tabell 4-1: Sentrale trekk ved organisering av allmennlegetjenesten i Norge og utvalgte andre land

Likhetstrekk med Norges allmennlegetjeneste	Beskrivelse
Statens styringsrolle	• Statens styringsrolle er sterk i de fleste landene. • Mindre i Sverige, der regionene også styrer finansieringen.
Sørge-for-ansvar	• Hvilket styringsnivå allmennlegetjenesten er underlagt, er forskjellig i landene. • Norge skiller seg fra de andre landene, ved at allmennlegetjenesten ikke ligger på samme forvaltningsnivå som sykehusene.
Portvakt-funksjonen	• Portvaktfunksjonen mot spesialisthelsetjenesten er noe varierende. • Generelt er den sterk i disse landene, i forhold til mange andre europeiske land. • Sverige har ikke formell portvaktfunksjon, og reglene varierer mellom regioner.
Driftsformer og praksismodell	• Driftsform og praksismodell varierer. • Helsentermodellen gjelder i Sverige og Finland, mens næringsdrift er vanligst i de andre landene. • I Sverige drives nesten halvparten av private selskaper. • Landene med privat næringsdrift varierer ifht. omfang av partnerskapspraksiser med gruppeavtaler. Det er kun i Norge hvor dette ikke kan sies å være hovedmodell. • Danmark har flest solopraksiser. • Andel ansatte (ikke partnere/eiere) varierer, men er økende. Andelen er størst i England, Nederland og Skottland. • Økende bruk av deltid.
Praksisstørrelse og pasientlister	• Tilgjengelige tall indikerer størst praksiser målt i gjennomsnittlig antall listepasienter i England og færrest i Danmark og Nederland (av land med næringsdrift som hovedmodell). • Leger per innbygger synes å være høyere i Norge og Skottland, enn de andre landene med næringsdrift. Innslag av rurale områder kan påvirke variasjon i dekningsgrad.
Pasienttilknytning	• Innbyggerne i de andre landene velger ikke fastlege, men praksis/legekontor. • Graden av tilknytning og oppfølging av en fast lege kan variere når det ikke er formelt definert. • Trend med større praksiser (færre solopraksiser og også færre små praksiser 2–3 lege enn før)
Legens oppgaver og medisinsk praksis	• Indikasjon på variasjon i medisinsk praksis ift. prosedyrer. • Leger i nordiske land og Nederland utfører alle et bredt sett med prosedyrer, sammenlignet med andre europeiske land (ikke ref. på England/Skottland).
Tverrfaglighet og team	• Bruk av annet personell, teamorganisering og nettverk er økende i andre land.

4.3.2. En sterk statlig styringsrolle

Staten har i alle landene en viktig rolle både ved å fastsette overordnede nasjonale helsepolitiske mål og regulere rammene for styring og finansiering av helsetjenestene, og lovregulere forvaltningens, tjenesteutøvernes og innbyggernes rettigheter og plikter. Statlige organer har som regel også en kontrollerende funksjon når det gjelder gjennomføring av nasjonale strategier, etterlevelse av lover og retningslinjer, og måloppnåelse. Det er en svakere nasjonal styring av primærhelsetjenesten i Sverige og Finland enn i de andre landene som sammenlignes her.

Landene har også i stor grad nasjonale rammer for organisering og finansiering av allmennlegetjenesten (Sverige og Finland avviker mest fra dette). Reguleringen skjer gjennom nasjonal lovgivning og nasjonale overenskomster/avtaler. Styringsnivået som har sørge-for-ansvar for tjenesten (for eksempel kommuner, regioner), legeforeningene og statlige myndigheter, framforhandler nasjonale avtaler som omhandler for

eksempel økonomiske spørsmål og/eller allmennlegenes forpliktelser og rettigheter. Gjennom flerpartssamarbeid kan man også enes om virkemidler/tiltak for å oppnå overordnede og langsiktige nasjonale mål for tjenestene.

I Storbritannia har de respektive regjeringene i England, Skottland, Wales og Nord-Irland siden slutten av 1990-tallet vært ansvarlige for å organisere og levere helsetjenester. Regjeringen i London (United Kingdom Government) gir en rammeoverføring til Skottland, Wales og Nord Irland til offentlige utgifter som landene selv styrer over. Helseministrene i hvert land er ansvarlige for planlegging og styring, i tråd med rådende helsepolitikk i hvert av landene. I England er dette et delt ansvar mellom helseministeren og NHS England, som er et «arms length», «non departmental» utøvende organ. I Skottland heter dette NHS Scotland. Både i England og Skottland er det tradisjon for sterk nasjonal styring av helsetjenesten.

I Nederland er statens rolle sterk som regulator og kontrollør av primærhelsetjeneste, gjennom det statlige organet Nederlandse Zorgautoriteit (NZ). Den nederlandske helsetjenesten er et styrt marked, hvor staten setter regler og kontrollerer, og helseforsikringsselskapene konkurrerer om innbyggerne. Helseforsikringsselskaper forhandler med tjenesteleverandører (som fastlegene) om pris, volum og kvalitet på tjenestene (Kroneman et al., 2016).

Ansvar for primærhelsetjenesten i Danmark er delt mellom fem regioner og kommunene. Statens rolle i styring av allmennlegetjenesten er relativt sterk. Staten er ansvarlig for politikk, finansiering, planlegging og regulering. Finansieringen er basert på årlige økonomiske avtaler mellom regjering, regioner og kommuner, der partene er enige om et sett med mål for nivået på helseutgifter for det kommende året. Det settes blant annet nasjonale mål for kvalitet, sammenheng i tjenestene og geografisk likhet.

I Sverige er statens rolle svakere enn i de andre landene, fordi helsetjenestene både politisk og administrativt er desentralisert til regionene. Regionene i Sverige har beskatningsrett og stor grad av frihet til å organisere og også finansiere helsetjenestene slik de vil, men er forpliktet av nasjonal lovgivning og avtaler. Store nasjonale tiltak og reformer gjennomføres gjennom avtaler mellom regionene og staten.

I Finland har staten i flere tiår (spesielt etter lovgivning fra 1993) hatt en relativt svak rolle i organisering og styring av helsetjenesten (Keskimäki, 2022), selv om staten har spilt en viktig rolle i finansiering gjennom overføringer til kommunene. Samtidig setter loven om primærhelsetjenester fra 1972 rammer for organisering av tjenester til befolkningen gjennom bruk av en helsesentermodell. Den nye Sosial- og helsetjenestereformen, med virkning fra 2023, innebærer en strukturell endring med sentralisering av ansvar fra kommunene til 21 velferdsområder med demokratisk valgt styre. Fra samme tidspunkt øker også den statlige innflytelsen. Velferdsområdene vil ikke, i første fase av reformen, ha beskatningsrett (Social- och hälsovårdministeriet, [s.a.]).

4.3.3. Forvaltningsnivå og sørge-for-ansvar; Norge skiller seg ut

Hvilket styringsnivå allmennlegetjenesten er underlagt, er forskjellig i landene. Allmennlegene i både Sverige og Danmark er organisatorisk tilknyttet regionene, mens det i Norge er kommunene som har ansvaret for allmennlegetjenesten. I Finland er det de 21 nye helse- og velferdsområdene (Health and Well-being counties) som skal planlegge og sørge for de fleste helsetjenester (*Lag om ordnande av social- och hälsovård*, 2021). Det er demokratisk representasjon gjennom valg på regionalt nivå i Sverige, Finland og Danmark og i kommunene i Norge.

42 Integrated Care Systems (ICS) i England og 14 Health Boards i Scotland er ansvarlige for å planlegge og sørge for helsetjenester innen sine områder. Dette er desentraliserte organer underlagt National Health Service i

begge landene. Norge skiller seg fra de andre landene ved at allmennlegetjenesten ikke ligger på samme forvaltningsnivå som sykehusene.

Nederland skiller seg fra de nordiske landene, Skottland og England både når det gjelder finansieringskilder (forsikring og skatt) og plassering av sørge-for-ansvaret, som i Nederland er lagt til forsikringsselskaper.

Tabell 4-2: Organ med ansvar for allmennlegetjenesten og antall praksiser*

	Sørge-for-ansvar – Allmennlegetjenesten	**Eksempel Strukturerer for samarbeid/ integrasjon med annet personell/ tjenester**	**Antall praksiser**
Norge	356 Kommuner	Kommunale variasjoner	1 360 praksiser
Danmark	5 Regioner	Nærsygehuse og Sundhedshuse	1 678 praksiser
Skottland	14 Health Boards	31 Health and social care partnerships	908 praksiser
England	42 Integrated Care systems[10] (Boards)	1250 Primary care networks [11]	Ca. 6400 praksiser
Nederland	Forsikringsselskaper	Nettverkssamarbeid	4 874 praksiser
Sverige	21 Regioner	Helsesentermodell	1178 Vårdcentraler
Finland	21 Velferdsområder	Helsesentermodell	130 helsesenterorgani-sasjoner (510 lokale helsestasjoner/sentre)

*Merknad: * Tall fra de fleste land er fra 2022, Vårdcentraler i Sverige fra 2021 ** En Lægekapacitet tilsvarer en helstilling. Inkluderer ikke leger i 19 udbudsklinikker og 13 regionsklinikker.*

4.3.4. Varierende portvaktfunksjon

I Norge, og i de andre utvalgte landene med unntak av Sverige, har legene i allmennpraksis en formalisert og viktig portvaktfunksjon ved at innbyggerne må ha henvisning til planlagt oppfølging av spesialisthelsetjenesten, og også for tilgang til en del andre lokalbaserte tjenester. Det er likevel noen forskjeller. Eksempelvis kreves det i Danmark ikke henvisning for å komme til øye- og øre-nese hals-spesialist. I Nederland pågår en pilot som prøver ut direkte henvisning til ortopedisk kirurgi fra fysioterapeut.

Sverige er det eneste landet hvor det ikke er formelle krav til henvisning til spesialisthelsetjenesten, men de fleste spesialister trenger i praksis en henvisning fra en behandler for å kunne foreta en riktig medisinsk prioritering av pasienten. Regionene kan likevel ikke innføre krav om henvisning innenfor spesialitetene pediatri, gynekologi og psykiatri til privatpraktiserende leger, som yter tjenester etter lov (1993: 1651) om "läkarvårdsersättning" (Knutsson, 2023). Det er ut over dette opp til regionene å stille krav til henvisning fra primærhelsetjenesten, og dette varierer. Seks av de 21 regionene i Sverige hadde i 2022 ingen henvisningskrav

[10] *Integrated Care systems dekker befolkning på rundt 500 000 til 3 millioner mennesker der helse- og omsorgspartnere kommer sammen for å legge en overordnet strategi, administrere ressurser og tjenester, planlegge spesialisttjenester og drive strategiske forbedringer på områder som personellplanlegging, digital infrastruktur og eiendom.*

[11] *Befolkning på rundt 30 000 til 50 000 mennesker hvor grupper av legepraksiser jobber med NHS-lokalbaserte tjenester, sosiale tjenester og andre tjenesteleverandører for å gi mer koordinerte og proaktive tjenester, blant annet gjennom dannelse av primærhelsetjenestenettverk (Primary Care Networks PCN) og andre lokale team med flere typer aktører.*

for å oppsøke spesialistleger, 12 regioner hadde henvisningskrav for å gjennomgå en nevropsykiatrisk undersøkelse og 15 regioner hadde henvisningskrav for å oppsøke leger i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Alle regioner krever henvisning til medisinske undersøkelser, for eksempel røntgenundersøkelser og prøvetaking. Mange regioner har senket egenandelen til et nivå der prisen for besøk i primærhelsetjenesten og til spesialistbehandling til sammen tilsvarer egenbetalingen dersom pasienten hadde søkt hjelp direkte i spesialisthelsetjenesten. Pasienter henvender seg direkte til spesialisthelsetjenesten innen eksempelvis øyesykdommer. Det er også mulig å få henvisninger via de private digitale tjenestene, for eksempel KRY.

4.3.5. Ulike driftsformer og praksismodeller

Organisering og driftsform på legepraksisene varierer mellom landene. Hovedskillene går på :

- Hvorvidt tjenesten er organisert etter en helsesentermodell, hvor flere tjenester er integrerte/samlokalisert, eller er organisert som frittstående legekontor/legesenter
- Hvorvidt legekontorene i hovedsak er drevet av næringsdrivende leger, som eier sin egen virksomhet, eller ikke
- Hvorvidt næringsdrivende leger er solopraktiserende, eller er medeiere i en gruppepraksis (partnere)

Den vanlige modellen i Norge er gruppepraksis, hvor hver enkelt lege eier sin egen praksis med egen inntekt og avtale med kommunen, men deler utgifter til lokaler, utstyr og personell med andre leger. I Danmark kalles dette solopraksis med samarbeide. En alternativ modell er at det inngås formelt partnerskap mellom leger (gruppeavtaler), som deler både utgifter, inntekter og pasienter, og har en felles kontrakt med en offentlig bestiller. Dette er mer vanlig i flere av de andre landene.

Tabell 4-3: Vanligste driftsformer i allmennpraksis (tall fra 2022 og jan 2023)

	Næringsdrift som hovedmodell	Partnerskaps-praksis hovedmodell	Andel leger i solopraksis	Andel praksiser med kun en lege	Andel praksiser med to leger	Andel fast ansatte
Norge	82 %	Nei	2,7 %	11 %	15 %	18 %
Danmark	Over 90 %	Ja, (48 % av praksis og 67 % av pas.)	41 % Med eller uten samarbeid om lokaler osv	31 % (deler ikke lokaler med andre)	26 %	Ca. 7-8 %
Skottland	Ca. 75 %	Ja	1,3 %	8 %	12 %	Ca. 28 % *
England	Ca. 63 %**	Ja	Ca. 2 %	7 %	10 %	Ca. 37 %**
Nederland	Ca. 65 %	Ja	7,1 % ***	17 %	44 %	Ca. 35 %
Sverige	Nei***	Nei	-	-	-	Hovedregel
Finland	Nei	Nei	-	-	-	Hovedregel

*Merknad: * Eksklusive leger i spesialisering – 25 % inklusive ** Beregnet i fulltidsekvivalente og eksklusive leger i spesialisering, faste vikarer mm. Inkluderes disse blir andelen 27 prosent. ***Flest offentlig driftede vårdcentraler, men helprivate selskaper nesten halvparten*

4.3.5.1. Helsesentermodell

I Sverige og Finland er den offentlige finansierte allmennlegetjenesten i hovedsak organisert gjennom helsesentre, som samler en rekke tjenester og helsepersonellgrupper. I Norge kan noen slike tjenester være samlokalisert i kommunene, men de kommunale tjenestene er adskilt fra fastlegetjenesten, som i hovedsak er drevet av næringsdrivende leger.

I Finland er helsesentrene i hovedsak offentlig driftet og legene ansatt, med unntak av en del helsesentre i utkantkommuner, hvor driften er satt ut på anbud og drevet av større helprivate selskaper. Helsesentrenes størrelse varierer[12], og mange har sengeavdelinger tilknyttet senteret. Det er viktig å påpeke at befolkningen i Finland kan få allmennlegetjenester også andre steder enn ved helsesentrene. De kan velge å oppsøke en helprivat tjeneste, og ha rett på en viss refusjon fra staten. Yrkesaktive finner har også ofte tilgang til lege gjennom bedriftshelsetjenesten, og det er egne helsetjenester for studenter. Arbeidsgivere kan ansette leger eller inngå avtaler om bedriftshelsetjenester fra helsesentrene eller andre.

I Sverige var omtrent 45 prosent av vårdcentralene driftet av private og 55 prosent driftet av regionene i 2021. Andelen private helsesentre er høyest i de mest sentrale delene av landet (Khan, 2022). I tillegg finnes det privatpraktiserende allmennleger som arbeider på kontrakt med myndighetene, slik som i Norge og Danmark.

4.3.5.2. Næringsdrift som hovedmodell for allmennleger

I Norge, Danmark, England, Skottland og Nederland er den offentlig finansierte allmennlegetjenesten i stor grad drevet av og eid av næringsdrivende leger, som selv arbeider i sin egen virksomhet. Med unntak av Norge, er partnerskapsmodell med felles inntekter, utgifter og pasientliste ganske vanlig. Et generelt utviklingstrekk er at det blir færre leger som har solopraksis og ikke samarbeider med andre leger (deler praksis/eller kontor). Samtidig med dette, har det vært økning i antall som er ansatt og ikke inngår som partnere/eiere i alle landene, men spesielt i England, Nederland og Skottland.

Tradisjonelt har ansettelse vært knyttet til lite grunnlag for næringsdrift i utkantstrøk, mens det nå også blir noe flere ansatte i ordinære praksiser (ref. kontaktpersoner). Det er også flere som ønsker å arbeide deltid. Økende arbeidsbelastning og høy økonomisk risiko kan være mulige årsaker, i tillegg til ønsker om mer fleksibilitet. Når større helprivate selskaper gis mulighet for å drifte legepraksiser, vil det også bidra til flere ansatte og færre eiere. Over tid har det blitt færre solopraksiser og flere leger per legekontor/praksis i landene.

Tilgjengelige tallgrunnlag og statistikk indikerer at legekontor er noe større i snitt i England og Skottland enn i Norge, Danmark og Nederland (antall leger)[13]. Danmark har høyest andel solopraksiser. Videre indikerer tallene at det er færre listeinnbyggere per lege i Norge og Skottland enn i Danmark, England og Nederland.
Tallene må tolkes med forsiktighet og forskjeller må ses i lys av ulikheter mellom land, grad av ruralitet og hvordan leger telles. For eksempel vil historiske ulikheter i spesialitetskrav gjøre at allmennleger i spesialisering ikke er inkludert i legetallene for Danmark og Nederland, mens ALIS som er fastleger inngår i Norge. Det er også forskjell på å telle personer (Norge og Nederland) vs. fulltidsstillinger (Danmark, lægekapaciteter.

[12] *To typer sentre: Helsesentre (health stations) og større helse og velferdssentre (health and well-being centres) som også tilbyr sosiale tjenester til yrkesaktive og sosiale veiledningstjenester til unge og voksne.*
[13] *Delvis basert på egne beregninger basert på tilgjengelige grunnlagsdata på lege og praksisnivå i England og Skottland.*

Tabell 4-4: Utvalgte kjennetegn ved legepraksiser og legedekning

	Mest vanlig antall leger i praksisen	Gjennomsnitt innbyggere tilknyttet praksisen	Listeinnbyggere per lege	(Fast)leger per 1000 innbyggere	Tall fra År
Norge	3-4 (38 %)	4055	*1080 (Alle fastlegerg – inkl ALIS, headcount)*	0,90	2023
Danmark	44 % kompani-skap med 2-3 leger	3508	1678 spesialister-lægekapasiteter (FTE)	0,61	2022
Skottland	5-6 leger	6500	*1116 (inkl ALIS, Headcount* 1268 (kun spesialister Headcount) 1311 (ekskl ALIS, Headcount) 1693 (ekskl ALIS, FTE)	0,90 0,76 0,76 0,59	2022 og jan 2023
England	5-6	9671	*1355 inkl ALIS, Headcount* 1695 inkl ALIS, FTE (fulltid) 2329 Kun spesialister*** FTE 1764 Kun spesialister Headc	0,74 0,59 0,43 0,57	Des 2022
Nederland	Snitt 2,4	3596	1509 spesialister (headcount) (2300 Kun praksiseiere)	0,67 (Ca. 0,43)	2022
Sverige	4-6 leger**	-	***	-	2021
Finland	-	-	-	-	-

*Merknad: *FTE= omregnet til hele stillinger, Headcount= personer** Private vårdcentraler har ofte litt færre leger ***Nasjonalt mål om 1100 pasienter per spesialist og 550 per lege i spesialistutdanning i allmennmedisin*

4.3.6. Pasienttilknytning

Norge har kanskje den mest rendyrkede fastlegeordningen, hvor systemene er organisert for at innbyggerne entydig kan være knyttet til en spesifikk lege, og hvor ansvaret for listeinnbyggere formelt sett ikke deles med andre leger.

I land hvor mange av legene inngår i en partnerskapspraksis deler man også ofte pasientliste. Både i Danmark, England, Skottland, Finland og Sverige kan man fritt velge praksis eller helsesenter (Sverige og Finland), men du har ikke som innbygger formell rett til å bli tilknyttet en spesifikk lege. Det kan likevel være slik at innbyggerne i stor grad går til en fast lege ut fra eget ønske, men det kan i noen tilfeller bety at man må vente lenger på time.

Som i Norge, er alle praksiser i Nederland pålagt å tildele alle sine registrerte pasienter en navngitt ansvarlig lege, vanligvis en praksiseier. Fastlegen skal sikre at fastlegetjenestene er koordinerte og tilgjengelige for pasienten. Det er vanlig at en pasient bestiller konsultasjon hos egen fastlege. Hvis deres egen fastlege ikke er tilgjengelig, har de mulighet til å bestille konsultasjon hos en annen fastlege i samme praksis. Pasienter kan velge å vente til egen fastlege er tilgjengelig. Dette varierer fra pasient til pasient: En yngre frisk person har kanskje ikke et like sterkt bånd til fastlegen som en kronisk syk pasient som ofte konsulterer fastlegen (meddelelse fra kontaktperson). Også i England skal alle praksiser tilordne innbyggerne en ansvarlig lege, men det er ikke et formelt krav at innbyggerne primært skal følges opp av denne legen. En utvikling med større praksiser og ikke listeansvar gir stor fleksibilitet, men kan også gå ut over kontinuiteten i lege-pasientrelasjonen.

Tabell 4-5: Pasienttilknytning

	Pasienttilknytning	Fritt valg av Fastlege eller Legekontor/helsesenter?
Norge	Fast navngitt lege. Velges direkte	Ja, ingen geografiske restriksjoner. Kan bytte.
Danmark	Innbyggerne er listet til en praksis/legekontor. 0,3 % er ikke knyttet til en praksis.	Innbyggerne kan bli knyttet til en bestemt allmennlege, men kan formelt kun velge en bestemt legepraksis.
Sverige	Vårdcentral	I de fleste regioner er det skal innbyggerne være registrert ved en vårdcentral som de kan velge fritt (Kan stå utenfor). Fra 1. juli 2022 ble det det lovfestet muligheten til å få fast lege.
Finland	Innbyggerne er tilknyttet helsesentret.	Fritt valg av helsesenter siden 2014. Selv om det ikke er formalisert er det anbefalt å tillate at innbyggerne kan velge lege. Retten til å bytte helsesenter benyttes i liten grad.
England	Pasienten er registrert ved ett legekontor/praksis, men ikke en spesifikk lege.	Ja, men geografiske restriksjonert. Du kan velge utenfor geografisk område, men praksisen kan avvise personer hvis for eksempel de ikke har ledige plasser eller personen bor veldig langt unna (for hjemmebesøk).
Skottland	Pasienten er velger legekontor og kan ønske å bli knyttet til en spesifikk lege.	Ja, pasienten kan velge legekontor/praksis, men ikke en spesifikk lege. Pasienten kan gå til en ønsket lege, men må kanskje vente lenger på time (kontaktperson). Geografiske begrensninger.
Nederland	Pasienten har fast lege. In case of a broken patient-doctor relationship, the GP is responsible to put effort in transferring the patient to a colleague. Not all patients are able to register with a GP anymore. Also support staff is limited. This varies over the country	Valg av praksis, men praksiser kan stenges for nyregistreringer på grunn av mangel på personale, ikke nok plass i praksisen (både fysisk og for pasienter). Blitt større problem, med innbyggere som ikke kan registrere seg hos noen lege i sitt område.

4.3.7. Helprivate allmennlegetjenester i andre land

Et stadig mer aktuelt spørsmål er hvorvidt helprivate helsetjenester har en sentral rolle innenfor og utenfor den offentlige helsetjenesten.

I Skottland er allmennlegetjenesten regulert for å hindre passive investorer. Enhver konkurranse om fastlegeavtaler må inkludere fastleger, enten alene eller som partnere. Konkurransereglene utestenger altså ikke formelt utenlandske selskaper, men kontrakten krever at alle kontraktsinnehavere er tilstrekkelig involvert i utøvelsen av tjenester i Skottland. Det er noen private allmennleger i de mest velstående områdene som gjerne spesialiserer seg på spesielle tjenester, som for eksempel reisevaksinasjoner, men helprivat allmennpraksis er ikke utbredt.

I England kan andre private virksomheter og aktører, som ideelle organisasjoner, ha en kontrakt for å utføre allmennlegetjenester, men disse er bare tillatt å være tidsbegrenset og ikke vedvare på same måte som kontrakten til praksis-partnere. Bedrifter som "Operose" har kontrakter som gjør dem i stand til å drive et stort antall praksiser (Operose health). I tillegg har selskaper som som "LIVI" eller "Babylon" en kontrakt som gjør at de kan tilby sine tjenester nesten utelukkende digitalt (NHS England, 2022a). Det er generelt sett et marked

for helprivate helsetjenester i England, og stadig flere betaler for å ha tilgang til helprivate tjenester. Bruken av private helseforsikringer er størst i London-området og det Sør-Østlige England (Anderson et al., 2022).

I Nederland er det et svært lite (men økende) antall private selskaper som tilbyr fastlegeavtaler, hovedsakelig i områder der en praksiseier ikke finner en etterfølger, men dette er ikke vanlig. Teoretisk sett kan utenlandske aktører delta, men dette er foreløpig ikke tilfelle. Videre er alle allmennlegetjenester offentlig finansiert, og det er ikke noe stort privat marked (meddelelse fra kontaktperson i Nederland).

I Sverige er det fri etablering av vårdcentraler. Retten til å etablere en praksis og bli offentlig finansiert gjelder alle offentlige og private leverandører som fyller kravende.Regionene kontrollerer etableringen av nye private praksiser ved å regulere åpningstider, kompetansekrav og andre organisatoriske aspekter, og ved å regulere økonomiske betingelser for akkreditering og finansiering. Utenfor vårdcentralene kan leger også jobbe som selvstendig næringsdrivende innenfor nasjonal tariff (nationella taxan), gjennom fritt "Vårdval", eller helt uten offentlig finansiering. For alle leger med svensk godkjenning er det fri etablering for de som etablerer seg utenfor det offentlige refusjonssystemet (Sveriges Kommuner och Regioner, 2023b). Leger som ønsker å jobbe i nasjonal tariff, kan enten overta virksomhet fra en allerede etablert virksomhet (såkalt ersättningsetablering), eller de starter helt ny praksis basert på "vårdval".

I Sverige som i Norge, er det et marked for private helseforsikringer. I 2021 hadde omtrent 720 000 svensker en privat helseforsikring, og 6 av 10 får dette betalt av arbeidsgiver(Finans Norge). I Norge er det like mange med bare halvparten så stor befolkning. Personer med privat forsikring har også ofte tilgang til privat spesialist i allmennmedisin gjennom de større etablerte aktørene (utenfor de offentlig finansierte vårdcentralene). I Danmark har nesten halvparten av befolkningen nå en privat helseforsikring, i hovedsak gjennom arbeidsgiver. På 10 år er det over en fordobling (Østjylland | DR). Private selskaper spiller foreløpig en begrenset rolle innen den offentlig finansierte allmennlegetjenesten i Danmark.

I Finland eksisterer også et marked for private allmennlegetjenester utenfor de offentlige helsesentrene. Man kan få refundert noe av kostnaden hvis man oppsøker privat allmennlege. Beløpet som dekkes, har imidlertid blitt mye redusert, og antall personer som har privat helseforsikring, har økt. Omkring 20 prosent av befolkningen (og nesten 60 prosent av små barn) har privat helseforsikring som skal supplere det offentlige tilbudet. Det dekker i hovedsak primærhelsetjenester og noen spesialisthelsetjenester. I tillegg settes en del offentlig finansierte primærhelsetjenester ut på anbud, spesielt i områder hvor det er vanskelig å rekruttere helsepersonell. Ved outsourcing av primærhelsetjenester, er tilbyderne i de fleste tilfeller store private selskaper. For-profit selskaper deltar i anbud, og det er EU-reglement som gjelder (meddelelse fra kontaktperson i Finland).

4.3.8. Legenes ansvar i henhold til nasjonale avtaler/kontrakter

Kjernen av allmennmedisinske oppgaver som utføres av en allmennlege, vil i stor grad være felles på tvers av land. Det er likevel mange forhold som kan bidra til at hva den enkelte lege eller praksis følger opp, varierer mellom (og innen) land. Dette kan gjelde omfanget av ulike kliniske problemstillinger og oppgaver man følger opp på legekontoret, men også i hvilken grad legene er pålagt eller gis insentiver til å ta oppgaver utenfor legekontoret. Ulikheter i forvaltningsorganisering, tradisjoner og avstand til sykehus er forhold som kan virke inn på hvilke oppgaver legene utfører.

I Norge setter fastlegeforskriften, samt avtaler gjennom trepartssamarbeidet og mellom KS og legeforeningen viktige rammer for allmennlegetjenesten gjennom krav til oppfølging av egne listeinnbyggere. Tilsvarende typer nasjonal regulering som skisserer rettigheter og plikter, finnes i Danmark, England og Skottland. I

Nederland settes også rammene nasjonalt og er ofte et resultat av forhandlinger. Legene/praksisene inngår en eller flere kontrakter med forsikringsselskapene, hvor det også kan forhandles om vilkår.

I England finnes tre typer kontrakter mellom allmennlegepraksiser og NHS , hvorav den ene er en nasjonalt framforhandlet standardavtale (NHS England). Det skilles mellom essensielle tjenester og tilleggstjenester i standardkontraktene (British Medical Association, 2023a). Det er mulig for praksiser å ikke levere alle tjenester som inngår i standardkontrakten, for eksempel legevakt (opting out). Det er også to alternative kontrakter som kan inngås, og som er mer fleksible og tilpasset lokale behov. Disse avtalene åpner for å tilby tjenester til grupper som ellers i mindre grad enn andre oppsøker primærhelsetjenesten, som hjemløse, innsatte, rusmisbrukere.

Skottland har også ulike typer praksiser/kontrakter som ligner på den engelske, med en standard nasjonal kontrakt som er det vanligste (Service, 2018).

4.3.8.1. Eksempler på krav om oppfølging av spesifikke grupper pasienter

Praktiserende leger i Danmark følger opp pasienter med diabetes og kols, som tidligere i større grad ble fulgt opp i sykehus. Fra 2018 ble det innført kronikerhonorar for oppfølging av pasienter diagnostisert med diabetes type 2 og/eller kols, og dette skal dekke alle kontakter for pasienter med disse diagnosene. Dette vil kunne påvirke hvilke diagnoser danske leger bruker tid på.

I Danmark er det også inngått avtale om at praktiserende leger forpliktes til å gjøre en helsesjekk på alle som bor i spesielle botilbud, både for å forebygge og eventuelt behandle sykdom. Helsesjekken skal gi grunnlag for å avtale videre oppfølging. Krav til gjennomføring av denne type helsesjekk, er spesifisert i avtalen mellom regionene og PLO (Praktiserende Lægers Organisasjon) (Praktiserende lægers organisation). Praktiserende leger i Danmark har, som i Norge, ansvar for oppfølgingen av gravide i svangerskapet og for gjennomføring av svangerskapskontroller.

I Sverige kan omsorg for kronisk syke og samarbeid ved utskrivning fra sykehus skje gjennom vårdcentralen, men kan også skje gjennom den kommunale helsetjenesten. Det er imidlertid regionenes allmennleger som har ansvar for den medisinske oppfølgingen. Distriktsykepleiere ansatt i kommunene koordinerer omsorgen for pasienter med kronisk sykdom eller sammensatte behov, spesielt eldre; de har begrenset forskrivningsmyndighet. Disse sykepleierne deltar også i hjemmetjenesten, og avlegger jevnlig hjemmebesøk.

I England skal ansvarlig lege sørge for at registrerte pasienter over 75 år får en årlig helsesjekk, hvis personen ønsker det. Praksisene er også pålagt å hvert år gjøre tiltak for å identifisere innbyggere over 65 år som kan mistenkes å ha moderat til svært dårlig helsetilstand (skrøpelighet). Når dette avdekkes, skal det gjennomføres en klinisk vurdering, inkludert en årlig medisingjennomgang, og man skal sørge for at pasienten blir fulgt opp med tilpassede kliniske tiltak, for eksempel blodprøver, videre undersøkelser eller henvisninger. For tjenester til personer som sitter i fengsel eller "detention"-sentre, inngås egne kontrakter om spesielle tjenester utenfor allmennlegetjenesten.

4.3.8.2. Deltakelse i legevakt, hjemmebesøk og ansvar for listeinnbyggere i institusjon

I Norge, Nederland og Danmark har allmennlegene formelt sett et større ansvar for å delta i legevakt enn i de andre landene. I Sverige og Finland er det ikke pålegg om dette. I Nederland har det til nå bare vært praksiseiere som er pålagt å delta (omtrent 50 prosent er praksiseiere). Systemet vil bli revidert slik at også leger som ikke er praksiseiere skal delta ettersom stadig færre leger er praksiseiere (endringer godkjent i avtale inngått i januar 2023).

Danske innbyggere i bofellesskap, kommunale tilbud o.l. er fortsatt tilknyttet en praktiserende lege, og de alminnelige reglene gjelder for gjennomføring av sykebesøk, med henvisning til andre behandlingstilbud mv. En fastlege kan være tilknyttet sykehjem/bosted som konsulent, hvor legen også underviser personalet osv. Beboerne står fritt til å velge den aktuelle legen som sin egen, men de har fortsatt rett til fritt valg av lege.

Fastlegene i Nederland er ansvarlige for sine oppførte pasienter når de flytter i omsorgsboliger og lignende fasiliteter. Men det er noen unntak knyttet til langtidspleieloven (Long-term Care Act).

I England ligger legevaktsarbeid som en del av GMS-kontakten. Det er likevel mulig å søke om å ikke delta (opt out). Det lokale "Integrated Health Board" er ansvarlige for at alle har et tilbud, og avhengig av at flest mulig deltar. Gjennom primary care networks, som 99 prosent av praksisene er med i (se nedenfor) etableres legevaktsordninger for større områder. I Skottland er ikke allmennpraksisene pålagt å delta i legevakt. Legevakttjenester er i stor grad organisert og drevet gjennom Health Boards, men er likevel avhengige av at vanlige "GP's" deltar i vaktene.

I England og Skottland har legene i prinsippet ansvar også når en person bor i sykehjem og for grupper i andre boformer. I England kan det i tillegg inngås en avtale om "local enhanced services " med allmennpraksiser om et visst antall timer arbeid i uken. Beboerne deles i tre nivåer – de med stabile kroniske tilstander, ustabile kroniske tilstander, og terminale personer.

Tabell 4-6: Deltakelse i oppfølging av pasienter utenfor kontoret

	Deltakelse i legevakt	Planlagte Hjemme-besøk	Ansvar for listepas-ienter i institusjon ol.	Annet
Norge	Ja, kan pålegges	Ja	Ikke når det er egne legeordninger	Kan pålegges 7,5 t uke
Danmark	Ja	Ja		
Skottland	Praksiser Ikke pliktig	Ja	Ja, i prinsippet, men delvis tilleggsavtaler	
England	Praksiser kan søke kan søke om fritak	Ja	Ja, i prinsippet, men egne kontrakter for utvidet oppfølging	
Nederland	Ja, til nå praksiseiere-blir utvidet til andre leger i 2023	Ja	Egne sykeshjemsleger det vanlige?	
Sverige	Frivillig	Nei, men kan variere	Kan variere. Regionen er ansvarlig for at dette finnes	
Finland	Frivillig, insentiv	Nei	Ja	Ca. 20 % sektorarbeid

Legene i helsesentrene i Finland har, som fastlegene i Norge, ansvar for andre tjenester, såkalt "sektorarbeid" (Syrjä V. et al., 2020). Sektorarbeidet omfatter for eksempel legetjenester ved helsestasjon for barn, skole- og studenthelsetjenesten, heldøgnssavdeling ved helsesentre, særskilte boenheter, og legetjenester knyttet opp mot hjemmesykepleien. Sektorarbeid utgjør nesten 20 prosent av legenes arbeidstid, i gjennomsnitt én dag i uken. De sektorielle oppgavene som helsesentrenes leger har ansvar for, går vanligvis på omgang mellom leger ved sentrene. Ved store helsesentre er andelen sektorarbeid lavere, 14 prosent. Døgnavdelinger i helsesentre er et særtrekk i finsk primærhelsetjeneste (Keskimäki et al., 2019). I 2015 var det 226 av disse sykehuslignende døgnavdelinger bemannet med sykepleiere og med fast lege eller tilsynslege, eller spesialist i geriatri. Disse enhetene står for om lag 20–25 prosent av alle ø-hjelpsinnleggelser. En typisk sengeavdeling har 30–60 sengeplasser. På grunn av sentralisering av spesialistbehandling og endringer i eldreomsorgen i løpet av det

siste tiåret, har disse allmennlegedrevne sengeenhetene ved større helsesentre på enkelte områder tatt en mer aktiv rolle i rehabilitering og deler av spesialistbehandlingen, for eksempel kreftomsorg. Disse avdelingene brukes ofte like mye til akutt behandling som omsorg for kronikere og rehabilitering. Legene er ikke forpliktet til å delta i primærlegevakt, men får bedre betalt for dette arbeidet.

4.3.8.3. Sykmelding

Med unntak av Nederland og Finland, er det mest vanlige at fastlegen eller eget legesenter kontaktes for sykmelding. Reglene for krav til sykmelding kan variere. I Finland har bedriftshelsetjenesten en betydelig allmennmedisinsk funksjon inkludert sykmeldingsfunksjon. Nederlandske fastleger har ingen formell rolle når det gjelder sykmelding. Hver arbeidsgiver i Nederland må engasjere en bedriftslege. Bedriftslegen hjelper også ansatte tilbake til jobb så raskt og ansvarlig som mulig. Videre kan den enkelte ansatte gå til bedriftslegen dersom de har spørsmål om individuelle og personlige arbeidsrelaterte helseproblemer. Ved langtidssykdom vil bedriftslege avgjøre om eller når noen er uegnet til å arbeide. Bedriftslegen kan spørre om fastlegens råd i denne prosessen. I Finland har bedriftshelsetjenesten på samme måte som i Nederland en betydelig allmennmedisinsk funksjon inkludert sykmeldingsfunksjon. Det samme gjelder i Nederland, men der har også helseforsikringselskapene en rolle. I Danmark er det vanlig at egen lege sykmelder, men det kan også gjøres av andre. Utgiftene til selve sykmeldingen dekkes av arbeidsgiver, ikke det offentlige. I Storbritannia kan også sykepleiere, fysioterapeuter og farmasøyter sykmelde. Det kan være ulike regler rundt langtidsoppfølging av sykmeldte i de ulike landene.

4.3.8.4. Bredde i prosedyrer som utføres i praksis

Allmennlegene i alle nordiske land er godt utstyrt, og tilbyr et bredt spekter av medisinske tjenester i internasjonalt perspektiv, men det er likevel ulikheter. En studie av 34 land i 2014 indikerte at norske allmennleger følger opp et bredere spekter av tilstander og utfører noe flere prosedyrer enn allmennleger i for eksempel Sverige og Danmark (Eide et al., 2017). Eide m.fl. konkluderer med at fastleger i alle de nordiske landene er godt rustet og tilbyr et bredt spekter av medisinske tjenester, men det var likevel variasjon. Det var ikke noe klart mønster ved at fastleger i ett land gjorde konsekvent flere prosedyrer, hadde konsekvent mer utstyr og behandlet et større mangfold av medisinske tilstander enn fastleger i de andre landene. De danske allmennlegene utførte mindre kirurgiske inngrep betydelig sjeldnere enn fastleger i alle andre land, selv om de satte inn spiral betydelig oftere enn fastleger på Island, Sverige og Finland. Finske allmennleger utførte et flertall av de medisinske prosedyrene oftere enn fastleger i de andre landene. De finske fastlegene hadde mer avansert teknisk utstyr enn fastleger i alle andre nordiske land. Strukturelle forhold så imidlertid ut til å påvirke tjenestetilbudet. Bosettingsstruktur og reiseavstander hadde blant annet betydning for bredden i hva allmennlegen utførte. Tall fra samme studie viser at danske leger i gjennomsnitt hadde flest konsultasjoner per dag og kortere konsultasjonstid, mens legene i Sverige hadde færrest konsultasjoner per dag, men lengst konsultasjonstid når man sammenligner Norge, Sverige og Danmark.

Kroneman et al (2016) viser med utgangspunkt i samme studie at Nederland har en veldig sterk primærhelsetjeneste, og primærlegene har en svært stor bredde i hvilke prosedyrer de utfører sammenlignet med andre europeiske land (Kroneman et al., 2016). Bare finske leger hadde større bredde.

4.3.9. Økende vekt på lokalbaserte, integrerte helsetjenester og team

Både Norge og andre land står overfor store helse- og sosialfaglige utfordringer knyttet til en aldrende befolkning, økende forekomst av kronisk sykdom og multimorbiditet, psykiske helseproblemer, økende

sosioøkonomiske og helsemessige ulikheter mm. Presset på helsetjenestene øker, samtidig som ressursene er knappe. De fleste land ønsker å redusere presset på sykehusene og understøtte lokalsamfunnsbaserte løsninger med vekt på forebygging, økt integrasjon og tverrfaglig samarbeid i tjenestene. Samtidig har rekrutteringsutfordringene i allmennlegetjenesten i europeiske land vært økende (Berthier, 2018; European Commission et al., 2020; Groenewegen et al., 2020). Mer bruk av annet personell på legekontoret, tverrfaglig samarbeid og tiltak med mål om reduksjon av arbeidsbelastningen på allmennleger er viktige elementer i nasjonale strategier og reformer i landene.

En rapport fra Vårdanalys i Sverige sammenligner primærhelsetjenesten i Europeiske land i 2017 og konkluderer med at utviklingen går mot større teambaserte organisasjoner (Vårdanalys, 2017).

4.4. Om helprivate allmennlegetjenester

Private tjenesteytere leverer betydelige volum av helsetjenester i Norge. Det meste av dette er offentlig finansierte helsetjenester, som for eksempel næringsdrivende fastleger (Jakobsen et al., 2022). De siste årene har det vokst fram flere aktører som tilbyr helprivate allmennlegetjenester, uten offentlig finansiering.

Det er fri etableringsrett for helprivate helsetjenester i Norge. Helsetjenester som tilbys av private virksomheter helt uten avtale med det offentlige, er imidlertid omfattet av krav til forsvarlighet, tilsyn og krav om autorisert helsepersonell i helselovgivningen mv. Helsepersonelloven stiller krav til helsepersonells yrkesutøvelse i kapittel 2, blant annet om forsvarlighet, bruk av medhjelpere og informasjon til pasienter m.m. Disse bestemmelsene gjelder også helsepersonell i privat sektor (Stortingets utredningsseksjon, 2022). Dessuten skal det meldes fra til kommunen om oppstart av virksomheten.

Det stilles ulike krav til allmennlegenes kompetanse, ut fra om allmennlegetjenestene som gis er helprivate eller kommunale. Se nærmere omtale i kapittel 9.2.1.

Ekspertutvalget er ikke kjent med utfyllende statistikk om omfanget av slike tjenester. Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å dokumentere status og utvikling i den helprivate allmennlegetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023d). Endelig leveranse foreligger ikke ennå, men ekspertutvalget har fått tilgang til enkelte foreløpige funn.

Alle som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, har plikt etter pasientskadeloven § 8 til å melde fra om sin virksomhet til Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Av hensyn til innkrevingen av tilskudd, har NPE bygget opp et register over private tjenesteytere, som ikke finansieres av det offentlige gjennom driftstilskudd eller kjøp av tjenester. Melding skal sendes til NPE om antall og sammensetning av profesjoner og årsverk (Stortingets utredningsseksjon, 2022).

Det er vanskelig å identifisere allmennlegeårsverkene presist i dataene fra NPE. Det er derfor betydelig usikkerhet i anslagene. Ut fra foreløpig informasjon som Helsedirektoratet har innhentet, lå antall årsverk i 2022 på mellom 86 og 235. Antall årsverk innenfor helprivat allmennlegetjeneste er svært lavt, sammenliknet med antall fastleger, men veksten i helprivate allmennlegeårsverk har vært sterkere enn veksten i antall fastleger. Foreløpige resultater fra Helsedirektoratets kartlegging antyder at antall helprivate årsverk har økt med 50–70 prosent i perioden 2009–2022, mens antall fastleger har økt med 25 prosent.

De helprivate leverandørene av allmennlegetjenester tilbyr både e-konsultasjoner og vanlige fysiske konsultasjoner. Noen leger er ansatt i virksomhetene, andre er næringsdrivende innenfor virksomhetene. I tillegg er det helprivate tilbydere av legevakttjenester.

Helprivate allmennlegetjenester mottar ingen direkte offentlig støtte. De får derfor verken basistilskudd eller takstrefusjoner. Inntektskildene er først og fremst pasientbetaling og utbetaling fra private forsikringer. De helprivate tjenestene har imidlertid indirekte tilgang til offentlige finansieringskilder, ved at de kan forskrive legemidler på blå resept og henvise til offentlig finansierte helsetjenester. På denne måten vil en innbygger kunne få en henvisning til spesialisthelsetjenester uten å måtte gå gjennom portvaktrollen med tilhørende prioriteringer som fastlegeordningen er ment å ivareta. Dette vil kunne utfordre målet om likeverdige helsetjenester.

Det finnes ikke registerdata om aktiviteten hos de helprivate virksomhetene. Det betyr at det ikke finnes tilgjengelig informasjon om omfang av aktivitet og hvilke typer tjenester de leverer. Det finnes heller ikke registerdata om hvilke grupper av innbyggere som benytter seg av tjenestene.

Ekspertutvalget anser det som viktig at kunnskapen om helprivate allmennlegetjenester blir langt bedre, for å kunne ha oversikt over aktivitet, og for å sikre likeverdige helsetjenester i Norge framover. Ekspertutvalget anbefaler at det innføres krav til helprivate allmennlegetjenester om rapportering om virksomheten og aktiviteten til nasjonale registre.

4.5. Sørge-for-ansvaret og finansiering av fastlegetjenesten

4.5.1. Dagens ansvarsfordeling og finansieringsordning

I dag har kommunene ansvaret for å sørge for fastlegetjenester til innbyggerne, mens finansieringsansvaret for fastlegetjenesten i hovedsak er lagt til staten. Fastlegeordningen er rettighetsbasert, hvor alle kostnader til basistilskudd og takster dekkes.

Staten tilfører midler til kommunene gjennom frie inntekter (rammetilskudd og skatteinntekter), og de fleste kommunale helse- og omsorgstjenestene finansieres av disse midlene. Midler til basistilskudd til fastlegene overføres til kommunene gjennom de frie inntektene, mens takstene refunderes direkte fra staten til fastlegene (via Helfo). Også for legevaktarbeidet i kommunene refunderes takstene av staten.

Den statlige finansieringen av fastlegeordningen har som intensjon å gjøre tilgangen til fastlege lik for befolkningen, uavhengig av bosted og kommuneøkonomi. Statlig finansiering gir økonomisk sikkerhet for kommunene, og bidrar til å forhindre ulikheter i tilbudet knyttet til lokale prioriteringer. Tjenesteutforming styrt av politiske prioriteringer og økonomi i kommunene vil kunne bidra til uønsket variasjon, også selv om tjenester er lovpålagte og krav til kvalitet og tilgjengelighet er regulert i forskrift.

4.5.2. Utfordringer med dagens ordning

For å rekruttere og beholde fastleger har stadig flere kommuner de senere årene i økende grad tilleggsfinansiert tjenesten, ut over det som opprinnelig er forutsatt fra statens side. Tilgang til fastleger og kommunens merkostnader varierer mellom kommunene, og det er ikke gitt at en økende kommunal tilleggsfinansiering bidrar til stabilisering.

Gjennom samhandlingsreformen fra 2012 har kommunene fått ansvar for oppfølging av flere og dårligere pasienter med kroniske og sammensatte lidelser, og behovet for samhandling mellom fastlegene og annet helsepersonell i kommunene er i dag et helt annet enn i 2001.

Helsepersonellkommisjonen peker på at vi har den største økningen i framtidig behov for helse- og omsorgstjenester foran oss, og at denne i størst grad vil komme i kommunene. I lys av dette vil det være behov for å ruste opp lokale tjenester, og tilpasse organiseringen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene slik at personell ansatt i kommunen kan håndtere flere brukere. Det vil være et økende behov for å jobbe på tvers av ulike tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c). Utvikling av helhetlige pasientforløp vil være avhengig av god samhandling med gjensidig kunnskapsoverføring, dialog, samt organisatoriske og økonomiske rammebetingelser (Helsedirektoratet, 2022j).

God sammenheng i tjenestene har vært et overordnet mål for helse- og omsorgstjenestene gjennom flere tiår. Gitt den økende kompleksiteten i sykdomstilstander som skal behandles i kommunen, vil det, i tiden som kommer, være viktigere enn noen gang å legge til rette for at tjenestene er godt planlagt og koordinert.

Stadig flere krevende problemstillinger og utfordringer forventes håndtert proaktivt og planmessig av kommunene. Dette gjelder både helsefaglige forhold, samspill mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, rekruttering og utdanning av leger, samt tverrfaglig arbeid og kvalitetssikring. Samlet sett opplever mange kommuner at det nå både forventes, og er helt nødvendig med, en langt mer omfattende styring og finansiering av fastlegetjenesten enn det som opprinnelig ligger til grunn for ordningen.

Helse- og omsorgstjenesteloven og fastlegeforskriften gir kommunene et omfattende ansvar for å organisere fastlegeordningen. Samtidig gir lovverket et direkte og selvstendig ansvar til den enkelte fastlege. Sammen med sterke innbyggerrettigheter og statlig finansiering, medfører dette en krevende styringsmodell.

Kommunen har i dag sørge-for-ansvaret for fastlegetjenesten, mens finansieringsansvaret ligger hos staten. Sett i lys av behovet for endring i tjenesten i årene framover, mer tverrfaglig og koordinert arbeid, og mer omfattende og helhetlig styring og ledelse, mener ekspertutvalget det er grunn til å stille spørsmålstegn ved om det er hensiktsmessig å videreføre dette skillet. I tillegg til ansvarsdelingen mellom kommunen og staten, er sentrale elementer i ordningen avhengig av enighet i forhandlinger med Legeforeningen, hvilket bidrar til god forankring, samtidig som det innskrenker både statens og kommunenes styringsmekanismer for å sikre gode tjenester.

4.5.3. Konsekvenser av delt ansvar

Et delt finansieringsansvar støtter opp om prinsippet om geografisk likhet. Kommunenes selvråderett står sterkt, og et delt ansvar er en garanti for at fastlegetjenestene i mindre grad påvirkes av kommunale budsjetter og politiske prioriteringer. Næringsdrivende fastleger etter hovedmodellen er ikke avhengige av kommunens økonomi knyttet til aktivitet og drift av kontoret. Dette gir fastlegene stor grad av autonomi knyttet til innretning på, og utvikling av, tjenesten.

Innenfor kravene i lov og forskrift står kommunene i utgangspunktet fritt til å innrette de kommunale helse- og omsorgstjenestene på den måten som er mest hensiktsmessig i den aktuelle kommunen. Dette gjelder i prinsippet også for fastlegeordningen. I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven ble det lagt vekt på at det ville være uheldig å binde opp den enkelte kommune til særskilte organisatoriske eller personellmessige løsninger, og at dersom kommunene bindes opp med bestemte profesjons- eller bemanningskrav, vil det kunne komme til fortrengsel for andre personellgrupper, som også kan dekke aktuelle funksjoner på en forsvarlig måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Hensynet til å bygge opp en tjeneste basert på lokale behov tilsa at kommunene fortløpende selv burde avgjøre hva slags personell de ville ha behov for, likevel innenfor grensene av forsvarlighetskravet. Dette må langt på vei sies å gjelde selv om helse- og omsorgstjenesteloven senere er oppdatert med noen profesjonskrav.

Det kan oppstå situasjoner hvor den statlige finansieringen av fastlegens aktivitet, fastlegens prioriteringer innenfor rammene, og kommunens ønsker for fastlegetjenesten, ikke er sammenfallende. Eksempler på dette kan være ønske fra kommunen om at fastlegene skal bruke tid på aktiviteter som ikke er finansiert gjennom takstsystemet, herunder innovasjon og utvikling, ledelse, kvalitetsforbedringsarbeid, kompetanseheving, og deltakelse i arbeidsgrupper og møter med kommunens øvrige ledere og medarbeidere. Det at finansieringen ikke følger sørge-for-ansvaret for tjenesten, kan potensielt medføre at kommunene ikke ser det som reelt mulig å fremme endring og utvikling av tjenesten etter eget ønske.

På samme tid som statlig finansiering i dag gir større handlingsrom for fastlegene, vil overføring av finansieringsansvaret til kommunene øke kommunenes handlingsrom. Et samlet ansvar for tjenesten, og for finansieringen av den, kan gi større reell kommunal handlingsfrihet til å organisere tjenestene sine slik kommunen finner mest hensiktsmessig, gitt lokale behov, og forutsatt at kommunen er gitt mulighet for å drive kostnadskontroll. Dette er i dag tilfelle for andre deler av den kommunale legetjenesten, og også for andre deler av kommunens tjenester. I sykehus er det også handlingsfrihet knyttet til dette, og som særlig kanskje gir seg utslag knyttet til effektiv oppgaveløsning og oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper.

Det delte ansvaret kan tenkes å være noe av årsaken til at organiseringen av fastlegeordningen er nokså lik i dag som ved innføringen. At sørge-for-ansvaret og finansieringsansvaret for fastlegetjenesten ikke ligger samlet, kan tenkes å begrense kommunens mulighet til å utøve strategisk ledelse av fastlegetjenesten. Dette kan videre gi uklare linjer for styring og ansvar i fastlegeordningen, som igjen kan bidra til en distansert og mindre integrert legetjeneste i kommunen.

Med dagens modell, hvor staten har finansieringsansvaret, vil kommunene kunne ha økonomiske insentiver til å tilføre eller beholde oppgaver i fastlegeordningen. Tilsvarende vil ikke kommunene ha økonomiske insentiver til å opprette for eksempel sykepleietjenester for håndtering av oppgaver som fastlegen kan – men ikke må – løse, som for eksempel sårstell, diabeteskontroller, svangerskapsomsorg og prevensjonsveiledning, fordi kommunen selv må betale. Til tross for dette, ser vi likevel at kommunene etablerer nye og avlastende tjenester og tiltak, samtidig som potensialet for oppgavedeling er større.

Fastlegene kunne vært bedre integrert med kommunenes øvrige helsetjenester. Mange sykepleiere i kommunen har i dag selvstendige og spesialiserte oppgaver, som krever solid breddekompetanse og avanserte kliniske ferdigheter. Denne kompetansen kan brukes på tvers av de kommunale tjenestene, og avlaste fastlegene for mange oppgaver. Det samme gjelder også for bruk av annet helsepersonell, som psykologer, fysioterapeuter og manuellterapeuter. Med dagens finansieringsordning vil en slik tilpasning av tjenesten påføre kommunen ekstra kostnader.

Kommunen har et lovpålagt ansvar for å drive folkehelsearbeid og forebygging, der det meste av arbeidet foregår utenfor fastlegeordningen. Folkehelsearbeid og primærforebygging av sykdom ligger utenfor den statlige finansieringen av fastlegeordningen. Dersom kommunene skal involvere fastlegene i dette arbeidet, vil det måtte avtales særskilt.

Vi har omtalt noen mulige insentiver fra kommunens og fastlegens perspektiv, men det delte ansvaret kan også påvirke statens atferd. Et mer åpent lovverk knyttet til refusjoner fra Helfo gir staten redusert kostnadskontroll. Å gi flere personellgrupper i fastlegeordningen tilgang til å kreve refusjoner – eller utvide hva man kan kreve refusjoner for – vil isolert sett framstå som en ekstrakostnad for staten. Dette kan være en berettiget bekymring, men det kan også tenkes at det offentliges totale kostnader blir lavere ved å utvide hva det kan søkes refusjon for og ved å åpne for refusjoner til andre enn fastleger. Mer overordnet kan det tenkes at staten ønsker å både detaljregulere og kontrollere kommunene og legene for å ramme inn kostnadene til refusjoner.

Også andre deler av staten, som for eksempel helseforetakene, vil ha insentiver til å flytte aktivitet fra egne budsjetter og over på fastlegene (som belaster Helfo). Insentiver som følger av at sørge-for-ansvaret er avgrenset på en annen måte enn finansieringsansvaret og kan dermed føre til suboptimale aktivitets- og atferdsmønstre i helsetjenestene.

4.5.4. Modeller for samling av ansvaret

En samling av sørge-for-ansvaret og ansvaret for finansiering av fastlegetjenesten kan gjøres på flere måter. For det første kan sørge-for-ansvaret for fastlegetjenesten flyttes til staten, som også har ansvaret for finansieringen. For det andre kan finansieringen av fastlegeordningen flyttes til kommunen, som i dag har sørge-for-ansvaret. Etter anbefaling fra Helsepersonellkommisjonen, kan en tredje mulighet være å samle hele helse- og omsorgstjenesten på ett nivå. Helsepersonellkommisjonen peker på at enhetlig organisering av tjenestene på ett nivå kan bidra til bedre bruk og utnyttelse av den samlede tilgjengelige arbeidskraften (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c).

Akkurat som dagens ordning har fordeler og ulemper, vil det samme gjelde for hvert av disse alternativene. Ekspertutvalget har i sin drøfting valgt å ta utgangspunkt i de to nivåene vi har i helsetjenesten i dag, altså en samling enten hos staten, i det som i dag er spesialisthelsetjenesten/helseforetakene, eller i kommunen.

4.5.4.1. Flytte sørge-for-ansvaret til staten ved helseforetakene

En flytting av sørge-for-ansvaret for fastlegetjenesten fra kommunen til staten ved de regionale helseforetakene (RHF), vil i praksis innebære at ansvaret for å yte fastlegetjenester legges til helseforetakene. Enten som del av de eksisterende helseforetakene, til et eget helseforetak under hvert enkelt RHF, eller alternativt til et eget felles helseforetak, som eies av alle RHFene.

Å flytte ansvaret for fastlegetjenesten til helseforetakene vil medføre en betydelig endring i ansvarsforhold. Helseforetakene har rutiner for samarbeid og samhandling med kommunene. Over tid kan en forvente at de kan opparbeide seg mer inngående kunnskap om den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og om lokale forhold. Dette er viktig kunnskap for å kunne planlegge og innrette fastlegetjenesten godt.

Med den forventede aldringen av befolkningen, og tilhørende økning i kommunens ansvar for å håndtere flere multisyke pasienter med et stort behov for helse- og omsorgstjenester, vil det i økende grad være nødvendig at fastlegetjenesten er tett koordinert og samhandler godt med øvrige kommunale tjenester. Flytting av sørge-for-ansvaret til staten kan tenkes å skape en distanse og en mindre integrert fastlegetjeneste i kommunen og forsterke samhandlingsutfordringene. Det vil også skille fastlegetjenesten fra annen allmennlegetjeneste i kommunen. Dette kan tenkes å ha innvirkning på legevakt og andre kommunale tjenester i kommunen, hvor fastlegene er sentrale.

Helseforetakene er robuste organisasjoner, med lang erfaring med å drifte og lede spesialisthelsetjenesten. Med dette som utgangspunkt kan det tenkes at helseforetakene vil kunne utøve profesjonell ledelse av fastlegeordningen. En annen mulig fordel ved statlig overtakelse av fastlegeordningen er at samhandlingen mellom spesialisthelse- og fastlegetjenesten vil kunne bli bedre, særlig knyttet til ivaretakelse av pasienter i overgangen mellom sykehus og kommune. Helhetlige og gode pasientforløp vil kreve godt samarbeid med de øvrige kommunale tjenestene, og det kan tenkes at fastlegen kan fungere som en god koordinator og bindeledd mellom disse to tjenestenivåene, antakelig med en større arbeidsmengde som konsekvens. Helseforetaket vil med en slik organisering få et helhetlig ansvar for oppgaveoverføring mellom spesialisthelse- og fastlegetjenesten. Dette kan tenkes å bidra til bedre koordinering av prehospitale tjenester og til styrking av fastlegens portvaktfunksjon til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten.

Helseforetakene vil også være ansvarlige for kompetanseutvikling og ressursbruk. Ved økt medisinsk kompleksitet og krav til avansert behandling i kommunen vil det trolig i framtiden være behov for at spesialisthelsetjenesten i større grad tar ansvar for kompetanseoverføring til fastlegetjenesten, men også til øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Gitt utfordringsbildet, er det forventet at den største veksten i helsepersonell de neste ti-årene vil komme i kommunen. Helseforetakene vil ved overtakelse av fastlegeordningen få et særlig ansvar for å sikre god fordeling av leger både i spesialisthelse- og fastlegetjenesten. Hvordan sentralisering av ansvaret for fastlegetjenesten vil påvirke fordeling av leger i øvrig kommunal legetjeneste, er vanskeligere å forutsi.

4.5.4.2. Flytte finansieringsansvaret til kommunen

En samling av ansvaret, ved å flytte finansiering av fastlegeordningen fra stat til kommune, vurderes å være en mindre inngripende endring enn å flytte sørge-for-ansvaret fra kommunene til staten. Kommunene har allerede det finansielle ansvaret og sørge-for-ansvaret for andre deler av allmennlegetjenesten. Ved å samle både sørge-for-ansvaret og finansieringsansvaret for fastlegetjenesten hos kommunene, vil ordningen ligne mer på hvordan de andre delene av den kommunale helse- og omsorgstjenesten er organisert og finansiert.

Flytting av det finansielle ansvaret gir kommunene virkemidler som kan sette dem bedre i stand til å iverksette tiltak for å styrke fastlegeordningen, herunder vurdere hvordan oppgaver, personell og øvrige ressurser fordeles mellom fastlegetjenesten og andre kommunale tjenester. Kommunalt finansieringsansvar kan dermed bidra til tjenester som er bedre tilpasset lokale behov, riktigere ressursbruk, større kostnadseffektivitet og tettere integrering med øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Økt nærhet mellom fastlegetjenesten og de øvrige kommunale tjenestene kan gi bedre samhandling og samarbeid på tvers av tjenester. Innad på fastlegekontoret vil endringen legge til rette for at flere helsepersonellgrupper kan jobbe sammen om komplekse pasienter. Det vil videre bli færre uklarheter knyttet til styringslinjen. Kommunens posisjon til å følge med på, ta et helhetlig eierskap til, og profesjonalisere ledelsen av fastlegetjenesten vil styrkes. Ansvar for finansieringen vil gi kommunen handlingsfrihet, innenfor kravene i til enhver tid gjeldende lov og forskrift, til å organisere fastlegetjenesten slik den finner det mest hensiktsmessig.

En endring i finansieringsansvaret vil i prinsippet kunne gjennomføres uten at innbyggerne og fastlegene merker det. Det kan teoretisk sett være mulig å videreføre dagens takstsystem og forvaltning, selv om dette, blant annet på grunn av kommunenes manglende muligheter for kostnadskontroll, vurderes som lite aktuelt. Alternativt kan det gjøres større endringer i finansieringsordningen, som omfatter driftsformer, finansieringsmodell og/eller takstsystemet.

I kommuner hvor fastlegene er ansatt i kommunen, vil behovet for finansiering gjennom takster bli mindre, eller kanskje bortfalle. Dette er imidlertid en situasjon som allerede i dag gjelder for denne legegruppen, og som kan motvirkes av aktivitetsbaserte avlønningselementer (bonus) i tillegg til fastlønn. Det vil fortsatt være hensiktsmessig at også kommunalt ansatte fastleger benytter takstsystemet, dersom takstene fortsatt skal være en kilde til informasjon om aktivitet i fastlegekontorene, eller som verktøy for å stimulere til ønsket aktivitet. Dette forutsetter en forenkling av takstsystemet.

En flytting av finansieringsansvaret vil også kunne påvirke hvem som deltar i, og har størst interesse for, det årlige arbeidet med endringer i basisfinansieringen og takstene. Et helhetlig ansvar for finansieringen vil, i større grad legge til rette for at kommunene kan følge med på kostnadene. Kostnadskontroll kan tenkes å være særlig viktig ved innføring av profesjonsnøytrale takster eller økt grad av delegering i fastlegetjenesten, hvor det kan være en risiko for at kostnadene øker. Kommunen kan dermed settes i stand til å vurdere aktivitet

og ressursbruk opp mot kostnader. I dag er dette nærmest umulig, ved at fastlegenes aktivitet finansieres av staten.

Å flytte finansieringsansvaret til kommunen, kan også tenkes å ha ulemper. For det første kan prinsippet om likeverdige helsetjenester utfordres. De økonomiske forskjellene mellom kommunene kan bidra til at innbyggerne i kommuner med dårlig økonomi vil få et dårligere fastlegetilbud enn innbyggere i kommuner med god økonomi. I tillegg vil mange kommuner måtte utvikle egen kompetanse og ledelseskapasitet til å følge opp og lede fastlegetjenestene, noe som også vil medføre kostnader og ressursbruk for kommunene. Det er i dag variasjoner i tilbudet som kommuner tilbyr sine innbyggere. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved om særlig mindre folkerike kommuner vil kunne ha tilstrekkelig faglig og økonomisk styrke til å forvalte et slik ansvar til det beste for innbyggerne. I dagens situasjon kan det likevel argumenteres for at prinsippet om likeverdige tjenester allerede er utfordret. Dette gjelder både innenfor fastlegetjenesten, men også i de øvrige kommunale tjenestene.

Det er imidlertid ikke åpenbart at innbyggerne kommer dårligere ut enn i dag dersom kommunene får finansieringsansvaret for fastlegetjenesten. Mange kommuner dekker i dag merkostnader til fastlegeordningen. Et helhetlig ansvar for finansiering, vil øke kommunenes mulighet til å prioritere også innenfor denne tjenesten. Uønsket variasjon løses ellers ved at staten stiller krav til kommunenes tilbud og kvalitet på tjenestene. Gjennom forskrift og avtaleverk kan kommunen gis større eller mindre frihetsgrad knyttet til fastlegeordningen. Dette vil kunne motvirke kommunal ulikhet i fastlegetjenesten, og bidra til et mer likeverdig tilbud. For å lykkes i dette arbeidet, vil det være nødvendig at kommunene prioriterer kompetansebygging, økonomiske ressurser og ledelse av fastlegetjenesten. Ikke minst for å hindre at en overføring av finansieringsansvaret til kommunene, gir store geografiske ulikheter i tilbudet. Likevel vil det trolig, som i dag, fortsatt være ulikheter i tjenestetilbudet, med større eller mindre variasjoner mellom kommuner.

For det andre vil den økonomiske usikkerheten for kommunene øke. Allerede i dag kan det være en utfordring for en kommunes økonomi dersom den har innbyggere med særlig store behov for helsetjenester. Store behov for fastlegetjenester påfører i dag ikke kommunen økte kostnader, fordi staten betaler gjennom Helfo, noe som vil forandres ved overføring av finansieringsansvaret. Ubegrenset takstfinansiering, som i dag, vil medføre at kommunene betaler uten å ha kontroll over volumet de betaler for. Mindre folkerike kommuner vil være mer sårbare for slik usikkerhet enn store, og for staten vil slik variasjon ha lite å si for planleggingen. Det kan være en risiko for at fastlegetjenesten, i større grad enn i dag, vil finansieres på bekostning av andre tjenester.

For å bøte på denne typen uønsket variasjon i den kommunale økonomien er det mulig å vurdere innføring av ulike forsikringsordninger og garantier fra staten. Eventuelt kan tilskuddsordningen, der staten dekker kommunens kostnader over en terskelverdi for enkeltpasienter som krever særlig store ressurser, bygges ut til også å omfatte fastlegetjenester (Helsedirektoratet, 2019e). Forsikringsordninger vil medføre at staten har det økonomiske ansvaret og kan bidra til uhensiktsmessige insentiver fra kommunens side, som i dag. På generelt grunnlag er det viktig at finansieringsordningene ikke blir unødig byråkratiske, eller krever store administrative forvaltningsressurser.

Videreføring av dagens takstsystem, og den økonomiske risikoen dette gir kommunene, vil minke om andelen takster reduseres til fordel for økt basisfinansiering. Likevel vil den økonomiske risikoen, og muligheter for å redusere denne for kommunen, måtte utredes nærmere.

4.5.5. Ekspertutvalgets vurderinger

En overføring av sørge-for-ansvaret for fastlegetjenesten fra kommunene til RHFene vil kunne bidra til en mer helhetlig planlegging av helsetjenestene, og det er mulig at det vil kunne legge til rette for å løse noen av samhandlingsproblemene vi i dag ser mellom tjenestenivåene. Det vil imidlertid kunne gjøre andre ansvarsgrenser mer uklare, eksempelvis mellom fastlegene og de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Helsepersonellkommisjonen peker på at behovet for personell kommer til å øke, og at økningen vil bli størst i kommunene. I lys av dette forventer ekspertutvalget at samspillet mellom fastlegene og de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene vil bli stadig viktigere når befolkningens omsorgsbehov tiltar kraftig de neste tiårene.

En flytting av ansvaret for fastlegene til helseforetakene vil trolig måtte medføre en vurdering av om ikke andre helsetjenester også bør overføres fra kommunene. Dette kan være relevant for blant annet legevakt for å styrke samarbeidet i den akuttmedisinske kjeden. I tillegg vil en opprusting av sykehjemmene og KAD-enheter tenkes å kunne avlaste noen lokalsykehusfunksjoner. Gitt behovet for samhandling knyttet til kapasitetsutfordringene i helse- og omsorgstjenestene de neste tiårene, vil det nok være behov for å vurdere slike problemstillinger, inkludert fordeler og ulemper ved å innføre kun ett forvaltningsnivå i de norske helse- og omsorgstjenestene.

En overføring av finansieringsansvaret for fastlegetjenesten fra staten til kommunen kan bidra til en mer helhetlig planlegging av helsetjenestene, og kan legge til rette for å løse noen av utfordringene vi har – og som vi antar vil bli forsterket i årene som kommer. Det vil også kunne styrke kommunenes mulighet til å utnytte potensialet som ligger i en hensiktsmessig oppgavedeling, og til å innpasse fastlegetjenestene på en måte som i større grad enn i dag, møter lokale behov. Det vil kunne legge forholdene bedre til rette for kommunens styring og ledelse av fastlegetjenesten og den samlede allmennlegetjenesten, og styrke muligheten for organisatoriske og personellmessige tilpasninger som imøtekommer behovene i hver enkelt kommune. Samtidig vil en overføring av finansieringsansvaret også kunne ha noen klare ulemper, knyttet til at ulikhet i økonomi og kommunenes forutsetninger for å ivareta ansvaret, kan føre til uheldig variasjon i tjenesten.

En flytting av sørge-for-ansvaret fra kommunen til staten anses av ekspertutvalget ikke å være en aktuell løsning i dag. At flere og sykere pasienter i større grad skal håndteres i kommunene framover, er et argument for at fastlegene bør knyttes tettere til denne delen av helsetjenesten. En samling av sørge-for-ansvaret og finansieringsansvaret i kommunene har både fordeler og ulemper. Ekspertutvalget anbefaler at en overføring av finansieringsansvaret for fastlegeordningen til kommunene utredes videre. Det er naturlig at en slik utredning også bør omfatte finansieringsansvaret for legevakt.

4.6. Fastlegen som portvakt

Fastlegen har mange portvaktroller. Fastlegen er portvakt til spesialisthelsetjenesten, til forskrivning av legemidler og til velferdstjenester som sykmelding, uføretrygd og andre stønader. Fastlegen kan også sies å være portvakt inn til seg selv (*Forskrift om fastlegeordning i kommunene*, 2012).

Fastlegens plikt til å henvise er en sentral del av portvaktrollen. Dette gjelder spesielt for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Henvisningspraksisen skal understøtte faglig riktig oppgavedeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene, i tråd med lov, forskrift og lokale samarbeidsavtaler.

Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for mange tjenester hvor fastlegen ikke har noen formell henvisningsrolle. Fastlegen vil likevel bidra med helseopplysninger til andre kommunale helse- og omsorgstjenester ved behov. Fastlegens plikt til å utstede attester er drøftet i kapittel 7.

Helsepersonellkommisjonen peker på at behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke kraftig framover, og at den største økningen forventes å komme i kommunen. Kommisjonen ser på fastlegenes portvaktfunksjon som kritisk viktig, for å oppnå en bærekraftig helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c).

4.6.1. Fastlegen som portvakt til seg selv

Ved økende behov for fastlegetjenester som overgår tilbudet, vil det være særlig viktig at legen prioriterer sin tid til de pasientene som trenger det mest, og hvor helsegevinsten av diagnostikk og behandling er høy.

Prioritering inn til fastlegen er vanskelig fordi fastlegen arbeider med en uselektert populasjon, som i all hovedsak selv velger å oppsøke fastlegen. Noen pasienter kan tjene på en prioritering, andre kan tape. Ved manglende systemer for prioritering av henvendelser inn til fastlegen, vil andre og ofte usynlige mekanismer like fullt sørge for en rekkefølge.

Når flere innbyggere ønsker en konsultasjon med fastlegen enn det fastlegen har kapasitet til, vil det være nødvendig med begrensinger i tilbudet for å sikre likeverdige tjenester. Dette innebærer at fastlegen må si nei til noen innbyggere for å kunne yte tilstrekkelig tid til innbyggere som har enda større nytte av legens tid. Ved knapphet på legeressurser, vil prioritering i praksis innebære at alle kan komme til fastlegen – men ikke for alt. Prioriteringen kan således påvirke kjerneverdien knyttet til at fastlegen er en førstelinjetjeneste.

Utfordringen mot likeverdige tjenester kan forsterkes ved at noen innbyggere sjelden eller aldri oppsøker helsetjenestene. Fastlegene har i liten grad systemer eller insentiver til å fange opp eller oppsøke slike listeinnbyggere. Dette kan bidra til en skjevhet i fordeling av helsetjenester, og til at det er etterspørselen og ikke behovet, som ligger til grunn for fordeling og prioritering av fastlegens tid. Hvis fastlegen ikke kan imøtekomme all etterspørsel, vil manglende prioritering bety at en annen listeinnbygger med større nytte av helsetjenestene ikke får den hjelpen hen burde. Dette kan gi uønsket variasjon i tjenesten.

Fastlegene har ansvar for alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på sin liste, jf. fastlegeforskriften § 10. Hva som ligger i begrepet "alle allmennlegeoppgaver" er ikke beskrevet nærmere i fastlegeforskriften eller andre lover, forskrifter og forarbeider. Det kan derfor sies at begrepet ikke har et fast eller entydig innhold. Hva som anses som "allmennlegeoppgaver", avgrenses av hva som til enhver tid anses som spesialisthelsetjenestens oppgaver. Det finnes ingen tydelig avgrensning av oppgavene opp mot andre oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En tydeliggjøring av begrepets innhold kan bidra til å avklare nærmere hvilke oppgaver fastlegen skal gjøre og hvilke oppgaver som i utgangspunktet faller utenfor hva innbyggerne kan forvente av fastlegen sin.

En viktig del av fastlegens portvaktrolle, er å kunne si nei til undersøkelser og henvisninger som er formålsløse eller som kan påføre pasienten helseskade. Helsepersonelloven § 6 pålegger alt helsepersonell å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift. Å ikke henvise til en undersøkelse eller behandling som fastlegen med sin fagkunnskap vet er unyttig eller ikke vil medføre helsegevinst – eller kanskje også helseskade – er derfor en viktig oppgave. De siste årene har det blitt økt fokus på overdiagnostikk, og flere av de medisinske fagmiljøene i Norge har laget retningslinjer for hvilke tilstander som ikke trenger nærmere utredning og behandling.

Det er bred enighet om at underdiagnostikk og underbehandling er et problem, men overdiagnostikk og overbehandling er et større problem i omfang fordi langt flere utsettes for dette. Mellom 10 og 34 prosent av

helseutgiftene i OECD-landene er brukt på uheldige eller bortkastede helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c).

For at fastlegen skal prioritere og være en god portvakt inn til seg selv, må flere forutsetninger være på plass. For det første må den faktiske etterspørselen etter fastlegetjenester overgå tilbudet. Dette er et nødvendig premiss for at fastlegen i det hele tatt skal ha et behov for å prioritere. Desto større gapet er mellom tilbud og etterspørsel, desto større blir behovet for å prioritere. Lang kø inn til fastlegekontoret vil forsterke betydningen av å prioritere.

For det andre må fastlegen ha systemer som stimulerer til og gjør det mulig å prioritere blant de som tar kontakt. Ved at innbyggerne i økende grad benytter digitale tjenester, er det mulig å ta direkte kontakt med fastlegen uten noen form for prioritering. Dette gjelder spesielt ved bestilling av legetimer digitalt og i høyeste grad ved bruk av tekstlige e-konsultasjoner. Disse tjenestene gjør det vanskeligere for fastlegen å prioritere sin tidsbruk. En mulig konsekvens er at det i hovedsak er etterspørselen som styrer hvem som får legens oppmerksomhet. I tillegg vil innbyggere med dårlig digital kompetanse, nødvendigvis ha vanskelig for å benytte slike tjenester. Etterspørselen etter digitale tjenester i befolkningen, vil kreve at verktøy for at fastlegen skal kunne prioritere mellom disse, raskt må på plass. I tillegg bør det i større grad være mulig å rute innbyggere til selvhjelpsverktøy og informasjon, når de ikke trenger tid hos fastlegen. Dette kan stimulere til økt helsekompetanse i befolkningen som igjen kan redusere behovet for å kontakte fastlegen. Det kan også legge til rette for at andre helsepersonellgrupper kan håndtere problemstillinger som ikke krever vurdering fra legen.

For det tredje må finansieringssystemet bidra til at det lønner seg for fastlegen å prioritere riktig. I dag har mange fastleger for mye å gjøre, samtidig som høy aktivitet er forutsetningen for inntjeningen. Innretningen på finansieringen gjør at det er lønnsomt for fastlegen å ha mange korte konsultasjoner. Korte konsultasjoner kan være tilstrekkelig for mindre og enkle problemstillinger. Tiltak i primærhelsetjenesten skal vurderes ut fra nytte, ressursbruk, alvorlighet og mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, 2021b). En mer aktiv sortering og prioritering av henvendelser, som i større grad er basert på medisinskfaglige kriterier, kan tenkes å bidra til at fastlegens aktivitet forskyves i retning av pasienter med alvorlige og komplekse problemstillinger. På kort sikt vil fastlegen kunne oppleve at en slik prioritering fjerner enkle konsultasjoner og av den grunn de små pusterommene i arbeidshverdagen. Det vil også kunne medføre at inntjeningen går ned. For å motvirke disse effektene vil det være en fordel om finansieringen av fastlegetjenesten i større grad understøtter at fastlegen prioriterer riktig. Det vises til drøfting av effektene av aktivitetsbasert finansiering i kapittel 5.

For det fjerde må innrettingen av fastlegetjenesten gjøre det mulig for fastlegen å prioritere blant listeinnbyggerne som ikke selv oppsøker fastlegen. Dagens takstsystem belønner gjennomføring av systematisk risikokartlegging av fastlegens listeinnbyggere for å identifisere pasienter med kronisk sykdom med risiko for helse- og funksjonsfall. For den enkelte pasient som identifiseres med risiko, skal det lages en plan for oppfølging som journalføres. Til tross for at det er innført en takst for at fastlegen går gjennom listen, har fastlegens journalsystemer dårlig funksjonalitet for å holde oversikt over og fange opp pasienter som uteblir. En forutsetning for at fastlegen kan prioritere listeinnbyggere med alvorlig sykdom og som ikke selv tar kontakt, er at journalsystemene understøtter denne type aktivitet. Utover at listeinnbyggerne identifiseres og får fastlegens oppmerksomhet, må den øvrige organiseringen av fastlegetjenesten bidra til at oppsøkende virksomhet i praksis er mulig - og blir prioritert.

4.6.2. Fastlegen som portvakt til spesialisthelsetjenesten

Krav om henvisning fra lege for å kunne oppsøke spesialisthelsetjenesten, ble innført samtidig med fastlegeordningen i 2001. BEON-prinsippet innebærer at undersøkelse og behandling av pasienter foregår på det beste effektive omsorgsnivået. Dette innebærer at utredning, behandling og oppfølging som kan gjøres bedre eller like godt i kommunen, ikke bør henvises videre. Fastlegens vurdering av pasientens behov for henvisning til spesialist, vil ha stor betydning for det videre utrednings- og behandlingsforløpet. Det kan derfor være avgjørende for pasienten at fastlegen gjør en riktig vurdering og utøver portvaktfunksjonen kunnskapsbasert og med godt faglig skjønn.

Fastlegens henvisningsbeslutning ligner en diagnostisk test. Fastlegen gjør en vurdering av om spesialisthelsetjenesten kan tilby pasienten bedre helsehjelp enn hva fastlegen kan, og henviser hvis svaret er ja. Fastlegen vil kunne si nei til å henvise hvis fastlegen kan gjøre jobben selv, vet at det ikke har noen hensikt å henvise eller vurderer at det ikke er klokt å gjennomføre det pasienten ønsker. Fastlegen kan gjøre to typer feil i vurderingen. Den første feilen resulterer i en unødvendig henvisning ved at pasienten ikke får bedre helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Den andre feilen er at pasienten som burde ha vært henvist, ikke blir henvist. I det første tilfellet blir det unødvendig ressursbruk. I det andre tilfellet kan det bli et helsetap for pasienten og kanskje mer bruk av ressurser ved at behandlingen bli mer omfattende ved forsinket diagnostikk.

Teoretisk sett, kunne pasienten selv gjort denne vurderingen og oppsøkt spesialisthelsetjenesten hvis egenvurderingen tilsa det. Dersom pasientens egenbetaling er lav, ville trolig mange pasienter oppsøkt spesialisthelsetjenesten. Ulempen er at det blir mange unødvendige undersøkelser og behandlinger i spesialisthelsetjenesten. Kanskje vil også begrenset kapasitet i spesialisthelsetjenesten medføre vilkårlighet i sortering av ventelisten.

Portvaktfunksjonen baserer seg på at fastlegen stiller diagnosen presist. Diagnostisk presisjon (Godager et al., 2017b) dreier seg både om å henvise de som skal henvises og samtidig å unnlate å henvise de som har like stort utbytte av ingen eller annen behandling. Dersom presisjonen var perfekt[14], ville det verken være unødvendige henvisninger eller pasienter som feilaktig ikke blir henvist. Dette er neppe realistisk. Samtidig vil fastlegens legitimitet som portvakt til spesialisthelsetjenesten, avhenge av at fastlegens diagnostiske vurdering er god. Desto bedre diagnostisk presisjon fastlegen har, jo bedre er argumentet for fastlegen som portvakt til spesialisthelsetjenesten. Det blir en større velferdsøkning når «syke» blir henvist og «friske» slipper å bli henvist til spesialisthelsetjenesten. Fastlegen som portvakt, er mindre ønskelig dersom flere av dem som ikke blir henvist, burde vært henvist.

Faktiske henvisningsrater vil kunne påvirkes av finansieringsordninger, og av kapasiteten blant fastlegene og i spesialisthelsetjenesten. Basistilskuddet er uavhengig av omfanget av helsetjenester som fastlegene yter. I teorien trekker basistilskuddet i retning av lange pasientlister, få fastlegetjenester per listeinnbygger og mange henvisninger. Aktivitetsavhengige takster trekker i retning av flere fastlegetjenester per pasient og færre henvisninger. Dersom kapasiteten blant fastlegene er god, vil fastlegene ha mer tid til å ta hånd om helseproblemer som kanskje ville ha resultert i henvisning dersom fastlegekapasiteten hadde vært dårligere. På den annen side vil kanskje muligheten for at en misfornøyd pasient bytter fastlege, trekke i retning av å henvise når pasienten ønsker det. Vi kan derfor ikke uten videre forutsi hva nettoeffekten av kapasitet i fastlegeordningen på antallet henvisninger, blir.

[14] *I diagnostisk språk innebærer dette at både sensitivitet og spesifisitet er 100 prosent.*

Det er flere empiriske undersøkelser av effekt av finansieringsordninger og kapasitet på omfanget av fastlegenes henvisninger. En studie fra Danmark (Krasnik et al., 1990) finner at henvisningsraten til spesialisthelsetjenesten ble redusert når finansieringsordningen ble endret fra basistilskudd til en kombinasjon av basistilskudd og aktivitetsavhengige takster. En studie fra Norge (Godager et al., 2015a) finner ikke at fastlegekapasitet påvirker fastlegenes henvisningsrate til spesialisthelsetjenesten. En annen studie fra Norge (Markussen et al., 2017) finner at fastlegen er mindre streng portvakt til sykmelding når fastlegen har flere ledige listeplasser.

Studier tyder på at det er uforklart variasjon i fastlegenes henvisningspraksis (Ringberg et al., 2013). Riksrevisjonens undersøkelse av henvisningspraksis konkluderer med at unødvendige henvisninger og henvisninger med dårlig kvalitet, fører til at ressursene i helsetjenesten ikke utnyttes på en måte som gir best nytte for pasientene (Riksrevisjonen, 2018). Basert på undersøkelsen, konkluderer de med at mange fastleger jevnlig henviser pasienter til sykehus selv om de ikke forventer medisinsk nytte av videre utredning eller behandling. En nylig studie (Nymoen et al., 2022) av kvaliteten på fastlegenes henvisningsbrev til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, finner at det i 54 prosent av tilfellene var samsvar mellom fastlegens vurdering og vurderingen som blir gjort etter først konsultasjon i spesialisthelsetjenesten. I 27 prosent av tilfellene undervurderte fastlegen hastegraden.

En oppsummeringsartikkel fra 2019 konkluderer med at en portvaktfunksjon er assosiert med lavere helsetjenestebruk og kostnader, og generelt bedre kvalitet, (unntaket var dårligere overlevelse hos kreftpasienter), men også med dårligere pasienttilfredshet. De fleste studiene var utført i USA (Sripa et al., 2019).

Å styrke fastlegens kompetanse og mulighet og rett til å si nei til unødvendige henvisninger og undersøkelser, vil kunne spare helsevesenet for store ressurser. Ikke minst vil det redusere belastningen for pasienten knyttet til uheldige eller bortkastede helsetjenester. Dette er et område som krever mer forskning, men også støtte fra prioriteringshold, fra fagmiljøene som utarbeider retningslinjer, fra tilsynsmyndighetene og fra befolkningen.

4.6.3. Ekspertutvalgets vurderinger

Gitt de utfordringene helsetjenestene står overfor, vil det i tiden som kommer, bli viktigere enn noen gang at fastlegen prioriterer blant innbyggerne. Dette krever at finansiering, organisering og øvrige systemer tilrettelegger for at fastlegen kan gjøre gode vurderinger.

Kontinuitet gjør at mer omfattende sykehistorie og dermed bedre beslutningsgrunnlag er tilgjengelig. Diagnostisk teknologi på legekontoret kan bidra til å forbedre grunnlaget for henvisningsbeslutninger. Det vil være mer lønnsomt å ha diagnostisk utstyr i en stor fastlegepraksis enn i en liten fastlegepraksis både fordi utstyret bli mer brukt og fordi trening i tolkning av prøvesvar kan bidra til bedre henvisningsbeslutninger. Det vil også være mer lønnsomt å innføre diagnostisk utstyr i allmennpraksis for hyppige forekommende tilstander enn for sjelden forekommende tilstander, siden liten sykdomsforekomst trekker i retning av mange falske positive for ellers like testegenskaper.

Hvor godt en test treffer, vil avhenge av sykdomsforekomsten blant de som blir testet. Økt sykdomsforekomst bidrar til færre unødvendige henvisninger. Sykdomsforekomsten blant innbyggere som oppsøker fastlegen, varierer. Desto mer kompetanse innbyggerne har til å vurdere behovet for legehjelp, desto bedre blir de til å oppsøke legen når de er så syke at de trenger legens diagnostikk og behandling – og ikke ellers. Når bare de som faktisk trenger legens hjelp, er de som oppsøker legen – og ikke de andre – vil pågangen til fastlegen reduseres. Videre vil sykeligheten blant de som oppsøker fastlegen være høyere. En økning i

sykdomsforekomsten på legekontoret vil derved minske sjansen for unødvendige henvisninger. Større sykdomsforekomst blant de som kommer til fastlegen, kan trolig oppnås ved bedre kunnskap om helse og sykdom blant innbyggerne, jf. tekst over om fastlegen som portvakt til seg selv og behovet for økning i innbyggernes helsekompetanse.

Fastlegens kompetanse vil påvirke vurderingen av ulike tilstander. Tilgang til retningslinjer, veiledere og oppdatert kunnskap kan gi støtte når vanskelige vurderinger og prioritering skal gjøres. Mulighet for rådføring med spesialist, vil kunne avklare behovet for henvisning. For å tilrettelegge bedre for drøfting av henvisninger og avklare informasjonen i disse, mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten, mener ekspertutvalget at det bør vurderes å endre fristene i pasient- og brukerrettighetsloven. Et annet tiltak kan være å stimulere til mer forskning i klinisk beslutningslære med primærmedisinsk utgangspunkt.

Ut fra bestemmelsen i fastlegeforskriftens § 21 skal fastlegen prioritere sine listeinnbyggerne ut i fra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og normalt innen fem arbeidsdager. Ved økende pågang til fastlege og mangel på kapasitet i tjenesten, vil det etter ekspertutvalgets vurdering være behov for at fastlegene - mer enn i dag - prioriterer blant sine listeinnbyggere. For å kunne ha kortere ventetid og bruke mer tid på innbyggere som trenger legens hjelp mest, innebærer det at andre må vente. For at fastlegen i framtiden skal gi likeverdige helsetjenester til sine listeinnbyggere, vil det være helt nødvendig at fastlegen gir lengre ventetid til henvendelser som ikke haster.

Antall e-konsultasjoner har steget kraftig de siste årene. Etter at fastlegene kunne ta takst for e-konsultasjoner utenfor vanlig arbeidstid, har andelen som jobber med pasientkontakt utover kvelden økt betydelig. E-konsultasjoner er ofte enkle og korte konsultasjoner. Uten mulighet for å sortere og prioritere blant disse, vil mengden e-konsultasjoner kunne gå på bekostning av fastlegens evne til å yte helsetjenester til de som trenger det mest. Ekspertutvalget mener derfor det er nødvendig å begrense antall e-konsultasjoner.

Det er grunn til å tro at en høy takst for svært korte konsultasjoner, er en uhensiktsmessig driver for fastlegens aktivitet. Danmark har betydelig lavere takster for e-konsultasjon enn Norge. I Norge er det samme takst for bruk av telefon, tekst, video og fysisk oppmøte. Kveldstakst for e-konsultasjon stimulerer fastlegen til å arbeide på kveld og helg, da dette gir en adskillig høyere inntjening. Ekspertutvalget kan ikke se at det er tilstrekkelig medisinskfaglig grunnlag for å understøtte forventninger om denne typen kveldsarbeid for fastlegene, ei heller at en slik utvikling er bærekraftig på sikt. Ekspertutvalget anbefaler derfor at muligheten for å benytte kveldstakst for e-konsultasjon for fastleger fjernes.

I tillegg til å dempe fastlegens aktivitet knyttet til e-konsultasjoner, bør det også legges en demper på innbyggernes etterspørsel. Et mulig tiltak kan være å innføre krav til forhåndsbetaling av egenandel før innsending av tekstlig e-konsultasjon. Dette vil ikke gjøre noe med tilgangen til tjenesten, men ekspertutvalget tror det vil medføre at innbyggeren i større grad vurderer behovet for den type kontakt med fastlegen. I tillegg bør det stilles krav til at innbyggerne avgir tilstrekkelig informasjon om sine plager. Dette vil gjøre det mulig for fastlegen å sortere etter hastegrad og håndtere problemstillingen uten å måtte etterspørre informasjon i flere omganger. En statlig allmennmedisinsk nettside med formål om å øke befolkningens helsekompetanse vil kunne redusere behovet for legehjelp. Det vises til omtale av dette, sammen med nasjonal e-konsultasjonstjeneste og utprøving av digitalt triageringsverktøy i kapittel 10.8.

Det er ekspertutvalgets forståelse at aktiv prioritering av pasienter og aktiviteter er en fundamental del av fastlegens medisinskfaglige skjønnsutøvelse, og at fastlegeforskriftens angivelse av at listeinnbyggerne normalt skal tilbys konsultasjon innen fem dager, ikke egentlig er til hinder for dette. Ekspertutvalget mener likevel at fastlegens mulighet til å utøve sitt medisinskfaglige skjønn bør styrkes ytterligere for å sikre

likeverdige tjenester, og at fastlegeforskriftens formulering i § 21 om at listeinnbyggeren normalt skal få tilbud om konsultasjon innen fem arbeidsdager derfor bør fjernes.

4.7. Gruppeavtaler og fastlegeselskap

4.7.1. Om gruppepraksiser og utfordringer med dagens organisering

En gruppepraksis består av flere fastleger, som med hver sin hjemmel, er samlokalisert i et legekontor. Gruppepraksiser legger til rette for kollegial og faglig støtte, samtidig som legene kan dele på de administrative oppgavene og kostnadene som følger med det å drive en næringsvirksomhet, som husleie, innkjøp av forbruksmateriell og utstyr, ansettelse av medarbeidere, IT- og telefonsystemer og lignende. Legene kan også dekke opp for hverandre ved kortvarig fravær, noe som bedrer arbeidssituasjonen for fastlegene selv, og bidrar til bedre kontinuitet for listeinnbyggerne.

Selv om legene er samlokalisert i en gruppepraksis, legger rammeverket for fastlegeordningen fortsatt opp til at det skal inngås individuelle fastlegeavtaler mellom kommunen og den enkelte lege, og individuelle oppgjørsavtaler mellom legen og Helfo. Legen har et individuelt ansvar for takstbruk og er selv ansvarlig for å oppfylle lov- og forskriftsfestede krav for sin virksomhet. Legene jobber altså fortsatt for seg selv, selv om de er samlokaliserte, og en gruppepraksis består dermed i realiteten av flere, små samarbeidende solopraksiser under samme tak. Man kan derfor si at rammeverket for dagens fastlegeordning i all hovedsak er utformet for solopraksis.

Ved drift i gruppepraksis er det vanlig at den enkelte lege har et enkeltpersonforetak, mens legekontoret er organisert i et eget selskap, eksempelvis et aksjeselskap eller et selskap med begrenset ansvar. Legene i gruppepraksisen eier vanligvis like deler i legekontorselskapet og avgjørelser baseres normalt enten på konsensus legene imellom, eller ut fra det legene har avtalt seg imellom og fastsatt i selskapets vedtekter. Legekontoret som sådan, har ingen plikter eller rettigheter og er ikke avtalepart overfor kommunen.

Dialogen med fastlegene må i dagens system i stor grad gå mellom kommunen og den enkelte lege. Rammeavtalen fastsetter at kommunen skal ta initiativ til å opprette allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg

som skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene, og mellom legene og kommunen, og legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte (KS, 2021). Slike utvalg kan bidra positivt til kommunens styring av tjenesten, men kommunen vil fortsatt ha behov for kontakt med den enkelte fastlege om løpende oppfølging av ansvaret de har påtatt seg på vegne av kommunen. Dette kan vanskeliggjøres av mange små aktører, også der legene hovedsakelig er organisert i gruppepraksiser. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved om måten fastlegeordningen organiseres på, slår uheldig ut for kommunens mulighet til å profesjonalisere ledelsen av fastlegene og for å tilrettelegge tjenesten slik at den i tilstrekkelig grad ivaretar innbyggernes behov.

Det er grunn til å stille spørsmål ved om dagens organisering i små enheter, der hver lege er ansvarlig for sin egen virksomhet, bidrar nok til å fremme innovasjon, tverrfaglighet og oppgavedeling i tjenesten. Videre om det ikke vil være lettere å arbeide med tjenesteutvikling i større virksomheter, enn det fastlegetjenestens rammer tilrettelegger for i dag.

Ekspertutvalget er bedt om å utrede om kommuner og fastleger skal kunne velge avtale med en gruppe fastleger, som alternativ til individuell fastlegeavtale. Det kan tenkes ulike former for slike gruppeavtaler sammenlignet med dagens individuelt rettede organiseringsform. Utvalget har særlig vurdert to innretninger på gruppeavtaler, der den ene innebærer mindre justeringer sammenlignet med dagens gruppepraksiser, mens den andre vil innebære en annerledes måte å organisere fastlegetjenesten på. I det følgende vil utvalget redegjøre nærmere for disse to modellene.

4.7.2. Avtaler mellom en gruppepraksis og kommunen

En måte å tilrettelegge for gruppeavtaler på er å la enkelte elementer i de individuelle fastlegeavtalene heller inngå i en avtale mellom kommunen og legekontoret. Mange av pliktene som i dag er pålagt den enkelte fastlege, kan egne seg godt som legekontorets plikter, eksempelvis kravene til åpnings- og telefontider, styringssystem for internkontroll, elektroniske pasientjournalsystemer, rapportering av data til styrings- og kvalitetsformål og innretning av praksisen for å ivareta ulike typer fastlegeoppgaver, herunder ekstratjenester som vaksinasjon og lignende. Videre vil kommunen kunne inngå avtale med legekontoret om tilrettelegging for studentpraksis, LIS1-stillinger og avtaler om ALIS. Avtalen mellom gruppepraksisen og kommunen vil komme i tillegg til de individuelle fastlegeavtalene som fortsatt vil regulere blant annet listelengde og deltakelse i andre allmennlegeoppgaver og legevakt.

I utgangspunktet må legene i gruppepraksisen være enige om hvilke elementer som skal inngå som en del av praksisens avtale med kommunen, og ikke i den enkeltes fastlegeavtale. Videre kan det også legges til rette for at en representant for gruppepraksisen, eksempelvis selskapets daglige leder hvis selskapet har dette, kan uttale seg på vegne av alle legene på kontoret, med bindende virkning. Daglig leders, eller representantens, ansvar og fullmakter kan defineres nærmere i praksisens vedtekter. På den måten vil det komme tydelig fram hvilke beslutninger som kan tas av daglig leder/representanten, og hvilke som må avklares med hver enkelt lege i gruppepraksisen.

Å tilrettelegge for et slikt avtaleforhold vil innebære liten risiko for de involverte partene. Det vil lett kunne gjennomføres, uten å måtte omstrukturere fastlegeordningen i vesentlig grad. Kommunen vil fortsatt måtte inngå individuelle fastlegeavtaler med den enkelte fastlege som regulerer listelengde, deltakelse i andre allmennlegeoppgaver samt andre relevante forhold. Den enkelte fastlegen vil fortsatt ha listeansvaret for innbyggerne på sin liste. Forskjellen, sammenlignet med dagens gruppepraksiser, er at legekontoret i større grad ansvarliggjøres og at dialog i større grad kan skje mellom kommune og legekontor framfor med hver enkelt lege. Dette kan bidra til å lette kommunens oppfølging av fastlegene sammenlignet med dagens organisering. En slik løsning vil imidlertid kunne oppleves negativt for enkelte leger. En viktig opplevd fordel

ved fastlegeyrket er å i stor grad kunne ha sin egen, personlige praksisprofil innenfor rammen av forskrift, forsvarlighet og samarbeid med andre. Denne autonomien er for mange fastleger viktig. Noen leger vil dermed kanskje ikke ønske å gi daglig leder mulighet til å ta avgjørelser som påvirker deres praksis.

En slik modell for gruppeavtale vil innebære mindre justeringer sammenlignet med dagens gruppepraksiser. Hvor mye ansvar som legges til daglig leder, vil kunne variere. I tillegg vil hver enkelt lege i praksisen fortsatt ha individuelle fastlegeavtaler med kommunen.

Det kan lages standardiserte avtaler som lister opp vanlige elementer i gruppepraksisens avtale med kommunen. De standardiserte avtalene kan blant annet tydeliggjøre hvordan kommunen skal følge opp gruppepraksisen sett i forhold til de individuelle avtalene, for å redusere eventuell risiko for ansvarspulverisering og fragmentering i avtalene. De standardiserte avtalene kan også tydeliggjøre hvilke følger brudd på avtalen kan få for gruppepraksisen og eventuelt for den enkelte lege, eksempelvis konsekvenser ved mislighold av tilgjengelighetsbestemmelser eller lignende.

4.7.3. Gruppeavtaler der listeansvaret legges til legekontoret

En annen modell for gruppeavtaler kan være å åpne for at kommunen ikke inngår individuelle fastlegeavtaler med hver enkelt lege, men at det i stedet inngås avtale mellom kommunen og legekontoret, som ivaretar alle forhold i fastlegeavtalen. Legekontoret vil da få et samlet og overordnet ansvar for å sørge for fastlegetjenester til innbyggerne på selskapets liste. Ordningen skiller seg altså fra dagens organisering i gruppepraksiser og i praksiser med fellesliste, samt fra beskrivelsen over, av den enklere modellen for gruppeavtaler, ved at det ikke inngås individuelle avtaler mellom den enkelte lege og kommunen.

Dette vil kunne innebære en større endring i hvordan kommunene kan organisere fastlegetjenestene sine, ved at det vil åpne for at kommunen kan inngå avtaler med andre typer rettssubjekter, organisert i ulike selskapsformer, eller i større grad drifte legekontor selv.

Det sentrale spørsmålet er om en slik måte å organisere fastlegetjenesten på kan være et godt supplement til dagens organisasjonsformer. Dersom det skal være aktuelt å åpne for slike avtaler, vil det, etter ekspertutvalgets mening, være basert på at en slik modell kan bidra til en fastlegetjeneste som har tydelig ledelse, som er tettere knyttet til de øvrige helse- og omsorgstjenestene i kommunen, og som tilrettelegger for innovasjon, kunnskapsdeling og hensiktsmessig fordeling av oppgaver og ansvar.

Å åpne for en slik måte å organisere tjenestene på, vil naturligvis ikke tilsi at dagens ordning med individuelle fastlegeavtaler må endres. Slike gruppeavtaler vil kunne være et supplement til dagens organisasjonsformer, herunder dagens gruppepraksiser. Fastleger som trives godt med det individuelle ansvaret, vil kunne fortsette med det og inngå i individuelle fastlegeavtaler, slik som i dag, dersom kommunene ønsker det.

Et sentralt spørsmål er om organisering med gruppeavtaler vil kunne medføre økte kostnader for fastlegetjenesten, sammenlignet med dagens organisasjonsmodeller. Hvor mye kostnadene eventuelt vil øke, må undersøkes nærmere og vil avhenge av den nærmere innretningen på slike avtaler, samt innretningen på finansieringsmodellene, herunder eventuell innføring av profesjonsnøytrale takster og kvalitetselement i basistilskuddet. Det må vurderes om fordelene med en slik organisasjonsmodell kan veie opp for de eventuelle ulempene med økte kostnader.

Boks 4-1: Organisering av fastlegeordningen ved SiO Helse

Siden 1954 har legene ved Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo stått for et bredt allmennlegetilbud til studenter og ansatte. Da fastlegeordningen ble innført, ble allmennlegetilbudet for studenter og ansatte ved Universitet i Oslo en del av denne. Pasientgrunnlaget ble videreført, og den særskilte bruksretten er tatt inn i forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 3.

Fastlegetilbudet ved SiO Helse er regulert i en avtale med Oslo kommune. I avtalen er det SiO Helse som tildeles og disponerer hjemlene, og som ansetter legene. Det er samarbeid med kommunen, blant annet om opprettelse av flere fastlegehjemler.

Fastlegetjenesten ved SiO Helse er lokalisert i en egen seksjon. I tillegg er det egne seksjoner for psykisk helse og rådgiving, sekretærtjeneste og tannhelse. I disse enhetene jobber det psykologer, psykologspesialister, psykiatere, sosionomer, psykomotorisk fysioterapeut og tannleger. Alle seksjoner er samlokalisert.

Allmennseksjonen ved SiO Helse består av 15 fastleger, LIS1, en helsesykepleier og to sykepleiere. Seksjonen ledes av seksjonsoverlege, som i tillegg til budsjett- og personalansvar, har det overordnede medisinske ansvaret for tjenesten. Elleve av femten fastlegehjemler er besatt av spesialister i allmennmedisin. For en fastlege i 100 prosent stilling er listetaket per i dag 1150 listeinnbyggere.

Tjenesten er finansiert gjennom basistilskudd og takster, på lik linje med ordinær fastlegetjeneste og skal gå med positiv driftsmargin når kostnader til lønn, husleie, IT, helsesekretær, overhead og materialer er regnet inn. Fastlegene har fastlønn med bonus. Lønnsmodellen angis å gi høy produksjon. I tillegg oppleves ordningen som rettferdig, ved at leger som påtar seg ekstrabelastning med lange dager og mange konsultasjoner, kompenseres for dette.

Det legges til rette for deltakelse på kurs og kompetanseheving. Spesialister i allmennmedisin har overlegepermisjon, på samme måte som sykehusleger, hvert 5. år. Det er faste felles møter, fagdager og samarbeid på tvers av yrkesgruppene i andre seksjoner knyttet til utvikling av tjenesten og digitale tilbud.

Legene samarbeider på tvers av seksjonen med psykologer og psykiatere, tannleger, sosionomer og ernæringsfysiolog om oppfølgingen av pasienter.

Enkelte allmennlegeoppgaver utføres av annet personell enn legene. Helsesykepleier har samtaletilbud knyttet til kropp og seksualitet, prevensjonsveiledning, forskrivning av prevensjon og innsettelse av p-stav. Sykepleiere driver vaksinasjonspoliklinikk, sårskift, testing og MRSA-sanering, og gjør annet skiftestuearbeid.

4.7.3.1. Tydelig ledelse kan fremme innovasjon og tett kontakt med kommunen

Organisering av fastlegeordningen i gruppeavtaler med legekontoret vil, som nevnt, innebære at ansvaret for å tilby fastlegetjenester løftes fra den enkelte fastlege og over på legekontoret. Fastleger, og andre ansatte tilknyttet legekontoret, vil fortsatt utøve oppgavene i fastlegeordningen overfor innbyggerne på listen. Legekontoret som sådan vil være ansvarlig for tjenestene som ytes. En slik organisering av fastlegetjenesten, der ledelsen for legekontoret har et helhetlig ansvar for tjenestene som utføres, vil være en mer vanlig form for organisering og ledelse, sammenliknet med både offentlig og privat sektor.

Legekontorets leder vil måtte ha en vesentlig del av sin stilling avsatt til ledelsesoppgaver. Der fastlegeavtalen inngås med et næringsdrivende legekontor, vil kommunen primært ha behov for løpende kontakt med daglig leder av legekontoret. Dette kan bidra til at kommunen får bedre kontakt med de næringsdrivende aktørene i fastlegeordningen, som igjen vil kunne styrke kommunens oppfølging av tjenesten. Det kan også stimulere til bedre kontakt og rutiner for samarbeid på systemnivå, mellom legekontoret og andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Samtidig vil mer ledelse, på bekostning av ordinært legearbeid, dersom daglig leder er lege, ha en ekstra kostnad og legge beslag på legekapasitet.

At ansvaret løftes fram på denne måten, vil kunne bidra til tydeligere ledelse av fastlegetjenesten sammenlignet med i dag, hvor hver enkelt lege i stor grad leder seg selv. Profesjonalisert ledelse kan gi grunnlag for å arbeide annerledes enn i dag, ved at legekontoret får insentiver til å finne bedre eller mer effektive måter å løse oppgavene på. Det kan videre også være enklere å skape rom for innovasjon i en større virksomhet enn i et enkeltpersonsforetak, blant annet fordi en større virksomhet kan bidra til en arbeidsdeling som gir tid til å tenke nytt og annerledes. På samme måte kan det legges bedre til rette for arbeid med systematisk kvalitetsforbedring, kompetanseheving og utdanningsvirksomhet. Det kan også tenkes å i større grad kunne stimulere til, og prioritere, forskning.

4.7.3.2. Mulighet for faste ansettelsesforhold og færre administrative oppgaver

Både dersom gruppeavtale inngås med et næringsdrivende legekontor og med et kommunalt drevet legekontor, er det naturlig å se for seg at legekontoret vil ansette leger og annet nødvendig personell for å utøve de fastlegetjenestene som legekontoret har påtatt seg ansvar for. Det vil være opp til legekontoret om personellet skal være næringsdrivende, ansatt, eller en kombinasjon av begge deler. Dette vil kunne bidra til å sikre leger som ønsker det, et ansettelsesforhold, samtidig som næringsdriftsmodellen kan opprettholdes.

Legene som ansettes ved legekontoret, vil i større grad kunne fokusere på det kliniske arbeidet, og i mindre grad enn ved dagens organiseringsmodeller måtte bruke tid på administrativt arbeid knyttet til det å drive sin egen virksomhet, som selvstendig næringsdrivende. De administrative oppgavene vil tilligge legekontorets ledelse, slik at den høyt spesialiserte kompetansen til legene i størst mulig grad kan benyttes i det pasientrettede arbeidet. Dette vil kunne bidra til en fastlegetjeneste med større fokus på oppgavedeling enn dagens organisering. Oppgavedeling hvor leger i større grad bruker tid på rene legeoppgaver og hvor andre oppgaver kan løses av andre, vil også være i tråd med Helsepersonellkommisjonens anbefaling om en bærekraftig tjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c).

SiO Helse tilbyr i dag fastlegene ansettelse, der fastlegene ansettes med fastlønn og bonus. Samtidig inngår fastlegetjenesten i SiOs konsernmodell, som gir støtte for HR, lønn, økonomi og andre administrative oppgaver. Dette medfører at legene primært arbeider klinisk og pasientrettet, uten å måtte bruke tid på drift og administrasjon.

I en undersøkelse fra 2020 av hvilke leger som velger seg bort fra allmennmedisin og hvorfor, ble administrativ byrde og lite faglig miljø trukket fram som viktige årsaker til at leger valgte seg bort fra allmennmedisin (Birkeli et al., 2020). Lite faglig nettverk, lite samarbeid med andre kolleger, at det er kostbart å etablere egen praksis og at en ikke ønsket å være selvstendig næringsdrivende, er eksempler på andre årsaker til å velge bort og til å slutte i allmennpraksis for legene som ble forespurt. Legekontor med gruppeavtale vil kunne gi mulighet for ansettelsesforhold og færre administrative oppgaver, samt tilrettelegge for et enda større fagmiljø enn dagens gruppepraksis. Dette kan virke rekrutterende for å få nye leger inn i ordningen og kan bidra til å beholde erfarne fastleger.

En konsekvens av at ansvaret for å yte fastlegetjenester ligger hos legekontoret, kan være at legekontoret selv kan eller må ha direkteoppgjørsavtale med Helfo, og at de ansattes refusjonskrav sendes inn på vegne av selskapet. Det kan tenkes at legekontoret vil kunne være ansvarlig for legenes refusjonskrav, og at dersom det oppdages feil i takstbruken ved kontroll, vil Helfo måtte framsette tilbakebetalingskrav overfor selskapet, og ikke den enkelte lege. Dersom legekontoret er kommunalt, vil det kunne være kommunen som inngår direkteoppgjørsavtalen og står som ansvarlig ved feil takstbruk. En slik løsning vil i tilfelle kreve endringer i finansieringssystemet, og det vil måtte bero på en helhetlig vurdering om en slik endring i ansvar vil være riktig, ettersom det vil utgjøre en ekstra risiko for eiere av legekontoret å skulle være økonomisk ansvarlig for slik tilbakebetaling dersom ansatte benytter takstene feil, eller misbruker takstsystemet. God og tydelig ledelse av legekontoret vil imidlertid kunne bidra til å sikre at selskapet har kontroll med takstbruken til fastlegene, og redusere risikoen for feil takstbruk. Alternativt kan det åpnes for å kombinere gruppeavtale med en videreføring av det individuelle ansvaret for takstbruk.

Leger, og eventuelt annet helsepersonell, kan også være selvstendig næringsdrivende i legekontoret. Den enkelte vil da inngå avtale med legekontoret om å yte tjenester innenfor rammene av kontorets avtale med kommunen. Eksempelvis kan det tenkes at selvstendig næringsdrivende helsepersonell betaler et vederlag for leie av kontorplass, bruk av administrative ressurser og lignende til legekontoret, mot å yte en viss mengde tjenester. For legen kan det innebære å få ansvar for et gitt antall av legekontorets listeinnbyggere. Den selvstendige næringsdrivende vil på den måten i praksis fungere som en underleverandør til legekontoret. Dette vil imidlertid forutsette at regelverket og/eller kommunen tillater at fastlegeselskapet organiserer seg på en slik måte. Dersom legekontoret er kommunalt, vil organiseringsmodellen med selvstendig næringsdrivende leger i det kommunale legekontoret ligne på dagens modell med 8.2-avtaler.

4.7.3.3. Økt tverrfaglighet og hensiktsmessig oppgavefordeling

Gruppeavtaler vil også kunne være en egnet organisasjonsmodell for å tilrettelegge for mer tverrfaglighet og oppgavedeling mellom ulike personellgrupper enn hva som er tilfelle i dagens organisasjonsmodeller. Legekontor med gruppeavtale kunne være av betydelig størrelse, og ivareta fastlegetjenester til en stor gruppe innbyggere.

Økt tverrfaglighet i fastlegetjenesten beror imidlertid ikke kun på at det finnes organisasjonsmodeller som legger til rette for større frihet i å utøve en annen arbeidsfordeling enn i dag. Det er også viktig at andre rammebetingelser, herunder særlig finansieringsordningene, tilrettelegger for økt tverrfaglighet.

Det vises til kapittel 6 for nærmere drøftelse av tverrfaglighet i fastlegetjenesten.

4.7.3.4. Kontinuiteten i forholdet mellom innbygger og fastlege kan bestå

Et viktig hensyn i vurderingen av om gruppeavtaler med legekontor er ønskelig, er hensynet til kontinuitet i forholdet mellom listeinnbyggeren og fastlegen. Dette er en grunnleggende forutsetning ved dagens fastlegeordning, som innebærer at hver innbygger skal ha en fast lege. Dersom det legges opp til at innbyggernes tilknytning til fastlegetjenesten vil være med legekontoret som sådan, og ikke med den enkelte lege, kan en ulempe være at den nære tilknytningen mellom legen og den enkelte listeinnbygger svekkes.

Det vil imidlertid være mulig å organisere gruppeavtaler med et krav om at innbyggerne, som i dag, fortsatt skal ha en fast lege å forholde seg til. Man kan se for seg en løsning der innbyggeren velger hvilket legekontor vedkommende ønsker å tilhøre, og deretter velger seg en fastlege ved det aktuelle kontoret. Forskjellen fra dagens system vil være at legekontoret selv vil kunne ansette eller inngå avtale med legene som kan velges som fastleger ved legekontoret, mens det i dag er kommunen som må tildele hjemlene til hver enkelt lege som skal kunne velges som fastlege av innbyggerne.

Samtidig som kontinuiteten mellom legen og den enkelte innbyggeren kan ivaretas, kan en også tenke seg at denne typen gruppeavtaler kan åpne opp for at innbyggere som ikke ønsker det, eller har behov for det, ikke må velge seg en fast lege. Det kan hende det vil være tilstrekkelig for enkelte innbyggere å kun være tilknyttet et legekontor, og at innbyggerens behov for helsehjelp ivaretas av den til enhver tid tilgjengelige legen. Det kan tenkes at det å tilhøre et legekontor kan medføre økt stabilitet for enkelte pasienter. Dette vil ligne på løsningen med kompaniskapspraksiser i Danmark, hvor det er vanlig å velge seg til en praksis framfor en spesifikk lege. Dette vil nok først og fremst være aktuelt for innbyggere som sjelden har behov for å benytte fastlegen, og som derfor også i liten grad har behov for at legen kjenner sykdomshistorikk og lignende.

I Sverige går man nå i større grad bort fra en løsning der innbyggerne kun har tilknytning til helsesenteret (vårdcentralen). Gjennom *God och nära vård-reformen* er det nylig vedtatt lovbestemmelser som gir innbyggerne en lovfestet mulighet til å velge en fast lege, og det er en målsetting med reformen at flere skal få en fast legekontakt. Formålet med å sikre en fast legekontakt til pasientene er å møte pasientens behov for trygghet og kontinuitet, og det understrekes at slik kontinuitet i pasient-lege-relasjonen også vil innebære fordeler for legen (Socialstyrelsen).

Det er de samme hensynene som Sverige nå trekker fram, som var styrende da Norge gjennomførte fastlegereformen. Formålet med fastlegereformen var nettopp å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten ved at alle som ønsket det, skulle kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Reformen skulle bidra til større trygghet, bedre tilgjengelighet og bidra til kontinuitet i lege-pasient-forholdet (*Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen)*). Å åpne for at ikke alle innbyggere skal ha en fast lege, vil kunne uthule disse viktige prinsippene ved fastlegeordningen. Det vil kunne være risikofylt å gjøre slike endringer i fastlegeordningen uten at det vurderes nøye hvilke uheldige konsekvenser dette kan få. Et eksempel på en uheldig konsekvens kan være at dersom fastlegene fortsatt skal prioritere sine egne listeinnbyggere framfor andre personer med behov for time, vil det for innbyggere tilknyttet et legekontor, men ikke en konkret lege, kunne være mer utfordrende å få time ved behov, kanskje særlig dersom legene ved kontoret har mange faste innbyggere på sine individuelle lister. En annen konsekvens, kan være at det blir mindre klare ansvarsforhold om oppfølgingen av innbyggere som kun er knyttet til legekontoret og ikke til en konkret lege og at det er vanskelig å forutse et framtidig behov for helsetjenester. Etter ekspertutvalgets vurdering er det sterke argumenter for at innbyggerne fortsatt skal velge seg en fastlege, også i en modell med gruppeavtaler.

4.7.3.5. Kommunen kan inngå avtale med et fastlegeselskap

Ettersom det er vanligst at kommunen inngår avtaler med næringsdrivende om å yte fastlegetjenester, er det naturlig å se for seg at bruk av gruppeavtaler knyttes til en organisasjonsmodell der det er et næringsdrivende selskap som er kommunens avtalepart. En modell der gruppeavtalen inngås mellom kommunen og et selskap vil innebære at selskapet får et samlet og overordnet ansvar for å sørge for fastlegetjenester til innbyggerne på selskapets liste.

Ekspertutvalget har valgt å omtale virksomheten/selskapet som i slike tilfeller vil kunne inngå avtale med kommunen, som et fastlegeselskap. Begrepet er valgt for å synliggjøre den sentrale forskjellen mellom en slik ordning og både dagens gruppepraksiser, bruk av felleslister, den alternative modellen for gruppeavtaler som drøftes innledningsvis, og en modell der kommunen selv drifter legekontor.

Et viktig spørsmål i utredningen og vurderingen av om det bør åpnes for organisering i fastlegeselskap er hvem som kan eie selskap som inngår avtaler med kommunen. Sentralt i en slik drøfting er om det bør være et krav at fastlegeselskapet eies av fastlegene selv, eller av ideelle organisasjoner eller lignende. I realiteten handler dette om i hvilken grad det skal åpnes for at større kommersielle aktører kan inngå avtaler med kommunen om å yte fastlegetjenester til innbyggerne. Dagens organisering av fastlegetjenesten forhindrer at større virksomheter drifter fastlegetjenesten, blant annet gjennom krav til at det skal inngås individuelle fastlegeavtaler og individuelle direkteoppgjørsavtaler. Dersom det åpnes for at kommunen kan inngå avtaler med fastlegeselskap, må disse kravene endres og spørsmål knyttet til hvem som får adgang til å eie og drifte fastlegeselskap må vurderes og reguleres.

Eierskap av kommersielle aktører bør begrenses

Fastlegeordningen er en offentlig helsetjeneste, finansiert av offentlige midler, som er strengt regulert gjennom fastlegeforskriften, avtaleverket og takstsystemet. Det er mye som taler for at det vil være uheldig å åpne for at rent kommersielle aktører kan drifte fastlegetjenesten på vegne av kommunene, uten at det stilles krav som bidrar til å sikre tilstrekkelig offentlig kontroll. NOU 2020: 13 Private aktører i velferdsstaten (velferdstjenesteutvalget), har kartlagt private tilbydere av velferdstjenester og pengestrømmen i disse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b). Utredningen viser en økning i store kommersielle foretak blant de kommersielle aktørene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten de siste årene. Flere av de kommersielle aktørene er eid av store utenlandske konsern og enkelte er eid av Private Equity-fond (PE-fond). I slike selskaper vil det offentliges midler kunne bli ført ut av landet og ikke bli brukt til det beste for fellesskapet. Utredningen peker på at det har vært knyttet særlig bekymring til aktører eid av PE-fond, særlig i Sverige og i USA. Slike foretak har ofte sterke insentiver til å øke verdien i et selskap, fordi PE-fondet i utgangspunktet eier selskapet for å få fortjeneste ved salg, og det er bekymring for at dette kan gå på bekostning av kvaliteten i tilbudet.

På bakgrunn av dette, bør det stilles krav til fastlegeselskaps eierskap. Dette kan for eksempel være å lovfeste krav som begrenser hvem som kan eie eller drifte slike selskap. En slik løsning er blant annet valgt for advokatforetak og apoteker.

Boks 4-2: Eksempler på krav til eierskap: Advokatforetak og apotek

For å være eier, eller deltaker, i et advokatforetak stilles det krav om at vedkommende må utøve en «vesentlig del av sin yrkesaktivitet» i selskapet, jf. domstolloven § 231 andre ledd første punktum (Lov om domstolene (domstolloven) 1915). Det er ikke krav om at eierne er advokater, slik at også annet personell kan eie et advokatforetak, men vedkommende må altså utøve en vesentlig del av sin yrkesaktivitet i selskapet. Et slikt krav er blant annet begrunnet i at det vil være uforenlig med prinsippet om at advokater skal være økonomiske- og faglig uavhengige, dersom andre enn de personer som har tilknytning til selskapet, kan eie andeler i selskapet og dermed påvirke driften (Det kongelige justis- og beredskapsdepartement, 2021; Justis- og politidepartementet, 1990).

For apoteker stilles det krav til både hvem som kan gis konsesjon til eierskap av apotek, og til hvem som kan gis konsesjon til å drifte et apotek. Kravene som stilles til eierskap av apotek, begrenser i hovedsak legemiddelforskrivere og farmasøytisk industri fra å eie apotek, jf. apotekloven § 2-3 (Lov om apotek (apotekloven), 2000). Begrunnelsen for disse begrensningene er for legemiddelforskrivere at koblinger mellom eierskap av apotek og forskrivningsrett kan gi insentiver til økt forskrivning. For farmasøytisk industri er begrensningen begrunnet i det åpenbare uheldige konkurransemessige ved at alle ledd i legemiddelomsetningskjeden skal kunne kontrolleres av én aktør (Ot.prp. nr. 29 (1998–99). Om lov om apotek (apotekloven)— Ny apoteklov som ledd i en samlet gjennomgang av legemiddelpolitikken). Apotekloven § 3-2 stiller som krav for å få rett til driftskonsesjon, at søker blant annet har autorisasjon som provisorfarmasøyt og skal være daglig leder for apoteket. Dette er begrunnet i hensynet til at alle apotek bør ha tilgang til den teoretiske kompetanse som farmasøyter innehar.

Tilsvarende krav med tilsvarende begrunnelse kan også være relevant å vurdere i spørsmålet om krav til eierskap av fastlegeselskaper. Integritet og uavhengighet er viktige etiske prinsipper for leger, og det vil være klart uheldig dersom økonomiske hensyn spilte for stor rolle i å påvirke hvordan fastlegene utførte sine oppgaver og prioriterte sine pasienter. Videre kan det være gode grunner til at lederen av et selskap som primært skal yte legetjenester til innbyggerne, selv innehar legekompetansen.

Fastlegeselskap skiller seg imidlertid fra advokat- og apotekforetak ved at tjenestene som skal ytes i selskapet, i hovedsak vil finansieres av offentlige midler. Dette gir ekstra god grunn til å stille krav som sikrer offentlig kontroll, som et krav om eierskap vil kunne bidra til.

Et eksempel er å stille krav om at det kun er leger, og eventuelt annet personell som arbeider i fastlegeselskapet, som kan eie selskapet, eventuelt at disse personene må eie den vesentlige delen av selskapet. I tillegg kan det, som for apotek, være god grunn til å stille krav om at daglig leder av selskapet er lege.

Eventuelle krav til eierskap må naturligvis vurderes opp mot Norges EØS-rettslige forpliktelser. Et eventuelt krav om at kun fastleger kan eie et fastlegeselskap vil ikke kunne forskjellsbehandle norske leger på bekostning av leger fra andre EØS-land. Krav vi ellers stiller til leger som skal arbeide i Norge, rundt autorisasjon, norskkunnskaper og kjennskap til det norske helse-, omsorgs- og trygdesystemet, vil imidlertid være minst like relevante for eiere. Videre må et slikt krav vurderes opp mot reglene om offentlige anskaffelser. Ekspertutvalget har ikke utredet fastlegeselskap som organisasjonsform, opp mot reglene om offentlige anskaffelser, men vil peke på mulighetene som ligger i anskaffelsesforskriften (FOA) § 30-2 til å reservere

retten til å delta i konkurranser om helse- og sosialtjenester til organisasjoner der de ansatte eier eller medvirker i ledelsen av organisasjonen, og til organisasjoner der overskuddet blir brukt til å oppnå organisasjonens mål (*Forskrift om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften)*, 2016). Det er imidlertid en begrensing til at slike kontrakter kun kan ha en varighet på inntil tre år. Tilsvarende bestemmelse om reservasjoner er ikke tatt inn i konsesjonskontraktforskriften (*Forskrift om konsesjonskontrakter (konsesjonskontraktforskriften)*, 2016). Dersom avtaler mellom kommunen og et fastlegeselskap skal anses som en tjenestekonsesjonskontrakt, vil det være nødvendig å ta inn tilsvarende reservasjonsadgang i konsesjonskontraktforskriften, og det bør da ikke stilles tilsvarende begrensninger i kontraktslengden som i anskaffelsesforskriften. Det vil uansett være sentralt å utrede nærmere hvilke begrensninger som lovlig kan stilles til eierskap av fastlegeselskap, og om det eventuelt er behov for endringer i forskriftene til lov om offentlige anskaffelser for å kunne stille slike krav.

Også andre virkemidler enn å begrense eierskap i fastlegeselskapene til fastlegene selv, kan være relevante. Alternativer til et krav om at det kun er fastleger som kan eie fastlegeselskap, kan eksempelvis være å begrense virksomhetens muligheter for å tilby andre tjenester enn kommunale allmennlegetjenester, herunder typiske tilleggstjenester som prises og tilbys som helprivate tjenester. Et annet alternativ er å begrense fastlegeselskapenes mulighet til å ta ut utbytte, eller stille krav om at deler av overskuddet i selskapet skal reinvesteres i nærmere bestemte formål, eksempelvis innovasjonsprosjekter, innad i fastlegeselskapet. Videre kan man stille krav om åpenhet rundt økonomi og eierskap, eksempelvis ved å kreve at fastlegeselskapene er egne rettssubjekter, registrert med eget organisasjonsnummer i Enhetsregisteret. Et slikt tiltak er innført for private barnehager, jf. barnehageloven § 7a, og et slikt krav bidrar blant annet til å gi kommunene og staten informasjon om økonomien i barnehagene, og gir bedre mulighet for kontroll (Kunnskapsdepartementet; *Lov om barnehager (barnehageloven)*, 2005).

Ekspertutvalget legger til grunn at kommunene selvsagt vil kunne eie fastlegeselskap selv, som kommunale eller interkommunale selskaper.

Stiftelser og ideelle organisasjoner kan bidra til tjenesteutvikling

I drøftingen av hvem som skal kunne tilby fastlegetjenester gjennom et fastlegeselskap, vil det være relevant å se til hvilke aktører som allerede er på markedet i dag, og som har erfaring med å levere helse- og omsorgstjenester. Det er i dag flere eksempler på ideelle organisasjoner og stiftelser som har avtale med de regionale helseforetakene om å yte spesialisthelsetjenester innenfor en rekke fagområder. Det finnes også eksempler på at slike ideelle organisasjoner og stiftelser har avtaler med kommuner om å tilby kommunale helse- og omsorgstjenester, eksempelvis sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Det kan tenkes at disse aktørene også kan være aktuelle avtaleparter overfor kommunen knyttet til ytelse av fastlegetjenester.

I motsetning til de kommersielle aktørene, er de ideelle organisasjonenes særtrekk at de har samfunnsnyttige formål. Ofte er dette formålet fastsatt i organisasjonens vedtekter. Et eventuelt overskudd ved driften vil da måtte benyttes innenfor det sosiale eller samfunnsnyttige formålet som er fastsatt i vedtektene. NOU 2020: 13 om private aktører i velferdsstaten (velferdstjenesteutvalget) peker på at ideell sektor anses som bærer av samfunnsmessig viktige verdier som solidaritet og fellesskapsorientering. Per i dag finnes det ikke en entydig definisjon av ideelle organisasjoner, men regjeringen har satt ned et offentlig utvalg (avkommersialiseringsutvalget) som skal legge fram en juridisk definisjon av ideelle virksomheter og hvordan disse kan registreres, innen juni 2023 (Dinardi).

Velferdstjenesteutvalget påpeker videre at ideelle aktører historisk har hatt en pioner- og innovatørrolle. De har ofte fungert som en slags utprøvningsfabrikk for offentlig finansiert tjenesteproduksjon. Denne rollen kan de ideelle aktørene ta fordi de har egne midler, er tilknyttet frivillig sektor og har et formål med sin virksomhet

som ligger tett opptil formålet med offentlig finansiert tjenesteproduksjon. Dette har en verdi fordi det offentlige i ettertid kan velge blant ferdig utprøvde tjenester, og finansiere de tjenester som har god effekt, jf. NOU 2020: 13 kapittel 5.12.6. De samme argumentene vil også være gjeldene for stiftelser. Det kan være positivt å la aktører som er vant til å jobbe med innovasjon og tjenesteutvikling, yte fastlegetjenester.

Ideelle organisasjoner som i dag yter helse- og omsorgstjenester etter avtale med helseforetak og kommuner, er ofte større og godt etablerte organisasjoner med et godt administrativt apparat og tilstrekkelig finansiell trygghet. I en større organisasjon vil fastlegeselskapet kunne utgjøre en avdeling eller seksjon i organisasjonen. En slik grunnmur vil være et godt utgangspunkt for å kunne starte opp fastlegeselskap.

Det nærmeste eksemplet vi har til denne typen organisering av fastlegetjenester i dag, er særordningen for studenter, ansatte og deres barn ved Universitetet i Oslo. Etter avtale med Oslo kommune, tilbyr Studentsamskipnaden i Oslo (SiO) fastlegetjenester, i tillegg til andre helsetilbud som tannlegetjenester og psykisk helsehjelp. Studentsamskipnader reguleres av egen lov om studentsamskipnader, som understreker at studentsamskipnadens oppgave er å ta seg av studentenes velferdsbehov og tilby tjenester til studentene (*Lov om studentsamskipnader (studentsamskipnadsloven)*, 2007). Dersom studentsamskipnaden tilbyr tjenester til andre enn studenter, stiller loven krav om at overskudd skal komme studentvelferden til gode. Dersom lignende organisasjoner kunne inngått avtale med kommunen om å yte fastlegetjenester, ville det kunne bidra til en fastlegetjeneste som i større grad legger til rette for leger som av ulike grunner ikke ønsker å være selvstendig næringsdrivende, samtidig som det tilrettelegges for innovasjon og tjenesteutvikling. Det vises for øvrig til omtale av SiO-modellen i kapittel 4.7.3.

Flere ideelle organisasjoner og stiftelser yter i dag både spesialisthelsetjenester og omsorgstjenester. Ved at de også kan yte fastlegetjenester vil det legge til rette for sammenhengende tjenester på tvers av nivå innenfor et område eller region. Ideelle organisasjoner yter i dag spesialiserte tjenester rettet mot pasienter og brukere, hvorav flere innenfor rus- og avhengighetsbehandling. At disse kan tilby fastlegetjenester gjennom fastlegeselskap vil åpne opp for at utformingen av tjenesten knyttet til personell og utstyr kan innrettes tilbudet brukergruppens behov. På den måten kan fastlegetilbudet til enkelte brukergrupper tenkes å bli bedre med en slik organisering.

Alt dette taler for at ideelle organisasjoner og stiftelser bør kunne drive fastlegeselskap etter avtale med kommunen.

4.7.3.6. Om avtalen med kommunen

På samme måte som de individuelle fastlegeavtalene gjør i dag, vil det måtte settes et maksimalt antall listeinnbyggere som et fastlegekontor med gruppeavtale kan tilby fastlegetjenester til. Ettersom legekontoret vil kunne ha ansatt flere leger og annet helsepersonell, vil det samlede listetaket måtte settes høyere enn 2 500, som fastlegeforskriften setter som tak i dag. Et realistisk maksimalt listetak for gruppeavtaler bør forskriftsfestes i fastlegeforskriften dersom det skal åpnes for denne type avtaler.

For næringsdrivende legekontorer (fastlegeselskap) er det naturlig at listetaket fastsettes i gruppeavtalen mellom legekontoret og kommunen. Andre forhold som tilgjengelighetsfaktorer (åpningstider, telefontider), deltakelse fra legene ved legekontoret i allmennlegeutvalget og samarbeidsutvalget, avtale om utbetaling av basistilskudd mv. bør også, på samme måte som i den individuelle fastlegeavtalen, inngå i gruppeavtalen mellom kommunen og legekontoret. Det bør vurderes om det bør utarbeides en standardavtale for slike gruppeavtaler, slik som er gjort for individuelle fastlegeavtaler i rammeavtalen (ASA 4310).

Dersom kommunen inngår avtaler med fastlegeselskap, vil det måtte vurderes hvordan kommunen skal ivareta behovet for fastleger inn i andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Det kan tenkes en modell der en

del av – eller alle – kommunens behov for allmennlegeoppgaver fra legene i legekontoret reguleres i avtalen med selskapet. Selskapet må i så tilfelle selv sørge for å avsette tilstrekkelige ressurser til at deres leger kan yte disse tjenestene til kommunen. Ved ansettelse kan dette gjøres gjennom arbeidsgiveransvaret. Dersom legene i fastlegeselskapet er selvstendig næringsdrivende, vil selskapet måtte inngå avtale med den enkelte lege om deltakelse i alle allmennlegeoppgavene legekontoret skal dekke, både fastlegeoppgaver og andre forpliktelser kontoret har overfor kommunen. Det er imidlertid et spørsmål om dette vil medføre økte utgifter for kommunen sammenlignet med i dag, samt om en slik løsning vil gjøre det mer utfordrende for kommunene å styre de øvrige kommunale allmennlegeoppgavene.

Ved gruppeavtaler kan det også legges til rette for at kommunen inngår avtale med legekontoret om andre forhold enn hva som ville vært naturlig å gjøre med den enkelte fastlege i dagens ordning. Et eksempel på dette kan være at kommunen stiller krav om at legekontoret har et gitt antall utdanningsstillinger for ALIS, eller at de tar inn medisinstudenter eller LIS1 i praksis, mot kompensasjon fra kommunen. Dette vil kunne bedre rammene rundt gjennomføring av praksis og spesialistutdanningen i fastlegetjenesten, både ved at ansvaret inngås med legekontoret og at det trolig vil være et enda større fagmiljø å fordele undervisning- og utdanningsoppgaver på. I et stort legekontor vil det være mulig å ha flere studenter, LIS1 og ALIS på samme tid, noe som kan tenkes å bidra til jevn kvalitet, fellesskap og bedre utnyttelse av ressurser knyttet til oppfølging.

I Danmark er det krav om at kompaniskapspraksiser minst en dag i uken skal ha åpent for konsultasjoner etter klokken 16.00, med mulighet for å redusere åpningstiden på dagen tilsvarende. Overført til norske forhold kan kveldsåpent en gang i uken også knyttes til å ivareta andre deler av kommunens oppgaver, for eksempel at legekontoret drifter helsestasjon for ungdom (HFU) eller har legevaktfunksjon. Videre regulerer avtalene med kompaniskapspraksiser antall innbyggere praksisen skal ta ansvar for og krav til listelengde. Alle praksiser spørres en gang i året om maksimalt antall pasienter de ønsker til praksisen. Samtidig kartlegges det om praksisen ønsker en utvidelse av antall leger og om de ønsker å flytte, eller slå seg sammen med andre. Dette gir grunnlag for at regionen kan planlegge og tilrettelegge for allmennlegetilbudet i regionen. Det er også krav om at antall leger under spesialistutdanning i allmennmedisin ikke kan være høyere enn halvparten av antallet spesialister i praksisen. Kompaniskapspraksisen har også et avtalefestet ansvar for å dekke opp for fravær. Tilsvarende reguleringer vil også være relevant for fastlegeselskap i Norge.

Ved rekrutteringsutfordringer i legekontoret vil det være et lederansvar å prioritere og fordele ressursene for å sikre ivaretakelse av listeinnbyggerne. Det vil i første omgang være legekontorets ansvar å ansette nye leger, skaffe vikar, eller fordele innbyggere som står uten fast lege på de øvrige legene på kontoret.

Det vil imidlertid uansett være kommunen som er overordnet ansvarlig for at innbyggerne tilbys fastlegetjenester. I en situasjon med vedvarende legemangel, der et legekontor med gruppeavtale ikke makter å ivareta listeinnbyggernes behov for fastlegetjenester, vil kommunen derfor måtte finne gode løsninger som ivaretar innbyggernes behov på en forsvarlig måte. En tilsvarende ordning som i Danmark, ved at avtalen med kompaniskapspraksiser gjennomgås årlig, kan tenkes gjennomført med næringsdrivende legekontor og kommuner. Legekontorene vil da kunne få mulighet til å redusere listelengden sin, dersom de har utfordringer med å rekruttere nye leger, eller øke listelengde sin, dersom de ønsker å utvide virksomheten. Dersom det blir behov for å redusere selskapets aktivitet basert på at en eller flere leger slutter, vil arbeidsmiljølovens regler regulere eventuell oppsigelse av øvrig personell.

4.7.3.7. Kostnader og risiko ved gruppeavtaler

Det er et spørsmål om bruken av gruppeavtaler vil medføre økte kostnader, sammenlignet med dagens organisasjonsmodeller. Et sentralt forhold er at det med gruppeavtaler legges opp til mer ledelse, og at lederen i legekontoret antas å måtte ha en vesentlig del av sin stilling avsatt til ledelsesoppgaver og drift. Sammenlignet med dagens modell, med selvstendig næringsdrivende fastleger, vil dette innebære at oppgaver knyttet til drift, administrasjon og ledelse flyttes fra den enkelte fastlege til en leder. I teorien vil dette kunne innebære at hver enkelt fastlege frigjør mer tid til pasientrettet arbeid, som på grunn av finansieringsmodellen vil kunne medføre økte inntekter, fordi det sendes inn flere refusjonskrav for flere gjennomførte oppgaver. Slike økte inntekter kan igjen bidra til å finansiere en lederstilling. Det er også sentralt å påpeke at det er grunn til å tro at mange leger, særlig unge, vil sette pris på å slippe slike driftsoppgaver, og at en slik organisasjonsform dermed kan virke både rekrutterende og stabiliserende, samt bidra til at en næringsdriftsmodell blir mer attraktiv.

Samtidig kan det stilles spørsmål ved hvor mye tid dagens fastleger i praksis bruker på drift, administrasjonsoppgaver og ledelsesarbeid. Det kan også være at mye av dette arbeidet gjøres etter kontortid, slik at disse oppgavene ikke påvirker omfanget av pasientrettet arbeid, men kun utgjør ekstraarbeid for fastlegene. I dagens gruppepraksiser er det vanlig at en av legene innehar et ledelsesansvar, enten på fast basis eller at et slikt ansvar roteres mellom legene i praksisen. En slik ordning bidrar til å avlaste de andre legene for drifts- og ledelsesoppgaver, men bidrar trolig til økt arbeidsmengde for den legen som til enhver tid innehar lederansvaret. Det kan vurderes om ekstra administrasjonskostnader knyttet til drift av legekontor med gruppeavtaler, for eksempel at legekontoret har økte utgifter til ledelse, kan kompenseres noe gjennom differensiering av basistilskuddet, eksempelvis i form av en kvalitetsjustering. Slike muligheter drøftes nærmere i kapittel 5.6.

Det er vesentlig mer kostbart for en kommune å ha ansatte fastleger enn å la selvstendig næringsdrivende fastleger tilby tjenester til innbyggerne. Dette ble vist i Helsedirektoratets utredning i 2022, om kostnadene ved å overføre de selvstendig næringsdrivende fastlegene til ansettelsesforhold i kommunen (Helsedirektoratet, 2022a). Dersom et legekontor med gruppeavtale skal ansette leger og annet personell i selskapet, er det gode grunner til å tro at det vil koste mer enn dersom de samme legene var selvstendig næringsdrivende. Arbeidsmiljølovens regler vil regulere arbeidstiden til personellet i selskapet, noe som vil kunne være positivt for de ansatte. Som påpekt i utredningen til Helsedirektoratet, vil det medføre at det vil være behov for flere leger enn dersom legene var selvstendig næringsdrivende og da jobbet flere timer enn arbeidsmiljøloven åpner for. Samtidig er det ønskelig å bidra til å redusere arbeidsmengden til fastlegene, slik at det ikke skal være nødvendig for legene å arbeide vesentlig mer enn arbeidsmiljøloven legger opp til. Tiltak som å ta oppgaver ut av fastlegeordningen, samt i større grad benytte seg av annet personell til å gjøre oppgaver som i dag gjøres av fastlegen selv, kan bidra til å redusere arbeidsbelastningen til fastlegen. Dersom gruppeavtaler med legekontor som tilbyr fast ansettelse til personellet skal bli lønnsomt, er det likevel viktig å påpeke at finansieringssystemene må utformes slik at legekontorets økonomi fortsatt går i balanse selv om oppgaver tas vekk fra fastlegen og flyttes til annet personell. Profesjonsnøytrale takster vil være et tiltak som vil legge til rette for at oppgaver som løses av annet personell ikke vil redusere legekontorets lønnsomhet. Ekspertutvalget anbefaler at det åpnes opp for å bruke slike takster i fastlegeselskap eller i kommunale legekontor med tilsvarende organisering. Profesjonsnøytrale takster drøftes nærmere i kapittel 6.3 og 6.4.

Det er videre særlige spørsmål om risiko og kostnader knyttet til næringsdrivende legekontor med gruppeavtale (fastlegeselskap). Et sentralt spørsmål er om kostnadene og risikoen knyttet til oppstart av et fastlegeselskap vil kunne være for store. I et fastlegeselskap påtar selskapet seg ansvar gjennom å ansette mer personell, kjøpe inn mer utstyr og leie større lokaler enn man ville gjort dersom man var selvstendig næringsdrivende. Samtidig åpner fastlegeselskap for muligheten til å organisere selskapet i selskapsformer

med begrenset ansvar, for eksempel aksjeselskap, noe som vil avgrense den økonomiske risikoen hver enkelt eier i selskapet påtar seg til den innskutte aksjekapitalen. For fastlegeselskap som skal starte opp helt fra bunnen av, vil det trolig kreve at eierne har mulighet til å skaffe nødvendig startkapital. For etablerte gruppepraksiser som eventuelt vil omdanne seg til fastlegeselskap, vil risikoen kunne være lavere, ettersom eksempelvis lokaler og utstyr allerede er på plass. Dersom ideelle organisasjoner eller stiftelser eier fastlegeselskap, vil disse ofte ha en robust organisasjon i ryggen, slik at risikoen ved oppstart kan oppleves lavere. Det samme vil gjelde der kommunen er eier.

En annen type risiko ligger i forpliktelsene fastlegeselskapet påtar seg gjennom avtalen med kommunen. Som drøftet i kapittel 4.7.3.6, vil et fastlegeselskap ha større forpliktelser enn tradisjonelle gruppepraksiser når det kommer til å erstatte leger som sier opp sin stilling i selskapet. For å forhindre at fastlegeselskapet blir stående i en situasjon der de ikke klarer å rekruttere nytt personell og dermed heller ikke klarer å tilby fastlegetjenester til alle innbyggerne på sin liste, er det viktig at det etableres ordninger som reduserer risikoen for selskapet. Eksempler på dette er årlige gjennomganger av fastlegeavtalen med kommunen som blant annet vil kunne gi mulighet for å justere listelengde opp og ned.

Dersom det skal lønne seg for fastleger eller ideelle organisasjoner og stiftelser å starte fastlegeselskap og inngå gruppeavtale med kommunen om å yte fastlegetjenester, må organisasjonsformen og finansieringsmodellen være utformet på en måte som gjør at selskapets økonomi sikrer lønn til de ansatte, dekning av utgifter og samtidig et moderat overskudd. Det er usikkert hvorvidt det vil være attraktivt for etablerte gruppepraksiser å gå over til en organisasjonsform i fastlegeselskap. Det er en risiko for at fastlegeselskap først og fremst vil være en ønsket organisasjonsform for nye aktører i fastlegemarkedet. Det vil derfor være sentralt å utforme en finansieringsmodell for fastlegeselskap som understøtter tverrfaglighet og større fagmiljø, samtidig som det gir økonomisk bærekraft. Det vil være usikkert hvor stor risiko ulike aktører vil være villige til å ta, og hvor stor grad av tilrettelegging fra det offentlige som vil være nødvendig for å fremme organisasjonsmodellen som attraktiv.

4.7.3.8. Kommunen kan drifte egne fastlegekontorer uten individuelle fastlegeavtaler

Det vil ikke være naturlig å snakke om gruppeavtaler i en situasjon der kommunen selv drifter et legekontor, da kommunen i et slikt tilfelle ville måttet inngå gruppeavtalen med seg selv. Det er imidlertid ikke noe i veien for at kommunene i større grad selv kan drifte fastlegekontor, etter samme modell som for gruppeavtaler, hvor listeansvaret løftes. Dette vil kunne innebære at kommunen ikke trenger å inngå individuelle fastlegeavtaler med legene som er ansatt i kommunen, men at forholdet mellom den enkelte legen og kommunen vil ivaretas av ansettelsesforholdet. Man kan altså se for seg kommunale legekontor der listeansvaret formelt ligger til kommunen.

Mange av de positive effektene av gruppeavtaler som skisseres over, kan også oppnås med større grad av kommunal drift. En bedre tilrettelegging for organisering og drift av kommunale fastlegekontorer kan bidra til en fastlegetjeneste som har tydelig ledelse, er tettere knyttet til de øvrige helse- og omsorgstjenestene i kommunen, og tilrettelegger godt for utdanningsvirksomhet, innovasjon, kunnskapsdeling og hensiktsmessig fordeling av oppgaver og ansvar.

Dersom selvstendig næringsdrivende fastleger skulle vært tilknyttet kommunale legekontorer, vil det imidlertid måtte inngås individuelle avtaler mellom den enkelte næringsdrivende fastlegen og kommunen. Slike avtaler vil ligne på dagens fastlegeavtaler, særlig de såkalte 8.2-avtalene. Dersom en slik modell skal kunne oppnå samme positive effekter som et næringsdrivende legekontor med gruppeavtale, eller et rent kommunalt legekontor, vil avtalene måtte tilpasses slik at kommunen fortsatt kan utøve nødvendig ledelse og styring, og slik at de selvstendig næringsdrivende legene fungerer som en integrert del av legekontoret.

4.7.4. Ekspertutvalgets vurderinger

Forskjeller i kommunestørrelser, listeinnbyggergrunnlag og tilgang til personell tilsier variasjon i organisering, avhengig av kommunetype. Det vil være forskjell på hvordan en stor bykommune og en mindre distriktskommune vil organisere fastlegetjenesten sin. Ekspertutvalget mener det bør være flere valgmuligheter enn det er i dag til å organisere fastlegetjenesten mer hensiktsmessig. Ekspertutvalget anbefaler derfor at rammene for hvordan fastlegetjenesten organiseres bør åpne for større grad av handlingsfrihet og tilpasning av tjenesten.

Dagens krav til individuelle avtaler med hver enkelt lege bidrar til å begrense mulighetene til å tenke nytt om organiseringen av fastlegetjenesten. Økt fleksibilitet og flere modeller for hvordan fastlegetjenesten organiseres kan også åpne opp for større grad av tverrfaglighet innad i fastlegepraksiser og samarbeid med andre helsetjenester. Det vil også trolig bidra til å fremme utvikling, kompetanseheving og utdanning i tjenesten.

Ekspertutvalget anbefaler at det åpnes opp for at kommunen kan inngå gruppeavtaler. For å understøtte større grad av kommunal handlingsfrihet, bør det åpnes for både gruppeavtaler med legekontoret i tillegg til individuelle fastlegeavtaler, og for at kommunen kan inngå gruppeavtaler der listeansvaret løftes til legekontoret (fastlegeselskap). De nye modellene vil komme i tillegg til dagens organisasjonsformer med gruppepraksis og solopraksis.

4.7.4.1. Avtale mellom kommunen og gruppepraksis

Ekspertutvalget anbefaler at det bør legges til rette for at flere av elementene i dagens individuelle fastlegeavtaler kan inngå i en avtale mellom kommunen og legekontoret. Avtaleverket knyttet til dagens gruppepraksis bør gjennomgås, med formål om å tydeliggjøre hvilke beslutninger som kan tas av daglig leder og hvilke som må avklares med hver enkelt lege i gruppepraksisen.

En slik løsning vil etter ekspertutvalgets vurdering kunne gjennomføres uten å måtte omstrukturere fastlegeordningen i vesentlig grad, samtidig som løsningen vil være forenklende, og forbedre kommunens muligheter for dialog med og oppfølging av legekontorene.

Ekspertutvalget vil understreke at kommunen fortsatt vil måtte inngå individuelle fastlegeavtaler med den enkelte fastlege, som regulerer listelengde, deltakelse i andre allmennlegeoppgaver samt andre relevante forhold. Den enkelte fastlegen vil fortsatt ha listeansvaret for innbyggerne på sin liste.

4.7.4.2. Avtale mellom kommunen og et fastlegeselskap

Ekspertutvalget anbefaler videre at det bør åpnes opp for at en avtale om å yte fastlegetjenester kan inngås mellom kommunen og et fastlegeselskap. En slik modell vil innebære en større endring i måten å organisere fastlegetjenesten på. Modellen skiller seg fra dagens organisasjonsmodeller ved at det kun inngås avtale mellom selskapet og kommunen, og ved at selskapet er ansvarlig for å yte fastlegetjenester på vegne av kommunen til innbyggerne tilknyttet selskapet.

Organisering i fastlegeselskap vil etter ekspertutvalgets vurdering bidra til å begrense ansvaret for den enkelte lege i fastlegeselskapet, samtidig som ansvaret for selskapet og selskapets eiere, blir større enn i dag. Ekspertutvalget vil imidlertid påpeke eiernes mulighet for å begrense risikoen gjennom å velge selskapsformer med begrenset ansvar.

Ekspertutvalgets vurdering er at fastlegeselskap kan ha gevinster ved å bedre tilrettelegge for tydelig ledelse med større fokus på innovasjon, kunnskapsdeling, tverrfaglighet og oppgavedeling. Fastlegeselskap vil i større grad kunne tilby ansettelsesforhold. Dette vil kunne virke både rekrutterende og stabiliserende, samt bidra til at en næringsdriftsmodell blir mer attraktiv.

Ekspertutvalget understreker at kommunen fortsatt må ha det overordnede ansvaret for fastlegetjenesten, og at det kun er fastlegeselskap som kommunen har inngått avtale med, som vil kunne yte tjenester på vegne av kommunen. Det vil dermed ikke være fri etableringsrett for fastlegeselskap. Kommunen vil måtte avgjøre hvilke fastlegeselskap de vil inngå avtale med, og kommunene bør beholde muligheten til å fastsette hvilket område i kommunen fastlegeselskap kan etablere seg i og selvsagt stille krav til kvalitet.

Ekspertutvalget anbefaler at det stilles krav til eierskap av fastlegeselskap som forhindrer at helkommersielle aktører kan drifte fastlegetjenester på vegne av kommunene. Fastlegetjenesten er en offentlig helsetjeneste, finansiert av offentlige midler, og ekspertutvalget mener det vil være feil dersom helkommersielle aktører gis mulighet til å opptjene store overskudd basert på skattefinansierte midler. Eiere uten nær tilknytning til aktiviteten, eller den øvrige delen av kommunens helse- og omsorgstjenester, vil også kunne undergrave kommunens behov for god styring med virksomheten, og dermed forhindre god integrering med andre deler av de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten. Ekspertutvalget mener at et krav om at eierne i fastlegeselskapet selv må være fastleger, eller utøve en vesentlig del av sitt virke i fastlegeselskapet, vil begrense større helkommersielle aktører fra å kunne tilby fastlegetjenester finansiert av offentlige midler til landets innbyggere. Ekspertutvalget anbefaler derfor at eierskap i fastlegeselskap for kommersielle aktører begrenses til leger som selv jobber i selskapet. Det bør i tillegg stilles krav om at disse legene må være spesialister i allmennmedisin.

Dersom mulighet til å inngå slike gruppeavtaler avgrenses til kun fastlegeselskap eid av legene selv, vil dette i all hovedsak være relativt små virksomheter. En sentral fordel med at en større og mer etablerte virksomhet starter opp et fastlegeselskap, vil være at virksomheten allerede har en grunnmur av administrative støttefunksjoner. Dette vil gjøre det enklere for fastlegeselskapene å profesjonalisere driften av fastlegetjenester. I tillegg vil flere allerede ha en godt etablert ledelsesstruktur, og erfaring med å drive innovasjon og utvikling. Ekspertutvalget anbefaler derfor at ideelle organisasjoner, stiftelser, studentsamskipnader, eller kommunen selv, også skal kunne eie fastlegeselskap. For disse eierskapsmodellene bør det ikke stilles krav til at eierne i fastlegeselskapet selv må være leger, eller utøve en vesentlig del av sitt virke i fastlegeselskapet.

Etter ekspertutvalgets vurdering bør fastlegeselskap tilrettelegge for at flere faggrupper kan jobbe sammen, med mulighet for et større fagmiljø, og til å i større grad, innrette tjenestene etter innbyggernes behov. Videre bør kommunene kunne inngå avtale om at fastlegeselskap har utdanningsstillinger for ALIS, og at fastlegeselskap tar inn LIS1 og medisinstudenter i praksis. Dette vil bidra til en styrking av utdanningsvirksomheten i tjenesten sammenliknet med dagens system. Ekspertutvalget mener også at fastlegeselskap kan bidra til å gjøre allmennmedisinsk forskning enklere å få til for legene.

Det er viktig å bevare kjernen i den velfungerende delen av dagens fastlegeordning, nemlig det nære og vedvarende forholdet mellom fastlegen og innbyggeren. I et fastlegeselskap er det derfor avgjørende at innbyggeren får en fast lege å forholde seg til. Selv om det overordnede listeansvaret vil være knyttet til fastlegeselskapet, mener ekspertutvalget at hver enkelt fastlege i selskapet fortsatt må ha oppfølgings- og behandlingsansvaret for en definert liste med innbyggere. På den måten vil fastlegeordningen slik den framstår for innbyggeren i dag, videreføres innenfor rammen av den nye organisasjonsmodellen.

Utvalget mener det er nødvendig å utrede flere forhold knyttet til fastlegeselskap nærmere. Særlig er det behov for å finne en finansieringsmodell som vil bidra til å understøtte målsettingene med fastlegeselskap.

Finansieringsmodellen må bidra til at det blir attraktivt å drive fastlegeselskap, samtidig som det offentliges midler i størst mulig grad kommer innbyggerne til gode. Flere juridiske forhold må også utredes nærmere, herunder hvilke regler som lovlig kan stilles som begrenser eierskap i fastlegeselskaper, hvordan tildeling av avtale til et fastlegeselskap kan skje opp mot reglene om offentlige anskaffelser og hvordan fastlegeforskriften må endres for å tilrettelegge for at fastlegeselskap likestilles med øvrige næringsdriftsformer.

Det vil etter ekspertutvalgets vurdering være hensiktsmessig om det utarbeides en sentral rammeavtale som tar for seg viktige forhold knyttet til en slik organisasjonsmodell. Ekspertutvalget anbefaler at en ordning med fastlegeselskap følgeevalueres. Dette vil være viktig for å bygge åpen, kollektiv kunnskap underveis som kan bidra til forbedring og utvikling.

4.7.4.3. Kommunalt fastlegekontor etter modell som fastlegeselskap

Ekspertutvalget anbefaler at det legges til rette for at kommuner i større grad selv kan drifte fastlegekontor, etter samme modell som for gruppeavtaler uten individuelle fastlegeavtaler, og hvor listeansvaret formelt ligger til kommunen. Fundamentet for kommunale selskaper er allerede etablert i mange kommuner, gjennom såkalte 8.2-avtaler, der kommunene har ansvar for fastlegens medarbeidere, lokaler og/eller utstyr. En formalisering av kommunens muligheter til å drifte fastlegekontor vil kunne erstatte dagens mange ulike varianter av 8.2-avtaler med en mer rendyrket modell for kommunalt fastlegekontor, der kommunen har ansvar for hele kontoret.

Mange av de positive effektene ved fastlegeselskap kan også oppnås med større grad av kommunal drift. En slik modell kan i tillegg tenkes å tilrettelegge for tettere integrasjon med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene, og gi kommunen bedre styring med fastlegetjenesten. Den tilgangen fastlegene vil få til kommunale kvalitetssystemer, planer og prosedyrer for de øvrige helse- og omsorgstjenestene, kan bidra til mer sammenhengende og helhetlige tjenester.

Terskelen for samarbeid mellom fastlegene og øvrig helsepersonell vil reduseres når de formelt er en del av samme organisasjon. Det vil også kunne tilrettelegge bedre for innovasjon, kunnskapsdeling og hensiktsmessig fordeling av oppgaver og ansvar i kommunehelsetjenesten. Digitale tjenester kan for eksempel utvikles under en felles paraply.

Kommunene har lang erfaring med ledelse og styring av helsetjenester. Med kommunal drift av fastlegekontor vil det ligge bedre til rette for at kommunene kan ivareta sitt sørge-for-ansvar for tjenesten, og forvalte de totale ressursene de har til rådighet til beste for innbyggerne.

Kommunalt fastlegekontor kan også, som i dag, drives med individuelle fastlegeavtaler, som alternativ til gruppeavtale med felles, kommunalt listeansvar. Dette er en ordning som gir næringsdrivende fastleger enkel tilgang til fastlegehjemmel og kontor, uten samtidig å måtte kjøpe og eie egen praksis. Sammenliknet med selv å eie og drive en legepraksis, vil en slik 8.2-avtale kunne oppleves som lett tilgjengelig og risikofri, samtidig som mindre tid og oppmerksomhet vil medgå til kontoradministrasjon.

Økt etablering av kommunale fastlegekontor, for næringsdrivende og for kommunalt ansatte fastleger, med og uten gruppeavtale, forutsetter at kommunene settes økonomisk i stand til å håndtere dette.

4.8. Overdragelse av fastlegepraksis ved næringsdrift

4.8.1. Kort om regler og praksis for overdragelse

Kommunen skal organisere fastlegeordningen, og sørge for at personer som ønsker det får tilbud om plass på fastleges liste, jf. fastlegeforskriften § 4. For å sikre et tilstrekkelig antall listeplasser skal kommunen opprette og tildele fastlegehjemler. Det gjøres enten ved å opprette en ny hjemmel (0-liste), eller ved å utlyse og så tildele en eksisterende hjemmel til overtakende lege når en fastlege slutter.

Dersom det dreier seg om en solopraksis, står kommunen fritt til å avgjøre hvem som skal tildeles hjemmelen, i tråd med kvalifikasjonsprinsippet. Dersom hjemmelen er plassert i en gruppepraksis, skal representant for gruppepraksisen inviteres til å delta i intervjuer av aktuelle kandidater, og gjenværende legers uttalelse om hvem de ønsker som ny kollega skal tillegges stor vekt, samtidig som beslutningen må være i tråd med kvalifikasjonsprinsippet.

Tildeling av fastlegehjemmel er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven, og ved tildelingen skal kommunen blant annet legge vekt på faglig kompetanse og erfaring, samarbeidsevner, kjønns- og alderssammensetning og evne til å drive privat praksis (*Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*, 1967). Tildeling av fastlegeavtaler er ikke en ansettelse, men innebærer at kommunen inngår avtale med en privat tjenesteyter om å tilby tjenester til innbyggerne på vegne av kommunen.

Dersom fratredende lege har drevet næringsvirksomhet i egen praksis, har fratredende lege, ihht. rammeavtalen mellom Legeforeningen og KS/Oslo kommune, rett til å overdra praksisen til den legen som har fått tilbud fra kommunen (KS og Den norske legeforening, 2012folk). Bakgrunnen for denne retten er at det

krever ressurser å bygge opp og vedlikeholde en velfungerende praksis, og når en næringsdrivende fastlege ønsker å slutte, har det vært enighet om et system for overdragelse av fastlegepraksiser som bidrar til at arbeidet avtroppende lege har lagt ned i å bygge opp sin praksis, blir kompensert økonomisk.

I rammeavtalen mellom Legeforeningen og hhv. KS og Oslo kommune skilles det mellom tildeling av selve hjemmelen, som gir eksklusiv tilgang til en fastlegeliste, og overdragelse av legepraksisen. Det er legens praksis, og ikke pasientlisten eller fastlegeavtalen, som overdras mot betaling. Legepraksisen er anskaffet eller bygget opp av legen for å utføre sine plikter etter fastlegeavtalen, og omfatter utstyr og inventar, i tillegg til verdier som kontorrutiner, opplært hjelpepersonell, journalsystemer, husleieavtale osv.

Overdragelsesbetingelsene knyttet til legepraksisen avtales mellom fratredende og overtakende lege, og kommunen er ikke part i denne avtalen. Kommunen tilbyr først hjemmelen til den legen som er funnet best kvalifisert for hjemmelen. Deretter har tiltredene og fratredende lege fem uker på seg til å bli enige om vilkår for overdragelse av praksis. Tidspunktet for oppstart i hjemmelen avtales mellom kommunen og overtakende lege, mens overtakelsen av praksisen avtales mellom fratredende og overtakende lege.

Overtakende lege inngår altså minst to avtaler i forbindelse med tiltredelse i fastlegehjemmel: en avtale med kommunen om tildeling og oppstart i hjemmelen, og en avtale med fratredende lege om overdragelse av praksis. Det vil ofte også foreligge en avtale mellom legen og de andre legene i praksisen. Den tiltredende legen vil da normalt også måtte tre inn i avtroppende leges gruppepraksisavtale, og de andre legene i gruppepraksisen vil derfor ha viktige og legitime interesser knyttet til overdragelsen. Disse hensynene er forsøkt ivaretatt ved at de andre legene i gruppepraksisen deltar i rekruttering og tildeling av hjemmelen, og at deres uttalelse skal tillegges stor vekt.

Av hensyn til kontinuitet i praksisen er det et mål at tiltredende lege overtar praksisen uten opphold, ved oppsigelsesfristens utløp (Den Norske Legeforening, 2018a). Dersom kjøper og selger ikke blir enige om overdragelsesbeløp innen fem uker etter at kommunens tilbud er mottatt, kan de og kommunen kreve at pris avgjøres av en nemnd i Legeforeningen. Nemndas beslutning er en voldgiftsavgjørelse, som er bindende for både kjøper og selger, og som ikke kan overprøves av de ordinære domstolene.

Kommunen kan ikke sette en kortere frist for overtagende lege til å godta kommunens tilbud om tildeling av hjemmelen, av hensyn til prosessen rundt overdragelse av fratredende leges praksis. Kommunen har samtidig en plikt, gjennom sitt sørge-for-ansvar og gjennom rammeavtalen, til å sørge for at pasientene og praksisen ivaretas inntil ny avtalehaver tiltrer.

4.8.2. Overdragelse av praksis – bakgrunn

Leger som har overtatt en etablert næringspraksis fra en kollega, har alltid, som i annen næringsvirksomhet, måttet betale for de verdier som ligger i virksomheten. Fra 1984 ble omsetning av legepraksiser regulert i nasjonale avtaler, og det ble da satt en grense for hvor mye som kunne betales, relatert til omsetningen. Prisen har vært høyere for veldrevne praksiser i attraktive strøk, enn for praksiser med lavere standard eller plassert mindre sentralt.

Før 2001 fikk en lege som startet praksis etter avtale med kommunen, et driftstilskudd på om lag 400 000 kroner per år, uavhengig av aktivitet og pasientmengde.

Ved innføring av fastlegeordningen i 2001, var partene klar over at listesystemet ville by på utfordringer. For en lege som først og fremst er opptatt av å utøve sitt fag, vil det ofte framstå som langt mer attraktivt å kjøpe seg inn i en etablert praksis med umiddelbar omsetning, enn å skulle bygge opp en praksis fra bunnen av.

4.8.3. Verdi av opparbeidet praksis og nemndas rolle

Legeforeningens retningslinjer for fastsettelse av pris ved overdragelse tilsier at det skal skilles mellom materielle verdier, som inventar og utstyr, og såkalt verdi av opparbeidet praksis (tidligere kalt goodwill). Materielle verdier blir normalt taksert, mens det er vanskeligere å tallfeste verdien av opparbeidet praksis. Verdien av opparbeidet praksis er en immateriell verdi, som er ment å ivareta det arbeidet som ligger i å bygge opp, vedlikeholde og utvikle en legepraksis. Prissettingen er skjønnsmessig, og det er ikke angitt hvordan de ulike elementene som inngår, skal vektes i forhold til hverandre.

Elementer som i retningslinjene skal inngå i beregningen av opparbeidet praksis, er legens kontinuitet i praksisen, om praksisen er en gruppe- eller solopraksis, kontorrutiner, opplært personell, beliggenhet, driftsresultat, stabilitet og vekst i pasientgrunnlag, samarbeidsavtaler og systemer (Den Norske Legeforening, 2018a). Dette er verdier kjøper overtar, og som det kan være vanskelig for kjøper å få et fullstendig inntrykk av, med mindre kjøper har jobbet som vikar i praksisen tidligere. Enkelte av elementene som inngår i beregningen av opparbeidet praksis, framkommer i lov- og forskriftskrav som alle fastleger må overholde, herunder krav til forsvarlighet, krav til ledelse og kvalitetsforbedring (internkontroll), systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet mv. Helsepersonelloven, pasientjournalloven og pasientjournalforskriften stiller også krav til føring av pasientjournal og krav om at pasientjournalen skal føres elektronisk (*Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften)*, 2019; *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)*, 2014) . Det kan likevel være store forskjeller i kvaliteten på for eksempel journalføring og drift av to legepraksiser som begge oppfyller alle krav i lov og forskrift. Fra et markedsperspektiv er derfor en velfungerende praksis et mer attraktivt kjøp enn en praksis som så vidt oppfyller myndighetskrav.

Det brukes skjønn når kjøper, selger og nemnda beregner verdien av opparbeidet praksis. Det finnes ikke veldokumentert og representativ kunnskap om hva fastlegepraksiser i Norge omsettes for. Legeforeningen publiserer oversikt over prisen på overdragelser som meldes dem (Den Norske Legeforening, 2002), når to leger har inngått en avtale, men det er på langt nær alle overdragelspriser som legges ut. Legeforeningen legger også ut de aller fleste av nemndas beslutninger (Den Norske Legeforening). I nemndas beslutninger framkommer verdsettingen av opparbeidet praksis separat. Med utgangspunkt i disse oversiktene spenner prisene fra noen hundre tusen til oppunder to millioner kroner, og verdien av opparbeidet praksis fastsettes normalt til langt mer enn de materielle verdiene.

4.8.4. Utfordringer med dagens regler og praktiseringen av dem

4.8.4.1. Konsekvenser av verdsetting av opparbeidet praksis

Verdsetting av opparbeidet praksis innebærer at fastlegen belønnes for å drive praksisen godt, noe som særlig er viktig når en fastlege vurderer å fratre. Dersom fratredende fastlege ikke skulle få betaling for innsats og investeringer som gjøres i legepraksisen, kan samfunnet risikere at fastleger ikke lenger vil være like interessert i å bygge opp og vedlikeholde en legepraksis av god kvalitet. Det kan videre lede til underinvestering, og i verste fall en uforsvarlig fastlegetjeneste.

Uheldige insentiver, særlig mot slutten av en avtaleperiode, er et velkjent problem i mange andre sammenhenger, for eksempel når husleiekontrakter løper ut, eller ved hjemfall av vannkraftverk. Det finnes omfattende teori og praksis som peker på manglende insentiver for vedlikehold mot slutten av avtaleforholdet (Olje- og energideparmentet, 2004).

På den annen side vil en vektlegging av fratredende fastleges innretning på, og investeringer i, praksisen ikke nødvendigvis reflektere den innretningen som en ny generasjon fastleger ønsker. Endringer av måten praksiser drives på i Norge, i en retning som yngre leger nå ønsker, vil hemmes dersom verdsettingen ved en praksisoverdragelse legger stor vekt på investeringer, i henhold til fratredende leges preferanser.

4.8.4.2. Uavklart rettstilstand

Rammeavtalens bestemmelser om overdragelse av praksis i forbindelse med tildeling av fastlegehjemler har flere uklarheter, som gjør at det kan oppstå utfordrende situasjoner, spesielt ved rekrutteringssvikt til ordningen, der markedet ikke fungerer.

Fastlegehjemmelen administreres og tildeles av kommunen, som et enkeltvedtak, men fratredende leges rett til å selge sin praksis innebærer i realiteten at kommunen ikke står fritt til å administrere og tildele fastlegehjemler. Bytte av hjemmelsinnehaver forutsetter i dag at det oppnås privatrettslig enighet om overdragelsen av praksisen, mellom fratredende og tiltredende lege.

Kommunen kan også selv kjøpe praksisen til den prisen partene måtte bli enige om (eventuelt gjennom bruk av Legeforeningens nemnd), eller den kan benytte andre grep (jf. for eksempel pkt. 8.2 i rammeavtalen, som gir kommunen mulighet til å inngå ulike avtaler med tiltredende lege) for å få fratredende og tiltredende lege til å inngå avtale om praksisoverdragelse. Hvis kommunen kjøper praksisen, kan den deretter lyse den ut som næringsdrivende hjemmel, der legen overtar praksisen fra kommunen igjen, som fastlønnsstilling eller som 8.2-avtale.

Denne formen for kjøps- og salgsprosesser, eierskapsforvaltning med videre, er imidlertid ikke godt egnet for kommunal virksomhet, som skal styres i tråd med en rekke lovbestemmelser, innenfor stramme årsbudsjetter, og med lav risiko. Kommunalt eierskap til eksempelvis en andel av en gruppepraksis vil begrense kommunens handlingsrom, binde kommunen i en struktur som de ikke nødvendigvis er tjent med, og innebære en risiko for økonomisk tap og manglende oppfyllelse av sørge-for-ansvaret i fastlegeordningen.

Legeforeningen opplyser at den har bistått mange medlemmer i slike saker, men disse er oftest løst i forlik, og rettstilstanden må derfor kunne betegnes som uklar. Å måtte kjøpe ut en solopraksis, eller en hel gruppepraksis, og omgjøre den til enten 8.2-avtale eller fastlønnsavtale, er både komplisert og kostbart for kommunen, da kommunen må overta både ansatte, leieavtaler og andre forpliktelser. Å kjøpe ut en del av en gruppepraksis er om mulig enda mer komplisert, da kommunen da går inn som deleier i et driftsselskap. Rettstilstanden her er uklar, og partene har lite praktisk erfaring med slike løsninger.

Rammeavtalen angir i dag ikke noen grense for hvor lenge, eller hvor mange ganger, kommunen plikter å annonsere en ledig fastlegehjemmel. Det angis heller ikke hvor lenge fratredende lege kan kreve kompensasjon for praksisen, hvis det ikke melder seg kjøpere. Gjennom rammeavtalen har kommunen en plikt til å sørge for at pasientene og praksisen ivaretas inntil ny avtalehaver tiltrer. Vanligvis skjer dette ved vikar i praksisen, eller ved at andre leger i gruppepraksisen påtar seg vikaransvaret. Dersom rekrutteringssituasjonen er svært vanskelig, må kommunen vurdere ulike typer tiltak for å oppfylle sine forpliktelser om å tilby befolkningen fastlegetjenester.

Hvis utlysningen ikke har gitt søkere, eller tilsetting er vesentlig forsinket, kan det være behov for midlertidige løsninger. En slik ordning kan redusere kontinuiteten og derav øke risikoen for at verdien av praksisen reduseres, men det er naturligvis en bedre løsning enn at hjemmelen ikke blir betjent av lege. For kommunen må hensynet til å tilby innbyggerne fastlegetjenester nødvendigvis veie tyngre enn hensynet til å opprettholde full verdi av fratredende leges praksis.

Dersom en lege går av med pensjon eller mister autorisasjonen, vil reglene for overdragelse av praksis i utgangspunktet være de samme. Det er mer usikkert hva som skjer dersom en praksis legges ned i forbindelse med oppsigelse av fastlegepraksis. Kommunen har, jf. rammeavtalen, ikke mulighet til å spre pasientene til andre leger uten etter avtale med berørte parter, men rettstilstanden når en praksis i prinsippet opphører å eksistere er uklar.

Det er er heller ikke åpenbart når avtalerettslige lojalitetsprinsipper begrenser en kommunes mulighet til å opprette en ny 0-hjemmel, i en situasjon der en eller flere fratredende leger ikke får solgt sin praksis. Situasjonen reflekterer en spenning mellom kommunens plikt til å sørge for gode fastlegetjenester og fratredende leges avtalefestede rett til å inngå avtale om salg av praksisen før kommunen kan la en tiltredende lege begynne å betjene hjemmelen. Det finnes lite rettspraksis på feltet,[15] og rettstilstanden må kunne betegnes som uklar.

4.8.4.3. Usikkerhet om pris ved nemndsbehandling

Overdragelser av fastlegepraksiser foregår ikke i et vanlig marked, der varer og tjenester overdras etter prinsippene om tilbud og etterspørsel. Justering av pris skjer også i markedet for fastlegepraksiser, men overdragelser, og derigjennom rekruttering, vil kunne hindres dersom selger har høyere prisforventninger enn kjøper. Dersom praksisen i utstrakt grad har blitt betjent av vikarer, eller den har stått uten fast lege lenge, kan dette bidra til at verdien av praksisen forringes, selv om nemndspraksis nok trekker i retning av at dette ikke reduserer verdien i stor grad.

Usikkerheten om endelig pris ved å gå inn i en nemndsbehandling vil være stor, for både kjøper og selger. Nemnda er bundet av å sette en pris som befinner seg mellom tilbud fra kjøper og prisantydning fra selger, men avstanden mellom disse kan være stor. Dette kan bidra til økt usikkerhet for partene i prosessen. I tillegg til at tiltredende lege allerede i utgangspunktet mener at fratredende lege krever en for høy pris (ellers ville de blitt enige), må tiltredende lege forplikte seg på forhånd til å kjøpe praksisen til den prisen nemnda bestemmer.[16] Tilsvarende gjelder for selger. Denne usikkerheten ved nemndsbehandling kan tenkes å redusere interessen for i det hele tatt å søke på en utlyst hjemmel.

4.8.4.4. Generell usikkerhet om pris

I tillegg til en høy forventet pris, kan også selve usikkerheten om prisen på en praksis gjøre at mange unge leger ikke en gang vurderer å søke på en hjemmel. I dag orienteres det ikke om prisantydning på fastlegepraksisen i forbindelse med kommunens utlysning av fastlegehjemmelen. Rammeavtalen forplikter fratredende lege først etter søknadsfristens utløp til å orientere samtlige søkere om blant annet prisantydning. Det skal blant annet gis informasjon om driftsform, listestørrelse, ansatt personell, driftsutgifter siste år, refusjonsinntekt det siste året, inntekt fra egenandeler det siste året, prisantydning for inventar/utstyr og prisantydning for opparbeidet praksis. (Den Norske Legeforening, 2018a). Dette er ment å gi informasjon og forutsigbarhet for søkerne, og skal danne utgangspunkt for forhandling om pris. Mistenker søkerne at prisantydning for praksisen er for høy, kan uansett ikke forhandlinger settes i gang før kommunen har tilbudt

---

[15] Legeforeningen har lagt ut en kjennelse om midlertidig forføyning fra Sunnmøre tingrett i 2018 på sine nettsider.

[16] I Legeforeningens dreiebok ser det ut til at det legges til grunn at tiltredende lege forplikter seg til å kjøpe fratredende leges praksis når tiltredende lege aksepterer kommunens tilbud om å ta over fastlegelisten. Konsekvensen av dette er at en lege ikke kan akseptere kommunens tilbud om å bli fastlege før det foreligger en avtale om praksisoverdragelsen.

en av søkerne hjemmelen. En offentliggjøring av prisantydning tidligere i prosessen, vil kunne medføre at interessenter velger å ikke søke fordi de synes prisen er for høy.

Begrunnelsen for at prisen på fastlegepraksisen ikke bestemmes på forhånd og omtales i kommunens utlysning, har vært at kvalifikasjoner – og ikke økonomi – skal være førende for tildelingen av hjemmelen til lege. Likevel kan fravær av prisantydning tidlig i prosessen bidra til usikkerhet, og kan tenkes å utgjøre en barriere for i det hele tatt å søke på utlysninger av fastlegehjemler med næringsdrift.

Usikkerhet knyttet til prisen på en praksis, både når man skal kjøpe og selge, kan være en barriere for overdragelse av fastlegepraksiser. Det er vanskelig å tallfeste hvor sentralt dette er for dagens rekrutteringsproblemer. Men usikkerheten og uenigheten om pris, og kompleksiteten i overdragelsesprosessen, vil uansett kunne være problematisk for legene og kommunen, og tiltak som kan fremme overdragelser bør vurderes.

4.8.4.5. Innlåsing i eksisterende infrastruktur

Legeforeningens retningslinjer for prissetting, som benyttes av nemnda, tilsier at fratredende lege normalt har rett til å overdra praksisen i det legekontoret den foreligger, uavhengig av om tiltredende lege ønsker å benytte eksisterende kontor eller ikke (Den Norske Legeforening, 2018a). Avtaleverket bidrar til at eksisterende praksiser, med sine opparbeidede fagmiljø og ansatte, bevares. I gruppepraksiser gir det de resterende eierne større sikkerhet for framtidig drift, ved at hjemlene mest sannsynlig forblir ved legekontoret også ved overdragelse. Denne sikkerheten bidrar til å ta ned eiernes risiko for eksempel ved ansettelse av hjelpepersonell, og kan øke deres villighet til å investere i lokaler og utstyr.

På den annen side bidrar disse reglene til at en tiltredende lege, som for eksempel overtar en solopraksis og ønsker å flytte praksisen til en gruppepraksis, først må betale for den eksisterende legepraksisen og deretter også for å komme inn i, eller opprette, en ny legepraksis. Dette kan medføre innlåsingseffekter i eksisterende infrastruktur, for eksempel ved at mindre praksiser med en eller få leger i større grad består, enn hva tilfellet ville vært dersom prisen ble bestemt ut fra kjøpers betalingsvillighet, eller overdragelser var regulert på en annen måte.

Det betyr også at forskjeller i eldre og yngre legers preferanser for innretning på praksisen, vil kunne bidra til en diskrepans i hva de eldre forventer for sin praksis og hva de yngre ønsker å betale.

4.8.4.6. Bedre økonomi i fastlegeordningen kan øke prisen på en praksis

I henhold til Legeforeningens retningslinjer for prissetting av praksiser, kan en økning i driftsresultatet i en praksis isolert sett innebære at prisen på en praksis øker. Driftsresultatet påvirkes av mange forhold, blant annet kostnader i praksis, om legen er spesialist og har rett til tilleggstakst, finansieringssystemer, eventuelle kommunale støtteordninger, listelengde og ikke minst legens aktivitetsnivå. Hvordan økninger i basistilskudd eller takster slår inn i driftsresultatet, vil avhenge av innretningen på praksisen og også legens utøvelse av faget og tilhørende takstbruk. En økning i basistilskuddet vil slå ut i økt driftsresultat, dersom takstene og kostnadene for øvrig holdes like.

Standard økonomisk teori for verdsetting av næringsvirksomhet tar utgangspunkt i at prisen gjenspeiler den finansielle verdien av å overta fastlegepraksisen. Da vil prisen maksimalt settes til kostnadene tiltredende lege ville ha ved å opprette en tilsvarende praksis selv, eller at prisen er nåverdien av alle framtidige strømmer av inntekter fratrukket kostnader (inkludert kostnader ved materiell, husleieavtaler, vedlikehold, legesekretær, osv.) som praksisen er forventet å gi tiltredende lege (inkludert salgsverdi når tiltredende lege selv skal selge).

I et velfungerende marked, med gode lånemuligheter, vil nåverdien av alle framtidige nettoinntektsstrømmer gjenspeile den forventede finansielle verdien av praksisen for tiltredende lege. En økning i basistilskuddet – eller i andre tilskudd til fastlegeordningen – vil da isolert sett medføre at prisen på en eksisterende praksis går opp. Over tid er det derfor vanskelig å se hvordan kriteriet om at driftsresultatet skal vektlegges ved fastsettelse av verdien av opparbeidet praksis, ikke skulle påvirkes av basistilskuddet.

Samtidig vil god og forutsigbar økonomi i fastlegeordningen kunne bidra til å redusere usikkerheten yngre leger kan oppleve ved å gå inn i ordningen som næringsdrivende, slik at rekrutteringssituasjonen bedres. Bedre rekruttering, og visshet om at det også i framtiden vil være god rekruttering, kan være viktig for å få leger inn som næringsdrivende fastleger.

4.8.5. Mulige tiltak

Rekrutteringsproblemene gjør at mange kommuner i dag bruker store ressurser på å sikre gode allmennlegetjenester. For å rekruttere fastleger kjøper kommuner opp fastlegepraksiser, oppretter egne kommunale fastlegekontorer, tilbyr attraktive 8.2-avtaler osv.

4.8.5.1. Prisgarantier og gjenkjøpsgarantier

Leger som søker på en hjemmel, vet ikke i dag hva prisen for praksisen vil bli før forhandlingene med fratredende lege er sluttført. Ved overdragelse av praksis ved nemndsbehandling vet ikke tiltredende lege engang hva prisen vil bli idet bindende avtale om å følge nemndas beslutning inngås.

Tilsvarende vil tiltredende lege kunne være usikker på praksisens prisutvikling i framtiden, noe som kan være en barriere for å overta en praksis. Tiltredende leger som ikke tidligere har eid en fastlegepraksis, kan også oppleve usikkerhet rundt hvilke forpliktelser man påtar seg som innehaver av en praksis, som kan bidra til at det oppleves utfordrende å skulle investere store summer i en praksis, som man er usikker på om man ønsker å drifte i lang tid.

Et mulig tiltak kan være at kommunen inngår avtale om å dekke kjøpskostnader opp til – eller over – et angitt beløp. En slik maksprisgaranti fra kommunen vil kunne bidra til å redusere risikoen for tiltredende lege, og dermed øke mulighetene for at overdragelse finner sted. Slike garantier vil eksempelvis kunne gis som lån, tilskudd eller på andre måter.

Når det ikke melder seg en annen lege som vil ta over, kjøper mange kommuner nå selv praksisen for å kunne ivareta sitt sørge-for-ansvar og la en ny fastlege begynne å betjene innbyggerne. Gjennomsnittlig kompensasjon kommunene har betalt ved innløsning av hjemler er estimert til rundt en halv million kroner per hjemmel (og et al., 2022). Ekspertutvalget har for lite kunnskap om hvordan kommunene opplever denne situasjonen, men i dialog med kommunesektoren kommer det fram at flere opplever det som svært uheldig når de må gå til det skritt å kjøpe opp en praksis.

For å gjøre terskelen lavere for tiltredende leger for å investere i praksis, er ekspertutvalget kjent med at enkelte kommuner har stilt garanti om en minimumspris for praksisen ved framtidig avhendelse. Det kan i dagens situasjon argumenteres for at en mulighet til å kunne stille gjenkjøpsgarantier kan være den ressursmessige beste løsningen for mange kommuner, fordi alternativet ofte vil være at kommunen selv ser seg nødt til å kjøpe ut praksisen fra fratredende lege, for å kunne la en ny fastlege begynne å betjene listeinnbyggerne. Dette synes iallfall å være en utbredt forståelse av rammeavtalens pkt. 5.6, om at fratredende lege har en rett til å selge sin praksis før en ny fastlege kan begynne å betjene hjemmelen.

Det har imidlertid vært diskutert om slike prisgarantier kan være i strid med kommuneloven § 14-19, som begrenser kommunens mulighet til å stille kausjon eller annen økonomisk garanti for virksomhet som drives av andre enn kommunen selv, hvis garantien innebærer en vesentlig økonomisk risiko eller er stilt for næringsvirksomhet (*Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*, 2021). Bakgrunnen for bestemmelsen er et behov for å beskytte kommunens økonomi mot den type økonomisk risiko som garantistillelse kan bidra til.

Kommunal- og distriktsdepartementet har i brev til Statsforvalteren i Rogaland, datert 13. desember 2022, vurdert at forbudet mot å stille garanti for næringsvirksomhet i kommuneloven § 14-19, normalt vil innebære at kommunen ikke kan stille slike gjenkjøpsgarantier overfor næringsdrivende fastleger (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2022b). Kommunelovens forbud mot å garantere for næringsvirksomhet, er ment å være en ekstra mekanisme for å sikre at kommunen ikke påtar seg markedsrisiko. Departementet påpeker at formålet med en gjenkjøpsgaranti kan anses å være å bidra til å opprettholde markedet for private fastlegepraksiser, og det trekker i retning av at en slik gjenkjøpsgaranti innebærer at kommunen avlaster næringsvirksomhet for markedsrisiko som slik virksomhet burde bære selv.

Ekspertutvalget ser at det kan være behov for enda tydeligere juridisk avklaring på dette området.

4.8.5.2. Styrket grunntilskudd

Det kan være en motsetning mellom tiltak som bidrar til at flere av dagens fastleger står lenger i jobben, og tiltak som bidrar til at flere leger ønsker å bli fastlege. Mens bedre finansiering av dagens praksiser (økt basistilskudd, økte egenandeler og refusjoner) kan medføre at dagens fastleger står lenger i jobben, kan dette også, med dagens modell for verdsetting og overdragelse av fastlegepraksiser, føre til at prisen på fastlegepraksiser går opp, noe som vil kunne redusere unge legers vilje og evne til å kjøpe en praksis og bli fastlege. Dersom ikke økt driftsresultat slår ut i langt høyere verdi, og dermed pris, på praksisen, vil det økte driftsresultatet likevel gjøre kjøper i bedre stand til å håndtere denne investeringen.

Fastleger som starter med en 0-liste kan i dag få et basistilskudd tilsvarende 500 listepasienter i inntil to år. Dette kalles grunntilskudd, og er ment å gi legen en sikkerhet for minimumsinntekter under oppbyggingen av en ny liste.

En styrking eller utvidelse av grunntilskuddet, for eksempel ved å heve grensen på 500 pasienter eller grensen på to år, kan gjøre det mer gunstig for en lege å bli fastlege gjennom å bygge opp sin egen 0-liste. Styrket grunntilskudd vil ta ned den økonomiske risikoen forbundet med lav listelengde i starten, samtidig som legen kan ha kostnader til å kjøpe seg inn i et etablert legekontor med betaling for utstyr og verdien av opparbeidet praksis. Flere 0-hjemler vil imidlertid kunne redusere listelengden og inntektene for de etablerte legene i et område, og dermed også prisen på deres praksiser.

Ut over å starte med 0-lister, kunne man tenke seg en ny ordning der grunntilskuddet utvides, slik at det også kan benyttes til subsidiering av tiltredende leges praksiskjøp. For eksempel kunne ordningen vært at en ny lege kan benytte et styrket og utvidet grunntilskudd til å finansiere kjøpet av en eksisterende praksis ved overtakelse av en eksisterende hjemmel. Dette ville kunne innebære en trygghet for en minimumsinntekt de første årene, eksempelvis dersom det faller fra pasienter, eller hvis kommunen splitter en hjemmel i to kortere lister, som et rekrutteringstiltak i forbindelse med overdragelsen. Dette ville likne mye på et tilskudd til etablering for nye leger, slik noen kommuner allerede har sett seg nødt til å tilby i ulike varianter, uten særskilt finansiering. Det vises for øvrig til kapittel 5.7.1 om etablering av et midlertidig rekrutteringstilskudd.

I økonomisk teori for vanlige markeder vil en slik subsidiering av kjøper i stor grad slå ut i at prisen går opp. Om det vil være tiltredende eller fratredende lege som er mest tjent med en slik subsidiering er derfor ikke helt klart. Det bør vurderes hvordan en slik subsidiering skal håndteres når legen senere skal selge sin praksis.

4.8.5.3. Tillate fratredende lege selv å finne sin etterfølger

Etter rammeavtalen har fratredende lege i dag en rett til å selge sin fastlegepraksis til den legen som har fått tilbud fra kommunen om å overta hjemmelen. Tiltredende lege vil gå glipp av fastlegejobben dersom det ikke oppnås enighet om prisen, og fratredende lege vil på sin side kunne forbli eller føle seg ansvarlig for listeinnbyggerne lenger enn ønsket, og måtte gå gjennom nye utlysninger, dersom det ikke oppnås enighet. Som et forsøk på å unngå at tiltredelse og overdragelse av hjemmel trekker ut i tid fordi legene ikke blir enige om pris eller om hva som er gjenstand for overdragelse, er nemnda i Legeforeningen opprettet.

En mulig årsak til at uenighet mellom to parter kan hemme overdragelser, er prosedyren med at kommunen først gir tilbud til én tiltredende lege før det forhandles om pris. En prosedyre der fratredende lege selv sto fritt til å finne sin etterfølger og inngå en avtale om praksisoverdragelse, kunne være et alternativ. I Danmark har de en slik ordning. Leger i en gruppepraksis ville da kunne avtale seg imellom hvordan de skal gå fram for å erstatte en av legene, og i så måte vil de kunne avtale større innflytelse enn i dag i valget av en ny kollega.

Det følger imidlertid av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd at avtaler som kommunen inngår med private tjenesteytere om å yte helse- og omsorgstjenester på deres vegne, ikke kan overdras. Det innebærer at det ikke vil være lov for en fastlege å overdra sin fastlegeavtale til en annen lege etter dagens lovgivning. At kommunen beholder sørge-for-ansvaret for tjenestene de setter ut til private tilbydere, understreker behovet for en slik regel. Kommunen må fortsatt kunne ha kontroll med hvem som tilbyr tjenester på deres vegne, for å sikre god kvalitet i tjenestene og gi nødvendig oppfølging til sine leverandører. Kommunen må også kunne påse at reglene om offentlige anskaffelser overholdes når de inngår avtaler med private tjenesteytere. Dersom fratredende lege skulle tillates å finne sin etterfølger innenfor dagens lovverk, vil det fortsatt være behov for at den formelle avtaleinngåelsen skjer mellom tiltredende lege og kommunen.

Kommunen må selvsagt påse at tiltredende lege oppfyller alle fastsatte krav og retningslinjer, og kommunen må ha både rett og plikt til å blokkere en overdragelse som ikke tilfredsstiller slike krav. I Danmark har man krav om at fastleger må være spesialist i allmennmedisin for å kunne ta over en hjemmel. Kommunen må også kunne suspendere eller trekke tilbake fastlegehjemler dersom kvaliteten ikke er tilfredsstillende, eller kommunen mener det ikke lenger er behov for så mange hjemler.

En prosedyre hvor fratredende lege selv har ansvar for å finne en kjøper av sin praksis, vil aktivere prisen som mekanisme for å fremme overdragelser av praksiser (prisen faller helt til det melder seg en kjøper). En slik prosedyre vil kunne løse opp i noen av barrierene vi i dag ser for rekruttering av nye fastleger. Det vil også kunne redusere innlåsing i eksisterende infrastruktur, fordi dagens fastleger vil ha større insentiver til å tilpasse praksisene sine til det de tror framtidige kjøpere ønsker seg, det vil si til yngre legers preferanser.

Å åpne for at fratredende lege selv kan finne sin etterfølger, vil kunne ha flere ulemper. En slik prosedyre vil redusere kommunens innflytelse på valget av nye fastleger. Kommunen vil i mindre grad kunne benytte overdragelser til å påvirke sammensetningen av legekorpset, dog vil det antakeligvis være mulig å avtale- eller forskriftsfeste noen slike muligheter. Det oppstår også mulighet for budrunder, hvor legen med høyest betalingsevne får kjøpe praksisen. I en slik situasjon vil betalingsevne, og ikke nødvendigvis faglige kvalifikasjoner, være førende for hvilke leger som tilbys legepraksisen. Praksisprisen kan også gå opp mye for noen av dagens fastleger og ned for andre. Antakelig vil fastleger med attraktive praksiser på større steder få mer for sin praksis enn i dag, mens det motsatte trolig vil være tilfellet for fastleger i mindre attraktive praksiser

utenfor regionale tettsteder. I Danmark finnes det regler om maksimumspris for verdsetting av goodwill, for å unngå at praksiser blir overdratt til svært høye priser.

En slik ordning vil innebære at man går bort fra kvalifikasjonsprinsippet som i dag er nedfelt i rammeavtalen. Selv om det ikke er faglig ønskelig å gå bort fra at den best kvalifiserte legen skal tildeles en hjemmel, er det mulig å tenke seg at kvalifikasjonsprinsippet erstattes av noen minstekrav til kvalifikasjoner for å kunne ta over en hjemmel. Det vil imidlertid kunne føre til at det er legen med størst betalingsvilje og -evne som overtar en hjemmel, framfor den best kvalifiserte. Dette kan igjen gå ut over kvaliteten i helsetjenesten.

Det er også krevende å se for seg at en slik ordning kan innrettes i tråd med norsk forvaltningsrett. En tildeling av en fastlegeavtale er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Selv om det fortsatt ville vært kommunen som formelt sett fatter enkeltvedtaket, blir det legen som reelt sett velger hvem som skal få tildelt hjemmelen. Det er vanskelig å se for seg at en slik indirekte delegasjon av myndighet til en privatperson er gjennomførbart eller hensiktsmessig. Det er blant annet vanskelig å se for seg at en slik ordning kan innrettes i tråd med habilitetsreglene i forvaltningsloven, eller at legen vil være i stand til å tilfredsstille krav til forsvarlig saksbehandling og ikke lar seg påvirke av utenforliggende hensyn (som for eksempel egne økonomiske interesser). Videre kan en slik løsning utfordre forholdet til reglene om offentlige anskaffelser, som stiller krav om at det gjennomføres en konkurranse om å få tildelt avtalen, herunder er det krav om å opptre i tråd med grunnleggende anskaffelsesrettslige prinsipper som for eksempel krav om likebehandling, forutberegnelighet og etterprøvbarhet. Ovennevnte vil også kunne veve det offentlige og private sammen, og reise utfordringer i forhold til styring og kontroll fra politiske og folkevalgte organer.

Å tillate at legen selv finner sin etterfølger innebærer også fri prissetting, og det vil nesten som en nødvendighet innebære at prisen på en praksis kan svinge mer over tid enn i dag. Vi vil altså kunne se at noen fastleger betaler lite for en praksis i ett år og selger med betydelig gevinst (eller tap) i det neste.

Isolert sett vil den økte usikkerheten knyttet til prisen gjøre det mindre attraktivt for en ny lege å kjøpe en praksis. Men en slik usikkerhet vil ikke på samme måte som i dag forhindre overdragelser, fordi ulempen ved usikkerheten vil gjenspeiles i lavere pris. En prosedyre hvor fratredende lege selv kan finne og selge til sin etterfølger, påvirker ikke at kommunen like fullt sitter med sørge-for-ansvaret og må ta over hjemmelen dersom legen ikke får solgt. Legens rett til å selge praksisen må derfor opphøre – etter klart beskrevende vilkår – dersom legen ikke ønsker eller klarer å selge. En ordning der hjemmelen hjemfaller til kommunen dersom fratredende lege ikke finner en lege som vil overta, vil ligne på den løsningen man i dag har i Danmark.[57] Dette innebærer at man ikke får noe for praksisen. Å risikere at praksisen er uten verdi vil kunne gjøre det mindre attraktivt for en lege å starte egen praksis eller nytt legekontor.

4.8.5.4. Hjemfallsrett til kommunen

Dersom det ikke melder seg en lege som ønsker å ta over en hjemmel med tilhørende vilkår for kjøp av fratredende leges praksis, er det kommunen som har sørge-for-ansvaret overfor listeinnbyggerne. I dag kan det imidlertid være vanskelig for kommunen å ivareta dette ansvaret, fordi den ikke uten videre kan sette en annen lege til å betjene listeinnbyggerne før fratredende lege har fått solgt sin praksis. For listeinnbyggerne vil en slik situasjon være klart uheldig, knyttet til vikarbruk og diskontinuitet, og i verste fall mangel på lege.

Rammeavtalen setter i dag ingen grenser for hvor lenge fratredende lege har en rett til å selge sin praksis før kommunen kan la ny lege ta over hjemmelen. Inntil fratredende lege og kommunen kommer til en løsning, kan listeinnbyggere bli stående på lister uten fast tilknyttet lege. Kommunen er forpliktet etter loven til å ivareta sørge-for-ansvaret og gi innbyggerne på slike lister en fastlege, men praksis ser i dag ut til å være at kommunene ikke lar en annen fastlege betjene hjemmelen før fratredende lege har solgt sin praksis. Mange

kommuner rapporterer at de har gitt økonomisk kompensasjon, i snitt på rundt en halv million kroner per lege, ved innløsing av en hjemmel de siste årene (og et al., 2022).

Siden kommunens sørge-for-ansvar følger av lov, og fratredende leges rett til å selge praksisen før kommunen kan la en ny fastlege betjene hjemmelen, bare følger av rammeavtalen (pkt. 5.6), er det ikke helt klart hva gjeldende rett egentlig er på feltet. Dermed kan innbyggere bli låst inne på en liste uten fast lege og deres pasientrettigheter kan trues. For å sikre at kommunen kan ivareta innbyggernes rettigheter og tilgang til fastlege, er det behov for å avklare om, og hvor lenge, en fastlege skal ha rett til å selge sin praksis før kommunen selv kan la en ny fastlege begynne å betjene hjemmelen.

En mulighet er å åpne for at fratredende lege helt på egen hånd kan finne en kjøper til praksisen som tar over hjemmelen, men hvis legen ikke finner en kjøper, må hjemmelen hjemfalle til kommunen, ved at fratredende leges rett til å selge praksisen opphører.

En alternativ eller supplerende løsning, som har mange likhetstrekk med på dagens ordning, kunne være å forskriftsfeste at fratredende lege må oppgi prisen for praksisen i kommunens utlysning av hjemmelen. Dersom det ikke melder seg søkere som tar over hjemmelen og praksisen på disse vilkårene, kan det forskriftsfestes at kommunen bare er forpliktet til å lyse ut hjemmelen for eksempel én eller to ganger til. Fratredende lege kan sette ned prisen på praksisen ved hver av de nye utlysningene, men dersom det ikke melder seg søkere som tar over etter tre utlysinger, mister fratredende lege sin rett til å selge praksisen og kommunen må overta betjeningen av hjemmelen. Det kan fastsettes minimum og maksimum tid mellom hver av utlysningene (for eksempel 4 og 12 uker).

Kommunen kan da selvsagt inngå avtale med legen om å kjøpe praksisen, men legen har ingen rett (og selvsagt ingen plikt) til å selge og kommunen har ingen plikt (og ingen rett) til å kjøpe. Fratredende lege kan ha rett til å vise til beskrivelser eller takst av praksisen i kommunens utlysning av hjemmelen. Ved en slik hjemfallsrett til kommunen vil behovet for nemnda i Legeforeningen bortfalle (men partene vil selvsagt kunne avtale voldgift iht. voldgiftsloven). For at fratredende lege skal ha godt grunnlag for å sette en pris i utlysningen, bør det fastsettes at alle priser og beskrivelser av praksiser skal offentliggjøres og samles på ett sted (en nettside). Bare når særlige hensyn tilsier det, bør konkrete forhold i en omtale av praksisen kunne unntas offentlighet, i tråd med gjeldende lovverk på området.

Hvorvidt hjemfallet til kommunen skal være vederlagsfritt, eller det skal lages en fast eller midlertidig ordning der kommunen eller staten gir fratredende lege standardiserte minimumssatser for praksisen, kan vurderes nærmere. Noen av dagens fastleger måtte i sin tid kjøpe praksisen til en høy pris, og selv om de har kunnet avskrive disse kostnadene, og derfor spart skatt, vil nok mange ha forventninger om å få tilbake iallfall noe av prisen de en gang betalte når de skal tre ut av praksisen. Av denne grunn kan det vurderes å avtale en overgangsordning, der staten eller kommunen må yte fratredende leger en standardisert kompensasjon for praksisen, iallfall i tilfeller der kvaliteten på praksisen klart overstiger lov- og forskriftsfestede minimumskrav.

En prosedyre med hjemfall til kommunen av hjemmelen (ikke praksisen), vil kunne løse opp i noen av barrierene vi i dag ser for rekruttering av nye fastleger, eller for at kommunene faktisk får mulighet til å overta hjemmelen. Det vil også kunne redusere innlåsing i eksisterende infrastruktur fordi dagens fastleger vil ha større insentiver til å tilpasse praksisene sine til det de tror framtidige kjøpere ønsker seg, det vil si til yngre legers preferanser.

Samtidig vil en slik ordning kunne dempe insentivene til noen typer investeringer i praksisen, fordi selger kan risikere å ikke få noe nevneverdig for praksisen. Det kan også tenkes en motsatt effekt for økning av investering i kvalitet, for å gjøre praksisen mer attraktiv for salg. Hvordan disse effektene vil virke mot hverandre er uklart.

En hjemfallsordning kan være krevende for gruppepraksiser, siden de kan miste en hjemmel til kommunen, og kommunen dermed står fritt til å velge å flytte hjemmelen ut av eksisterende praksis, uten at de faste kostnadene for gjenværende leger faller tilsvarende. Det vil derfor være viktig at legene i en gruppepraksis avtaler seg imellom hvordan de skal gå fram for å rekruttere hvis noen slutter, for å sikre at det kommer en ny lege inn hvis de ikke ønsker at hjemmelen hjemfaller til kommunen.

4.8.5.5. Full regulering av praksisoverdragelse, inkludert vederlag for praksisen

Kjøp og salg av praksis som betingelse for å få tilgang til en hjemmel, kan alternativt avvikles helt. I realiteten finnes en slik løsning allerede, der kommunen drifter praksisen og leier den ut til næringsdrivende fastlege. Denne løsningen er omtalt i pkt. 8.2. i rammeavtalen, og kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv.

Selv i slike tilfeller tilsier rammeavtalen at fratredende næringsdrivende lege har en rett til å selge praksisen og få betalt for opparbeidet praksis. Men dersom kommunen har hatt stort ansvar for driften, og derfor anses å ha stått for opparbeidingen av praksisen, kan hjemmelen lyses ut og en ny lege kan tre inn uten at det oppstår problemstillinger knyttet til kjøp og salg av praksisen (fordi kommunen i henhold til rammeavtalen allerede eier både den og verdien av opparbeidet praksis).

En nyutdannet lege kan da gå rett inn og begynne å praktisere allmennmedisin. Sammenliknet med ren næringsdrift, der fastlegen selv eier praksisen, kan en slik 8.2-avtale være oversiktlig og enkel. På den annen side har ikke fastlegen like stor innflytelse på utformingen av praksisen som ved selvstendig næringsdrift, og kommunens prioriteringer av utvikling og vedlikehold samsvarer ikke nødvendigvis med legens ønsker og behov. Legen vil kunne ha mindre økonomiske insentiver i å oppgradere eller effektivisere praksisen. Noen slike forhold kan ivaretas i avtalen som legen inngår med kommunen.

For å styrke fastlegens innflytelse på praksisutformingen, der legen har et sterkt ønske om dette, kunne man tenke seg en variant der fastlegen tok over eierskapet til praksisen ved inntreden i hjemmelen, men med en plikt til å gi fra seg eierskapet til kommunen igjen når man trer ut av hjemmelen. Det måtte da også følge med en plikt til å vedlikeholde og utvikle praksisen i tråd med lover og regler, behovene til listeinnbyggerne og kommunen, den teknologiske utviklingen og medisinskfaglige oppdateringer. Dette vil innebære betydelig juridisk og økonomisk oppfølging fra kommunens side, i tråd med krav til eierskapsforvaltning og økonomistyring. En ulempe ville være at fastlegen vil ha begrensede insentiver til å foreta dyre oppgraderinger og endringer i praksisen, siden disse vil tilfalle kommunen når fastlegen fratrer hjemmelen. Mulige tiltak for å kompensere for slike disinsentiver kunne være reguleringer i avtalen med kommunen, at kommunen eller staten opprettet fond for økonomisk støtte til slike tiltak, eller at det tas inn justering for kvalitetselementer ved praksisen i basisfinansieringen. Det kunne også vært mulig å lage en ordning der prisen skjematisk ble bestemt i en enkel kalkulator tilgjengelig på internett, som tok hensyn til noen få elementer som basistilskudd, omsetning og kostbart utstyr kjøpt inn siste år. I praksis vil det imidlertid være litt vanskelig å bestemme akkurat hvilke elementer som skulle inngå, med fare for at leger som planla snarlig fratredelse, skjevinvesterte for å maksimere verdien i kalkulatoren.

Enda et skritt nærmere dagens ordning, der fratredende lege kan selge sin praksis, og dermed får igjen for investeringene, kunne innebære at praksisen takseres på en forenklet, transparent og etterprøvbar måte. Utstyr er forholdsvis enkelt å verdsette, mens dagens ordning med verdsetting av opparbeidet praksis er svært skjønnspreget. En pris som bestod av takst på utstyr, der det var forbudt å inkludere verdien av opparbeidet praksis, ville derfor kompensere fastlegen for kjøp av utstyr, samtidig som det klart største usikkerhetsmomentet i dagens prisfastsetting ville falle bort. Prisen på praksiser ville ved en slik løsning kunne falle med så mye som 80-90 prosent i forhold til dagens praksis i nemnda. Hvis praksisen tilfalt kommunen

(mot takst) når fratredende lege sa opp hjemmelen, eventuelt dersom fratredende lege måtte overdra praksisen til tiltredende lege direkte som i dag, ville en slik reduksjon i prisen og forenkling i overdragelsesreglene kunne redusere dagens barrierer for nye leger som ønsker å bli fastlege. Hva tiltredende lege måtte betale for å ta over praksisen, måtte vært tatt inn i kommunens utlysing av hjemmelen.

Dette er løsninger som er mye enklere og mer gjennomsiktige enn dagens ordning, og det er grunn til å tro at det nesten umiddelbart ville styrket rekrutteringen til fastlegeordningen. Noen av de største fordelene vil være en langt lavere pris for å ta over en praksis, ingen uoversiktlige forhandlinger for å bli enig med fratredende fastlege om priser m.v., og full klarhet i når kommunen kan sette en annen lege til å betjene hjemmelen. Det kan også tenkes at et forbud mot å inkludere verdien av opparbeidet praksis ville kunne styrke legitimiteten til ordningen på sikt, da praksiser ikke lenger ville bli omsatt for millionbeløp.

Den langsiktige hovedulempen vil være at fastlegens rent økonomiske insentiver for å investere i en veldrevet praksis, ut over å oppdatere utstyret, vil falle. Dette vil kunne svekke innovasjonstakten i næringen, som på lang sikt vil kunne redusere tilbudet og kvaliteten på tjenestene til innbyggerne. På den annen side vil det å investere løpende i kvalitet og utvikling gi en veldrevet praksis, som kan gi både økonomiske, faglige og arbeidsmiljømessige gevinster for eier over tid.

Andre ulemper er at et forbud mot å inkludere verdien av opparbeidet praksis trolig vil måtte komme sammen med strengere kvalitetskrav til drift av praksiser, for å sikre at kvaliteten på praksisene ikke forringes, særlig når en lege vurderer å slutte som fastlege. Behovet for å kontrollere praksiskvaliteten kan også øke. Den største ulempen er altså at fastlegens egeninteresse i en god praksis kan reduseres, og for å kompensere for dette bør det offentlige innføre mer regulering av kvaliteten. For eksisterende fastleger er det en ulempe at prisen på praksisen vil falle, og overgangsordninger måtte vært vurdert.

4.8.5.6. Fri etableringsrett og auksjonering av fastlegehjemler

I Sverige er det fri etableringsrett, så sant man oppfyller kompetanse- og kvalitetskravene. Der er det altså ingen hjemler, og omsetning av praksiser foregår på kommersielle vilkår mellom selskapene som driver vårdcentralene. Dette har ført til at om lag halvparten av vårdcentralene drives av kommersielle aktører, også store internasjonale selskaper. På steder der de kommersielle ikke etablerer seg, driver det offentlige vårdcentraler. Innbyggerne velger selv hvilke vårdcentral de vil knytte seg til. De svenske vårdcentralene er i snitt større enn norske fastlegekontorer, og de har i langt større grad ansatte leger og flere sykepleiere per lege (Skudal et al., 2019).

I Sverige er det meste av finansieringen basert på antall innbyggere en vårdcentral har ansvar for, og bare en liten del er aktivitetsbasert. En ulempe ved fri etableringsrett for fastleger, vil være manglende kostnadskontroll for staten. Med en definert fastlegeliste får fastlegen tilnærmet monopol på å levere helsetjenester til en etablert gruppe. I et system med høy grad av aktivitetsbasert finansiering, som i Norge, vil fri etableringsrett kunne føre til at fastleger konkurrer om de samme pasientene som kan gi økt takstbruk for å sikre økonomisk trygghet. Å ha en konkurransesituasjon mellom fastleger, kan også tenkes å føre til negative konsekvenser for pasientene, medisinsk faglighet og trygdesystemet. Å gå fra hjemler til fri etablering vil også kunne føre til større konkurranse mellom leger om pasientene, iallfall dersom tilbudet er større enn etterspørselen, og legene vil da i større grad kunne rette sin aktivitet inn mot de pasientene som gir høyest inntjening, i stedet for de som trenger det mest.

En slags mellomløsning mellom fri etableringsrett og ordningen med fastlegehjemler, ville kunne være å la kommunen auksjonere ut fastlegehjemler for en gitt periode. Dersom ingen vil betale for en slik hjemmel i en auksjon, kan i stedet kommunen betale noen for å påta seg å betjene hjemmelen. Det siste likner på den

faktiske situasjonen mange kommuner i dag opplever, der kommunen for eksempel betaler for kontorlokaler, utstyr og lignende. Men mens norske kommuner i dag ikke kan be om penger av en lege som ønsker å tre inn i en attraktiv hjemmel (jf. auksjon), så er det stadig mer utbredt at kommunen må yte tilleggsfinansiering (jf. anbud) for å få en lege til å ta over en hjemmel.

På linje med at fastlegen selv kan selge sin praksis med tilhørende hjemmel, ville en mulighet for kommunen til å gjennomføre auksjon og anbud kanskje fremme betjeningen av hjemler både i sentrale strøk (auksjonsprisen vil bli høy) og i utkantkommuner (anbudsprisen vil bli høy). Utvalget er ikke kjent med at ordninger med auksjoner av allmennlegetjenester er forsøkt i våre naboland. Det pågår en større debatt om fordeler og ulemper ved kommersialisering av velferdstjenester, og ekspertutvalget nøyer seg med å vise til Velferdstjenesteutvalget (NOU 2020: 13) og Avkommersialiseringsutvalget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b).

4.8.6. Ekspertutvalgets vurderinger

Kommunen kan ikke i dag uten videre sette en annen lege til å betjene listeinnbyggerne før fratredende lege har fått solgt sin praksis. For listeinnbyggerne kan konsekvensen være diskontinuitet i pasient-lege-relasjonen og mangel på fastlege. Overdragelsesordningen antas også å være en medvirkende årsak til lav rekruttering til fastlegeyrket.

Det er ulik praksis for hvordan og når innløsningen skjer, og også rundt kompensasjonen. For å finansiere en eventuell innløsning, må kommunen bruke av kommunebudsjettet ut over det som er forutsatt i inntektssystemet, og ressursbruk til innløsning av hjemler kan gå ut over kommunens øvrige tjenester til innbyggerne. Kommunens evne til å ivareta sitt lovpålagte sørge-for-ansvar begrenses dermed av fratredende leges rett etter rammeavtalen til å selge sin praksis før kommunen kan la en ny fastlege betjene hjemmelen.

Noe av bakgrunnen for uklarhetene synes å være at fastlegeordningen ikke har en like klar styringslinje som de andre helse- og omsorgstjenestene, da sentrale elementer framgår av den framforhandlede rammeavtalen (KS/Oslo kommune og Legeforeningen), og ikke i lov eller forskrift. Rettstilstanden blir uklar når det ikke er åpenbart at det er overenstemmelse mellom lov og forskrift på den ene siden og rammeavtalens punkt 5.6 om overdragelser på den andre. Hovedansvaret ligger like fullt hos Helse- og omsorgsdepartementet, og ekspertutvalget anbefaler at departementet avklarer rettstilstanden på feltet.

Ekspertutvalgets flertall mener overdragelsesreglene er så sentrale for en velfungerende fastlegeordning, at de må reguleres i fastlegeforskriften og ikke i rammeavtalen. Utvalgets medlem Sakshaug anser det ikke hensiktsmessig med en forskriftsregulering av disse prosessene, og mener dette fortsatt bør framgå av rammeavtalen.

Ekspertutvalget mener dagens regler for praksisoverdragelser er for kompliserte og uoversiktlige, og at de ser ut til å medvirke til å begrense antall leger som ønsker å bli fastlege. Primærformålet med regler om overdragelse må være å sikre at innbyggerne har tilgang til fastlege, der det viktigste i dagens situasjon er å raskt øke rekrutteringen av leger inn i ordningen. Å ivareta fratredende leges interesser i å få en rimelig pris for sin praksis, handler også primært om rekruttering, ved at det gir nye leger tillit til at kostnader ved å kjøpe eller bygge opp en praksis blir kompensert.

Ekspertutvalget mener dagens binding mellom overdragelse av hjemmelen og fratredende leges næringsinteresser rundt prisen på praksisen, har prinsipielle utfordringer. I realiteten innebærer bindingen at innbyggere på en fastlegeliste der fastlegen ikke får den prisen hen ønsker for praksisen, over en periode får et dårligere fastlegetilbud enn innbyggere på andre fastlegelister. Etter flertallets syn er en ordning der kommunens rett og plikt til å yte fastlegetjenester begrenses av denne typen næringsinteresser, i strid med

grunnleggende pasientrettigheter og prinsippet om likeverdige helsetjenester. I prinsippet anbefaler flertallet derfor at hjemmelen til en fastlege som sier opp, hjemfaller til kommunen etter klare frister som fastsettes i lov eller forskrift. Når hjemmelen er hjemfalt til kommunen, må kommunen umiddelbart stå helt fritt til å disponere over den, for eksempel ved å avvikle den, lyse den ut, eller kunne fordele den på flere andre leger, osv.

Noen fastleger måtte i sin tid kjøpe praksisen til en høy pris, og selv om de har kunnet avskrive disse kostnadene, og derfor har spart skatt, vil nok mange ha forventninger om å få tilbake iallfall noe av prisen de en gang betalte når de skal selge praksisen. Av denne grunn kan det vurderes å avtale en overgangsordning, der staten eller kommunen må yte fratredende leger en standardisert kompensasjon for praksisen, i tilfeller der kvaliteten på praksisen klart overstiger lov- og forskriftsfestede minimumskrav. På denne måten vil hjemmelen raskt kunne overtas av en ny lege som ikke må betale en for høy pris, samtidig som fratredende lege også er ivaretatt.

Tiltredende lege, eller eventuelt kommunen, vil normalt være interessert i å kjøpe fratredende leges praksis. I stedet for dagens ordning, der fratredende og tiltredende lege må bli enige om prisen, kunne praksisen takseres på en forenklet, transparent og etterprøvbar måte. Utstyr er forholdsvis enkelt å verdsette, mens dagens ordning, med verdsetting av opparbeidet praksis, er svært skjønnspreget. En pris som består av takst på utstyr, og der verdien av opparbeidet praksis brytes ned til spesifikke kvalitetsindikatorer som er ønskelige for en fastlegepraksis å ha, ville kompensere fastlegen for kjøp og vedlikehold av utstyr, samtidig som usikkerheten rundt verdien av opparbeidet praksis ville falle.

Ekspertutvalget mener prisen for praksisen må oppgis i kommunens utlysning av hjemmelen. Dersom det ikke melder seg søkere som tar over hjemmelen og praksisen på disse vilkårene, har ekspertutvalgets medlemmer ulike syn på kommunens plikt og rett til å innløse praksisen. Ekspertutvalgets medlemmer Abelsen, Rashidi og Sakshaug mener kommunen bør ha plikt til å innløse praksisen til takst. Ekspertutvalgets medlemmer Elvestad, Grønvold, Iversen og Telle, og mener kommunen ikke bør ha en plikt til å innløse, men at den bør ha rett til å innløse til takst.

Ekspertutvalgets medlem Grønvold påpeker samtidig muligheten for å utvikle og øke bruken av ordninger som gir næringsdrivende fastleger enkel tilgang til fastlegehjemmel og kontor, uten samtidig å måtte kjøpe og eie egen praksis. Dette kan eksempelvis organiseres i form av økt bruk av kommunalt fastlegekontor, jf. kapittel 4.7.4.3.

Ekspertutvalget mener at ordningen for praksisoverdragelser mellom næringsdrivende fastleger er et trykkende punkt i fastlegeordningen. Ekspertutvalget, med unntak av Sakshaug, anbefaler at det raskest mulig må gjøres endring i forskrift slik at flere leger raskere kan få tilgang til å jobbe med de hjemlene som andre leger fratrer, igjen slik at listeinnbyggere ikke blir stående uten fastlege på grunn av næringsinteresser hos fratredende lege.

For å få flere leger raskt inn i fastlegeordningen, anbefaler ekspertutvalget at det innføres et midlertidig rekrutteringsstilskudd i størrelsesorden 300 000 kroner til nye fastleger, i kommuner med særlige rekrutteringsvansker. Se beskrivelse i kapittel 5.7.1.

Boks 4-3: Om fastlegeavtaler og reglene om offentlige anskaffelser

Den næringsdrivende fastlegen anses som en privat tjenesteyter, som kommunen har inngått avtale med. Når kommunen inngår slike avtaler, vil avtalene i utgangspunktet falle inn under reglene om offentlige anskaffelser, jf. anskaffelsesloven § 2 (*Lov om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven)*, 2017).

Utvalget har sett nærmere på spørsmålet om hvordan reglene om offentlige anskaffelser påvirker kommunens inngåelse av fastlegeavtaler. Forholdet til anskaffelsesreglene ser ikke ut til å være løftet i fastlegeforskriften, i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, eller i rammeavtalen mellom Legeforeningen og KS. Fastlegetjenester er heller ikke omtalt i DFØ's veileder for anskaffelser av helse- og sosialtjenester, som blant annet nevner flere andre kommunale helse- og omsorgstjenester, som sykehjem, hjemmesykepleie og BPA (Anskaffelser.no).

I brev av 16. mars 2003 vurderte Nærings- og handelsdepartementet at en avtale om driftstilskudd med privatpraktiserende fysioterapeuter var å anse som en tjenestekonsesjonskontrakt, som i 2003 ikke var omfattet av anskaffelsesforskriften (Hellesylt et al.). Siden den gang har det kommet egne regler om slike konsesjonskontrakter i en egen forskrift (*Forskrift om konsesjonskontrakter (konsesjonskontraktforskriften)*, 2016). Forskriften definerer konsesjonskontrakter i § 1-2 som "*en tjenestekontrakt eller en bygge- og anleggskontrakt der vederlaget består enten utelukkende av retten til å utnytte tjenestene eller bygge- og anleggsarbeidene eller en slik rett sammen med betaling, og der driftsrisikoen er overført fra oppdragsgiveren til leverandøren.*"

Det er vanskelig å se at definisjonen ikke skulle omfatte fastlegeavtaler. Ved tildeling av hjemmel får fastlegen en rett til å yte tjenester til et bestemt antall innbyggere, og vederlaget fastlegen mottar er avhengig av at innbyggerne faktisk velger fastlegen som sin faste lege og faktisk oppsøker fastlegen for helsehjelp. At Nærings- og handelsdepartementet har konkludert med at avtale mellom kommunen og næringsdrivende fysioterapeuter som mottar driftstilskudd, anses som en tjenestekonsesjonskontrakt, taler også for at fastlegeavtaler anses som dette.

Anskaffelser over EØS-terskelverdien på 51 millioner kroner må blant annet kunngjøres i Doffin på norsk og ett av de offisielle EU-språkene, jf. konsesjonskontraktforskriften § 14-3, jf. § 9-2. Kontraktens verdi skal baseres på leverandørens forventede samlede omsetning i kontraktens varighet eksl. mva., jf. § 5-2. For fastlegeavtaler, vil det i utgangspunktet kunne innebære at samlet omsetning vurderes i perioden fram til legen fyller 70 år, da dette er tidspunktet der fastlegeavtalen som hovedregel opphører, jf. fastlegeforskriften § 32.

Det følger av rammeavtalen (ASA 4310) punkt 5.4 at kunngjøring av fastlegehjemler skal skje i Tidsskrift for Den norske legeforening og/eller i landsdekkende avis o.l med minst tre ukers søknadsfrist. Det framkommer ikke av rammeavtalen at reglene i konsesjonskontraktforskriften skal følges, men dette kan henge sammen med at innholdet i rammeavtalen ikke er endret siden 2013–2014, og konsesjonskontraktforskriften trådte i kraft i 2017. Etter hva utvalget er kjent med, lyses ikke fastlegehjemler ut på Doffin i dag.

De øvrige kravene i konsesjonskontraktforskriften kapittel 14 til konkurranse, valg av leverandør, begrunnelse mv., anses i all hovedsak å ligge på et nivå som samsvarer med kravene som allerede stilles i fastlegeforskriften og rammeavtalen (ASA 4310). Det kan likevel være behov for en nærmere vurdering av kommunens inngåelse av fastlegeavtaler opp mot reglene for offentlige anskaffelser.

5. FINANSIERING

5.1. Ekspertutvalgets anbefalinger

Ekspertutvalgets flertall anbefaler at basistilskuddet økes til 50 prosent av fastlegenes totale inntekt, for å styrke insentivene til å ta listeansvar.

Ekspertutvalgets flertall vurderer at høyere andel basistilskudd og tilsvarende lavere takster, er nødvendig for å kunne innføre flere av de andre tiltakene utvalget foreslår for å redusere arbeidsbelastningen til fastlegene. En økning i andelen basistilskudd kan i større grad legge til rette for finansiering av annet helsepersonell. Økt andel basistilskudd, med tilsvarende lavere takster, bidrar til bedre kostnadskontroll ved utvidet rom for delegasjon og innføring av profesjonsnøytrale takster.

Et mindretall i utvalget fraråder at basistilskuddets andel av finansieringen økes.

Dersom basistilskuddet økes til 50 prosent eller mer, mener ekspertutvalgets flertall at det pasienttilpassede basistilskuddet som innføres 1. mai 2023, er et tilfredsstillende utgangspunkt. Ekspertutvalget anbefaler at det bør få virke i noen år før det vurderes å gjøre justeringer.

Ekspertutvalgets flertall anbefaler at det også bør innføres en kvalitetsjustering av basistilskuddet. Et første skritt for å bygge opp en ordning med kvalitetsjustering av basistilskuddet, vil kunne være å føre honorarene som i dag knytter seg til spesialisttillegget, over til basistilskuddet på en slik måte at spesialistene beholder sin inntekt.

Ekspertutvalget anbefaler at takstsystemet gjennomgås, med henblikk på en forenkling og reduksjon av antall takster. Ekspertutvalget anbefaler videre at det i den sammenheng også vurderes om takstene kan benyttes mer aktivt for å stimulere til ønsket aktivitet og prioritering i tjenestene.

For å få flere leger raskt inn i fastlegeordningen, anbefaler ekspertutvalget at det innføres et midlertidig rekrutteringsstilskudd på i størrelsesorden 300 000 kroner til nye fastleger, i kommuner med rekrutteringsvansker. Tilskuddet kan innebære en bindingstid på eksempelvis 3 år. Dersom legen slutter før det har gått 3 år, må beløpet, eller det aller meste av det, tilbakebetales.

5.2. Finansiering som virkemiddel

Finansiering er et av flere virkemidler for å oppnå og opprettholde ønsket aktivitet, oppmuntre til innovasjon og forbedring, og bidra til å forme og utvikle en allmennlege- og fastlegetjeneste etter befolkningens helsebehov. I tråd med målbildet, bør finansieringsordningen av allmennlegetjenesten innrettes slik at den understøtter målene om best mulig helsehjelp til befolkningen, gitt de ressursene som er til rådighet. Videre bør finansieringssystemet bidra til å fordele kostnader og risiko på en fordelaktig måte for samfunnet som helhet. Finansiering som virkemiddel, må vurderes og ses i sammenheng med øvrige virkemidler, og i særdeleshet med organiseringen av fastlegetjenesten.

I tråd med mandatet, skal ekspertutvalget blant annet utrede endringer i innretningen på basisfinansieringen, herunder utvikling av risikojustert basistilskudd og innføring av kvalitetselement i basistilskuddet.

Ekspertutvalget skal også vurdere endret fordeling mellom takster og basistilskudd. Vurdering av takster som legger til rette for flerfaglige praksiser er omtalt i kapittel 6.3.

Selv om økonomiske insentiver er effektive virkemidler, er det samtidig slik at det neppe vil være mulig å lage et finansieringssystem som bidrar til å oppfylle alle målsettinger fullt ut. Et hvert finansieringssystem vil ha positive og negative sider, som må veies mot hverandre og vurderes i lys av ønsket utvikling for allmennlegetjenesten, sett i sammenheng med situasjonsbestemte forhold.

5.3. Dagens finansiering av fastlegeordningen

5.3.1. Driftsformer

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

I tillegg til hovedmodellen med næringsdrivende lege, kan kommuner tilby fast ansettelse eller andre økonomiske og organisatoriske tiltak, for å dekke behovet for fastleger. Næringsdrift er vanligst i folkerike kommuner, mens fast ansettelse er vanligst i kommuner med få innbyggere.

Dersom fastlegen er ansatt i kommunen med fast lønn, vil kommunen beholde basistilskuddet og motta takstrefusjoner og egenandeler. Det finnes også mellomvarianter, herunder næringsdrivende leger som mottar ytterligere støtte fra kommunen (gjennom for eksempel såkalte 8.2-avtaler), eller fast ansatte kommunale leger, som har aktivitetsbasert tilleggsinntekt.

5.3.2. Basisfinansieringen

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

5.3.2.1. Basistilskuddet

Basistilskuddet er det mest sentrale elementet i basisfinansieringen, og utgjør et fast beløp for hver innbygger på fastlegens liste. Fra 1. juli 2022 utgjør det 675 kroner per listeinnbygger per år for inntil 1 000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1001 utgjør basistilskuddet 544 kroner per listeinnbygger. Det betyr at det er én sats til og med det såkalte knekkpunktet på 1000 innbyggere, og én sats over. Dette endres fra 1. mai 2023, når pasienttilpasset basistilskudd innføres.

5.3.2.2. Grunntilskuddet

Grunntilskuddet ble innført for å styrke rekrutteringen til fastlegeordningen og utbetales til nye fastleger i stedet for basistilskudd. For leger med listetak over 500 innbyggere, men som for eksempel i en oppstartsfase har færre enn 500 listeinnbyggere, vil grunntilskudd tilsvare basistilskudd for 500 listeinnbyggere. Dermed er legen sikret en aktivitetsuavhengig årlig inntekt på minst 337 500 kroner (500 * 675 kroner), selv om det skulle ta tid å få 500 listeinnbyggere. En lege kan motta grunntilskudd i inntil to år.

5.3.2.3. Utjamningstilskuddet

Utjamningstilskuddet kan utbetales til næringsdrivende fastleger i kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere, der gjennomsnittlig listelengde er mindre enn 1 200. Tilskuddet beregnes som basistilskudd for differansen mellom referanselisten på 1 200 innbyggere og gjennomsnittlig listelengde i kommunen. Utjamningstilskuddet er likt for alle de næringsdrivende legene i kommunen. I en kommune med gjennomsnittlig listelengde på 900, vil hver næringsdrivende fastlege altså få utbetalt et utjamningstilskudd tilsvarende basistilskuddet for 300 listeinnbyggere.

5.3.2.4. Kommunenes midler til basisfinansiering

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

For næringsdrivende fastleger i hovedmodellen vil en økning i basistilskuddet i sin helhet tilfalle dem, som en utbetaling fra kommunen, men det er opp til kommunens økonomi og prioriteringer hvor inndekningen hentes fra. For kommunalt ansatte fastleger vil økningen i basistilskuddet normalt ikke endre deres lønn, og det er opp til kommunen om den velger å benytte den økte basisfinansieringen til å styrke fastlegetjenesten. I kommuner med bare næringsdrivende leger etter hovedmodellen vil en økning i basistilskuddet ikke styrke kommuneøkonomien, mens den kommunale økonomien vil kunne bli styrket av økt basistilskudd i kommuner med kommunalt ansatte fastleger.

Overføringssystemet fra stat til kommune (helsenøkkelen) vil ikke bli endret fra 1. mai 2023, når pasienttilpasset basistilskudd innføres. Men kommunene vil *samlet sett* få styrket økonomien for å ivareta at basistilskuddet økes.

5.3.3. Den aktivitetsbaserte finansieringen

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

Formelt er takstene det beløpet folketrygden gir i stønad til den enkelte pasient i forbindelse med undersøkelse eller behandling hos fastlege. Gjennom direkteoppgjørsordningen mottar legene refusjonene direkte fra staten ved Helfo. For leger som er ansatt i kommunen, tilfaller den aktivitetsbaserte finansieringen

normalt kommunen. Uansett er det en forutsetning for å kunne utløse takster, at legen har fastlegeavtale med kommunen.

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

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

I tillegg til takstrefusjonene betaler pasientene egenandeler. Pasienten har et tak for hvor mye egenandeler som kan betales i løpet av et år[17], og når taket nås, får fastlegen refundert ytterligere egenandeler fra folketrygden.

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

5.3.4. Om takstsystemet

Takstene beskriver hvilken type legehjelp legene kan kreve dekning for via takstene, og hva betalingen for hver takst er. Videre beskrives hvilke takster som kan benyttes ved de ulike kontaktformene, prosedyrene og prøvene som blir gjort, ved å beskrive hvilke vilkår som må være oppfylt for å utløse takstene.

Fra et samfunnsperspektiv kan flere hensyn ligge til grunn for et takstsystem:

1. Takstene er kostnadsnøytrale: Taksten avhenger da av hvor mye det koster å produsere en tjeneste, selv når tjenestene er tilnærmet likeverdige.
2. Takstene er teknologinøytrale: Tilnærmet likeverdige tjenester har da samme takst, uavhengig av om kostnadene ved å produsere tjenestene er ulike.
3. Takstene brukes som et redskap til å prioritere ønsket aktivitet (det motsatte av prioriteringsnøytral).

Hvilket takstsystem en beslutningstaker foretrekker, vil avhenge av hvordan de ulike hensynene vektes. Et eksempel kan belyse avveiningen. En konsultasjon med fastlegen kan enten skje ved frammøte på legekontoret eller elektronisk, ved hjelp av video, telefon eller tekst-samtale. I dag er konsultasjonstaksten på dagtid den samme, uavhengig av konsultasjonsmåte. Det medfører at taksten er teknologinøytral. Dersom takstene skulle være kostnadsnøytrale, skulle trolig takstene for konsultasjon på legekontoret og for videokonsultasjon vært større enn taksten for tekst-konsultasjon. Det kan også tenkes at en ønsker å signalisere til fastlegen at en bestemt aktivitet er ønsket, ved å øke taksten uavhengig av kostnaden ved å skaffe til veie tjenesten, jf. punkt 3. I eksemplet over kan like takster uavhengig av konsultasjonstype tolkes som at man ønsker å oppmuntre fastlegene til å prioritere e-konsultasjoner.

Takstene framkommer av forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (*Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege*, 2022), ofte omtalt som Normaltariffen. Takstene er gjenstand for årlige forhandlinger mellom Legeforeningen, KS, Oslo kommune, de regionale helseforetakene og staten ved Helse- og omsorgsdepartementet.

[17] *Egenandelstaket for 2023 er 3040 kroner*.

Takstforskriften er detaljert og omfangsrik. De mange takstene (om lag 150) med detaljerte beskrivelser kan gjøre det utfordrende for fastlegene å alltid takste presist.

Takstenes primære formål er at fastlegene skal motta betaling for den aktiviteten de utfører. Samtidig er registerdata over legenes takstbruk (i oppgjørssystemet KUHR[18]) en verdifull kilde til detaljert statistikk og kunnskap om blant annet fastlegetjenestene. Det gir god oversikt over aktiviteten i ordningen, men takstene har i begrenset grad vært benyttet til å forsøke å understøtte prioriteringer.

Som en del av handlingsplanen for allmennlegetjenesten, har Helsedirektoratet foretatt gjennomganger av takstsystemet for å understøtte faglig riktig praksis, og forenklinger i regelverket. Endringsforslag er diskutert mellom partene, og enkelte endringer ble iverksatt i 2021 og 2022 (Helsedirektoratet, 2022c).

Det er en forutsetning for å kunne bruke takstsystemet at legen har fastlegeavtale med kommunen.

Fastlege (hjemmelsinnehaver) og vikar har ikke lov til å registrere takster samtidig på samme fastlegeliste. Hovedargumentet for en slik bestemmelse er at fastlegen ikke skal kunne ha flere vikarer som jobber for seg, blant annet fordi det kan redusere kontinuiteten i tjenesten, tilgangen på vikarer i distriktene og kostnadskontrollen for staten.

5.4. Sykepenger og pensjon for næringsdrivende leger

5.4.1. Sosiale rettigheter for næringsdrivende

Selvstendig næringsdrivende har ikke de samme sosiale rettigheter som arbeidstakere, blant annet når det gjelder sykepenger, pensjon og dagpenger (Alsos et al., 2022).

Sykepenger for ordinære arbeidstakere dekkes av arbeidsgiver de første 16 dagene av arbeidstakers sykdom, deretter overtar NAV sykepengeutbetalingen. Selvstendig næringsdrivende må selv dekke arbeidsgiverperioden på 16 dager. I tillegg har næringsdrivende ikke rett til full dekning av sykepenger (opp til 6G[19]) fra dag 17, men får 80 prosent av sykepengegrunnlaget. Næringsdrivende har normalt mulighet til å tegne egen sykefraværsforsikring gjennom NAV, med ulike dekningsgrader.

Pensjon består av tre ulike deler: folketrygd, tjenestepensjon og avtalefestet pensjon, og individuelle pensjonsordninger. Mens folketrygden er universell, og uavhengig av tilknytning til arbeidslivet, er tjenestepensjon en pensjonssparing som gjøres av arbeidsgiver, på vegne av arbeidstaker. Selvstendig næringsdrivende må selv eventuelt kompensere for manglende tjenestepensjonssparing ved å opprette egen pensjonssparing. Selvstendig næringsdrivende opptjener ikke rett til dagpenger. For leger er det tilsvarende forskjeller i sosiale rettigheter mellom næringsdrivende og ansatte. Slike forskjeller kan påvirke legers valg mellom næringsdrift og ansettelse i kommune eller sykehus.

[18] *Kontroll og utbetaling av helserefusjoner, som forvaltes av Helsedirektoratet og Helfo.*
[19] *G er grunnbeløpet i folketrygden. Satsen blir oppdatert 1. mai hvert år og blir bestemt etter trygdeoppgjøret. Grunnbeløpet (G) per 1. mai 2022 er kr 111 477. Kilde: https://www.nav.no/grunnbelopet.*

5.4.2. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger

Legeforeningen etablerte stiftelsen Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) i 1965.[20] Alle leger som driver eller har drevet legevirksomhet i Norge, og som er og har vært medlem av folketrygden i minst tre år, er automatisk medlem av SOP. Målgruppen for ordningen er næringsdrivende leger.

Ordningen er gratis for den enkelte lege, og finansieres ved tilskudd fra staten som avsettes i normaltariff-forhandlingene. For avtaleåret 2022–2023 utgjør dette om lag 50 mill. kroner. I tillegg til ordinære årlige fondsavsetninger, ble SOP tilført 25 mill. kroner i forbindelse med framleggelsen av handlingsplanen for allmennlegetjenesten i 2020, og 20 mill. kroner ifm. takstforhandlingene for 2021–2022.

SOPs formål er å bidra til økonomisk sikring av næringsdrivende leger og deres familie, ved arbeidsuførhet, alderdom og død, samt ved fravær fra egen praksis i forbindelse med sykdom, fødsel og adopsjon.

Ordningens avbruddsytelser skal bidra til å kompensere for tapt praksisinntekt samt løpende driftsutgifter under fravær fra praksis som skyldes sykdom, fødsel eller barns sykdom (kronisk eller alvorlig syke barn, eller pleie av nærstående i livets sluttfase, dvs. pleiepenger). Ytelsene dekker inntektstap opp til en viss prosent av brutto praksisomsetning, begrenset oppad til 12G[21], og kommer i tillegg til ytelser fra NAV. Dersom legen har høyere inntekt enn 12G, eller andre inntekter enn fra egen praksis (legevakt, andre oppdrag), er det mulig å tegne sykeforsikring hos NAV og/eller hos et forsikringsselskap som Legeforeningen har avtale med. Videre gir ordningen dekning blant annet i forbindelse med uførhet.

SOP bidrar til at forskjeller i sosiale rettigheter mellom næringsdrivende og ansatte leger blir redusert. Forskjellen er i hovedsak at en ansatt lege har rett til full lønn ved sykdom fra dag 1, mens de første 16 dagene av en sykmelding ikke dekkes av SOP. Næringsdrivende fastleger får heller ikke særskilt kompensasjon for å være hjemme noen dager i året med barn under 12 år som har korttidssykdom, for eksempel omgangssyke.

Basisgodtgjørelsen utbetales imidlertid uendret ved sykdom sammenhengende inntil 16 dager. Dette gjelder også ved fravær på grunn av sykdom hos barn under 12 år og barn under 16 år, dersom det foreligger kronisk sykdom eller funksjonshemninger, inntil 10 dager per kalenderår. Dersom omsorgen gjelder mer enn to barn utvides antall dager uten trekk i basisgodtgjørelsen til 15 dager, og til 20 dager hvis barnet er funksjonshemmet eller kronisk sykt. Dersom praksisinnehaveren er alene om omsorgen, fordobles ovennevnte kvoter (ref. rammeavtalen).

Videre gir SOP dekning kun opp til 12G, som per mai 2022 var 1.337.724 kroner. En ansatt fastlege med høyere inntekt enn 12G, vil teoretisk sett få mer enn sin næringsdrivende kollega ved fravær. Utover dette er ordningene sammenlignbare.

Næringsdrivende leger autorisert før 1.1.1993 har alderspensjonsrettigheter i SOP. Medlemmer autorisert senere har ikke rett på alderspensjon i SOP. Legeforeningen har imidlertid inngått avtale med Storebrand om tjenestepensjonsordning for næringsdrivende leger.

---

[20] *Omtalen av SOP er basert på SOPs nettsider, og Legeforeningens veileder for næringsdrivende leger.*

[21] *12G utgjør, per mars 2023, 1 337 724 kroner.*

5.5. Finansiering av allmennlegetjenesten i andre land

De landene som ekspertutvalget har sett nærmere på, har finansieringssystemer med elementer av både basistilskudd og aktivitetsbasert avlønning. Det danske systemet likner mye på det vi har i Norge, med om lag 30 prosent av inntektene fra basistilskuddet. I Sverige utgjør basistilskuddet en stor andel av samlet finansiering av vårdcentralene, og den varierer mellom regioner fra 60 til 90 prosent. England, Skottland og Nederland har også en høyere andel avlønning fra basistilskudd enn Norge (Anell, 2017).

I land med høy basisfinansiering er det også vanlig at basistilskuddet er differensiert. Land med høy basisfinansiering kan også ha kvalitetsjusterte elementer i tilskuddet, et eksempel er Storbritannia.

Det økonomiske grunnlaget for finansieringen av allmennlegetjenesten skjer i mange land gjennom overføring av penger fra staten til et lokalt eller regionalt nivå, som skal dekke oppgavene som er desentralisert til dette nivået. Det kan gjelde planlegging, bestilling, organisering og finansiering av tjenestene. Omfanget av desentralisert ansvar varierer.

Tabell 5-1: Finansieringskilder

	Overføringer fra stat til	I hovedsak statlig finansiering	Finansiering gjennom beskatning	Direkte innbetaling til forsikrings-selskap?
Norge	Fastleger/kommuner	Ja	Ja	Nei
Danmark[22]	Regioner	Ja	Ja	Nei
Skottland[23]	Health Boards	Ja	Ja	Nei
England[24]	Integrated care Boards	Ja	Ja	Nei
Nederland[25]	Helseforsikringsselskaper	Ca 5 %*	Ca 50 %*	45 %
Sverige[26]	Regioner	Delvis	Ja	Nei
Finland[27]	Velferdsområder	Ja	Ja, i hovedsak	Nei

** Innbetaling til nasjonalt fond kontrollert av statlige myndigheter. Arbeidsgivere trekker fra arbeidstakeres lønn og staten bidrar i tillegg med en liten andel.*

5.5.1. Finansiering av legepraksiser og helsesentre

De fleste av landene har nasjonale modeller for finansiering av primærlegene, men i land med mer desentralisert ansvar for organisering og styring av tjenestene kan det være en del ulikheter i innretning. Dette gjelder spesielt Sverige, men også i Finland. Selv om det i noen land er større grad av frihet til å innrette finansieringsmodellene etter lokale behov, må alle oppfylle nasjonale krav til tjenestene.

Inntektene til primærlegene i landene hvor hovedmodellen er privatpraktiserende leger med offentlig avtale, er som regel en blanding av tilskudd per innbygger (per capita) og aktivitetsbasert refusjon. I tillegg kan det

[22] *(Larsen et al., 2020).*
[23] *(Anderson et al., 2022).*
[24] *(NHS England).*
[25] *(Commonwealth Fund).*
[26] *(Larsen et al., 2020).*
[27] *E-postkommunikasjon med kontaktperson Finnish Institute for Health and Welfare, Finland – THL.*

være ulike former for risikojustering av per capita-tilskuddet ut fra forskjeller i befolkningens behov for helsetjenester, samt tilskudd for å utjevne kostnadsforskjeller knyttet til geografisk plassering av praksisen eller ekstra kostnader knyttet til at noen områder er mer flerspråklige o.l. Egenandeler på konsultasjoner utgjør som regel en relativt liten del av legenes inntekter.

Tabell 5-2: Finansieringen av allmennpraktiserende leger og helsesenter med offentlig avtale[28]

	Per capita	Aktivitetsbasert	Risiko-justering	Egenandel konsultasjon	Annet
Norge	28 %	72 %	Fra 1.5.2023	Ja	Utjamningstilskudd
Danmark	30 %	70 %	Kun lister med mange "tunge" pasienter. Utgjør lite.	Nei	Definerte legedekningstruede områder får tilleggsfinansiering. Kronikerhonorar for oppfølging av pasienter med diabetes og KOLS.
Skottland	85 %	Nei, men mulighet for noe variasjon i oppgaver gjennom kontraktene	Ja	Nei	Ca 15 % betaling som er praksisspesifikke basert på avtaler og en liten andel spesifikke takster basert på lokale avtaler.
England	50-60 %	Nei, men mulighet for noe variasjon i oppgaver gjennom kontraktene	Ja	Nei	14 % Core PCN*-funding 7 % ledelse 10 % kvalitetsbasert finansiering**og 4 % fra et investerings og "impact"-fond
Nederland	Ca 49 %	Ca 21 %	Ja	Nei	15 % tverrfaglig oppfølging Ca 15 % innovasjon og resultatbasert finansiering
Sverige	Varierer mellom regioner 60-90 %	Varierer mellom regioner	Ja, men med varierende innhold mellom regioner	Ja	Justert for geografiulemper. Noe innslag av resultatbasert finansiering.
Finland				Ja	Velferdsområdene får statlig tilskudd etter ny modell for behovsjustering.

**PCN: Primary care Network ** Quality and outcome Framework. Ikke obligatorisk, men de fleste er med.*

5.5.1.1. Danmark

Danmark har en høy andel aktivitetsbasert finansiering fra staten på rundt 70 prosent, og 30 prosent per capita-andel. Pasientene betaler ikke egenandel for konsultasjon. Fastlegene i Danmark har større mulighet enn i Norge til å delegere oppgaver til hjelpepersonell i legekontoret. I 2018 ble det innført et ekstra basistilskudd for arbeidskrevende lister (risikojustering) på 36 millioner danske kroner. Midlene fordeles til

[28] *Tabellen er i hovedsak basert på spørreskjema og oppfølgende dialog med kontaktpersoner i hvert av landene.*

legene som har de mest arbeidskrevende listene, målt ut fra listeinnbyggernes alder, kjønn og helsetilstand. (Holm, 2018). I 2018 ble det innført et *kronikerhonorar,* som erstatter aktivitetsbasert finansiering for enkelte pasientgrupper (KOLS og diabetes type 2). Videre er det nedsatt et råd som skal utrede nye finansieringsmodeller. Partene deltar i rådet, men det er helseøkonomer og forskere som leder arbeidet. Rådet skal levere forslag i 2023.

5.5.1.2. Sverige

Finansieringen av allmennlegetjenester i Sverige (vårdcentraler) er forskjellig fra Danmark og Norge ved at det ikke er en nasjonal modell for finansiering. Finansieringsordningene for vårdcentralene varierer mellom regionene. Vilkårene og finansieringen fastsettes av regionene, uten forhandlinger. Alle regioner har en kombinasjon av fast og variabel finansiering. Per capita-tilskuddet varierer mellom cirka 60 og 90 prosent i regionene.

De fleste regionene i Sverige vekter overføringene til vårdcentralene basert på kjennetegn ved listepopulasjonen senteret har ansvar for. I 2020 hadde alle regionene en vekting basert på sosioøkonomiske variable og de fleste justerer for alderssammensetning, men få inkluderer kjønn. 14 av 25 regioner vektet listene basert på helsetilstand (på gruppenivå) målt ved ACG (Adjusted Clinical Groups). Et flertall av regionene vekter også inn en geografisk komponent. Det sistnevnte kan beregnes ut fra for eksempel avstand til nærmeste sykehus, og spredtbygde områder. Sosioøkonomiske variable betyr relativt lite for finansieringen sammenlignet med de andre variablene (Sveriges kommuner og regioner).

Det er i varierende grad finansiering knyttet til indikatorer som skal gjenspeile kvalitet og effektivitet, geografiske komponenter og andel av alle konsultasjoner som foretas i primærhelsetjenesten (Sveriges kommuner og regioner, 2023). Denne andelen kan fungere som en økonomisk belønning for at vårdcentralene selv tar hånd om listeinnbyggernes behov for helsetjenester, i stedet for å sende listeinnbyggerne videre til spesialisthelsetjenesten. Nesten halvparten av vårdcentralene drives av private selskap, og i gjennomsnitt har vårdcentralene 9 000 listeinnbyggere.

5.5.1.3. Finland

Fra og med 2023 er helsesentrene i Finland, og dermed primærhelsetjenesten, blitt sentralisert til 21 velferdsområder fra tidligere å ha vært et kommunalt ansvar. Velferdsområdene har stor autonomi i hvordan pengene fordeles til ulike tjenester og modeller for finansiering. Allmennlegetjenester er i hovedsak drevet av offentlige helsesentraler med underliggende enheter. Legenes avlønningsordninger varierer med spesifikke arbeidsoppgaver og kvalifikasjoner. I 2019 var det vanligst med fast lønn med noe ekstra aktivitetsbasert finansiering for utvalgte tjenester eller mindre prosedyrer, pluss kompensasjon for legevakt og overtidsarbeid.[29] Velferdsområdene kan også inngå kontrakter med andre tjenesteleverandører om allmennlegetjenester, f.eks. private aktører.

5.5.1.4. Skottland og England

Landene har flere fellestrekk. Etter en lovfestet innføring av en organisasjonsmodell med regionale "Integrated care systems" i England fra 2022 er systemene i landene mer like enn tidligere. Da gikk England bort fra et

[29] *E-postkommunikasjon med kontaktperson Finnish Institute for Health and Welfare, Finland – THL.*

bestillersystem med vekt på konkurranse til mer vekt på samarbeid og strategisk inngåelse av kontrakter og avtaler (King's Fund, 2022).

I England er andelen per capita-tilskudd ca. 50-60 prosent som skal dekke kjernetjenester og avtaler om tilleggstjenester. "The Carr-Hill Formula" er utgangspunkt for risikojustering. Den inkluderer en rekke komponenter som kjønn og alder og andre behovsvariable, antall pasienter i spesialboliger og sykehjem, turnover på pasientlisten, ruralitet, samt en justering for ulikheter i kostnader pga markedskrefter, for eksempel lønnsnivå og leiekostnader.

Legepraksisene i England får også aktivitetsbaserte inntekter fra en kvalitetsbasert finansiering (Qality and Outcome Framework, QOF). QOF er en frivillig ordning som gir finansiering for oppnåelse av kvalitetsstandarder, ved å belønne volum og kvalitet. Måloppnåelse måles mot kliniske, folkehelse-, kvalitets-, produktivitets- og pasientopplevelsesindikatorer. Utbetalingene beregnes i henhold til grad av måloppnåelse på mer enn 60 indikatorer (NHS England, 2022b).

Skottland har en høy andel per capita-tilskudd, på 85 prosent. Tilskuddet risikojusteres på grunnlag av forventet arbeidsbelastning basert på pasientenes alder og kjønn, sammen med vekting for deprivasjon og levekår. Mesteparten av den resterende inntekten er praksisspesifikke ut fra avtaler som inngås ut over standardavtalen. En liten andel av inntekten er basert på lokalt avtalte takster.

5.5.1.5. Nederland

I Nederland består inntektene til fastlegene av tre deler. Den største delen er den generelle standard finansieringen, herunder per capita-tilskudd (ca. 49 prosent) og aktivitetsbasert finansiering (ca. 21 prosent).

I Nederland brukes alderssammensetning, men ikke kjønn, som grunnlag for risikojustering av per capita-tilskuddet. I tillegg brukes en sosioøkonomisk vekting basert på kjennetegn ved innbyggerne i nabolaget (postnummer), som andelen med lav inntekt, arbeidsledige og innvandrerbakgrunn (Zorgautoriteit, 2022).

Den andre delen av inntekten til praksisene kommer fra arbeid i tverrfaglige team og er knyttet til oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, KOLS og astma. Nettverk av allmennpraksiser og andre helsetjenester samarbeider om å koordinere oppfølging av personer med kroniske sykdommer. Dette er juridiske enheter som påtar seg klinisk og økonomisk ansvar for pasienter med kronisk sykdom (Commonwealth Fund). Nettverksgruppene forhandler med forsikringsselskapene om innhold og pris på "pakker" av tjenester (bundled payment). De kan deretter utføre tjenestene selv, men de kan også kjøpe diverse tjenester fra ulike typer helsepersonell gjennom underkontrakter, for eksempel med ernæringsfysiologer, øyeleger og laboratorier. Betalingen kan skje i form av aktivitetsbasert finansiering, fast sats eller lønn (Williams, 2022).

Det er en nasjonalt fastsatt separat betalingsordning når det gjelder oppfølging av pasienter med psykiske helseproblemer. Mange fastlegekontor ansetter sykepleiere og psykologer. Nederland har profesjonsnøytrale takster (se 6.3.6), og refusjon for sykepleiere ansatt i praksisen mottas av fastlegen, slik at eventuelle produktivitetsgevinster som følge av å delegere oppgaver til en sykepleier, tilfaller fastlegen.

De siste 15 prosent av inntektene til fastlegepraksiser i Nederland er knyttet til innovasjon og prestasjonsbaserte mål (pay for performance).

5.6. Drøfting av elementene i finansieringen

5.6.1. Basistilskudd vs. aktivitetsbasert finansiering

Finansieringen av fastlegeordningen er et virkemiddel for å oppnå de tjenestene vi som samfunn ønsker. Finansieringsordningen bør understøtte at befolkningen får tilgang til tjenester av god kvalitet og tilgjengelighet etter behov, i tråd med prioriteringene Stortinget har sluttet seg til (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, 2021b). Innenfor disse rammene bør vi tilstrebe at det finansielle systemet belønner gode medisinskfaglige prioriteringer og vurderinger. Det bør også være insentiver til å utvikle effektive og gode tjenester for befolkningens behov i framtiden.

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

De ulike elementene i finansieringen har forskjellige fordeler og ulemper. Ytterpunktene er bare fast inntekt, som er aktivitetsuavhengig, og full akkord, der inntekten kun er aktivitetsavhengig. I praksis og i litteraturen ser vi ofte blandede systemer (Newhouse, 1996), for eksempel ved at næringsdrivende fastleger gis både noen faste tilskudd, noen faste tilskudd per innbygger man har ansvar for (basistilskudd), og noen aktivitetsbaserte ytelser (takster og egenandeler). Det er anerkjent i litteraturen at avveiningen mellom omfanget av faste og aktivitetsbaserte ytelser er vanskelig, og avhenger av en rekke forhold knyttet til pasientene, legene og helsetjenestene for øvrig (Zweifel et al., 2009).

Den aktivitetsbaserte finansieringen stimulerer til mange konsultasjoner og andre aktiviteter. Det er mulig at mange pasienter kunne fått det de trengte på annet vis. Det kunne være i form av en nettside med god informasjon, en robot, eller en chatte-, video- eller svartjeneste på telefon. De næringsdrivende fastlegene har imidlertid få insentiver til å bruke tid og krefter til å utvikle slike informasjonskilder, for de vil da – på kort sikt – måtte forsake konsultasjoner med inntjening, og dessuten vil de på lang sikt – hvis informasjonskilden blir så god at den reduserer innbyggernes behov for konsultasjoner – kunne redusere inntektsgrunnlaget.

Giftinformasjonen ved Folkehelseinstituttet er et eksempel på en tjeneste som ikke har aktivitetsfinansiering. Den er døgnåpen, og mottar telefoner om forgiftninger fra helsepersonell og befolkningen for øvrig. For å unngå unødige telefoner, legger giftinformasjonen stor vekt på oversiktlige og gode nettsider. Og når de får mange telefoner om en ny tematikk, prioriterer de å forbedre nettsidene for å veilede helsepersonell og befolkningen. Når veiledningen lykkes, får de færre telefoner, som igjen innebærer at de frigjør tid til faglig oppdatering og forbedrede nettsider. Det blir en god sirkel. For en næringsdrivende fastlege derimot, ville en slik god sirkel redusere den aktivitetsbaserte delen av inntjeningen, særlig på kort sikt, men muligens også på lang sikt.

Den aktivitetsbaserte finansieringen i Norge stimulerer altså ikke fastlegene til å bruke tid på innovasjon og utvikling av tjenesten. Fastlegetjenesten til SiO Helse orienterte ekspertutvalget om et prosjekt for å fremme testing av smittsomme kjønnssykdommer, der listeinnbyggeren selv kunne booke time for å avgi en urin- eller vaginalprøve til SiOs laboratorie, og motta svar, uten at fastlegen var involvert. SiO utviklet en tilsvarende løsning for prøver og prøvesvar for SARS-CoV-2. Prosjektet økte testingen betydelig, det reduserte behovet for fastlegekonsultasjoner mye, men dermed falt også inntjeningen til SiOs fastlegetjeneste. Sett kun fra fastlegens perspektiv, vil det å sette av tid til et slikt prosjekt innebære reduksjon i inntjeningen, særlig på kort sikt. Dette kan knyttes til reduksjon i antall konsultasjoner, men også tid brukt til planlegging av prosjektet før iverksetting, fjerner tid fra pasientrettet, takstgenererende arbeid. Når man inntar perspektivet til SiOs eier –

studentene i Oslo – har prosjektet spart studenter og leger for tid brukt på unødvendige konsultasjoner, og det har sannsynligvis samtidig bidratt til mindre smittespredning.

Mye aktivitetsbasert finansiering gir altså insitamenter til å yte tjenester nå, eller til å innrette praksis til å generere mye av de mest innbringende takstene, uten at dette nødvendigvis gir de beste tjenestene.

En viktig del av fastlegens rolle er å si nei til undersøkelser og henvisninger som er formålsløse, eller som kan påføre pasienten helseskade. I forskningslitteraturen er det bred enighet om at underdiagnostikk og underbehandling er et problem, men også at overdiagnostikk og overbehandling er et større problem i omfang, fordi langt flere utsettes for dette. Helsepersonellkommisjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c) viser eksempelvis til OECD, som anslo at 10–34 prosent av helseutgiftene i OECD-landene er brukt på uheldige eller bortkastede helsetjenester (OECD, 2017). En studie estimerte at 20 prosent av samlede helseutgifter i USA er bortkastet, men har antydet at omfanget kan være nærmere 50 prosent (Berwick et al., 2012). Ebell mfl. anslår i en litteraturgjennomgang at bare 18 prosent av beslutningene i allmennpraksis er fundert på solid vitenskapelig dokumentasjon (Ebell et al., 2017). Også i Norge har det de siste årene vært økt fokus på medisinsk overaktivitet (Førland et al., 2019).

Insentivene til overaktivitet går lenger enn til overaktivitet overfor den enkelte pasient – for hvis fastlegen bruker mer tid på en pasient, vil det være mindre tid igjen til en annen pasient. Når høy aktivitet er viktig for inntjeningen, kan legens oppmerksomhet trekkes bort fra å bruke mye tid på de pasientene som trenger det mest og på å identifisere og kontakte svake etterspørrere. For sterke insentiver til overaktivitet, kan dermed true det bærende prinsippet om likeverdige tjenester.

Vi vet at det er store geografiske variasjoner i medisinsk aktivitet (Wennberg, 2011), og slik variasjon tolkes ofte som et uttrykk for overbehandling (Førland et al., 2019). Det er også stor grad av enighet om at den viktigste årsaken til uønsket variasjon i forbruket av helsetjenester, er variasjon i tjenestetilbudets størrelse (Wennberg, 2011). Tilbudets størrelse er et resultat av mange ulike forhold, men også finansieringssystemet innvirker på legenes tidsbruk. For eksempel oppsummerer en nyere litteraturgjennomgang at «there is considerable evidence that physicians change what they do – and often quite rapidly – in response to changes in incentives that are brought about by changes in how, and what, they are paid for» (Lee et al., 2020).

Takstsystemet kan også forsterke arbeidsbelastningen for fastlegene. I kapittel 2.3.6 så vi hvordan andelen fastleger som jobber utenfor vanlig arbeidstid har vokst de siste årene, og det er mye som tyder på at denne veksten i stor grad henger sammen med åpning for bruk av e-konsultasjonstakst utenfor vanlig arbeidstid. I dag honoreres en slik e-konsultasjon med 324 kroner, noe som i mange tilfeller kan gjøre det økonomisk attraktivt å jobbe utover kvelden. Det vil særlig være attraktivt for enklere forespørsler, som tar kort tid. Dersom honoraret hadde vært lavere, er det grunn til å tro at flere fastleger ville prioritert å arbeide mindre utenfor vanlig arbeidstid.

Obligatorisk medlemskap i folketrygden er fundamentet for likeverdige helsetjenester i Norge. Grunnideen bak likeverdige helsetjenester er at alle skattebetalerne deler regningen. Egenandelen er lavere enn kostnaden for samfunnet, og etterspørselen vil derfor være høyere enn den ville vært hvis pasienten måtte betalt alt selv. I velferdsstaten er det et grunnleggende prinsipp at etterspørselen etter helsetjenester ikke begrenses av pasientens betalingsevne. For å kunne sikre likeverdige helsetjenester til alle, uten at kostnadene blir langt høyere enn samfunnet er villig til å avse, må tilbyderne av offentlige helsetjenester gjøre valg for å begrense tjenestene som ytes. Dette er stikk i strid med vanlig markedslogikk, der de som tilbyr en tjeneste ikke ønsker å begrense salget. Den enkelte pasient kan ha ønsker om flere tjenester enn legen strengt tatt mener er forenelig med likeverdige tjenester. Det er da viktig at fastlegen har økonomiske insentiver til å ta hensyn til hele listepopulasjonen, og også kostnader ellers i helsetjenestene, når fastlegen avgjør hvor mange tjenester den enkelte listeinnbygger skal få.

Mens den aktivitetsbaserte finansieringen blant annet kan stimulere til for høy eller uønsket sammensetning av aktiviteten, kan basistilskudd per listeinnbygger ha andre ulemper. Siden legens inntekt er den samme uavhengig av aktivitet, gir basistilskudd et insitament til å yte for få tjenester til litt flere listeinnbyggere. På den annen side kan basistilskudd gjøre det enklere å prioritere de pasientene med størst nytte av legens tjenester, fordi inntekten uansett er den samme.

Fordi basistilskuddet stimulerer til flere listeinnbyggere, trenger det imidlertid ikke å medføre mindre samlet aktivitet for fastlegen enn aktivitetsbasert finansiering. Sammensetningen av aktiviteten forventes derimot å være annerledes. Et eksempel kan illustrere poenget. En fastlege har 1 000 listeinnbyggere og yter fire konsultasjoner a 15 minutter til hver listeinnbygger per år. Hver konsultasjon gir fastlegen 200 kroner i inntekt. Den samlede årlige inntekten blir 800 000 kroner. Inntekten fra å arbeide én time ekstra blir 800 kroner. Som et alternativ til dette systemet med kun aktivitetsavhengige inntekter, tenker vi oss et system med kun basistilskudd i form av 400 kroner per år for hver listeinnbygger. Fastlegen har valgt å ha 2 000 listeinnbyggere. Den samlede årsinntekten er dermed 800 000 kroner også med denne finansieringsmåten. Det antas samtidig en legefaglig norm som sier at hver listeinnbygger må tilbys minimum to konsultasjoner per år, og at legen minimerer pasientkontakten til normen på to konsultasjoner per år. Inntekten fra å arbeide en time ekstra med eksisterende listeinnbyggere er null. Inntektene fra å arbeide en time ekstra som resultat av å øke listen med to personer, er 800 kroner. Inntekten fra å arbeide en time ekstra er dermed den samme som under aktivitetsavhengig finansiering. Tre konklusjoner følger. 1) Basistilskudd i form av per capita finansiering er gunstig når det er knapphet på fastleger med ledige listeplasser siden fastlegene vil velge lengre liste ved basistilskudd enn de vil gjøre under aktivitetsbasert finansiering. 2) Den samlede aktiviteten i form av konsultasjoner og arbeidstimer kan forventes å være omtrent den samme under per capita finansiering som under aktivitetsbasert finansiering. 3) Per capita finansiering oppmuntrer til færre tjenester til hver listeinnbygger enn aktivitetsbasert finansiering.

Basisfinansiering kan altså gi legen insentiver til å yte færre tjenester til noen innbyggere, og ut fra medisinskfaglige prioriteringer vil det fortrinnsvis være de innbyggerne som trenger dem minst. Ved knapphet på legetjenester, vil dette være en ønsket prioritering fra samfunnets side. I praksis kan det være vanskelig for legene å identifisere pasientgruppene som trenger dem minst, og det kan hende at disse gruppene av pasienter søker andre tilbydere hvis ventetiden til time blir lang. Det er dermed fare for at dersom fastlegene lykkes i å gjøre en bedre medisinskfaglig prioritering, vil de selv sitte igjen med de krevende pasientene og de enkle pasientene vil i større grad oppsøker legevakt eller helprivate tjenester. Lav grad av aktivitetsbasert finansiering, kan også gjøre det gunstig for fastlegen å henvise eller på andre måter overføre noe av pasientenes behandlingsbehov, til andre deler av helsetjenesten (Brekke et al., 2020; Godager et al., 2017a).

Hvis basistilskuddet utgjør all, eller mesteparten av, fastlegens inntekt, kan det være behov for å kompensere og redusere legens risiko knyttet til at listeinnbyggere har eller får større helsetjenestebehov enn vanlig. Dette kan gjøres ved å la legen i større grad prioritere ned andre listeinnbyggere eller redusere listelengden for å unngå for stor arbeidsbelastning, men da vil også fastlegens kostnader øke eller inntekter falle. For å unngå fall i inntekt som følge av strengere prioriteringer og økt behov blant listeinnbyggere, kan risikoen alternativt justeres ved å la basistilskuddet avhenge av behovene til listeinnbyggerne. I ytterste konsekvens vil en slik justering ende opp som aktivitetsbasert finansiering, der den økonomiske risikoen ved økt arbeidsbelastning i sin helhet er flyttet fra legen til den som finansierer ordningen. Legen vil dermed kompenseres økonomisk dersom helsetjenestebehovene til listeinnbyggerne øker. I et system der mesteparten eller all avlønning i utgangspunktet er bestemt av legens aktivitet (takster), vil med andre ord det økonomiske behovet for å justere basistilskuddet være annerledes eller bortfalle.

Det finnes en god del empirisk forskning på effekter av de ulike elementene i en finansieringsordning (van Dijk et al., 2013) og (Lee et al., 2020). Mer overordnet er ekspertutvalget ikke kjent med metodisk pålitelige

evalueringer av hvilken balanse mellom ulike former for basistilskudd og aktivitetsbasert finansiering som best understøtter målene om gode og likeverdige allmennlegetjenester til innbyggerne.

Godager og kolleger (Godager et al., 2021) drøfter fordeler og ulemper ved de ulike elementene i finansieringsordninger for fastleger; se tabell 5.3.

Tabell 5-3: Egenskaper ved de ulike elementene i finansieringsordninger for fastleger

Avlønningsform	Avlønningsformel	Særtrekk ved betalingssystemet
[A] Rendyrket per capita betaling	Driftsinntekt = # pasienter * per capita sats (kr)	• Ingen usikkerhet knyttet til myndighetenes totale utgifter. • Usikkerhet for legen med hensyn til egne kostnader, siden kostnader til pasientbehandling må dekkes av legen. • Oppmuntrer legene til å ta ansvar for mange pasienter. • Oppmuntrer til lavt tjenestevolum. • Oppmuntrer til pasientseleksjon: Kostbart for legene å ta ansvar for pasienter med stort behov for tjenester.
[B] Rendyrket aktivitetsbasert betaling	Driftsinntekt = #takster * takst (kr)	• Usikkerhet knyttet til myndighetenes totale utgifter. • Mindre inntektsusikkerhet for legen. • Kan oppmuntre legene til å tilby stort tjenestevolum. • Oppmuntrer ikke til pasientseleksjon: Pasienter med stort behov for tjenester er ikke mer kostbare å behandle for den enkelte lege, siden det kan kompenseres med å behandle et mindre antall pasienter.
[C] Rendyrket fastlønn eller Fast driftstilskudd	Driftsinntekt = fast årlig beløp (kr)	• Ingen usikkerhet knyttet til myndighetenes totale utgifter. • Oppmuntrer til lavt tjenestevolum. • Oppmuntrer ikke til pasientseleksjon: Pasienter med stort behov for tjenester er ikke mer kostbare å behandle for den enkelte lege.
[D] Kombinasjon av per capita betaling og aktivitetsbasert betaling	Driftsinntekt = #pasienter * per capita sats (kr) + #takster * takst (kr)	• Noe usikkerhet knyttet til myndighetenes totale utgifter. • Noe usikkerhet for legen med hensyn til egne kostnader, men mindre enn under (A). • Oppmuntrer legene til å ta ansvar for mange pasienter. • Kan oppmuntre til større tjenestevolum enn under (A). • Kan oppmuntre til pasientseleksjon: Kostbart for legene å ta ansvar for pasienter med stort behov for tjenester siden det blir vanskeligere å samtidig ta ansvar for mange pasienter.
[E] Kombinasjon av fastlønn eller Fast driftstilskudd og aktivitetsbasert betaling	Driftsinntekt = fast årlig beløp (kr) + #takster * takst (kr)	• Noe usikkerhet knyttet til de myndighetenes totale utgifter. • Noe usikkerhet for legen med hensyn til egne kostnader, men mindre enn under (A). • Inntektene er uavhengig av om legen tilbyr mange tjenester til få pasienter, eller få tjenester til mange pasienter. • Oppmuntrer til større tjenestevolum enn under (A).

Kilde: Godager et al. (2021)

5.6.2. Differensieringer av basisfinansieringen

Basisfinansieringen varierer ikke alltid med antall listeinnbyggere legen faktisk har ansvar for. I Norge er dette tilfellet for grunntilskuddet (et element i basisfinansieringen), som er det samme (i inntil to år) enten legen har 100 eller 500 listeinnbyggere. Før fastlegeordningen ble innført i 2001, var driftstilskuddet uavhengig av hvor mange innbyggere legen betjente.

Siden flere listeinnbyggere ofte innebærer større ansvar og flere oppgaver, er basistilskuddet i Norge et per capita-tilskudd: Det øker med antall listeinnbyggere, og kan således sies å være differensiert etter listelengde. Knekkpunktet på 1 000 listeinnbyggere, som avvikles fra 1. mai 2023, innebærer også en differensiering. Per capita-tilskuddet er fram til 1. mai 2023 høyere opp til 1 000 listeinnbyggere og noe lavere for over 1 000 listeinnbyggere. I tillegg har vi en regel om at en liste ikke skal overstige 2 500 listeinnbyggere, men dette kan avvikes midlertidig, og per capita-tilskuddet ytes også for flere enn 2 500 listeinnbyggere. Grunntilskuddet vil også kunne betraktes som en form for differensiering etter listelengde for leger i en oppbyggingsfase.

Vi har et element av geografisk differensiering av basisfinansieringen i Norge. Utjamningstilskuddet skal bidra til næringsdrift i kommuner der fastlegene på grunn av lavt folketall får korte lister og dermed mindre basistilskudd.

I Norge har næringsdrivende fastleger fram til 1. mai 2023 ingen differensiering av basisfinansieringen etter sosioøkonomiske kjennetegn ved listeinnbyggerne, ei heller etter alder, kjønn, helse eller andre anslag for behovet av fastlegetjenester. De generelle overføringene til kommunene fra staten, som basisfinansieringen til næringsdrivende leger dekkes av, har imidlertid innbakt noe justering for sosioøkonomiske forhold. Risikojustering av basistilskuddet innføres fra 1. mai 2023. Se omtale i kapittel 5.6.4.4.

I dag er det heller ingen differensiering av basisfinansieringen etter indikatorer for kvalitet. Spesialisttaksten kan imidlertid betraktes som at den aktivitetsbaserte delen av finansieringen kvalitetsjusteres ved fullført spesialitet og etterfølgende kursing for å beholde retten til spesialisttakst.

5.6.3. Mer om differensiering i form av knekkpunkt

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

En økning i basistilskuddet for de første 1 000 listeinnbyggerne (og uendret basistilskudd over 1 000) gir insentiv til at næringsdrivende fastleger med listelengde under knekkpunktet, øker sin listelengde. Disse fastlegene får en større inntektsøkning for å øke listelengden, sammenliknet med basistilskudd uten knekkpunkt. Tilsvarende får de et høyere inntektsfall ved å redusere listelengden. Næringsdrivende fastleger med listelengde over knekkpunktet, opplever uendret basistilskudd og dermed ingen ytterligere oppmuntring til å øke listelengden. I økonomisk teori kalles atferdsvirkningen av en slik økning i basistilskuddet en prisvridningseffekt, og den opptrer sammen med det som kalles en inntektseffekt. Når basistilskuddet øker, øker også legens inntekt. En høyere inntekt vil kunne medføre at legen ønsker å ta seg råd til mer fritid (på bekostning av arbeidstid). Inntektseffekten trekker derfor i retning av at legen ønsker kortere lister, eventuelt at legen reduserer arbeidstiden sin på andre måter (færre konsultasjoner per listeinnbygger).

Totaleffekten av en økning i basistilskuddet på listelengden er i teorien uklar, fordi det er to motstridende effekter: Prisvridningseffekten tilsier et ønske om lengre liste, og inntektseffekten tilsier ønske om kortere liste. For leger med listelengde under knekkpunktet er dermed totaleffekten usikker, mens leger med listelengde større enn knekkpunktet vil ønske å redusere listelengden (siden vi har forutsatt at basistilskuddet over knekkpunktet er uendret). Empiriske studier for å avdekke hvordan endringer i basistilskuddet påvirker den totale listekapasiteten i Norge er utfordrende å gjennomføre, siden det ikke er noen åpenbar kontrollgruppe.

Basistilskuddet utgjør i dag en begrenset andel av samlet inntjening. Hoveddelen av merinntjening for en ny listeinnbygger vil komme fra taksthonorarene. Knekkpunkt i basistilskuddet vil dermed ha mer begrenset effekt enn dersom basistilskuddet utgjorde en større andel, gitt at differansen mellom satsene over og under

knekkpunkt ville være høyere. For øvrig er det mange andre forhold enn variasjon i størrelsen på basistilskuddet som påvirker legens aktiviteter, inkludert faglige preferanser, kompetanse, normer, personlige preferanser, familiesituasjon osv.

Knekkpunkt har også fordelingseffekter. En ulik fordeling av basisfinansieringen mellom forskjellige grupper av fastleger innebærer at leger som tar ansvar for en ekstra pasient på en kort liste, belønnes mer enn leger som tar ansvar for en ekstra pasient på en lang liste. Dermed gir systemet lavere kompensasjon til dem som påtar seg et totalt sett større ansvar enn dem som tar et mindre, noe forskere ved Universitetet i Oslo har omtalt som "omvendt overtidsbetaling" (Godager et al., 2020). I sykehusene tjener en lege klart mer for å jobbe den 45. timen i en uke, enn den 35., mens fastlegene altså får mindre betalt for å ta ansvar for den 1 500. enn den 500. listeinnbyggeren. I hvilken grad knekkpunktet er godt egnet til å beholde erfarne fastleger, som ofte har lange lister, er derfor ikke helt klart. Det kan tenkes at andre tiltak vil kunne være bedre egnet til å beholde eksisterende fastleger i ordningen.

For nye leger som ønsker å bli fastlege, er det ikke helt klart hvordan, eller i hvilken grad, endringer i basisfinansieringen vil virke. Mange yngre leger gir uttrykk for at de ønsker å ha ansvar for færre pasienter og jobbe mindre enn det som har vært vanlig blant eldre fastleger i Norge, og en økning i basisfinansieringen under knekkpunktet vil gi en høyere og sikrere inntekt for kortere lister. Yngre leger gir også i større grad uttrykk for at de ønsker fast lønn.

Sett fra et innbyggerperspektiv er det viktig at listen de står på har tilknyttet fastlege og at de har mulighet til å bytte fastlege (flere åpne lister). Siden knekkpunktet i stor grad var ment å stimulere eksisterende leger til å redusere listetaket, bidrar knekkpunktet bare til bedre fastlegetilgang for innbyggerne dersom reduksjonen i listetak kompenseres med bedre kvalitet og økt rekruttering av nye leger til ordningen. Men siden nye leger har kortere lister enn de eksisterende, og fastlegenes gjennomsnittlige listelengde har gått ned hvert år siden 2005 (Jensen et al., 2018), er det ikke klart at knekkpunktet fremmer innbyggernes tilgang til lister med fast lege.

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

5.6.4. Mer om differensieringer i form av risikojustering

5.6.4.1. Formål med risikojustering

For samfunnet er det et mål at finansieringssystemet understøtter en prioritering av fastlegetjenester til de pasientgruppene som har størst nytte av tjenestene. Vi ønsker altså at systemet gir kommunene mulighet til å ivareta sitt sørge-for-ansvar og understøtter at fastlegene gjør gode prioriteringer og yter tjenester av god kvalitet. I et system med høy grad av basisfinansiering, betyr det at fastlegen bør ha gode insentiver for å bygge opp en praksis som er tilrettelagt for å ivareta de pasientgruppene som har størst nytte av legetjenestene. Et viktig formål med risikojustering er derfor å legge til rette for økonomisk belønning av fastleger med en praksis som beholder og tiltrekker seg tyngre pasientgrupper med stor nytte av fastlegetjenesten, ofte kronisk syke med sammensatte behov (Godager et al., 2011). Formålet er å stimulere til at praksisens innretning, i form av plassering, inventar, utstyr, personell, kompetanse, teknologi, osv., tilrettelegges for å styrke tilbudet til slike pasientgrupper, og ikke utelukkende å kompensere legen for å ha flere konsultasjoner med slike pasienter (det ville man lettere kunne oppnå ved å øke takstene for slike pasienter). En slik endring i innretningen kan sågar innebære at legen har *færre* konsultasjoner med denne

pasientgruppen, eksempelvis gjennom teknologiske endringer (digitale løsninger og videokonsultasjoner) eller at noen oppgaver som i dag gjøres av legene selv, kan utføres av andre yrkesgrupper. Undersøkelser av pasienttilfredshet viser at pasientgrupper som bruker tjenestene ofte, er de som er minst fornøyd med fastlegeordningen (EY og Vista Analyse, 2019), og de opplever fastlegen som mindre tilgjengelig (Iversen et al., 2019).

Tilrettelegging av praksis for pasientgrupper med særlige behov, kan alternativt ivaretas ved å forskriftsfeste ytterligere krav til utformingen av praksisen. I følge lov om likestilling og forbud mot diskriminering § 17 skal for eksempel en fastlegepraksis være universelt utformet (*Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven)*, 2017). Ulempen med slik forskriftsfesting er at den gjøres av sentrale myndigheter, og den stimulerer derfor i mindre grad enn økonomiske insentiver til at legene selv, ved å lytte til pasientene, tenker nytt om hvordan de kan tilpasse praksisen til ulike pasientgruppers behov.

Sett fra et legeperspektiv er det også et mål at fordelingen av finansieringen fastlegene imellom sikrer alle en god og trygg inntjening, med en økonomisk kompensasjon som samsvarer med arbeidsmengden. Intensjonen med risikojustering er blant annet at leger som har, eller tiltrekker seg, listeinnbyggere som er arbeidskrevende og kanskje ikke blir kompensert fullt ut gjennom takstsystemet, skal godtgjøres for dette, slik at de ikke kommer dårligere ut økonomisk enn leger som har enklere listeinnbyggere, gitt samme listelengde.

I forskningslitteraturen knytter begrepet risikojustering seg til legenes finansielle risiko som følge av at ulike leger kan få listeinnbyggere med systematisk forskjellige kjennetegn, som påvirker behovet for legetjenester. I teorien er tanken at leger med tunge lister ikke bare skal måtte redusere listelengden, og dermed basistilskuddet, for å begrense arbeidsmengden, men at de skal kunne kompenseres økonomisk for at de har et tyngre listeansvar. Denne økonomiske kompensasjonen må i så fall være av en slik størrelse at den setter legen i stand til å ansette annet personell for å avlaste seg. Risikoen for tunge lister blir mindre jo mer den aktivitetsbaserte finansiering utgjør av total finansiering, da uforutsett mye arbeid med en liste – for legen, ikke for annet personell – kompenseres økonomisk gjennom refusjonene (Godager et al., 2011).

Risikojustering av basisfinansieringen er klart mest utbredt i land der basistilskuddet utgjør en høy andel av finansieringen (se kapittel 5.5.1).

5.6.4.2. Hvordan risikojustere i praksis og mulige virkninger

Målet med risikojustering av basistilskuddet er altså å gjøre det økonomisk attraktivt for fastleger å utforme sin praksis på en måte som tjener pasientgrupper med særlig stor nytte av legens tid. Man ønsker å kompensere leger med mange listeinnbyggere som har særskilte behov. Konseptuelt er formålet med risikojustering ikke å tilrettelegge for mer tjenester til de listeinnbyggerne som allerede får mye, men å understøtte fastlegenes prioritering og tilrettelegging for pasientgrupper som har størst nytte av legetjenestene. Det er ikke nødvendigvis slik at de gruppene som bruker mest tjenester, overlapper helt med de gruppene som samfunnet ønsker å bruke mer ressurser på (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b).

I praksis er det svært vanskelig eller umulig å differensiere basistilskuddet, herunder risikojustere, på en måte som presist sikrer økte inntekter til akkurat de leger med enkeltpasientene samfunnet ønsker å prioritere tjenestene til. Ofte vil risikojusteringer bygge på historisk helsetjenestebruk i en eller annen forstand, og dermed tilgodese – eksplisitt eller implisitt – pasientgrupper som historisk, har hatt et høyt helsetjenesteforbruk. Som nevnt, er det ikke nødvendigvis disse pasientene samfunnet ønsker å prioritere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b). I forlengelsen av slike og andre måleproblemer skiller Godager og medarbeidere mellom legitime og illegitime justeringsfaktorer (Godager et al., 2011). Blant de legitime faktorer finner vi variabler som er viktige drivere av utgifter, samtidig som de er utenfor tjenesteleverandørens

direkte kontroll, for eksempel pasienters alder og kjønn. Blant illegitime faktorer finner vi variabler som er drivere av utgifter, samtidig som de er under tjenesteleverandørens direkte kontroll, som for eksempel prosedyrer og diagnoser. Dersom man legger vekt på de illegitime faktorene, kan finansieringssystemets evne til å understøtte god medisinskfaglig atferd undergraves.

I en kunnskapsoppsummering fra 2020 gjennomgås litteratur om bruk av verktøy og modeller for risikojustering (Steinsbekk et al., 2020). Forskerne påpeker at bruk av risikojustering er vanlig i finansieringsmodeller i helsetjenesten, og der særlig kjønn og alder inngår. Men også andre forhold inngår, og helsetilstand er vanligst å basere på diagnoser. I en gjennomgang av risikojustering peker forfatterne i tillegg på den iboende konflikten mellom ønsket om å modellere variasjonen i utgifter på en best mulig måte, og ønsket om en modell som er enkel å forstå, som implementerer de ønskede insentiver, og som bidrar til å gi finansieringsformelen legitimitet (Godager et al., 2011). Det ser derfor ut til å være enighet i litteraturen om at det ikke er ønskelig å forsøke å lage en statistisk modell som tar ut all observerbar risiko.

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

Et annet spørsmål er om risikojustering kan bidra til å beholde og rekruttere fastleger, og hvordan risikojustering virker inn på fordeling av inntekter mellom leger og kommuner. For eksisterende fastleger, som har hatt den samme listen i mange år, og dermed ofte har listeinnbyggere som er eldre fordi de har "eldet med legen", vil en risikojustering av tilskuddet innenfor en fast totalramme, kunne innebære en økning i basistilskuddet. Motsatsen er at risikojustering relativt sett vil kunne redusere basistilskuddet til yngre leger.

Ekspertutvalget erkjenner at en høy andel basistilskudd vil kunne gi fastlegen insentiver til å yte færre eller utsatte tjenester til noen listeinnbyggere, men ut fra medisinskfaglige prioriteringer vil det fortrinnsvis være de listeinnbyggerne som trenger dem minst.

Mange yngre leger gir uttrykk for at de ønsker å ha ansvar for færre listeinnbyggere og jobbe mindre enn det som har vært vanlig blant eldre fastleger i Norge, og risikojustering er ment å kompensere leger med tunge lister slik at de kan ha en høyere og sikrere inntekt på kortere lister som er arbeidskrevende.

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

5.6.4.3. Empiriske evalueringer av risikojustering

Ekspertutvalget har ikke hatt mulighet til å innhente noen systematisk kunnskapsoversikt om erfaringer med, og resultater av, risikojustering for listeinnbyggerne. Det er selvsagt ingen automatikk i at økt basisfinansiering for listeinnbyggere med store behov fører til at fastlegen faktisk benytter mer tid på dem. For å oppnå det ville økte takster for behandling av denne gruppen være et mer nærliggende virkemiddel. Det framstår for utvalget som at det er begrenset med studier av hvordan risikojustering påvirker tjenesteyterne og tjenestene. Dette

understrekes også i en kunnskapsoppsummering fra forskere ved NTNU, som sier at de ikke har funnet empiriske studier på konsekvenser av bruk av risikojustering basert på informasjon om helsetilstand i finansieringsmodeller i primærhelsetjenesten på tjenestenes innhold, kvalitet eller effektivitet, eller utkomme for pasienten (Steinsbekk et al., 2020). Et working paper som omhandler risikojustering i Sverige, påpeker i stor grad det samme (Anell et al., 2022).

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

I Sverige har innføring av justering for sosioøkonomi i basisfinansieringen gitt insentiver til å etablere seg på steder med dårligere sosioøkonomiske kjennetegn, og Anell og kolleger finner at justeringen har medført at private vårdcentraler har etablert seg i tråd med insentivene (Anell et al., 2018). Svenske forskere finner imidlertid også at risikojustering som styrker tilskuddet til vårdcentraler i områder med lav sosioøkonomisk status, ikke har påvirket tilgangen til, og bruken av, fastlegetjenester for de samme gruppene (Anell et al., 2022).

I Danmark, som har et system som likner mer på det norske med høy aktivitetsbasert finansiering, har differensieringen hatt et langt mindre omfang, og effektene er ikke godt dokumentert. Men det pågår flere evalueringer av en reform i 2018 som hevet basistilskuddet for praksiser med pasienter som tidligere hadde hatt høyt forbruk av helsetjenester, og for praksiser i geografiske områder med lav legedekning. Foreløpige funn kan tyde på at praksiser som har fått ekstra basistilskudd, ikke har økt aktiviteten eller antall pasienter (Olsen, 2022).

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

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

5.6.4.4. Implementering av risikojustering i Norge

I forbindelse med behandlingen av forslag til statsbudsjett for 2023 vedtok Stortinget at fastlegenes basistilskudd risikojusteres fra 1. mai 2023. Fra samme dato avvikles ordningen med knekkpunkt, og midlene til basistilskudd styrkes med 720 mill. kroner som helårsvirkning. Hele basistilskuddet risikojusteres. Innføring

av det risikojusterte basistilskuddet innebærer en betydelig økning av det samlede tilskuddet, og medfører at så å si alle landets fastleger vil få økt basistilskudd.

Regjeringen benytter betegnelsen *pasienttilpasset basistilskudd*, i stedet for "risikojustering" av basistilskuddet. Ulike kjennetegn ved listeinnbyggerne vil inngå som elementer i modell for pasienttilpasset basistilskudd som iverksettes:

- Listeinnbyggernes kjønn og alder
- Bruk av fastlegetjenester: Hvilket omfang av egenandeler listeinnbyggeren har utløst siste 12 måneder
- Innbyggere fra de minst sentrale kommunene (sentralitetsklasse 5 og 6) utløser forhøyet sats
- Innbyggere fra kommuner og bydeler med lavt utdanningsnivå utløser forhøyet sats

Helsedirektoratet vil arbeide med sikte på videreutvikling av modellen.

5.6.5. Mer om differensiering i form av kvalitetsjustering

Det er bred enighet om at det er viktig å stimulere til kvalitet og innovasjon i allmenlegetjenesten. Fastlegeforskriften påpeker at det skal arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (jf. for eksempel §§ 7 og 16), og kvalitetsarbeid understrekes også i tiltak 12 i Handlingsplanen for allmennlegetjenesten (Handlingsplanen, 2020). Et viktig formål med kvalitetsjustering av finansieringen, kan være å legge til rette for økonomisk belønning av fastleger som arbeider systematisk med kvalitetsforbedring.

Kvalitet har imidlertid mange dimensjoner og er vanskelig å måle. Finansieringssystemet bør gi insentiver til å integrere kvalitetsarbeidet i den daglige driften. I NOU 2020: 13 opereres det med tre typer kvalitetsindikatorer. *Strukturindikatorer* kan omfatte personaltetthet, personalkompetanse, ledelse, tilgjengelig utstyr e.l. *Prosessindikatorer* kan omfatte konkrete tiltak for å heve kvaliteten, som deltakelse i kurs og pasientsikkerhetsprogrammer, internkontrollrutiner og aktiviteter i et pasientforløp som behandlingsplaner, legemiddelgjennomganger, om pasienten har mottatt de ytelsene som følger av regler og retningslinjer, etc. *Resultatindikatorer* viser resultater etter gjennomførte tjenester, og kan omfatte overlevelse, fysisk eller psykisk tilstand, funksjonsevne og pasientens tilfredshet med behandlingen.

Det kan være vanskelig å måle kvalitetsindikatorene på en tilfredsstillende måte. Eksempelvis kan pasientenes tilfredshet fanges gjennom brukerundersøkelser, men en pasient kan være fornøyd selv om legen ikke har ytt faglig gode tjenester, eller misfornøyd selv om legen har gjort alt som kunne og burde gjøres. Flere teoretiske analyser påpeker at hvorvidt kvalitet kan måles på en god måte, hvorvidt de målbare kvalitetsindikatorene fortrenger legens tid på kvalitetselementer som er vanskeligere å måle og hvorvidt legen avveier egen inntekt mot pasientenes helse og velvære, er viktig for hvordan kvalitetsbasert finansiering vil virke (Kaarbø, 2017).

Enten finansieringen tilpasses kvalitetsindikatorer eller ei, beskrives tilgang til statistikk fra praksis (eksempelvis rekvirering av antibiotika) som motiverende for at legene skal foreta endringer (Eide et al., 2022). Data bør være lett tilgjengelige for legen og indikatorene må kunne følges for å se på utvikling over tid, både innenfor egen praksis og i forhold til andre fastleger. Legemiddelrelaterte skader antas å være en av de vanligste årsakene til uønskede hendelser i helsetjenesten (Opondo et al., 2012), og vil kunne være viktig for kvalitetsarbeidet. Å belønne praksis som fremmer kvalitet og pasientsikkerhet økonomisk, kombinert med kunnskap om kvalitetsforbedring og bedre datagrunnlag fra egen praksis, vil sannsynligvis bidra til forbedring.

Storbritannia innførte Quality Outcomes Framework (QOF) i 2005, blant annet med bakgrunn i å øke finansieringen til allmennlegetjenesten knyttet til kvalitetsindikatorer. Etter innføring av QOF ble ca. 30 prosent av legenes finansering knyttet til over 100 kvalitetsindikatorer. Nesten alle indikatormålene ble nådd med betydelig inntektsøkning for legene. QOF hadde tre hovedmålsettinger: bedre datainnsamling, offentliggjøring av kvalitet på behandlingen og økt finansering knyttet til kvalitetsindikatorer.

Selv om indikatormålene ble oppnådd, er det naturligvis vanskelig å si sikkert om innføring av QOF førte til økt kvalitet i behandlingen (Guthrie et al., 2016; Wilding et al., 2022). Det er mulig at det ble en viss forbedring etter innføring av QOF for QOF-spesifikke sykdommer, samtidig som det ble observert en bremsing av forbedring for tilstander som ikke omfattes av QOF (Doran et al., 2011). En ny studie konkluderer imidlertid med at styring av insentivene for forebyggende psykisk helsearbeid i QOF vil kunne føre til store besparelser (Ride et al., 2022). En oversiktsartikkel fra 2017 over effekter av kvalitetsbasert finansiering, viser effekt på prosessindikatorer, men liten eller ingen sikker effekt på helsegevinster hos pasienter (Mendelson et al., 2017).

5.6.5.1. Flytte tilleggstakster for spesialistene inn i basistilskuddet?

Spesialister i allmennmedisin som følger etterutdanningskravene, får i dag tilleggstakst som finansieres dels av folketrygden og dels av pasientene gjennom høyere egenandeler. Spesialisttilleggene har utgjort en kompensasjon for legens tids- og ressursbruk til gjennomføring av spesialistutdanning og etterutdanning. Med innføring av ALIS-tilskudd til alle fastleger under ny spesialistutdanning i allmennmedisin, blir utdanningskostnader i større grad kompensert underveis i spesialiseringen.

For fastlønnede fastleger går ALIS-tilskuddet til kommunene, og skal bidra til å dekke kommunenes merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtale. Ordningen dekker også kommunenes utgifter til forskriftsfestet veiledning til leger som er under spesialisering i allmennmedisin, og som ikke velger å inngå en ALIS-avtale.

Tilleggstaksten er ment som en kompensasjon for at spesialister i allmennmedisin skal holde seg faglig oppdatert (2021a) og et insentiv for legene til å spesialisere seg (2016). Legeforeningens utdanningsfond II ble etablert i 1983, og gir økonomisk støtte til næringsdrivende og kommunalt ansatte legers videre- og etterutdanning. Det gis refusjon av reise- og oppholdsutgifter innenfor gitte satser. Kursavgifter dekkes ikke for spesialister (Legeforening) (Den norske legeforening, 2018b).

Dagens tilleggstakster for å være spesialist og ta etterutdanning, kan betraktes som en økonomisk stimulering til kvalitet. Siden det er et taksttillegg, er den økonomiske uttellingen avhengig av fastlegens pasientaktivitet, og ikke av systematisk kvalitetsarbeid som kurs, internkontroll, pasientsikkerhetsrutiner, osv. For å stimulere til mer systematisk kvalitets- og innovasjonsarbeid framfor høy pasientaktivitet, kunne den økonomiske kompensasjonen for dette arbeidet vært lagt inn i basistilskuddet. Basistilskuddet ville da utgjøre en høyere andel av fastlegenes samlede inntjening. I 2022 utgjorde taksthonorarene som spesialister kan utløse over 1 mrd. kroner (se boks 5-1). For fastlegene som er spesialist i allmennmedisin, vil en flytting til basistilskuddet innebære at basistilskuddets andel av samlet finansiering vil øke med mer enn 10 prosentpoeng. Hvis beløpet blir fordelt på alle fastleger, både spesialister og ikke-spesialister, ville gjennomsnittlig andel basistilskudd øke med om lag 9 prosentpoeng.

Flytting av midler fra takster til basistilskudd vil kunne forenkle takstsystemet noe og egenandelen ville kunne være lik for alle fastleger. En endring ville få konsekvenser for blant annet 8.2-avtaler og vikaravtaler, og ulike praksisprofiler vil bli ulikt påvirket. Samtidig vil finansieringsansvaret flyttes fra staten (folketrygden) til kommunene.

5.6.5.2. Flere eksempler på kvalitetsjustering av basistilskuddet

Et argument mot kvalitetselementer i basistilskuddet, er at fastlegene da vil prioritere kvalitet som blir belønnet, på bekostning av kvalitet som ikke blir belønnet (Mendelson et al., 2017). Det er derfor sentralt at kvalitetselementet kommer listeinnbyggerne samlet til gode, noe som antas å være tilfellet ved et tillegg for å være spesialist i allmennmedisin.

Et annet eksempel på kvalitetselement som kommer alle listeinnbyggerne til gode, er krav til journalsystemene fastlegene bruker. Slike krav vil samtidig legge press på journalleverandørene til å levere systemer med de egenskapene oppdragsgiver ønsker. Sentrale egenskaper kan være å skaffe til veie systematiske oversikter over sammensetningen av listeinnbyggerne, samt å skaffe til veie indikatorer som skal inngå i kvalitetselementet i basistilskuddet og øvrig informasjon som oppdragsgiver har behov for. Fastleger som har journalsystemer som tilfredsstiller de kravene staten setter, og leverer data som skal inngå i kvalitetsoppfølgingen, vil da få et tillegg i basistilskuddet i forhold til fastleger som ikke har journalsystemer som tilfredsstiller kravene. Kvalitetsoppfølgingen kan blant annet innebære tilbakemeldinger til fastlegene om endringer i deres resultater over tid, og sammenlignet med andre fastleger med tilsvarende lister.

Det vil også kunne være aktuelt å belønne å gjennomføre pasienttilfredshetsundersøkelser (uavhengig av resultat) og gjennomgang av avvikssaker i praksis. I *Handlingsplanen for allmennlegetjenesten 2020–2024* omtales OECD-prosjektet PaRIS, som utvikler et verktøy for å måle pasientopplevd kvalitet hos fastlegene. Dette vil gjøre det mulig for fastlegekontorene å måle pasienterfaringer på en systematisk måte. Finansieringen vil i prinsippet også kunne avhenge av scoren på brukererfaringene, men det er da en fare for at dette vil kunne slå uheldig ut på andre kvalitetselementer ved praksisen.

Kvalitetselementet kan generelt stimulere til ledelse, innovasjon, forbedring og effektivisering på en måte som fastlegen har kontroll over. Utformingen av kvalitetselementet bør unngå variabler som fastlegen ikke har kontroll over, som for eksempel overordnede mål for helseutvikling blant listeinnbyggerne.

Andre mulige elementer for kvalitetsjustering kunne inkludere diagnostisk teknologi myndighetene ønsker skal være tilgjengelig på legekontoret (ultralydapparater el.l.), legekontorets åpningstider, ventetider, praksisopphold for medisinstudenter, veiledning av LIS1 og ALIS, samarbeid, ledelse, gruppepraksiser (i stedet for solopraksiser), innslag av andre helseprofesjoner, og oppsøkende aktiviteter overfor svake etterspørrere. I Sverige finnes det også en komponent som belønner vårdcentraler som selv tar hånd om listeinnbyggernes behov for helsetjenester, i stedet for å sende dem videre til spesialisthelsetjenesten.

Det er imidlertid viktig å holde antallet kvalitetsindikatorer på et lavt nivå, for å sikre at en kvalitetsjustert basisfinansiering er transparent. Dersom det innføres, bør man starte med noen få indikatorer. Eksempler kunne være at kontoret har spesialist i allmennmedisin, at legene gjennomfører kurs eller systematisk arbeid med kvalitetsforbedring, at journalsystemet gjør det mulig å identifisere svake etterspørrere og at det gjennomføres brukererfaringsundersøkelser.

Boks 5-1: Økonomisk uttelling for spesialitet i allmennmedisin

Leger som er spesialist i allmennmedisin, kan utløse særskilte takster. Takstene er mye i bruk, da de er koblet til konsultasjons- og sykebesøkstakstene. Fastlegens journalsystemer legger til takstene automatisk når legen er registrert som spesialist. Tabellen nedenfor viser bruk av hver takst, i 2022.

Tilleggstakster for spesialister i allmennmedisin

Takst	Leger som har utløst taksten	Antall pasienter	Antall takster	Egenandel betalt av pasient	Honorar, inkl pasientbetaling
2dd	3 698	2 774 031	9 435 656	275 396 836	1 004 601 183
2cdd	3 497	1 326 860	3 095 326	-	37 086 080
2dk	2 497	289 125	554 098	5 254 496	65 923 234
11dd	2 844	17 528	30 944	420 128	3 233 318
11dk	1 480	6 795	13 706	169 480	1 905 056
14d	3 005	35 194	111 402	-	14 617 213
L35ad	1 572	3 211	3 486	-	5 373 390
L36d	3 116	23 715	50 299	-	38 798 278
Øvrige tilleggstakster				428 440	3 623 120
				281 669 380	**1 175 160 872**

Samlet mottok spesialister i allmennmedisin i underkant av 1,2 mrd. kroner for tilleggstakstene i 2022. Av dette dekket pasientene ca. 280 mill. kroner gjennom pasientbetalte egenandeler.

3 612 leger utløste minst én tilleggstakst for spesialist i allmennmedisin i 2022. Også vikarer som er spesialister i allmennmedisin kan utløse tilleggstakstene, men fastlegene (listeinnehaverne) utløste 98 prosent av tilleggshonorarene i 2022. I gjennomsnitt utløste hver fastlege som var spesialist i allmennmedisin (inkludert fastlønte), ca. 330 000 kroner i honorar for tilleggstakster for spesialist i allmennmedisin.

5.6.6. Behov for endring i finansieringen

Antall innbyggere på fastlegelister uten fast lege har økt mye siden 2017. Det totale antall ledige listeplasser er for lavt, og for mange innbyggere er det vanskelig å bytte fastlege. Ekspertutvalget mener det viktigste nå er tiltak som øker tilgjengelige listeplasser.

I årene som kommer vil behovene fortsette å vokse mer i primærhelsetjenesten enn i sykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c), og dette er en del av en internasjonal utfordring. I sin oversiktsartikkel fra Storbritannia konkluderer Lee og kolleger med at *"the rapid ageing of the population means that a large rise*

in the number of doctors specialising in geriatric medicine and in general practice will be required over the next 20 years to fully meet demand" (Lee et al., 2020).

For å sikre rekrutteringen til fastlegeyrket framover, er det derfor viktig å legge til rette for at leger velger allmennmedisin. Dette innebærer at rammevilkår, som inntekt, faglig utvikling og arbeidsbelastning, må være konkurransedyktige med det som tilbys leger i spesialisthelsetjenesten. Mange yngre leger ser ut til å ønske at arbeidsforholdene i fastlegeordningen trekkes i retning av de man har ved å være fast ansatt, og tiltak i denne retning drøfter vi blant annet i kapitlene 4.7.3 og 9.7.3.

Studier tyder på at *hva* legen gjør, raskt påvirkes av endringer i de økonomiske insentivene. Men *hvor mye* en lege jobber påvirkes iallfall på kort sikt lite av endringer i inntekt, og andre forhold kan være viktigere (Lee et al., 2020). Et sentralt spørsmål framover er derfor hvilke andre forhold enn inntekt som er viktige, for hvor mye allmennleger ønsker å jobbe. Selv om vi vet litt fra spørreundersøkelser, trengs det mer empirisk kunnskap om faktiske arbeidskraftsresponser på ulike arbeidsforhold for å kunne tilrettelegge allmenlegetjenesten på en måte som ivaretar legenes ønsker og behov, og styrker kommunens mulighet til å ivareta sitt ansvar.

I dette kapittelet er spørsmålet hvordan finansieringsordningen kan bidra til å sikre rekruttering til allmennmedisin i årene som kommer, samtidig som finansieringsordningen belønner fastleger som prioriterer listeinnbyggere og aktiviteter i tråd med overordnede føringer og godt medisinfaglig skjønn, som unngår medisinsk overaktivitet, som påtar seg listeansvar og som sikrer at legene har en arbeidsbelastning som er bærekraftig.

5.6.7. Øke basistilskuddets andel av finansieringen

Før 1. mai 2023 utgjør den aktivitetsbaserte finansieringen rundt 72 prosent av praksisinntekten til næringsdrivende fastleger og anslagsvis 68 prosent etter 1. mai 2023. Den høye aktivitetsfinansieringen stimulerer fastlegene til å yte mange aktiviteter til listeinnbyggerne, og dermed har de fleste listeinnbyggere med fastlege hatt relativt korte ventetider og fastlegen har utført mange medisinske avklaringer og oppgaver i stedet for å henvise videre. Selv om datagrunnlaget er mangelfullt, viser SSBs levekårsundersøkelse, som går flere tiår bakover i tid, at ventetiden til allmennlegetime har ligget relativt stabilt på 2-3 dager (median) de siste ti årene.

Noen elementer i finansieringen øker presset mange fastleger føler for å stå til tjeneste for listeinnbyggerne hele tiden, der e-konsultasjon om kvelden er et eksempel. I dagens situasjon mener utvalget at denne typen tjenester utenfor vanlig arbeidstid må kunne trappes ned, selv om det kan føre til reduksjon i noen typer aktiviteter til listeinnbyggerne. Helt overordnet er det også enighet i litteraturen om at medisinsk overaktivitet er et større problem enn at det ytes for få tjenester (Wennberg, 2011). Det finnes ikke klare tegn på at det totale aktivitetsnivået som ytes av fastlegene i Norge er for lavt, snarere tolkes ofte den store variasjonen i tjenestene som et uttrykk for medisinsk overaktivitet (Førland et al., 2019). Det er dessuten enighet om at noen av fastlegens oppgaver kan flyttes ut av ordningen. Det er tegn som tyder på at fastlegene – særlig i årene som kommer – bør bruke mer tid på pasientgrupper med store behov for legenes tjenester, og mindre tid på aktiviteter med begrenset eller ingen helseeffekt, som for eksempel noen typer attester (se kapittel 7), samt at noen oppgaver kan utføres av annet helsepersonell (se kapittel 6). En høy andel basistilskudd vil kunne gi fastlegen insentiver til å yte færre eller utsatte tjenester til noen listeinnbyggere, men ut fra medisinskfaglige prioriteringer vil det fortrinnsvis være de listeinnbyggerne som trenger dem minst.

En økning av basistilskuddet vil gjøre det mindre kostbart for fastlegene – i form av tapt takstaktivitet – å utvikle løsninger som kan ivareta innbyggere på andre måter enn ved å møte fastlegen. I så fall ville fastlegen

kunne øke sin listelengde uten å øke arbeidsmengden. Eksempler på tiltak som på sikt kan redusere arbeidsbelastningen, kan være større innslag av annet helsepersonell, utvidede muligheter til å ansette vikar, LIS1 og ALIS, flytting av oppgaver ut av fastlegeordningen og nye digitale løsninger.

Fastlegetjenestene i Norge har lavt innslag av andre helsepersonellgrupper, sammenliknet med våre naboland (Maier et al., 2016; Skudal et al., 2019), og forsøk har vist at andre helsepersonellgrupper kan avlaste fastlegene også i Norge (se kapittel 6.2.2). Det er i dag ikke tillatt for en fastlege å takste samtidig som en vikar, og fastlegens mulighet til å ansette ALIS til å betjene pasientene på fastlegens liste er begrenset. Det finnes heller ingen nasjonal nettside, en chatte-, video- eller telefontjeneste som kunne avlastet fastlegene og legevaktene med enkle råd. Med dagens høye aktivitetsbaserte finansiering er det vanskelig for fastlegene å bruke tid til å endre sin praksis for å utvikle nye løsninger som for eksempel åpner for andre personellgrupper, for de vil da – på kort sikt – måtte forsake konsultasjoner med inntjening for å planlegge og gjennomføre endringer. Ved å øke basisfinansieringen vil det bli relativt mer lønnsomt å bruke tid på endringer i måten man driver praksisen på, som kan gjøre det mulig å øke listelengden.

Høy grad av aktivitetsbasert finansiering gir insentiver til å yte mange tjenester nå, eller til å innrette praksis til å generere mye av de mest innbringende takstene, uten at dette nødvendigvis gir de beste tjenestene på sikt eller til dem som trenger det mest. En viktig del av fastlegens rolle er å si nei til undersøkelser og henvisninger som er formålsløse, eller som kan påføre pasienten helseskade. Etterspørselen etter helsetjenester begrenses ikke av at listeinnbyggere må betale de fulle kostnadene for tjenestene, og mange fastleger kan oppleve det som krevende å gjennomføre begrensende valg. En større andel basisfinansiering vil i mindre grad belønne leger økonomisk for å yte tjenester de mener er unødvendige, eller har lav eller ingen medisinskfaglig begrunnelse.

Fordi basistilskuddet stimulerer til flere listeinnbyggere, trenger det ikke å føre til mindre samlet aktivitet for fastlegen enn aktivitetsbasert finansiering. Sammensetningen av aktiviteten forventes derimot å være annerledes (Lee et al., 2020). Med høyere andel basistilskudd i finansieringen, belønnes fastlegen mindre for å yte en ekstra tjeneste til sine listeinnbyggere, men de belønnes mer for å øke antall listeinnbyggere. Medisinskfaglige normer for aktivitet kan da i større grad påvirke om legen gjennomfører en aktivitet til overfor sine listeinnbyggere, og legen kan tilpasse listelengden slik at både inntekten og aktivitetsnivået opprettholdes. Høy andel basistilskudd kan altså gi legen insentiver til å yte færre tjenester til noen innbyggere, og ut fra medisinskfaglige prioriteringer vil det fortrinnsvis være de innbyggerne som trenger dem minst.

Siden det ikke er klart at en vridning mot mer basistilskudd påvirker det totale aktivitetsnivået, er det heller ikke grunn til å forvente store endringer i de totale kostnadene i fastlegeordningen ved en slik omlegging. Men lavere takster (og høyere basistilskudd) er en forutsetning for rimelig grad av kostnadskontroll hvis vi skal utvide muligheten for annet helsepersonell enn fastlegene til å utløse takster, slik utvalget foreslår i form av delegering og profesjonsnøytrale takster (se kapittel 6.3). Lavere takster vil innebære at helsepersonellets marginalinntekt for en aktivitet faller og dermed raskere blir lavere enn deres verdi av fritid. Men selv ved en betydelig reduksjon i takstene, vil kostnadskontroll være et viktig moment i vurderingen av å åpne opp for mer delegering og profesjonsnøytrale takster.

Høyere andel basistilskudd styrker belønningen for å ta listeansvar, men det kan føre til at deler av etterspørselen ikke blir møtt av et tilbud fra fastlegen, noe som kan gi lengre ventetid for noen listeinnbyggere og kanskje misnøye i grupper som rammes. Dette vil kunne medføre et press på fastlegene i form av flere klager og påstander om at legens prioriteringer burde vært annerledes. Det kan gi større pågang på legevakt for henvendelser fastlegen prioriterer ned, og et større marked for private tilbydere som ikke gjør begrensende valg og yter konsultasjoner med en gang. Det er også en fare for at fastlegene henviser mer. På lengre sikt er det grunn til å tro at slike prioriteringer blir stadig vanskeligere, når befolkningen eldes og de

kommunale helsetjenestene må yte stadig mer av de totale helsetjenestene til befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c).

5.6.8. Differensieringsbehovet øker når basistilskuddet øker

Dersom basistilskuddets andel av finansieringen øker mye fra dagens nivå på rundt 30 prosent, til 50 prosent, 70 prosent eller enda mer, vil behovet for differensieringer i basistilskuddet øke.

De aktivitetsbaserte takstene kompenserer fastlegen for kostnader til listeinnbyggere som krever mange tjenester. Aktivitetsbaserte takster utgjør dermed en slags forsikring for fastlegenes økonomiske risiko tilknyttet listeinnbyggere med store behov. Økt basistilskudd medfører at fastlegen må bære en større økonomisk risiko for listeinnbyggere som krever mange tjenester. Grunnen er at de aktivitetsbaserte takstene nå vil være mindre enn før. Økonomisk risiko kan i noen grad kompenseres med å risikojustere basistilskuddet. Dersom fastlegenes listesammensetning er tilfeldig, vil variasjon i forhold til gjennomsnitt av behovet for tjenester til listeinnbyggerne bli mindre ettersom antallet listeinnbyggere øker. Korte lister vil dermed være mer utsatt for økonomisk risiko enn lange lister. Det er trolig systematikk i fastlegenes listesammensetning, eksempelvis av historiske grunner eller bare ved at noen typer pasienter foretrekker noen fastleger framfor andre. Listeinnbyggerne kan eldes sammen med fastlegen, eller kvinner vil eksempelvis kunne foretrekke kvinnelige fastleger. Denne systematikken fanges ikke nødvendigvis opp av konvensjonelle variabler for risikojustering som for eksempel alder og kjønn. En fastlege som har en stor andel listeinnbyggere med kompliserte og kroniske sykdomstilstander, vil ikke kompenseres for dette ved hjelp av de vanligste variablene for risikojustering. En mulighet kan være å la diagnose og indikatorer for omfang av helsetjenester inngå i formelen for risikojustering av basistilskuddet. Ulemper med disse indikatorene er at de kan påvirke hvilke diagnoser fastlegen setter eller at det gir insentiver til å betjene pasienter som allerede har fått en diagnose. For eksempel tilsvarer stor vekt på omfang av helsetjenester i risikojusteringen, en indirekte form for aktivitetsbasert finansiering. Å utvikle metodikk som gjør at risikojustering blir treffsikker og ikke oppmuntrer til uønsket praksis, er sentralt både for å hindre avgang og for å rekruttere fastleger til næringsdrift.

Boks 5.2 oppsummerer beregninger fra Helsedirektoratet om hvordan en endring fra en basisfinansieringsandel på rundt 30 prosent (dvs. ordningen fra 1. mai 2023) til en basisfinansieringsandel på hhv. 50 og 70 prosent slår ut på inntekten for ulike grupper av fastleger.

I tillegg til differensiering av basistilskuddet etter kjennetegn ved listeinnbyggerne, kan det også være fordeler ved å kunne belønne de fastlegene som jobber systematisk med kvalitetsforbedring. Dette kan gjøres ved å innføre kvalitetselementer i basistilskuddet. En slik løsning gjør at kvaliteten på praksisene ikke bare styres gjennom forskrifter, som setter minimumskrav, men at fastlegene også belønnes for å ha en veldrevet praksis som går ut over minimumskravene.

Flere kvalitetsindikatorer i Norge er i dag allerede knyttet til fastlegers takstbruk, og enten man innfører kvalitetselementer i basistilskuddet eller ikke, er det uansett viktig at indikatorsett for allmennlegetjenester utvides og utvikles. Fastlegens tjenestetilbud til beboere i boliger med heldøgns tjenester følges ikke i dag med egne kvalitetsindikatorer. Konsekvensen av dårlig utbygde kvalitetsindikatorer er at det finnes lite innsikt i hvilken medisinsk oppfølging som gis, og små muligheter for fastlegene til å følge utvikling i sin egen praksis over tid og sammenliknet med andre fastleger.

5.7. Ekspertutvalgets vurderinger

Det primære målet i dagens situasjon er å sikre alle innbyggerne en fastlege. Ekspertutvalget mener derfor at økt kapasitet må prioriteres, og at å øke basistilskuddets andel av den totale finansieringen er et virkemiddel for å belønne fastleger som tar større listeansvar. I tillegg kan det gis tilskudd for å rekruttere leger.

5.7.1. Rekrutteringstilskudd

I dag må man betale for å kunne begynne å jobbe som fastlege, med mindre man er vikar eller ansettes fast i kommunen. For å få flere leger raskt inn i fastlegeordningen, anbefaler ekspertutvalget at det innføres et midlertidig rekrutteringstilskudd i størrelsesorden 300 000 kroner til nye fastleger, i kommuner med særlige rekrutteringsvansker. Tilskuddet kan innebære en bindingstid på eksempelvis 3 år. Dersom legen slutter før det har gått 3 år, må beløpet, eller det aller meste av det, tilbakebetales til kommunen. Tilskuddet foreslås utbetalt av kommunen, og refundert av statsforvalteren eller Helsedirektoratet. Legen står fritt til å benytte tilskuddet, men det ville kunne gjøre det enklere å komme i gang som fastlege ved å bygge opp en egen praksis, eller å kjøpe seg inn i en etablert praksis. Hvis kommunen på et senere tidspunkt skal løse inn praksisen, bør rekrutteringstilskuddet komme til fratrekk.

Ekspertutvalget legger til grunn at det i dagens situasjon kan være vanskelig å definere hvilke kommuner som har særlige rekrutteringsvansker. En mulig definisjon kan være ut fra andel innbyggere på liste uten fast lege over en periode, men dette vil innebære uheldige insentiver for noen kommuner til å begrense rekrutteringen av fastleger. Et annet mulig kriterium kan være prosentandel ledige listeplasser. Det bør også vurderes om kommunen skal kunne disponere rekrutteringstilskuddet til andre tiltak som fremmer rekruttering av fastleger. Både innretningen på tilskuddet og forvaltningen av ordningen vil således kreve noe utredning før iverksetting.

5.7.2. Økt andel basistilskudd

I tråd med overordnede prioriteringer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021b), er det et mål å belønne leger som bruker mer tid på innbyggere med stort behov, framfor lite tid på mange innbyggere med begrenset medisinsk nytte av legens tid. Det er utvalgets forståelse at aktiv prioritering av pasienter og aktiviteter er en fundamental del av fastlegens medisinskfaglige skjønnsutøvelse, og at legens økonomiske gevinster av å ikke gjøre begrensende valg i tråd med dette skjønnet bør reduseres. Den høye graden av aktivitetsbasert finansiering i dagens ordning kan også understøtte en forventning om at fastlegene skal være tilgjengelig for listeinnbyggerne hele tiden, også ut over vanlig arbeidstid. Se for øvrig beskrivelse om portvaktfunksjon i kapittel 4.6.

Ekspertutvalget anbefaler at basistilskuddet utgjør en større andel av den totale inntekten for å styrke insentivene til å ta listeansvar. En økning av basistilskuddet vil gjøre det mindre kostbart for fastlegene – i form av tapt takstaktivitet – å bruke tid på å utvikle løsninger som kan ivareta innbyggere på andre måter enn ved å møte fastlegen. Sammen med en rekke andre forslag fra utvalget, er meningen at fastlegene skal kunne velge å øke listelengden uten å øke egen arbeidsmengde. Eksempler på slike andre tiltak er større innslag av annet helsepersonell (kapittel 6), utvidede muligheter til å ansette vikar, LIS1 og ALIS (kapittel 9), flytting av oppgaver ut av fastlegeordningen (kapittel 7) og nye digitale løsninger (kapittel 10).

0Høyere andel basistilskudd og tilhørende lavere takster, er antakelig nødvendig for å kunne innføre noen av tiltakene utvalget foreslår for å redusere arbeidsbelastningen på fastlegene. Det kan gjelde dersom fastlegen

skal få utvidede muligheter til å dele arbeidet med annet helsepersonell eller ansette ALIS. Mer basistilskudd gjør at en økning i listelengden i større grad vil gi fastlegen en sikker inntekt til å finansiere annet helsepersonell. Lavere takster vil gjøre det mindre attraktivt å gjennomføre enda en takstgenererende aktivitet når arbeidsdagen burde være slutt. Høyere basistilskudd og lavere takster vil dermed redusere bekymringer knyttet til kostnadskontroll ved innføring av profesjonsnøytrale takster og åpning for delegasjon (se kapittel 6.3).

Medlemmene i ekspertutvalget har ulike syn på hvor mye større andel basistilskuddet bør utgjøre av den totale finansieringen.

Et flertall bestående av Abelsen, Grønvold, Iversen, Rashidi og Telle foreslår at basistilskuddets andel økes til 50 prosent. Noen av disse medlemmene ser argumenter for at basistilskuddet kunne økes enda mer, og legger vekt på at medisinsk overaktivitet er et anerkjent problem i helsetjenestene, som på sikt undergraver likeverdige tjenester. Et finansieringssystem som stimulerer fastlegene til å ha høy aktivitet, kan gjøre det vanskeligere å foreta medisinskfaglig gode og begrensende valg og prioriteringer. Med unntak av Danmark (hvor om lag 30 prosent av inntektene kommer fra basistilskuddet), har allmennlegene i andre sammenlignbare land fast lønn, eller en langt lavere andel aktivitetsbasert finansiering. I England og Nederland utgjør basistilskuddet halvparten av finansieringen, mens det i Sverige utgjør 60-95 prosent og i Skottland 85 prosent.

Et mindretall bestående av Sakshaug og Elvestad er mot å øke basisfinansieringens andel ut over justeringen som kommer 1. mai 2023, og begrunner dette nærmere i en særmerknad (se kapittel 5.7.5).

Boks 5-2: Om fordelingseffekter av å øke basisfinansieringen på bekostning av takstene

Helsedirektoratet har beregnet hvordan en endring fra en lav andel basistilskudd til en høyere andel basistilskudd slår ut på inntekten for ulike grupper av fastleger. Inntekten til hver fastlege slik den er fra 1. mai 2023 (dvs. med pasienttilpasset/risikojustering) er sammenliknet med inntekten dersom basistilskuddets andel av finansieringen ble endret fra om lag 30 prosent (som i dag) til om lag 50 prosent og 70 prosent. Det er lagt til grunn en tilsvarende reduksjon i takstene slik at de totale inntektene til alle fastlegene er uforandret.

Det er forutsatt at endringene ikke påvirker atferden til legene. I lys av litteraturen er dette neppe en rimelig forutsetning (Lee et al. ,2020), men denne forutsetningen gjør det mye enklere å gjennomføre beregningene. Den gjør det også lettere å gjennomskue hvordan beregningene er gjennomført, og hva slags styrker og svakheter de har.

Beregningene inkluderer alle fastleger i november 2022 som ikke hadde vikar den måneden. Leger i primærhelseteam (med driftstilskuddsmodellen) hadde en helt annen finansieringsmodell og det samme gjelder leger med grunntilskudd, og disse er holdt utenfor analysen. Til sammen inngikk 3 915 fastleger i utvalget. Disse fastlegene er ikke nødvendigvis *helt* representative for alle fastleger, men det er såpass mange andre begrensninger og usikkerhetsmomenter knyttet til simuleringen at dette neppe bidrar mye til den samlede usikkerheten. For disse legene er det beregnet hva legenes basistilskudd ville vært i november 2022, gitt styrkingen av basistilskuddet, fjerning av knekkpunkt og risikojustering (pasienttilpasset basistilskudd) som gjelder fra 1. mai 2023. Legenes takstinntekter i november er høyere enn i en gjennomsnittlig måned, bl.a. fordi det ikke er noen fridager.

Takstinntektene er derfor redusert slik at de tilsvarer 1/12 av totalene for hele året. Basistilskuddet utgjorde da 32 prosent av samlet finansiering for dette utvalget av leger. Dette grunnlaget er brukt for å sammenlikne med hva inntekten for hver lege ville vært dersom det kom en omlegging til hhv. 50 og 70 prosent basistilskudd.

Estimerte fordelingsvirkninger dersom basistilskuddets andel økes til 50 prosent og takstenes andel reduseres til 50 prosent

	Antall leger	Endring		Antall leger	Endring
Legens kjønn			**Spesialist**		
Kvinne	1 767	1 %	Ja	2 537	-2 %
Mann	2 149	-1 %	Nei	1 379	4 %
Legens alder			**Listelengde**		
< 30	67	6 %	0-500	178	1 %
30-39	1 071	2 %	501-700	434	2 %
40-49	1 288	-1 %	701-900	730	1 %
50-59	811	-1 %	901-1100	1 001	0 %
60+	679	-1 %	1101-1300	793	-1 %
Sentralitetsklasse			1301-1500	473	-1 %
1	540	1 %	1501-1700	167	-2 %
2	991	0 %	1701-1900	71	0 %
3	992	-1 %	1901-2500	69	0 %
4	709	0 %	**Driftsform**		
5	464	2 %	Ansatt	616	8 %
6	220	4 %	Næringsdrift	3 300	-1 %

En omlegging vil nødvendigvis bety at leger som har en høyere andel av sin inntjening fra takster enn gjennomsnittet av alle fastleger, vil tape når taksthonorarene reduseres.

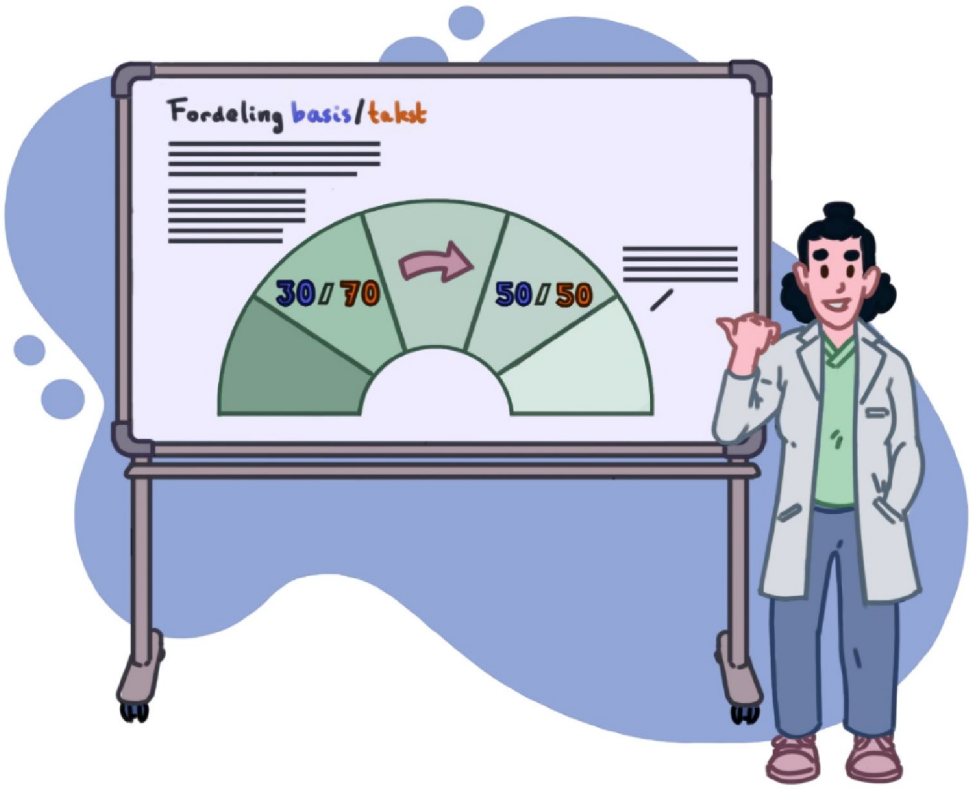
Resultatene viser at en omlegging til 50/50-fordeling ikke fører til veldig store omfordelingseffekter for de fleste inndelinger av leger. På gruppenivå vil det være relativt små endringer i inntjening når man ser på legens kjønn, alder og listelengde. Dog vil de aller yngste legene komme noe bedre ut, og leger med lister på 1100-1700 innbyggere kommer noe dårligere ut enn leger med lengre eller kortere lister. Leger i lite sentrale kommuner vil tjene på omleggingen i denne beregningen.

Fastleger som ikke er spesialister i allmennmedisin vil tjene på omleggingen, mens spesialister vil tape noe. Noe av forklaringen på dette er at spesialister har høyere takstinntjening pga. tilleggstakstene de kan utløse. Denne inntjeningen vil gå ned dersom taksthonorarene reduseres. Dette må imidlertid sees i sammenheng med omtalen av tilleggstakstene ovenfor. Dersom det økonomiske tillegget for å være spesialist i allmennmedisin flyttes fra takstene til basistilskudd, vil omfordelingseffekten som framgår av tabellen ovenfor, bli annerledes.

Næringsdrivende leger vil kunne oppleve en marginal nedgang i omsetning ved en slik omlegging, og fastlønte fastleger har sin arbeidsavtale med kommunen uavhengig av størrelsen på basistilskuddet. Kommunene vil kunne komme noe bedre ut ved en dreining i retning av økt basistilskudd.

En forklaring på at omfordelingseffektene av en omlegging til 50/50-fordeling er relativt begrenset, er at risikojusteringen gir mer basistilskudd til de legene som har lister som utløser mye takster per listeinnbygger. Når vi da tar utgangspunkt i basistilskudd som er risikojustert, vil utslagene ved en overgang til 50/50 bli mindre enn dersom utgangspunktet hadde vært slik basistilskuddet utmåles før 1. mai 2023.

Det er også gjort beregninger av fordelingseffekter av å øke andel basistilskudd til 70 prosent. Effektene som er omtalt ovenfor, blir noe forsterket når man går til 70 prosent basistilskudd.



5.7.3. Mer differensiering av basistilskuddet

Alle utvalgsmedlemmene er enige om at en betydelig økning i basistilskuddets andel av finansieringen, styrker argumentene for å risikojustere basistilskuddet. Dersom basisfinansieringen økes til 50 prosent eller mer, mener utvalget at det pasienttilpassede basistilskuddet som innføres 1. mai 2023, er et tilfredsstillende utgangspunkt når det først er innført, og ekspertutvalget mener det bør få virke i noen år før man vurderer å gjøre justeringer. I denne perioden vil det være viktig å høste erfaringer som kan danne grunnlag for en videreutvikling av modellen. Det bør gjøres grundige vurderinger av hvordan inkludering av diagnoser vil

kunne slå ut, der man særlig må være oppmerksom på insentiver overfor pasienter uten klare diagnoser og at det kan påvirke fastlegenes koding dersom grunnlaget er diagnostisering i fastlegekontorene. I tillegg vil det kunne påvirke fastlegenes henvisningsatferd dersom grunnlaget er diagnostisering i spesialisthelsetjenesten. Man kan også vurdere å endre den sosioøkonomiske justeringen, som fra 1. mai 2023 er felles for alle i samme kommune/bydel, til å avhenge av individuelle kjennetegn ved den enkelte listeinnbygger, slik tilfellet er for de andre elementene i pasienttilpasningen (alder, kjønn, utløste egenandeler).

På lengre sikt kan det også vurderes om det pasienttilpassede basistilskuddet i tilstrekkelig grad fremmer fastlegens tjenestetilbud til beboere i boliger med heldøgns tjenester og til flyktninger, og om utjamningstilskuddet kan avvikles ved at hensynene bak ordningen kan ivaretas gjennom distriktselementet i det pasienttilpassede basistilskuddet.

Ekspertutvalgets medlemmer, med unntak av Sakshaug, mener det bør vurderes å innføre kvalitetsjustering av basistilskuddet. At fastlegen er spesialist i allmennmedisin, ville være et sentralt element i en slik kvalitetsjustering. Et første skritt for å bygge opp en ordning med kvalitetsjustering av basistilskuddet, kan være å overføre honorarene som i dag knytter seg til tilleggstakst for spesialister i allmennmedisin til basisfinansieringen, på en slik måte at spesialistene omtrent beholder sin inntekt. Tillegg i basistilskudd til fastleger med et journalsystem som kan beskrive sammensetningen av listeinnbyggerne, samt hente ut aktivitetsdata og kvalitetsindikatorer, kan også vurderes.

Ekspertutvalget har registrert at noen leger tar til orde for en ordning med inntektskompensasjon for næringsdrivende fastleger som er hjemme med sykt barn, ut over dagens ordning, der man får beholde basistilskuddet ved slikt fravær. Utvalget antar at dette behovet vil reduseres noe dersom basistilskuddets andel av finansieringen øker, men peker ellers på at en slik inntektskompensasjon vil kunne forhandles fram og inngå som en del av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), se kapittel 5.4.

5.7.4. Gjennomgang av takstsystemet

Ekspertvalget har ikke hatt kapasitet til å gå systematisk gjennom alle takstene. Stønadsforskriften/Normaltariffen omfatter mange ulike takster, og kan oppleves som unødig komplisert og detaljert. Samtidig er det en økende andel fastlønnede fastleger, som ikke har det samme økonomiske insentivet som de næringsdrivende legene til å registrere takster. Ekspertutvalget anbefaler at takstsystemet gjennomgås, med henblikk på en forenkling og reduksjon av antall takster. Ekspertutvalget anbefaler videre at det i den sammenheng bør vurderes om takstene kan benyttes mer aktivt for å stimulere til ønsket aktivitet og prioritering i tjenestene. I Danmark pågår det for tiden et arbeid med å gå gjennom takstene, som det i den forbindelse kan ses hen til.

5.7.5. Dissenser om basis/innsatsstyrt finansiering

Utvalgets medlem Elvestad mener at det ikke er åpenbart at forholdet mellom basisfinansiering og takstfinansiering bør endres. Elvestad mener at det per i dag er ikke tilstrekkelig dokumentert at en vesentlig økning i basisfinansiering til fordel for innsatsstyrt finansiering vil gi tilstrekkelig eller bedre oppfølging til de pasienter som trenger det mest, og mener at en eventuell endring i dette først kan vurderes når man ser hvordan øvrige rammevilkår for tjenesten vurderes og utvikler seg. Fastlegetjenesten er en viktig førstelinjetjeneste og pasientenes inngangsport til de samlede helsetjenestene. Det er viktig at systemet fortsatt stimulerer til at denne delen av tjenesten har en tilstrekkelig høy kapasitet og tilgjengelighet.

Utvalgets medlem Sakshaug fraråder sterkt en større endring av forholdet mellom basisfinansiering og innsatsstyrt finansiering gjennom stykkprisrefusjoner. Dette har flere grunner.

I fastlegeforsøket i perioden 1993–97 var basistilskuddet på ca. 50 prosent. Erfaringene fra forsøket viste at dette ble et for sterkt insentiv til å ha lange pasientlister, og at leger med mange arbeidskrevende pasienter (spesielt kvinnelige leger) – kom dårlig ut med et så høyt basistilskudd. I dagens situasjon, hvor legene klart ønsker lavere arbeidsbelastning, vil en endring mot premiering av lange lister ha negativ effekt.

Ved en høygradig rammefinansiering er det en del uønskede forhold som inntrer, blant annet redusert aktivitet, lavere innovasjon og køer inn til fastlegen.

I en finansieringsmodell med høy rammefinansiering (basistilskudd) vil legen ha få muligheter og insentiver til å styrke sin økonomi gjennom økt aktivitet. De tilgjengelige virkemidlene for legen, kommunen eller fastlegeselskapet blir aktivitetskutt, nedbemanning og reduksjon i tjenester. Pasienter med stort behov for legekontorets ressurser vil være mer økonomisk byrdefulle fordi økt innsats i liten eller ingen grad finansieres (Ahmed et al., 2021). Høy andel av basistilskudd vil derfor ramme svake grupper, ikke styrke innsatsen mot disse. Det forsøkes nå å kompensere for dette ved pasienttilpasset basistilskudd, men det finnes ikke data eller verktøy som kan gi høy nok presisjon for de små populasjonene som utgjør en fastlegeliste.

Kunnskapsoppsummeringer viser at kvalitetsbasert finansiering og lav grad av innsatsstyrt finansiering ikke gir merverdi (Mathes et al., 2019; Mosqueira et al., 2019; Scott et al., 2011). Det er ikke vist at man oppnår bedre kvalitet eller målretting mot svake grupper. En finansieringsmodell med høy grad av basisfinansiering er derfor ikke tilstrekkelig balansert for fastlegeordningen. Den understøtter verken utsatte gruppers tjenestebehov - eller behovet for god tilgjengelighet, som også ivaretar friske innbyggeres behov. Den flytter økonomisk risiko for både sykelighet og medisinsk utvikling fra staten til fastlegen – eller til kommunen/selskapet der fastlegen er ansatt. Det er derfor sannsynlig at både investeringer, aktivitet og tilgjengelighet vil avta.

Ren aktivitetsbasert finansiering, dvs. kun takster, har også sine svakheter, særlig knyttet til risiko for overdiagnostikk og overbehandling. Takstendringer, særlig med dagens forhandlingssystem, tar tid, og treghet i innføring og utvikling av takster kan være barrierer for innføring av nye behandlingsmetoder.

Erfaringene med fastlønn og stykkpris i norsk allmennmedisin trekker i retning av at næringsdrivende allmennleger er mer stabile over tid og har høyere aktivitet og bedre tilgjengelighet enn ansatte allmennleger (Brekke, 1988; Norges forskningsråd, 2006; Wium, 1988).

En norsk helseøkonomisk studie fra 2018 sammenlignet både tjenesteproduksjon og pasientutkomme ved fastlønn kontra stykkprisavtale (Brenne et al., 2018). Forskerne brukte nasjonale takstbruksdata for fastleger (Helfos KUHR-database (kontroll og utbetaling av helserefusjoner)) og Norsk pasientregister (NPR) for perioden 2009–13. For å redusere seleksjonsskjevhet og adaptasjon til fastlønn eller stykkpris undersøkte man bare data for vikarer i fastlegepraksis. Man fant at stykkpris førte til 26 prosent flere konsultasjoner enn fastlønn, 6,5 prosent flere tjenester per konsultasjon og lengre konsultasjoner. Ved stykkprisrefusjon fant man også flere avtalte kontroller og flere sykmeldinger, men færre henvisninger til spesialist. Det viktigste funnet i studien var at pasienter som ble fulgt opp av en fastlegevikar på stykkprisavtale, hadde 19 prosent lavere risiko for å bli lagt inn akutt på sykehus den første uken etter en fastlegekonsultasjon. Forfatterne antar at dette er et uttrykk for underdiagnostikk og underbehandling i en fastlønnsmodell. Det er nærliggende å tro at de samme effektene vil observeres i en modell med næringsdrift og høy grad av basistilskudd, fordi denne løsningen ikke oppmuntrer fastlegen til å løse flest mulig av pasientens problemer lokalt.

Dagens takstsystem med prosedyre- og laboratorietakster stimulerer til prosedyrekompetanse og undersøkelse på legekontoret og kan brukes til å understøtte faglig riktig praksis. Om takstene reduseres vil insentivene for småkirurgi, lab og andre undersøkelser svekkes, og færre vil ta seg tid til dette. Man ser allerede at enkelte leger i sentrale strøk avvikler sine laboratorier på legekontoret og henviser til andre laboratorier for prøvetakning. Det har også kommet signaler om at flere kirurgiske poliklinikker opplever økt antall henvisninger på inngrep som fint kan gjøres i allmennpraksis (personlig meddelelse). Dersom

insentivene svekkes vil en naturlig konsekvens være at fastlegene heller henviser enn å gjøre jobben selv. Dette strider mot Helsepersonellkommisjonens anbefalinger om å gjøre mer på laveste effektive omsorgsnivå.

En isolert økning i andelen basistilskudd vil gi inntektsnedgang for fastleger med korte lister. En betydelig andel av disse er unge leger som bygger liste. I denne fasen tar de ofte mange hastetime-pasienter for andre leger på samme kontor. Ved lavere aktivitetsbasert finansiering vil dette gi en klar skjevhet i favør av etablerte leger, og dette kan virke anti-rekrutterende. Det er også mulig at lavere innsatsstyrt komponent vil gjøre det vanskeligere å få til avtaler om kollegial fraværsdekning innad på og mellom legekontor, da det blir mindre økonomisk attraktivt å behandle andre legers pasienter. Dette vil kunne medføre høyere belastning på legevakt.

Finansiering og driftsmodell for fastleger må understøtte selve grunnmuren for åpen, uselektert primærhelsetjeneste: høy relasjonell kontinuitet og tilgjengelighet til legen innbyggeren har valgt. En tilstrekkelig finansiert næringsdriftsmodell med høy andel aktivitetsbasert finansiering gir – basert på 22 års erfaring – best måloppnåelse, og har vært – og er – populær blant fastlegene. Det bør derfor fortsatt være hovedmodellen. Fastlønnsmodeller bør inkludere en bonusløsning for å opprettholde tilgjengelighet og effektivitet.

Erfaringene med 50/50-fordeling av basistilskudd og takster i fastlegeforsøket, samt de klart negative effektene av høyere basistilskudd på allmennmedisinske kjerneverdier som tilgjengelighet og kontinuitet tilsier at fordelingen mellom basis/takst bør ligge nærmere 30/70 enn 50/50. Både basistilskudd og takster trenger en kraftig økning for å få flere leger inn i ordningen. Å kun fordele annerledes innenfor rammen løser ikke fastlegekrisen, og det er ikke erfarings- eller forskningsbevis for at dette gir bedre kvalitet eller tilgjengelighet for pasientene.

6. TVERRFAGLIGHET

6.1. Ekspertutvalgets anbefalinger

Ekspertutvalget mener at en allmennlegetjeneste med større bredde i det faglige tilbudet kan gi effektiv utnyttelse av ressursene. At flere helsepersonellgrupper jobber i team rundt pasienten, kan bidra til å øke kapasiteten i fastlegetjenesten. Det kan også bedre kvaliteten i tjenesten, ved at økt tverrfaglighet i seg selv gir en merverdi. Dette gjelder både innad i fastlegekontoret, men også ved at fastlegetjenesten i større grad integreres og deler på oppgavene med annet helsepersonell i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Finansieringsordningene bør legge til rette for tverrfaglighet innenfor fastlegetjenesten. Ekspertutvalget anbefaler at takstsystemet bør åpne for mer delegering av oppgaver innenfor dagens fastlegepraksiser. Ekspertutvalget anbefaler også innføring av profesjonsnøytrale takster for fastlegeselskap og kommunale legekontor.

Den varierende ledelsesstrukturen og det individuelle utgangspunktet for dagens gruppe- og solopraksiser danner grunnlag for ekspertutvalgets anbefaling om at profesjonsnøytrale takster bør forbeholdes fastlegeselskap og kommunale fastlegekontor.

For å sikre at kvaliteten opprettholdes i tjenesten, anbefaler ekspertutvalget at det utarbeides veiledere for hvilke oppgaver andre helsepersonellgrupper på fastlegekontoret kan utføre, innenfor rammen av forsvarlighetskravet. En veileder vil gi støtte til både fastleger og virksomhetsleder, og bidra til at det ligger gode faglige vurderinger til grunn for oppgaveløsningen. Ekspertutvalget forutsetter at det lokalt lages skriftlige instrukser i form av arbeidsbeskrivelser knyttet til oppgavene.

Med utvidet mulighet for delegering på fastlegekontoret og innføring av profesjonsnøytrale takster, vil det være nødvendig at det samtidig innføres tiltak for kostnadskontroll.

Ekspertutvalget anbefaler at man følger med på utviklingen for å kartlegge tilsiktede og utilsiktede virkninger, og for å kunne vurdere justeringer i innretningen på finansieringsordningen.

6.2. Tverrfaglighet på fastlegekontoret

Som en del av mandatet, er ekspertutvalget bedt om å foreslå tiltak for å øke kapasiteten ved å rekruttere flere leger, gjennom å tilrettelegge for flere profesjoner og mer samarbeid ved allmennlegekontorene. Ekspertutvalget skal også vurdere om det er oppgaver som ikke bør løses av fastlegene. Det vil si oppgaver som kan løses av annet personell under faglig ledelse av fastlegen, eller oppgaver som kan flyttes ut av fastlegeordningen.

Flere eldre og pasienter med større og mer komplekse behov utfordrer kompetansebehovet og arbeidsmåten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å kunne møte framtidens utfordringer kan en mer fleksibel arbeidsdeling mellom faggrupper og større tverrfaglig bredde være et av flere virkemidler. Omfordeling av oppgaver mellom helsepersonell kan gi økt fleksibilitet og effektivitet, og en bedre samlet ressursutnyttelse (Devik et al., 2022; Helsedirektoratet, 2012; OECD, 2019). Pasienter og brukere etterspør mer tverrfaglighet,

og en bedre integrering av fastlegen i den øvrige helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

Å ha flere faggrupper på fastlegekontoret kan fremme samarbeidet med andre kommunale tjenester, og bedre deres tilgang til fastlegen. Forskjellige faggrupper representerer ulike kunnskapsområder, og kan bidra med fagspesifikk kompetanse og andre perspektiver inn i det allmennmedisinske arbeidet. Det kan være hensiktsmessig også på fastlegekontoret, i møte med listeinnbyggere med stadig mer sammensatte behov og flere kroniske lidelser.

Eksempler på personellgrupper som jobber på fastlegekontor er helsesekretær, bioingeniør, sykepleier og jordmor. Disse gruppene er i dagens ordning legens medhjelpere og bidrar til å avlaste fastlegene på ulike måter, og deres pasientrettede arbeid utføres etter å ha blitt overlatt bestemte oppgaver fra legen. Selv om enkelte personellgrupper er representerte, er det i dag få faggrupper og lite omfang av tverrfaglighet på fastlegekontoret, særlig sammenliknet med våre naboland (Maier et al., 2016; Skudal et al., 2019). Det kan se ut til at måten fastlegetjenesten er organisert og finansiert på i dag, forhindrer ny og hensiktsmessig arbeidsdeling mellom helsepersonellgrupper.

Hvordan ulike faggrupper inngår i arbeidet på fastlegekontoret og samarbeidet mellom dem, kan organiseres på ulike måter. Grad av samarbeid, og hvordan samhandling praktiseres, kan variere. Erfaringer fra andre land viser at en rekke oppgaver kan være egnet til omfordeling fra fastlegen til andre personellgrupper. Omfordeling av oppgaver, også kalt oppgavedeling, kan utføres med ulike grad av selvstendighet. Det er relevant å vurdere om annet helsepersonell kun skal utføre arbeidsoppgaver istedenfor fastlegen, eller i tillegg til fastlegen.

6.2.1. Regulering av oppgaver mellom personellgrupper

Norsk rett regulerer i liten grad hvilke grupper av helsepersonell som kan gjøre ulike oppgaver. Det er i stedet gitt en generell lov om helsepersonell (helsepersonelloven), som regulerer helsepersonellets ansvar og plikter, herunder regler om autorisasjon, lisens og reaksjoner ved brudd på lovens bestemmelser.

Helsepersonelloven regulerer ikke hvilke konkrete oppgaver de enkelte helsepersonellgruppene har adgang til å utføre, og er således langt på vei profesjonsnøytral. Loven stiller i § 4 et krav til at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Forsvarlighetskravet benyttes som rettesnor, for vurderingen av hvilke oppgaver helsepersonellet kan utføre.

Hva som skal til for at et helsepersonell anses å handle faglig forsvarlig, skal bedømmes ut fra det en kan forvente på bakgrunn av helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Kravene omfatter både formelle og reelle kvalifikasjoner, det vil si helsefaglig utdanning, tilleggsutdanning og erfaring. Fag- og yrkesorganisasjoners normer og yrkesetiske regler vil også være veiledende for hvilke forventninger man kan ha til kvalifikasjoner hos de respektive helsepersonellgruppene. Hva den enkelte er kvalifisert til, er en objektiv vurdering, men forsvarlighetskravet tilsier at det enkelte helsepersonell må vurdere om det har tilstrekkelige kvalifikasjoner, eller om pasienten bør henvises videre, eventuelt om spesialistkompetanse bør innhentes.

Arbeidets karakter og situasjonen for øvrig må også vurderes, herunder de generelle rammebetingelsene som helsepersonellet er bundet av, hvilket utstyr og ressurser de har til rådighet, og hvorvidt det er nødvendig å handle raskt eller ikke.

Forsvarlighetskravet er en individuell plikt for alt helsepersonell, og dersom man opptrer uforsvarlig, kan dette medføre reaksjoner, som faglig pålegg eller tilbakekalling av autorisasjon/lisens/spesialistgodkjenning, jf. helsepersonelloven §§ 56 og 57. Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester er i tillegg pålagt å organisere seg slik at helsepersonellet som jobber der, er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, herunder å opptre i tråd med kravene om faglig forsvarlighet, jf. helsepersonelloven § 16. Både kommunen og staten ved de regionale helseforetakene er pålagt å sørge for at helse- og omsorgstjenestene som ytes i henholdsvis kommunen og spesialisthelsetjenesten er forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

I situasjoner der helsepersonell samarbeider, er det legen som skal ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient, jf. helsepersonelloven § 4 tredje ledd. Hensikten med bestemmelsen er at den som har de beste faglige kvalifikasjoner, tar beslutningen når flere personellgrupper virker sammen, og å hindre at helsepersonell overprøver beslutninger fattet av personell med bedre faglige forutsetninger. Det vil være leger som bestemmer behandlingsregimet ved sykehusinnleggelser, og tar avgjørelser om operative inngrep, medikamentell behandling, bruk av anestesi, og andre undersøkelses- og behandlingsformer som krever medisinsk kyndighet. Andre tilfeller der det kan tenkes at legen bør ha et særskilt beslutningsansvar, kan være nødrettssituasjoner der flere typer helsepersonell blir stilt overfor en felles oppgave. Kravet om at legen tar beslutninger i medisinske spørsmål, utelukker imidlertid ikke at annet helsepersonell kan utføre diagnostikk og ta beslutninger innenfor sine fagområder.

De fleste oppgavene som utføres i kommunehelsetjenesten gjøres uten at lege er tilstede, eller i nærheten. Samtidig er det mange oppgaver som andre enn legene kan være faglig best kvalifisert til å utføre. Eksempelvis kan en jordmor ha bedre kvalifikasjoner enn allmennlegen relatert til graviditet og fødsel, en psykiatrisk sykepleier med utdanning innen kognitiv terapi eller behandling av rusrelaterte lidelser kan ha bedre

kvalifikasjoner enn legen til oppfølging og behandling av en rekke psykiske lidelser, og en fysioterapeut kan være bedre kvalifisert på muskel-skjelettområdet.

I tillegg til forsvarlighetskravet, stiller lovgivningen på enkelte områder krav om at man skal inneha en spesifikk kompetanse for å utføre en oppgave. Dette gjelder eksempelvis rekvirering av legemidler, der det i hovedsak er leger som har rekvisisjonsrett. Også andre grupper av helsepersonell kan rekvirere noen typer legemidler, eksempelvis kan jordmor og helsesykepleier rekvirere prevensjonsmidler, og tannleger kan rekvirere nødvendige legemidler i forbindelse med tannbehandling, jf. forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler § 3-1 og §§ 7-1 flg.

Per i dag begrenser finansieringen av fastlegetjenesten bruk av annet helsepersonell. Det følger av folketrygdloven § 5-4 at trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Dette begrenser mulighetene for at andre personellgrupper skal kunne yte helsehjelp mot refusjon på et fastlegekontor, men det innebærer altså ikke at andre personellgrupper (eksempelvis sykepleiere) ikke *kan* gjøre andre oppgaver – det betyr kun at oppgavene i hovedsak ikke dekkes av folketrygden.

Om det åpnes for profesjonsnøytrale takster, vil hvilke oppgaver som sykepleiere eller annet helsepersonell kan utføre selvstendig på et legekontor, hovedsakelig baseres på forsvarlighetskravet. Det må baseres på en konkret helhetsvurdering hvorvidt det er forsvarlig at eksempelvis den enkelte sykepleier gjør en konkret oppgave. I de fleste større virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, vil det være laget rutiner for hvilket personell som kan utføre hvilke oppgaver. Dette inngår som en sentral del av virksomhetens plikt til å etablere et internkontrollsystem og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i, eller i medhold av, lover og forskrifter, jf. helsetilsynsloven § 5 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

I en fastlegepraksis der ulike grupper av helsepersonell arbeider, vil det også være et ledelsesansvar å sørge for at det finnes rutiner for hvilke oppgaver de ulike personellgruppene skal utføre, samt å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 og 7 og Helsedirektoratets veileder til forskriften (Helsedirektoratet, 2017). Dette gjelder for øvrig også i en fastlegepraksis, der det eksempelvis kun er en lege og en helsesekretær som arbeider.

Boks 6-1: Definisjon av sentrale begrep

Flerfaglighet
kjennetegnes ved at ulike faggrupper jobber ved siden av hverandre i adskilte fagområder. De bidrar med sin særlige fagkompetanse og kunnskap, men uten at det trenger å være kontakt eller utveksling mellom de ulike fagperspektivene.

Tverrfaglighet
handler om samarbeidet knyttet til en pasient på tvers av profesjoner og faggrupper. Begrepet brukes både om samarbeid på tvers av profesjoner med ulik grunnutdanning, som sykepleiere, leger og fysioterapeuter, og mellom ulike spesialiteter med samme grunnutdanning, som allmennlege, nevrolog og revmatolog (Nylenna, 2018). Tverrfaglig samarbeid er "en strukturert arbeidsform som forutsetter dialog og felles beslutningspunkter mellom personell fra ulike faggrupper". Det innebærer en avhengighet mellom de ulike faggruppenes bidrag. Andre viktige elementer ved tverrfaglig samarbeid er felles mål for alt involvert helsepersonell, informasjonsdeling, og at tjenestene/helsehjelpen er samordnet og koordinert (Oppfølging av personer med store og sammensatte behov, 2017).

Omfordeling av oppgaver
mellom faggrupper, også kalt oppgavedeling, innebærer at arbeidsoppgaver overføres fra en helsepersonellgruppe til en annen. Formålet er ofte en mer effektiv bruk av personellressursene.

Vertikal oppgavedeling
innebærer at oppgaver utføres av lavere kvalifisert helsepersonell istedenfor av høyere kvalifisert personell som lege, og står i motsetning til oppgaver som er komplementære og gjøres i tillegg til.

Horisontal oppgavedeling
oppstår når helsepersonell med samme utdanningsnivå og kompetanse, men med ulik fagbakgrunn, overtar oppgaver som tradisjonelt er utført av annet helsepersonell. Begrepene oppgavedeling, oppgaveforskyvning, oppgaveglidning og overføring av oppgaver benyttes ofte synonymt i litteraturen. Vi har valgt å bruke begrepet oppgavedeling.

Oppgavedeling
kan gjøres med ulik grad av selvstendighet i utførelsen. Andre personellgrupper kan arbeide på delegasjon fra fastlegen, eller de kan arbeide selvstendig. Oppgaver som overlates til annet personell, må skje innenfor rammene av helsepersonellovens bestemmelser.

Delegering
er begrenset til kun å omfatte oppgaver innenfor legens kompetanse- og ansvarsområde. Delegering setter derfor begrensninger for hvilke personell fastlegen kan overlate oppgaver til. Delegering kan kun skje dersom det kan legges til grunn at vedkommende legen delegerer til, har de nødvendige kvalifikasjonene til å utføre oppgaven. Ved delegering forblir legen ansvarlig for de medisinske undersøkelsene og behandlingene av pasienten som legen har overlatt til en medarbeider.

6.2.2. Teamorganisering og pilot primærhelseteam

Spesialisthelsetjenester i sykehus kjennetegnes ved at tjenestene gis av mange ulike helsepersonellgrupper og spesialiteter. Grad av samarbeid mellom faggruppene varierer innen ulike fagområder, pasientgrupper og avdelinger. Omfordeling av oppgaver mellom faggrupper skjer også, og det er utviklet alternative arbeidsmåter for å utnytte personellressurser og fagkompetansen i andre faggrupper bedre. Eksempelvis utfører spesialsykepleiere egne sykepleierkonsultasjoner i poliklinikk med pasienter med kroniske sykdommer som diabetes og ulike revmatiske sykdommer. I andre deler av spesialisthelsetjenesten er det stor grad av tverrfaglighet og samarbeid mellom ulike faggrupper og spesialiteter, som innen spesialisert rehabilitering og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Det er over tid ønsket en mer teambasert tilnærming til primærhelsetjenesten, inkludert i allmennlegetjenesten. Stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten i 2015 beskrev teambasert organisering som nødvendig for økt tilgjengelighet, mer proaktivitet i tjenesten og for å bidra til bedre opplæring av helsepersonellet. Meldingen foreslo primærhelseteam for å oppnå mer koordinerte tjenester, muliggjøre større bredde i tjenestetilbudet og bidra til riktigere arbeidsdeling mellom personellgrupper. Slik kunne man oppnå en bedre bruk av de samlede ressurser i tjenesten. For å kunne gjennomføre en slik teamorganisering understreket stortingsmeldingen behovet for større praksiser og flere personellgrupper på fastlegekontoret (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

En kunnskapsoppsummering av Melby og kolleger fra 2022 viser at det er økende interesse og testing av teambaserte og tverrfaglige modeller i primærhelsetjenesten i Norge og internasjonalt. Det er stor variasjon i hvordan fordeling av oppgaver og samarbeid praktiseres i teamene mellom de ulike vestlige landene (Melby et al., 2022). ACT- og FACT-team[30] er eksempel på en samhandlingsmodell for spesialisthelsetjenesten og kommunen. Teamene er tverrfaglige og rettet mot personer med alvorlig psykisk sykdom, ofte i kombinasjon med ruslidelser, og som er svake etterspørrere av helsetjenester.

Det er også flere tverrfaglige og teambaserte tjenestemodeller til utprøving i kommunale helse- og omsorgstjenester, som primærhelseteam (PHT) som omtales under. Et annet eksempel er Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT), et tverrfaglig team med formål om bedre overgang fra sykehus til kommunale tjenester for eldre pasienter med kroniske sykdommer. Teamet består av lege, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, farmasøyt og helsesekretær. PSHT er et samarbeid mellom UNN og Tromsø kommune, samt en rekke andre kommuner i fylket.

Primærhelseteam (PHT) har fra 2018 vært et nasjonalt forsøk med utprøving av teamorganisering med fastleger, sykepleiere og helsesekretærer og to alternative finansieringsmodeller (honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen) ved 17 fastlegekontor i ni kommuner. Utprøvingen fordrer en mer systematisk arbeidsmetodikk og tydeligere ledelse av fastlegekontorene. Målet med forsøket er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggerne enn den vanlige fastlegeordningen. PHT skal rettes spesielt mot brukere med kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelser. Blant disse er det viktig at PHT når svake etterspørrere med behov for allmennmedisinske tjenester.

[30] *ACT og FACT er modeller for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser.*

6.2.2.1. Evalueringen av primærhelseteam

Primærhelseteam evalueres gjennom et samarbeid mellom Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). Evalueringen har fulgt forsøket over tid og datagrunnlaget består av registerdata, pasientjournaler, og spørreskjemaundersøkelser og kvalitative intervju rettet mot pasienter og pårørende, helsepersonell på fastlegekontoret og samarbeidspartnere i kommunen. Det er utarbeidet totalt fem statusrapporter, hvor den tredje og femte beskriver hvordan pasientene opplever virkningene av PHT (Abelsen, 2021, 2022). Den fjerde statusrapporten inneholder også en samfunnsøkonomisk analyse (Abelsen B. et al., 2022).

Sluttrapporten for 2018–2021 fant at de ansatte på legekontorene opplevde at PHT både påvirker arbeidsmiljøet positivt og gir gevinster for pasientene (Abelsen B. et al., 2022). Majoriteten opplevde at PHT har bidratt til å styrke det sosiale og faglige fellesskapet på legekontoret. Fastlegene opplevde å ha mer tid til kvalitetsarbeid. Videre oppga både fastleger og sykepleiere at samarbeidet mellom dem i stor eller svært stor grad bidrar til bedre oppfølging av enkeltpasienter. Over halvparten av de ansatte mente at PHT i stor eller svært stor grad bidrar til en rekke positive effekter, blant annet bedre opplæring og oppfølging av enkeltpasienter, bedre helse og mestring blant enkeltpasienter og økt tilgjengelighet til tjenesten.

Arbeidsformen på legekontorene er i større grad enn før forsøket startet, dreid mot systematisk arbeid med ledelse, kommunikasjon og samarbeidsstrukturer, utarbeidelse av prosedyrer, systematisk identifisering av pasienter som egner seg for oppfølging, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring, samarbeid med andre tjenester, arbeid med brukermedvirkning og tettere oppfølging av pasienter i målgruppene, proaktivitet og tverrfaglig samarbeid. I tillegg til endret arbeidsform på legekontoret, påvirker PHT arbeidsformen i møte med pasientene gjennom å tilby sykepleierkonsultasjoner, gjennomføre årskontroll, utarbeide behandlingsplaner og gjennomføre hjemmebesøk. Vurderingen så langt er at PHT trolig kan bidra til å realisere helsegevinster som, sammen med øvrige gevinster, veier opp for kostnadene av tiltaket. Det kan derfor være samfunnsøkonomisk lønnsomt å innføre PHT på legekontor. En viktig forutsetning er imidlertid at legekontoret arbeider med å utvikle teamarbeidet og involverer sykepleier på en god måte i arbeidet, slik at den tverrfaglige tilnærmingen kommer både pasientene og medarbeiderne ved legekontoret til gode. Samtidig må man være oppmerksom på hvor sykepleierne rekrutteres fra, og om tiltaket medfører mer oppfølging til flere, eller mer kostnadseffektiv oppfølging av de som også i dag mottar tjenester. Det vil være samfunnsøkonomisk viktigere å redusere omfang av oppgaver for fastlegen som ikke gir helsegevinster.

Den femte statusrapporten i evalueringen beskriver at pasientene opplever større trygghet på at de ivaretas på en god måte og får en bedre oppfølging, sammenlignet med før innføringen av PHT (Abelsen, 2022). Flesteparten er også fornøyd med tilgjengeligheten til fastlegen og sykepleier, og er tilfreds med både ulike deler av oppfølgingen gitt av fastlege og sykepleier, samt med den samlede oppfølgingen fra legekontoret. Flertallet av pasientene som mottok helsehjelp fra sykepleier, inkludert oppgaver som vanligvis gis av fastlegen, er fornøyd med hvordan oppfølgingen gjøres og ønsker å motta denne videre. .

Hovedandelen av fastlegene og sykepleierne opplevde stor eller svært stor grad av enighet om arbeidsoppgaver, arbeidsdeling og fordeling av beslutningsmyndighet. I fritekstfelt beskrev fastleger sammenhengen mellom hvordan flere fagfolk rundt pasienten medfører tverrfaglig kompetanse og diskusjon, som igjen bidrar til bedre pasientbehandling. Fastlegene vektla også hvordan hjemmebesøk utført av sykepleier bidrar til bedre forebygging og behandling, og at sykepleierens arbeidsform innebar nye og viktige måter å løse problemer på.

I den fjerde statusrapporten oppgir ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester og tjenester for psykisk helse og rus økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for brukere med omfattende behov, i form av raskere tilgang til fastlegen og mer omfattende tjenester enn tidligere (Abelsen B. et al., 2022). Legetjenesten tar

oftere kontakt med hjemmetjenesten, som blir satt i sammenheng med at sykepleier oftere var på hjemmebesøk, og brukte mer tid og var opptatt av andre forhold ved brukerne utover det rent medisinske. Ansatte i de kommunale tjenestene beskrev at PHT bidrar til avlastning og at de selv kan gi bedre tjenester til sine brukere. Ansatte i de kommunale tjenestene og på fastlegekontorene var enige i at fastlegetjenesten er mer tilgjengelig og at samarbeidet er tettest mellom fastlegekontoret og hjemmetjenestene.

Evalueringen viser at teamorganiseringen har en effekt på arbeidsbelastningen (Abelsen, 2022). Halvparten av fastlegene oppgir effekt på arbeidsbelastningen og blant disse oppgir fire av fem en reduksjon. Videre indikerer resultatene at omfordeling av oppgaver til sykepleier kan frigjøre tid for fastlegene. De fleste av fastlegene oppgav at tiden som spares på oppgavene som er overført til sykepleier, brukes i direkte pasientarbeid på legekontoret med pasient til stede, ved å ha lengre og flere konsultasjoner. Majoriteten av fastlegene, omtrent fire av fem, opplevde at teamorganisering på fastlegekontoret tilrettela for delegering av både rutinepregede og tidkrevende oppgaver til sykepleier.

Videre fungerer sykepleier som inngangsport til fastlegen og et bindeledd som gir raskere tilgang for pasienten, men også for samarbeidspartnere i øvrig helsetjeneste, som hjemmesykepleien, boliger med heldøgns tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Evalueringen viser at å utvikle teamarbeid og implementere nye arbeidsformer tar tid. Ved å sammenligne svarene fra spørreundersøkelsene sees en økning i andelen fastleger som svarer at de opplever enighet om oppgaver, arbeidsfordeling og fordeling av beslutningsmyndighet, fra omtrent en av fem i 2019 til en av tre i 2022 (Abelsen B. et al., 2022; Abelsen, 2022).

Boks 6-2 Beboere i boliger med heldøgns tjenester

Beboere i boliger med heldøgns tjenester er en variert og sammensatt gruppe, som omfatter eldre med somatisk sykdom og med demenslidelser, personer med rus- og psykiske problemer, personer med utviklingshemming, samt personer med annen funksjonsnedsettelse. De har ofte flere sykdommer samtidig og betydelig redusert fungering. Boligen er deres hjem, både formelt og reelt.

Disse innbyggerne har gjennomgående et stort behov for medisinsk oppfølging, samtidig som de ofte har begrenset mulighet til, på egen hånd, å koordinere sine helsetjenestebehov, og trenger praktisk bistand som for eksempel i kontakt med fastlegen. For personer med utviklingshemming er det synliggjort mangel på kompetanse i hjelpeapparatet, og at fastlegeordningen ikke fungerer godt nok for en gruppe som selv ikke oppsøker fastlegen, og som har vanskelig for å oppdage egen helsesvikt.

For å forbedre allmennlegetjenesten til beboere i boliger med heldøgns omsorg, er det behov for tiltak som kan bidra til bedre kontinuitet, samhandling, informasjonsflyt og koordinering av tjenester. Dette fordrer at fastlegen har større kapasitet til å følge opp denne gruppen mer proaktivt enn det som ofte er tilfellet i dag. Erfaringene fra forsøket med primærhelseteam viser at en mer teambasert og tverrfaglig fastlegetjeneste i større grad evner å samhandle godt med kommunens helse- og omsorgstjeneste, og tilpasse disse til brukergruppens behov.

6.2.2.2. *Erfaringer fra primærhelseteam internasjonalt*

Undersøkelser fra andre land har vist varierende resultater av hvordan tilsvarende organisering som PHT påvirker pasientene. Godager, Iversen og Snilsberg (2021) gir en kortfattet oppsummering av evalueringer av Patient-Centered Medical Homes (PCMH) i USA, Family Health Teams (FHT) og Family Medicine Groups (FMG) i Canada og Multidisciplinary Group Practices (MGP) i Frankrike (Godager et al., 2021).

Oppsummeringer av evalueringer av PCMH viser stor variasjon, og forbedringer for et fåtall av utfallene som ble undersøkt. Forfatterne etterlyste samtidig kunnskap om hva som fungerer med modellen og hva som er mindre nyttig. I evalueringen av FHT i Canada rapporterte pasientene at fastlegetjenesten var betydelig mer tilgjengelige og omfattende. FHT gav også mer anbefalt behandling av diabetespasienter enn den tradisjonelle modellen, men det var ingen forskjeller mellom modellene på helsetjenestebruk generelt. En evaluering av Quebecs FMG-modell så redusert bruk av og utgifter til fastlegetjenester og spesialister, men ingen effekt på legevakt og sykehusinnleggelser. MGP i Frankrike er evaluert i en rekke rapporter og er assosiert med høyere produktivitet for legene, lavere legemiddelutgifter og bedre kvalitet på tjenesten.

6.2.3. Tverrfaglighet i andre land

Som tidligere omtalt, viser utviklingen at legepraksisene gradvis blir større, det er større innslag av tverrfaglige team og mer vekt på integrasjon med annet helsepersonell og andre helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. Det kan være grader av samhandling og integrasjon – fra full organisatorisk integrasjon hvor ulike grupper helsepersonell er ansatt i samme organisasjon/legekontor, til at man gjennom forpliktende avtaler samarbeider om å tilby koordinerte/integrerte helsetjenester til en gitt befolkning.

I Skottland betegnes legen som '*expert medical generalist focusing on complex care*' som avlastes av annet helsepersonell. I England og andre land satses det på samarbeid mellom leger, praksiser og team innenfor geografiske områder.

Inklusjon av, og arbeidsdeling med, andre personellgrupper kan skje ved at personell ansettes på legekontoret, eller er utenfor, men likevel tilgjengelig for praksisen. Hvordan organisering og finansiering er løst varierer mellom land. Det gjør også legenes rolle og ansvar i teamarbeid. I England, Skottland og Nederland synes legen å ha en framtredende rolle. I Sverige og Finland er sykepleiers rolle mer tydelig.

Tabellen nedenfor viser bruk av annet personell innad i legekontoret eller helsesenteret.

Tabell 6-1: Bruk av annet personell og team i legekontoret eller helsesenteret

	Bruk av flere andre personellgrupper	**Særskilte ordninger for oppfølging av kroniske sykdommer**	**Eget helsepersonell for å følge opp psykiske helseproblemer**
Norge	I begrenset grad	I begrenset grad	Nei
Danmark	Ja, mest sykepleiere	Diabetes 2, KOLS	
Skottland	Ja	Team/nettverk	Team/nettverk
England	Ja	Ofte egne kontrakter	Team/nettverk
Nederland	Ja	Psykisk helse, Diabetes type 2, Astma/KOLS og eldre	Team/nettverk
Sverige	Ja, i helsesenteret	Innbakt i helsesentermodellen	Ja, men ikke alle
Finland	Ja, i helsesenteret	Innbakt i modellen	Ja

6.2.3.1. Finland

Et finsk helsesenter omfatter ulike typer tjenester og helsepersonell. De store helsesentrene har en rekke helseprofesjoner tilgjengelig, som primærleger, sykepleiere, helsesykepleiere, psykologer, ernæringseksperter, logoped, jordmødre, sosialarbeidere, tannleger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og administrativt personell. Det har blitt stadig mer utbredt å arbeide etter en team-modell, koordinert av en sykepleier, for å følge opp pasienter med et sammensatt sykdomsbilde. Sykepleiere har fått en stadig viktigere rolle, spesielt knyttet til oppfølging av kroniske sykdommer (Keskimäki et al., 2019).

Inkludert i den pågående reformen i Finland vektlegges integrering av helse- og sosialtjenester, økt tilgjengelighet og bedre kontinuitet (Social- och hälsovårdministeriet). Dette omfatter blant annet "*utveckla modeller med personliga läkare och skötare samt multiprofessionella personliga serviceteam*" og utvide åpningstidene på kvelder og helger.

I Finland har sykepleiere begrenset rett til å forskrive legemidler, og pasienter kan oppsøke fysioterapeuter direkte for nakke- og skuldersmerter.

6.2.3.2. Sverige

På vårdcentralene i Sverige arbeider både leger og sykepleiere, og også psykologer, jordmødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og bioingeniører. Mange sykepleiere har spesialistutdanning som distriktssykepleiere innen områdene diabetes eller hjerte- og karsykdommer. I tillegg kan noen sentre også ha spesialister i indremedisin, gynekologi, pediatri eller psykiatri i første linje. Bemanningen på sentrene vil variere mellom urbane og rurale strøk. Det som i Norge ligger til helsestasjonene vil som oftest være integrert i helsesenteret.

6.2.3.3. Danmark

I Danmark kan legen delegere oppgaver til annet helsepersonell på kontoret, men legen står ansvarlig. Det finnes ifølge Danske Regioner foreløpig ikke god informasjon om omfang og effekt av dette.

Det ble i 2022 lovfestet at det skal opprettes såkalte Sundhedsklynger omkring hvert akuttsykehus. Sundhedsklynger er et samarbeid mellom region, kommuner og allmennpraksis om innsatsen på tvers av helsetjenesten, og de skal sørge for å skape sammenheng mellom helsetjenesten og de tilgrensende sektorer. Dette omfatter både somatisk og psykisk helse. Dette er et ledd i den nasjonale sundhedsreformen for å skape "omstilling til det nære sundhedsvæsen".

Sundhedsreformen inkluderer etablering av 25 såkalte *nærhospitaler* fordelt over hele landet i kommende år. Nærhospitalene skal inneholde sykehusfunksjoner, som er koblet opp mot det nærmeste sykehuset med akuttfunksjon. Videre er det tenkt at det, i tillegg til allmennpraktiserende leger, skal være praktiserende spesialister, psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer, apoteker og andre private aktører. Nærhospitalene skal ikke ha sengeplasser. Fra før har etableringen av såkalte *sundhedshuse* vært en måte å styrke de kommunale tjenestene og det tverrsektorielle samarbeidet på, selv om det ikke har vært noen entydig definisjon på hva et sundhedshus er (Sundhetsstyrelsen, 2021).

6.2.3.4. Nederland

I løpet av det siste tiåret har samarbeidet mellom praksiser økt, og beveget seg mot større team og organisatoriske nettverk. Flere andre fagområder, som fysioterapeuter, psykologer og sykepleiere, er inkludert. De fleste praksiser ansetter høyere utdannede "praksisstøttesykepleiere" ('POH') for å følge opp bestemte grupper (psykisk helse, diabetes type 2, astma/KOLS, eldre).

Oppfølgingen av disse pasientgruppene er oppskalert betydelig. Et eksempel er diabetesomsorgen, som i stor grad ble flyttet ut av sykehus og over til fastlegen, og hvor det i ettertid er utviklet støttefunksjoner rundt fastlegen for å redusere arbeidsbelastningen. Milde til moderate psykiske problemer håndteres av psykologer og sykepleiere. Fastlegen gir ikke perinatal omsorg, for eksempel fødsels- eller barselomsorg.

I noe mindre skala ansettes legeassistenter (ca. 130 i hele landet), som kan gjennomføre selvstendige pasientkonsultasjoner, men hvor fastlegen fortsatt har det overordnede ansvaret.

I Nederland har man også satset på å utvikle systemer for at innbyggerne selv kan finne god informasjon om symptomer, sykdommer og veiledende informasjon. Se omtale i kapittel 10.4.3.

6.2.3.5. England

I 2019 kom *The Long Term plan for NHS* med mål om å forsterke den lokale helse- og omsorgstjenesten og arbeide personorientert og proaktivt (NHS). Planen reflekteres i den nasjonale kontrakten som alle allmennleger i den offentlige tjenesten er underlagt (GMS-contract). Dette gjelder blant annet samarbeid med ulike faggrupper og roller, og deltakelse i Primary care Networks (PCN) (NHS England, 2021).

Over 99 prosent av praksisene i England er nå en del av et Primary Care Network (PCN). Hver av disse dekker en befolkning på rundt 30 000 til 50 000 mennesker, hvor grupper av legepraksiser jobber sammen med NHS-lokalbaserte tjenester for å levere mer koordinert og proaktiv omsorg. Utgangspunktet er listeinnbyggerne som er tilknyttet praksisene i et område. De inngår en egen kontrakt – Directed Enhanced Service (DES) Contract – som beskriver tjenestene som inngår, krav og rettigheter (NHS England). Finansieringsordningen (ARRS) skal dekke utgiftene til ekstra personell som, sammen med allmennlegene, skal levere disse utvidede tjenester. Det er krav til de som deltar i nettverket, om for eksempel å ha dataløsninger som er sikre og i tråd med gjeldende lovgivning. Nettverkene kan også få tilleggsfinansiering gjennom en insentivordning (NHS England).

Et PCN må bli enige med psykiske helsetjenester, apotektjenester og andre lokale tjenester om hvordan de skal samarbeide. Nettverkene må, i henhold til krav i kontrakten, ha utvidede åpningstider for å ha god tilgjengelighet.

Sykepleiere har vært en del av allmennpraksis i mange år. Tiltakene de siste 3-4 årene har medført en rask vekst i annet personell i tillegg til leger og sykepleiere. Ordningen "Additional Roles Reimbursement Scheme" har gitt praksiser/PCN refusjon for å sysselsette andre helseprofesjoner i allmennpraksis (NHS England, [s.a.]). Det gis ekstra finansiering for blant annet sysselsetting av klinisk farmasøyt, fysioterapeuter, ernæringsfysiolog, ergoterapeut, sykepleier og ulike profesjoner innen psykisk helse.

Etter de første årene med ny finansieringordning og erfaringer med PCN manglet det ifølge en forskningsrapport fortsatt en felles forståelse av de nye rollenes formål eller potensielle bidrag, kombinert med en generell uklarhet blant fastlegene om hva tverrfaglig arbeid vil bety for deres praksis (King's Fund, 2022).

6.2.3.6. Skottland

Skottland har, på samme måte som i England, inkludert tiltak for å nå sentrale helsepolitiske mål i den nasjonale General Medical Services-kontrakten fra 2018.[31]

Et viktig mål er å styrke legenes rolle som *expert medical generalist focusing on complex care.* Dette skal understøttes av tverrfaglige team i allmennpraksis. Det kan ansettes personell på legekontoret, samtidig som mange av de nye stillingene har blitt lagt direkte under de lokale "Health Boards".[32] Teamene inkluderer blant annet lege, avansert klinisk allmennsykepleier og fysioterapeut. De tverrfaglige teamene (MDT-multidiciplinary Teams) jobber for å sikre at innbyggerne får riktig oppfølging fra riktig helsepersonell, ledet av fastlegen og støttet av praksisteamet. Formålet er mer tid til å følge opp pasienter med komplekse medisinske behov. Gjennom utvidelsen av MDT-ene og fokus på fastlegens rolle, er målet at bærekraften til allmennlegeteamene blir bedre.

I følge de faglige myndighetene i Skottland har endringene i tjenestene så langt inkludert endring i vaksinasjonstilbud, mer effektiv medikamentell behandling og gjennomgang av medisinliste, sykepleiertjenester for blant annet sårbehandling og kroniske sykdommer, mer akutte omsorgstjenester med støtte fra avansert sykepleier (ANP) i forbindelse med dagbehandling, hjemmebesøk, omsorgsboliger og utvidelse av fysioterapitjenester og kommunale psykiske helsetjenester (NHS Scotland, 2022a, 2022b).

Fra 2018 til 2021 økte antall personell knyttet til tverrfaglige primærhelseteam i Skottland, fra 0,3 MDT-stillinger per praksis (heltid) i 2018 til 2,69 i mars 2021. Det er også etablert kvalitetsklynger, såkalte "GP clusters". Hver av de 147 klyngene med legesamarbeid har en kvalitetsleder og hver praksis/legekontor har en kvalitetsleder.

Foreløpig er det ikke gjennomført evalueringer av transformasjonen i primærhelsetjenesten i Skottland. En kvalitativ studie hvor ledere i tjenesten og kvalitetsledere i kvalitetsklyngene var intervjuet, viser manglende progresjon som delvis skyldes pandemien (Donaghy et al., 2023). Videre opplevde ikke fastlegene noen betydelig reduksjon i arbeidsbelastningen, og heller ikke at omsorgen for pasienter med sammensatte behov var blitt bedre. Mangel på tid og dårlig utviklede relasjoner ble pekt på som barrierer, i tillegg til mangel på relevante data fra tjenestene, og at det var behov for ekstra støtte (inkludert veiledning, administrasjon og opplæring).

6.2.4. Kunnskapsgrunnlag om oppgavedeling i primærhelsetjenesten

Oppgavedeling er ansett som en nyttig tilnærming ved knapphet på helsepersonell, og strategien er benyttet innen en rekke sykdomsgrupper og både lav- og høyinntekstland, for å øke tilgang, effektivitet og kvalitet på helsetjenesten (WHO, 2007). I norsk kontekst pekes det på at flere, eldre, og sykere pasienter og nye oppgaver til den kommunale helse- og omsorgstjenesten har økt og vil øke behovet for oppgavedeling i primærhelsetjenesten (Melby et al., 2022).

Omfanget av vertikal oppgavedeling i primærhelsetjenesten varierer mye mellom vestlige land. Det er også stor variasjon i om, og i hvilken grad, landene har gjennomført tilhørende utdanningsreformer, og foretatt lovreguleringer som tilrettelegger for utvidelse av ansvar og oppgaver for annet helsepersonell. En litteraturgjennomgang fra 2016 viste at sykepleiere i Finland, Irland, Nederland og Storbritannia utfører en

[31] *Strategien evalueres, 10 year monitoring and evaluation strategy.*
[32] *Svar på spørreskjema av kontaktperson ved Primary Care Directorate | Scottish Government (13. oktober 2022).*

rekke oppgaver som tidligere kun ble utført av leger, mens omfordeling av oppgaver fra lege til sykepleier skjer i noe omfang i land som Sverige, Danmark, Belgia og Spania, og i liten grad i Norge og Tyskland (Maier et al., 2016).

6.2.4.1. Oppgavedeling: hvilke helseprofesjoner og hvilke oppgaver

Oppgavedeling beskrives hovedsakelig i den internasjonale litteraturen som vertikal oppgaveforskyvning, fra lege til sykepleier med spesialisering. Tilsvarende er sykepleier den helseprofesjonen som oftest overtar arbeidsoppgaver fra legen i primærhelsetjenesten. I en ny paraplyoversikt om oppgavedeling i primærhelsetjenesten omhandler majoriteten av kunnskapsoppsummeringene sykepleiere, en stor andel omfatter farmasøyter, mens et lite antall inkluderer andre helsepersonellgrupper, som jordmødre. For sykepleiere omfatter overførte oppgaver oppfølging av pasienter med akutte og kroniske tilstander, som diabetes, hypertensjon, smertetilstander og sår, forebyggende og helsefremmende arbeid, og forskrivning av medikamenter ved bruk av algoritmer. Flere studier beskriver at sykepleier utførte oppfølging og monitorering ved bruk av kliniske retningslinjer og validerte verktøy (Leong et al., 2021).

Senter for omsorgsforskning oppsummerte i 2021 en rekke medisinskfaglige oppgaver delegert fra lege til sykepleier i land i Europa, USA og Canada. Faktisk overføring av oppgaver varierer likevel mye, også der oppgavene er formelt overført (Devik et al., 2022).

I Norge skjer oppgavedeling i et visst omfang, men hovedsakelig uformelt, og etterfølges sjelden av evaluering eller rapportering, i henhold til en ny kunnskapsoppsummering av Melby og kolleger (Melby et al., 2022). Det finnes ikke nasjonale standarder på oppgavedeling eller kompetansesammensetning. Det er heller ikke systematiske utprøvinger av alternative måter å delegere eller omfordele oppgaver på, men flere enkeltprosjekter i sykehjem og hjemmetjenester er gjennomført.

Forskrivning av medikamenter av sykepleier er økende internasjonalt, men varierer betydelig mellom landene (Maier, 2019). I Australia, Canada, Nederland, New Zealand og USA har høyt spesialiserte sykepleiere (nurse practitioners) full, eller nærmest full, forskrivningsrett. I Sverige, Danmark og Finland gis en begrenset forskrivningsrett til alle sykepleiere som gjennomfører tilleggsutdanning/kursing og møter gitte krav (Maier et al., 2016). I Norge har jordmor og helsesykepleier forskrivningsrett til prevensjonsmidler.

6.2.4.2. Virkning av oppgavedeling på kliniske utfallsmål, kvalitet og kost-nytte

Litteraturgjennomgangen av Melby og kolleger fra 2022 oppsummerer de mest sentrale systematiske kunnskapsoversiktene om vertikal oppgavedeling fra lege til sykepleier i primærhelsetjenesten. Internasjonalt er det kraftig økning i bruk av avanserte kliniske sykepleiere og spesialiserte sykepleiere, og overordnet indikerer gjennomgangen at disse gir behandling og oppfølging av god kvalitet, sammenlignet med oppfølging gitt av leger i primærhelsetjenesten. Det ser ut til at sykepleiere gir flere helserelaterte råd og at pasienter som møter dem oppgir litt bedre pasienttilfredshet, sammenlignet med leger (Melby et al., 2022). En paraplyoversikt fra 2021 basert på 21 kunnskapsoversikter indikerer at oppgavedeling fra lege til sykepleier medfører bedre tilgang for pasienter til primærhelsetjenesten (Leong et al., 2021).

Undersøkelser og evalueringer har sett på et begrenset antall områder og kun få helsepersonellgrupper, primært sykepleiere og farmasøyter. En oppsummering av 44 kunnskapsoversikter om oppgavedeling av OECD viser at kunnskapsgrunnlaget fortsatt er mangelfullt, særlig knyttet til multisyke og komplekse pasienter. Oppsummeringen understreker også sammenhengen mellom positive helseutfall og effekt på helsetjenesten med etablerering av veldefinerte og protokolldrevne behandlings- og oppfølgingsforløp (OECD, 2019). Tilsvarende påpeker SINTEF i sin kunnskapsoppsummering at det for et bredt spekter av pasientgrupper og

helseproblemer ikke er tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å konkludere at overføring av oppgaver fra lege til sykepleier er like god (Melby et al., 2022). Motsatt er det ingen av kunnskapsoppsummeringene som påpeker at utførelsen av oppgavene var dårligere når de ble overført til annet personell.

For at oppgavedeling kan gjøres mellom personell, er systematisk organisering med tydelig og trygge beslutningsprosesser om hvilke oppgaver som overføres, pekt på som en forutsetning. Grundig trening og kvalitetskontroll er også nødvendig (Knardahl). Tilsvarende viste en kvalitativ studie blant norske fastleger at manglende strukturert planlegging i forkant av oppgavedeling mellom spesialistkolleger, medførte uønskede hendelser og truet pasientsikkerheten (Malterud et al., 2020).

En senere systematisk oversikt av økonomiske evalueringer av oppgavedeling fra lege til ulike helseprofesjoner, viste at dokumentasjonen av kostnadsbesparende virkninger er begrenset og med lav kvalitet. Innsparinger ved lavere lønn for sykepleiere ser ut til å utjevnes ved lengre konsultasjonstid (Anthony et al., 2019).

I Helsepersonellkommisjonenes rapport løftes riktig oppgavedeling som en sentral strategi for å oppnå en bærekraftig bemanning i helse- og omsorgssektoren, samtidig som det er avgjørende for god samhandling i tjenesten. Kommisjonen viser også til stor oppslutning om prinsippet om riktig oppgavedeling i majoriteten av innspillene som ble mottatt i arbeidet. Rapporten viser også til stort potensiale for å arbeide mer strukturert med oppgavedeling, og gjennom det bidra til å opprettholde kvalitet og større effektivitet i tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c).

6.2.4.3. Barrierer for oppgavedeling

En OECD-rapport om oppgavedeling fra lege til sykepleier i 39 land, viser at barrierer for oppgavedeling i primærhelsetjenesten består av en rekke faktorer relatert til blant annet organisering, tilgang på helsepersonell samt juridiske, politiske, finansielle og kulturelle faktorer (Maier et al.). For å gjennomføre oppgavedeling pekes det på at det er nødvendig med politiske endringer i styring og regulering av profesjoner, og endringer i finansiering og betaling av tjenesten. Støtte i organisasjonen for omfordeling av oppgaver til andre helseprofesjoner, er også sentralt for at oppgaveforskyvning implementeres (Maier et al., 2016).

En systematisk kunnskapsoversikt fra 2019 om barrierer og fremmere for omfordeling av oppgaver fra lege til sykepleier, inkluderte 66 kvalitative studier fra 25 land (Karimi-Shahanjarini et al., 2019). I mange av studiene oppgav pasientene at de var ukjent med sykepleierens rolle og forskjellen mellom sykepleie- og legeledete tjenester. De hadde ulike syn på hvilke oppgaver sykepleier kunne utføre, og foretrakk lege når oppgavene var av medisinsk karakter, mens sykepleier kunne utføre forebyggende arbeid og oppfølging. Dette var på linje med funnene i en paraplyoversikt, der pasientene foretrakk leger som utøvere av mer kompleks, medisinsk behandling, men at de generelt hadde tillit til annet helsepersonell ved utføring av rutinemessig klinisk arbeid (Leong et al., 2021). Funnene viser viktigheten av at alle involverte i helsetjenesten, også pasientene, blir gjort kjent med endringer i oppgavefordelingen.

Overordnet oppfattet pasienter at sykepleier var mer tilgjengelig enn lege. Tilsvarende vurderte både sykepleiere og leger at oppgavedeling fremmet tilgjengeligheten for pasienter og at det kunne øke kvaliteten og kontinuiteten i tjenesten. Viktige fremmere for oppgavedeling var tilgang til ressurser som tilstrekkelig personell, utstyr, gode henvisningssystemer, erfarne ledere, klare roller og tilstrekkelig opplæring og supervisjon (Karimi-Shahanjarini et al., 2019).

En annen viktig faktor i hvorvidt oppgaveglidning skjer, er om relasjonen mellom lege og annet helsepersonell er hierarkisk eller basert på samarbeid mellom jevnbyrdige (OECD, 2019). Tilsvarende er personlig kontakt og

effektiv kommunikasjon mellom lege og sykepleier, og tydelig definering og grenser for legens og sykepleiers nye roller, sentralt for at oppgaveglidning implementeres (Karimi-Shahanjarini et al., 2019).

Finansieringen av tjenesten påvirker om og i hvilken grad flerfaglig praksis benyttes i primærhelsetjenesten. I land med hovedsakelig solopraksiser og aktivitetsbasert finansiering er det mindre sannsynlig at det ansettes annet helsepersonell som utfører spesialiserte oppgaver, enn i land med teambaserte gruppepraksiser og blandede finansieringsmodeller. Det pekes på at betaling for spesialiserte oppgaver av annet helsepersonell og nivået på betalingen er sentralt for at dette blir en integrert del av primærhelsetjenesten (Maier et al., 2016).

Finansiering er også en sentral årsak til forskjeller mellom europeiske land i omfang av oppgavedeling. Det er særlig vanskelig å flytte oppgaver fra legen til annet personell når det innebærer tap av inntekt for legen, ved aktivitetsbasert finansering (OECD, 2019). Finansiering av tverrfaglighet belyses ytterligere i kapittel 6.3.

6.2.5. Grad av selvstendighet: Medhjelper eller mer selvstendig arbeid

Ved samarbeid mellom helsepersonell, er legen medisinsk ansvarlig og skal være den som tar endelige beslutninger om pleie og behandling, jf. helsepersonelloven § 4. Legens lederrolle og kravet om at legen tar beslutning i medisinske spørsmål, er likevel ingen hindring for at annet personell kan utføre diagnostikk og ta beslutninger. Det kan være ulik grad av selvstendighet i hvordan andre faggrupper utfører oppgaver, inkludert oppgaver som overføres fra legen.

I dagens ordning fungerer annet helsepersonell på fastlegekontorene som legens medhjelpere og utfører direkte pasientarbeid på delegasjon fra legen. I henhold til medhjelperbestemmelsen i helsepersonelloven § 5 gjøres de pasientrettede oppgavene under kontroll og tilsyn av fastlegen, som er ansvarlig for tjenesten som ytes.

Dette skiller seg fra oppgavefordelingen mellom lege og annet helsepersonell i sykehus og i den øvrige kommunehelsetjenesten, hvor den enkelte ansatte og faggruppe jobber mer selvstendig. Oppgavefordelingen er lederstyrt, og det er vanlig at det er utarbeidet rutiner for hvilke personell som kan gjøre hvilke oppgaver. Dette ansvaret inngår som en del av virksomhetens plikt til å etablere internkontrollsystem, og sikre forsvarlig drift, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a og § 2-2, samt forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Ulikhet i oppgavefordelingen mellom lege og annet personell i fastlegeordningen og øvrig helse- og omsorgstjeneste, og hvordan oppgavefordelingen gjøres, er også knyttet til ulikheter i finansieringen av tjenesten. I fastlegeordningen fungerer takstsystemet som begrensning for hvem som utfører oppgaver. I poliklinisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten er finansieringen profesjonsnøytral og oppgaverettet. Lovverket, ved helsepersonelloven, beskriver i liten grad hvilke faggrupper som kan utføre hvilke oppgaver. I stedet omtales forsvarlige tjenester som et ledelsesansvar, i tillegg til at det enkelte helsepersonell har et personlig ansvar for å sørge for at vedkommende utfører sitt arbeid på en forsvarlig måte. Dette ansvaret er også grunnlaget for utførelse av oppgaver i spesialisthelsetjenesten og andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Om begrensningen av hvem som utfører oppgaver fjernes eller justeres i takstsystemet, vil hvilke oppgaver som sykepleiere eller annet helsepersonell kan utføre selvstendig, hovedsakelig baseres på en forsvarlighetsvurdering. Denne vurderingen er et ledelsesansvar og inngår i ansvaret som virksomhetsansvarlig. På fastlegekontoret er det per i dag den enkelte fastlege som er virksomhetsansvarlig.

Om fastlegekontoret var organisert som et fastlegeselskap, eller dersom kommunen drifter fastlegekontoret, vil ansvaret for forsvarlig drift, inkludert forsvarlighetsvurdering knyttet til oppgavefordeling, være løftet opp fra den enkelte lege til virksomhetsleder. Hvordan fastlegekontoret organiseres, vil dermed kunne ha påvirkning på oppgavefordeling og grad av selvstendighet i utførelsen.

6.2.5.1. Oppgavedeling ved fastlegekontorene for å gi økt kapasitet

For at annet helsepersonell skal bidra til at kapasiteten øker, innebærer det at fastlegen må få frigjort tid til å gjøre andre oppgaver. Det kan gjøres ved at det overføres oppgaver fra legen til annet personell.

I forsøket med primærhelseteam, opplevde to av fem fastleger redusert arbeidsbelastning, mens for halvparten av fastlegene har det ikke endret arbeidsomfanget. Begrenset effekt på opplevd arbeidsbelastning kan henge sammen med at omfang av oppgaver sykepleier utfører i stedet for fastlegen, er begrenset. Det kan også henge sammen med at fastlegen nå gjør oppgaver som ikke ble gjort før sykepleieren ble ansatt. Det er følgelig et potensiale for ytterligere avlasting av fastlegen om flere typer oppgaver eller et større volum av oppgaver overføres til annet personell, som sykepleier eller andre. For eksempel kan det tenkes at legen kan opprettholde en lengre pasientliste med en sykepleier i teamet enn uten.

Delegering av oppgaver har ikke vært noe hovedmål med PHT-forsøket, hvor økt kvalitet for spesifikke målgrupper har vært mer vektlagt. Når man vurderer effekt av PHT på legens arbeidsomfang, må det tas hensyn til en betydelig investering ved oppstart/innføring av nye roller og nye arbeidsmåter, som oppgavefordeling fra lege til annet personell. Det er liten erfaring i fastlegeordningen med teamorganisering og oppgavedeling, inkludert med flerfaglighet. Det kan tenkes at fastlegene vil oppleve mer effekt på arbeidsbelastning over tid når roller og arbeidsformer er tilstrekkelig innarbeidet.

Helsepersonellets grad av selvstendighet ved utførelse av oppgaver vil også ha innvirkning på avlastning for legen. Mindre grad av selvstendighet, gir mindre avlastning. Per i dag har andre faggrupper, på grunn av utformingen av takstsystemet, kun anledning til å være fastlegens medhjelper, som innebærer at den enkelte lege må tilse pasienten for at arbeidet skal kunne utløse konsultasjonstakst. Dette gjelder også for prosedyrer som legens medhjelper kunne utført selvstendig. Det er grunn til å tro at det i dag skjer en del tilpasninger på det enkelte fastlegekontor, for at fastlegen skal kunne utløse takst for konsultasjon, selv om arbeidet i all hovedsak utføres av legens medhjelper. Det medfører avbrudd i fastlegens arbeid gjennom dagen, slik at tidsbesparelsen ved delegering blir mindre. Tilpasningene kan også tolkes til at rammene for dagens finansieringsordning og avtaleverk ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset dagens praksis.

Ulike type oppgaver som er egnet for delegering, kan ha ulikt potensiale for å avlaste fastlegen. Det kan være oppgaver som er særlig hyppige og med et visst volum, og oppgaver som er tidkrevende for fastlegen. Det kan også være oppgaver rettet mot spesifikke pasientgrupper, for eksempel pasienter med kroniske lidelser som krever regelmessig oppfølging.

Hvordan oppgaver fordeles fra fastlegen til annet personell, kan også ha innvirkning på om man oppnår avlastning. Evalueringen av forsøk med PHT viste at ad-hoc delegering av arbeidsoppgaver til sykepleier kun genererer et begrenset volum med arbeidsoppgaver og derfor ikke bidro til å redusere arbeidsbelastningen. Det kan derfor være nærliggende å tro at strukturert arbeidsdeling, med klare rutiner og beskrivelser av hvem som utfører hvilke oppgaver kan gi grunnlag for mer avlastning over tid. Den store investering i tid og ressurser for å implementere teamorganisering og oppgavedeling og oppfølgingen for å lede arbeidet, kan tenkes å være for krevende i forhold til den begrensede effekten som sees i evalueringen av PHT.

For å oppnå tilstrekkelig effekt på legens opplevde arbeidsbelastning, ser det ut for at det må være et større oppgavevolum. En viss praksisstørrelse med flere fastleger er nok også nødvendig, samt at det må være klar

lederstruktur og dedikerte lederressurser. For mindre befolkningsrike kommuner i distriktene kan tilstrekkelig størrelse på legekontoret være vanskelig oppnå. I slike kommuner kan det kanskje være hensiktsmessig å se hele den kommunale legevirksomheten mer i sammenheng og tenke teamorganisering i hele tjenesten, i stedet for kun rundt fastlegevirksomheten. Dette kan også være aktuell tenkning i større kommuner, da en mer helhetlig organisering kan åpne for etablering av eksempelvis sykepleierpoliklinikker med flere ansatte.

Legene som deltok i PHT opplevde bedret arbeidstilfredshet. Den samlede trivsel økte, og de rapporterte også bedret sosialt og faglig fellesskap. Resultatene gir indikasjon på at tverrfaglighet og teamarbeid kan gi robusthet i forhold til arbeidsbelastning. Andre positive effekter som helsepersonell trekker fram, er bedre kvalitet i fastlegetjenestene som ytes. Fastlegene har også i større grad tid til å holde seg faglig oppdatert og jobbe systematisk med kvalitetsarbeid i vanlig arbeidstid, sammenlignet med fastleger som ikke deltar i forsøket. Pasientene rapporterer om økt trygghet.

6.2.5.2. Oppgaver som kan løses av andre enn fastlegen

Det er i hovedsak forsvarlighetskravet som setter grenser for hvilke oppgaver de ulike gruppene av helsepersonell kan gjøre. Det må gjøres konkret vurdering av om det enkelte helsepersonell har kompetanse til å utføre den spesifikke oppgaven. Ettersom forsvarlighetskravet både tar opp i seg utdanning, etterutdanning og erfaring, vil det kunne være ulikt hvilke oppgaver en nyutdannet sykepleier kan gjøre og hvilke oppgaver en erfaren, etterutdannet sykepleier kan gjøre. På enkelte områder stiller også lovgivningen krav om spesifikk kompetanse til å utføre en oppgave, som rekvirering av legemidler.

For å vurdere hvilke faggrupper som kan være aktuelle i et fastlegekontor, er det hensiktsmessig å vurdere hvilken kompetanse som er mest relevant i møte med listeinnbyggernes behov. Utviklingen er at befolkningen lever lengre, er eldre og har mer komplekse og sammensatt tilstander og behov. Samtidig er det ønsket at eldre skal bo hjemme lengre, med støtte fra hjemmesykepleie og digitale hjelpemidler. Andre store pasientgrupper er personer med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser.

Eksempler på helseprofesjoner som kan være relevant på fastlegekontoret, utover helsesekretær, er blant annet sykepleier, psykolog og fysioterapeut. Hvordan ulike faggrupper skal være del av legekontoret, kan organiseres på ulike måter. Faggrupper kan inngå direkte som personell i kontoret, som delte stillinger mellom fastlegetjenesten og andre kommunale helse- og omsorgstjenester, eller en tjeneste som betjener flere fastlegekontor, eventuelt også i kombinasjon med andre kommunale tjenester.

Man kan også tenke seg samlokalisering med andre tjenester, som helsestasjon eller hjemmetjenesten, hvor personell kan ha enkel tilgang til hverandre på tvers av tjenester, som de ofte har i mindre kommuner. Det kan tilrettelegges for møtepunkter, som samarbeidsmøter og fagseminarer. Eksempler på oppgaver som sykepleier utfører i PHT, er oppfølgingssamtaler, kontroll av pasienter med kroniske sykdommer og funksjonshemminger, oppfølging av komplekse pasienter, kartlegging av hjemmesituasjon, sårbehandling, hjemmebesøk, instruksjon i egenbehandling og bygging av selvhjelpsnettverk i grupper. Noen av eksemplene kan også være relevante for omfordeling til andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

Rollen avansert klinisk sykepleier ble utviklet i USA og Canada fra sent på 1960-tallet og begynnelsen av 1970-tallet, etterfulgt av Storbritannia og andre høyinntektsland de siste tiårene (Laurant et al., 2018). I Norge er dette en ny rolle innen sykepleie. Internasjonalt brukes begrepene advanced practice nurse (APN), med underkategoriene nurse practitioner (NP) og clinical nurse spesialist (CNS). Innhold i begrepene og tilknyttede roller, reguleringer og videreutdanning varierer mellom land. Avansert kliniske sykepleiere benyttes innen de fleste kliniske spesialiteter (Cooper et al., 2019; Schober et al., 2020) .

I Norge er avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) en sykepleierolle som er særlig rettet mot helse- og omsorgstjenester i kommunene. Utdanningen vektlegger pasienter med kroniske sykdommer og pasienter med flere og sammensatte tilstander (Kunnskapsdepartementet, 2020). En AKS kan være med på å tilgjengeliggjøre helsetjenester for pasientgruppen de arbeider med, som ofte er multisyke, skrøpelige og geriatriske pasienter. AKS har ikke rettigheter som forskrivningsrett, selv om dette er vanlig for APN internasjonalt. I tråd med utviklingen internasjonalt har forskere og sentrale miljø i Norge argumentert for at utvidelse av rettigheter også bør gjøres her. Det vises også til utprøvinger av nye sykepleierroller og innovative tjenestemodeller i flere kommuner, samt forslag til hvordan utvidede rettigheter kan gjennomføres praktisk (Pedersen et al., 2022).

Det kan også være relevant å se på i hvilken grad andre faggrupper kan bidra til mer tverrfaglighet i og rundt fastlegekontoret. Blant annet innenfor psykisk helse og muskel- og skjelettlidelser, som begge utgjør en stor del av kontaktene med fastlegen.

Tall fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) viser at fastlegene bruker over fem prosent av sin tid på samtaleterapi. Hos fastlegene var det i 2021 i overkant av 34 000 personer under 20 år med en registrert kontakt med psykisk lidelse, uten kontakt i spesialisthelsetjenesten samme år (Helse- og omsorgsdepartementet, s.a.). Samtidig viser forskning at fastlegene ikke alltid har tid nok til å fange opp sine pasienters psykiske problemer og lidelser (Skoglund et al., 2019).

Helse- og omsorgstjenesteloven krever at kommunehelsetjenesten har psykologkompetanse tilgjengelig for tjenester til hele befolkningen (*Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*, 2017). Psykologer kan ha et selvstendig utrednings- og behandlingsansvar av psykiske lidelser. En sterkere tilknytning til fastlegekontorene kan tenkes å skape større forutsigbarhet for brukerne, og gi bedre muligheter for tverrfaglighet og samarbeid.

Muskel- og skjelettlidelser koster samfunnet store summer hvert år, i form av behandlingsutgifter, sykepenger, uføretrygd og andre trygdeytelser (Skogli et al., 2019). Omtrent 20 prosent av fastlegenes konsultasjoner er knyttet til muskel- og skjelettdiagnoser.

Manuellterapi er en klinisk mastergradsutdanning for fysioterapeuter, med lignende fullmakter som legenes på sitt kompetanseområde etter autorisasjon. Manuellterapeuter kan undersøke, utrede og behandle pasienter. De kan også sykmelde, henvise til sykehus/spesialist, radiologi og fysioterapi. Mange manuellterapeuter har tatt videreutdanning innen muskel- og skjelettultralyd og ultralydveiledet injeksjonsbehandling.

Flere av landets ortopediske avdelinger bruker fysioterapeuter ved poliklinikkene (Askvik, 2018; Mårdalen, 2021; Rønning, 2015). Det er også erfaringer med å benytte fysioterapeuter ved skadepoliklinikker/legevakter (Høstmark, 2020). Det er grunn til å tro at manuell- og fysioterapeutene i flere tilfeller selvstendig kan utrede og behandle mange pasienter med muskel- og skjelettplager.

Ergoterapeuter kan være relevante faggrupper med tanke på tilrettelegging og å bevare boevne og funksjon blant eldre. I en ung populasjon med overvekt av kvinner kan det tenkes at helsesykepleier eller jordmor kan bidra til både å avlaste fastlegen og gi et godt tverrfaglig tilbud til pasienter. En populasjon med høy andel diabetes vil kunne ha nytte av ernæringsfysiolog og diabetessykepleier.

Disse eksemplene illustrerer at ulik sammensetning av listeinnbyggere kan generere ulike behov for tverrfaglighet i et fastlegekontor eller en populasjon. I tillegg kan fastlegenes egen kompetanse og interessefelt tenkes å være styrende for engasjementet og behovet for å knytte til seg andre helsepersonellgrupper.

Administrative oppgaver er oppgaver og aktiviteter som er en del av den daglige driften i en virksomhet. Oppgaver som kan være aktuelle å ta ut av fastlegetjenesten, er oppgaver som ikke vanligvis håndteres av helsesekretær, men som tilfaller fastlegen. Eksempler på oppgaver kan være større innkjøp og vedlikehold av IT-systemer, økonomi og regnskap, HR og logistikk.

Hvilke oppgaver leger kan overføre til annet personell, og hvordan disse oppgavene identifiseres, må avklares nærmere. Eksempelvis kan legen gjøre fortløpende identifisering av arbeidsoppgaver som hen finner hensiktsmessig, basert på helsepersonellets spesifikke kompetanse og ut fra ulike problemstillinger. Identifisering av oppgaver kan også gjøres av sykepleier selv, eller av eksterne samarbeidende tjenester, som hjemmesykepleie. Dette kan støttes av at helsesekretær delegerer innkomne henvendelser til annet personell, som sykepleier, enten basert på definert algoritme eller faglig skjønn. Systematisk delegering av oppgaver kan gjøres, for eksempel knyttet til spesifikke pasientgrupper, ved bruk av maler som beskriver oppfølging og behandling. Malen kan også spesifisere hvilke oppgaver som skal gjøres, hvilke faggrupper som skal gjøre oppgavene, og til hvilke tidspunkt (Abelsen B. et al., 2019).

6.2.5.3. Ledelse av fastlegekontoret og tilhørende plikter

Innføring av flere personellgrupper og oppgaveoverføring gir behov for en mer omfattende ledelse enn mange av dagens fastlegekontor har. Det kan også generere behov for å innføre et ekstra ledernivå, som det kan være ulike meninger om blant fastleger.

Ledelse er nødvendig for å kunne gjennomføre forsvarlighetsvurderinger knyttet til overføring av oppgaver fra lege til annet personell, og vurdering av det enkelte personells kompetanse og egnethet til å utføre oppgaven. Individuelle fastlegeavtaler skaper ikke tilsvarende behov for samlet ledelse på fastlegekontoret fordi den enkelte lege er ansvarlig for sine tjenester.

Manglende ledelse på fastlegekontor hvor flere faggrupper samarbeider, kan medføre at virksomhetens plikt til internkontroll ikke ivaretas. Det er også et ledelsesansvar at det er rutiner for hvilke oppgaver ulike faggrupper kan utføre og å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og eventuelle opplæringsbehov, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 og 7.

6.2.5.4. Økt tilgjengelighet i øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste

Innføring av flere helsepersonellgrupper og økt samarbeid på fastlegekontoret kan også ha virkninger utover fastlegeordningen. Eksempelvis kan sykepleier på fastlegekontoret være en kompetansebro mellom hjemmesykepleien og fastlegetjenesten. Slik kan allmennlegetjenesten gjøres mer tilgjengelig for pasienter i hjemmetjenesten uten å belaste fastlegeordningen mer enn nødvendig, som beskrevet i evalueringen av PHT. I tillegg oppgir hjemmetjenesten at de lettere får oppfølging av de med langvarige og sammensatte behov av fastlegene (Abelsen B. et al., 2022). Samlet kan dette skape trygghet og mulighet til å håndtere mer i regi av hjemmetjenesten enn tidligere, og slik avlaste fastlegetjenesten.

Erfaringene fra forsøket med PHT viser at teammodellen og økt tverrfaglighet på fastlegekontoret kan gi økt tilgjengelighet for samarbeidende tjenester i kommunen, som hjemmetjenesten. Ansatte på fastlegekontoret og i andre helse- og omsorgstjenester har samme oppfatning om dette. Ansatte i hjemmetjenesten opplevde også at fastlegetjenesten var mer proaktiv og tok mer kontakt med dem på eget initiativ (Abelsen, 2022).

6.2.5.5. Flytte annet helsepersonell fra andre kommunale helse- og omsorgstjenester

Det er allerede press på annet personell, som sykepleiere og helsefagarbeidere, i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og dette er forventet å øke i årene framover (Hjemås et al., 2019). Det er derfor rimelig å vurdere om økt bruk av annet personell i fastlegekontorene kan forverre forholdene i kommunene.

En stor utfordring er å beholde helsepersonell som sykepleiere og helsefagarbeidere i pasientnært arbeid i kommunen over mange år. For sykepleiere er frafallet fra klinisk arbeid størst i de første årene etter endt utdanning. Mulighet for å arbeide på fastlegekontor kan tenkes å være stabiliserende for sykepleiere. Det kan tilby en alternativ karrierevei for annet helsepersonell, hvor muligheten for karriereutvikling er begrenset. Helsepersonellet kan også fungere som en kompetansebro mellom fastlegekontoret og øvrige tjenester. For kommunen og brukerne kan det bidra til bedre tjenester gjennom økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten og mer samarbeid på tvers av tjenester.

I legevaktpilotene i Molde-regionen og Sogn og Fjordane er det benyttet en forskyvning av personell fra kommunal helse- og omsorgstjeneste til legevakt, som utfordrer sykepleiekapasiteten i flere av kommunene. For at ressursfordelingen skal være bærekraftig må legevaktoppgavene for sykepleier integreres i annen eksisterende drift. Samtidig har kommunene blitt nødt til å se på den totale sykepleieressursen de har tilgjengelig, på tvers av de ulike helse- og omsorgstjenestene. Det har bidratt til bedre utnyttelse av sykepleieressursen for kommunene, samlet sett (Albrektsen, 2022).

Erfaringene fra legevaktpilotene med delt arbeid, er at det virker rekrutterende for unge sykepleiere. Det gir en alternativ karrierevei, samt at samarbeid med andre deler av tjenesten, som ambulanse, er faglig interessant. De erfarne sykepleierne opplevde oppgavene som faglig spennende, og verdsatte kompetansehevende tiltak og økt fokus på undervisning og trening (Albrektsen, 2022).

Delte stillinger mellom andre tjenester, som hjemmesykepleie og fastlegekontor, kan være en mulighet, og kan være særlig aktuelt i kommunale fastlegekontor. I fastlegekontor med næringsdrift kan sykepleierressursen være ansatt i kommunen, heller enn på fastlegekontoret, og slik inngå i øvrig eksisterende drift. Det kan gi kommunen nødvendig fleksibilitet i bemanning av de ulike tjenestene. Delte stillinger kan også være faglig stimulerende og gi avlastning fra krevende arbeidsforhold, som i sykehjem, som igjen kan bidra til at sykepleiere og annet helsepersonell blir værende i kommunale helse- og omsorgstjenester. Imidlertid forutsetter slike stillinger at kommunen ser sine helsepersonellressurser og helse- og omsorgstjenester samlet, for å kunne hente ut gevinster i form av effektiv og god bruk av personell og kvalitet.

Rekruttering av nye sykepleiere til fastlegekontoret kan komme fra andre sektorer utenfor helsetjenesten, men også fra spesialisthelsetjenesten og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er vanskelig å forutse de samlede effektene av dette. Kommunene har ansvaret for hele primærhelsetjenesten og må lage planer for å forvalte personellressursene på en samlet sett bærekraftig måte.

6.3. Finansiering av tverrfaglighet og profesjonsnøytrale takster

Som beskrevet i kapittel 6.2, er det et mål at personellgrupper ut over lege i fastlegekontor ikke bare skal avlaste fastlegene, men også gi pasientene tilgang til bedre og mer tverrfaglige tjenester. Finansieringen bør understøtte dette, og en god arbeidsdeling mellom personellgrupper. Når det gjelder vurderinger av hva som kan være hensiktsmessig oppgavedeling, henvises til kapittel 6.2.

I dette avsnittet beskrives finansielle barrierer mot tverrfaglighet som finnes i dagens fastlegeordning, og hvilke finansieringsløsninger som kan være aktuelle for å legge bedre til rette for tverrfaglighet i fastlegepraksis. Løsningene vurderes også opp mot eventuell ny organisering av gruppepraksiser, i form av fastlegeselskap og kommunalt eide legekontor med tilsvarende organisering, se omtale i kapittel 4.7.

6.3.1. Finansielle barrierer i dagens ordning

Dagens finansiering av fastlegeordningen er en barriere for bruk av annet personell på fastlegekontoret. Dagens takster (i Stønadsforskriften/Normaltariffen) er for leger, og det er kun leger som kan utløse takstene på selvstendig grunnlag. Det er fastsatt i kapittel 5 i folketrygdloven hvilke personellgrupper som kan motta refusjoner fra folketrygden. Dersom andre personellgrupper (for eksempel sykepleiere) skal kunne utløse refusjon, kreves lovendring. Et unntak er primærhelseteam, der sykepleiere i en tidsavgrenset forsøksperiode kan utløse takster selvstendig.

Bruk av annet personell som ikke kan utløse takster, vil gi redusert driftsresultat for fastlegekontoret. Takstsystemet stimulerer til at fastlegene gjør hele eller deler av oppgavene selv, heller enn å overlate oppgaver til annet personell. Samtidig kan det være situasjoner der legen får utført mer aktivitet som gir takstinntekter, fordi annet personell øker legens produktivitet. Dette kan være positivt, men det kan også være en utfordring at enkelte fastleger praktiserer regelverket i en gråsone, for eksempel der legen kommer innom en kort periode i forbindelse med hjelpepersonellets pasientkontakt, for dermed å kunne utløse konsultasjonstakst. Som hovedregel, honorerer takstene ikke felles konsultasjoner mellom pasient, lege og annet personell. Med dagens finansieringsordning er det i liten grad økonomisk grunnlag for å ansette personell ut over de som allerede finnes i fastlegekontorene.

Høy andel aktivitetsbasert finansiering medvirker til at legene har finansielle insentiver til å utføre det arbeidet som utløser takster. Dagens takster er innrettet mot pasientrettede aktiviteter, og folketrygden finansierer ikke tid medgått til teamarbeid internt på fastlegekontoret. Manglende insentiv til å bruke tid på utvikling av det tverrfaglige teamet, har vist seg som en utfordring i forsøket med primærhelseteam (Abelsen B. et al., 2022). Folketrygden finansierer "sykdom, skade og lyte", og det er også begrensninger på finansiering til for eksempel forebyggende pasientarbeid utover rent individrettet, medisinsk forebygging.

Per i dag er refusjonsretten personlig. Det er kun fastlege som kan inngå oppgjørsavtale med Helfo for aktivitet i et fastlegekontor. Unntak er at kommunen kan inngå oppgjørsavtale når fastlegen er ansatt i kommunen. Virksomheter – for eksempel et næringsdrivende fastlegekontor – kan ikke inngå oppgjørsavtale og motta refusjoner fra folketrygden/Helfo. Se omtale om organisering av fastlegevirksomhet i kapittel 4.2.

I fastlegekontor med næringsdrift etter hovedmodellen, er det i liten grad ansatt annet personell enn helsesekretærer, mens det er mer utbredt med annet personell i små og mindre sentrale kommuner. Antagelig følger dette av at finansieringsmodellen i liten grad oppmuntrer til å ansette annet personell. Det koster for mye, slik normaltariffen er utformet i dag. Der kommunene dekker hele eller deler av kostnaden ved å ansette annet personell ved legekontorene, er slike løsninger mer utbredte (Helse Nord, 2019).

Sykepleieres pensjonsrettigheter kan være en barriere for økt tverrfaglighet i fastlegekontor. Sykepleierpensjonsloven § 1, 2. ledd slår fast at offentlig godkjente sykepleiere ansatt i stilling knyttet til helse- og omsorgstjenesten i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal være medlemmer i pensjonsordningen for sykepleiere. Herunder omfattes blant annet ansatte hos allmennpraktiserende lege med fastlegeavtale (*Lov om pensjonsordning for sykepleiere [sykepleierpensjonsloven]*, 1962). Medlemskapet er pliktig, og det kan ikke fravikes. Også der sykepleier ansettes for helsesekretæroppgaver, vil loven gjelde for den ansatte (Den Norske Legeforening, 2015).

Pensjonsordningen er ytelsesbasert. Sykepleierforbundet opplyser på sine nettsider at arbeidsgiver betaler om lag 20 prosent av sykepleiers lønn i premie til sykepleierpensjonsordningen (Norsk sykepleierforbund).

Som hovedregel, skal pensjonsordningen være lik for alle ansatte i en virksomhet (NHO). Men helsesekretærer som er ansatt i samme virksomhet, får ikke automatisk rett på samme pensjonsordning som sykepleierne. Helsesekretær vil være underlagt ordning med obligatorisk tjenestepensjon (Skatteetaten). Storebrand oppgir på sine nettsider at i gjennomsnitt sparer virksomheter innenfor helsetjenester fem prosent av de ansattes lønn i premie til pensjon (Stakkestad et al., 2018).

6.3.2. Finansiering av tverrfaglighet – ulike løsninger

I kapittel 6.2 er oppgavedeling og tverrfaglighet i fastlegepraksiser omtalt. Tverrfaglighet innenfor fastlegetjenesten kan organiseres på ulike måter. Andre personellgrupper kan arbeide på delegasjon fra fastlegen, eller de kan arbeide selvstendig under faglig ledelse av fastlege. Hvilke personellgrupper som skal inngå i fastlegekontor, intern organisering av virksomheten og de ulike personellgruppenes grad av selvstendighet i arbeidet, kan ha betydning for utforming av finansiering og takster. Dersom tverrfaglighet skal understøttes gjennom takster, kan det være ulike løsninger:

1. Fastleger kan i økt grad utløse takster når annet personell utfører oppgaver som legens medhjelper (delegering)
2. Det kan etableres egne takster som andre personellgrupper kan utløse selvstendig, for eksempel etter modell av forsøk med primærhelseteam
3. Det kan opprettes profesjonsnøytrale takster som kan utløses selvstendig av det personellet som utfører oppgaven

Løsningene skiller seg fra hverandre langs to dimensjoner; hvorvidt annet personell kan utløse takstene selvstendig, og betaling for hver tjeneste:

Tabell 6-2: Løsninger for finansiering av tverrfaglighet

	Grad av selvstendighet for annet personell	
	Utløser takster selvstendig	**Delegering**
Lik betaling for ulike personellgrupper	Profesjonsnøytrale takster	Utløser takster på delegasjon fra lege
Ulik betaling for ulike personellgrupper	Egne takster for hver personellgruppe	

Løsningene for finansiering av tverrfaglighet er ikke gjensidig utelukkende. Innenfor en finansieringsmodell vil det være aktuelt å kombinere flere av løsningene. Videre må finansieringsløsninger sees i sammenheng med gruppeavtaler og fastlegeselskap, se kapittel 4.7. Eksempelvis kan det vurderes om løsninger med delegering vil være mest aktuelt for fastlegekontor slik de er organisert i dag, mens profesjonsnøytrale takster kan være mer egnet for fastlegeselskap og kommunale legekontor med tilsvarende organisering.

Nedenfor beskrives de tre ovennevnte finansieringsløsningene. Løsningene skal understøtte god helsehjelp, og ulike måter å levere tjenestene på. Beskrivelsene tar utgangspunkt i fastlegepraksiser med næringsdrift. Men løsningene kan også benyttes av kommunale legekontor, med kommunalt ansatte fastleger og annet personell.

6.3.3. Annet personell som fastlegens medhjelper (delegering)

Delegering omhandler at legen overlater til medhjelpere faglige oppgaver som legen kan utløse takster for. Delegering må skje innenfor rammene av helsepersonellovens bestemmelser, og er begrenset til å omfatte kompetanse og ansvar legen selv har. Dette setter begrensninger for hvilket personell fastlegen naturlig kan delegere oppgaver til, og hvilke oppgaver som legen kan delegere. Annet personell må ha nødvendige kvalifikasjoner til å utføre oppgaven, men legen er ansvarlig for de medisinske undersøkelsene og behandlingen av pasienten. I dagens ordning er det i tillegg legen som har rett til refusjon, og som krever og får utbetalt refusjon fra Helfo.

6.3.3.1. Legetakster som kan utløses av legens medhjelpere

Dagens takster åpner i noen grad for at hjelpepersonell kan utføre prosedyrer som utløser legetakst. Enkle pasientkontakter via telefon, e-post eller oppmøte kan utløse takst selv om pasienten ikke møter legen. Prosedyrer kan utføres av hjelpepersonell, men dette må alltid være under legens tilsyn og ansvar. Eksempler på oppgaver som utløser takst, og som kan utføres av hjelpepersonell, er prøvetaking, sårstell, EKG, spirometri, 24-timers blodtrykksmåling etc. Konsultasjoner og sykebesøk forutsetter alltid at legen selv utfører disse, og kan ikke delegeres.

Med dagens takster er det ikke grunn til å forvente økt bruk av annet personell. Det er begrensede muligheter for å finansiere annet personell gjennom takster, og det er lite sannsynlig at legekontor vil ansette andre yrkesgrupper med dagens takster som finansieringskilde. Samtidig viser erfaring fra forsøket med primærhelseteam at legene i noen grad kan øke sine takstinntekter når det tas inn sykepleier i praksisen. Eksempelvis kan sykepleier utføre en del av oppgavene som må utføres, for at fastlegen skal kunne utløse takst for årskontroll diabetes. Omfanget av dette er ikke estimert i evalueringen (Abelsen B. et al., 2019).

6.3.3.2. Danmark: Delegering til medhjelpere

Lovgivningen i Danmark gir relativt frie rammer, og i utgangspunktet står de danske legene fritt til at hjelpepersonell kan gjennomføre konsultasjoner og behandlinger, så lenge det er på delegasjon fra legen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2009). Danske Regioner og Praktiserende lægers organisasjon har utarbeidet en veileder til finansieringsregelverket. Denne omtaler delegering av oppgaver til blant annet å kunne omfatte konsultasjoner, telefonkonsultasjoner, videokonsultasjoner, e-konsultasjoner og sykebesøk, eksempelvis til gjennomføring av blodtrykksmåling, sårbehandling, vaksinering, vortebehandling og diabeteskontroll (Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende lægers organisation, 2022).

I henhold til avtaleverket mellom fastlegene og regionene er enkelte tjenester forbeholdt fastlegen. Det gjelder blant annet erklæringer/attester, utskriving av resept, og å gjøre vedtak om tvangsbehandling knyttet til somatiske og psykiatriske pasienter. Annet personell kan heller ikke utføre helsesjekk av personer i særlige botilbud eller samtaleterapi. Selv om det er enkelte begrensninger på muligheter til delegering, gir finansieringsregelverket i Danmark betydelig større muligheter for delegering sammenliknet med Norge.

Veilederen slår fast at det skal foreligge skriftlige instrukser i form av arbeidsbeskrivelser knyttet til oppgavene. Personalets selvstendige utførelse av behandlingsoppgaver skal skje etter anmodning fra legen, under legens ansvar og under supervisjon av legen (Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende lægers organisation, 2022). I Danmark arbeider leger under spesialisering i fastlegekontor, uten egen liste.

Det finnes ikke oversikter over omfang av oppgaveoverføring mellom leger og annet personell på legekontorene i Danmark. Danske Regioner peker imidlertid på at det trolig er stor variasjon mellom klinikker, i hvor stor andel av pasientkontaktene som utføres av annet personell. Det er igangsatt et analysearbeid med spørreskjema og intervjuer som skal se på graden av delegering på tvers av praksistyper og mellom by og land.[33]

Praktiserende lægers organisasjon (PLO) peker på at det i flere år har vært en målsetting fra PLO, Danske Regioner og flere regjeringer, at allmennlegetjenesten kan utvide omfanget av annet personell. Dette gjelder også personellets videreutdanning, slik at de kan medvirke til blant annet en styrket innsats for pasienter med kroniske sykdommer og mer komplekse forløp (Praktiserende lægers organisation, 2022).

PLO viser i en analyse at det har skjedd en markant stigning i antall ansatte i allmennpraksis. I 2022 var det 19 prosent flere årsverk sammenliknet med fire år tidligere, og utviklingen har skutt fart de siste årene, med en økning på 358 ekstra årsverk fra 2021 til 2022. Antall årsverk for annet personell har økt mer enn antall leger de siste årene (Praktiserende lægers organisation, 2022).

Ut over legene, er sykepleiere den klart største personellgruppe ansatt i allmennpraksis, og det er mer enn tre ganger så mange sykepleierårsverk som legesekretærårsverk (Praktiserende lægers organisation, 2022). Det er langt flere sykepleiere i fastlegekontor i Danmark enn i Norge. Dette gjenspeiler trolig at finansieringen legger til rette for at sykepleier kan utføre flere oppgaver innenfor allmennpraksis i Danmark enn i Norge. Det er nærliggende å tro at grad av tverrfaglighet er noe av årsaken til at danske leger kan håndtere flere listeinnbyggere på sine lister enn leger i Norge. I Norge er gjennomsnittlig listelengde i overkant av 1000 innbyggere, i Danmark har fastlegene i gjennomsnitt 1600-1700 innbyggere på sin liste.

En annen faktor bak økningen i annet personell kan være at det er gitt ekstraordinære midler til oppbygging av ekstra kapasitet, særlig ekstra personell, til en styrket innsats for pasienter med kroniske sykdommer. Midlene ble utbetalt over basistilskuddet. PLO skriver i en analyse fra 2020 at veksten i annet personell var vesentlig høyere enn de midlene som er tilført (Praktiserende lægers organisation, 2020).

Det er i Danmark lagt inn enkelte ordninger som begrenser delegering og kostnader. Ut over krav til forsvarlighet i helselovgivningen, er det lagt inn begrensninger i overenskomsten mellom Danske Regioner og PLO.

Honorar for konsultasjon avkortes ikke, selv om den er utført av annet helsepersonell. Det gis imidlertid kun honorar for én konsultasjon samme dag, selv om pasienten har vært hos flere typer helsepersonell. En ulempe med en slik bestemmelse er at det kan gi praksisen insentiv til å be pasienten komme tilbake neste dag, eller senere. Opprinnelig ble begrensninger lagt inn for å motvirke for mye delegering, og bidra til kostnadskontroll. Dagens situasjon er at det er mangel på leger, og myndighetene ønsker at det ansettes mer av annet personell.[34]

Danmark har en ordning med "høyestegrænse", som setter et tak for hvor mye refusjoner en lege kan motta i løpet av en tidsperiode. Dette begrenser også bruk av annet personell. I tillegg er det begrensning på omfang av telefonkonsultasjoner. Videre er det i Danmark avtalt et årlig "økonomiloft". Hvis fastlegene kollektivt overskrider det avtalte økonomiloftet i løpet av et år, blir legenes honorarer kollektivt redusert det påfølgende år. Det rammer alle leger, uavhengig av hvordan den enkelte lege har handlet. Fastlegene har ikke overskredet økonomiloftet siden 2013.[35]

---

[33] Meddelelse fra kontaktperson i Danske Regioner (januar 2023).
[34] Meddelelse fra kontaktperson i Danske Regioner (februar.2023.
[35] E-post fra kontaktperson i Danske Regioner, 13.2.2023.

Det gjennomføres ikke systematiske kontroller av bruk av annet personell, men enkelte leger kontrolleres ut fra risikovurdering.

6.3.3.3. Muligheter for økt bruk av delegering i fastlegeordningen i Norge

I dag kan fastleger i Norge delegere enkle pasientkontakter til hjelpepersonell, og dette skjer i betydelig omfang. Betalingen for enkle pasientkontakter er imidlertid relativt lav, noe som gjør at det er begrenset økonomisk grunnlag i takstene til å ansette mer hjelpepersonell.

Betalingen for konsultasjoner er betydelig høyere enn for enkle pasientkontakter. En åpning for at hjelpepersonell kan utføre konsultasjoner og utløse takster for legekonsultasjoner, ville derfor øke inntjeningen fra hjelpepersonell. Hjelpepersonell – for eksempel sykepleier – vil da utføre oppgavene på delegasjon fra legen, og legen sender inn oppgjørskrav for arbeidet. Det økonomiske grunnlaget for å ansette hjelpepersonell i fastlegekontor vil øke, noe som vil kunne avlaste fastlegene.

Det kan åpnes opp for at andre personellgrupper i større grad kan utløse takster for fastlegen når personellet utfører likeverdige tjenester. Eksempler på mulige oppgaver der annet personell vil kunne bistå og avlaste fastlegen, kan være årlige kontroller av enkelte pasientgrupper, strukturert oppfølging for å endre levevaner, eller strukturert oppfølging for læring og mestring for pasienter som har alvorlig sykdom eller funksjonssvikt (individuelt eller i gruppe). Dersom man åpner for at slike tjenester kan utløse konsultasjonstakst, vil potensialet for å avlaste fastlegene eller utvide det samlede omfanget av tjenester øke. Dette vil være å gå i retning av de danske løsningene. I Danmark er det i mindre grad *finansieringsregelverket* som setter begrensninger. Mer omfattende delegering kan være aktuelt også i Norge.

Det bør også vurderes om flere oppgaver kan delegeres til helsesekretær. Dette er en personellgruppe som allerede finnes i de aller fleste legekontor. Økt grad av delegering vil dermed kunne ha rask effekt. Samtidig vil utdanningen av helsesekretærer kunne utvikles og tilpasses, i tråd med definerte behov. Faglige vurderinger må ligge til grunn for delegering av oppgaver. Helsesekretærer utfører allerede i dag oppgaver på et fastlegekontor som de ut fra sin kompetanse kan gjøre innenfor rammen av forsvarlighetskravet. Videre vil en gevinst med finansiering av tverrfaglighet være å stimulere til ansettelse av personell som ikke er på legekontorene per i dag.

6.3.4. Egne takster for annet personell

Et alternativ til at legen delegerer oppgaver til hjelpepersonell, er at andre profesjoner arbeider selvstendig i fastlegepraksis under fastlegens eller en annen virksomhetsleders ledelse. For å understøtte en slik organisering, vil det være behov for endringer i finansieringsordningene og takstene. Én løsning kan være at det opprettes profesjonsnøytrale takster. Dette omtales senere. Først beskrives det å opprette egne takster for ulike personellgrupper. Her er forsøk med primærhelseteam et eksempel.

6.3.4.1. Primærhelseteam – takster for sykepleiere

Innenfor forsøk med primærhelseteam (2018–2023) foregår utprøving av nye måter å finansiere tverrfaglighet og teamarbeid på. I forsøket kan sykepleier på fastlegekontoret utløse takster på selvstendig grunnlag. Fastlege med listeansvar har fortsatt det medisinske ansvaret for pasienten. Forsøket prøver ut to ulike finansieringsmodeller – honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. I driftstilskuddsmodellen utgjør listeinnbyggertilskudd en høy andel av samlet finansiering, mens honorarmodellen er en utvidelse av

finansieringsmodellen for fastlegeordningen. Felles for de to modellene er at det er opprettet egne takster for sykepleiere, som innholdsmessig tilsvarer eksisterende fastlegetakster (Abelsen B. et al., 2019).

Takster for sykepleiere er utformet med bakgrunn i sykepleiernes kompetanse og en vurdering av hvilke oppgaver innenfor fastlegeforskriftens rammer som det er forsvarlig at sykepleier kan utføre uten involvering av lege.

Innenfor forsøket med primærhelseteam, er sykepleier ansatt i praksisen eller i kommunen. Med en teamorganisering med fastlege som teamleder, er det leder av fastlegekontoret (det vil si en av fastlegene) som sender refusjonskrav til Helfo for sykepleierens takster, og ikke sykepleieren selv. Inntekten tilfaller fastlegekontoret eller kommunen, og ikke den enkelte fastlege som har listeinnbyggeransvaret for pasienten sykepleier møter.

Evalueringen av forsøket finner blant annet at det innenfor honorarmodellen er krevende for praksisene å nå opp til målsettingen om 50 prosent takstfinansiering av sykepleierkostnaden, og at driftstilskuddsmodellen legger bedre til rette for teamarbeid der pasienten ikke er til stede, i og med at tilskuddsandelen er høy (Abelsen B. et al., 2022).

6.3.4.2. Utforming av takster for personell som kan utløse takster selvstendig

Dersom flere personellgrupper skal arbeide i fastlegekontor/fastlegeselskap, må det vurderes om man skal lage nytt takstsett for hver personellgruppe. Takster skal understøtte god faglig praksis og de arbeidsoppgavene behandlerne utfører. For eksempel vil psykolog og fysioterapeut utføre andre oppgaver enn sykepleier og lege, noe som kan peke i retning av egne takster. På den annen side er sykepleiers oppfølgingstakster innenfor forsøket med primærhelseteam og leges konsultasjonstakster relativt bredt definert, noe som kan legge til rette for at andre personellgrupper i fastlegepraksis kan benytte noen av de samme takstene.

Dersom dagens detaljerte takster skal videreføres, kan det være behov for å konkretisere de ulike personellgruppenes arbeidsoppgaver. Dette for å kunne innrette takstene på en hensiktsmessig måte. Dersom en forenkler takstene, vil takstene være bredere innholdsmessig, og flere av takstene kan benyttes av flere personellgrupper. Da går man i retning av profesjonsnøytrale takster, se omtale nedenfor.

En helt annen løsning enn profesjonsnøytrale takster, kan være at ulike personellgrupper i et fastlegekontor bruker de takstene som er utformet for deres virksomhet *utenfor* fastlegekontoret. Eksempelvis kan fysioterapeuter med kommunal driftsavtale benytte takstene for næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale. For personellgrupper som har egne takster, kunne det være en like god løsning å etablere et tett samarbeid mellom fastlegekontor og fysioterapeut, for eksempel ved at tjenestene samlokaliseres, eller at avtalefysioterapeuter etter avtale med kommunen har en fast dag ved legekontoret.

6.3.5. Profesjonsnøytral finansiering i sykehus

Finansieringsordninger skal understøtte kvalitativt gode tjenester, men samtidig slik at tjenestene ytes kostnadseffektivt. Finansieringen bør understøtte en rasjonell og faglig forsvarlig arbeidsdeling mellom personellgrupper. Profesjonsnøytrale takster innebærer at en prosedyre eller aktivitet betales likt uavhengig av hvilken profesjon som utfører den (Helse Nord, 2019). Profesjonsnøytral finansiering benyttes i sykehussektoren. Der fastsettes den aktivitetsbaserte finansieringen (innsatsstyrt finansiering, ISF) som hovedregel ut fra hvilke tjenester som ytes og hvilke diagnoser som behandles, ikke hvilket personell som yter tjenestene.

6.3.5.1. ISF og profesjonsnøytralitet i finansiering av sykehus

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført for somatisk spesialisthelsetjeneste i 1997 (Helsedirektoratet, 2023g). Fra 2017 ble ordningen utvidet til også å omfatte ISF for polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB). ISF er en aktivitetsbasert bevilgning til de regionale helseforetakene gjennom statsbudsjettet. For 2023 er aktivitetsbasert bevilgning for somatisk spesialisthelsetjeneste om lag 40 prosent og basisbevilgning om lag 60 prosent. For polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og TSB er ISF-andelen lavere.

Gjennom innsatsstyrt finansiering gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. Pasientbehandlingen som skjer i spesialisthelsetjenesten rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Dette er grunnlagsdataene for ISF. Den medisinske kodingen dokumenterer den helsehjelpen pasienten mottar. RHF-ene skal sikre at kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

Utbetalingene gjennom ISF-ordningen baseres på aktivitet rapportert til NPR. Til grunn for beregning av ISF-refusjon ligger et system for klassifisering av ulike pasientbehandlinger basert på tilstand (diagnoser) og tiltak (prosedyrer). Pasientbehandlingene klassifiseres til DRG (DiagnoseRelaterteGrupper), STG (SærTjenesteGrupper) og TFG (TjenesteForløpGrupper). Pasientgruppene kostnadsberegnes ut fra kostnadsinformasjon som årlig innhentes fra sykehus. Sammen med rapporterte aktivitetsdata, benyttes kostnadsinformasjonen til å fastsette refusjonen knyttet til de ulike gruppene.

ISF skal understøtte ønsket faglig utvikling i spesialisthelsetjenesten, og legge til rette for kostnadseffektiv behandling. Tidligere ble poliklinisk virksomhet i sykehus finansiert gjennom folketrygden, og takstene var avgrenset til visse personellgrupper. Finansieringen er senere overført til ISF-ordningen. De seneste årene har det vært lagt vekt på at ordningen gjøres mer nøytral med tanke på hvilke personellgrupper som utfører behandling, hvor behandlingen finner sted, og hvordan pasientforløpene organiseres. Dette skal blant annet bidra til mer effektiv utnyttelse av personellressurser i sykehus. Det er viktig at finansieringen ikke er til hinder for god organisering av tilbudet til pasientene.

Det har vært en bevisst utvikling i retning av profesjonsnøytralitet innenfor ISF. Det er virksomheten som skal vurdere hvilket personell som skal benyttes. ISF-regelverket er i all hovedsak personell- og profesjonsnøytralt.

Det er også *likhetstrekk* mellom ISF og dagens takstfinansiering av fastleger. Aktivitet utført av to personell samme dag (for eksempel lege og sykepleier, eller to leger), utløser én samlet finansiering (DRG) i sykehus. Dersom to leger behandler pasienten samme dag for to ulike problemstillinger, utløses to finansieringer. Dette har likhetstrekk med takstfinansiering av fastleger. ISF har finansiering av samhandling og møter om spesifikke pasienter, og møter med pårørende. Møter og internt samarbeid som ikke omhandler enkeltpasienter, utløser ikke ISF-refusjon. Også dette er parallelt med regelverket for fastleger.

En forskjell er at ISF er utformet for finansiering av et overordnet nivå (sørge for-ansvaret på helseregionnivå), mens innenfor fastlegeordningen er hver enkelt fastlege mottaker av finansieringen. Sykehusutvalget (NOU 2023: 8) foreslår å redusere den innsatsstyrte finansieringens andel av overføringene til sykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023b).

6.3.6. Profesjonsnøytral finansiering i fastlegeordningen

6.3.6.1. Profesjonsnøytral finansiering og behov for ledelse av fastlegevirksomhet

Med profesjonsnøytral finansiering er det ikke finansieringsregelverket som definerer hvilken personellgruppe som utløser finansiering. Profesjonsnøytrale takster legger til rette for at virksomheten i større grad kan velge hvilke personellgrupper som skal yte tjenestene, og innrette praksisen mot pasientenes behov. Dette vil samtidig legge et ansvar på virksomheten for å definere hvilket personell som skal utføre oppgaven, og å sikre forsvarlige tjenester ved å vurdere om kompetansen er tilstrekkelig og sørge for nødvendig opplæring. Eventuell innføring av profesjonsnøytrale takster bør sees i sammenheng med gruppeavtaler.

Gruppeavtaler og fastlegeselskap er beskrevet i kapittel 4.7. I en gruppeavtale inngår fastlegeselskapet eller kommunalt legekontor med tilsvarende organisering fastlegeavtale med kommunen, og fastlegeselskapet får et samlet ansvar for å sørge for fastlegetjenester til innbyggerne tilknyttet selskapet. Fastlegeselskapet eller kommunalt legekontor må ha en leder, som er ansvarlig overfor kommunen på vegne av selskapet, for personellet som arbeider der, og for tjenestene som leveres, liksom en leder på et sykehus eller et sykehjem.

Fastlegeselskapet eller kommunalt legekontor kan ansette leger og annet personell. Det vil være opp til ledelsen å fordele oppgaver blant legene og annet personell som er tilknyttet selskapet. Fastlegeselskapet kan ha direkteoppgjørsavtale med Helfo, og være ansvarlig for virksomhetens refusjonskrav.

Flerfaglige praksiser i kombinasjon med profesjonsnøytral finansiering stiller krav til ledelse av virksomheten. Ledelsen må ivareta oppgavefordeling innad i virksomheten. Dette er argumenter for at organisering i gruppeavtaler/fastlegeselskap vil kunne være egnet for å benytte profesjonsnøytrale takster. Det kan vurderes å sette som forutsetning for bruk av profesjonsnøytrale takster at det er en praksis med gruppeavtale (fastlegeselskap eller kommunalt legekontor), med en definert ledelse av virksomheten.

6.3.6.2. Utforming av profesjonsnøytrale takster

Ulike personellgrupper har ulik kompetanse og utfører ulike oppgaver overfor pasientene. Dersom man har et detaljert takstsystem – som i dag – vil ikke alle personellgrupper kunne utløse alle de samme takstene. Enkelte takster vil måtte være forbeholdt gitte personellgrupper. En mulig løsning for profesjonsnøytrale takster er at man utformer et takstsystem med langt færre takster, som er bredere definert. Da vil takstene kunne benyttes av flere personellgrupper. En betydelig ulempe med en slik løsning er at man vil få mindre registerdata om aktiviteten i fastlegekontorene.

En annen og mer nærliggende løsning kan være at *enkelte* takster er felles for alle eller flere av personellgruppene, eller at man definerer hvilke takster som *ikke* er profesjonsnøytrale. Forsøk med primærhelseteam har takster for lege og sykepleier som i realiteten er relativt like. Sykepleiertakstene er innholdsmessig lik legetakstene. For de vanligste takstene er det også en samordning av taksthonorarer og egenandeler. Sykepleiernes mest brukte takst ("oppfølging hos sykepleier") har samme betaling og egenandel som legenes grunntakst for konsultasjon. Takstene for sykepleieroppfølging og legekonsultasjon i forsøket med primærhelseteam kunne derfor vært utformet som profesjonsnøytrale takster.

6.3.6.3. Betaling for profesjonsnøytrale takster

I tillegg til å vurdere hvilke av takstene som bør være profesjonsnøytrale, må det vurderes om alle personellgrupper skal utløse samme betaling. En betydelig del av dagens takster er i realiteten betaling for tid.

Det gjelder sykepleier i primærhelseteam og fastlege, og ikke minst avtalepsykologer og fysioterapeuter med driftsavtale. Tidskostnadene for de ulike personellgruppene er ulik. Innenfor primærhelseteam har man valgt å ha lik betaling for "sykepleieroppfølging" og konsultasjon med lege som ikke er spesialist i allmennmedisin, men ulike tidstakster for sykepleier og lege. I den grad konsultasjonstakstene bare delvis er profesjonsnøytrale, vil det redusere tjenesteyters insentiv til å fokusere på å levere gode tjenester i stedet for på hvem som leverer dem.

Dersom tjenestene leveres av personell som har lavere timekostnad enn lege, vil virksomheten få en gevinst dersom personellet ikke bruker så mye lengre tid enn legen at totalkostnaden blir den samme. Dersom satsen er den samme for alle helsepersonellgrupper, vil virksomheten ha insentiver til å velge personellgrupper som leverer tilfredsstillende kvalitet til lavest mulig kostnad. Dette vil være gunstig for både virksomheten og samfunnet.

Med kombinasjonen av profesjonsnøytrale taksthonorarer og ulik kostnad for ulike personellgrupper, kan det være en risiko for at inntjeningen fra den enkelte takst blir så høy at tjenestevolumet blir for høyt. Denne risikoen blir mindre ved at aktivitetsbaserte takster bare er en del av inntektsgrunnlaget for legekontoret. Lavere andel aktivitetsbasert finansiering, slik flertallet i utvalget anbefaler i kapittel 5.7, og dermed lavere betaling per takst, vil redusere denne risikoen.

Egenandeler bidrar både til finansiering av tjenestene og til å begrense overforbruk av helsetjenester. Enkelhet for pasientene og likeverdighet i tjenester er argumenter for like egenandeler på tvers av personellgrupper. Siden egenandelen utgjør hoveddelen av betalingen for konsultasjoner, er det samtidig et argument for at grunntakster for konsultasjon og oppfølging kan være felles profesjonsnøytrale takster. Likevel kan etablering av tverrfaglig team på legekontoret få økonomiske konsekvenser for noen pasienter, eksempelvis vil en pasient som får oppfølging av en psykiatrisk sykepleier utenfor fastlegekontoret ikke måtte betale egenandel mens samme tjeneste fra en sykepleier på legekontoret medfører at pasienten må betale egenandel inntil man når egenandelstaket. Dette vil også gjelde for andre tjenester, blant annet sårbehandling.

6.3.7. Kostnadskontroll

Dersom det innføres profesjonsnøytrale takster eller det åpnes for mer delegering, vil det ligge insentiv for tjenesteyter til å levere tjenestene med personell som har lavere kostnader enn lege. Slik oppgavedeling vil også være en av målsettingene med tverrfaglighet, delegering og profesjonsnøytrale takster. Samtidig skal de økonomiske insentivene ikke trekke i retning av at det leveres for mange tjenester eller at de leveres på et for lavt kompetansenivå.

En viktig side ved finansieringssystemer er kostnadskontroll. Det må ligge begrensninger i systemet, slik at det offentlige har kontroll på kostnadene. Innretningen på dagens takstsystem sikrer at det kun er fastlegene som kan utløse konsultasjonstakster. Dette innebærer kostnadskontroll, da det vil være grenser for hvor mye aktivitet en fastlege kan utføre selv, og hvor mye som vil være mulig å delegere under dagens regelverk.

Profesjonsnøytrale takster og utvidet delegering vil legge til rette for bruk av annet og flere personellgrupper på fastlegekontoret. Dette vil kunne øke aktiviteten, og det vil være vanskeligere å forutsi omfanget av dette, og derav også kostnadene for samfunnet (se omtale i kapittel 6.3.10). I mange tilfeller vil økt aktivitet være ønsket. Det kan øke tilgjengeligheten til tjenesten og det kan bidra til flere tjenester til pasientgrupper som per i dag ikke mottar disse i tilstrekkelig grad. På samme tid vil det kunne gi overaktivitet, dersom det er tilbudet av tjenester og ikke pasientens behov som blir styrende for aktivitetsnivået.

For å gi det offentlige kontroll på kostnadene til takstrefusjoner, vil flere faktorer kunne bidra til å sette noen rammer for aktivitetsnivået på fastlegekontoret. Krav til kompetanse, og til å yte gode og forsvarlige

helsetjenester, vil begrense hvilke personell som kan utføre ulike oppgaver. I tillegg kan det være behov for å sette andre grenser for overføring av oppgaver til andre personellgrupper enn fastlegen. En slik grense kan være at det innføres bestemmelser om maksimalt antall personell i virksomheten. I forsøket med primærhelseteam er det satt rammer for størrelsen på sykepleierressursen relativt til fastlegene. En veiledende norm er én sykepleier per tre fastleger. Tilsvarende norm vil også kunne settes for flere helsepersonellgrupper. Danmark har en begrensning knyttet til antall leger under spesialisering per legespesialist. En begrensning knyttet til antall personell på fastlegekontoret vil begrense kostnadene, men samtidig vil det redusere fleksibiliteten til å yte kostnadseffektive tjenester.

Andre begrensninger på aktivitetsnivået og kostnader kan knyttes til antall innbyggere fastlegekontoret kan yte tjenester til. En slik begrensning vil være tilnærmet lik dagens ordning ved at fastlegens listetak avtales med kommunen, og vil kunne gjelde for legekontorets samlede listetak. Det vil også være mulig å sette en fast grense for hvor mye av legekontorets samlede omsetning som kan være knyttet til aktivitetsbasert finansiering gjennom takster. Hvilket nivå som er rimelig, må i så fall utredes videre. Se også beskrivelse av Danmark i kapittel 6.3.3.2.

Det kan også settes begrensninger for eksempel på ett konsultasjonshonorar per pasient per dag, også dersom konsultasjonen gjennomføres hos to ulike behandlere. Danmark har en slik begrensning ved delegering av oppgaver. En annen begrensning kunne være at alt annet personell på kontoret ikke skal kunne takste for mer enn en gitt prosentandel av hva alle fastlegene på kontoret takster for i løpet av en tidsperiode.

I tillegg vil kontroller i oppgjørssystemet, og etterkontroller fra Helfo, kunne bidra til riktig takstbruk og kostnadskontroll. I dag benyttes i stor grad takstene for å følge med på og kontrollere legenes takstbruk. Profesjonsnøytrale takster vil medføre behov for andre kontrollmekanismer, og det må være systemer som sikrer at takstbruken kan knyttes til hvem som har utløst taksten ved å utføre oppgaven.

Det at inntektene går direkte til enkeltleger kan øke risikoen for overforbruk av takster. Insentiver til tilpasninger til finansieringssystemene er spesielt sterke der tilpasningene gir direkte effekt på legenes egne inntekter. Når man observerer opp-koding av kliniske data for å påvirke betaling til sykehus (Barros et al., 2017) hvor inntektene til personellet *ikke* er direkte påvirket, så er det naturlig å anta at insentivene er sterkere i fastlegepraksis, der inntektene går direkte til enkeltleger. Det kan være et argument for at profesjonsnøytrale takster og eventuelt utvidet mulighet for delegering, gjøres til en ordning som kun kan benyttes av fastlegevirksomheter med gruppeavtale (fastlegeselskap og kommunale fastlegekontor).

Risiko for overforbruk av takster vil også være påvirket av hvor stor andel takstene utgjør av samlet finansiering. Jo mindre andel takstene utgjør, jo mindre er sjansen for at taksthonoraret er større enn kostnaden for å yte tjenesten, noe som reduserer risiko for overforbruk av takster. Hvis honoraret per takst er lavere, vil de økonomiske konsekvensene av et eventuelt overforbruk av takster være mindre. Nederland har profesjonsnøytrale takster i allmennpraksis, men der utgjør takstene kun om lag 20 prosent av samlet finansiering.

6.3.8. Nærmere om økonomiske konsekvenser

Dersom annet personell *avlaster* fastlege, betyr det at annet personell utfører arbeid *i stedet for* fastlegen. Avhengig av hvordan takstene utformes, vil det offentliges utgifter i et slikt tilfelle enten være uendret eller bli redusert. Dersom fastlegen derimot utfører sine oppgaver som tidligere, og annet personell utfører oppgaver som kommer *i tillegg til* fastlegens oppgaver, vil det offentliges refusjoner til legene øke. Da vil samtidig samlet omfang av tjenester øke, og pasientenes tilgang til fastlegetjenester vil øke. Dette beskrives nærmere i kapittel 6.3.10.

I forsøket med primærhelseteam er det ikke en eksplisitt målsetting at sykepleier skal avlaste fastlegen. Økt kvalitet har vært mer vektlagt. Sykepleier skal utfylle fastlegens arbeid overfor bestemte pasientgrupper. Evalueringen av forsøket med primærhelseteam viser at sykepleier både utfører oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver. Forsøket og evalueringen gir ikke klare svar på i hvor stor grad sykepleier overtar oppgaver fra fastlegene. Evalueringen peker på at i den grad sykepleier utfører oppgaver i stedet for fastlege, vil oppgavene utføres på en billigere måte (Abelsen B. et al., 2022). Gitt at oppgavene løses til like god kvalitet, bidrar oppgaveoverføringen til en effektivitetsforbedring for samfunnet. Dersom sykepleier overtar oppgaver som finansieres gjennom legetakster (delegering), vil kostnaden for staten være uendret, og det skjer en omfordeling fra staten til legen. Det kan likevel bli en samfunnsøkonomisk forbedring hvis arbeidsdelingen bidrar til en bedre og mer effektiv fordeling av oppgaver på ulike personellgrupper.

Samtidig kan flere profesjoner og mer personell inn i fastlegekontorene medføre kostnader til ledelse, og til utvidelse eller ombygging av kontor for å ha plass til det nye personellet. I avsnittet om gruppeavtaler og fastlegeselskap, omtales konsekvenser for drift av legekontor, kostnader til ledelse og mulig økonomisk risiko knyttet til gruppeavtaler. Se kapittel 4.7.3.7.

6.3.9. Finansiering av tverrfaglighet gjennom tilskudd

I tillegg til takster må det vurderes om det skal gis ekstra tilskudd til finansiering av annet personell, ut over dagens basistilskudd til fastlegene. Behov for tilskudd som tilleggsfinansiering av annet personell ut over takster/aktivitetsbasert finansiering, avhenger blant annet av hvilken rolle annet personell er tiltenkt i fastlegepraksisen. Tilskudd kan utgjøre deler av samlet finansiering av annet personell, eller personellet kan fullfinansieres gjennom tilskudd.

6.3.9.1. Tverrfaglighet uten bruk av tilskudd

Som beskrevet i omtalen av barrierer (i kapittel 6.3.1), er det i dag slik at legen vil få redusert inntekt ved å overlate oppgaver til annet personell, hvis personellet ikke kan utløse takster. Dersom målsettingen er å avlaste fastlegen ved bruk av annet personell, og at man åpner for at personellet kan utløse legens konsultasjonstakster, vil utstrakt bruk av hjelpepersonell fordre at de er selvfinansierende gjennom takstene. En slik løsning vil likne på Danmarks finansiering av legens hjelpepersonell innenfor fastlegetjenesten, der annet personell både utløser takster og gjør det mulig å øke listelengden og derav basistilskuddet. Noen av legens oppgaver overtas av annet personell, som har lavere personell-/timekostnad enn lege. Dersom betalingen for tjenestene videreføres, kan det være mulig at legekontoret kan finansiere annet personell uten at det ytes tilskudd ut over dagens basistilskudd.

Dersom formålet primært er å avlaste fastlegene for oppgaver, ved å overlate oppgaver til annet personell, kan man åpne for økt grad av delegering, profesjonsnøytrale takster eller egne selvstendige takster uten å gi tilskudd som tilleggsfinansiering. Dette vil i noen grad forutsette at legen ønsker å gå ned i inntekt for å kunne jobbe mindre, eller at listen blir større slik at basistilskuddet og grunnlaget for aktivitetsbasert finansiering øker. Tiltaket vil ha positiv effekt for legekontor som allerede har ansatt annet personell. Erfaringer fra Danmark tyder på at også legekontor i Norge med næringsdrift etter hovedmodellen i noen grad vil kunne ansette sykepleier eller annet personell dersom takstene åpnes mer for delegering eller selvstendig taksting. Som nevnt, har imidlertid Danmark i en periode utbetalt ekstra midler utover basistilskuddet for å stimulere ytterligere til ansettelse av annet personell.

6.3.9.2. Tverrfaglighet med bruk av tilskudd

Fastlegene har en del av sin finansiering gjennom basistilskudd. Dersom annet personell skal være en faglig utvidelse av tjenestetilbudet på fastlegekontoret og komme i tillegg til fastlegens aktivitet, må det vurderes om det er nødvendig å supplere takstfinansieringen med en form for tilskudd. I forsøket med primærhelseteam er sykepleiers aktivitet dels i stedet for, og dels i tillegg til, fastlegens tidligere aktivitet. Sykepleier finansieres dels gjennom tilskudd som er ment å dekke 50 prosent av sykepleierkostnaden. De resterende 50 prosent av kostnaden skal finansieres gjennom sykepleiertakster. I forsøket har det vist seg å være krevende for mange av forsøkskontorene å nå opp til 50 prosent takstfinansiering av sykepleier.

Evalueringen av forsøket med primærhelseteam ser ikke konkret på omfanget, men en betydelig andel av sykepleiers aktivitet kommer i tillegg til fastlegens opprinnelige aktivitet. Innenfor forsøket med primærhelseteam, er det stor variasjon mellom legekontor, både i hvordan sykepleier benyttes, hvilke oppgaver sykepleier utfører, og hvor mye takster sykepleier genererer.

Dersom andel aktivitetsbasert finansiering av fastlegene reduseres, for eksempel fra dagens ca. 70 prosent til 50 prosent, slik et flertall i ekspertutvalget foreslår i kapittel 5.7, vil taksthonorarene bli redusert. Det vil endre muligheten for å finansiere aktivitet utført av annet personell. Dersom aktivitet som annet personell utfører skjer *i stedet for* at fastlegen utfører den, vil det fortsatt være økonomisk gunstig at personell med lavere kostnader enn legen, utfører aktiviteten. Samlet aktivitet i praksisen vil være uendret, og samlet finansiering vil være uendret. Fastlegen vil da kunne betjene listen med kortere arbeidstid samtidig som fastlegens inntekt blir redusert. Å ansette annet personell kan dermed være gunstig for fastleger som ønsker å redusere arbeidstiden.

Dersom aktiviteten til annet personell kommer *i tillegg til* dagens aktivitet utført av fastlegene, vil mulighetene for å finansiere denne aktiviteten kun gjennom takster bli redusert. Samlet aktivitet vil øke, men taksthonorarene vil ved en 50/50-fordeling mellom basistilskudd og takster, være redusert sammenliknet med i dag, og takstene vil dermed utgjøre et svakere grunnlag for å finansiere aktivitet ut over dagens aktivitet. Til gjengjeld vil inntektene gjennom basistilskuddet ha økt.

6.3.9.3. Fullfinansiering gjennom tilskudd

Ovenfor har vi lagt til grunn at alt personell skal benytte en form for aktivitetsbasert finansiering. Det kan også være en mulighet at annet personell fullfinansieres gjennom tilskudd. Personellet vil da være ansatt i virksomheten eller i kommunen uten noen aktivitetsbasert finansiering. I forsøket med primærhelseteam er noen få psykologer finansiert slik. Psykologene i forsøket kan verken utløse takster eller egenandeler, og psykolog finansieres derfor utelukkende gjennom tilskudd.[36]

Det er enkelte ulemper med finansiering utelukkende med tilskudd. Man vil da ikke ha insentivene til aktivitet som ligger i både den aktivitetsbaserte finansieringen og i basistilskuddet (via utvidet liste). Et annet argument for delfinansiering gjennom takster, er at takster gir statistikk og bedre oversikt over de ulike personellgruppenes aktivitet.

Man kan også tenke seg en modell med fastlønnstilskudd. For fastlønte fysioterapeuter var det tidligere en ordning uten takster eller annen aktivitetsbasert finansiering. Ordningen med fastlønnstilskudd til

[36] *Psykolog i primærhelseteam er ikke inkludert i evalueringen av forsøket med primærhelseteam, så det er begrenset kunnskap om hvordan dette fungerer.*

fysioterapeuter er nå endret, slik at pasientene betaler egenandeler. Med andre ord er det innslag av aktivitetsbasert finansiering også i denne ordningen.

I den videre vurderingen legges det til grunn at det ikke er aktuelt med en ren tilskuddsfinansiering av annet personell.

6.3.10. Insentiver og kostnader ved tverrfaglighet

I dette avsnittet vises eksempler på økonomiske konsekvenser og mulige insentivvirkninger for fastlegene av å ansette annet personell. Eksemplene viser at ansettelse av annet personell kan være økonomisk lønnsomt for en fastlegevirksomhet.

Det gjøres også beregninger av kostnader for det offentlige som følge av økt grad av tverrfaglighet i fastlegevirksomheter.

Vi har ovenfor skilt mellom ulike former for takstfinansiering; delegering, profesjonsnøytrale takster og egne takster for annet personell. Kostnadsmessig trenger ikke disse løsningene å skille seg mye fra hverandre. I beregningene nedenfor har vi derfor ikke skilt mellom de tre alternativene.

Det vil være nødvendig å utrede kostnader nærmere.

6.3.10.1. Kostnadselementer

Det vil være flere forhold som vil påvirke kostnadene ved å ta inn annet personell i fastlegevirksomheter:

- Omfang og sammensetning av annet personell: hvor mange, og hvilke personellgrupper
- Kostnadene per årsverk for annet personell: lønn og andre kostnader
- Kommer deres arbeid i stedet for, eller i tillegg til, fastlegens arbeid
- Hvilken finansering skal personellet utløse
    - Skal de utløse samme betaling for aktivitet som fastlegen
    - Skal det gis tilskudd ut over dagens basistilskudd

I beregningene nedenfor, har vi lagt til grunn kostnader for sykepleierårsverk. Innenfor forsøket med primærhelseteam benyttet man i 2022 en årsverkskostnad på 965 000 kroner. Inntjeningen for virksomhetene bør ligge over årsverkskostnaden. I våre beregninger bruker vi 1 mill. kroner som årsverkskostnad for annet personell. Pasientene vil betale en del av kostnaden, i form av egenandeler.

Videre legger vi i beregningene til grunn at annet personell vil utløse samme betaling per aktivitet som legen. Dette vil være gjeldende for de to alternativene som vi har beskrevet som mest aktuelle; delegering og profesjonsnøytrale takster.

6.3.10.2. Innledende om det offentliges kostnader

Som beskrevet i kapittel 6.3.9.1, kan man anta at dersom aktiviteten som annet personell utfører, i sin helhet kommer til erstatning for fastlegens nåværende aktivitet, vil ikke det offentliges kostnader øke. Det gis ikke økt tilskudd, og takstene som annet personell utløser, vil gjenspeiles i en tilsvarende reduksjon i fastlegens bruk av takster.

Det andre ytterpunktet vil være at aktiviteten som annet personell utfører, i sin helhet kommer *i tillegg til* fastlegens nåværende aktivitet. Da vil hele kostnaden for det nye personellet være en merkostnad, dels for det offentlige og dels for pasientene i form av egenandeler.

Det faktiske utfallet vil trolig ligge et sted mellom disse ytterpunktene. Det er et mål at annet personell ikke bare skal erstatte legens aktivitet, men i hvert fall delvis skal komme i tillegg til dagens fastlegeaktivitet. Det er vanskelig å forutsi i hvilken grad det nye personellets aktivitet kommer i tillegg til fastlegens tidligere aktivitet, og det er begrenset med erfaringer om dette. I forsøket med primærhelseteam var det ikke en målsetting at sykepleier skulle avlaste fastlegen. Evalueringen peker likevel på at sykepleier i noen grad har avlastet fastlegen, men omfanget av dette er ikke tallfestet.

I forbindelse med innføring av ordningen med introduksjonslegestillinger, ble det gjort kostnadsanslag. Det ble anslått at kostnadene ville øke med 0,5 mill. kroner per introduksjonslege (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a). Det ble lagt til grunn at introduksjonslegens aktivitet dels ville komme i tillegg til, og dels i stedet for listeinnehavernes aktivitet. Det ble pekt på at det var stor usikkerhet. Siden ordningen er ny og foreløpig har lite omfang, er det ikke mulig å slå fast hvilken virkning en ekstra lege i praksisen (introduksjonslege) har hatt i legekontorene de arbeider i.

Kanskje vil ansettelse av annet personell være spesielt aktuelt for leger som ønsker avlastning. Det vil i tilfelle bidra til at kostnadsøkningen i form av økte takstutgifter blir begrenset.

Det er rimelig å anta at det vil forekomme en form for seleksjon. Siden det vil være en økonomisk risiko knyttet til å ansette annet personell, vil det trolig være virksomheter av en viss størrelse som vil være interessert i å ansette annet personell.

Innenfor forsøket med primærhelseteam har man hatt en ordning med inntektsgaranti. Erfaringen i forsøket er at det er krevende å gjøre tilstrekkelig presise økonomiske beregninger, og å forvalte en ordning med garanti mot økonomisk tap. Det kan være naturlig å tilby sikring mot økonomisk tap når fastlegekontor inviteres til å delta i et forsøk, men det framstår ikke som hensiktsmessig og realistisk å forvalte en slik ordning nasjonalt.

Boks 6-3: Økonomiske konsekvenser når annet personell erstatter fastlegen

Økonomiske konsekvenser for fastleger av å ansette annet personell som erstatter noe av legens aktivitet

Nedenfor vises eksempler på beregninger av kostnader og inntjening for fastleger, ved ansettelse av annet personell. Eksemplene viser situasjoner der sykepleiers aktivitet i sin helhet kommer i stedet for, og erstatter legens aktivitet. Betalingen for en gitt aktivitet er den samme for sykepleier som for lege.

Tabellen nedenfor inneholder forutsetningene som er lagt til grunn i beregningene. Det understrekes at dette kun er eksempler, for å vise insentiver og mulige kostnader. Vi gjør det ved hjelp av en simulering:

Forutsetninger som er lagt til grunn for beregningen	
Listeinnbyggere	1 000
Basistilskudd per listeinnbygger	1 000
Basistilskudd sykepleier (hvis aktuelt)	100
Honorar per konsultasjon	333,33
Antall konsultasjoner per listeinnbygger per år	3
Antall arbeidsdager per år	230
Antall konsultasjoner per lege per dag	13
Sykepleier avlaster antall konsultasjoner per listeinnbygger per år	0,5
Antall konsultasjoner per sykepleier per dag	8
Antall sykepleierkonsultasjoner per sykepleierårsverk	1 840
Antall sykepleierdager per fastlegeliste med 1000 innbyggere	63
Årsverkskostnad sykepleier	1 000 000
Sykepleierkostnad per lege med 1 000 listeinnbyggere	271 739

Det legges til grunn i beregningene at sykepleier eller annet personell tar 0,5 konsultasjoner per listeinnbygger per år. Det tilsvarer 27 prosent stilling på en liste med 1 000 listeinnbyggere, som igjen utgjør 63 arbeidsdager per år. Antall sykepleierdager er avhengig av listelengde. Hvis listelengden øker fra 1 000 til 1 200, øker antall sykepleierdager fra 63 til 75 per år. Det legges til grunn at sykepleiere og annet personell ansettes i fulle stillinger. Prosentangivelsene gjelder kun behovet knyttet til denne ene listen.

I eksemplet har sykepleier betydelig færre konsultasjoner per dag (8) enn legen (13). Beregningene er gjort med utgangspunkt i en situasjon der andel basisfinansiering er økt til 50 prosent av samlet finansiering, som er i tråd med anbefaling fra flertallet av ekspertutvalget (se kapittel 5.7). Effektene som vises, vil imidlertid være de samme selv om basistilskuddet utgjør en annen andel av samlet finansiering.

Dette er et eksempel på inntjeningen for en næringsdrivende fastlege, uten sykepleier, gitt grunnlaget ovenfor med listelengde 1 000:
Eksempel på inntjening for næringsdrivende fastlege uten sykepleier, 1 000 listeinnbyggere

Forutsetninger	
Basisinntekt	1 000 000
Aktivitetsinntekt	1 000 000
Omsetning	2 000 000

Dersom fastlegen ansetter en sykepleier i 27 prosent stilling (tilsvarer 63 arbeidsdager i tabellen over) og fortsetter med uendret listelengde, vil legens inntjening og kostnader bli slik:

Eksempel på inntjening for næringsdrivende fastlege med sykepleier, 1 000 listeinnbyggere. Sykepleiers aktivitet i stedet for fastlegens opprinnelige aktivitet	
Basisinntekt	1 000 000
Aktivitetsinntekt fra lege	833 333
Aktivitetsinntekt fra sykepleier	166 667
- Sykepleierkostnad	-271 739
Omsetning	1 728 261
Redusert omsetning i prosent	14 %
Redusert arbeidstid fastlege, antall dager per år	38
Redusert arbeidstid fastlege i prosent	17 %

Siden listelengden er uendret, og hele sykepleierens aktivitet er til erstatning for legens aktivitet, vil legen arbeide mindre og av den grunn gå ned i inntekt. Legen arbeider 17 prosent mindre, men vil bare gå 14 prosent ned i inntekt. Legen arbeider mindre og går ned i inntekt, men ville gått mer ned i inntekt uten sykepleier, dvs. kun ved reduksjon i eget arbeid.

Legen kan i stedet opprettholde sin arbeidstid, og øke sin listelengde. I eksempelet under har fastlegen økt sin liste fra 1 000 til 1 200. I eksempelet under har legen økt sin liste fra 1 000 til 1 200. Legen har dermed økt sitt basistilskudd, og holdt sin egen arbeidstid konstant:

Eksempel på inntjening for næringsdrivende fastlege med sykepleier, 1 200 listeinnbyggere. Sykepleiers aktivitet i stedet for fastlegens opprinnelige aktivitet	
Økning i listelengde	200
Ny listelengde	1 200
Antall sykepleierdager på denne listen	75
Basisinntekt uten sykepleier basistilskudd	1 200 000
Aktivitetsinntekt fra lege	1 000 000
Aktivitetsinntekt fra sykepleier	200 000
- Sykepleierkostnad	-326 087
Omsetning	2 073 913
Inntektsøkning	**73 913**

Eksemplene har som utgangspunkt at sykepleiers arbeid skjer i stedet for at legen utfører oppgavene. De viser at det kan være økonomisk gunstig for fastlege å ansette sykepleier, både dersom legen ønsker å arbeide mindre, og dersom legen ønsker å arbeide like mye, men øke listelengden. Dette kan bidra til at fastlegevirksomheter vil oppleve det som attraktivt å ansette annet personell.

Det er ikke gitt at det økonomiske utfallet blir positivt for legen. Det vil avhenge av flere faktorer, blant annet sykepleierens produktivitet, og legens tidsbruk til å følge opp sykepleieren. Lav produktivitet vil primært være en utfordring for de som skal ansette (fastlegevirksomheter og kommuner). Hvis annet personell ikke er tilstrekkelig produktive (eller mer presist; ikke utløser tilstrekkelig inntjening fra takster), vil det ikke være attraktivt for virksomhetene å ansette annet personell. Som vist i eksemplene, er det imidlertid lagt til grunn i beregningene at sykepleier har betydelig færre konsultasjoner per dag enn legen. Slik sett er det i beregningene tatt høyde for lavere produktivitet.

På den annen side kan legens produktivitet øke, dersom det ansettes annet personell. Annet personell vil kunne gjøre forberedelser til undersøkelser som legen ellers ville utført selv. Legens inntjening vil dermed kunne øke. Dette har i noen grad vært en erfaring i forsøket med primærhelseteam.

I eksemplene ovenfor har legen økt sin listelengde med 20 prosent. Det bemerkes at det i dag ikke er tilstrekkelig mange innbyggere til at alle fastleger kan øke sin liste med 20 prosent. Samtidig er det grunn til å anta at ikke alle fastleger vil ønske å ta inn annet personell, og øke listelengden.

Kostnader for det offentlige ved uendret samlet aktivitet

I beregningene ovenfor er det lagt til grunn at hele sykepleierens aktivitet skjer i stedet for legens aktivitet, samt at sykepleierens aktivitet betales av det offentlige med de samme beløpene som legen. For det offentlige vil kostnaden da bli den samme som tidligere, gitt uendret listelengde og uendret samlet aktivitet. Dersom legen velger å utvide listen, vil kostnadene for dette for det offentlige være det samme som om en annen fastlege ivaretok pasientene. Den eventuelle økonomiske gevinsten vil tilfalle legen.

Boks 6-4: Økonomiske konsekvenser når annet personell kommer i tillegg til fastlegen

Økonomiske konsekvenser for fastleger dersom annet personell kommer i tillegg til fastlegens tidligere aktivitet

Det som er beskrevet ovenfor, er en situasjon der sykepleier erstatter lege. Aktivitet per listeinnbygger er uendret, det er kun en endring i hvilket personell som leverer noen av tjenestene. Vi har lagt til grunn at arbeidet som annet personell utfører i stedet for fastlegen, ikke skal utløse tilskuddsfinansiering ut over fastlegens vanlige basistilskudd. En slik situasjon blir tilsvarende som om fastlegen tar inn en vikar. Da vil vikarens aktivitet være en erstatning for listeinnehaverens aktivitet, og det utløses ikke økt basistilskudd.

Situasjonen blir annerledes dersom annet personell ikke bare skal erstatte, men i hvert fall delvis yter tverrfaglige tjenester ut over det som er i fastlegekontorene i dag. Dersom vi benytter de samme forutsetningene som i eksemplene ovenfor, får vi følgende resultat om sykepleiers aktivitet kommer i tillegg til legens opprinnelige aktivitet:

Eksempel på inntjening for næringsdrivende fastlege med sykepleier, 1 000 listeinnbyggere. Sykepleiers aktivitet i tillegg til fastlegens opprinnelige aktivitet. **Uten forhøyet basistilskudd**	
Basisinntekt uten sykepleier basistilskudd	1 000 000
Aktivitetsinntekt fra lege	1 000 000
Aktivitetsinntekt fra sykepleier	166 667
- Sykepleierkostnad	-271 739
Omsetning	1 894 928
Inntektsendring	-105 072

Basistilskudd og legens takstinntekter er uendret. Men for legen påløper en kostnad for ansettelse av sykepleier, som ikke dekkes gjennom sykepleiers takstinntekter.

Gitt at annet personells aktivitet medfører økt samlet aktivitet innenfor en uendret listelengde, kan det være en mulighet å utløse en form for økt tilskudd til den aktuelle praksisen. Fastlegen har i dag tilskuddsfinansiering av sin aktivitet.

Eksempelet under viser beregninger for tilleggsfinansiering i form av tilskudd ved ansettelse av sykepleier. Tilskudd vil redusere legens økonomiske risiko knyttet til å ansette personell. En erfaring i forsøket med primærhelseteam er at det er krevende for sykepleier å generere takstinntekter tilsvarende 50 prosent av sykepleierkostnaden. I forsøket har imidlertid sykepleier lavere betaling enn lege for flere av takstene.

I eksempelet nedenfor er basistilskuddet per listeinnbygger styrket med 100 kroner som følge av at det er ansatt annet personell, og at denne aktiviteten kommer i tillegg til legens opprinnelige aktivitet. Basistilskuddet er her forhøyet til 1100 kroner per listeinnbygger.

Eksempel på inntjening for næringsdrivende fastlege med sykepleier, 1 000 listeinnbyggere. Sykepleiers aktivitet i tillegg til fastlegens opprinnelige aktivitet. Med forhøyet basistilskudd.	
Basisinntekt med sykepleier basistilskudd	1 100 000
Aktivitetsinntekt fra lege	1 000 000
Aktivitetsinntekt fra sykepleier	166 667
- Sykepleierkostnad	-271 739
Omsetning	1 994 928
Inntektsendring	**-5 072**

I dette eksempelet er listelengden uendret og fastlegen har opprettholdt sin aktivitet, slik at sykepleiers aktivitet, som fortsatt er 0,5 konsultasjoner per listeinnbygger per år, i sin helhet kommer i tillegg til fastlegens opprinnelige aktivitet. Også i dette eksempelet kommer legen ut med en inntektsnedgang.

Om sykepleieren skal yte tjenester i tillegg til de fastlegen allerede yter, vil fastlegen betale sykepleierkostnaden og få inntektene fra de profesjonsnøytrale takstene. I regneeksempelet er ekstra kostnad for fastlegen større enn ekstra inntekt til fastlegen, slik at fastlegen ikke har noen økonomisk oppmuntring til å engasjere sykepleieren i å yte tilleggstjenester.

Kostnader for det offentlige ved økt samlet aktivitet

I de eksempelvise beregningene ovenfor er det lagt til grunn at hele sykepleierens aktivitet kommer i tillegg til legens opprinnelige aktivitet. Det betyr at samlet betaling for aktivitet (takstene) øker.

Gitt eksemplet uten forhøyet basistilskudd (vist i det første eksemplet), vil kostnadene for det offentlige kunne illustreres slik:

Eksempel på kostnader for det offentlige for næringsdrivende fastlege med sykepleier, 1 000 listeinnbyggere. Sykepleiers aktivitet i tillegg til fastlegens opprinnelige aktivitet Uten forhøyet basistilskudd	
Basistilskudd, uten sykepleiertilskudd	1 000 000
Takstkostnader lege	1 000 000
Takstkostnader sykepleier	166 667
Kostnad for det offentlige (og pasientene)	**2 166 667**
Opprinnelig kostnad for det offentlige	2 000 000
Merkostnad for det offentlige (1000 listeinnbyggere)	166 667
Merkostnad for det offentlige per listeinnbygger	**166,67**

Listelengden er 1 000. Kostnaden for det offentlige før annet personell ble ansatt hos legen var 2 mill. kroner. Merkostnaden for det offentlige blir 167 kroner per listeinnbygger per år, som følge av at listeinnbyggerne får mer tjenester fra det aktuelle fastlegekontoret. Noe av merkostnadene dekkes gjennom egenandeler som pasientene betaler.

Gitt eksempelet med ekstra basistilskudd på 100 kroner per listeinnbygger, blir kostnadene som følger:

Eksempel på kostnader for det offentlige for næringsdrivende fastlege med sykepleier, 1 000 listeinnbyggere. Sykepleiers aktivitet i tillegg til fastlegens opprinnelige aktivitet. **Med forhøyet basistilskudd.**	
Basistilskudd, med sykepleiertilskudd	1 100 000
Takstkostnader lege	1 000 000
Takstkostnader sykepleier	166 667
Kostnad for det offentlige (og pasientene)	**2 266 667**
Opprinnelig kostnad for det offentlige	2 000 000
Merkostnad for det offentlige (1000 listeinnbyggere)	266 667
Merkostnad for det offentlige per listeinnbygger	**266,67**

Merkostnaden har økt til 267 kroner per listeinnbygger, som følge av at det i tillegg til aktivitetsvekst, er lagt inn et økt basistilskudd.

6.3.10.3. Andre momenter om kostnader

Hvis det skal gis et tilskudd for sykepleier, må det gjøres nærmere vurderinger når det gjelder eventuell størrelse og utforming av tilskuddet. Vi har tidligere begrunnet at aktivitet som annet personell utfører, som kommer til erstatning for legens aktivitet, ikke bør utløse ekstra tilskudd for personellet. Som beskrevet ovenfor, kan det vurderes om aktivitet som kommer i tillegg til legens aktivitet, bør understøttes med finansiering ut over takstinntektene, i form av et tilskudd. Imidlertid vil det være vanskelig å vurdere hvor stor andel av aktiviteten til annet personell som vil komme i tillegg til legens. Dersom det innføres en ordning med tilskudd til fastlegevirksomheter som ansetter annet personell, vil det være svært vanskelig å skille mellom hvorvidt annet personell avlaster fastlegen, eller kommer i tillegg til fastlegen. Det vil derfor være vanskelig å si at legevirksomheter der annet personell *avlaster* fastlegene, ikke skal få tilskudd. Hvis det skal innføres en ordning med tilskudd, må det også vurderes hvordan et eventuelt tilskudd skal utmåles. Innenfor forsøket med PHT, gis tilskudd for sykepleier som et fast kronebeløp per årsverk. Det kan imidlertid gi bedre insentiver å knytte beløpet til antall innbyggere på listen eller listene i en fastlegevirksomhet. Å legge det inn i basistilskuddet per innbygger – slik som i eksempelet ovenfor – vil gi insentiv til å øke listelengden. Basistilskudd vil imidlertid ikke oppmuntre til å yte tjenester som kommer i tillegg til fastlegens.

På den annen side bør det være insentiv til å øke omfanget av annet personell. I eksempelet ovenfor utløses et ekstra basistilskudd for alle innbyggerne på listen/listene. Man bør da ha mekanismer og insentiver som gjør at et legekontor bare velger å øke omfanget av annet personell til et nivå der nytten for samfunnet forblir høyere enn kostnadene.

En mulig merkostnad for det offentlige kan være for annet personell som arbeider i fastlegekontor allerede i dag. Dersom disse utløser ny finansiering (i form av takster og eventuelt tilskudd), vil kostnadene for det offentlige øke, uten at aktiviteten øker. Dette vil i tilfelle innebære en inntektsoverføring til fastlegekontor, uten at legen får mindre arbeidsbyrde og uten at legekontoret har økt sin aktivitet.

Det kan for eksempel gjelde for helsesekretær som allerede er ansatt på legekontoret. Dersom helsesekretæren yter 0,5 konsultasjoner til hver av de 1 000 listeinnbyggerne, vil de økte kostnadene for det offentlige bli 166 667 kroner per år (med takster som i regneeksempelet over) uten at helsesekretæren yter tjenester ut over hva helsesekretæren gjør i dag. På den annen side kan det argumenteres med at det å åpne for økt grad av delegering kan medvirke til at legen ansetter mer personell, noe som på sikt kan avlaste legen.

Det er vanskelig å anslå hva samlede merkostnader for økt grad av tverrfaglighet vil bli. Og det må gjøres beregninger ut over hva det har vært anledning til for ekspertutvalget.

Det må iverksettes tiltak for kostnadskontroll, se omtale i kapittel 6.3.7 og 6.4.4. I tillegg vil det være behov for å følge med på tiltaket og vurdere om det skal gjøres endringer i finansieringsordningene.

Dersom annet personell overtar arbeid for fastlegene, vil dette kunne bidra til at legene utvider sin listelengde, og at samlet listekapasitet kan øke. Hvis det kommer inn 500 årsverk med annet personell og hver overtar 8 konsultasjoner fra fastlegene per dag (noe som er i tråd med forutsetningene som ligger til grunn for eksemplene ovenfor), innebærer det en kapasitetsøkning i fastlegeordningen på om lag 300 000 listeplasser.

Boks 6-5: Samlede økonomiske konsekvenser for det offentlige, ulike modeller

Samlede økonomiske konsekvenser for det offentlige, ulike modeller

Det er ovenfor omtalt elementer som vil påvirke legenes og det offentliges kostnader i forbindelse med tverrfaglighet. Og det ligger noen forutsetninger til grunn for beregningene, blant annet årsverkskostnad for annet personell, og antall konsultasjoner per dag. Videre har beregningene som utgangspunkt at annet personell utløser samme betaling for sin aktivitet, som fastlegen.

Nedenfor er alle merkostnader omtalt som merkostnader for det offentlige.
Når det gjelder tilskudd, vil dette være riktig. Når det gjelder aktivitet, vil pasientene betale for noen av disse kostnadene, gjennom egenandeler. Det vil imidlertid være det offentlige som dekker det meste av den ekstra aktiviteten.

Beregningene er gjort ut fra en 50/50-fordeling mellom basistilskudd og takster.
Og i eksemplene med tilskudd utløser *alle* listeinnbyggere et forhøyet basistilskudd dersom fastlegen har ansatt annet personell.

Som beskrevet, vil samlede kostnader for det offentlige være uendret dersom legen ansetter annet personell som *avlaster* fastlegen. Det samme gjelder dersom legen velger å utvide sin liste, når annet personell ansettes.

Dersom aktiviteten til annet personell kommer *i tillegg til* fastlegens opprinnelige aktivitet, vil samlet aktivitet i praksisen øke. Siden aktiviteten øker, vil kostnadene for det offentlige øke med takstene som annet personell utløser. I eksempelet kommer altså all aktivitet fra annet personell i tillegg til legens. Legen fortsetter sin aktivitet uendret. Samlet omfang av tjenester til innbyggerne på listen vil dermed øke.

Dersom det i tillegg gis et forhøyet basistilskudd (100 kroner per listeinnbygger) når det ansettes annet personell, vil kostnadene øke ytterligere.

Følgende tabell sammenfatter kostnader per listeinnbygger som er tilknyttet en liste der det er ansatt annet personell: Kostnad per listeinnbygger

		Kostnad per listeinnbygger
Annet personell erstatter fastlegen	Ikke ekstra basistilskudd	kr 0
	Ekstra basistilskudd	kr 100
Annet personell kommer i tillegg til fastlegen	Ikke ekstra basistilskudd	kr 166,67
	Ekstra basistilskudd	kr 266,67

Det er vanskelig å anslå hvor mange leger som vil ansette annet personell. Og det er vanskelig å anslå effekten av annet personell på samlet omfang av tjenester. Antakelig vil muligheten til å delegere konsultasjoner eller bruke profesjonsnøytrale takster, innebære at annet personell utfører aktivitet i stedet for fastlegen, men også *i tillegg til* det fastlegen ville hatt uten slik finansieringsmulighet.

Dermed bør det tas høyde for at de totale kostnadene for samfunnet vil kunne øke, og også kapasiteten i fastlegeordningen.

I tabellen nedenfor er det benyttet kostnadsanslag per listeinnbygger fra eksemplene ovenfor. Totalkostnadene vil avhenge av hvor mange innbyggere som står på en fastlegeliste som omfattes av tverrfaglighet:

Eksempel på samlede merkostnader for det offentlige for fastlege med sykepleier, per listeinnbygger. Ulike modeller.

		Antall innbyggere som omfattes av tverrfaglighet i fastlegeordningen				
		1 mill. innbyggere	2 millioner innbyggere	3 millioner innbyggere	4 millioner innbyggere	5 millioner innbyggere
Annet personell erstatter fastlegen	Ikke ekstra basistilskudd	-	-	-	-	-
	Ekstra basistilskudd i kr.	100 mill.	200 mill.	300 mill.	400 mill.	500 mill.
Annet personell kommer i tillegg til fastlegen	Ikke ekstra basistilskudd i kr.	166 mill.	333 mill.	500 mill.	666 mill.	83 3mill.
	Ekstra basistilskudd i kr.	266 mill.	533 mill.	800 mill.	1 066 mill.	1 333 mill.

Boks 6-6: Behov for annet personell

Behov for annet personell

Det er i eksemplene lagt til grunn at et årsverk med annet personell skal gjennomføre 8 konsultasjoner per dag, i gjennomsnitt 0,5 konsultasjoner per listeinnbygger per år, og at en gjennomsnittlig fastlegeliste (med 1 000 innbyggere) har behov for en 27 prosent stillingsressurs. Gitt dette eksempelet betyr det at et årsverk med annet personell, er normert til ca. 3 700 listeinnbyggere. Avhengig av hvor stor andel av legene som ansetter annet personell, og dermed hvor mange innbyggere som får tilgang til annet personell, kan man anslå følgende behov for årsverk:

Eksempel på behov for årsverk annet personell

Antall listeinnbyggere med tilgang til annet personell	Estimerte årsverk annet personell
1 million	270
2 millioner	540
3 millioner	810
4 millioner	1080
5 millioner	1350

6.3.10.4. Kommuneøkonomi

Dersom ansettelse av annet personell skal utløse tilskudd, må det konkretiseres hvordan tilskuddet skal utmåles. Det må også vurderes om tilskuddet skal utbetales fra kommunen.

Dersom kommunene skal utbetale tilskudd for annet personell, må det vurderes hvordan de skal tilføres midler. Gitt at kommunene skal utbetale tilskudd, vil økonomien i ordningen ikke være kostnadsnøytral for kommunene. Jo mer annet personell som ansettes i fastlegevirksomhetene i kommunen, jo høyere blir utgiftene for kommunen. Det vil være staten ved Helfo som gjennom takstsystemet vil finansiere eventuell økt aktivitet.

6.4. Ekspertutvalgets vurderinger

Helsepersonellkommisjonen peker på behovet for omstilling i tjenesten som gjør at helsepersonell i framtiden skal klare å ta hånd om flere pasienter og brukere enn i dag. En viktig del av denne omstillingen innebærer å bruke tilgjengelig kompetanse gjennom god oppgavedeling og bygge nedenfra (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c). Overført til fastlegetjenesten, vil dette innebære å ta i bruk virkemidler som gjør at hver fastlege kan ivareta flere innbyggere på sin liste, for eksempel ved at andre helsepersonellgrupper kan overta en del av oppgavene til fastlegen.

Ekspertutvalget mener at en allmennlegetjeneste med en større bredde i det faglige tilbudet, hvor flere helsepersonellgrupper jobber i team rundt pasienten, kan gi effektiv utnyttelse av ressursene. Det kan også bedre kvaliteten i tjenesten ved at økt tverrfaglighet i seg selv gir en merverdi. Annet helsepersonell har en annen kompetanse enn legen, og kan bidra med komplementær kunnskap som kommer listeinnbyggerne til gode. Dette gjelder både innad i fastlegekontoret, men også ved at fastlegetjenesten i større grad integreres, og deler på oppgavene med annet helsepersonell i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tverrfaglighet i fastlegekontor kan også bidra til å avlaste spesialisthelsetjenesten.

En omstilling i fastlegetjenesten, hvor annet helsepersonell avlaster fastlegen, kan bidra til å øke kapasiteten i fastlegeordningen. Kapasiteten kan øke når arbeidsmengden fordeles på flere. Annet personell som overtar oppgaver knyttet til drift og administrasjon av fastlegekontoret, vil også kunne bidra til at legene kan bruke mer tid på pasientrettet arbeid. Samtidig er det flere andre forhold som vil påvirke hvor store lister hver fastlege kan betjene, som for eksempel legevaktbelastning og avgrensning av oppgaver som legges til fastlegene.

Ekspertutvalget mener at annet personell i større grad enn i dag kan avlaste fastlegen og utføre oppgaver *i stedet for* fastlegen. Andre helsepersonellgrupper vil samtidig være en faglig og kapasitetsmessig utvidelse, og komme *i tillegg til* dagens tjenester i fastlegekontor. Det vil føre til at samlet omfang av helsepersonell innenfor fastlegeordningen vil øke. Helsepersonellkommisjonen peker på at det vil være et økende behov for helsepersonell i årene framover, og at det særlig vil bli mangel på sykepleiere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c). I følge en tidligere kartlegging fra SSB jobber 1 av 5 sykepleiere ikke i helsetjenesten ti år etter fullført utdanning (SSB, 2017). En kartlegging i forbindelse med evalueringen av forsøket med primærhelseteam, viser at 50 prosent av alle kommunale legekontor og 16 prosent av alle privat eide legekontor allerede har sykepleier(e) ansatt (Abelsen B. et al., 2022). Rekruttering av nye sykepleiere til fastlegekontoret kan komme fra andre sektorer utenfor helsetjenesten, men også fra spesialisthelsetjenesten og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er vanskelig å forutse effekten av dette, og bruk i fastlegekontor må veies opp mot alternativ bruk av personellet.

6.4.1. Økt tverrfaglighet

Sammenlignet med andre land er det i dag få andre faggrupper utover helsesekretær på fastlegekontorene i Norge, og oppgavedeling skjer i liten grad. Årsakene til at Norge er ett av de landene som i minst grad har utviklet fastlegetjenesten på dette feltet, vurderes å være flere.

Høy andel aktivitetsbasert finansiering som bare legen kan utløse, gjør det mindre gunstig å ansette annet helsepersonell. Finansieringen av fastlegetjenesten og takstsystemet slik det fungerer i dag utgjør en barriere, fordi det kun er legen som takster og har rett på refusjon. Det er særlig vanskelig å flytte oppgaver fra fastlegen til annet personell når det innebærer tap av inntekt for legen. Det er således manglende støtte i finansieringen i dagens ordning til å belønne andre helsepersonellgruppers aktivitet.

Økte driftskostnader er også en barriere for å utvide praksisen med flere faggrupper. Hovedandelen av fastlegene er organisert i små fastlegekontor, og har begrenset mulighet til å håndtere økte driftsutgifter som ikke raskt gir økte inntekter. Ansettelse av mer personell vil for mange fastlegekontor bety behov for større lokaler som igjen medfører økte driftsutgifter. Disse merutgiftene dekkes ikke nødvendigvis i dagens ordning.

Organiseringen i små og mindre gruppepraksiser setter også begrensninger for å ansette mer personell og flere faggrupper. Små gruppepraksiser vil ha lite volum til å fylle stillinger utover helsesekretær. Det å ha annet helsepersonell i flere mindre stillingsstørrelser på fastlegekontoret, kan tenkes å gjøre samarbeid og arbeid med å få teamet til å fungere vanskeligere enn om alle stort sett jobber sammen hele tiden. Men stillinger med annet personell kan også deles mellom fastlegekontor, eller mellom fastlegekontor og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helsepersonellgrupper som arbeider hos flere, kan på den måten fremme samarbeid mellom ulike kontor og ulike deler av tjenesten.

Mange fastlegekontor mangler en fast ledelsesstruktur, og lederansvaret håndteres ved at det går på omgang mellom fastlegene, eller ansvaret kan være delt etter ulike funksjoner og fordelt mellom flere. Forsøket med primærhelseteam viser at praksisendring og å etablere teamarbeid tar tid. En etablert ledelsesstruktur og lederrolle er også sentralt for å implementere teamarbeid og omfordele oppgaver fra fastlegen til annet personell. Videre kan manglende erfaring fra samarbeid med andre personellgrupper og tverrfaglighet på fastlegekontoret, samt kunnskap om annet helsepersonell og de ulike faggruppenes kompetanse, også være en hindring.

Å ta ned slike barrierer er viktig for å legge til rette for flere profesjoner og økt samarbeid på fastlegekontoret. En økt mulighet for flere faggrupper, gir de legekontorene som har ønske om og ser potensialet i slike samarbeidsformer, anledning til å prøve det ut. Det gir også mulighetsrom til å utvikle nye måter å jobbe og løse oppgaver på med lokalt tilpassede løsninger.

Erfaringene fra forsøket med primærhelseteam (PHT) viser at bruk av flere faggrupper og teamarbeid har dreiet fastlegetjenesten mot grupper som trenger den mest. Utfordringene løses på andre måter enn før. Pasientene får bedre oppfølging i form av konsultasjoner, årskontroller og hjemmebesøk. Opplevelsen blant helsepersonellet er nokså entydig om at den systematiske oppfølgingen av målgruppene som PHT gir rom for, gir økt kvalitet. Evalueringene viser også at pasientene er fornøyde og opplever at de blir bedre ivaretatt. Det at PHT oppleves å gi nytte i primærhelsetjenesten, hvor mer og mer av tjenestene skal gis i tiden framover, anser ekspertutvalget som sentralt. Det er klare indikasjoner på at legekontorene med PHT samhandler bedre med hjemmetjenesten enn legekontor uten denne ressursen.

Unge leger etterspør større fagmiljø. Blant leger som har vurdert å bli allmennlege, er lite faglig miljø, lite faglig nettverk, og lite samarbeid med andre kolleger blant hovedårsakene til at de velger bort allmennmedisin. Mangel på tverrfaglig team trekkes også fram. En større andel kvinnelige leger (46 prosent) enn mannlige (32 prosent) oppgir at de har vurdert, men valgt bort allmennpraksis (Birkeli et al., 2020). Med tanke på at andelen

kvinnelige medisinstudenter er på over 70 prosent, har dette påvirkning på framtidig rekruttering til fastlegeyrket. Å åpne for arbeidsformer som tilrettelegger for styrket fagmiljø og større grad av samarbeid mellom kolleger og rundt listeinnbyggere, kan etter ekspertutvalgets vurdering virke rekrutterende for unge leger.

6.4.2. Endring i finansieringsordningene

Et sentralt mål med finansieringen må være å bidra til at listeinnbyggere får tilgang til den riktige kompetansen når de trenger det. Videre skal finansieringen understøtte gode og kostnadseffektive helsetjenester, og riktig oppgavedeling. For å bidra til dette bør finansieringen legge bedre til rette for flere personellgrupper.

Ekspertutvalget har fokusert på tre mulige løsninger for å finansiere tverrfaglighet innenfor fastlegeordningen. Disse utgjør å utvide muligheten til å delegere oppgaver fra lege til annet personell, å innføre profesjonsnøytrale takster, og å innføre egne takster for ulike personellgrupper. For de to sistnevnte alternativene vil personellet utløse takster selvstendig, mer uavhengig av legen, enn ved delegering.

Ekspertutvalget mener egne takster for andre personellgrupper framstår som å gi begrenset merverdi, ut over hva man kan oppnå gjennom de to andre løsningene. Ekspertutvalget mener derfor delegering og profesjonsnøytrale takster er de mest aktuelle alternativene.

Organisering og finansiering av allmennlegetjenesten i Danmark har betydelige likhetstrekk med fastlegeordningen i Norge. Ekspertutvalget mener enkelte av løsningene i Danmark kan være aktuelle for Norge. Erfaringene i Danmark med høyere grad av delegering fra lege til annet personell, framstår som relevant for Norge. I Danmark ivaretar hver fastlege 1600-1700 innbyggere. Legene har altså betydelig lengre lister enn i Norge. Leger under spesialisering jobber på andre legers liste i Danmark. I tillegg til å håndtere en lang liste, har Danmark en større bredde i annet personell i fastlegekontorene og antallet annet personell er høyere. Særlig er det langt flere sykepleiere i fastlegekontorene i Danmark, sammenlignet med Norge. Det framstår som at mulighetene for fastlegen til å delegere oppgaver, har bidratt til denne situasjonen. Å utvide fastlegenes adgang til delegering, vil være et virkemiddel for å finansiere de tjenestene som fastlegene leverer i dag, og vil bidra til å avlaste fastlegene.

Delegering har noen begrensninger. De innebærer at det kun er legeoppgaver som kan delegeres, fordi det er legetakster som skal benyttes. Delegering vil således kunne benyttes slik at flere oppgaver kan løses av annet helsepersonell som sykepleiere, og eventuelt helsesekretærer. Oppgaver som fastlegen ikke gjør i dag, vil ikke kunne delegeres. Det vil ikke være mulig å delegere oppgaver som går ut over legens eget kompetansenivå, eksempelvis til fysioterapeuter og psykologer. Delegering vil være begrensende for bredden i ulike helsepersonellgrupper på fastlegekontoret.

Et alternativ er profesjonsnøytrale takster. Da vil man kunne finansiere tjenester utover dagens legetjenester, og andre personellgrupper vil kunne utløse takstene selvstendig. Profesjonsnøytral finansiering innebærer en bevegelse fra at finansieringsregelverket hvor takstene definerer hvilke personellgrupper som kan utføre tjenestene, til at finansieringen blir nøytral når det gjelder hvem som leverer dem. Dette har vært en ønsket utvikling innenfor sykehussektoren og i øvrig helse- og omsorgstjeneste. Annet regelverk og andre virkemidler enn finansieringen, ivaretar kravene om forsvarlige og kvalitativt gode tjenester.

Ekspertutvalget anbefaler en utvikling mot større grad av profesjonsnøytral finansiering. Med profesjonsnøytral finansiering gis tjenesteyterne frihet til å velge hvilket personell som skal levere tjenestene. Samtidig flyttes mer av ansvaret for disse valgene ut til tjenesteyterne. Ekspertutvalget mener dette forutsetter et tydelig ansvar og en tydelig definert ledelse av virksomhetene som skal levere tjenestene. Bruk av profesjonsnøytrale takster kan knyttes til ny organisering av fastlegevirksomhet, i form av fastlegeselskap

eller kommunale fastlegekontor. En slik avgrensning kan også være et insentiv for å få solo- eller gruppepraksiser til å gå over til fastlegeselskap.

Med profesjonsnøytrale takster vil betalingen (honoraret) for aktiviteten i utgangspunktet være lik uavhengig av hvilken personellgruppe som utløser taksten ved å utføre aktiviteten. Det må vurderes om enkelte eller alle takster skal være profesjonsnøytrale, og hvilke takster det er behov for hvis nye personellgrupper skal inkluderes. Profesjonsnøytrale takster kan utløses selvstendig av annet personell, og vil samtidig innebære en større grad av selvstendighet i arbeidet for personellgruppene, sammenliknet med delegering.

Ekspertutvalget anbefaler at fastlegeselskap med en klart definert ledelse eller et kommunalt fastlegekontor med tilsvarende organisering, bør kunne bruke profesjonsnøytrale takster. Delegering anbefales avgrenset til ordinære fastlegekontor innenfor dagens ordning med gruppepraksis og solopraksis.

Det bør følges med på endringer som økt tverrfaglighet i fastlegetjenesten vil skape, for å kartlegge tilsiktede og utilsiktede virkninger, med sikte på å vurdere justeringer i innretningen.

6.4.3. Behov for ledelse og støtte i faglige vurderinger

Om begrensningen av hvem som utfører oppgaver fjernes eller justeres i takstsystemet, vil hvilke oppgaver annet helsepersonell kan utføre hovedsakelig baseres på en forsvarlighetsvurdering. Det kan være en risiko for at *for* mye oppgaver overlates til annet personell. Det vil etter ekspertutvalgets vurdering være behov for å iverksette tiltak for å sikre at kvaliteten i tjenestene opprettholdes.

Når flere faggrupper jobber selvstendig, vil det være behov for at oppgavedelingen er lederstyrt. Dette ansvaret inngår som en del av virksomhetens plikt til å etablere internkontrollsystem, og sikre forsvarlig drift, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a og § 2-2, samt forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Ledelse inngår i ansvaret som virksomhetsansvarlig. På fastlegekontoret er det i dag den enkelte fastlege som er virksomhetsansvarlig. Om fastlegekontoret var organisert som et fastlegeselskap, ville ansvaret kunne løftes opp fra den enkelte lege til virksomhetsleder. For et kommunalt drevet fastlegekontor vil virksomhetsansvaret ligge hos kommunen.

Den varierende ledelsesstrukturen og det individuelle utgangspunktet for dagens gruppe- og solopraksiser danner grunnlag for ekspertutvalgets anbefaling om at profesjonsnøytrale takster bør forbeholdes fastlegeselskap og kommunale fastlegekontor.

Ved delegering vil fastlegen være personlig medisinskfaglig ansvarlig for oppgaver som delegeres og utføres av annet helsepersonell. Det personlige ansvaret ved delegering passer etter utvalgets vurdering med det individuelle utgangspunktet for dagens gruppe- og solopraksis.

For å sikre at kvaliteten opprettholdes i tjenesten, anbefaler ekspertutvalget at det utarbeides en nasjonal veileder for hvilke oppgaver andre helsepersonellgrupper på fastlegekontoret kan utføre innenfor rammen av forsvarlighetskravet. En veileder vil gi støtte til både fastleger og virksomhetsleder, og bidra til at det ligger gode faglige vurderinger til grunn for oppgaveløsningen. Det vil også på det enkelte fastlegekontor og fastlegeselskap være behov for at det foreligger skriftlige instrukser i form av arbeidsbeskrivelser knyttet til oppgavene.

6.4.4. Kostnader og kostnadskontroll

Ekspertutvalget mener økt grad av tverrfaglighet vil ha positive effekter. Andre personellgrupper skal både bidra til å avlaste fastlegen, og yte tverrfaglige tjenester ut over det som er i fastlegekontorene i dag. En slik utvidelse av virksomheten vil medføre kostnader.

Merkostnadene vil avhenge av flere forhold, blant annet hvilke personellgrupper som skal inn i fastlegevirksomhetene og hvor mange. Et viktig spørsmål for kostnadene, er i hvilken grad aktiviteten til annet personell kommer i tillegg til eller i stedet for fastlegenes nåværende aktivitet. Utvidelse av samlet aktivitet vil gi økte utgifter gjennom takster.

Det er vanskelig å estimere forventede merkostnader. Kostnadene som her er beregnet, vil ikke inntreffe umiddelbart. Virksomhetene vil trenge tid for å vurdere om de vil ansette personell, deretter legge til rette og gjennomføre ansettelsesprosesser, og så utvikle det tverrfaglige arbeidet. Dette gir myndighetene anledning til å følge med, evaluere og justere kursen underveis. Samtidig må virksomhetene ha sikkerhet om stabilitet i finansieringen, slik at de kan ansette personell.

Med innføring av profesjonsnøytrale takster og utvidet mulighet for delegering på fastlegekontoret, vil det være nødvendig at det innføres tiltak for kostnadskontroll. Danmark har en ordning hvor det er begrenset hvor mye refusjoner en lege kan motta i løpet av en tidsperiode. Det vil også være mulig å sette begrensninger på antall annet personell, antall konsultasjoner eller hvor mye disse kan takste. Økt andel basisfinansiering med tilhørende lavere takster (jf. anbefalinger fra flertallet i utvalget i kapittel 5.7) vil også redusere insentivene for overforbruk, og dermed være viktig for kostnadskontroll. Ekspertutvalgets illustrerende beregninger kan tyde på noen grad av selvdisiplinerende insentiver, ved at lønnsomheten er begrenset for en fastlege av å ansette annet personell dersom det ikke gjøres enten for å ta over fastlegens oppgaver eller for at fastlegen skal kunne utvide listelengden. Ekspertutvalget anbefaler at tiltak for kostnadskontroll utredes videre.

7. FASTLEGERS ARBEID MED ATTESTER

7.1. Ekspertutvalgets anbefalinger

Ekspertutvalget anbefaler at det lovfestes at arbeidstaker må bruke opp egenmeldingsdagene før sykmelding kan benyttes. Videre mener utvalget at antall sammenhengende egenmeldingsdager bør økes tilsvarende arbeidsgiverperioden. Arbeidsgiver bør kunne kreve legeattest i denne perioden, men skal da også finansiere denne.

Ekspertutvalget anbefaler å forskriftsfeste hvilke attester fastlegene plikter å skrive. Attester som ikke er forskriftsfestet, skal ikke fastlegene bruke tid på.

Henvisninger for privat helseforsikring bør ikke finansieres, verken direkte eller indirekte, med offentlige midler, og ekspertutvalget mener at fastlegene ikke skal gjøre denne jobben for forsikringsselskapene.

Ekspertutvalget mener det må være forsikringsbransjens ansvar å sørge for nødvendige undersøkelser og dokumentasjon for tegning av privat helseforsikring.

Det foreligger ingen medisinske grunner som tilsier at fastlegenes tid skal brukes på å attestere fravær i videregående skole. Det samme gjelder for fravær fra ungdomsskole og studier. Det er på høy tid at dette håndteres i utdanningssektoren.

7.2. Fastlegens plikt til å utstede attester

Fastlegene utsteder i overkant av 3,8 millioner sykmeldinger i løpet av et år. Andre eksempler er attester for fravær ved videregående skole og attester og henvisninger knyttet til private helseforsikringer. Antallet attester som skrives ut av fastlegene har økt over tid.

Plikten til å utstede attester følger av fastlegeforskriftens § 10. I departementets merknader til forskriften heter det at en *"naturlig del av de allmennlegetjenestene fastlegen skal tilby sine listeinnbyggere er å skrive helseattester som er påkrevd i lov eller forskrift, og å gi opplysninger som er nødvendige for listeinnbyggeren ved søknad om helse- og omsorgstjenester, trygdeytelser og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Som eksempel nevnes helseopplysninger i forbindelse med en sykmelding"*.

Å utstede sykmelding er spesifikt nevnt i merknadene til fastlegeforskriftens § 26. Lov om folketrygd og tilhørende forskrifter og rundskriv regulerer sykmeldingsarbeidet. Alle leger har rett til å sykmelde, eller attestere «arbeidsuførhet ved sykdom». Medisinstudenter med midlertidig lisens har ikke rett til å sykmelde.

7.3. Tidligere utredninger om attester og erklæringer

Det er de siste årene lagt ned betydelig arbeid i å gjennomgå ulike attester og erklæringer som fastleger utsteder, med intensjonen om fjerne eller forenkle og avlaste fastlegene fra unødig og administrativt arbeid. Ekspertutvalget har i sitt arbeid med fastlegers attester og erklæringer lagt til grunn og bygget videre på dette arbeidet.

EY og Vista Analyse pekte i sin evaluering av fastlegeordningen fra 2019 på at økte dokumentasjonskrav er en årsak til stor arbeidsbelastning, og at dette arbeidet tar av fastlegens tid med pasienter (EY og Vista Analyse, 2019). Evalueringen viser til at det nærmest er uavgrenset hva fastlegene bes om å attestere og dokumentere. Videre at attestene er omfattende og tidkrevende, og at fastlegene selv ofte ikke ser den samfunnsmessige nytten i attestene.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet de siste årene gjennomgått og levert to oppdrag med anbefalinger om legers administrative oppgaver og attester utenfor NAV-området. Både KS og Legeforeningen har i begge tilfellene vært involvert i arbeidet.

I rapporten "*Ikke-kliniske oppgaver fastleger bør slutte å gjøre*" fra 2019 peker det partssammensatte utvalget på at fastlegen utsteder en rekke attester- og legeerklæringer på forespørsel fra pasientene selv, og at disse attestene i sum er omfattende (Helsedirektoratet, 2019a). At det ikke finnes noen regulering av hvilke aktører som kan kreve at pasienten skal framlegge legeattest, bidrar til økt arbeidspress på fastlegene. Rapporten peker på at det ikke bør være fritt fram for ulike aktører å stille krav om legeattest som dokumentasjon, og at det bør være en terskel for at disse attestene skal havne hos fastlegen. Det pekes på at legeattest i flere tilfeller bør kunne erstattes av egenerklæring fra pasienten, og at det bør vurderes om annet helsepersonell med kjennskap til pasientens helsemessige tilstand og funksjonsnivå, etter delegasjon fra fastlegen, kan utstede helseattester og erklæringer.

Stadig flere tegner privat helseforsikring, og det gir grunn til å tro at krav om legeerklæring til forsikringsselskap vil fortsette å øke. Det foreligger en avtale mellom Den norske legeforening og Finans Norge om utlevering av helseinformasjon til bank og forsikringsselskap. Avtalen regulerer også honorering for dette. Den partssammensatte arbeidsgruppen mener legeerklæring til forsikringsselskap ikke kan regnes som en av fastlegens kjerneoppgaver, men må sees på som en tilleggsoppgave som den selvstendig næringsdrivende fastlegen tar på seg utover sine plikter som fastlege. Arbeidsgruppen mener at fastlegens arbeidsoppgaver relatert til pasienters tegning av private helseforsikringer, og ulike modeller for innhenting av denne type informasjon, bør vurderes.

Rapporten framhever videre at fastlegens oppgaver knyttet til pasienttransport bør avgrenses, og at krav om legeerklæring for å attestere fravær som skyldes helsegrunner i videregående skole bør avvikles. Helsefellesskapene trekkes fram som arena for å forbedre samarbeidet mellom spesialist -og primærhelsetjenesten.

I rapporten "*Fastlegers arbeid med attester og erklæringer utenfor NAV-området*" levert i 2022, anbefales hovedtiltak for å redusere fastlegenes arbeidsbelastning med attester (NAV og Helsedirektoratet, 2021). Det foreslås en ny bestemmelse i fastlegeforskriften som tydelig avgrenser fastlegers oppgaver med attester, erklæringer o.l. til de som er regulert i lov eller forskrift, og det pekes på at staten bør koordinere og samordne reguleringen av krav som stilles til fastleger om å utstede attester og erklæringer. Videre understrekes det at det ikke finnes enkle løsninger, og at det er behov for både kritisk gjennomgang, kulturendring og bedre samhandling. Overordnet anbefales det en mer tillitsbasert tilnærming. Nytenking, digitalisering og gjenbruk av informasjon trekkes fram som avgjørende for å lykkes.

Arbeids- og velferdsdirektoratet fikk i 2020 i oppdrag å gjennomgå attester og erklæringer som leger utsteder for NAV. Rapporten *Informasjonsutveksling mellom nav og fastleger* som ble utarbeidet i samarbeid med Helsedirektoratet, og hvor også Legeforeningen var involvert, ble publisert i mai 2021 (NAV og Helsedirektoratet, 2021). Den peker på hovedutfordringer knyttet til dagens samhandling og bruk av skjema, og gir anbefalinger for å bedre informasjonsflyten og å ta ned fastlegenes arbeidsbelastning på kort og lengre sikt.

Potensialet for spart arbeidstid gjennom forenkling av informasjonsutvekslingen mellom fastlegene og NAV beskrives som stort. Det viktigste forbedringsområdet ligger i hvordan informasjonsinnhentingen skjer og i selve prosessen for dialog og samhandling. Forbedringene gjelder både det å digitalisere løsningene, men også endringer i samhandlingsformen som forventes å skape mer effektivitet og høyere kvalitet. Skjema for sykmeldingen og skjema for legeerklæring ved arbeidsuførhet er de som benyttes mest. Disse to skjemaene representerer om lag 94 prosent av den mengden skjemaer med helseopplysninger fastlegene sender til NAV. For å redusere tidsbruken hos fastlegene på området, er det nærliggende å fokusere på endringer i disse to skjemaene. Samtidig skiller de seg fra de andre skjemaene ved at de er implementert direkte i fastlegenes elektroniske pasientjournalsystemer (EPJ-systemer) og endringer medfører involvering av EPJ leverandørene.

7.4. Sykmelding og samhandling med NAV

7.4.1. Fastlegens rolle i sykmeldingsarbeidet

Fastlegen har en viktig rolle som portvokter for ytelser fra NAV og forvalter sykmeldingsordningen for samfunnet. Sykemeldingsskjema og skjema for legeerklæring ved uførhet utgjør til sammen ca. 94 prosent av attestene fastlegene sender til NAV *(NAV og Helsedirektoratet, 2021).*

Folketrygdloven krever at lege har undersøkt pasienten personlig for å utstede sykmelding, noe som nesten alltid vil kreve en konsultasjon. Dette utløser vanligvis både konsultasjonstakst, sykmeldingstakst (L1) og supplerende takster knyttet til samhandlingen med NAV[37] Normalt godtas ikke sykmelding per telefon, e-konsultasjon eller video, men under pandemien har det vært unntak for dette.[38] I Prop 42L (2022–2023) foreslår Arbeids- og inkluderingsdepartementet endring i folketrygdloven slik at leger kan gi sykmelding etter e-konsultasjon i tilfeller hvor pasienten og dennes diagnose er kjent for legen. Dette forutsetter at legen vurderer e-konsultasjon som forsvarlig og at pasientens arbeidsevne kan vurderes uten fysisk undersøkelse.

For å ha rett på sykepenger og senere arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, er det et krav at det foreligger en diagnose som reduserer arbeidsevnen. For fastlegen kan det være tidkrevende og faglig vanskelig å gjøre en grundig funksjonsvurdering, spesielt i situasjoner der det er få objektive funn knyttet til pasientens plager. Da vil funksjonsvurderingen måtte baseres på pasientens egen framstilling. Ved tvil kan legens rolle som forvalter av samfunnets midler, og som listeinnbyggerens lege og medmenneske, tenkes å komme i konflikt (Breivold et al., 2022) (Fugelli, 2001).

Sykmelding og legeerklæringer til NAV er et område som ligger i utkanten av medisinens kjerneverdier, (Løberg), (NidarosFondet, 2022) og fagfeltet har begrenset fokus i medisinstudiet og i spesialistutdanningen for allmennmedisin.

7.4.2. Om bruk av egenmelding

Regelverket rundt sykepenger og egenmelding i Norge reguleres av folketrygdloven kapittel 8 (*Lov om folketrygd (folketrygdloven)*, 1997). Arbeidstakere har rett til å bruke egenmelding de tre første dagene av en

[37] Andre aktuelle takster ved sykmelding er supplerende informasjon til NAV (L4), elektronisk kommunikasjon med NAV og ved enkelte andre attester (L8), dialogmøter med NAV (L35) (fram til 2018) og søknad om arbeidsavklaringspenger (AAP) eller uføretrygd (L40).
[38] Det har vært et unntak fra dette under Covid-19-pandemien, og unntaket er forlenget til og med 30. juni 2023.

sykefraværsperiode, og gjenta dette inntil fire ganger per år (NAV, 2023a). Arbeidstakere hos arbeidsgivere som har valgt å følge avtalen for inkluderende arbeidsliv (IA avtalen), har opp til 24 dagers egenmelding fordelt på fire perioder i løpet av et år (NHO, [s.a.]). Regelverket definerer unntak til retten om egenmelding, blant annet i tilfeller hvor arbeidstaker er delvis sykmeldt eller nettopp har startet i ny jobb.

Boks 7-1: Utprøving av utvidet egenmelding

I forsøksprosjektet *Egenmelding 365* som pågikk fra våren 2013 til sommeren 2016 deltok tolv virksomheter i et forsøk hvor ansatte kunne bruke egenmelding ved sykdom i inntil 365 dager* Det var altså ikke nødvendig å bruke legemeldt fravær innenfor det som normalt ville tilsvare sykmeldingsperioden.

Evalueringen viser at ordningen syntes å ha liten effekt på det samlede sykefraværet, men det graderte fraværet økte mens omfanget av 100 prosent sykefravær gikk ned. Ordningen påvirket sykefraværsoppfølgingen ved at dialogen med arbeidsgiver ble tettere og at det ble lagt mer vekt på tilrettelegging og gradering av sykefravær. De hypotetiske besparelsene i frigjorte helsepersonellresurser ble for 2016 beregnet til 192 millioner kroner på landsbasis. Det angis en del usikkerheter ved effektene, men den viktigste faktoren for å få ned sykefraværet synes å være grad av engasjement og sykefraværsoppfølging fra arbeidsgiver.

En grunn til at ordningen med økt antall egenmeldingsdager ikke ble videreført, var at ansatte og arbeidsgivere i stor grad var fornøyd med eksisterende sykmeldingssystem, og at Norge har en kultur for at fravær skal legitimeres.

7.4.3. Legens rolle i sykmeldingsarbeidet i andre land

I Sverige har arbeidstaker syv egenmeldingsdager, mens første sykefraværsdag er en ubetalt karensdag. Arbeidsgiver utbetaler sykepenger de første 14 dagene av sykmeldingsperioden, og har en sentral rolle for å tilbakeføre arbeidstaker til arbeid (Försäkringskassan, 2023). Etter den første legeattesten er sykmelding en sak mellom arbeidsgiver, innbygger, Försäkringskassan og allmennlegen som skriver sykeattest i hele sykmeldingsperioden. Normalt skal en ansatt rehabiliteres til arbeid innen 180 dager. Ved behov kan det søkes om forlengelse av sykepenger, som normalt utgjør 75 prosent av lønnen.

I Danmark meldes sykefravær direkte til arbeidsgiver som normalt betaler sykepenger de første 30 dagene. Danmark har ikke karensdag, men har en relativt lav sykepengesats. To av tre dansker har imidlertid kollektivavtaler som gir rett til full lønn ved sykmelding. Det er ikke noen definert egenmeldingsperiode i Danmark, men arbeidsgiver kan når som helst kreve legeattest og i så fall må attesten betales av arbeidsgiver (Sundet.dk, [s.a.]). Ved lengre fravær kan arbeidsgiver og arbeidstaker inngå en mulighetserklæring som beskriver tiltak for at arbeidstaker skal kunne stå i jobb. I denne prosessen bidrar fastlege med uttalelse, og dette finansieres av arbeidsgiver. Hvis en person ikke har rett på sykepenger fra arbeidsgiver, kan det søkes kommunen om sykepenger. Arbeidsgiver kan også søke kommunen om refusjon for utlagte sykepenger (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, s.a.). Innbyggere kan maksimalt få sykepenger i 22 uker innenfor en 9-måneders periode. Perioden kan forlenges etter vurdering fra kommunen, da er legeattest nødvendig (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, s.a.). Dersom borgeren ikke blir frisk innen utløpet

av sykmeldingsperioden, går vedkommende over på et jobbavklaringsforløp i regi av kommunen, og hvor legen deltar (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, s.a.).

I Nederland er det gjennomført en helsereform hvor bedriftshelsetjenesten fikk ansvar for sykmelding og arbeidsgiver fikk en tydeligere rolle i sykeoppfølgingsarbeidet. Etter dette ble det observert en endringer hvor flere gikk over i arbeidsledighet og færre ble sykmeldt mens andelen yrkesaktive holdt seg stabil (Lien, 2019).

7.4.4. Økt omfang og tidsbruk ved sykmeldingsarbeid

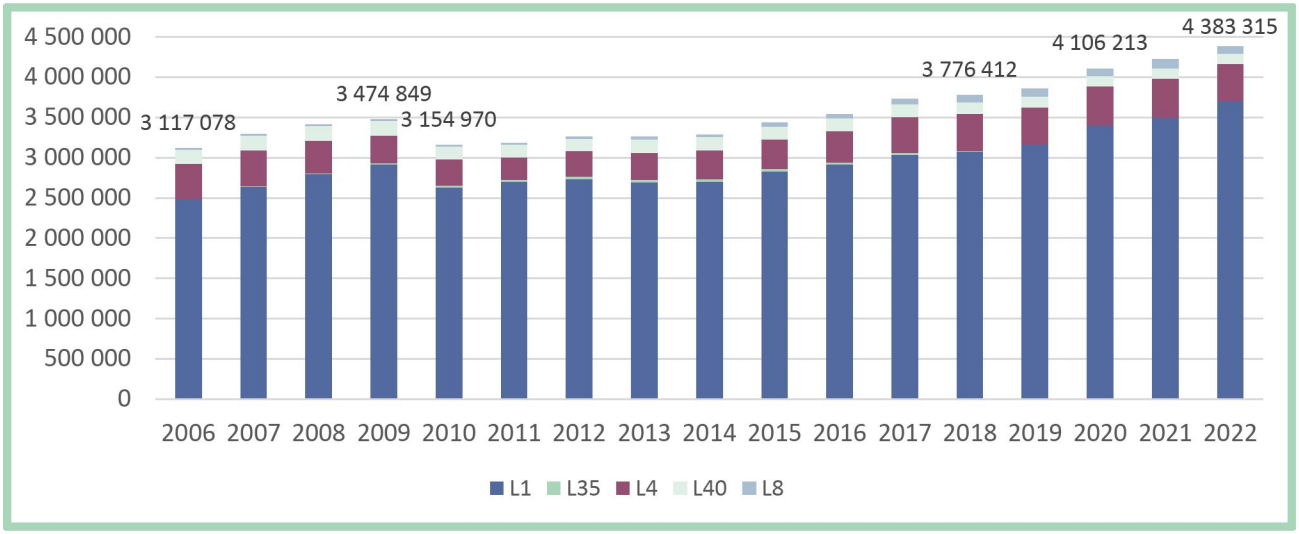
NAV publiserte i februar 2017 en studie som viser at dersom sykmelding varer over 9 måneder vil ca. 33 prosent av de sykmeldte fortsatt være utenfor arbeidslivet etter 2,5 år. Studien inkluderte 160 000 personer som hadde vært sykmeldt i 9 måneder, og hvor de vanligste diagnosene var smerter i muskler, skjelett og psykiske lidelser.

Sykefraværet er høyest i helse- og omsorgssektoren og byggenæringen, hvor de vanligste årsakene er smerter i muskel- og skjelettsystemet (35 prosent) samt psykiske lidelser (22 prosent). Kvinner hadde i 2021 det høyeste sykefraværet på 6,8 prosent, mens menn hadde et fravær på 3,8 prosent. Om lag 20 prosent av kjønnsforskjellen kan tilskrives svangerskapsrelatert fravær. Ifølge NAV utgjorde sykefraværet omtrent 29,4 millioner tapte arbeidsdager i 2021 (NAV, 2022).

Andelen sykmeldinger utløst av e-konsultasjon hos fastleger lå i 2022 på i underkant av 50 prosent. Resterende sykmeldinger ble utløst ved takst for fysisk konsultasjon.[39]

Figurene 7.1 og 7.2 viser antall sykmeldingsrelaterte takster utløst av fastleger for perioden fra 2006 til 2022. Antallet sykmeldinger har økt jevnt siden 2014, og antall takster for enkel dialog med NAV (L8) har økt i samme periode. Økningen i L8 og i L4, som er utfyllende informasjon ved langvarig sykmelding, kan antas å ha sammenheng med overgang til elektronisk sykmelding i 2018. Samtidig har antallet omfattende legeerklæringer som følge av søknad om AAP og uføretrygd (L40), gått noe ned.

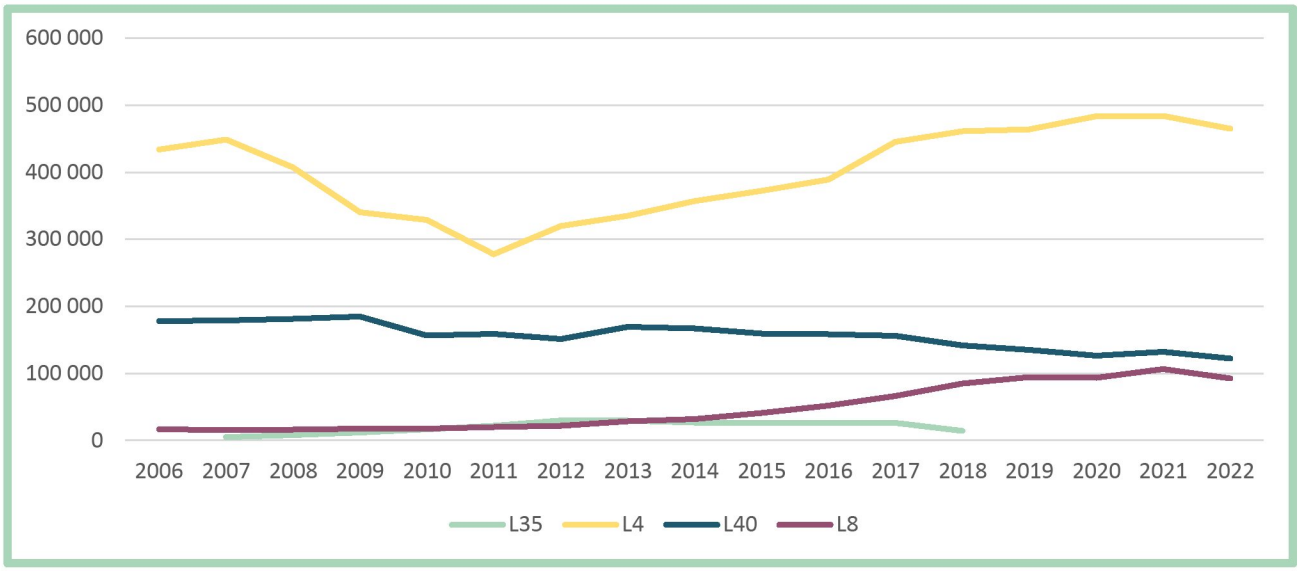
Figur 7-1: Antall sykmeldingsrelaterte takster utløst av fastleger, 2006–2022



Kilde: KUHR

[39] *Tall Helsedirektoratet har innhentet fra KUHR på oppdrag fra ekspertutvalget.*

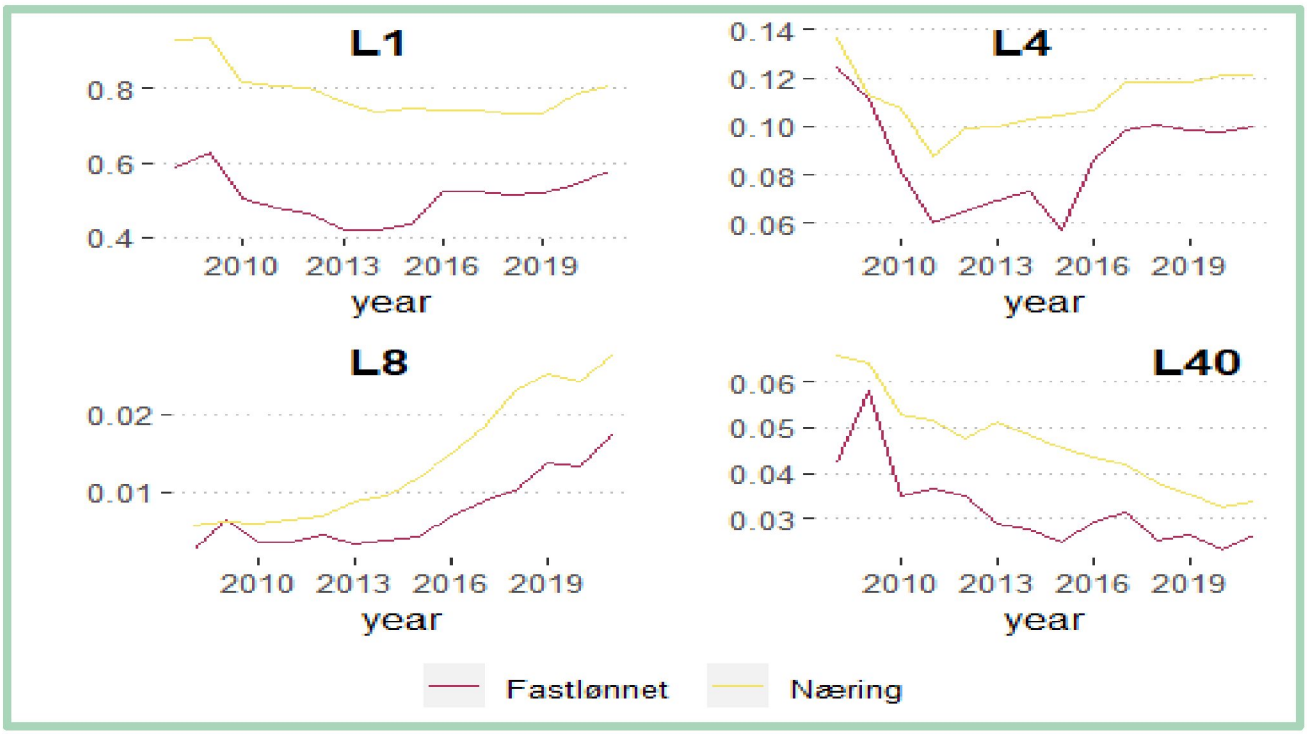
Figur 7-2: Antall sykmeldingsrelaterte takster utløst av fastleger (ekskl. L1), 2006–2022



Merknad: L1 er Sykmeldingsattest, L35 er Dialogmøte, L4 Utfyllende informasjon i langvarig sykmelding, L40 Legeerklæring ved AAP/uføresøknad og L8 er taksten for Enkel dialog med NAV. Kilde: KUHR.

Også analyser ekspertutvalget har innhentet fra FHI, illustrerer utviklingen i takstbruk og understøtter endringene i bruken av takstene 'L8 Enkel dialog med NAV' og 'L40 Utfylling av legeerklæring ved arbeidsuførhet'. De ulike sykmeldingsrelaterte takstene har litt ulik brukstrend over år, men felles er at næringsdrivende fastleger utløser flere sykmeldingstakster per listeinnbygger enn fast ansatte leger.

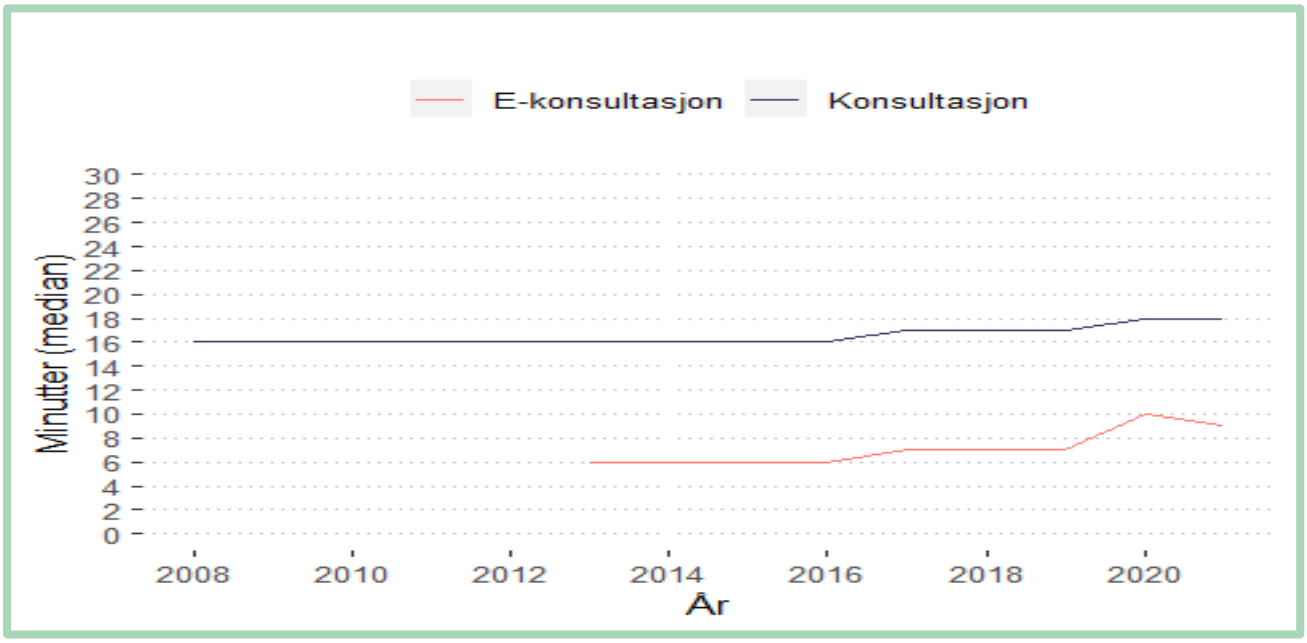
Figur 7-3: Andel takster per listeinnbygger i arbeidsfør alder etter finansieringsmodell over år



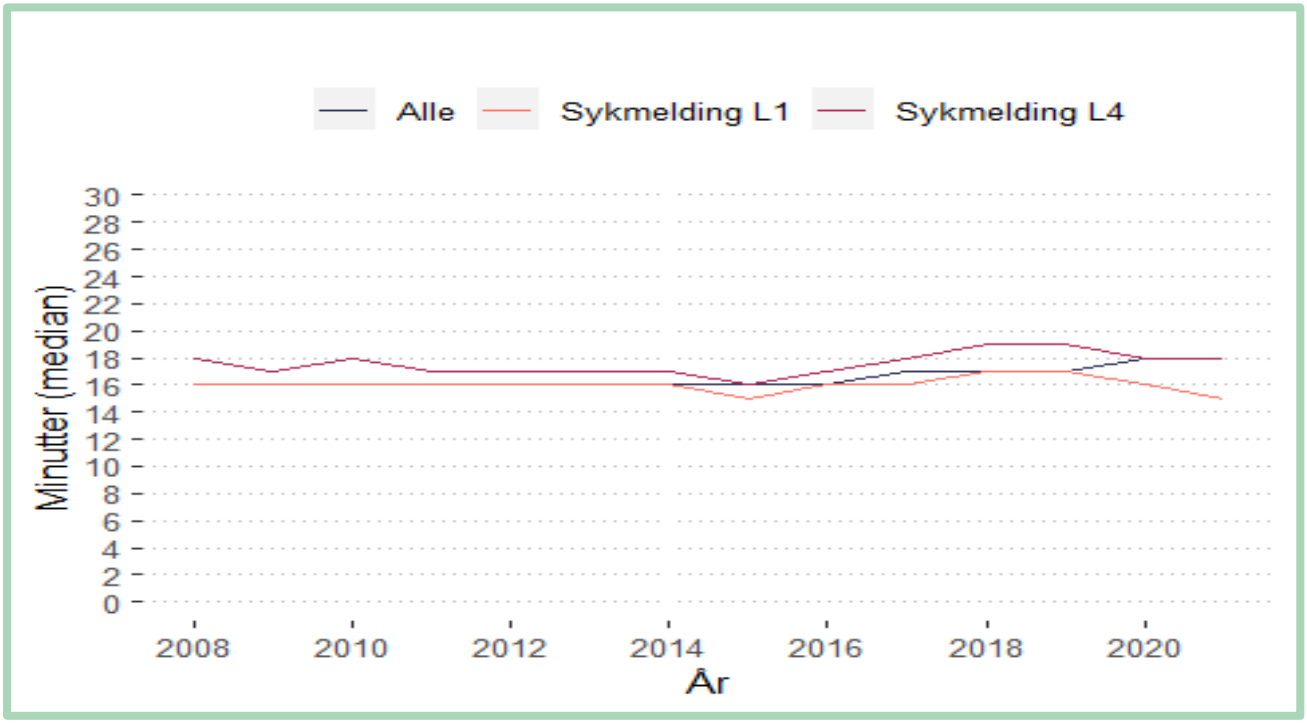
Kilde: KUHR og FLO.

FHI har også sett på utvikling i konsultasjonstid for sykmeldingskonsultasjoner, (jf kap. 2 Utfordringsbildet avsnitt 2.3.4.3). Tiden brukt på konsultasjoner hvor takst L1 og L4 utløses ser ut til å ha vært relativ stabil over tid, og skiller seg ikke vesentlig fra utviklingen i konsultasjonstid generelt (dvs. utviklingen i alle 2ad-konsultasjoner, uavhengig om L-takst er utløst eller ikke). Median varighet per konsultasjon er beregnet til mellom 14 og 18 minutter, mens gjennomsnittlig varighet for e-konsultasjoner hvor takst L1 og L4 er utløst er beregnet 9 minutter.

Figur 7-4: Utvikling i median konsultasjonstid (2AD og 2AE) fordelt på fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner a) og for sykmelding (L1 og L4) b)



Kilde: KUHR og FLO



Kilde: KUHR og FLO

Basert på refusjonstall fra Helfo skrev fastlegene ut ca. 3,87 millioner sykmeldinger i 2022 (Helsedirektoratet, [s.a.]-b). Dette tilsvarer en økning på over en million sykmeldinger sammenliknet med 2006. Totalt antall registrerte fastlegekonsultasjoner gjennom Helfo var i 2022 ca. 16,9 millioner. Sykmeldingstakst ble, basert på dette, benyttet ved i overkant av 20 prosent av konsultasjonene.[40] Selv om tallene er omtrentlig og beheftet med usikkerhet, viser dette at fastlegens tidsbruk knyttet til arbeid med sykeattester utgjør en betydelig del av legens arbeidshverdag.

Boks 7-2: Mulige kostnader og tidsbruk ved kortidsfravær

Tall fra NAV viser at drøyt 60 prosent av det legemeldte fraværet har en varighet på under 16 dager. Gitt at antall sykmeldinger i 2022, skrives det ut rundt 2,3 millioner sykmeldinger for korttidsfravær per år.

Hvor mye av korttidsfraværet som skyldes tilstander hvor pasienten har helsemessig nytte av konsultasjon med fastlegen, er usikkert. Dersom vi antar at ca. halvparten av konsultasjonene er relatert til selvhelbredende tilstander som ikke krever liten diagnostikk og behandling av lege, vil det utgjøre omtrent 1,2 millioner konsultasjoner per år.

Ifølge undersøkelser gjort av FHI, har fastlegene mellom 15 og 16 konsultasjoner (median) per arbeidsdag. (se Utfordringsbildet, avsnitt 2.3.4.3) Om vi antar at en fastlege i snitt har ca. 16 konsultasjoner hver dag vil 1,2 millioner sykmeldingskonsultasjoner utgjøre i overkant av 300 årsverk.

Et forsiktig anslag for gjennomsnittlig tidsbruk per konsultasjon er 12 minutter. (Jf. FHI's beregning av gjennomsnittlig konsultasjonstid på 14-18 minutter for fysisk konsultasjon og 9 minutter for e-konsultasjon). Gitt dette, og forutsetningene over, vil sykmeldingsarbeid for selvhelbredende tilstander utgjøreomtrent 240 000 arbeidstimer, eller over 130 fastlegeårsverk.

Fastlegene bruker også tid på arbeid med attester for arbeidsavklaring og uføretrygd. Ved utgangen av september 2022 mottok 137 400 personer AAP og det var registrert 362 500 mottakere av uføretrygd (NAV, 2023b). Antallet uføretrygdede utgjør 10,4 prosent av befolkningen i alderen 18 til 67 år. Basert på et omfang på i overkant av 120 000 attester på dette området per år, og med et anslått tidsbruk på 40 minutter per attest, kan samlet arbeidsmengde for ett år estimeres til ca. 40-50 fastlegeårsverk.[41]

[40] *Fra KUHR databasen via Helsedirektoratet.*

[41] *Forutsatt at ett årsverk settes til 1750 timer.*

7.5. Bidrar fastlegene til å redusere korttidsfraværet?

Det kan stilles spørsmål ved om bruk av fastlegenes tid til sykmelding bidrar til at pasientene blir friskere og får bedre arbeidsevne. Vi vet at mange ufarlige og ukompliserte tilstander ofte går over av seg selv i løpet av kort tid.

Undersøkelser kan tyde på at pasienter som oppsøker fastlege for sykmelding av korttidsfravær, ikke alltid har helsemessig nytte av konsultasjon med legen, og at dette kan bidra til økt sykdomsfokus og unødvendig utredning. Helseundersøkelser av friske mennesker for å lete etter sykdom eller risikofaktorer, kan generere diagnoser og kostnader uten å bedre helsen (Den Norske Legeforening, 2021).

En undersøkelse som studerte tre ulike behandlingsregimer ved akutte ryggsmerter, fant at de som ikke ble sykmeldt hadde størst bedring (Malmivaara et al., 1995). For elever ved videregående skole som måtte oppsøke lege for fraværsattest, fant FHI i en undersøkelse fra 2017 en utilsiktet økning i medikamentforskrivning (Bakken et al., 2017). Pasienter med kortvarige infeksjonssykdommer kan også bringe smitte inn på fastlegekontoret, med risiko for smitte til sårbare pasienter med underliggende eller kronisk sykdom.

Motivasjon er tett knyttet til mestringstro og gjennomføringsevne på en arbeidsplass. Dette sammen med sosial støtte på arbeidsplassen er viktige faktorer for å komme tilbake i jobb etter sykefravær. Dersom disse faktorene er på plass, er sykefraværet generelt kortere (Bostjancic et al., 2020). Flere studier peker på betydningen av at den ansatte har kontroll over egen arbeidssituasjon som viktig for et lavt sykefravær (Jakobsen, 2016).

I en studie fra Frischsenteret observeres det ikke klare tendenser til endring i sykefraværet ved bytte av fastlege (Amundsen, 2015; Markussen et al., 2018). Dialogen mellom arbeidsgiver, NAV og fastlege har effekt på for å få en sykmeldt raskere tilbake til arbeid. En annen studie tyder på at fastleger på steder hvor det er konkurranse om pasientene er mer ettergivende enn andre når det gjelder å utstede sykmeldinger enn andre. Flere studier fastslår også at sykmeldingspraksis hos næringsdrivende fastleger er ca. fire prosent høyere enn for kommunalt ansatte fastleger (Hoff et al., 2023; Markussen et al., 2017).

7.6. Ekspertutvalgets vurderinger

Sykmeldinger inngikk i om lag 20 prosent av alle fastlegekonsultasjoner i 2022, og våre beregninger tyder på at legemeldt attestering av korttids sykefravær utgjør en betydelig del av fastlegenes totale arbeidstid. Ekspertutvalget mener potensialet for å frigjøre fastlegekapasitet fra pasienter med ufarlige og kortvarige tilstander til pasientgrupper med større behov, er betydelig. For å realisere dette er det viktig at fastlegene framover bruker mindre tid på arbeid med attester og erklæringer som ikke gir helsemessig gevinst for innbyggerne.

Ekspertutvalget anbefaler at det lovfestes at arbeidstaker må bruke opp egenmeldingsdagene før sykmelding kan benyttes. Det vil hvile et ansvar for oppfølging av dette forholdet på arbeidsgiver. Ekspertutvalget mener videre at egenmeldingsperioden bør utvides til å omfatte hele arbeidsgiverperioden, altså de første 16 kalenderdagene av fraværet. Arbeidsgiver bør ha mulighet til å kreve legeattest i denne perioden, men bør da pålegges å betale for denne.

Ekspertutvalget anerkjenner at sykmeldingsordningen, slik den fungerer i Norge i dag, gir en trygghet for arbeidstaker og bidrar til legitimering av sykefravær overfor arbeidsgiver. Innbyggere som har behov for medisinsk hjelp, skal selvsagt oppsøke lege, men også pasienter med ufarlige, kortvarige og selvhelbredende tilstander kontakter fastlegen på grunn av behovet for sykmelding. Sykmelding for ukompliserte tilstander som pasienten ellers ikke ville søkt legehjelp for, legger beslag på legens tid som kunne vært brukt på pasienter med større behov for diagnostikk og behandling. Det er grunn til å tro at en stor del av tiden fastlegen bruker på konsultasjoner knyttet til attester for korttidsfravær, har liten eller ingen innflytelse på pasientens helse eller arbeidsevne, og i verste fall kan øke risikoen for overbehandling og unødvendig medikamentbruk.

Ekspertutvalget anbefaler ingen endringer i fastlegens rolle som medisinsk ekspert i saker som omhandler lengre sykefravær, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Dette er saker som er relatert til langvarige tilstander som ofte krever utredning og oppfølging av lege. Ekspertutvalgets vurdering er at fastlegen har en viktig medisinskfaglig rolle for å fremme arbeidstakers funksjonsevne og tilbakeføring til arbeidslivet i disse tilfellene.

Ekspertutvalget vurderer at en mulig positiv effekt ved økt bruk av egenmeldinger framfor sykmeldinger for legitimering av vanlig korttidsfravær, kan være at dialogen mellom arbeidstaker og leder om tilbakeføring til arbeidslivet forsterkes. Et mer tillitsbasert system for korttidsfravær vil imidlertid kunne bidra til høyere sykefravær. Dersom ekspertutvalgets anbefaling følges, bør effektene på sykefravær, arbeidstakerrettigheter og fastlegenes tidsbruk følges nøye. En gradvis innføring i landets kommuner, vil gi mulighet for å høste erfaringer og at justeringer i regelverket kan gjøres underveis.

De siste årene er det lagt ned et betydelig arbeid i gjennomgang av ulike attester og erklæringer som fastleger utsteder. Intensjonen har vært å fjerne eller forenkle og avlaste fastlegene fra unødig og administrativt arbeid. Ekspertutvalget støtter vurderingene og anbefalingene i tidligere utredninger fra NAV og Helsedirektoratet.

Ekspertutvalget mener det bør være et mål at fastlegen ikke skriver attester med mindre det er direkte knyttet til bedring av pasientens helse. Generelt bør tillitsbaserte systemer for innhenting av helseopplysninger og egenerklæringer benyttes i større grad. Ekspertutvalget anbefaler å tydeliggjøre gjennom forskrift hvilke attester fastlegene er pliktige til å skrive. Attester som ikke er forskriftsfestet, bør ikke fastlegen bruke tid på. Attester som bekrefter kroniske tilstander, eksempelvis blindhet, genetiske sykdommer og varige funksjonshemminger bør ikke behøves repetert.

Ekspertutvalget mener tiltak og samarbeid for utvikling og digitalisering i fastlegenes elektroniske pasientjournalsystemer må fortsette og at arbeidet bør gis høy prioritet. Mer effektive samhandlingsløsninger er viktig både for sykmeldingsarbeid og annet attestarbeid.

Arbeid med legeattester knyttet til tegning av privat helseforsikring bør fjernes som oppgave fra fastlegene, og vurderes erstattet av en mer tillitsbasert tilnærming. Det er forsikringsbransjens ansvar å inngå avtale med leger som kan utføre undersøkelsene og utstede dokumentasjonen, som trengs for å tegne helseforsikring. Ekspertutvalget ser at en mulig effekt av at private aktører selv skal organisere dette kan være at forsikring blir dyrere for pasientene. Ekspertutvalget mener slike kostnader må sees på som en del av private forsikringer. Kostnadene bør i sin helhet dekkes av bedrifter og innbyggere som vil, og har evne til å, kjøpe slike tjenester. Tilgang til private aktører er ikke lik over hele landet. Både reisevei og innbyggernes betalingsevne kan derfor gi et skille i hvem som kan benytte private aktører og ikke.

Ekspertutvalget mener det er viktig å sikre god ivaretagelse av pasienter og trygg håndtering av helseopplysninger. Fastlegen er den som har en samlet oversikt over pasientens helsetilstand, og som kan gjøre undersøkelser for forsikringsselskap uten unødig spredning av journalinformasjon. Dette er viktige momenter å ta med når andre enn fastlegen skal utføre denne jobben. Dersom forsikringsselskapene i stedet ber sine kunder om å skaffe journalutskrift fra fastlegen, vil en slik praksis resultere i at langt flere

helseopplysninger enn det som vanligvis inngår i en legeattest om pasienten, utleveres. Pasienten har imidlertid selv eierskap til sin journal og sine helseopplysninger, og kan velge å utlevere disse til forsikringsselskapet for å få tegnet forsikring. Ekspertutvalgets vurdering er at det bør være en sak mellom pasienten og forsikringsselskapets lege, hvilke helseopplysninger som utleveres. Pasienten bør imidlertid få informasjon om at det ikke bør utleveres flere helseopplysninger enn det som er nødvendig. En mer tillitsbasert tilnærming fra forsikringsselskapets side, vil redusere behovet for utlevering av journal.

Fastlegens rolle som portvokter for spesialisthelsetjenesten utfordres gjennom private helseforsikringer. Løsningen, slik den fungerer i dag, hvor pasienten bestiller konsultasjon hos fastlege for å få henvisning til det private, er i realiteten en offentlig subsidiering av private helsetjenester. Fastlegers bruk av tid på private helseforsikringer bidrar også til en skjevfordeling til fordel for ressurssterke pasienter, og tar tid fra andre viktige kliniske oppgaver. Ekspertutvalget mener denne type henvisninger ikke bør utføres av fastlegen. Dersom fastlegen opplever en situasjon der bruk av helseforsikring ved henvisning er det beste for pasientens helse, har ekspertutvalget tillit til at fastlegen bruker godt faglig skjønn.

Ekspertutvalget kan ikke se at det foreligger medisinskfaglige grunner til at elever i videregående opplæring skal oppsøke fastlegen for å få attestert fravær med kortvarige tilstander som går over av seg selv. Studier tyder sågar på at slike unødige konsultasjoner kan føre til overforbruk av medisiner. Legebesøkene forbundet med slike attester viser en økning i legemiddelforskrivning for den aktuelle aldersgruppen på åtte prosent. Man så en økning i legebesøk for aldersgruppen på 30 prosent da fraværsreglene ble innført, dette utgjorde mer enn 40 000 legekonsultasjoner på årsbasis (Bakken et al., 2017). At fastleger skal skrive attester ved korttidsfravær for elever på videregående skole, anses som uhensiktsmessig. Ekspertutvalget anbefaler at fravær fra videregående opplæring bør håndteres i utdanningssektoren. Anbefalingen gleder også for fravær fra ungdomsskole og universiteter og høgskoler.

8. LEGEVAKT

8.1. Ekspertutvalgets anbefalinger

Den manglende arbeidstidsinnrammingen for legevaktarbeid gir uforutsigbarhet og potensielt stor arbeidsbelastning for fastleger som deltar i legevakt. Ekspertutvalget anbefaler at det etableres rammer for hvor mye legevaktarbeid fastleger kan pålegges.

Ekspertutvalget vurderer at det er hensiktsmessig å åpne opp for at legevakt i større grad betjenes av andre leger enn fastleger. Ekspertutvalget anbefaler tilrettelegging for økt bruk av andre leger enn fastleger, for å bidra til redusert arbeidstid i legevakt for fastleger og økt rekruttering til fastlegeordningen.

Ekspertutvalget anbefaler at gjennomført LIS1 eller tilsvarende er tilstrekkelig for å jobbe selvstendig i legevakt. Endringen medfører at de særlige kompetansekravene og bakvaktkravet for legevaktarbeid bortfaller. Det bør sikres medisinsk faglig støtte for lege i vakt, og god opplæring i lokale rutiner og samtrening med akuttmedisinsk team i kommunen, samt ambulansetjenesten. Kommunen må, i henhold til krav om forsvarlighet, gjøre vurderinger av hvilke leger som er kvalifisert til å jobbe i legevakt.

Ekspertutvalget anbefaler sentralisering av legevaktsentraler, tilrettelagt for videokonsultasjon med forsterket bemanning og fast tilstedeværende lege. Ekspertutvalget mener at grad av sentralisering må vurderes etter geografiske forhold, befolkningsmønster og andre lokale/regionale hensyn.

For å avlaste allmennleger for legevaktarbeid og sikre lokalt akuttilbud i distriktene, anbefaler ekspertutvalget at det opprettes desentraliserte akuttilbud, med støtte fra forsterkede legevaktsentraler, som er bemannet med lege og tilrettelagt for videokonsultasjon. Samtidig anbefaler ekspertutvalget at det tilrettelegges for bruk av videokonsultasjon ved alle legevaktsentraler og legevakter.

Ekspertutvalget anbefaler gjennomgang og evaluering av triageringsverktøy i legevaktsentral og legevakt, og ved behov utvikle, videreutvikle og teste et egnet verktøy.

Ekspertutvalget mener at det er stort potensiale for bruk av personell på tvers av tjenester. Ekspertutvalget anbefaler at lege i legevakt ikke skal måtte være alene i aktiv vakt, men ha tilgang til annet personell ved behov.

Ekspertutvalget mener at overføring av legevakt til helseforetak i store byer kan være hensiktsmessig, av hensyn til rekruttering og stabilisering av fastlegeordningen i disse områdene. Ekspertutvalget foreslår utprøving av drift av legevakt i helseforetakene på natt, der samlokalisering eller nær plassering allerede foreligger.

Ekspertutvalget anbefaler statlig tilskudd/finansiering av samarbeidsordninger mellom forvaltningsnivåene i den prehospitale kjede, for å fremme bedre ressursutnyttelse lokalt.

Ekspertutvalget vurderer at fastlønn i legevakt er et nyttig grep for å redusere arbeidsmengden, ved at portvaktfunksjonene inn til legevakt styrkes. Ekspertutvalget mener også at fastlønn vil kunne styrke rekrutteringen til legevakt, ved å gi bedre kompensasjon og forutsigbar lønn for leger i vakt. Ekspertutvalget anbefaler mer bruk av fastlønn for alt legevaktarbeid. For beredskap vises det til lignende avlønningsavtaler i øvrige deler av kommunen og helsevesenet.

Ekspertutvalget anbefaler at kostnadsnøkkelen for primærhelsetjenester i inntektssystemet for kommunene blir justert for å ta hensyn til smådriftsulemper i drift av legevakt.

Interkommunal legevakt kan være hensiktsmessig for å redusere vaktbelastningen for fastlegene. Systemet for finansiering av legevakt bør derfor oppmuntre kommunene til å etablere interkommunal legevakt når det er hensiktsmessig. Ekspertutvalget anbefaler at finansieringssystemet for legevakt gjennomgås, for å fjerne hindringer for etablering av interkommunal legevakt.

8.2. Innledende om legevakt

Når det oppstår sykdom og behov for helsehjelp i akutte situasjoner har innbyggerne behov for rask og god hjelp av kvalifisert helsepersonell. I slike situasjoner er legevakten ofte innbyggernes første møte med helsetjenesten.

Legevakt bemannes i stor grad av fastleger, og arbeidet utføres i tillegg til legenes fastlegearbeid og andre allmennlegeoppgaver. Legevakttjenesten inngår som en del av allmennlegetjenesten i kommuner, og legevakt- og fastlegetjenestene påvirker hverandre derfor gjensidig. Stadig flere kommuner opplever at rekrutterings- og stabilitetsutfordringene i fastlegeordningen forplanter seg til legevakttjenesten. Økende arbeidspress på legevakt på grunn av få fastleger i vaktlegekorpset kan igjen påvirke rekruttering til fastlegetjenesten negativt.

Mandatet ber ekspertutvalget utrede endringer som "blant annet legger til rette for redusert arbeidstid i legevakt for allmennleger i legevakt." Arbeidsbelastning på legevakt avhenger av flere faktorer enn kun arbeidstid. Tilstrekkelig kompetanse hos legen, tilgang på annet legevaktpersonell, god organisering i kommunen og et velfungerende samarbeid med resten av den akuttmedisinske kjeden er forhold som påvirker arbeidsbelastningen for den enkelte lege, i tillegg til reell arbeidsmengde og arbeidstid.

8.2.1. Kommunens ansvar

Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, og for å oppfylle dette ansvaret, skal kommunene blant annet tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, jf. § 3-2 br. 3 bokstav a.

Akuttmedisinforskriften (*Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)* 2015) presiserer kommunens ansvar for kommunal legevaktordning i § 6:

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet

- *a. vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp*
- *b. diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste og*
- *c. yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.*

I utgangspunktet står kommunene fritt i hvordan de organiserer legevakt så lenge de oppfyller kravene i lov og forskrift. Kommunal legevaktordning består av legevaktsentral, ett fast/nasjonalt legevaktnummer (116 117) og lege(r) i vaktberedskap (2015c).

Det følger av fastlegeforskriften § 13 første ledd at fastlegen plikter å delta i a) kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid og b) kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet/nødnettet og ivaretakelse av utrykningsplikten. Fastlegen har en plikt, men ikke en rett, til å delta i legevakt. Det vil være opp til kommunen å vurdere om fastlegen skal delta.

Kommunen kan frita fastlegen fra å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid, når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det, jf. fastlegeforskriften § 13 tredje ledd. Fastlegen har rett til fritak fra legevaktdeltakelse når legen er over 60 år, er gravid i de tre siste måneder av svangerskapet eller når graviditeten er til hinder for deltakelse, eller ammer barn som er under ett år.

8.3. Lokale forskjeller i legevakt

8.3.1. Organisering

Kartlegginger av legevakt de siste årene viser stor variasjon mellom kommunene på en rekke områder, ofte etter kommunenes befolkningsstørrelse og sentralitet (Ekornrud et al., 2023; Ekspertgruppe legevakt, 2021). Organiseringen av legevakt er ulik mellom kommunene, men kan også variere innad i den enkelte kommune gjennom døgnet og uken, mellom å ha kommunal legevakt på noen tidspunkt og inngå i interkommunalt samarbeid til andre tidspunkt. Det medfører også at antallet kommuner som inngår i interkommunalt samarbeid varierer. Det har over tid vært reduksjon i antall legevakter (Allertsen et al., 2021).

Våren 2022 var landets 356 kommuner oppdelt i 168 legevaktdistrikt, hvorav 85 er en-kommune legevakter og 83 er interkommunale legevakter (Allertsen et al., 2021).

139 kommuner har egen kommunal legevakt hele eller deler av døgnet, uten samarbeid med andre kommuner. Av disse har 53 kun egen kommunal daglegevakt, mens de øvrige 86 kommunene har legevakt også til andre tider av døgnet og uken, utover daglegevakt. 284 av 365 kommuner inngår i en form for interkommunalt samarbeid hele eller deler av tiden. 75 kommuner er vertskommuner for interkommunale legevakter. Vertskommuner ligger hovedsakelig i relativt sentrale kommuner (Ekornrud et al., 2023).

Det er også stor variasjon mellom legevaktene i størrelse på geografisk område og antall innbyggere legevaktene dekker. Nær halvparten av legevaktene (77) dekker mindre enn 10 000 innbyggere, med et gjennomsnitt på 4 000 innbyggere. 43 av disse er i helseregion nord (Allertsen et al., 2021).

Siden organiseringen av legevakt kan variere gjennom døgnet og uken, vil også lokalisering av legevakt kunne variere. En av fem legevakter er samlokalisert med kommunal akutt døgnenhet (KAD), mens en av 10 har lokale sammen med ambulansestasjon. 28 legevakter (16 prosent) er samlokalisert med sykehus, og fem legevakter har felles akuttmottak med sykehuset per 2021 (Ekspertgruppe legevakt, 2021). SSBs kartlegging samme år viser at av de 75 vertskommunene for interkommunal legevakt har tre av 10 legevaktslokale i tilknytning til sykehus (Ekornrud et al., 2023). Mer enn en av tre legevaktstasjoner har over en times kjøretid til nærmeste sykehus med akuttfunksjon (Ekspertgruppe legevakt, 2021).

Den kommunale medisinske nødmeldetjenesten ivaretas av legevaktsentraler som tar imot og håndterer telefonhenvendelser fra innbyggere i en eller flere kommuner. Per januar 2022 var det 94 legevaktsentraler og disse dekker alle kommuner i Norge. 45 av legevaktsentralene er i helseregion Sør-øst, mens det er 20 i Vest, 19 i Nord og 11 i Midt. Fire av fem legevaktsentraler er samlokalisert med legevaktlokaler, mens de øvrige

er plassert sammen med akuttmottak/sykehus, AMK eller plassert i et eget bygg eller ved et helse- og omsorgssenter (Allertsen et al., 2021).

Legevaktsentralen betjenes av operatører som kartlegger og vurderer pasientens helsetilstand, fastsetter hastegrad, gir veiledning og medisinske råd og iverksetter andre nødvendige tiltak. En viktig funksjon ved legevaktsentralen er å styre ressursene etter behov og hastegrad (Helsedirektoratet, 2020c). I 2020 oppgav 90 prosent av legevaktsentralene at de har rutine for å sette hastegrad for de pasientene som blir bedt om å møte på legevakt for konsultasjon (Allertsen et al., 2021).

Ifølge akuttmedisinforskriften § 13 bokstav d er kravet til svartid at 80 prosent av alle henvendelser normalt skal besvares innen to minutter. Hensikten med krav til svartid, er å sikre god kvalitet og service i legevaktsentralene og at befolkningen skal være trygge på at de får hjelp i akutte situasjoner (Helsedirektoratet, 2020c).

8.3.2. Bemanning i legevakt

Norske kommuner bemanner sine legevakter med flere grupper leger. 92 prosen av legevaktene bruker egne fastleger, 67 prosent bruker andre leger i tillegg til fastlegene, og 24 prosent har leger fast ansatt på legevakten (Ekornrud et al., 2023). I de mest sentrale kommunene er det vanlig å ha fast ansatte leger eller leger fra vikarbyrå på legevakt, i tillegg til fastleger, mens de mest usentrale kommunene i mindre grad benytter seg av slike leger på legevakt (Ekspertgruppe legevakt, 2021).

Fastleger utfører majoriteten av konsultasjoner og sykebesøk i legevakt, men en betydelig andel utføres av andre leger, som heltidsansatte vaktleger, LIS1, nyutdannede leger, sykehusleger og stipendiater. Fastlegene utførte 58 prosent av alle konsultasjoner og sykebesøk i regi av legevakt i 2021 (Sandvik et al., 2022; Skyrud et al., 2023), en økning fra 54 prosent i 2019 (Ekspertgruppe legevakt, 2021).

To av tre legevakter har kun èn lege på vakt til alle døgnets tider (Morken et al., 2019). Samtidig har en av tre legevakter ikke sykepleier eller annet helsepersonell på legevakten (Allertsen et al., 2022). Dette gjelder også på kveldstid, mens på natt har 40 prosent av legevaktene ikke annet helsepersonell enn legen, på vakt.

Per 2021 bemanner 42 prosent av kommunene i tillegg legevakt med sykepleier, og 25 prosent med annet helsepersonell. Andelen sykepleiere og annet personell varierer etter kommunestørrelse, og forekomsten er størst i de mest folkerike kommunene og andelen er fallende med fallende innbyggertall. (Ekornrud et al., 2023). Tilsvarende er andelen kommuner som ikke har sykepleier fast til stede på legevakten størst blant kommunene som ikke deltar i interkommunal ordning (Ekspertgruppe legevakt, 2021).

8.3.3. Pasienter i legevakt og triagering

Majoriteten av pasientkontakter er vanlige konsultasjoner (65 prosent), etterfulgt av telefonkontakter (31 prosent), sykebesøk (3 prosent) og utrykninger (0,1 prosent). De fleste legevaktkontakter på hverdager finner sted på kveld og natt, og hoveddelen mellom kl 16 og 20. I helgene er det flest legevaktkontakter på dagtid fram til kl 20 (Ekspertgruppe legevakt, 2021). Hovedandelen av pasientkontakter i legevakt handler om ikke-akutte tilstander, med laveste hastegrad (grønn) (Eikeland et al., 2020).

Små legevaktdistrikt har flere konsultasjoner per 1000 innbyggere enn større legevaktdistrikt. De minste kommunene har også større andel telefonkontakter, sykebesøk og utrykninger både kveld og natt enn de store legevaktdistriktene. I de mindre legevaktdistriktene brukes tidstakster i en større andel av konsultasjonene enn i større distrikt. En større andel av konsultasjonene i små legevaktdistrikt har to eller flere tidstakster

sammenlignet med store distrikt for alle diagnosekoder, som et uttrykk for at konsultasjonene tar lengre tid (Ekspertgruppe legevakt, 2021).

Yngre og eldre innbyggere kontakter legevakt oftere enn øvrige innbyggere, og kvinner noe oftere enn menn. Psykiske lidelser utgjør totalt 5 prosent av alle kontakter på legevakt. En større andel av disse konsultasjoner utføres på natt sammenlignet med kveld, enn for øvrige diagnoser (Ekspertgruppe legevakt, 2021), og legevaktleger oppgir at disse konsultasjonene er tidkrevende og utfordrende å håndtere. Mindre kommuner har oftere oppmøte på legevakt kveld eller natt av hyppige brukere (de med mer enn fem konsultasjoner/sykebesøk per år). Disse fikk også hyppigere sykebesøk og lengre konsultasjoner (Sandvik et al., 2018).

Tre av fem legevakter benyttet standardiserte triageringsverktøy ved oppmøte til legevakt i 2022. En av fem legevakter oppga at triagering ikke var aktuelt, fordi legevakten sjelden eller aldri opplevde samtidighetskonflikt (Allertsen et al., 2022). Legevakt og legevaktsentral bør ha system for prioritering og triagering av pasienter ved samtidighetskonflikt, i henhold til Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral (Helsedirektoratet, 2020c).

8.3.4. Kompetansekrav til lege i legevakt

Akuttmedisinforskriften § 7 stiller kompetansekrav til leger som skal ha legevakt i den kommunale legevaktordningen. Kompetansekravene til lege som kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, består av krav til grunnkompetanse (spesialist i allmennmedisin eller godkjenning som allmennlege), inkludert relevant praksis og kurs i akuttmedisin og vold- og overgrepshåndtering (2015c).[42] Legevaktmedisin er primært allmennmedisin, og bør i hovedsak utøves av kvalifisert allmennlege/fastlege, samtidig som legevakt er en beredskapstjeneste og krever spesifikk kompetanse utover generell grunnkompetanse. Kompetansekravene til leger som skal ha legevakt, gjelder i tillegg til kravene som stilles i kompetanseforskriften, og er i utgangspunktet strengere (*Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*, 2017).

Vaktleger som ikke oppfyller kompetansekravene, må ha kvalifisert bakvakt, det vil si lege i bakhånd med kvalifikasjoner tilsvarende de kompetansekrav som stilles. Kravet om bakvakt følger av akuttmedisinforskriften § 7 andre ledd. Den enkelte kommune eller den enkelte legevaktordning må vurdere om bakvakten ved behov skal kunne være tilgjengelig for til stede-veiledning av lege i vakt som ikke oppfyller kompetansekravene. Kommuner kan samarbeide om bakvaktordning for et større område.

Bakvaktordningen har sin bakgrunn i forsvarlighetshensyn, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonelloven § 4. Legevaktsdistriktene blir større, flere oppgaver utføres i kommunene i tråd med samhandlingsreformens intensjoner, og kompleksiteten av de medisinske problemstillingene øker også i legevaktsarbeidet. Legevakt er videre en beredskapstjeneste, og preges tidvis av situasjoner med akutte problemstillinger, hvor raske avgjørelser er nødvendig. I mange situasjoner vil legen ofte måtte treffe beslutninger alene. I situasjoner der lege i vakt ikke har tilstrekkelig kompetanse, vil det derfor, av forsvarlighetshensyn, være nødvendig med en bakvakt som kan konsulteres. Utover det strenge hensynet til forsvarlighet, vil en erfaren bakvaktlege kunne bidra med god støtte til en mindre erfaren lege når det gjelder pasientvurdering, og dermed også kunne bidra til å forhindre unødvendige innleggelser i sykehus.

[42] *Rundskriv til akuttmedisinforskriften, s. 15.*

Med grunnlag i rekrutteringsutfordringer, kan kommunen gi unntak fra kompetansekravene for leger som har oppnådd læringsmålene i spesialistutdanningens første del (LIS1) eller tilsvarende, jf. akuttmedisinforskriften § 7 tredje ledd. Slike unntak kan bare gis til og med 31. desember 2023, og statsforvalteren skal orienteres om unntakene.

8.3.5. Legevakt i andre land

I alle de nordiske landene er legevakttjenesten avhengig av allmennleger som bidrar i vaktarbeidet, i tillegg til sitt ordinære arbeid på dagtid (Eide, 2020). Det varierer i hvilken grad leger er pliktige til å delta i legevaktstjeneste. I distriktene er det færre leger til å dele på vaktarbeidet, og dermed en høyere arbeidsbelastning på legevakt. I store deler av Norden bidrar lange avstander og værforhold til problemer med å sikre god tilgang til legevakttjenester for hele befolkningen. Dette gjelder særlig distriktene i nordlige deler av Sverige og Finland. Men også i de andre landene vi ser på her, er dette relevante problemstillinger – spesielt i Skottland.

8.3.5.1. Danmark

En omfattende helsereform i Danmark i 1992 ga fylkene, og senere regionene, medansvar for organiseringen av legevakttjenester. Det ble satt en øvre grense for frekvens og varighet av vaktarbeid, og kun godkjente spesialister i allmennmedisin kunne utføre telefontriagering. Det førte til redusert vaktbelastning, samtidig som andelen allmennleger som ikke deltok i legevakt, økte til 36 prosent. Kontakttyper endret seg også, og andelen hjemmebesøk ble nærmest halvert til 18 prosent, mens andelen telefonkonsultasjoner økte til 60 prosent. De siste årene har det vært økende problemer med å rekruttere nok allmennleger til vaktordningen.

Legevakttjenestene i Danmark er regionenes ansvar. I Region Hovedstaden drives legevakten av regionen selv. I Region Sjælland overtok regionen oppgaven i oktober 2022. I de tre andre regionene drives legevakttjenesten av allmennlegene via lokalavdelinger av Allmennlegeorganisasjonen (PLO), innenfor rammen av avtaler med den enkelte region (Danske regioner). Det er relativt store forskjeller mellom regionene når det gjelder fastlegenes deltakelse i legevakt. I 2016 deltok 84 prosent av legene i Region Midt-Jylland, mot 62 prosent i Region Sjælland.

Allmennlegene har ansvar for å levere legevakttjenester og inngår derfor tariffavtaler med regionene om legevaktsarbeid. Den enkelte fastlege har fleksibilitet med hensyn til omfang av legevaktsarbeidet. De får høyere betalt for legevakt enn for vanlig legearbeid. Det er i Danmark vanlig at vaktlegene er selvstendig næringsdrivende, selv om det i økende grad tilbys fast lønn på nattevakt.

Det er store forskjeller i bruk av sykepleiere og annet helsepersonell i legevakt i de fem regionene. Region Midt-Jylland bruker sykepleiere mest, som dekker 22 prosent av det totale uketimetallet for alt personell. I Hovedstadsregionen utfører sykepleiernes majoriteten av telefonkontakt og hjemmebesøk. Region Sjælland bruker kun leger i legevakt.

I Danmark er det et felles legevaktnummer innen hver helseregion, hvor spesialist i allmennmedisin triagerer henvendelsene til hjemmebesøk eller legevakt. Det varierer ut fra lokale forhold hvor mange og hvilke typer konsultasjonssteder regionene har etablert, blant annet basert på aktivitetsomfang, kompetanse og

åpningstider. Danmark har også felles elektronisk pasientjournal i hver helseregion, men disse er ikke tilgjengelige for allmennlegene på dagtid.[43]

8.3.5.2. Sverige

I Sverige har regionene ansvaret for legevakt, men det er ikke et system som tilsvarer den norske legevaktordningen. Organiseringen av helsehjelp utenom ordinær åpningstid varierer mellom regionene. Alle regioner har en form for vaktvirksomhet i grunnoppdraget til helsesentre/vårdcentraler, og dette skjer ofte i samarbeid mellom kommuner eller vårdcentraler. Private aktører brukes også. Leger i allmennsjukvården er pålagt legevakt gjennom en nasjonal avtale. I de større byene er det mer vanlig med fast ansatte legevaktsleger.

De fleste allmennleger er fast ansatt i vårdcentraler, som også delvis tilbyr legevakttjenester på ettermiddags- og kveldstid, med vesentlige regionale forskjeller innad i landet. Vårdcentraler i spredtbygde strøk er oftere åpne på kvelder og helger, dette gjelder også private vårdcentraler (Helse- og omsorgsanalyse 2020). Sykehusenes akuttmottak spiller en viktig rolle i legevakttjenestene på nattestid.

Sverige har et nasjonalt telefonnummer (1177) og webside som veileder innbyggerne om helsetjenestene og gjør telefontriagering av henvendelser utenom kontortid. Dette har redusert antall henvendelser til legevakttjenestene. Det nasjonale nummeret ruter innringer til sin lokale region.[44]

8.3.5.3. Finland

I Finland tilbyr alle helsesentre legevakt i kontortiden, enten av fastlege eller sykepleier. Tidligere ble legevakttjeneste tilbudt både i primærhelsesentre og sykehus, men siden 2013 har ansvaret for de fleste legevakter blitt overført til sykehusklinikker. Allmennlegevakt foregår i samme lokaler som akuttmottakene i sykehus, og gjør spesialistkonsultasjoner mer tilgjengelige (Keskimäki et al., 2019). Denne foretrukne modellen er fastsatt i lov (Finlex). Primærhelsesentre tilbyr i tillegg timeavtaler på kveldstid for ikke-akutt helsehjelp.

Det er frivillig å delta i legevaktsarbeid for allmennpraktikere som arbeider i helsesentrene, men fastlegene oppfordres til å delta, også for opprettholde faglig kompetanse på akuttmedisin. Legevakttjenesten har stor turnover i bemanning. Legene er ofte nyutdannede, utenlandske eller i forskerstillinger og lignende. Noen sykehusklinikker har fast ansatte leger som jobber i mindre stillinger. Vaktene er på ca. 8-10 timer og legene får ekstra lønn for dette arbeidet.

I Finland brukes som i Norge, 116 117 som nummer til legevakten. Man rutes (fra 2021) da til en regional tjenestelokasjon. Her treffer man, som regel, en sykepleier som vurderer behovet for øyeblikkelig hjelp, basert på pasientens skade eller symptom (Keskimäki et al., 2019).

8.3.5.4. England

Historisk var GP's ansvarlige for legevakttstjenestene, men fra 2004 kunne offentlig helsemyndigheter kjøpe legevakttjenester gjennom kontrakter med GP-nettverk eller tilbydere fra privat sektor (Anderson et al., 2022).

---

[43] Svar på spørreskjema av kontaktperson ved Center for økonomi, styring og aftaler, Danske Regioner.

[44] Svar på spørreskjema av kontaktpersoner ved Vårdanalys og Karolinska Instiuttet, juni 2022.

Tjenesten består av en telefontjeneste (NHS 111) med rådgiving og triage, telefonkonsultasjoner og direkte konsultasjoner (NHS).

Legepraksisene i det enkelte geografiske opptaksområde tilbyr ofte tjenester utenom vanlig åpningstid, men en legepraksis kan også velge å ikke ha legevakt som en del av sine kjernetjenester. Dette bestemmes gjennom avtaleinngåelse mellom legepraksisen og helsemyndighetene.

"Urgent treatment centres"(UTC) tilbyr akutt helsehjelp utenom ordinær arbeidstid og er ofte GP-ledet, eventuelt ledet av kompetent paramedisiner eller spesialsykepleier. På steder hvor UTC er samlokalisert med akuttmottak, kan pasientene styres til riktig plass også ved direkte ankomst (NHS England).

Andre typer enheter som "minor injuries units" og "walk-in-centre", er delvis overlappende med UTC når det gjelder tjenester. Minor injuries units behandler lettere skader, men ikke sykdommer. Sentrene er plassert enten innenfor eller i nærheten av akuttmottak og er primært åpne på dagtid. De er ofte bemannet med "advanced nurse practitioners", sykepleiere som selvstendig kan diagnostisere og behandle pasienter.

For å øke tilgjengeligheten til allmennlegetjenester utenfor kontortid, ble modellen "Enhanced Access" introdusert av NHS England (National Health Service) i 2022 (NHS England), og tilbyr timebestilling utenfor kontortid hos allmennlegetjenesten. Tjenesten gis av Primary Care Networks (PCNs), og medfører ikke utvidet åpningstid for den enkelte allmennpraksisen.

8.3.5.5. Skottland

Tilgang til primærmedisinske tjenester utenfor normal åpningstid er en grunnleggende del av allmennlegetjenesten i Skottland. Dagens legevaktstjeneste ble etablert over hele Skottland, etter endringer i fastlegeavtalen i 2004. Ytterligere endringer kom i 2018-avtalen, som fjernet gjenværende plikt for fastleger/GP's til kontraktsmessig å yte legevakttjenester (The Scottish Government, 2018). Dette har ført til bemanningsproblemer ved legevakttjenesten[45]. På bakgrunn av dette ble pilotprosjektet '*Expanding the out of hours (OOH) workforce'* startet (før pandemien kom). Målet har vært å utvide legevaktstyrken, og spesielt oppmuntre yngre fastleger til å se dette som en del av fastlegearbeidet. Tiltaket inkluderer bruk av 3. års ALIS, som kan ta betalte vakter når de har fullført sin avtalte 72 timers opplæring i legevaktsarbeid. Ordningen har hatt stor betydning for å kunne opprettholde full drift ved legevakten i en del områder.

Ved behov for akutt helsehjelp, skal innbyggerne kontakte NHS 24 -111, som gir råd om egenomsorg, henviser pasienten til nærmeste tjeneste/helsepersonell eller til et digitalt senter for en klinisk vurdering. "Flow Navigation Centre" gjør klinisk triage og virtuelle vurderinger med telefon- eller videokonsultasjon og tilgang til "senior clinical decitionmaker", som reduserer behovet for konsultasjon ved legevakt. Det gjennomføres telefon- eller videokonsultasjon når det er mulig, noe som reduserer behovet for å dra på legevakten. Den nasjonal videokonsultasjonstjeneste "Near Me" brukes av hele helse- og omsogstjenesten (NHS Scotland).

8.3.5.6. Nederland

Legevaktstjenestene i Nederland består av store allmennlegekooperativer (GPC) der 50–250 fastleger dekker en befolkning på 100 000–500 000 innbyggere. Det er en legevakt i alle regioner, som dekker legetjeneste på kveld og natt (inkludert hjemmebesøk). Vaktene roteres mellom fastlegene.

[45] *Meddelelse fra kontaktperson ved GP Policy Division, Skottland.*

Tidligere (fram til 2023) har det bare vært praksispartnere som, gjennom avtalene, har vært pålagt å delta i legevakt. Dette er nå endret, med bakgrunn i at stadig flere leger som arbeider i allmennpraksis ikke er partnere, men ansatt på legekontoret.

Ved behov for akutte tjenester tar innbyggerne først kontakt via telefon, og blir triagert av trente fagfolk for å få riktig hjelp, inkludert å gi pasientene råd på telefonen. Det er regionale numre til legevakten.

Omtrent 65 prosent av legevaktene er samlokalisert med sykehusenes akuttmottak (Emergency department) og mange andre er lokalisert nærme et sykehus. I tillegg til allmennleger arbeider sykepleiere på legevakten, noen ganger "nurse practioners" eller "physician assistants" som utfører bestemte oppgaver. Betalingen til legene er timesbasert. Pasienten betaler ikke egenandel for konsultasjon.[46]

8.3.6. Beskrivelse av utprøvinger og utredninger

8.3.6.1. Pilot legevakt

En ny legevaktorganisering i spredtbebygde områder har vært pilotert i to legevaktdistrikter i perioden 2018–2022. Overordnet målsetting er å sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk beredskap i kommunene, gjennom bedre tilgjengelig tilbud til legevaktpasienter i små og mellomstore kommuner, styrke akuttberedskapen, utnytte samlede vaktressurser bedre, styrke rekruttering av fastleger i kommunen og ta i bruk digitale løsninger for å understøtte diagnostikk og behandling.

Det er etablert legevaktsatellitter i fem kommuner i Ytre Sogn og Sunnfjord, med sentral i Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt i Førde. Legevaktdistriktet omfatter drøyt 13 000 innbyggere. I Romsdalsregionen er det fem satellittkommuner, med legevaktsentral i Molde Interkommunale legevakt. Innbyggere i satellittkommunene i Romsdalsregionen utgjør 20 000. Satellittene er stort sett lokalisert på sykehjem, og bemannet med sykepleiere. Pasientflyten i piloten skjer ved triagering av henvendelser til legevaktsentralen. Pasientene får tildelt time på legevaktsatellitten med sykepleier, som kan gjøre undersøkelse og behandling, og ved behov koble opp videokonferanse med lege på legevaktsentralene i den interkommunale legevakten.

Samarbeidet med aktørene i den akuttmedisinske kjede og primærhelsetjenesten er bedret. Både Romsdalsregionen og kommunene i Ytre Sogn og Sunnfjord har valgt å sette pilotmodellen i ordinær drift.

Det er utført tre evalueringer av ordningen, to lokale og en av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) (Albrektsen, 2022; Molde interkommunale legevakt, 2022; Zakariassen, 2022). I tillegg har Helsedirektoratet utarbeidet en egen evaluering (Helsedirektoratet, 2023f). De lokale evalueringene som er uført av pilotene, viser samlet sett at pasientene, legene og kommunene er fornøyd. Rammen for konsultasjonene er gode nok. Modellen har gitt redusert vaktbelastning og forutsigbar turnus for leger. Sykepleierne på satellittene har fått økt kompetanse, og opplever at arbeidshverdagen en mer faglig interessant.

I tillegg til videokonsultasjon på satellitt, har flere tiltak blitt iverksatt. Det brukes video med hjemmetjenesten, i syning av lik ved forventet dødsfall, og i samarbeidet med ambulansetjenesten. I en av kommunene rykker sykepleier ut på røde responser. I sin evaluering trekker NKLM fram høye kostnader ved ordningen, og et betydelig fall i sykebesøk og utrykninger i Molde-regionen, som negative følger av forsøket. Helsedirektoratets vurdering er at erfaringene som er gjort i pilotene, viser at konsultasjonsformen er god nok, med

[46] *Svar på spørreskjema av kontaktperson ved Policy officer GP care Ministerie van Volksgezondheid.*

tilfredsstillende kvalitet, og at pasienter blir henvist til riktig nivå for videre vurdering og behandling (Helsedirektoratet, 2023f). Samtlige evalueringer som er utført, er samstemte om dette.

8.3.6.2. Rørosmodellen

På Røros har det blitt gjennomført et samarbeidsprosjekt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, som ble avsluttet våren 2022 med en erfaringskonferanse. Det prøves ut nye arbeidsprosesser og nye måter å samarbeide på. I dette prosjektet deles en ambulanseressurs mellom helseforetaket og kommunen, hvor ambulansepersonellet yter kommunale helsetjenester når de ikke er opptatt med ambulanseoppdrag. Disse kommunale tjenestene kan være sykebesøk, planlagte samtaler, blodprøvetaking mm.

Tilbakemeldingene er at modellen oppleves nyttig for både fastleger og legevaktsleger. Ambulanseberedskapen har, ifølge evalueringen, ikke blitt dårligere. Modellen bidrar videre til et utstrakt samarbeid mellom legevakt og ambulansetjenesten, som er nyttig også i det øvrige arbeidet. Tjenesten finansieres av helseforetaket, men medfører lite ekstrautgifter, kun de timene som de kommunale aktørene bruker til planlegging og møteaktivitet. For kommunen har prosjektet vært lønnsomt, også siden ambulansemedarbeider utfører oppgaver som er kommunens ansvar. Helseforetaket har dekket alle utgifter for ambulanseressursen (Gjøsund et al., 2020).

8.3.6.3. Akuttkjeden Telemark

Akuttkjedeprosjektet ble gjennomført i perioden 2016–2020, og var et samhandlingsprosjekt mellom Sykehuset Telemark og kommunene. Målet var å styrke den akutte helsetjenesten, og ambisjonen var å skape Norges beste akuttkjede. I prosjektet er akuttkjeden definert fra et akutt symptom oppstår til pasienten er inne på rett behandlingssted.

Prosjektet har bestått av deltakere fra alle aktørene i akuttkjeden. Ambulansetjenesten, AMK, akuttmottak, legevakt, fastleger og kommunal hjemmetjeneste har vært representert.

Sentralt i prosjektet har vært å etablere et felles virkelighetsbilde, og mål for alle aktørene i akuttkjeden. Det er gjennomført flere tiltak, og utviklet en rekke beslutnings- og støtteverktøy, som flytskjema for definerte pasientforløp, observasjonsskjema som følger pasienten gjennom hele forløpet, tiltakskort og egen app for alle aktører i kjeden.

Prosjektet rapporterer at arbeidet har styrket kvaliteten og pasientsikkerheten i den akutte helsetjenesten, og det har bidratt til å sikre pasientene rett behandling på rett nivå. Samhandlingen og tilliten mellom sykehuset og kommunene har også blitt styrket (Sykehuset Telemark, 2020).

8.3.6.4. Tilskudd

Regjeringen vedtok et tilskudd på 50 millioner kroner for 2022, som skulle bidra til å "styrke legevakttjenesten og redusere vaktbelastningen i distriktskommuner" (Tømmerbakke). Helsedirektoratet utarbeidet kriterier for tilskuddet våren 2022, samtidig som det ble utarbeidet et dokument med tips og idéer til kommunene over mulige tiltak. Arbeidet med kriteriene ble utført i samarbeid med FHI og miljøet rundt Ekspertgruppe Legevakt. Helsedirektoratet fikk videre innspill fra NKLM, NSDM og Norsk Legevaktforum i arbeidet, og kriteriene var på høring hos Legeforeningen og KS.

Formålet med tilskuddet, var å bedre rekrutteringen og redusere vaktbelastningen i legevaktordningen i de minst folkerike og minst sentrale kommunene. Sentralitetsklasse 6 og under 5 000 innbyggere var de

kommunevariablene som i Ekspertgruppens grunnlagsdata var sterkest korrelert med å ha tre eller færre leger i legevaktordningen, og som ligger til grunn for å kunne søke tilskudd.

Det ble satt et tak på tilskuddsbeløp på 1 500 000 kroner per kommune, og de 50 millionene ble til slutt fordelt på 40 kommuner.

Så lenge formålet med tilskuddsordningen ble oppfylt, har kommunene stått relativt fritt til å bestemme hvilke tiltak tilskuddsmidlene skal brukes til. Dette omfatter blant annet rekruttering av leger og sykepleiere til legevakt for å kunne fordele den totale arbeidsbelastningen, utprøving av ulike turnusmodeller og vaktordninger for å bedre vaktbelastningen i legevakt, kurs og samtrening av personell på legevakt og ambulansetjenesten for å øke kompetansen hos de ansatte, anskaffelse av legevaktbil, og oppgradering av utstyret på legevakten. I besvarelse av oppdrag i tildelingsbrev har Helsedirektoratet anbefalt at tilskuddet bør videreføres (Helsedirektoratet, 2023b).

8.3.6.5. Nylige utredninger og oppdrag for å bedre situasjonen i legevakt

Partssammensatt arbeidsgruppe legevakt er et samarbeid mellom KS, Oslo kommune, Legeforeningen og staten om utfordringene innen legevaktområdet. Oppdraget er å vurdere hvordan belastningen for allmennleger blir håndterbar, samtidig som det sikres en god legevakttjeneste i hele landet. Arbeidsgruppen har levert to besvarelser, en del-besvarelse våren 2022 og en hovedbesvarelse vinteren 2023.

I hovedbesvarelsen vurderer arbeidsgruppen blant annet løsninger som tilrettelegger for redusert arbeidstid i legevakt for allmennleger, oppgave- og ansvarsfordeling, tiltak for å redusere belastning når legen er på vakt og hvordan finansieringsordningen for legevakt kan understøtte oppdragets øvrige punkter (Helsedirektoratet, 2023e).

Helsedirektoratet har vurdert endringer i regulering og finansiering av legevakttjenesten, for å skape bærekraftige løsninger. Vurderingen ble levert vinteren 2023. Det er blant annet utredet kompetansekrav for leger, tiltak for økt trygghet i vakt, rammefinansiering uten bruk av takster, og fastlønn i legevakt (Helsedirektoratet, 2022k).

Boks 8-1: Erfaringer fra legevaktstiltak i kommuner

I mange deler av landet har det vært rekrutteringsutfordringer i legevakttjenesten over mange år, og det har over tid vært endring av både legevaktstruktur (færre og større legevaktdistrikter) og organisering av de enkelte legevaktdistriktene.

For å sikre rekruttering til både interkommunale legevaktdistrikt og særlig mindre legevaktdistrikt har mange kommuner tatt i bruk ulike turnusordninger og gjort andre grep for å tiltrekke seg leger. "Nordsjøturnus" har blitt en samlebetegnelse på ulike ordninger hvor leger veksler mellom korte, intensive perioder med arbeid og lengre friperioder.

Et annet grep som har vært mye diskutert og utprøvd flere steder er innføring av fastlønn på legevakt. Under følger to eksempler på kommuner som har ulike former for nordsjøturnus (Luster og Lyngen) og én kommune som har innført fastlønn på legevakt (Stor-Elvdal).

Lyngen kommune

Lyngen kommune har 2800 innbyggere, og har lange avstander innad i kommunen og 90 minutters reisevei til Tromsø. Hyppige legevakter skapte utfordringer med å rekruttere fastleger. Samtidig ønsket Lyngen å beholde legevakten i egen kommune, for å unngå lange avstander og utrygghet for befolkningen. Kommunen valgte å innføre ny struktur for legevakt, og utformet en nordsjøturnus for vaktleger. Turnusen omfatter tre leger, inkludert 40 prosent kommunalt tilsyn på sykehjem i ordinær arbeidstid. Legene jobber to uker på, fire uker av, og har en egen jobbturnus i arbeidsperioden. Nordsjøturnus-legene dekker hverandre ved ferie og fravær.

Ordningen avlaster fastlegene og gir en stabil legevaktsordning med faste vaktleger som kjenner pasientene. Den sikrer kontinuitet og kompetanse i distriktet og er en populær ordning, både blant fastleger og leger i nordsjøturnusen. Kommunen oppgir at det er en økonomisk gunstig ordning for dem, sammenlignet med bruk av kostbare vikarbyrå.

Kommunen trekker fram noen utfordringer og forutsetninger, som sårbarhet ved sykdom hos nordsjøturnuslegene og godt samarbeid mellom fastleger og legene i nordsjøturnus om felles praksis. Det er også noe begrenset mulighet for oppfølging av pasienter for legene i nordsjøturnus, og fastlegene får mindre erfaring med akutte tilstander og trening i akutte hendelser.

Stor-Elvdal kommune

Stor-Elvdal kommune har 2 400 innbyggere og egen legevakt. Av geografiske årsaker, er det utfordrende å inngå i interkommunalt legevaktsamarbeid. På grunn av store utfordringer med bemanning av legevakt har kommunen brukt kostbar vikarstafett, med lite kontinuitet i legetjenesten. Stor-Elvdal besluttet å bemanne opp fastlegetjenesten og legevakt, fra tre leger og en LIS 1-lege, til seks leger og en LIS1-lege, hvorav én kommunelege. Allmennlegetjenesten er organisert med arbeidsplan for alle legene i 100 prosent stilling inkludert legevakt, som ubundet og bundet arbeidstid. Arbeidsplanen gir forutsigbarhet og kontinuitet, og har gitt en akseptabel vaktbelastning. Alle allmennlegestillingene i kommunen er nå besatt av erfarne spesialister i allmennmedisin.

Foreløpige tilbakemeldinger fra befolkning og leger er meget positive. Det er for tidlig å si noe sikkert om økonomien i ordningen, men utgiftene til allmennlegetjenesten virker ikke å være høyere enn tidligere år, og forutsigbarheten er langt bedre.

8.4. Hovedutfordringer legevakt

Utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger har direkte påvirkning på bemanning av legevakt og vaktbelastning for legene. Kartleggingen utført at ekspertgruppe legevakt viste hvordan fastlegeordningen og status i legevaktordningen påvirker hverandre gjensidig, siden fastlegene er stammen i legevakttjenesten i de aller fleste kommuner. Fastlegene er viktige i legevaktordningen, i både folkerike og mindre folkerike kommuner (Ekspertgruppe legevakt, 2021).

Utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger i distriktene, samt å ha en stabil og robust legevaktbemanning, har vært kjent over tid. De senere årene melder stadig flere folkerike kommuner at rekrutteringsutfordringer i fastlegetjenesten forplanter seg til legevakt. Legeløse lister, høy arbeidsbelastning og manglende kapasitet til å følge opp egen praksis pekes på som årsaker til at flere fastleger ikke kan eller ønsker å delta i legevakt. Det gir færre leger i vaktordningen og høyere vaktbelastning på gjenværende leger (Ekspertgruppe legevakt, 2021).

Problemer med rekruttering til fastlegestillinger medfører at færre fastleger er tilgjengelige i legevaktordningen. Antall leger i vaktordningen er også relatert til fastlegens alder. Fastleger har rett til fritak fra legevaktarbeid etter fylte 60 år. Fritaket er krevende for kommuner med stor andel fastleger over 60 år, og er særlig sårbart for mindre folkerike kommuner med få leger i legevaktordningen (EY og Vista Analyse, 2019). I en kartlegging av SSB i 2021 oppgav totalt 37 prosent av kommunene utfordringer med å bemanne legevaktstillinger, og vanligst var utfordringer knyttet til fastleger, men også fast ansatte legevaktsleger, andre leger og sykepleiere (Ekornrud et al., 2023).

Kommunens rammer for å tilby legevakttjenester er knyttet til en rekke faktorer, som kommunens størrelse og sentralitet, geografiske forhold, befolkningsgrunnlag og bosettingsmønster, økonomi og antall leger i vaktordningen. Dette gir seg uttrykk i store forskjeller i hvordan legevakt organiseres, størrelse på legevaktdistriktene, og antall leger og hvilke leger som inngår i vaktordningen, på tvers av landet. Det er følgelig også stor variasjon i utfordringsbildet mellom kommunene.

Utfordringene som beskrives i dette kapittelet er ikke uttømmende, men omhandler i hovedsak de aspektene som utvalget vurderer er relevante for mandatet. Det vil i stor grad vises til tidligere utredninger i beskrivelsen.

8.4.1. Størst vaktbelastning og sårbar vaktordning i distrikt

Fastleger bidrar til legevaktarbeid i over 90 prosent av kommunene, uavhengig av sentralitet, men vaktbelastning for legene skiller seg vesentlig mellom befolkningsmessig små og store kommuner. I de minste kommunene har 70 prosent eller mer av fastlegene legevakt. I de befolkningsrike kommunene har cirka en tredjedel av fastlegene legevakt, mens to tredjedeler ikke har legevakt, enten på grunn av fritak eller fordi de gir bort vaktene til andre leger (Ekspertgruppe legevakt, 2021).

Fastleger i mindre legevaktdistrikt har flere timer legevakt og hyppigere helgevakt enn fastleger i større distrikt, og andelen som har nattevakt er betydelig større. Det er også i disse distriktene legene oftest har legevakt alene, uten annet personell tilgjengelig. Mens nesten alle fastleger som har legevakt i små legevaktdistrikt har nattevakt, gjelder det bare noe over halvparten i de største distriktene. Fastleger over 60 år i mindre legevaktdistrikt har i snitt mange flere vakter enn kollegaene i større legevaktdistrikt, hvor gjennomsnittet er tilnærmet null vakter (Ekspertgruppe legevakt, 2021).

Det er en relativ stabil utvikling i andelen fastleger som har legevakt i perioden 2010 til 2021, med en liten tendens til nedgang i andelen fastleger som har mer enn 50 legevakter per år i de minst folkerike kommunene (< 3000 innbyggere) (figur 2-35, kapittel 2.3.7.) (Skyrud et al., 2023).

Legevakt i distrikt preges av stor grad av beredskap. Det innebærer at lege i vakt må rykke ut ved ulykker og andre alvorlige hendelser, og risikere å stå alene med pasienter i akutte situasjoner før annet personell, som ambulanse, ankommer. Samtidig gjør lang vei til sykehus situasjonen ytterligere sårbar. Slike situasjoner beskrives som tyngende for både fastleger og kommunale ledere i små distriktskommuner (EY og Vista Analyse, 2019).

Belastningen av vakt kan oppleves større ved tilstedeværelsesplikt. I utgangspunktet er det kun legevaktdistrikt i vaktklasse 4 som har tilstedeværelsesplikt på legevakt. Imidlertid praktiserer omtrent hver femte kommune tilstedeværelsesplikt ved beredskapsvakt, grunnet lang reisevei fra vaktlegens hjem til legevakt. Kompetansekravet i akuttmedisinforskriften har også bidratt til økt vaktbelastning for vaktkompetente leger, særlig i befolkningsmessig små kommuner (EY og Vista Analyse, 2019). Her har spesialister i allmennmedisin i snitt mer enn dobbelt så mange legevakter per år, sammenlignet med større kommuner. Det er også en større andel små kommuner med sårbar vaktordning. Andelen kommuner med tre leger eller færre i legevaktordningen på fast basis er økende med fallende antall innbyggere. En av fire av kommunene med under 5 000 innbyggere hadde hatt tre eller færre leger i vaktordningen på fast basis i løpet av det siste året, utenom ordinær arbeidstid (Ekspertgruppe legevakt, 2021).

8.4.2. Rekrutteringseffekten av legevaktsarbeid på fastlegetjenesten

Fastlegenes deltakelse i legevakt bidrar til at kompetansen og trening i å håndtere akutte tilstander vedlikeholdes, både hos den enkelte lege og i allmennlegetjenesten. I tillegg er legevaktarbeid givende for mange, og ansees som en del av allmennmedisinen.

Fastlegen plikter å delta i legevakt, jf. fastlegeforskriften § 13. Legevaktsarbeidet kommer i tillegg til legens fastlegepraksis. Utover dette kan kommunen pålegge fastleger i fulltidspraksis inntil 7,5 timers arbeid i andre allmennlegeoppgaver. Samtidig gir det å ha en deltidsstilling for utførelse av andre allmennlegeoppgaver fastlegen rett til reduksjon i listelengde, jf. ASA 4310 pkt. 12.1. Dette innebærer likevel at fastlegens arbeid kan medføre arbeidstid langt utover en normal full stilling. Det er rimelig å anta at uforutsigbarhet i arbeidstid og omfanget av pålagte oppgaver kan påvirke legers ønske om å arbeide i fastlegeordningen, og slik bidra til en negativ rekrutteringseffekt.

Utrygghet på vakt er en utfordring ved mange legevakter, og ble pekt på som en de-rekrutterende faktor allerede i 2015, av Akuttutvalget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). I de fleste legevakter er det kun én lege på vakt, og ofte uten annet personell til stede som kan bistå. Samtidig melder legevakter om forekomst av vold og trusler (Joa et al., 2012; Morken et al., 2019). Utrygghet og belastningen ved å være alene på vakt blir også pekt på i rapport fra ekspertgruppe legevakt og i besvarelse del 2 fra partssammensatt arbeidsgruppe legevakt våren 2023 (Helsedirektoratet, 2022k, 2023e).

Utrygghet i vakt handler også om manglende medisinskfaglig støtte. Legevakt uten faglig støtte er belastende for mange, særlig for unge leger og leger som sjeldnere har legevakt. Det er sannsynlig at nær tilgjengelig medisinsk faglig støtte, og lav terskel for å konferere med erfarne kolleger, bidrar til å redusere belastningen ved å ha legevakt, særlig i distrikt hvor lege i vakt sjelden har støttepersonell tilgjengelig utenfor normal arbeidstid. Motsatt kan fravær av organisert tilgjengelighet til legekollega gjøre det mer krevende å rekruttere og beholde leger i vaktordningen. Samtidig vil mange leger i legevakt støtte seg på kollegaer i spesialisthelsetjenesten, ved konferering om konkrete tilfeller. Manglende faglig støtte ser ut til å ha en destabiliserende og antirekrutterende effekt, og leger peker på lite faglig miljø og nettverk som hovedårsaker til at de har valgt bort allmennmedisin (Birkeli et al., 2020).

En utredning av fastlegeordningen i Tromsø beskriver hvordan høy vaktbelastning i legevakt bidrar til utfordringer med å beholde og rekruttere leger i fastlegetjenesten. Høy arbeidsbelastning over tid, og utfordringer med å ivareta egen praksis, har ført til at fastlegene ikke har kapasitet til å delta i legevakt. Kombinert med flere vakante fastlegehjemler gir det færre fastleger i legevaktkorpset, som igjen øker vaktbelastningen for de gjenværende legene. Kommunen påpeker at om det ikke settes inn tiltak, vil det medføre ytterligere rekrutteringssvikt i fastlegeordningen, og flere fastlegelister uten fast lege (Tromsø kommune, 2020).

Motsatt beskriver kommuner i distrikt hvordan bedret vaktbelastning i legevakt har bidratt til økt rekruttering og stabilisering i fastlegeordningen, etter mange år med store rekrutteringsproblemer til både legekontor og legevakt. Opprettelse av interkommunal legevakt har gitt en vaktordning hvor legene kjenner seg trygge, og har en akseptabel vaktmengde. Kommuner som inngår i den interkommunale ordningen, erfarer at det er enklere å beholde fastlegene i området (Albrektsen, 2022). Ytterligere et eksempel er Nordkapp kommune. På grunn av store avstander er ikke interkommunal legevakt aktuelt. Men kommunen har i mange år hatt stabile fastleger. Seks fastleger betjener 3 000 innbyggere. Dette innebærer en relativ overtallighet av leger, en tjeneste uten vikarbehov ved fastlegenes fravær, og en vaktbelastning som er akseptabel for fastlegene. Det frigjør tid til andre oppgaver, som kommunalt samarbeid og tjenesteutvikling, ekstern samhandling og annen virksomhet (Helse Nord, 2019).

8.4.3. Tiltak for å øke kvalitet i legevakttjenesten har gitt utfordringer

Brukernes erfaringer med helsetjenesten er et viktig mål for å vurdere kvalitet i tjenesten. Brukererfaring ved legevakt er i liten grad beskrevet i litteraturen, med unntak av en brukererfaringsundersøkelse fra 2010/2011. Pasientene oppgav positive erfaringer på en rekke områder, inkludert forståelighet ved telefonkontakt og kommunikasjon med lege på vakt. Pasientene rapporterte om dårligere erfaringer med tilgjengelighet og organisering. Spesielt var det ventetid på venterommet og manglende informasjon om ventetid som ble trukket fram av svarene (Danielsen et al., 2012).

Det er gjort flere tiltak over de siste årene for å øke den faglige kvaliteten i legevakt og den øvrige akuttmedisinske tjenesten, som større legevaktdistrikt og større ambulansestasjoner. Samtidig er det gjennomført sentralisering av sykehusfunksjoner og funksjonsfordeling av spesialiserte akuttilbud mellom sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

Dette er også viktige tiltak for å redusere vaktbelastning, få mer stabile vaktordninger, og rekruttere og beholde legene som allerede er i fastlegetjenesten. Samtidig har mange innbyggere mistet sitt lokale akuttilbud og fått lengre reisetid til legevakt. Lengre avstander har også økt utrykningstiden, og medført at områder med beredskapsvakt må praktisere tilstedeværelsesplikt for lege i vakt.

Et viktig kompetansehevende tiltak i tjenesten er innføringen av kompetansekrav for leger i legevakt. Kravene ble innført etter en erkjennelse av utfordringer med både rekruttering, varierende kvalitet og ulikhet i tilbudet, blant annet i en utredning fra Legeforeningen (Rian Johannessen, 2015). Det har vært krevende for mange kommuner, særlig de små, å innfri kompetansekravet og dette har forsterket kommunenes problemer med å bemanne legevakt. Dette merkes spesielt for de kommunene som allerede har problemer med å rekruttere fastleger som oppfyller kompetansekravet (EY og Vista Analyse, 2019).

Å fastsette hensiktsmessige kompetansekrav, som sikrer tilstrekkelig kompetanse i tjenesten og trygghet for uerfarne leger, men som samtidig gir kommunene nødvendig fleksibilitet til å bemanne legevaktordningen, er en utfordring for nasjonale helsemyndigheter.

Legevaktsentralene skal "bemannes med personell med relevant helsefaglig utdanning på bachelornivå, nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggsopplæring for arbeid som operatør", jf akuttmedisinforskriften § 13 bokstav f. Det foreligger ingen nasjonal norm over hva som er nødvendig klinisk praksis eller tilstrekkelig tilleggsopplæring som operatører. Kompetansen deres er ikke systematisk kartlagt, og det må forventes å være ulikheter i tjenesten.

8.4.4. Utfordringer for samhandling med øvrig akuttmedisinske kjede

Ansvaret for å håndtere akuttmedisinske tilstander i kommunene er i akuttmedisinforskriften delt mellom kommunen og helseforetaket. Virksomhetene skal sikre hensiktsmessig og koordinert innsats i tjenestene, og at disse er samordnet med øvrige nødetater, samt at de ansatte får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver.

Virksomhetene skal også sikre trening i samhandling og samarbeid med øvrige ledd i den akuttmedisinske kjeden, men dette har vist seg vanskelig å oppnå. Omtrent en av 10 leger som har hatt legevakt i løpet av det siste året, og i underkant av hver femte sykepleier, deltok i samtrening med ambulansepersonell i 2021 (Allertsen et al., 2022). Hovedformålet med samtrening er å bedre pasientsikkerheten og trygge helsepersonellet. Slik trening mellom de lokale ressursene skaper en læringsarena og kvalitetsforbedringsarena, som opprettholdes av aktørene selv (Brandstorp, 2017).

Styringen og finansieringen av de to forvaltningsnivåene er atskilt, og gir i utgangspunktet få insentiver til å samordne tjenestene. Beslutningsprosessene i kommuner og i helseforetakene styres av egne målsettinger, som kan medføre at ingen av partene er ansvarlige for helheten. Det er også en særlig utfordring at helseforetakene og kommunene sentraliserer tjenestene på samme tid, og uten at det gjøres en samlet vurdering av total kapasitet i den prehositale tjenesten og geografisk plassering av legevaktstasjoner, ambulansestasjoner og akuttmottak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Selv om det er en uttalt målsetting at pasientene skal håndteres på beste effektive omsorgsnivå, og at primærhelsetjenesten skal være den primære akuttmedisinske ressursen i kommunene, er finansieringsordningene i dag innrettet slik at de delvis drar tjenestene i motsatt retning.

Ambulansetjenesten er rammefinansiert, og helseforetakene får kun økonomisk gevinst ved at pasientene fraktes til, og ivaretas i, akuttmottak/sykehus, i motsetning til at de blir værende hjemme eller blir håndtert i en kommunal institusjon. Kommunen/legen får heller ikke økonomisk uttelling ved at pasienter blir igjen hjemme, men primært ved at det blir gjennomført en legekonsultasjon, noe som oftest innebærer at den

aktuelle pasienten må fraktes til legevakten. Pasienter, og særlig eldre, som fraktes ut av hjemmet for undersøkelse på kveld og natt, har større sannsynlighet for å bli værende i institusjon natten over, med tilhørende helsemessig belastning og kostnader for kommunen.

8.4.5. Kommunens ansvar

Kommunen er pliktig til å tilby legevakt, inkludert å administrere og organisere tjenesten, og er ansvarlig for ledelsen av legevakt. Dedikerte årsverk til ledelse på legevakt er begrenset, og varierer stort, fra ingen årsverk til flere. En av fem legevakter har 10 prosent stilling eller mindre til ledelse og administrasjon (Morken et al., 2019).

I flere mindre folkerike og usentrale kommuner er det krevende å få til en bærekraftig legevaktordning, og dermed er det vanskelig for kommunene å oppfylle sitt sørge-for-ansvar. Stadig flere kommuner har måtte sette inn kompenserende tiltak, som å ansette relativt mange fastleger og redusere lengden på fastlegelister for å bemanne legevakt og med en akseptabel vaktbelastning (Abelsen et al., 2017a). Også befolkningsrike og sentrale kommuner, som Tromsø, oppgir at det gjøres en rekke tiltak for å få en fungerende vaktordning og legevakttilbud til innbyggerne.

8.4.6. Avlønning for legevakt og kommunenes kostnader til legevakt

Avlønning for leger i legevakt er tariffregulert i SFS 2305. Størrelsen på beredskapstillegget legen mottar følger av vaktklassen den enkelte kommune er i, fra 1 til 4, etter beregnet gjennomsnittlig antall minutter aktivt arbeid per time. For kommuner i vaktklasse 4, med estimert mer enn 45 minutters aktivt arbeid per time, har lege i vakt tilstedeplikt og mottar ikke beredskapstillegg.

Ifølge partene er den vanligste avlønningen av legevaktleger i dag at legene beholder refusjoner, pasientenes egenbetaling og beredskapstillegg fra kommunene (Helsedirektoratet, 2023e). Avlønning med beredskapstillegg og takster gir uforutsigbar og varierende inntekt (Godager et al., 2015b), og inntjeningen kompenserer heller ikke legen fullt ut for å være tilgjengelig for utrykning eller sykebesøk.

Takstsystemet slår ulikt ut for kommunene, etter mengde aktivitet. I store by-kommuner finansieres legevakt i all hovedsak gjennom takster, mens beredskapsordninger i kommuner med lavt innbyggertall og i distrikt finansieres direkte av kommunene, gjennom rammetilskuddet. Legevakt er betydelig mer kostbart i distriktskommuner med få innbyggere. I henhold til SSBs kartlegging av kostnader for kommuner med egen legevakt hele døgnet, er kostnad per innbygger mer enn seksdoblet for kommuner med færre enn 2 000 innbyggere, sammenlignet med kommuner med 20 000 eller flere innbyggere (tabell 8-1).

Tabell 8-1: Netto driftsutgifter per innbygger (i kr) i kommuner med egen kommunal legevakt (Del A) 2021

Antall innbyggere i kommunen	Antall kommuner	Netto driftsutgifter til legevakt per innbygger i kr.
Totalt	44	1409
Under 2000 innbyggere	12	3206
2000 - 4999 innbyggere	10	1044
5000-19999 innbyggere	12	684
20000 eller flere innbyggere	10	490

Merknad: Hele døgnet, etter kommunestørrelse, uvektet gjennomsnitt. Kilde: Tabell hentet fra Ekornrud et.al. Legevaktstjenesten i norske kommuner i 2021, s 78.

Tilsvarende kartlegging av vertskommuner for interkommunal legevakt viser at vertskommuner med mindre enn 5 000 innbyggere har mer enn tre ganger så store driftsutgifter per innbygger som vertskommuner med mer enn 50 000 innbyggere. Forskjellene etter kommunestørrelse er noe mindre for deltakerkommunene i interkommunal legevakt (se tabell 6.3 og 6.4 i Ekornrud et al., 2023). Mange kommuner har ikke levert kostnadstall av tilfredsstillende kvalitet og er ikke inkludert i tabellene. Statistisk sentralbyrås kartlegging viser at kommunene mangler kunnskap om kostnadene til legevakt.

8.5. Ekspertutvalgets vurderinger

Ekspertutvalget er bedt om å foreslå endringer i legevakt, for å blant annet å legge til rette for redusert arbeidstid i legevakt for allmennleger, først og fremst på natt. Av hensynet til å rekruttere nye leger og beholde leger som allerede er i fastlegeordningen, bør redusert arbeidstid også ses i sammenheng med å redusere belastningen ved å ha legevakt, og å tilrettelegge for faglig og sikkerhetsmessig trygghet i vakt. Det legges til grunn at anbefalingene må sikre innbyggerne tilgjengelige og likeverdige tjenester der de bor.

Legevakttjenesten er ulikt organisert, og har ulike betingelser, på tvers av landet. Utfordringene er også forskjellige i spredtbygde distriktskommuner og mer folkerike kommuner i sentrale områder. Hvordan legevakttjenesten kan utvikle seg framover er avhengig av en rekke faktorer, som tilgang på helsepersonell, endringer i bosetningsmønster, alderssammensetning og sykelighet i befolkningen, teknologisk utvikling og overordnede helsepolitisk føringer. Likeverdige helsetjenester i hele landet vil derfor kunne innebære ulike lokale løsninger. Ekspertutvalgets anbefalinger vil gjenspeile dette.

Legevakt utgjør førstelinjen i håndteringen av øyeblikkelig hjelp og akutte hendelser i kommunene, og en grunnleggende funksjon med tjenesten er beredskap. Dette er særlig viktig i distrikt, med store avstander og lang reisevei. Den akuttmedisinske kjeden, der legevakt inngår, er en helt nødvendig beredskapstjeneste og det er derfor viktig at utviklingen av kjeden sees som en helhet.

For å oppnå redusert arbeidstid for fastleger i legevakt, er ekspertutvalget bedt om å vurdere ulike virkemidler, som teknologi, annet personell og samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

8.5.1. Fastlegenes arbeidstid i legevakt

Det er store lokale forskjeller i fastlegenes vaktbelastning i legevakt, størrelse på vaktlaget, avstander i legevaktdistriktene og nærhet til andre tjenester. Forskjellene er spesielt store mellom distriktskommuner med lave folketall og sentrale og befolkningsrike kommuner, og gir behov for ulike tiltak i distrikt og i sentrale strøk.

Målsettingen om å ta ned fastlegers arbeidstid i legevakt er knyttet til stor vaktbelastning for leger i distriktskommuner, utfordringer med å ha tilstrekkelig antall leger, og stabilitet i vaktordningen. Legevakt er ansett som en allmennmedisinsk disiplin, og har tradisjonelt vært bemannet med fastleger. Samtidig er det mer enn 40 prosent av landets fastleger som ikke jobber legevakt. De resterende fastlegene kan sies å ta en uforholdsmessig stor belastning for å ivareta legevakttjenesten, i særlig grad i distriktene.

Ekspertutvalget mener det er behov for en levelig arbeidstidsordning for fastleger i distriktene, og at det må kunne skapes rom for avlastning for fastlegene som inngår i legevaktordningen. Slik forholdene er for mange fastleger i disse områdene, bidrar høy legevaktbelastning til å destabilisere og forverre rekrutteringsutfordringene til fastlegeordningen. Ekspertutvalget mener at fastlegenes deltakelse i legevakt bør løses på en annen måte enn i dag, hvor legevakt kommer i tillegg til fastlegens arbeid på fastlegekontoret. Det vil blant annet medføre at man må tenke annerledes om hvem som jobber i legevakt.

Ekspertutvalget vurderer at det er hensiktsmessig å åpne opp for at legevakt i større grad betjenes av andre leger enn fastlegene, av hensynet til å rekruttere inn nye leger og beholde leger som allerede er i fastlegeordningen. Erfaring fra en rekke kommuner viser at det mulig å ivareta en god beredskaps- og legevakttjeneste ved at legevakten bemannes av andre leger enn fastleger. Samtidig kan det forstås som en svekkelse av legevaktarbeid som allmennmedisinsk disiplin. Det allmennmedisinske faget kan ivaretas ved å bygge opp sterke fagmiljøer, gjennom at kommunene ansetter flere fast ansatte legevaktleger, som etter kompetanseforskriften må være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering.

8.5.1.1. Rammer for fastlegenes arbeidstid i legevakt

For mange kommuner, særlig i distrikt, vil det være naturlig at fastlegene er hovedstammen i legevaktordningen også i framtiden. Det er nødvendig at arbeidstid i legevakt får rammer som gir levelige forhold for fastlegene. Andre leger i nordsjø-turnuser i hele eller deler av året, vil kunne redusere vakthyppighet gjennom året og/eller gi verdifull avlastning for kommunens leger i ferier, helger og ved fravær. Et ytterligere grep kan være at det settes noen rammer for hvor mye arbeidstid fastlegene kan pålegges i legevakt, utover arbeidet på fastlegekontoret.

I dag kan kommunen pålegge fastleger i fulltidspraksis å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og sykehjem, jf. fastlegeforskriften § 12. Deltakelse i legevakt utenfor ordinær åpningstid kommer i tillegg til andre allmennlegeoppgaver, og innebærer at fastlegens arbeidstid langt kan overgå en full stilling.

De nåværende rammene og den manglende arbeidstidsinnrammingen for legevaktarbeid gir uforutsigbarhet og potensielt stor arbeidsbelastning for fastleger som deltar i legevakt. Det kan også pålegge den enkelte lege et stort ansvar for å opprettholde en døgnkontinuerlig legevakt, særlig i mindre legevaktdistrikt med få leger i ordningen. Situasjonen kan forsterke utfordringene med rekruttering til, og stabilisering av, fastlegeordningen, som igjen kan bidra til enda høyere vaktbelastning. Behovet for en forsvarlig arbeidstidsordning for fastlegene støttes av partene i trepartssamarbeidet (Helsedirektoratet, 2023e).

Tilsvarende har Helsedirektoratet nylig levert anbefaling om at legevaktarbeid på sikt bør inngå i fastlegens allmennlegeoppgaver (Helsedirektoratet, 2023b).

Ekspertutvalget mener at det er behov for å sette en begrensing i antall arbeidstimer fastlegene kan pålegges i legevakt. Om fastlegens legevaktarbeid skal være innenfor en ramme på et mindre antall arbeidstimer, vil det medføre behov for flere leger. Erfaring har vist at nordsjøturnus i legevakt kan bidra til å stabilisere både legevakt- og fastlegetjenesten. En økning i utgifter knyttet til tilsvarende ordninger kan tenkes å gi gevinster i form av en mer stabil fastlegeordning. Det er derfor ikke gitt at kommunens totale kostnader til allmennlegetjenesten vil øke. En ramme for omfang av legevaktarbeid kan også bidra til en omstilling, hvor kommunene må vurdere andre tiltak og øvrige anbefalinger som kan ta ned arbeidsbelastningen.

8.5.1.2. Andre leger enn fastlege i legevakt

De fleste av landets legevakter har leger som ikke er fastleger ansatt eller tilknyttet legevakten (Ekornrud et al., 2023). Andre kvalifiserte leger kan tilføres ordningen i form av faste vikarer, i hele eller deler av året, eller egne ansatte legevaktleger, i hele eller deler av vakttiden, eller ved bruk av delte stillinger.

Å ta i bruk andre leger til legevakt gjøres i en rekke kommuner, som beskrevet i boks 8.1. Ansettelse av faste leger i ulike bemanningsløsninger som nordsjøturnus har bidratt til en mer stabil vaktordning og økt kapasitet, som har gitt bærekraftige legejobber for de stedlige legene. Erfaringene som er gjort, viser at ansettelse av andre leger i legevakt er gjennomførbart og egnet, også i mindre befolkningsrike kommuner i distrikt. Ved at det ansettes faste leger i legevaktordningen, vil legene opparbeide seg kunnskap om lokale forhold og kommunens innbyggere, og bidra til kontinuitet for innbyggerne. Ordningen er også mindre kostbar for kommunene sammenlignet med bruk av kommersielle vikarbyrå. Innspill fra kommuner til utvalgets arbeid belyser krevende forhold med bruk av vikarbyrå, som økende utgifter og at leger sier opp kontrakter om ikke høye krav til lønn og andre goder innfris. Etter ekspertutvalgets vurdering vil bemanningsløsninger som faste leger i legevakt bidra til en stabil legevaktordning, med kontinuitet for innbyggerne.

Fast ansettelse av egne legevaktleger vil også være på linje med hvordan legevakt drives i de største byene, som Allmennlegevakten i Oslo. Mer folkerike kommuner bruker fastleger mindre til alle tidspunkt på døgnet enn de minder folkerike kommunene. Dette er sannsynligvis fordi andelen fast ansatte legevaktsleger er større i disse områdene, og disse legene bidrar til å avlaste fastlegene med vakter (Ekornrud et al., 2023).

Det kan også være relevant med delte stillinger for leger, mellom legevakt og sykehus/akuttmottak, kommunale allmennleger eller undervisnings-/forskningsstillinger. At legevaktene tar i bruk leger med andre spesialiteter og ansettelsesforhold i andre deler av helsetjenesten, kan også bidra til gjensidig kompetanseheving og økt kunnskap om helsetjenesten for øvrig. Dette vil være i tråd med Helsepersonellkommisjonens anbefaling, om at helsepersonell i økende grad bør jobbe på tvers av tjenester. En slik fleksibilitet vil bidra til at kapasiteten lettere kan økes ved behov, for eksempel i en beredskapssituasjon. Det er også hensiktsmessig å tilrettelegge for at både fastleger og andre leger som har interesse for legevaktmedisin, kan jobbe i legevakt.

Ut over kompetansekrav i kompetanseforskriften, forutsetter bruk av andre leger og egne legevaktleger at legene har gjennomført opplæring og kjenner rutiner og drift, og har hatt tilstrekkelig antall vakter med veiledning før de går selvstendig i legevakt. Ekspertutvalget mener at det ved bruk av vikarer, samt bemanningsordninger som nordsjøturnuser, i størst mulig grad bør benyttes faste vikarer.

Et alternativ til å benytte andre leger enn fastleger, og samtidig redusere legevaktarbeid for den enkelte allmennlege, er å bemanne opp kommunens leger. Flere kommuner har valgt å bedre legedekningen, og slik bidratt til å redusere vaktbelastningen i legevakt. En økning i antall leger kan innebære en betydelig merutgift

for kommunen. Erfaringer fra kommuner har vist at dette allikevel kan gjennomføres kostnadseffektivt. Ved å ta hensyn til kostnader for vikarbruk i sine totale kostnader for legevakt er det eksempler på kommuner som har håndtert en betydelig oppbemanning, fra tre til fem-seks faste leger i intervallturnus, innenfor samme kostnadsramme (se boks 8.1).

For å bidra til redusert arbeidstid i legevakt for fastleger, og rekruttering til fastlegeordningen, anbefaler ekspertutvalget økt bruk av andre leger enn fastleger i legevakt. Det vises også til drøftingen av oppmykning av kravet til stillingsprosent i to års uselektert praksis i kapittel 9.7.2.2. Anbefalingen vil åpne for at turnusordningen tilsvarende nordsjøturnus vil være tellende for leger under spesialisering i allmennmedisin. Det vil bidra til økt tilgang til leger i legevakt.

8.5.2. Kompetansekrav til lege i vakt i akuttmedisinforskriften

Det er sentralt å spørre seg om krav til bakvakt for leger uten selvstendig vaktkompetanse er hensiktsmessig og bidrar til målsettingen om å sikre innbyggerne gode og tilgjengelige legevakttjenester. Bakvaktkravet har økt vaktbelastningen for vaktkompetente leger, spesielt i distriktskommuner hvor fastlegene allerede har mye legevakt. Dette vurderes av mange som destabiliserende og forsterker rekrutteringsutfordringene, særlig i distrikt med 4-delt vaktturnus eller oftere. Få leger i vaktlaget gjør også ordningen ustabil og sårbar for fravær. Det forsterker kommunenes utfordringer med å bemanne legevakt, rekruttere leger inn i fastlegeordningen og gi fastlegene en akseptabel arbeidsbelastning. Det er delte meninger i sentrale miljø om hensiktsmessigheten av kompetansekravet (Abelsen et al., 2017a; Helsedirektoratet, 2023b).

Å fjerne kravet til bakvakt vil gi en betydelig reduksjon i beredskapsvakt for vaktkompetente leger i befolkningsmessig små kommuner i distriktene.

Helsedirektoratet har nylig utredet kompetansekravet til lege i legevakt, og peker på mulige ulemper ved å fjerne krav til bakvakt. I legevakt må det gjøres medisinskfaglige vurderinger på kortere tid og med mer usikkerhet enn i øvrig allmennmedisinsk arbeid, tidvis under krevende forhold. Det kan tenkes at fjerning av bakvakt kan medføre redusert kvalitet på vurderingene. Andre ulemper er redusert trygghet for unge og uerfarne leger, og manglende lokal kunnskap blant nyansatte og vikarer.

Manglende faglig støtte ser ut til å ha en destabiliserende og antirekrutterende effekt. Bortfall av bakvaktkravet vil fjerne organisert kollegial medisinsk faglig støtte og kjennskap til lokale forhold for unge leger. Imidlertid kan lokal kompetanse dekkes av annet personell i legevakt, eller tilgjengelig personell i andre kommunale helse- og omsorgstjenester, og mange vaktleger bruker allikevel spesialisthelsetjenesten for medisinskfaglig rådgivning. Ekspertutvalget mener at sentralisert legevaktsentral med tilstedeværende lege også vil gi enkel tilgang til konferering og nødvendig faglig støtte til lege i vakt.

Kompetanse i legevakt skal også ivaretas i kravet til trening i samhandling i tjenesten, men dette kravet oppfylles i begrenset grad (Allertsen et al., 2022). Samtrening utenfor sykehus er kompetanse- og kvalitetshevende, og forskning på trening i akuttmedisinske team viser at det bidrar til bedre samhandling og læringskultur lokalt (Brandstorp et al., 2016). Ekspertutvalget understreker behovet for at kommuner og helseforetak oppfyller kravet til trening i samhandling og slik styrker kompetanse og kvalitet i legevakttjenesten.

Ekspertutvalget er av den oppfatning at krav til bakvakt for leger uten selvstendig vaktkompetanse har en betydelig anti-rekrutterende og destabiliserende effekt på fastlegeordningen, og forsterker kommunenes utfordringer med å sikre et forsvarlig legevakttilbud til innbyggerne. Det vil totalt sett være mer gunstig for kvaliteten i tjenesten at det gjennomføres kompetansebyggende tiltak med dokumentert effekt, som

samtrening. Videre mener ekspertutvalget at detaljeringsgraden i akuttmedisinforskriftens kompetansekrav ikke er i samsvar med andre deler av helsetjenesten.

Ekspertutvalget anbefaler at gjennomført LIS1 eller tilsvarende er tilstrekkelig for å jobbe selvstendig i legevakt. Ekspertutvalget anbefaler derfor at de nåværende kravene til grunnkompetanse og relevant praksis i akuttmedisinforskriften § 7 første ledd fjernes. Dette vil også medføre at bakvaktkravet i § 7 andre ledd vil fjernes, som vil redusere vaktbelastningen til fastlegene. Fjerning av kompetansekravene vil medføre at det er kompetanseforskriftens regler som er gjeldende for leger som skal jobbe i legevakt. Leger som ikke er spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin, eksempelvis leger som har gjennomført LIS1, kan da jobbe selvstendig legevakt såfremt de er ansatt i vikariater, arbeider i legevakt utenom sitt ordinære arbeid, eller har en annen godkjent spesialistutdanning, jf. kompetanseforskriften § 4 bokstav a, b og c.

Krav om gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering bør beholdes. Kurs i akuttmedisin inngår allerede i LIS1, slik at dette kurset først og fremst vil være aktuelt for leger som ikke har gjennomført LIS1, eksempelvis fordi de har spesialistgodkjenning etter utdanning i utlandet eller har gjennomført turnustjeneste etter gammel ordning. Anbefalingen er i tråd med ekspertutvalgets anbefaling for bruk av legevikarer i fastlegeordningen. Dette er også på linje med Helsedirektoratets anbefaling (Helsedirektoratet, 2023b).

Vikariater i kompetanseforskriften § 4 bokstav a er avgrenset slik at unntaket kun gjelder vikariater av inntil ett års varighet. Ekspertutvalget anbefaler å fjerne begrensningen om ett år, slik at leger i vikariater i legevakt er unntatt fra kompetansekravene om å være spesialist eller under spesialisering i allmennmedisin, uavhengig av lengden på vikariatet. Det vises i den sammenheng til drøftingen i kapittel 9.7.1.2.

Det bør imidlertid sikres medisinsk faglig støtte for lege i vakt, og god opplæring i lokale rutiner og samtrening med akuttmedisinsk team i kommunen, samt ambulansetjenesten. Kommunen må, i henhold til krav om forsvarlighet, gjøre vurderinger av hvilke leger som er kvalifisert til å jobbe i legevakt.

8.5.3. Sentralisering av legeressurser, og bruk av teknologi og annet personell

Stor vaktbelastning for fastleger ved mindre legevakter har vært en viktig årsak til utviklingen mot færre og større legevaktdistrikt. Kommuner gir tilbakemelding om at omlegging til større legevakter har gitt en vaktordning med akseptabel vaktmengde og der legene kjenner seg trygge. Dette har gjort det lettere å beholde legene i distriktet, og slik hatt stabiliserende effekt på fastlegeordningen lokalt (Albrektsen, 2022; Molde interkommunale legevakt, 2022).

Samtidig fører omleggingen til en sentralisering av legevakttjenesten og gir lengre reisevei for innbyggerne. For ekspertutvalget er det en målsetting at hensynet til innbyggerne og behovet for et lokalt akutt helsetilbud hensyntas ved innføring av tiltak for å redusere allmennlegens arbeidstid i legevakt.

Bruk av teknologi gjør det mulig å levere helsetjenester på nye måter, og kan tilrettelegge for at tjenestene gis nært der pasienten bor (Sykehuset Innlandet, 2021). Bruk av video i konsultasjon i legevakt og på fastlegekontoret er innført de siste årene, og fikk en kraftig økning under pandemien (Helsedirektoratet & Direktoratet for e-helse, 2018). I legevakt og legevaktsentral gir video en rekke nye bruksområder og åpner for nye arbeidsmåter, som kan bidra til bedre ressursbruk, oppgavedeling mellom personell, samt gjøre det mulig at legen ikke er fysisk på legevakt.

Pilotprosjekter viser at teknologi kan bidra til bedre samarbeid mellom kommunen, legevakt, og spesialisthelsetjenesten, og gi kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene. Dette kan igjen gi bedre pasientbehandling og fordeling av oppgaver, i tillegg til at det gir kortere reisevei for pasientene (Sykehuset

Innlandet, 2021). Det kan også ha potensiale for bedre samhandling og koordinering mellom tjenestene som kan gi bedre ressursutnyttelse og redusere arbeidsmengde for personell, inkludert lege.

Videre gir IKT-systemer som snakker bedre sammen, muligheter for økt informasjonsdeling mellom behandlingsnivåer.

8.5.3.1. Større legevaktsentraler tilrettelagt for videokommunikasjon

Sentralisering av legevaktsentraler (LVS) og oppbygging av større og mer tilgjengelig kompetanse kan være et tiltak for å redusere arbeidstid for allmennlege i legevakt. Det forutsettes da forsterkede legevaktsentraler med flere og godt kvalifiserte ansatte, og med kompetente og erfarne leger til stede, samt tilrettelegging for video i alle sentraler. Formålet med bruk av video er å styrke beslutningsgrunnlaget og å øke effektiviteten og riktig sortering, slik at pasienten kommer raskere til vurdering og behandling (Kramer-Johansen et al., 2020). Sentraliserte legevaktsentraler med tilstedeværende lege og mulighet for videokommunikasjon kan tenkes å bidra til redusert arbeidstid for allmennleger på tre måter; ved å gi medisinskfaglig støtte til personell i vakt, støtte til legevaktsatellitt i distrikt, og triagering av pasienter. Siste punkt omtales i kapittel 8.5.5.1.

Større legevaktsentraler med tilstedeværelse av leger, vil gi en sentralisering av legeressurser og kompetanse med gode muligheter til å gi veiledning ut til leger i vakt, og kan fungere som en sentralisert bakvakt og medisinskfaglig rådgiver. Det vil slik gi en ramme for et desentralisert akuttmedisinske tilbud. En slik organisering vil også kunne bidra til mindre belastning på lege i legevakt. Lege på LVS kan ved videokommunikasjon gi beslutningsstøtte til annet helsepersonell i legevakt, slik at videre håndtering og behandling av pasient kan iverksettes, og på den måten direkte avlaste legevaktlege. Det vil også redusere behovet for bakvaktkompetanse lokalt, og slik redusere belastningen på erfarne og vaktkompetente leger. Dette vil kunne ha en særlig effekt i mindre folkerike kommuner i distrikt, hvor allmennlegene har størst vaktbelastning og hvor det er færre leger i vaktlaget.

Videre kan lege i LVS delta på medtitt[47] under utrykking. Medtitt vil gi en forsterket faglig støtte, som kan være særlig relevant for nyutdannede og mindre rutinerte leger.

Ekspertutvalget mener at sentraliserte og legebemannet LVS med videokommunikasjon kan bidra til god kvalitet på tjenesten, bidra til raske avklaringer og gi en samlet god utnyttelse av personellressursene i kommunal del av den akuttmedisinske kjeden, samt i øvrig kommunal omsorgstjeneste.

Etter ekspertutvalgets vurdering har en sentralisering av legevaktsentral isolert sett en begrenset virkning på arbeidstid for lege, men kombinert med legevakt-satellitt, bruk av annet personell og videokommunikasjon kan det bidra til å redusere vaktbelastning på natt. Det kan også bidra til å frita fastlegen fra fysisk tilstedeværelse i de omtrent 50 kommunene som på grunn av lange avstander har tilstedeplikt for leger i beredskapsvakt. Samtidig gir det et lokalt akuttmedisinsk tilbud i distriktene med kort reisevei for innbyggerne.

Ulemper ved å ha færre legevaktsentraler kan være flere. Lokalkunnskap om befolkningsgrunnlag, geografiske forhold, inkludert vær- og føreforhold gjennom året, og samarbeidende tjenester, kan ha innvirkning på vurderingene og beslutningene operatør i LVS gjør. Dette er argumenter for at nedslagsfeltet til den enkelte legevaktsentral ikke bør være for stort. Det er likevel slik at vi må forvente at kjennskap til lokale forhold vil kunne opparbeides blant operatørene over tid.

[47] *Medtitt betyr at lege i LVS kan koble seg til videokonsultasjonen operatøren har med innringer.*

I 2020 var fire av fem LVS samlokalisert med legevakten (Allertsen og Morken, 2020). Færre LVS reduserer muligheten for samlokalisering med legevakt, og tilhørende redusert mulighet lokalt for fleksibel og god utnyttelse av utstyr og personellressursene, spesielt for lege. Det kan igjen påvirke muligheten til å ha forsterket legevakt for enkelte legevakter. Samtidig vil en stor LVS med flere kompetente og erfarne leger og god triagering kunne redusere antall henvendelser til legevakt. Dessuten krever døgn- eller nattkontinuerlig turnus mange ansatte for å gå rundt, noe som kan være vanskelig i mindre LVS.

Det kan tenkes at sentraler som skal betjene en betydelig større andel av befolkningen, vil få endringer i henvendelsesrate. Det er krav til to minutters svartid for 80 prosent av henvendelsene til LVS. Utvikling i svartid må følges med på. Om det legges til flere funksjoner for LVS, som større grad av faglig støtte av lege i legevaktens vurdering og beslutning om håndtering av pasient, kan dette påvirke henvendelsesmønster og pågang. Økt kompetanse og tilstrekkelig bemanning vil være viktige tiltak for å håndtere en økning i henvendelser.

I dag er det 94 LVS, mens det er 16 akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK). En mulighet vil være å redusere antallet legevaktsentraler noe eller å redusere til et tilsvarende antall som AMK. Det kan vurderes om det ville være hensiktsmessig for LVS å ha en tilsvarende geografisk plassering. En eventuell samlokalisering tilrettelegger for bedre samhandling i den akuttmedisinske kjeden, jevnlig samtrening og felles kompetansebygging. Det kan også tenkes at det kan åpne for mer fleksibel bruk av personell og nye arbeidsmåter. Antall og plassering av AMK-sentralene er gjort ut fra hensynet til å ha en likeverdig og forsvarlig tjeneste og tilgjengelighet for pasient, samt avstand til sykehus.

Ekspertutvalget anbefaler sentralisering av legevaktsentraler, for å legge til rette for forsterket bemanning, mulighet for videokonsultasjon og fast tilstedeværende lege. Ekspertutvalget mener at grad av sentralisering må vurderes etter geografiske forhold, befolkningsmønster og andre lokale/regionale hensyn.

8.5.3.2. Bruk av video i kommunikasjon på legevakt og legevaktsentral

I underkant av halvparten av legevaktene brukte video til pasientkonsultasjoner i 2020. Majoriteten av disse tok i bruk video i forbindelse med pandemien, i mars samme år eller senere. Legevaktene som bruker video oppgir gode erfaringer ved lang reisevei for pasienten, ved første vurdering av pasienten og utvalgte problemstillinger. Utfordringer ved bruk av video var ustabile bilder, ikke oppdatert teknisk utstyr og vanskelighet med å få leger som sjelden har legevakt, til å bruke videokonsultasjon (Allertsen et al., 2021).

Det er sentralt at teknisk utstyr har god kvalitet, er brukervennlig og personalet må få tilstrekkelig opplæring til å beherske utstyret. Bruk av etablert teknologi og løsninger, for eksempel via Norsk helsenett (NHN), vil bidra til stabile løsninger. Den kliniske undersøkelsen og blikk er redusert ved bruk av video. Kompenserende tiltak er å vurdere kompetansebehov for ansatte, utarbeide tilpassede verktøy som sjekklister, retningslinjer og rutiner, teknisk kompetanseheving i bruk av videokommunikasjonsutstyr, og risikovurdering på systemnivå for aktuell pasientgruppe (Arentz-Hansen et al., 2020).

Videokonsultasjon i kombinasjon med legevakt-satellitt og bruk av annet personell kan bidra til å frita fastlegen fra fysisk tilstedeværelse og kan redusere vaktbelastning på natt. Samtidig gir det et lokalt akuttmedisinsk tilbud i distriktene med kort reisevei for innbyggerne. Evalueringene som er gjort, viser at konsultasjonsformen er god nok, med tilfredsstillende kvalitet og at pasienter blir henvist til riktig nivå for videre vurdering og behandling. Videre er pasientene, legene og kommunene fornøyd.

Organiseringen forutsetter samtidig forsterkede legevakter og/eller legevaktsentraler som er bemannet med kompetent lege og tilrettelagt for å gi medisinskfaglig beslutningstøtte til annet helsepersonell på satellitt. Dette åpner opp for en rekke bruksområder og utvidelse av tjenestetilbudet, som bruk av video ved hjemmebesøk av sykepleier eller i hjemmetjenesten.

Om pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har behov for akutt helsehjelp utenom ordinær åpningstid, er det legevakt som skal kontaktes. Videokonsultasjon hvor legen kan se pasienten kan gjøre legens vurdering av pasientens tilstand og eventuelt behandling og tiltak enklere. Videokonsultasjon kan også gjøre at legen unngår å rykke ut, og slik avlastes.

Ekspertutvalget mener at bruk av video i legevakt kan være et godt hjelpemiddel. Samtidig er det viktig at systemet for øvrig hensyntar slik bruk. Finansiering av vurdering på video var mulig under pandemien, men taksten (2af) ble fjernet 01.07.22. Det er derfor ikke mulig for næringsdrivende legevaktlege å få betalt for å gjennomføre slik vurdering, da ingen andre takster dekker dette arbeidet. For å støtte opp om slike løsninger videre må finansieringen tilpasses.

Ustabile videoløsninger og dårlig dekning kan være en utfordring ved en slik løsning. Det kan også øke utgifter til vedlikehold av kompetanse, utstyr og prosedyrer, og bruk av video og annet teknisk utstyr vil gi ressursbruk innen IT- og IKT. Enkle tekniske løsninger og opplæring av personalet i omsorgstjenestene må ivaretas. For å sikre god og sikker bruk av videokonsultasjon slik at den kan gi tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for legevaktlege, må den inngå som en rutine i tjenesten (Albrektsen, 2022). Rutinene bør også omfatte avklaringer av praktiske sider ved journalføring og beslutningsansvar som ivaretar kravene i helselovgivningen.

Videokonsultasjon gir økt tilgjengelighet, som kan gi bekymring for overforbruk. Videre kan det være bekymring for brukerkompetansen i deler av befolkningen og at økt innføring av videokonsultasjoner kan gi redusert tilgang for enkelte grupper med lave digitale ferdigheter. Risikoen for både overforbruk og lav brukerkompetanse reduseres om det er helsepersonell i begge ender av kameraet. Ekspertutvalget mener at det er behov for følgeforskning og videre innovasjon på området, og viser til videre omtale i kapittel 10 Innovasjon og ledelse.

Ekspertutvalget vurderer at bruk av teknologi, som videokonsultasjoner og desentralisert akuttilbud, åpner for nye arbeidsformer og ytterligere muligheter for interkommunalt samarbeid. For kommuner som ikke har kunnet inngå i interkommunalt samarbeid grunnet geografisk plassering og avstander kan det værehensiktsmessig å vurdere om ny teknologi kan tilrettelegge for samarbeid.

For å avlaste allmennleger for legevaktarbeid og sikre lokalt akuttilbud i distriktene, anbefaler ekspertutvalget at det opprettes desentraliserte akuttilbud, med støtte fra forsterkete legevaktsentraler som er bemannet med lege og tilrettelagt for videokonsultasjon.

Ekspertutvalget anbefaler at det tilrettelegges for bruk av videokonsultasjon ved alle legevaktsentraler og legevakter. Samtidig må det sikres god opplæring og brukervennlig og funksjonelt digitalt og øvrig teknisk utstyr.

8.5.3.3. Bruk av annet personell enn lege i legevakt

Bruk av annet helsepersonell i legevakt kan tenkes å avlaste legens arbeidstid, som ved legevaktsatellitt beskrevet over. Samtidig har 40 prosent av legevaktene ikke annet helsepersonell enn lege på natt, og dette gjelder i større grad mindre befolkningsrike og usentrale kommuner.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har en rekke virksomheter og mange ansatte, og hvor flere har døgnkontinuerlige tjenester og bemanning. Dette gir potensiale for en bedre, samlet utnyttelse av personell og utstyr i tjenesten, inkludert i legevakt.

Helsepersonell fra annen kommunes helse- og omsorgstjeneste kan brukes strukturert ved at helsepersonell tar vakter i legevakt, enten sammen med lege eller selvstendig. Slike delte stillinger vil også kunne gi synergieffekter for øvrige kommunale tjenester, i form av mer enhetlige helsetjenester, bedre utnyttelse av personellressursene, bedre samhandling og økt kompetanse om akutte tilstander i andre deler av tjenesten.

Samlokalisering av legevakt med andre kommunale helsetjenester, som KAD, sykehjem eller hjemmetjenester, tilrettelegger for mer fleksibel bruk av personell. Til eksempel kan ansatte i sykehjem bistå lege eller annet personell i legevakt ved behov. Fleksibel bruk av personell kan være særlig aktuelt på natt, hvor mange tjenester har lav aktivitet, men hvor det allikevel er påkrevd med tilstedeværende personell. Flere steder er det allerede etablerte ordninger for dette. Annet helsepersonell fra annen døgnbemannet helsetjeneste i kommunen kan også bistå legevakt i utrykninger. Det vil også kunne vært aktuelt å inngå samarbeid med andre døgnbemannede tjenester i kommunen, for at annet personell kan være tilgjengelig for lege ved behov, som brann, ambulanse eller vektere.

En større grad av samlokalisering med øvrig helse- og omsorgstjeneste kan videre tilrettelegge for at annet personell kan være tilgjengelig for lege ved behov, enten av medisinskfaglige eller sikkerhetsmessige årsaker. Til tross for utfordringer med utrygghet i vakt, jobber fremdeles mange leger alene i vakt, uten annet personell til stede. Av hensyn til negativ virkning på rekruttering og å beholde fastleger, er ekspertutvalget av den oppfatning at det må vurderes tiltak for at lege og annet helsepersonell som hovedregel ikke jobber alene i aktiv vakt, verken på legevaktkontoret eller ved utrykning. Dette er på linje med nye anbefalinger gitt fra Helsedirektoratet og partssammensatt arbeidsgruppe, samt Helsedirektoratets veileder for legevakt og legevaktsentral (Helsedirektoratet, 2020c).

Selv ved samlokalisering og samarbeidsavtaler med andre døgnkontinuerlige tjenester kan det være krevende for kommuner å sørge for at personell i legevakt aldri er alene ved konsultasjon i vaktlokalet, ved utrykning og hjemmebesøk. Det er også relevant å spørre hva som skiller arbeidet på legevakt fra andre tjenester, som hjemmesykepleie, vektere og andre som jobber alene under forhold som kan være uforutsigbare. Bemanning

av legevakt med sykepleier eller annet helsepersonell og desentraliserte akuttilbud kan også gi fordyrende drift for kommunene.

Ekspertutvalget mener at det er stort potensiale for bruk av personell på tvers av tjenester. Det forutsetter i midlertidig god opplæring og jevnlig praksis i aktuell tjeneste for å gi personellet tilstrekkelig trygghet. Dette krever ledelsesforankring, og behov for å se på de samlede personellressursene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten under ett. Ekspertutvalget mener også at samlokalisering mellom legevakt/legevaktssatelitt og andre kommunale helse- og omsorgstjenester bør være førende for plassering av tjenestetilbud, for å framme god utnyttelse av personellressurser.

Ekspertutvalget anbefaler at lege i legevakt som hovedregel ikke skal måtte være alene i aktiv vakt, og at kommunene bør vurdere hvordan annet personell kan bistå ansatte på legevakt når det er behov for det.

8.5.4. Deling av personell og samhandling i den akuttmedisinske kjede

Ekspertutvalget mener at det er nødvendig å forstå den akuttmedisinske kjeden i sammenheng. Det er også nødvendig med mer samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene i prehospital tjeneste, for å løse oppdraget om beredskap, på linje med Akuttutvalgets utredning i 2015. Utredningen pekte på at kommuner og helseforetak bør utvikle en felles arena for planlegging av ressursbruk, dimensjonering og lokalisering i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

Det er potensiale for å utnytte personellressursene i beredskapstjenester i andre deler av den akuttmedisinske kjede, og dette er særlig aktuelt for ambulansetjenesten. En stor andel av ambulansetjenesten består av beredskap og mange steder utgjør aktiv tid på oppdrag mindre enn 10 prosent av arbeidstiden (Gjøsund et al., 2020). Ambulansemedarbeidere kan bidra inn i arbeid på legevakten og ved utrykning, som beskrevet i Rørosprosjektet.

Samarbeid og tilstedeværelse av ambulansemedarbeidere kan slik direkte avlaste lege på vakt. Ambulansemedarbeiders kompetanseheving kan føre til raskere vurdering og bedre håndtering i utrykninger hvor lege ikke er til stede Det kan også gi økt trygghet og sikkerhet for lege i akuttmedisinske situasjoner. For uerfarne leger og leger som sjelden har legevakt, kan kompetansehevingen i akuttmedisin gi økt trygghet og mindre stress, og bidra til å redusere belastningen ved å ha vakt. I tillegg slipper lege å rykke ut alene store deler av døgnet. Alternativt kan annet personell rykke ut med ambulansemedarbeider i stedet for lege. Ekspertutvalget vurderer at slike ordninger også kan ha en stabiliserende virkning for fastlegeordningen, spesielt i mindre sentrale strøk hvor lege vanligvis er alene på vakt, uten annet personell tilgjengelig.

Etter hva ekspertutvalget erfarer, bør det ikke være noen hindringer for å gjennomføre liknende samarbeid mellom ambulansetjenesten og kommuner som i Rørosprosjektet, også andre steder. Det er ingen barrierer i lovverket for en slik ordning og samarbeidet kan utføres innenfor dagens avtaler og rammer. Imidlertid er ulike finansieringsordninger for legevakt og ambulanse en sentral barriere for samarbeid. Tett samhandling og etablert samarbeid mellom kommunen og helseforetaket har bidratt til håndtering av finansieringen og gjennomføring av ordningen. Ved at helseforetaket har overført midlene som tidligere ble brukt til en ambulanseressurs, har det ikke medført ekstra kostnader for noen av de involverte. Flere steder i landet er tilsvarende oppgavedeling og deling av personellressurser aktuelt. Helsedirektoratet ønsker å fronte modellen for at andre kommuner som ønsker det, kan ta den i bruk. Deres vurdering er at modellen er interessant over hele landet. Ekspertutvalget anbefaler at Helsedirektoratet sørger for spredning av informasjon om lokale forsøksordninger med gode erfaringer.

For at legeressursene skal benyttes effektivt og brukes der de har mest nytte, mener ekspertutvalget det er behov for en samordning av legetjenestene i den akuttmedisinske kjeden. Dette er svært krevende i

nåværende situasjon, med to forvaltningsnivå og finansieringsordninger. Dette kan tale for å samle den akuttmedisinske kjeden på ett forvaltningsnivå, med en samlet offentlig finansiering. Det er på linje med Helsepersonellkommisjonens forslag om å utrede ett forvaltningsnivå for hele helse- og omsorgstjenesten.

En mulig løsning for å skape ett nivå for den akuttmedisinske tjenesten, kan være rammefinansiering av en samlet akuttmedisinsk kjede utenfor sykehus, inkludert legevakt, legevaktsentral, AMK og ambulansetjenesten. Det vil kunne gi en samlet ivaretagelse av og løsning for beredskap, felles insentiver for bruk av teknologi, og strukturer for vaktbelastning. Det vil også kunne gi en samordning av legetjenester i hele den akuttmedisinske kjeden.

Etter ekspertutvalgets syn, er det behov for å utrede alternativ organisering. Det ligger utenfor ekspertutvalgets mandat og rammer å utrede dette, og utvalget viser derfor til stortingsmeldingen om prehospitale tjenester som er varslet å komme i 2024.

Ekspertutvalget anbefaler statlig tilskudd/finansiering av samarbeidsordninger mellom forvaltningsnivåene i den prehospitale kjeden, for å fremme bedre ressursutnyttelse lokalt og tiltak for å stabilisere fastlegeordningen.

8.5.5. Reduksjon av pasienthenvendelser til legevakt

8.5.5.1. Triagering i legevaktsentral og siling av kontakter til legevakt

Allmennlegens arbeidstid i legevakt kan reduseres, om antallet pasienter til legevakt og behov for vurdering av lokal legevaktlege er mindre. Triagering i LVS er et sentralt verktøy for å justere belastningen på legevakt. Alle henvendelser til legevaktsentral triageres, hvor operatør vurderer hastegrad og prioriterer, inkludert vurderer behov for tilsyn av legevaktlege. Antall pasienter og oppmøte i legevakt kan begrenses ved at pasienter som vurderes til ikke å ha behov for akutt helsehjelp, ikke får tilbud om fysisk konsultasjon på legevakt.

Det kan vurderes om LVS bør henvise færre pasienter ved lav hastegrad til vurdering på legevakt, sett i lys av at majoriteten av pasientkontaktene i legevakt er ikke-akutte tilstander (Eikeland et al., 2020) og det er anslått at i inntil 40 prosent av konsultasjonene har pasienten en tilstand som kan håndteres selv eller tilsees av fastlege neste dag (Hermansen et al., 2015) (Welle-Nilsen et al., 2009).

Det er også potensiale for å flytte en betydelig andel av fysisk oppmøte på legevakt til håndtering per telefon, og slik redusere arbeidsmengden på legevakt. 23 prosent av alle henvendelser til legevakten utenom ordinær åpningstid håndteres kun ved telefonrådgivning av sykepleier, per 2017 (Midtbo et al., 2017). En internasjonal litteraturoppsummering om kvalitet og sikkerhet ved telefon-triage samme år anslår at rådgiving per telefon vil være tilstrekkelig for omtrent 50 prosent av alle henvendelser til legevaktsentralens telefonmottak (Lake et al., 2017).

Å øke andelen henvendelser som ikke henvises til oppmøte i legevakt eller kun håndteres ved telefonrådgivning, krever et triageringssystem som med stor sikkerhet identifiserer pasienter med alvorlige tilstander. En tidligere systematisk litteraturoppsummering viste at triagering ved telefon er egnet for å fange opp pasienter med behov for akutt hjelp (Huibers et al., 2011).

Det praktiseres overtriagering av henvendelsene til legevaktsentral og AMK. Det innebærer at det heller settes en høyere enn lavere alvorlighetsgrad enn det som antas å være den reelle situasjonen, for å sikre at kritisk syke fanges opp. Overtriagering kan også knyttes til Norsk Indeks, beslutningsstøtteverktøyet AMK og LVS bruker, hvor enkelte hendelser triageres som akutt, selv om pasientens tilstand tilsier mindre alvorlighet

(Kvinge, 2013). Det kan gi unødig bruk av ambulanse. Det er en pågående diskusjon om egnethet av beslutningsstøtteverktøyet Norsk Index, både til overtriagering som fører til unødig ressursbruk, og til at den er mangelfull for enkelte alvorlige tilstander. Legevaktsentralene benytter en versjon av Norsk Index tilpasset for legevakt, denne er ikke validert for legevakt.

Ekspertutvalget anbefaler gjennomgang og evaluering av triagerings- og prioriteringsverktøy i legevaktsentral og legevakt, og ved behov utvikle/videreutvikle og teste et egnet verktøy.

8.5.5.2. Sammenheng mellom avlønning i legevakt og portvaktfunksjon

Arbeidstid i legevakt er knyttet til omfanget av pasientkontakter og arbeidsmengde i vakt, som igjen påvirkes av portvokterfunksjonen inn til legevakt. Det er relevant å vurdere om aktivitetsbasert finansiering er egnet i legevakt, for å styre arbeidsmengde for personell i vakt og pågang av pasienter. Takstsystemet oppmuntrer til høy aktivitet som er ønskelig i flere sammenhenger. Samtidig gjør den aktiviteten i legevakt inntekstdrevet og kan påvirke legens beslutninger for prioritering og behandling (Godager et al., 2015b), og slik bidra til å svekke portvaktfunksjonen. Motsatt kan fastlønn gi bedre siling av pasienthenvendelser og bidrar til en bedre portvaktfunksjon. Redusert arbeidsmengde i legevakt kan igjen medføre lavere arbeidstid for lege i vakt.

Avlønningsformer i legevakt varierer mellom kommunene, i ulike kombinasjoner av fastlønn og selvstendig næringsdrift. For fastleger i næringsdrift gis også beredskapstillegg i kommuner med lavere aktivitet i legevakt. Tillegget er høyere i kommuner hvor antatt aktivitet er lav, for å kompensere for lav inntjening fra takster. Grunnet mindre aktivitet har leger i distrikt allikevel ofte lavere inntekt enn i større byer, selv om de oftere har vakt. Inntekten er også uforutsigbar og varierende. Lav inntjening i legevakt er forklaringen mange næringsdrivende fastleger gir til at de jobber i egen praksis påfølgende dag etter nattevakt, selv om de har rett til fri. Inntekt fra nattevakt dekker ikke opp for inntektstap og løpende utgifter i egen praksis (EY og Vista Analyse, 2019).

Hensiktsmessighet ved aktivitetsbasert avlønning i en tjeneste med høy grad av beredskap er også påpekt i to nylige rapporter, av henholdsvis Helsedirektoratet og partssammensatt arbeidsgruppe i legevakt (Helsedirektoratet, 2023b, 2023e). Helsedirektoratets utredning av finansiering av legevakttjenesten viser også til at overgang til fastlønn, og forutsigbarhet i inntekt for legen, kan være rekrutterende til legevakt. Samtidig gir det forutsigbarhet i utgifter for kommunen. Rekrutteringsvirkningen kan tenkes å være større i mindre sentrale kommuner siden befolkningsgrunnlag er for lite til å gi en tilfredsstillende inntekt fra takst og beredskapstillegg. Som et alternativ til fastlønn kan økning av satsene for beredskapstillegg gi en tilsvarende effekt på rekruttering til legevakt.

Mange kommuner tilbyr fastlønn i legevakt i dag, blant annet for å rekruttere tilstrekkelig leger til tjenesten (og et al., 2020). Fastlønn kan slik bidra til å stabilisere vaktlaget og gjør vaktordningen mindre sårbar, som igjen reduserer risikoen for vakante vakter og behovet for å påta seg ekstravakter.

Mulige ulemper ved fastlønn i legevakt er for stor nedgang i aktivitet og lavt volum av legetjenester, på grunn av manglende insentiv for aktivitet. Ifølge Helsedirektoratets utredning er det ikke klart om fastlønn generelt kan foretrekkes framfor takstbasert avlønning. Det er også behov for mer kunnskap om effekt av avlønningsformene på aktivitet og kapasitet på legevakt. Partssammensatt arbeidsgruppe vurderer at mer forutsigbar avlønning av legevakt kan ha positive effekter, særlig for LIS1 leger som nå må etablere seg som næringsdrivende for å kunne takste for seks måneders tjeneste. Arbeidsgruppen tilrår en gjennomgang av finansieringsordningen for legevakt (Helsedirektoratet, 2023e).

Ekspertutvalget vurderer at fastlønn i legevakt er et nyttig grep for å redusere arbeidsmengden, ved at portvaktfunksjonene inn til legevakt styrkes. Ekspertutvalget mener også at fastlønn vil kunne styrke

rekrutteringen til legevakt, ved å gir bedre kompensasjon og forutsigbar lønn for leger i vakt. Ekspertutvalget anbefaler mer bruk av fastlønn for alt legevaktarbeid for å bidra til å redusere arbeidsmengde og -tid for lege i vakt, og rekruttering til legevakt. For beredskap vises det til lignende avlønningsavtaler i øvrige deler av kommunen og helsevesenet. Ekspertutvalget viser også til anbefalingen om gjennomgang av finansieringssystemet for legevakt, omtalt i kapittel 8.5.7.

8.5.6. Tilskudd til legevakt

I kapittel 8.3.4 omtalte ekspertutvalget tilskuddet i 2022 på 50 millioner kroner som bidrag til å "*styrke legevakttjenesten og redusere vaktbelastningen i distriktskommuner*". Sentralitetsklasse 6 og befolkning < 5000 innbyggere var en forutsetning for å kunne søke tilskudd. Tilskuddet ble fordelt på 40 kommuner. Helsedirektoratet har anbefalt at tilskuddet videreføres.

Mindre folkerike kommuner med lange reiseavstander internt i kommunen og til nabokommune(r) vil ha større utfordringer med å organisere legevakt og større kostnader til legevakt enn andre kommuner. En grunn kan være at lange avstander og reisetid gjør at deltakelse i interkommunal legevakt ikke er aktuelt. Dette gjelder blant annet for flere øykommuner. Tilskuddet til legevakt kan begrunnes med at kostnadsulempene ikke er tatt tilstrekkelig hensyn til i kostnadsnøkkelen for primærhelsetjenester i inntektssystemet for kommunene. For eksempel er kunnskapen om kommunale kostnader til legevakt mangelfull, slik det kommer fram av rapport fra SSB om kostnader til legevakt i kommunene, se kapittel 9.6.8.

Det kan derfor være gode grunner for å ha et eget tilskudd for å kompensere kommuner for kostnadsulemper ved å tilby legevakt. Ulempen med et eget tilskudd er at saksbehandlingskostnadene kan bli betydelige.

Dette trekker i retning av å kompensere for kostnadsulempene i kostnadsnøkkelen for primærhelsetjenester i inntektssystemet for kommunene.

Ekspertutvalget anbefaler at kostnadsnøkkelen for primærhelsetjenester i inntektssystemet for kommunene blir justert for å ta hensyn til smådriftsulemper i drift av legevakt.

8.5.7. Finansiering av interkommunal legevakt

Antallet legevaktdistrikt er redusert over tid, til 168 legevakter per 2022, hvorav 83 av disse er interkommunale legevakter. Interkommunalt legevaktsamarbeid har vært et viktig tiltak for å redusere vaktbelastning for fastleger i den enkelte kommune, oppnå en stabil vaktordning og bedre kvalitet i legevakt.

Ekspertutvalget mener at finansieringssystemet bør oppmuntre til interkommunal legevakt der det er gunstig. Erfaringer fra interkommunale legevakter viser at det ikke alltid er slik.

Interkommunal legevakt kan være hensiktsmessig for å redusere vaktbelastningen for fastlegene. Systemet for finansiering av legevakt bør derfor oppmuntre kommunene til å etablere interkommunal legevakt når det er hensiktsmessig. Ekspertutvalget anbefaler at finansieringsordningen for legevakt gjennomgås, for å fjerne hindringer for etablering av interkommunal legevakt. Alternativt kan man vurdere å overføre fullt finansieringsansvar for legevakt til kommunene, noe som i så fall må utredes videre. Det vil være relevant å se en slik løsning i sammenheng med ekspertutvalgets drøfting av sørge-for-ansvar og finansieringsansvar for fastlegetjenesten i kapittel 4.5.

Boks 8-2: Søre Sunnmøre interkommunale legevakt

Søre Sunnmøre legevakt ble etablert som interkommunal legevakt i 2021, ved sammenslåing av Volda, Ørsta og Herøy/Sande legevakter.
Maksimal reiseavstand mellom de tre opprinnelige legevaktene var 20 minutter. Fastlegene har vært entydig positive etter omleggingen og har sjeldnere vakt og bedre arbeidsforhold når de har vakt. Den interkommunale legevakten rapporterer om bedret kvalitet på tjenesten etter at bemanningen er supplert med sykepleiere og ambulansearbeidere, blant annet med legebil der ambulansearbeider jobber i team med legen.

Deres erfaring er at kommunene har pådratt seg betydelige merutgifter etter omleggingen, samtidig som staten har spart betydelige summer i HELFO-refusjoner. Legevakten har sammenlignet HELFO-refusjonene til legevakt i de fire kommunene i 2019 med refusjoner i den interkommunale legevakten 2022. Resultatene viser at refusjonene har falt med 55 prosent, som kan tilskrives færre oppmøtekontakter, men også strukturelle forhold i takstsystemet slår uheldig ut etter omleggingen. Eksempelvis medfører begrensning for tilstedeværende lege til å ta takst for førstepasient og færre tidstakster grunnet hjelpepersonell og god arbeidsflyt, et inntektstap på 1,5 million kroner.

8.5.8. Helseforetakene drifter legevakt på natt

Det kan være hensiktsmessig å vurdere å overføre legevaktarbeid til helseforetakene på natt. Målet vil være å redusere arbeidsbelastningen for legevaktlegene, samtidig som tilbudet til befolkningen ikke blir av dårligere kvalitet. Totalt er 16 prosent av legevaktene samlokalisert med sykehus, og av de 75 vertskommunene for interkommunal legevakt har 22 av dem legevaktlokale i tilknytning til sykehus (Ekornrud et al., 2023). Fem legevakter har også felles akuttmottak med sykehus (Ekspertgruppe legevakt, 2021). Den nærliggende plasseringen med helseforetakene er i liten grad utnyttet, og legevaktene er organisert som egen kommunal enhet med egne lokaler.

En overføring av legevaktfunksjon til sykehus på natt kan gjøres ved at funksjonen ivaretas av personell og lokaler i akuttmottaket. Løsningen vil medføre et fritak fra nattlegevakt for fastleger og andre allmennleger i primærhelsetjenesten. Et alternativ er en integrering av legevakt og akuttmottak i sykehus, hvor legevaktpersonellet inngår i vaktlaget i akuttmottaket på natt, som vil gi en større pool av leger og bidra til en bedre utnyttelse av de samlede personellressursene i området. Det vil på samme tid gi en lavere vaktbelastning for leger i legevaktordningen.

Løsningen ligner på den finske modellen, hvor ansvaret for de fleste legevakter er overført til sykehusklinikker, og hvor primær- og spesialisthelsetjenesten foregår i samme lokaler. Slik gjøres også spesialistkonsultasjoner mer tilgjengelige.

Allerede eksisterende samlokalisering eller nær plassering gir mulighet for å prøve ut overføring av legevaktarbeid til helseforetak i mindre skala. Det vil gi erfaringer med om dette kan være en hensiktsmessig oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. En slik uttesting kan også tilrettelegge for videre forsøk i flere geografiske områder.

Ulemper ved overføring av legevaktarbeid til helseforetakene kan være flere. Det vil være en ny faglig oppgave og kreve endringer i driften av spesialisthelsetjenesten. Dette må vurderes opp mot en sentralisering av

legevaktdriften ved bruk av legevaktsentral som til daglig har disse oppgavene. En stor andel av pasientene i legevakt er ikke akutte, og har ikke behov for øyeblikkelig hjelp. Psykiske lidelser er overrepresentert på natt, og legevaktleger rapporterer at dette er tidkrevende konsultasjoner. Det vil også medføre behov for flere ambulanser som kan frakte pasienter med psykiske lidelser til psykiatrisk behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Videre "snus" en stor andel av henvendelsene fra denne pasientgruppen og henvises til å ta kontakt med fastlege eller spesialisthelsetjeneste neste dag. Det kan tale for at en overføring av legevaktfunksjon til sykehus på natt kan overbelaste akuttmottakene. Det kan også være relevant å spørre seg om en slik organisering også vil bidra til en svakere portvokterfunksjon inn mot spesialisthelsetjenesten. Videre kan det argumenteres for at organiseringen utfordrer prinsippene om likeverdige og tilgjengelige tjenester i hele landet, ved at legevakt per nå er en allmennmedisinsk disiplin og er den spesialiteten som er tilgjengelig i mindre sentrale strøk.

Sykehus ligger hovedsakelig i sentrale områder. Flere befolkningsrike og sentrale kommuner melder om betydelige rekrutteringsutfordringer av fastleger til legevakttjenesten, og at det bidrar til ytterligere destabilisering av fastlegetjenesten. Å fjerne nattarbeid for fastleger i legevakt vil, etter ekspertutvalgets vurdering, raskt ha en avlastende effekt på fastlegene. Ekspertutvalget mener derfor at overføring av legevakt til helseforetak i store byer kan være hensiktsmessig, av hensyn til rekruttering til, og stabilisering av, fastlegeordningen i disse områdene, tross mulige ulemper, som skissert over.

Ekspertutvalget anbefaler uttesting av drift av legevakt i helseforetakene på natt, der samlokalisering eller nær plassering allerede foreligger, av hensyn til å oppnå bærekraft i fastlegetjenesten. Det vil også gi kunnskap om effekt av overføring av legevaktfunksjon til helseforetakene, både om virkninger på akuttmottakene og på innbyggernes bruk av legevakt.

9. KOMPETANSE I ALLMENNLEGETJENESTEN

9.1. Ekspertutvalgets anbefalinger

Ekspertutvalget anbefaler at det stilles krav til veiledet praksis etter universitetsutdannelsen for å praktisere selvstendig som lege i alle deler av helsetjenesten. Det innebærer at leger uten gjennomført LIS1 eller tilsvarende må arbeide under supervisjon og veiledning av erfarne leger. Krav om påfølgende spesialisering i allmennmedisin bør begrenses til fastleger og leger i faste stillinger i kommunen. Dette kravet bør, uavhengig av vikariatets varighet, ikke gjelde for vikarer i slike stillinger. Endringene vil bidra til å øke tilgjengeligheten til leger med LIS1 som kan arbeide i de kommunale allmennlegetjenestene, og til at leger i vikariat i større grad kan jobbe på tvers av tjenester og nivå. Dette vurderes å være viktig for å øke kapasiteten i tjenesten.

Videre mener ekspertutvalget at flere leger må få gjennomført LIS1, og derfor at de koblede LIS1-stillingene som pålegges sykehus og kommuner må økes. I stedet for dagens løsning der kommuner og sykehus ansetter leger uten LIS1, bør de gis muligheten til å lyse ut egne LIS1-stillinger. I dag arbeider leger uten LIS1 som fastlegevikarer, og det vil være en forbedring om kommunen i stedet oppretter LIS1-stillinger. I dagens situasjon, hvor mange leger i påvente av LIS1 har tilegnet seg betydelig arbeidserfaring, bør det åpnes opp for at arbeidsgiver ved ansettelse i egne opprettede LIS1-stillinger, kan gjøre en vurdering av om rekkefølgekravet skal opprettholdes eller ikke. Utvalget mener imidlertid at åpning for avvik fra rekkefølgekravet bør være en midlertidig ordning, og at effektene av endringene bør evalueres i løpet av kort tid.

For å styrke kommunenes forutsigbarhet rundt tiltredelser i LIS1-stillingene anbefaler ekspertutvalget at søkere som trekker seg fra en koblet LIS1-stilling, fratas mulighet til å ta en LIS1-stilling i en ny kommune før ved neste ordinære utlysning, på samme måte som dagens ordning for sykehusdelen av tjenesten. Videre bør sykehus og kommuner i fellesskap gis ansvar for å vurdere behovet for, og opprettelsen av, knyttede LIS1-stillinger til videre spesialiseringsløp i allmennmedisin.

For å øke kontinuiteten og kapasiteten i spesialistutdanningen i allmennmedisin anbefaler ekspertutvalget oppmykning av kravene i spesialistforskriften knyttet til at veileder må være spesialist i allmennmedisin og til gjennomføring av institusjonstjeneste. Ekspertutvalget anbefaler å fjerne kravet til stillingsprosent ved gjennomføring av to års åpen uselektert allmennpraksis. Det er også grunn til å stille spørsmål ved om antall veiledningstimer bør variere gjennom spesialiseringsløpet og reduseres mot slutten av spesialistutdanningen, eller når ALIS går i gruppeveiledning.

Ekspertutvalget anbefaler opprettelse av utdanningsstillinger, der ALIS er ansatt og jobber på andre legers liste, parallelt med legen selv. Dette vil, etter ekspertutvalgets vurdering, kunne bedre rekrutteringen av unge leger til fastlegepraksis.

Allmennleger og kommunen har ansvar for at legens kompetanse oppdateres, og det bør derfor ikke være nødvendig å opprettholde dagens detaljerte og obligatoriske etterutdanningsmodell. Ekspertutvalget mener det i stedet kan legges til rette for økonomisk kompensasjon for faglig oppdatering, og at dagens krav om sentral godkjenning av detaljerte etterutdanningsaktiviteter for å kunne opprettholde spesialisttakst kan vurderes avviklet.

Ekspertutvalget anbefaler at veiledning av medisinstudenter, LIS1 og ALIS sidestilles med fastlegens deltakelse i andre allmennlegeoppgaver. En slik sidestilling vil kreve endring i både forskrift og avtaleverk, hvor deltakelse i andre allmennlegeoppgaver i kommunen omtales.

Ekspertutvalget anbefaler at det bør legges til rette for at kommunen kan ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet på tvers av kommunegrenser. Et formalisert samarbeid mellom ALIS-kontor og RegUt kan tenkes å være effektiviserende, kostnadsbesparende og på sikt stimulere til bedre samhandling på tvers av nivåene i helsetjenestene.

9.2. Dagens krav til kompetanse i allmennlegetjenesten

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

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

9.2.1. Om kompetanseforskriftens hovedregler

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

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

Forskriften krever at alle leger som starter som fastlege, eller i annet pasientrettet arbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin (*Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*, 2017). For å kunne starte spesialistutdanning i allmennmedisin, må legen ha gjennomført LIS1.

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

Uavhengig av kravene i kompetanseforskriften, må kommunen sørge for at helse- og omsorgstjenestene som tilbys eller ytes i kommunen, er forsvarlige (*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, 2016). En sentral del av denne plikten er å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i

tjenestene. Kompetanseforskriften kan på denne måten ses som en spesifisering av forsvarlighetskravet for allmennlegetjenester.

Det er ikke stilt tilsvarende kompetansekrav til leger i spesialisthelsetjenesten, eller til helprivate tilbydere av helse- og omsorgstjenester. For begge disse er det kravene til å sikre forsvarlighet i tjenestene nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven som er bestemmende for hvilken kompetanse det er behov for, gitt oppgavene som skal utføres (*Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*, 2001; *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*, 2001). For den offentlige spesialisthelsetjenesten har staten, gjennom sitt eierskap til de regionale helseforetakene, anledning til å gi føringer for kompetansebehov i styringslinjen. Statens styringsmuligheter overfor kommunene skjer gjennom budsjettvedtak, tilskudd, lov og forskrift (*Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*, 2021).

9.2.1.1. Unntak fra kompetansekrav

Unntaksbestemmelsen i kompetanseforskriften gjelder for leger som tiltrer et eller flere vikariat i kommunen av inntil ett års varighet, deltar i kommunalt organisert legevakt utenom sitt ordinære arbeid, eller har en annen godkjent spesialistutdanning og arbeider utenfor fastlegeordningen. En lege kan arbeide i flere vikariater, men vikariatene kan imidlertid ikke overskride ett år samlet sett (*Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*, 2017).

Videre åpner forskrift om rett til trygderefusjon for at vikar for fastlege og legevakt uten godkjent LIS1 eller norsk turnustjeneste, gis rett til trygderefusjon. Etter ett års vikariat må legen ha oppnådd læringsmålene for LIS1 for å ha rett til trygderefusjon i fastlegepraksis.

Rett til trygderefusjon gis lege som tiltrer vikariat ved legevakt av inntil to måneders varighet, herunder lege som har grunnutdanning og yrkeserfaring fra et EU/EØS-land, eller lege som har grunnutdanning utenfor EU/EØS og som har fått autorisasjon i Norge på bakgrunn av minst tre års yrkeserfaring fra et annet EU/EØS-land. I begge tilfellene gjelder det at yrkeserfaringen må gi tilsvarende erfaring fra sykehus og primærhelsetjeneste/kommune som LIS 1. Legen kan ha ett eller flere vikariater, men kun i to måneder per kalenderår (*Forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter*, 1998).

Som et tiltak for å bedre allmennlegekapasiteten under koronapandemien, og ved mottak av flyktninger fra Ukraina, er det innført en endring som innebærer at tilsetting i og forlengelse av vikariater til sammen kan vare mer enn ett år, så lenge vikariatet ikke varer lenger enn til 31. desember 2023. Det er også gjort unntak fra to-måneders grensen for vikariat med lege uten godkjent LIS1/norsk turnustjeneste i legevakt[48].

Per 30.4.2022 hadde 187 av omtrent 900 fastlegevikarer (tilsvarende ca. 20 prosent av fastlegevikarene) ikke gjennomført LIS1-tjeneste (Helsedirektoratet, 2022h).

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

9.3. Legers grunnutdanning

9.3.1. Grunnutdanningen av leger i dag

I Norge er det fire universiteter som tilbyr medisinutdanning; Norges teknisk naturvitenskapelige universitetet (NTNU), Universitetet i Bergen (UiB), Universitetet i Oslo (UiO) og UiT Norges arktiske universitet (UiT). Medisinstudiet går over 6 år og gir 360 studiepoeng. Studenttall for de siste årene viser at nærmere 47 prosent av alle norske medisinstudenter studerer i utlandet, og av disse studerer 2 av 3 i Polen, Ungarn og Slovakia (Kunnskapsdepartementet, 2019).

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

I Norge er allmennmedisin, sammen med kirurgi og medisin, et av de store fagene som skal læres i medisinstudiet. Mye av læringen skjer i praksis, og per i dag har medisinstudentene i Bergen, Trondheim og Oslo i all hovedsak 6 ukers praksis i allmennmedisin i løpet av de siste to studieårene, mens studentene i Tromsø har 8 uker praksis. I forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning § 26 står det at *Omfanget av praksisstudiene skal være minimum 24 uker. Minst 10 uker bør gjennomføres i primærhelsetjenesten* (*Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning*, 2020). Når medisinstudenter har praksis, skal de arbeide som leger med legeoppgaver under veiledning.

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

UiT har egne kvoter for opptak av studenter med nordnorsk tilknytning. På medisinstudiet er 60 prosent av studieplassene reservert søkere med nordnorsk tilknytning. Innenfor denne rammen er åtte studieplasser reservert søkere med tilknytning til Nord-Troms og Finnmark (Samordna opptak, 2020)[49]. I tillegg har inntil to studieplasser vært reservert for samiske søkere (Samordna opptak, 2022b). Antallet studieplasser på medisin ved UiT har økt de senere år. Antall kvoteplasser for søkere fra Nord-Troms og Finnmark har vært uendret, men den samiske kvoten økes til seks studieplasser i 2023.

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

[49] *Kvote for Nord-Troms omfatter syv kommuner. Kommunene Karlsøy, Kvænangen, Kåfjord, Lyngen, Nordreisa, Skjervøy og Storfjord utgjør til sammen Nord-Troms. Kvote for Finnmark omfatter hele fylket.*

9.3.2. Kunnskap om grunnutdanningens effekt på rekruttering

Kunnskap om hvordan grunnutdanningen i medisin kan rekruttere studenter til allmennmedisin er viktig. Grimstadutvalget leverte sin rapport september 2019. Utvalget peker på at dimensjonering av studieplasser i medisin må ses i sammenheng med helsetjenestens behov, og anbefaler at Norge på kort sikt utdanner 80 prosent av legene selv, tilsvarende totalt 1076 studieplasser årlig. Gjennomføring av grunnutdanningen i medisin bør inkludere en større del av helsetjenesten, både i praktisk og klinisk undervisning. Videre anbefaler utvalget desentraliserte studieløp, der studentene er ved campuser utenfor universitetsbyen i større deler av studietiden, at kommunehelsetjenesten benyttes mer som læringsarena i medisinstudiet, og at det innføres nasjonale finansieringsordninger for praksisstudier i primærhelsetjenesten (Kunnskapsdepartementet, 2019).

Forskning tyder på at oppveksterfaringer fra distrikt, og praksis i distrikt under utdanningen, øker sjansen for å jobbe i distrikt etter endt utdanning. Samtidig pekes det på at dette ikke er nok, og at både gjennomføring av spesialistutdanning og at den første jobben etter endt utdanning er i distrikt, er faktorer som kan rekruttere (Abelsen et al., 2020).

For leger er arbeid i distrikt ofte synonymt med arbeid i allmennmedisinske stillinger. En systematisk oversikt viser at det i ulike land er etablert fem hovedtyper utdanningstiltak for grunnutdanningen i medisin, som hver for seg, eller i kombinasjoner, er assosiert med økt tilbøyelighet blant de uteksaminerte til å velge distrikt som arbeidssted. Utdanningstiltakene dreier seg om prioritert opptak av en større andel studenter fra distrikt, desentraliserte utdanningsløp, praksisnær læring i distrikt, bindingstid i distrikt etter endt utdanning, og at studieplanen er lagt opp slik at den gir distriktrelevant læringsutbytte (Abelsen et al., 2022b).

Siden 2009 har inntil 24 legestudenter ved UiT årlig fullført de to siste årene av utdanningen i Bodø. Studenter som valgte desentralisert medisinutdanning i Bodø, hadde i stor grad tilhørighet til regionen. Bodø og regionen rundt har, som følge av dette, fått en netto tilvekst av leger til allmennmedisinske stillinger (Langen Westlie et al., 2022).

9.4. Spesialistutdanningen i allmennmedisin

9.4.1. Ny ordning for spesialistutdanning

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

Alle læringsmål er forskriftsfestet (*Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)*, 2019). Videre er ulike former for læringsaktiviteter, veiledning, supervisjon, kompetansevurdering og prosess for godkjenning av læringsmål viktige elementer i utdanningen. Det er krav til individuell veiledning, hvor refleksjon, råd, oppfølging av faglig progresjon og bidrag i vurderingen av leger i spesialisering inngår. Det er ikke krav om at veileder for LIS1 må være spesialist, men det er krav om at veileder for ALIS må være spesialist i allmennmedisin.

Med ny ordning for spesialistutdanning har kommunene, som er registrert som utdanningsvirksomhet, fått et helt nytt ansvar. Kommunen skal legge til rette for spesialistutdanning i allmennmedisin, blant annet ved å bidra til at utdanningen gjennomføres i åpen uselektert allmennpraksis, og bidra til helhetlige utdanningsløp på tvers av kommuner, private aktører, andre aktuelle aktører og læringsarenaer i spesialisthelsetjenesten (*Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)*, 2019).

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

9.4.2. LIS1 – første del av spesialistutdanningen

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

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter hvor mange stillinger i spesialistutdanningens første del som skal opprettes i sykehusene og i kommunene. Helsedirektoratet fordeler antall LIS1-stillinger i sykehus til hvert av de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene oppretter LIS1-stillinger innen helseregionen i de enkelte helseforetakene. LIS1-stillinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fastsettes fylkesvis av Helsedirektoratet, og fordeles til de enkelte kommunene i samråd med statsforvalteren.

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

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

Antall LIS1-stillinger er bestemmende for hvor mange leger som kan fortsette sin spesialistutdanning, og rekrutteres til videre spesialisering i sykehus og spesialisering i allmennmedisin. Det har over mange år vært langt flere søkere enn tilgjengelige LIS1-stillinger (Helsedirektoratet, 2018b).

I 2022 var det 544 LIS1-stillinger med oppstart per 1.3.2022 og 575 LIS1-stillinger med oppstart 1.9.2022 (Helsedirektoratet, s.a.). Noen stillinger blir reservert til leger som kommer tilbake etter sykdom eller lovfestede permisjoner. Antall utlyste LIS1-stillinger vil derfor alltid være noe lavere enn faktisk antall. Det var 921 søkere til 525 utlyste LIS1-stillinger med oppstart 1.3.2022. 57 prosent av søkerne fikk tilbud om stilling (Helsedirektoratet, 2022g). Videre var det 1193 søkere til 562 utlyste LIS1-stillinger med oppstart 1.9.2022. 48 prosent av søkerne fikk tilbud om stilling.

I 2023 er det 544 LIS1-stillinger med oppstart 1.3.2023 og 575 LIS1-stillinger med oppstart 1.9.2023. 31 av LIS1-stillingene som har oppstart 1.9.2023 skal knyttes til videre spesialiseringsløp i barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri (Helsedirektoratet, 2019f).

9.4.3. Kunnskap og tidligere utredninger om LIS1

Helsedirektoratet utgir statusrapporter etter hver søknadsrunde for LIS1-stillinger (Helsedirektoratet, 2018b). Statusrapportene baserer seg på oversikt over stillingsannonser, mottatte søknader og ansettelser i helseforetakene, men gir ingen opplysninger om ansettelser av LIS1 i kommunene. De gir heller ingen opplysninger om gjennomføringen av LIS1-tjenesten. Helsedirektoratet beregnet i 2019 et framtidig behov for LIS1-stillinger på omtrent 1150 per år, altså en økning fra 950, tilsvarende 21 prosent (Helsedirektoratet, 2018c).

Av hensyn til kvalitet på utdanning og pasientsikkerhet har Helsedirektoratet anbefalt; å opprettholde rekkefølgekravet om at sykehustjenesten må gjennomføres først, ingen reduksjon i varigheten på LIS1, samt uendrede krav til oppnådde læringsmål og uendrede fraværsregler for å kunne gå videre til neste del av spesialistutdanningen. Høye søkertall til LIS1-stillinger har bevart en god geografisk fordeling av LIS1 til de ulike deler av landet, men det er utfordringer med kontinuitet knyttet til frafall og oppsigelser i de minst folkerike og minst sentrale kommunene (Helsedirektoratet, 2021e).

LIS1-stillinger som knyttes opp mot videre spesialisering i allmennmedisin, kan være et virkemiddel i arbeidet med å bedre rekruttere og stabilisere leger i kommunen. I Helsedirektoratets forslag om knytting av LIS1-stillinger anbefales det ingen bindingstid eller karanteneordninger. LIS1-stillingene foreslås primært knyttet til fastlønnede allmennlegestillinger, og at rekrutteringssvake kommuner som kan tilby spesialistutdanning av god kvalitet, bør prioriteres (Helsedirektoratet, 2021c).

Det påpekes at det er uheldig at leger som allerede har oppnådd en norsk spesialistgodkjenning, basert på utenlandsk utdanning og ofte mange års erfaring, må gjennomføre LIS1 før de kan starte i spesialistutdanning i spesialitet nr. 2. Direktoratets vurdering er at det bør være opp til arbeidsgiver å vurdere disse legenes samlede kompetanse og behovet for LIS1, ved tilsetting som ALIS i kommunen (Helsedirektoratet, 2022f).

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

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

9.4.4. ALIS – siste del i spesialiseringsløpet i allmennmedisin

Andelen fastleger med spesialisering i allmennmedisin har økt jevnt over tid. I 2015, da spesialisering i allmennmedisin fortsatt var frivillig, hadde 57,8 prosent av landets fastleger spesialisering i allmennmedisin. Fra 2015 til 2021 har andelen økt i samtlige fylker. Ved utgangen av 2021 hadde 63,9 prosent av landets fastleger spesialisering i allmennmedisin (Helsedirektoratet, 2021a), og denne er redusert til 62,7 prosent ved utgangen av 2022.

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

88 forskiftfestede kliniske læringsmål definerer minstekompetansen innenfor den allmennmedisinske spesialiteten. Læringsmålene er fordelt på ulike tema, og hvor ALIS blant annet må beherske 58 praktiske prosedyrer som brukes i allmennpraksis (Helsedirektoratet, 2020b). I tillegg til dette kommer 24 felles kompetansemål, som går på tvers av alle spesialitetene (Helsedirektoratet, 2020a). Veiledningen innebærer planlagte og regelmessige samtaler mellom lege i spesialisering og veileder. Veileder skal være spesialist i

allmennmedisin. Det kan i særskilte tilfeller søkes Helsedirektoratet om unntak fra denne regelen[50]. Veiledningen skal i gjennomsnitt være på minst fire timer per måned i 10,5 av årets måneder, og tilbys så lenge spesialistutdanningen pågår. I tillegg til individuell veiledning kommer deltakelse i gruppeveiledning over en periode på to år.

Spesialistforskriftens krav til minimum to år i åpen uselektert allmennpraksis skal sikre at alle spesialister i allmennmedisin har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta og håndtere et bredt utvalg av helseproblemer. I rundskriv til spesialistforskriften (*Rundskriv I-2/2019: Spesialistforskriften med kommentarer: Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger*, 2019) defineres åpen uselektert allmennpraksis som en praksis som er åpen for alle pasienter, uten noen forutgående siling eller utvelgelse av pasienter, sykdommer eller lidelser. I praksis innebærer dette at man må jobbe som fastlege eller fastlegevikar. Spesialistutdanningen skal som hovedregel gjennomføres på heltid, men kan gjennomføres i redusert stilling dersom legen kan gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene. Ved deltid skal samlet utdanningstid forlenges tilsvarende. For tjeneste i åpen uselektert allmennpraksis er det forskriftsfestet en nedre grense på 50 prosent av normalarbeidstid.

I ny ordning for spesialistutdanning må legen oppfylle læringsmål i samhandlingskompetanse (ALM-55) og selekterte pasientpopulasjoner – dybdekompetanse (ALM-085). For å oppfylle læringsmålene skal legen ha en godt utviklet samhandlingskompetanse ved å kjenne rammebetingelser, arbeidsmåter og prosedyrer fra en eller flere godkjente utdanningsinstitusjoner innen primær- eller spesialisthelsetjenesten. Legen må også tilegne seg dybdekompetanse i utredning, behandling og oppfølging av en eller flere selekterte pasientpopulasjoner. Det er ikke fastsatt en bestemt tjenestetid i spesialisthelsetjenesten ved spesialisering i allmennmedisin.

For å oppnå kompetanse i samhandling og selektert pasientpopulasjon anbefales minimum 6 måneder (eller 3 pluss 3) i godkjent utdanningsvirksomhet innen kliniske spesialiteter, og/eller i spesialiserte kommunale helseinstitusjoner[51]. Selv om det ikke er spesifikke krav i forskriften utover læringsmålene, om at ALIS skal ha tjeneste ved sykehus, legger teksten i spesialistforskriften § 4, § 5 og § 23 opp til at dette i praksis håndteres som et krav. Det er flere steder beskrevet at kommunen må inngå avtale med helseforetak om denne tjenesten, og at de regionale helseforetakene også skal legge til rette for at leger i spesialisering i allmennmedisin kan få nødvendig praktisk tjeneste i spesialisthelsetjenesten (*Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)*, 2019).

9.4.5. Tiltak for leger og kommuner

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

[50] *Vurderingsgrunnlaget er spesifisert i Rundskrivet til spesialistforskriften § 25.*

[51] *Definert ved at de har overlege i full stilling, og kan tilby individuell veiledning og supervisjon på nivå med godkjente utdanningsvirksomheter og har organisert internundervisning. LIS må delta i vaktordning der dette finnes.*

9.4.5.1. ALIS-kontor

ALIS-kontorene ble opprettet våren 2020, og kontorene er betydelig styrket og videreutviklet siden da. Kontorene er lokalisert til Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand, Oslo og Ringsaker. De tre førstnevnte skal dekke kommunene i henholdsvis Helse-Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest. Kontorene i Kristiansand og Ringsaker skal dekke kommunene i Helse Sør-Øst.

De regionale ALIS-kontorene skal gi råd og bistå kommunene i planlegging, etablering og oppfølging av spesialistutdanningen i allmenn- og samfunnsmedisin. Gjennom dette skal kontorene bidra til rekruttering og tilrettelegging for spesialisering, og til trygghet for legen gjennom spesialiseringsløpet. Oppgaver for ALIS-kontorene er blant annet å bistå kommunene i bruk av ALIS-avtaler og ved opprettelse av individuelle utdanningsplaner. Kontorene skal samarbeide seg imellom for å dele erfaringer, sikre lik utdanning på tvers av regioner og unngå dobbeltarbeid (Helsedirektoratet, [s.a.]-c). Det ble i statsbudsjettet bevilget 40 mill. kroner til ALIS-kontorene i 2022. Bevilgningen er videreført i 2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

Boks 9-1: Tilskudd til ALIS avtale

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

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen til ALIS-avtaler.
Det ble gitt tilskudd til 564 ALIS-avtaler i 2021, i tillegg til ALIS-avtaler i prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord (Helsedirektoratet, 2022c). For 2022 er tilskuddordningene til ALIS-avtale forbedret, og i mars 2022 ble den nye ordningen Nasjonal ALIS og veiledning lansert.

I den nye tilskuddsordningen er egenandelen for kommunene fjernet. Kommuner i sentralitetsgrad 6[1] får høyere maksimalt tilskuddsbeløp, og ALIS i disse kommunene kan få tilleggselementer i sine ALIS-avtaler. Budsjettet for Nasjonal ALIS og veiledning var 224 mill. kroner i 2022. Maksimalt tilskuddsbeløp per ALIS per år vil være 367 000 kroner, og 567 000 kroner for kommuner med sentralitetsgrad 6.

9.4.5.2. Introduksjonsavtaler

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

Hovedformålet er å legge til rette for spesialisering i allmennmedisin for leger som arbeider utenfor fastlegeordningen, men avtalene kan også benyttes for å bedre rekruttering til fastlegetjenesten. Avtaleparter i en introduksjonsavtale vil være kommune, fastleger og ALIS (introduksjonslege). Det er opp til avtalepartene om introduksjonslegen skal være fansatt eller selvstendig næringsdrivende i perioden. De økonomiske

forholdene knyttet til gjennomføringen avtales mellom avtalepartene. Maksimal varighet på en introduksjonsavtale er to år ved fulltids arbeid.

Kommunen må søke Helsedirektoratet om å få lov til å inngå introduksjonsavtale. Introduksjonsavtalene ble lyst ut med søknadsfrist 15. mars 2022 (Helsedirektoratet, 2021e). Ved utgangen av februar 2023 har kommunene meldt inn at de har inngått 31 av 65 avtaler.

Boks 9-2: Lokale piloter og utprøvinger for økt rekruttering og spesialisering

Lokale piloter og utprøvinger for økt rekruttering og spesialisering

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

ALIS Vest og ALIS NORD

I de 5-årige pilotprosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord er det gitt bistand til kommunene for å øke deres kompetanse som tilretteleggere av legers spesialistutdanning i allmennmedisin, herunder utvikle utdanningsmodeller som passer for både fastlønn og næringsdrift. De viktigste har vært et netto tilskudd (Helsedirektoratet, 2021e) per ALIS per år, rådgiving til kommunene og nettverksmøter for ALIS, veiledere og helseledere. ALIS-Vest prosjektet ble avsluttet i 2022 og ALIS-Nord prosjektet avsluttes i 2023.

FRONESIS

er et pilotprosjekt i regi av Universitetet i Bergen. Prosjektet dekker 90 legekontor, med til sammen 750 fastleger, og skal bidra til at medisinutdanningene i Norge har et tilstrekkelig antall praksisplasser på fastlegekontorene, med god kvalitet og kompetente praksisveiledere. Den overordnede hensikten er å utdanne kompetente leger til fastlegeordningen i kommunene, og et av delmålene er å bidra til utvidet kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til økt rekruttering av praksisplasser i fastlegetjenesten (*Flere praksisplasser og bedre veiledning for medisinstudenter på fastlegekontorene (FRONESIS)*, 2022).

Helgelandslegen

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

Øremerkede stillinger for ALIS på sykehus

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

9.4.6. Kunnskap om yrkesvalg og spesialistutdanning

Allerede i 2015 konkluderte en studie gjennomført av Abelsen og Olsen med at unge leger i hovedsak ønsker seg et finansieringssystem med en mindre aktivitetsbasert inntektskomponent enn det som er tilfelle i dagens finansiering av fastlegeordningen (Abelsen et al., 2015).

Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 viser til flere forhold som gjør unge leger usikre på om de ønsker å bli fastlege. Det pekes på at nyutdannede leger opplever økonomisk usikkerhet med bekymringer knyttet til høye investeringskostnader, manglende inntjeningsgrunnlag ved oppstart av næringsdrift, samt usikkerhet rundt og mangel på sosiale ordninger. Ansvar for drift av legekontoret kan virke avskrekkende. Fleksibilitet til å kunne skifte fra fastlege til annen legevirksomhet, kombinert med økonomisk risiko og et betydelig arbeidspress for å sikre avkastning på investering i en legepraksis, framstår som en vesentlig barriere for å få nye fastleger til å etablere seg.

Av de spurte medisinstudentene og LIS1 oppga 82 prosent den gang at de ville foretrukket fastlønn mens de gjennomfører spesialistutdannelsen i allmennmedisin, mens 10 prosent ville foretrukket næringsdrift. På spørsmålet om hvilken driftsform de ville foretrukket etter at de hadde fullført spesialiseringen i allmennmedisin ville 37 prosent foretrukket fastlønn og like mange ville foretrukket næringsdrift. Av fastlegevikarene som ble spurt, ville 55 prosent foretrukket fastlønn under spesialistutdanningen. Etter fullført spesialistutdanning ville 30 prosent av fastlegevikarene ønsket seg fastlønn, mens 56 prosent ville foretrukket næringsdrift (EY og Vista Analyse, 2019).

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

Mye av ALIS-forskningen har vært rettet mot gjennomføringen av spesialistutdanningen i allmennmedisin i distriktskommuner. Forskningsresultater fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), og følgeforskningen av ALIS-Vest og ALIS-Nord prosjektene, har vist at det å utvikle et inkluderende og faglig miljø, og legge til rette for spesialisering i allmennmedisin med tilgang til og god kvalitet på veiledning og supervisjon, er viktig for å rekruttere og beholde fastleger (Abelsen et al., 2019).

Pilotprosjektet ALIS-Vest ble etablert med utgangspunkt i den gamle spesialiseringsordningen i allmennmedisin, med mål om å tilby fastlønnede utdanningsstillinger til ALIS for å sikre rekruttering og stabilitet til fastlegetjenesten. En følgeevaluering har fulgt etableringen av 16 utdanningsstillinger i 11 kommuner i Vestland (Abelsen et al., 2023). Funn fra følgeevalueringen tyder på at det ikke er avgjørende hvor lenge en utdanningsstilling varer. Det viktigste er muligheten den gir unge leger å tre inn i fastlegetjenesten uten økonomisk risiko, med klare rammer for arbeidet som fast lønn, regulert arbeidstid, et planlagt utdanningsløp og mulighet for fritid. Utdanningsstillingen ga de fleste ALIS gode rammebetingelser for å lære faget og å utvikle seg som fagperson. Følgeevalueringen identifiserte en rekke samvirkende forhold av betydning for stabilitet i utdanningsstillingene; rom for å vokse inn i jobben som fastlege med velfungerende supervisjon og veiledning, og aksept for at det tar tid å bli kjent med både faget allmennmedisin, listeinnbyggere, journalsystem og arbeidsmåter.

Kommunenes merkostnader ved de fastlønnede utdanningsstillingene varierte relativt mye og skyldtes kjennetegn dels ved ALIS, dels ved utformingen av den lokale fastlegetjenesten og dels ved kommunen. Lønnsnivået i utdanningsstillingene ble bestemt lokalt, og noen av kommunene brukte et høyt lønnsnivå som

insentiv for å tiltrekke seg leger. Høye driftskostnader i fastlegekontorene, og vikarutgifter når ALIS var i institusjonstjeneste, var vesentlige kostnadsdrivere. Merkostnadene ble i liten grad problematisert av kommunale helselederinformanter. Flere av kommunene hadde ved starten av pilotprosjektet erfaring med høye kostnader og stor ustabilitet over tid knyttet til vikarbruk i sin fastlegetjeneste. De opplevde at kostnadene gikk ned og stabiliteten opp når de fikk ALIS inn i utdanningsstilling. Dagens nasjonale tilskuddsordning ville redusert deltakerkommunenes merkostnader til utdanningsstillingene betraktelig. Flere av fastlegene som ble spesialister i allmennmedisin i de fastlønnede utdanningsstillingene, har gått inn i næringsdrift etter endt spesialisering

Fafo, Agenda Kaupang og NSDM har studert implementeringen av ny spesialiseringsordning i allmennmedisin gjennom følgestudier av henholdsvis pilotprosjektet ALIS-Nord og i syv bykommuner (Helgheim Holte et al., 2022). Pilotprosjektet ALIS-Nord ble etablert i 2019 og omfattet 32 utdanningsstillinger i 25 kommuner i Nord-Norge. I utgangspunktet ble det lagt opp til en 50/50-fordeling mellom ALIS med fastlønn og ALIS i næringsdrift. I praksis ble kun et fåtall ALIS rekruttert til næringsdrift. Årsakene til at ALIS ikke ønsket næringsdrift, var at de var usikre på om de ville bli fastlege og/eller usikre på om de ønsket å bli værende i kommunen på lengre sikt; de ønsket å konsentrere seg om det faglige framfor å styre med administrasjon og økonomi; og de ønsket trygderettighetene som følger med kommunal ansettelse. Rapporten påpeker at kostnader ved kommunenes rolle som utdanningsvirksomhet er vanskelig å beregne, fordi de i liten grad lar seg hente ut av regnskapstall.

I bykommunene kom det fram særlige utfordringer knyttet til gjennomføring av tjeneste i to års uselektert praksis for leger som ikke er fastleger. Det ble stilt spørsmål ved rimeligheten i at en fast ansatt og fast lønnet kommunalt ansatt lege må bli næringsdrivende fastlegevikar i minst to år for å tilfredsstille kravet om åpen uselektert allmennpraksis. Den massive arbeidsmengden som gjerne er forbundet med et fastlegevikariat i næringsdrift, gjør at ALIS vegrer seg. Noen går inn i deler av et fastlegevikariat (for eksempel 50 prosent) og bruker da dobbelt så lang tid på de to årene det stilles krav om. Ordningen med introduksjonsavtale hvor ALIS ikke har eget listeansvar, men jobber på andre legers lister, synes ikke å være noe godt alternativ fordi de, ifølge informanter, er forbundet med lite forutsigbar inntekt. For de store bykommunene, som har en legetjeneste med mange leger, har ny spesialistutdanning i allmennmedisin gitt betydelig merarbeid (Abelsen et al., 2022a).

De fleste ALIS som er intervjuet i følgeforskningen, var stort sett fornøyd med den nye spesialistutdanningen, herunder individuell veiledning, supervisjon, gruppeveiledning og kurs. Informanter uttrykte noe frustrasjon over diffuse læringsmål, at det har vært krevende å finne ut av hvordan ting skal gjøres og at et nytt system er rullet ut i stor skala før det var ordentlig på plass. Ny spesialiseringsordning gir kommunene ansvar for å godkjenne læringsmål, i et system basert på tillit. Helseledere som i mange tilfeller ikke selv er lege, må ha tillit til at både ALIS og veileder har gjort det de skal før de endelig godkjenner læringsmål på vegne av kommunen. Enkelte ALIS uttrykte bekymring for at kvaliteten på utdanningen av den grunn vil kunne variere på tvers av ulike kommuner.

Videre pekte helseledere på at læringsmålene som må oppnås gjennom institusjonstjeneste, er en relativt sett liten, men ressurskrevende del av spesialistutdanningen, som også bør vurderes i et nytte/kostnadsperspektiv. Det er særlig vanskelighetene og kostnadene med å skaffe vikar når ALIS skal ha institusjonstjeneste, og risikoen for at ALIS flytter permanent fra kommunen, som trekkes fram som utfordringer.

Rapporten løfter fram at det er krevende for mange kommuner å skaffe kvalifiserte veiledere og vedlikeholde den fagadministrative kompetansen som trengs for å være utdanningsvirksomhet. Det pekes på at lokalt tilpassede samarbeid om ivaretakelsen av rollen som utdanningsvirksomhet hvor ALIS-kontor involveres, vil kunne være hensiktsmessig for særlig de mindre folkerike kommunene.

En undersøkelse gjort blant kommunale helseledere i Nord-Norge viser at få kommuner har utarbeidet planer for legetjenesten og det samarbeides i liten grad kommunene imellom. De nordnorske kommunene peker på at det er behov for en bedre finansieringsordning, som omfatter utdanningen av leger. De er videre opptatt av at det er vanskelig å få på plass avtaler med helseforetakene om institusjonstjeneste for ALIS (Helse Nord, 2019). Flere kommuner mangler ressurser til å jobbe systematisk med spesialistutdanningen for sine allmennleger, herunder sette opp gode planer som gir forutsigbare utdanningsløp (Helsedirektoratet, 2018a).

9.4.7. Dagens spesialistutdanning i andre land

Det er flere likhetstrekk mellom spesialistutdanningen i allmennmedisin i Norge og i andre sammenlignbare land. Varigheten på spesialistutdanningen er relativt lik, og for de fleste land er det krav om at legen må være spesialist i allmennmedisin for å praktisere selvstendig og drive egen allmennpraksis. Det vanligste er at legen er ansatt, og uten ansvar for drift eller annet personell, under spesialistutdanningen.

9.4.7.1. Sverige

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

Gjennomføring av spesialistutdanningen i allmennmedisin i Sverige har en varighet på minst 5,5 år. Mesteparten av nødvendig kompetanse gjennom spesialistutdanningen tilegnes og utvikles på "vårdcentralen", hvor mottak, behandling og oppfølging av pasienter i primærhelsetjenesten skjer. Samtidig får legen erfaring ved å supplere hovedtjenesten med hospiteringer og studiebesøk til andre enheter og deler av helsetjenesten.

Gjennom spesialistutdanningen deltar legen i grupper bestående av andre leger for regelmessig diskusjon, refleksjon, kollegial trening, utvikling av kommunikasjonsferdigheter og kvalitetsutvikling. Deltakelse på ulike statlig finansierte kurs er også en viktig del av spesialistutdanningen (Socialstyrelsen, 2015; Svensk förening för allmänmedicin, [s.a.]) [52].

9.4.7.2. Danmark

Gjennomføringen av spesialistutdanningen i Danmark tar 5 år. I løpet av denne perioden er legen 2,5 år i allmennpraksis, herunder 6 måneder i en introduksjonsstilling. Videre er legen 2,5 år ved en sykehusavdeling. Hvis legen ikke har hatt allmennmedisin i sin kliniske basisutdanning (KBU), er introduksjonsstillingen på 12 måneder (Medicin, 2013). Mulige endringer av innholdet i basisutdanningen kan gjøre at 6 måneders praksis i allmennmedisin blir obligatorisk. Introduksjonsstillingen finner sted hos en allmennpraktiserende lege, som

[52] *Bl.a. Balint-grupper som er en spesiell gruppedynamisk supervisionsgruppe, hvor den enkelte deltager kan legge fram vanskeligheter med deres pasienter til gruppedeltakernes refleksjoner.*

er godkjent veileder. Introduksjonsstillingen skal bidra til at legen blir sikker i sitt valg av spesialitet, samtidig som veileder vurderer om legen er egnet til å bli spesialist i allmennmedisin.

Sammensetningen og forløp av legens tjenestetid under spesialistutdannelsen, planlegges og administreres av regionene, i samarbeid med regionale faglige rådgivere for spesialiteten (Ministerråd, 2016). I løpet av sykehusperioden skal legen tilbringe 1 dag per måned ved sitt allmennlegekontor. Når legen i spesialisering er i siste del av spesialistutdanningen, betaler de praktiserende legene i den aktuelle praksisen en andel (ca. 30-40 prosent) av legens lønn. Dette er relatert til at legen i spesialisering i økende grad avlaster de andre praktiserende legene ved kontoret. Det er åpnet opp for at leger under spesialisering kan være ansatt av en privatpraktiserende lege i allmennmedisin, som vikar i opptil 6 måneder. Dette forutsetter samtidig supervisjon.

Leger i Danmark må starte spesialisering senest 5 år etter at grunnutdanningen er ferdig og de har fått full autorisasjon. Leger som ikke starter innen fristen, mister muligheten til å spesialisere seg i Danmark. Danske allmennleger kan først etablere seg med egen liste når de er spesialister i allmennmedisin. Leger under spesialisering er ansatt med fast lønn.

Antall utdanningsstillinger som etableres av Sundhetsstyrelsen, er basert på framskrevet behov innen de ulike spesialitetene og politiske føringer. Dette gjør det mulig for Danmark å øke antall utdanningsstillinger i spesialiteter etter behov, og gjør det mulig å knytte stillinger opp mot politiske reformer. I dimensjoneringsplanen for 2022–2023, ligger det 350 utdannelsesstillinger per år i allmennmedisin (Sundhedsstyrelsen, 2021).

9.4.7.3. Finland

Spesialistutdanningen består av en 2-årig felles utdanningsdel og en 4-årig spesialiseringsdel. Spesialistutdanningen gjennomføres i hovedsak i stilling som lege på et helsesenter. I tillegg jobber leger under spesialistutdanning også innen andre kliniske spesialiteter.

Spesialistutdanningen er veiledet og består av arbeid innen ulike områder ved helsesenteret. Veilederne er spesialister som har gjennomgått veilederopplæring. I tillegg til opplæringsaktiviteter ved helsesenteret deltar legen på teoretisk undervisning arrangert av universitetene eller spesialistforeningene. Utdanningen inkluderer også lederkurs ved universitetet. Ved slutten av spesialistutdanningen er det en skriftlig avsluttende eksamen. Det pågår en stor omlegging for å gjøre spesialistutdanningen kompetansebasert (Helin-Salmivaara et al., 2020).

Legene må ikke være spesialister i allmennmedisin for å praktisere som allmennleger. Legene i den offentlige primærhelsetjenesten i Finland er som hovedregel, fast ansatt i et helsesenter.

9.4.7.4. Nederland

Spesialistutdanningen varer i tre år, og hvor to av disse er praktisk opplæring i en legepraksis. Det første og siste året er legen i praksis i allmennlegetjenesten, mens det andre året består av tjeneste i psykiatri, sykehjem (Chronic care) og på akuttmottak (emergency department). Under tiden i allmennpraksis, er legen fire dager i uken på legekontor. Den femte dagen deltar legen på forelesninger og veiledninger ved universitetet.

Det er åtte utdanningsinstitusjoner for allmennleger, hvor alle er del av et medisinsk fakultet ved et universitet. De samarbeider gjennom det nasjonale utdanningsinstituttet for allmennleger. Dette gjelder blant annet om søknadsprosessen, opplæringsplan og vurderinger underveis.

For å praktisere som allmennlege, må man være spesialist i allmennmedisin. De fleste legene i allmennpraksis eier sin egen praksis. Et økende antall leger er imidlertid ansatt av ulike praksiseiere i full stilling eller som ekstra hjelp på dagtid. For å beholde spesialistgodkjenningen må denne resertifiseres hvert 5 år (Cutch College of GPs, [s.a.]) [53].

9.4.7.5. England

Spesialistutdanningen består av et 2-årig grunnkurs med generell opplæring, etterfulgt av 3-årig spesialistutdanning i allmennmedisin.

Spesialistutdanningen omfatter normalt minst 18 måneder i godkjent allmennpraksis, med resterende tid i godkjente sykehusstillinger eller integrerte opplæringsstillinger. Spesialistutdanningen i Storbritannia er ikke en universitetsgrad, og universitetene har ingen rolle i opplæringsprogrammer. Leger i spesialisering søker på betalte utdanningsstillinger. Det gis økonomiske insentiver til leger i spesialisering som forplikter seg til å jobbe på utvalgte steder, som enten tradisjonelt er områder med dårlig rekruttering, har liten legedekning eller er utsatte områder (Bmjcareers, 2022). For å praktisere som allmennlege, må man være spesialist i allmennmedisin. [54]

9.4.7.6. Skottland

Spesialistutdanningen består av to år grunnleggende opplæring for å oppnå generalistferdigheter fra sykehus. Deretter en 3-årig spesialistutdanning i allmennmedisin, som avsluttes med eksamen.

Generelt tilbringer studentene under spesialisering 12-18 måneder i allmennpraksis, og 12-18 måneder i sykehus. Legene må søke på fastlønnede utdanningsstillinger. Legene tilbys gratis tilgang til praksisbasert opplæring i små grupper, og en rekke leger får ekstra stipend for å ta stillinger som er vanskelige å fylle (mest rurale deler av landet).

Praktiserende allmennleger må gjennomgå en årlig vurdering som dekker klinisk arbeid, kvalitetsforbedringsaktivitet, vurdering av eventuelle klager og dokumentasjon knyttet til helse- og redelighet. Legen må også vise til tilbakemeldinger fra pasienter og kolleger. For å praktisere selvstendig som allmennlege, må man være spesialist i allmennmedisin.[55]

9.5. Etterutdanning

9.5.1. Etterutdanning i andre land

Krav om etterutdanning gjelder ikke for våre skandinaviske naboland (Sverige, Danmark og Finland), men er mer vanlig i andre sammenlignbare land i Europa. I Nederland må man resertifiseres hvert femte år for å

[53] *Svar på spørreskjema av kontaktperson ved Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (Oktober 11, 2022).*

[54] *Svar på spørreskjema av kontaktperson ved Department of Health and Social Care, GOV.UK. (Desember 16, 2022).*

[55] *Svar på spørreskjema av kontaktperson ved Primary Care Directorate | Scottish Government (Oktober 13, 2022).*

beholde spesialistgodkjenningen, [56] og i England må legene fornye lisensen hvert femte år (Cutch College of GPs, [s.a.]). 57 Alle leger i Skottland er pålagt å fornye lisensen til å praktisere hvert femte år.

I 2019 var det krav om obligatorisk etterutdanning for legespesialister i omtrent 2 av 3 land i EU. Blant landene i EU som har obligatorisk etterutdanning for alle leger, er Frankrike, Hellas, Irland, Italia, Nederland, Storbritannia, Tyskland, og Østerrike. Konsekvensen for leger som ikke tar etterutdanning i land hvor dette er pålagt varierer mye, fra å miste autorisasjonen til ingen konsekvens. Blant landene i EU hvor etterutdanning av leger er frivillig, inngår Belgia, Danmark, Finland, Island, Malta, Portugal, Spania og Sverige. Selv om etterutdanningen er frivillig, kan det være ulike insentiver for å stimulere og legge til rette for dette (Wahlstedt, 2019).

I overenskomsten mellom PLO (Praktiserende legers organisasjon) og Danske Regioner er det avtalt en takst for å delta på etterutdanning. Taksten dekker inntak av vikar, transport og kursutgifter. *Systematisk etterutdanning* innebærer å delta på definerte kurs eller i en etterutdanningsgruppe. Deltakelse på *systematisk etterutdanning* gir en forhøyet takst på et omfang av tre dager per år. Systematisk etterutdanning kommer i tillegg til det som kalles *selvvalgt etterutdanning*. Den selvvalgte etterutdanningen har mange ulike kurs, og betydelig flere enn den systematiske etterutdanningen. Taksten for *selvvalgt etterutdanning* er lavere enn for den *systematiske etterutdanningen.*

De europeiske legeforeningene har også hatt obligatorisk etterutdanning som tema. CPME (Comité Permanent des Médicins Europeéns) sier i sin konsensuserklæring om etterutdanning at å investere i etterutdanning er fordelaktig for helsevesenet og for pasientene. Samtidig er det manglende dokumentasjon for at resertifisering eller regodkjenning bidrar til å oppdage dårlig presterende leger eller til å gjøre helsetjenestene tryggere (Commision, 2015).

9.5.2. Om rammer og innhold

Spesialiteten allmennmedisin er den eneste spesialiteten i Norge som, siden innføringen i 1984, har hatt en etablert ordning med obligatorisk etterutdanning. Formålet med etterutdanningen er å fremme pasientsikkerhet, gjennom å sikre fastlegenes faglige kompetanse og dermed kvaliteten i tjenestene.

Innholdet i etterutdanningsprogrammet for allmennleger har mange likhetstrekk med gammel ordning for spesialistgodkjenning. Selv om programmet er mindre omfattende, er det definerte krav til den allmennmedisinske tjenesten og til gjennomføring av øvrige utdanningsaktiviteter. Hovedregelen er at det kreves til sammen et års allmennmedisinsk tjeneste i åpen uselektert allmennpraksis i løpet av 5-årsperioden. I tillegg må legen gjennomføre utdanningsaktiviteter tilsvarende 300 poeng, hvorav 140 poeng er obligatoriske aktiviteter. Blant annet må spesialisten delta i smågruppeundervisning, gjennomføre praksisbesøk og delta på ulike kliniske emnekurs innen minst 5 ulike fagområder. Kursene tilbys av helseforetak, forskjellige deler av legeforeningen og enkelte andre godkjente arrangører. Andre aktiviteter som også gir tellende poeng, er veiledning av LIS1 og ALIS og forskning. Søknad om fornyet rett til tilleggstakst, med tilhørende dokumentasjon av gjennomførte utdanningsaktiviteter, sendes Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2020d).

Etterutdanningsprogrammet gjelder for alle leger som oppnår spesialistgodkjenning i allmennmedisin, og som ved gjennomføring får rett til tilleggstakst i fem år. Blant leger i fastlegeordningen viser tall fra Helfo at det,

[56] *Svar på spørreskjema av kontaktperson ved Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (Oktober 11, 2022).*

[57] *Svar på spørreskjema av kontaktperson ved Department of Health and Social Care, GOV.UK. (Desember 16, 2022).*

fra januar 2021 til september 2022, var 104 av 3199 spesialister i allmennmedisin som ikke brukte tilleggstakst. Av dem var 62 fastleger og 42 fastlegevikarer. [58]

9.5.3. Historisk utvikling

Tidligere utredninger av obligatorisk etterutdanning og formell regodkjenning for leger har til dels vektlagt ulike argumenter, og anbefalingene har variert. Både nasjonalt og internasjonalt har debatten over tid vært preget av en bekymring knyttet til at arbeidsgiver ikke legger nok til rette for kompetanseheving. Det pekes på at mulighetene og rettighetene varierer, og at stramme budsjetter og økte krav til effektivitet kan gå på bekostning av faglig utvikling. Andre barrierer er mangel på digital kompetanse, mangel på digital infrastruktur og motivasjons- og emosjonelle faktorer (Reis et al., 2022).

Etter innføring av kompetanseforskriften i 2017 beholder legen rett til å bruke spesialisttittelen i allmennmedisin selv om etterutdanningsprogrammet ikke er fullført. Ny ordning for spesialistutdanning av leger har ikke regler om etterutdanning. Helse- og omsorgsdepartementet har i 2022 foreslått at det fastsettes presiseringer om etterutdanning i helsepersonelloven, og begrunner dette med behovet for en tydeligere hjemmel for å regulere etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin. Departementet presiserer at det per i dag ikke foreligger planer om tilsvarende ordning for andre spesialister. Etter departementets vurdering er det likevel mest hensiktsmessig med en generell forskriftshjemmel, som i utgangspunktet omfatter alle helsepersonellgruppene, da dette gir en fleksibel regel som tar høyde for eventuelle framtidige behov (2021a).

9.6. Hovedutfordringer kompetanse

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

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

Ekspertutvalgets beskrivelse av hovedutfordringene danner grunnlag for drøfting av tiltak som skal bidra til økt kapasitet i allmennlegetjenesten. Disse vil i særlig grad omhandle endringer i kompetansekrav og spesialistutdanningsløp som kan gi bedre rekruttering og stabilitet blant allmennleger.

---

[58] *Tallene er innhentet av Helsedirektoratet for Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten.*

9.6.1. Kompetansekravene begrenser tilgjengelig arbeidskraft for kommunene

Da helse- og omsorgstjenesteloven trådte i kraft i 2011, hadde loven en profesjonsnøytral utforming. I forarbeidene ble det presisert at det ville være uheldig å binde opp den enkelte kommune til særskilte organisatoriske eller personellmessige løsninger, og at dersom kommunene bindes opp med bestemte profesjons- eller bemanningskrav, vil det kunne komme til fortrengsel for andre personellgrupper, som også kan dekke aktuelle funksjoner på en forsvarlig måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Hensynet til å bygge opp en tjeneste basert på lokale behov tilsa at kommunene fortløpende selv burde avgjøre hva slags personell de ville ha behov for, likevel innenfor grensene av forsvarlighetskravet. Dette hensynet ble lagt til side ved innføringen av kompetansekravene for leger i 2017.

Kompetansekravene i kompetanseforskriften gjelder for leger som arbeider med pasientrettet arbeid i kommunen.[59] Det er ikke stilt tilsvarende kompetansekrav i forskrift til leger i spesialisthelsetjenesten eller for private tilbydere av helse- og omsorgstjenester, ei heller til andre profesjoner som psykologer, fysioterapeuter og sykepleiere.

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

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

Leger som har fått norsk godkjenning som spesialist, på bakgrunn av spesialistutdanning fra et annet land, må gjennomføre LIS1 før de kan begynne på nytt spesialistløp i en annen spesialitet[60]. Ønsker de å starte som allmennlege i kommunen, må de, som andre leger, gjennomføre LIS1. Dette selv om de har oppnådd en spesialistgodkjenning i Norge og i tillegg har flere års yrkeserfaring i en annen spesialitet.

Innretningen av kompetansekravene i dag medfører at leger som ikke fyller kravene til kompetanse i kommunen, kan jobbe med pasienter i andre deler av tjenesten, herunder utføre enklere arbeidsoppgaver i spesialisthelsetjenesten. I denne gruppen er leger som venter på LIS1-stilling, og som ønsker å opparbeide seg relevant yrkeserfaring. Det kan også være andre leger som av annen årsak, ikke er kommet i gang med spesialistutdanningen.

---

[59] *Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten § 2: Forskriften gjelder ved legers tiltredelse i fastlegehjemler, stillinger ved kommunale legevakter og andre stillinger med oppgave om å yte helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven.*

[60] *Innen EU og EØS-området.*

For utførelse av helprivate allmennlegetjenester er det ikke krav om at legen må være spesialist, eller under spesialisering i allmennmedisin. Siden helprivate tjenester ikke er avhengige av rett til trygderefusjon, gjelder heller ikke kravet om gjennomført LIS1 for disse legene. Med framveksten av helprivate allmennlegetjenester kan innbyggerne i økende grad oppsøke disse tjenestene for tilstander som vanligvis håndteres av fastlege og kommunal legevakt. Utfra et innbyggerperspektiv, er det utfordrende at det stilles ulike krav til allmennlegenes kompetanse utfra om allmennlegetjenestene som gis er helprivat eller kommunale, og ikke ut fra hvilke tilstander som håndteres og for innholdet i tjenesten.

9.6.2. Unge legers preferanser passer ikke med rammene rundt fastlegeyrket

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

Det pekes på at legene opplever et stort faglig ansvar helt fra man starter som fastlege, uten at forholdene ligger til rette for raskt å føle seg i stand til å påta seg dette ansvaret. I dette ligger tilrettelegging av spesialistutdanningen med tilgang til veiledning og støtte, og mulighet for faglig utvikling i trygge rammer (Abelsen et al., 2019). Basert på svar på spørreundersøkelsene, framstår ansettelse som den mest foretrukne driftsformen under spesialistutdanningen i allmennmedisin. Etter gjennomført spesialisering, øker antallet som ønsker seg næringsdrift. Det trekkes fram at ansvar for drift av legepraksis og risiko knyttet til kjøp av praksis, oppleves utrygt for unge leger. Fastlegeyrket oppleves som lite fleksibelt, med tanke på å teste ut arbeidshverdagen uten å binde seg i for stor grad (EY og Vista Analyse, 2019; Oslo Economics, 2022).

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

9.6.3. Medisinstudentene har for lite praksis i allmennmedisin

Det er godt dokumentert internasjonalt at undervisning og praksis i allmennmedisin i grunnutdanning i medisin har sammenheng med andel av medisinstudentene som går inn i allmennmedisin etter fullført studie (Arshad et al., 2021). En artikkel fra Norge i 2012 viste at andel ferdigutdannede som valgte allmennmedisin var assosiert med summen av undervisningstimer i allmennmedisin, varighet av praksis i allmennmedisin og antall lærere ved universitetet som var allmennmedisinere (Wesnes et al., 2012).

Kvalitative studier har vist at gode rollemodeller og en vellykket praksisperiode er viktig (Gronseth et al., 2020; Pfarrwaller et al., 2017). For å få til en godt integrert undervisning er det viktig med tilgang til erfarne klinikere, både som undervisere og som praksisveiledere. For å sikre klinisk relevans i studiet, bør noen av de som underviser medisinstudenter ved universitetene ha stilling både ved universitetet og som fastleger. Dette er det lange tradisjoner for ved de medisinske fakultetene i Norge i alle medisinske spesialiteter. Dette fordrer

at noen fastleger forsker og underviser, og opparbeider seg kompetanse til å inneha akademiske stillinger samtidig som de fortsatt er klinisk aktive som fastleger og spesialister i allmennmedisin.

Gjennom Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) er anbefalingen om praksis i primærhelsetjenesten i medisinutdanningen økt til minst 10 uker (*Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning*, 2020). Økt tid i allmennpraksis vil gi mer læring, kjennskap til faget og nærhet til selve tjenesteutøvelsen. Muligheter og utfordringene med en lengre primærmedisinsk praksis for medisinstudenter knytter seg til organisering, ressursbehov, kompetanse, kompensasjon, opplæringsordninger for veiledere, samt faglig innhold for praksis i primærhelsetjenesten. Parallelt med krav om økt tid i praksis, tas det opp flere studenter, som også øker behovet for flere praksisveiledere. Ekspertutvalget kjenner til, gjennom innspill fra flere av studieinstitusjonene, at det er vanskelig å rekruttere fastleger som praksisveiledere.

Dagens kompensasjonsordninger innebærer at praksisveiledning ofte gir økonomisk tap for fastlegene. Det er i dagens avtaleverk ikke noe som forplikter verken fastleger eller kommuner til å legge til rette for praksisplasser på fastlegekontor, eller i øvrige deler av den kommunale legetjenesten. Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening avskjærer kommunen fra å ha noen mening om fastlegen skal ta inn medisinstudent i praksisen, og hvis så skjer gir det ikke fastlegen rett til reduksjon av andre oppgaver.[61]

For å ha tilstrekkelig antall leger til helsetjenestene, er Norge i dag avhengig av at mange unge velger å ta medisinutdanning i utlandet. Nesten halvparten av norske medisinstudenter utdannes i utlandet, hvorav de aller fleste i land som skiller seg betydelig fra Norge knyttet til den allmennmedisinske tjenesten (Kunnskapsdepartementet, 2019). Disse studentene har ikke krav på allmennmedisinsk praksis i Norge i løpet av studietiden, og det stilles heller ikke krav til allmennmedisinsk kompetanse før LIS1. Unntaksbestemmelsen i kompetanseforskriften åpner for at disse legene kan jobbe med pasientrettet arbeid i kommunen i inntil ett år, og uten tidsbegrensning i helprivate tjenester eller i spesialisthelsetjenesten, selv om de ikke har hatt noen praksis i allmennmedisin i grunnutdanningen. Det kan stilles spørsmål ved om det faglige utgangspunktet for disse legene er tilstrekkelig, og om situasjonen for øvrig knyttet til mestring, legger til rette for rekruttering.

9.6.4. Det er for få LIS1-stillinger og tjenesten favoriserer sykehusene

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

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

Lite erfaring og manglende oppfølging kan bidra til følelse av utilstrekkelighet og redusert mestring. Det er nærliggende å tro at den manglende kliniske kompetansen til disse legene også kan påvirke tjenesten til pasientene. For samfunnet blir kostnaden forbundet med å utdanne leger, samtidig som de ikke får LIS1

[61] *Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene ASA 4310 for perioden 2013–2014 (prolongert fram til 31.08.2023, punkt 11.3: Legen kan ta imot medisinske studenter i sin praksis. Organisering og andre vilkår er kommunen uvedkommende, og legens forpliktelser overfor kommunen reduseres ikke.*

tjeneste, et paradoks. Det er også problematisk å argumentere for opprettholdelse av rekkefølgekravet for LIS1-tjenesten, når de samme legene kan jobbe i like lang periode uten LIS1 i kommunen først.

Det er forskriftsfestet (*Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)*, 2019) krav om at sykehus og kommuner skal samarbeide om å lyse ut LIS1-stillinger koblet. Søkeren ansettes enten samtidig i stilling ved et sykehus og én bestemt kommune, eller først ved et sykehus med rett til ansettelse ved en av kommunene sykehuset samarbeider med. Sistnevnte alternativ er vanligst, noe som gir kommunene mindre innflytelse i ansettelsen av LIS1 (Helsedirektoratet, 2021e). Når ansettelsen av LIS1 ikke knyttes opp til en spesifikk kommune, er det forståelig om kommuner ikke engasjerer seg i prosessen. En følge av dette er at erfaring fra, og motivasjon for, jobb i kommunehelsetjenesten trolig tillegges mindre vekt når legene tilsettes. Søknadsbasert LIS1-tjeneste har gitt helseforetakene en ny mulighet for å rekruttere leger som er motivert for jobb hos dem, mens det ofte er slik at hvilken kommune tjenesten kobles til ikke er kjent før langt ut i forløpet. En konsekvens av dette kan være at leger med motivasjon og engasjement for allmennmedisin ikke blir valgt ut og tilbudt stilling.

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

Finansiering av LIS1-tjenesten synes i dag av flere årsaker å være uforutsigbar og utilstrekkelig for kommunene. Særavtalen mellom KS og Legeforeningen regulerer vilkårene for LIS1. Tilskuddet til kommunene var for våren 2022 140 000 kroner per LIS1-kandidat (Helsedirektoratet, 2019b). Det var i 2019 store variasjoner i hva kommunene oppgav som kostnader for LIS1, varierende fra 200 000 til 1,4 mill. kroner (Helsedirektoratet, 2018c). Dette kan tyde på at det statlige tilskuddet kommunen mottar for hver LIS1, iallfall i noen kommuner, er for lite til å dekke kommunens utgifter.

9.6.5. Kravene i spesialistutdanningen begrenser kapasiteten

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

9.6.5.1. Tid til veiledning

Det er forskriftsfestet et minimumsomfang på veiledningen for leger under spesialisering i allmennmedisin på 42 timer i løpet av et år. Veiledningen skal tilbys så lenge utdanningen pågår. I tillegg til individuell veiledning er det obligatorisk for ALIS å gjennomføre to år i veiledningsgruppe, med totalt 120 timer. For andre spesialiteter, herunder samfunns- og arbeidsmedisin, er det ikke stilt annet krav i spesialistforskriften enn at det skal gis nødvendig veiledning.

Gjennom spesialistutdanningen vil antall timer benyttet til veiledning for ALIS og veileder være betydelig. Tid til veiledning vil nødvendigvis måtte gå på bekostning av tid til klinisk rettet arbeid for både ALIS og veileder. Veiledning er en viktig og sentral del av spesialistutdanningen. Likevel vil det være en avveining mellom kapasitetsutfordringene i tjenesten og allmennlegens tidsbruk, herunder omfanget av veiledning i spesialistutdanningen, særlig i lys av overgangen fra aktivitetsbasert spesialistutdanning til læringsmål.

9.6.5.2. Veileder må være spesialist i allmennmedisin

Spesialistforskriften § 25, tredje og fjerde ledd, stiller krav til at veileder for LIS, herunder ALIS, må være spesialist i den aktuelle spesialiteten eller en grensespesialitet (*Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)*, 2019). Det kan i særskilte tilfeller søkes Helsedirektoratet om unntak fra denne regelen. Veileder skal fremme refleksjon, gi råd, følge med på kompetanseutviklingen og forberede godkjenning av læringsmål, både fagspesifikke læringsmål og felles kompetansemål. I tillegg til å sikre at ALIS-veileder er spesialist i allmennmedisin, har kommunene ansvar for å sørge for at veileder får tilbud om kurs for å oppnå nødvendig veilederkompetanse.

Mindre folkerike kommuner i distriktene kjennetegnes ofte av lavere andel fastleger som er spesialister i allmennmedisin, høyere andel lister uten fast lege og kortere avtalevarighet. Utfordringen knyttet til å få spesialister i allmennmedisin som kan være veiledere, er særlig stor her samtidig som det å skaffe veileder, er forutsetning for å klare å rekruttere og beholde ALIS (Helsedirektoratet, 2021d).

9.6.5.3. Institusjonstjenesten

Læringsmålene ALM-055 og ALM-085 er en videreføring av intensjonen med institusjonstjenesten i gammel ordning for spesialistutdanning. Overført til læringsmål er det samhandling og dybdekompetanse som er ønsket læringsutbytte av opphold ved en spesialisert virksomhet. Spesialisert virksomhet kan være poliklinikk, sykehus, eller en stor kommunal helseinstitusjon som yter spesialiserte tjenester. Det er vanskelig for kommunen å få til forutsigbare avtaler med sykehusene om institusjonstjeneste for ALIS (Abelsen et al., 2022a). Konkurransen om tilgang til LIS-stillinger i sykehus er tiltagende, noe som bidrar til at sykehusene ofte prioriterer egne utdanningsbehov (Helse Nord, 2019). Behovet for legevikarer i en gitt avdeling kan komme i

konflikt med å tilby ALIS-tjeneste innenfor ønsket fagfelt. For å få et egnet vikariat, kan det være nødvendig for ALIS å være fleksibel med hensyn til oppstart og ønsket fagfelt.

For ALIS som jobber i distriktskommuner, vil institusjonstjenesten ofte medføre at legen, og kanskje familien, må flytte. Fra kommunens side medfører institusjonstjenesten risiko knyttet til om det er mulig å dekke opp fraværet med vikar, og om ALIS vil komme tilbake til kommunen. I tillegg er det store kostnader forbundet med å finne vikar (Helgheim Holte et al., 2022).

Institusjonstjenesten for å oppnå læringsmålene om samhandling og dybdekompetanse, kommer i tillegg til 12 måneders tjeneste i sykehus som LIS1. Knyttet til samhandling, er det ingen andre av spesialitetene i sykehus som har tilsvarende anbefaling om tjeneste i kommunen. Selv om læringsmålene er gode, og noen sykehus har fått på plass ordninger som skal gjøre det lettere for ALIS å finne aktuelle stillinger, synes ulempene forbundet med gjennomføring av denne delen av spesialistutdanningen fortsatt å være betydelige. Ekspertutvalget mener at ALIS ikke trenger institusjonstjeneste, dersom læringsmålene kan oppnås på annen måte.

9.6.5.4. Kravene om to års uselektert allmennpraksis

Kravene til minimum to års åpen uselektert allmennpraksis, har i hovedsak vært tolket til å gjelde praksis i fastlegekontor, og kravene er videreført i ny ordning for spesialistutdanning. ALIS ansatt i andre kommunale stillinger, som sykehjem og legevakt, må forlate dette tilsettingsforholdet i minst to år, for å jobbe i fastlegepraksis. I kommuner med hovedsakelig næringsdrivende fastleger, er utfordringen særlig knyttet til at fast lønnet kommunalt ansatt lege må bli næringsdrivende fastlegevikar i minst to år for å tilfredsstille kravet om åpen uselektert allmennpraksis.

Det er utfordrende å finne en passende stilling i et fastlegekontor, og næringsdrift ser ut til å være lite egnet. For flere av disse legene som har søkt jobb som ansatt i kommunen, utgjør overgangen til fastlegepraksis en barriere. Fra kommunens ståsted medfører kravet til uselektert allmennpraksis stadig utskiftning av leger i stillinger i sykehjem og legevakt, diskontinuitet og økt vikarbehov. Det er en utfordring å finne kvalifiserte vikarer (Helgheim Holte et al., 2022). Innføring av introduksjonsavtaler er en ny ordning, som på langt nær dekker behovet, og som fortsatt gir uforutsigbarhet. Dette bidrar til at vanskelighetene med å fullføre spesialistutdanningen i allmennmedisin for allmennleger som ikke er fastleger, blir særlig store, og at utdanningen kan trekke ut i tid. Flere kommuner har den senere tiden tatt i bruk ulike former for turnusordninger, såkalt nordsjøturnus, hvor legen kun periodevis er til stede på fastlegekontoret. Legeturnusen kan organiseres på mange ulike måter. Et gjennomgående trekk er at legen arbeider kortvarig mellom 1-3 uker, og ofte med høy legevaktbelastning. Innholdet i arbeidet på dagtid kan variere, fra ren fastlegevirksomhet til stillinger med en kombinasjon av fastlegevirksomhet, andre kommunale legeoppgaver og daglegevakt. Etter ordinær kontortid, arbeider mange legevakt, enten ved tilstedeværelse på legevaktkontor, eller som hjemmevakt med utrykning. Antall timer i aktiv tjeneste vil derfor variere fra kommune til kommune. Fysisk oppfølging av pasienter skjer når legen er tilbake etter 3-4 uker. Helsedirektoratets vurdering har inntil nylig vært at nordsjøturnus ikke vurderes som tjenestetid for åpen uselektert allmennpraksis, men kan benyttes som allmennmedisinsk tjenestetid for de resterende tre årene i ny spesialistutdanning. Dette har medført at disse legene ikke kan fullføre spesialistutdanningen i kommunen.

Det rigide kravet til stillingsprosent medfører i tillegg at leger som av ulike årsaker ikke jobber mer enn 50 prosent i fastlegepraksis, aldri vil kunne bli spesialist i faget. Dersom særlige hensyn tilsier det, kan Helsedirektoratet imidlertid etter søknad gi fritak fra kravet om en arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av

heltid. Likevel innebærer dette at det kan være vanskelig å bli inkludert i arbeidslivet for leger med nedsatt funksjonsevne eller andre utfordringer som gjør at de ikke kan jobbe minst 50 prosent.

9.6.6. Kommunens rolle og forutsetninger for å være utdanningsvirksomhet

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

Kommunene har mange plikter knyttet til legers spesialistutdanning. Mye av dette er nye oppgaver som er tillagt kommunene de siste årene. Det krever god kunnskap om rammer og avtaleverk for å lede og ivareta den kommunale allmennlegetjenesten, holde seg oppdatert om regelverket og tilrettelegge for spesialistutdanning. Mindre folkerike kommuner har ikke nødvendigvis ALIS til enhver tid, noe som gjør det utfordrende for kommunen å vedlikeholde kompetansen knyttet til det å være utdanningsvirksomhet.

Ny spesialistutdanning har lagt til rette for at kommuner kan å ta en aktiv rolle, komme tettere på ALIS og være mer delaktig i denne delen av tjenesten. Samtidig har det nye ansvaret gitt et betydelig merarbeid for kommunene og økt administrasjon. Det er store variasjoner i kommunenes kostnader som følge av spesialistutdanningen. Forskjeller i totale kostnader forbundet med ALIS skyldes blant annet ulikheter i fastlønn, bonuser, listelengder og kostnader med drift av legekontor (Helgheim Holte et al., 2022).

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

9.6.7. Effekter av obligatorisk etterutdanning

9.6.7.1. Kompetanse og kvalitet

Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere, anbefalinger og råd skal forhindre uønsket variasjon og bidra til riktige prioriteringer i helsetjenesten (Helsedirektoratet). Vedlikehold av ferdigheter og ha oppdatert kunnskap er viktig for sikre god kvalitet i helsetjenesten. Kontinuerlig læring kan skje på ulike vis, og på ulike arenaer. Det er forskriftsfestede krav til helsepersonell om å yte forsvarlige tjenester, herunder arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Utover dette kan prosesser og aktiviteter for læring være frivillig eller definert ved krav om obligatorisk etterutdanning.

Når man skal vurdere effekter av obligatorisk etterutdanning for allmennleger, kan det være behov for å se ut over dokumenterte endringer i praksis, ferdigheter og kunnskap. Dette er størrelser det er vanskelig å måle, og endring i praksis kan også påvirkes av andre forhold. Det er behov for kunnskap som dokumenterer sammenhengen mellom krav til etterutdanning og økt kvalitet i behandlingen av pasienter (Dowling et al., 2018; Magwenya et al., 2022; Wahlstedt, 2019). Overført til norske forhold er obligatorisk etterutdanning for allmennleger en samling av poeng med et definert krav til mengde, som ikke nødvendigvis sier noe om kvaliteten på opplæringen, dens bidrag til faglig utvikling eller til endring av praksis.

Etterutdanningsprogrammet for spesialister i allmennmedisin er ikke kompetansebasert, men ligner i stor grad på innretningen av gammel spesialistutdanning, hvor det er hva legen har gjort og ikke hva legen har lært som er tellende. Det kan tenkes at spesialister i allmennmedisin vil ha ulike behov for å delta på kompetansehevende aktiviteter gjennom en gitt periode. Dette er et argument for at etterutdanningen bør være fleksibel og individuell, slik at den kan tilpasses den enkelte lege og virksomhetens behov for læring og kompetanse.

I tillegg kommer andre effekter knyttet til faglig samhold og tilhørighet, herunder deltakelse i uformelle faglige diskusjoner, som kurs og kongresser gir anledning til, i tillegg til muligheten for å etablere faglig samarbeid knyttet til forskning og pasientbehandling. Dette kan tenkes å ha betydning for den enkelte og for fagmiljøet som helhet, men det er vanskelig å vite om ikke effekten ville vært lik om etterutdanningsprogrammet var frivillig.

9.6.7.2. Fastleger arbeider i større fagmiljø

De siste årene har antall solopraksiser og fastlegekontorer med kun to eller tre fastleger blitt færre, mens det blir flere fastlegekontorer med fire eller flere leger (Helsedirektoratet, 2019d). En reduksjon i antallet solopraksiser og de minste fastlegekontorene medfører at fastleger i større grad arbeider i fellesskap med andre kollegaer, med mulighet for å diskutere og lære av hverandre. Dette kan tenkes å bidra til endring og korreksjon av praksis i tråd med ønsket utvikling, selv om miljøet ikke er like stort som på sykehus.

Spesialister i allmennmedisin som er ansatt på legevakter i større byer, jobber i store fagmiljø. For å få rett til tilleggstakst må også leger på store legevakter gjennomføre obligatorisk etterutdanningsprogram. Da kravene i etterutdanningen omfatter et års uselektert allmennpraksis i løpet av 5-års perioden, må legene ut av sin vanlige legevaktjobb for å jobbe på fastlegekontor. Dette kan skape diskontinuitet og økt vikarbehov på legevakten, mens det på samme tid kan bidra til at leger på legevakt dekker vikarbehov i fastlegepraksis.

Sammenlignbare grupper av leger i Norge har ikke detaljerte krav til etterutdanning. For eksempel har ikke spesialister i andre fagfelt (avtalespesialister), som kan jobbe alene eller i små fagmiljø, slike krav. Det har heller ikke spesialister i allmennmedisin som arbeider i andre kommunale stillinger (utenfor fastlegeordningen og legevakt), selv om de også i det daglige kan være alene lege på jobb på for eksempel i sykehjem.

9.6.7.3. Søknadsprosessen

For å få godkjent etterutdanningsprogrammet må allmennlegespesialisten sende søknad til Helsedirektoratet. I søknaden må kursbevis, attester knyttet til praksisbesøk, smågruppe og allmennmedisinsk tjeneste legges ved. Søknadsprosessen krever at legen fortløpende gjennom en 5-års periode holder oversikt over alle sine utdanningsaktiviteter, og at antall poeng stemmer overens med kravene. Mangler kursbevis eller attest, gir det ingen uttelling. Ordningen bidrar til ressursbruk hos legen ved oppsamling og innsending, og hos forvaltningen ved behandling av alle søknadene.

Telling av poeng som et ensidig krav for godkjenning, kan tenkes å føre til et uheldig og ensidig fokus på å oppfylle poengkravene på bekostning av innholdet. På den annen side vil samling av poeng, medføre at legen deltar på kurs og holder oversikt over sine gjennomførte etterutdanningsaktiviteter.

9.6.7.4. Plikt versus rett

Et av hovedargumentene for obligatorisk etterutdanning har vært at det sikrer at alle legespesialister fortløpende etterutdanner seg. Det er ikke dokumentert at leger som må delta i obligatoriske etterutdanningsprogrammer holder seg faglig mer oppdatert enn leger (for eksempel avtalespesialister) som ikke gjør det. Den viktigste motivasjonen for deltagelse i etterutdanning er særlig knyttet til faglig interesse (Den Norske Legeforening, [s.a.]), men også det generelle kravet om faglig forsvarlighet og den tilhørende plikten til å holde seg tilstrekkelig oppdatert på sitt fagfelt (jf. helsepersonelloven § 4). Etterutdanningsprogrammet for allmennleger har ikke endret seg ved innføring av kompetansekravene for leger i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Argumentet om at tilleggstaksten er et insentiv for at fastleger skal spesialisere seg, kan sies å være svekket etter innføring av forskriftsfestet krav til spesialistutdanning i allmennmedisin for de samme legene.

Overfor kommunen kan ordningen med obligatorisk etterutdanning oppfattes å styrke legespesialistenes rettigheter til å delta på kompetansehevende aktiviteter, som også medfører fravær fra praksis. Næringsdrivende fastleger må i stor grad bære kostnadene som påløper når de skal gjennomføre etterutdanningsaktiviteter. Overordnet er det gode argumenter for finansieringsordninger som legger til rette for at fastlegenes ønsker og interesse for kompetanseheving og faglig oppdatering ivaretas. Det kan derfor fortsatt legges til rette for og stimuleres til kontinuerlig læring, selv om plikten til å få godkjent et spesifikt og detaljert etterutdanningsprogram bortfaller.

9.7. Ekspertvalgets vurderinger

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

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

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

9.7.1. Endring i LIS1-tjenesten

9.7.1.1. Et historisk tilbakeblikk

Formålet med den tidligere turnustjenesten, som varte fram til 2012, var at turnuslegen gjennom arbeid som lege, under særskilt veiledning, opplæring og supervisjon, skulle få nødvendig erfaring og læring i praksis for selvstendig å kunne utføre legevirksomhet på forsvarlig måte. Turnustjenesten ble opprinnelig innført som kompensasjon for at studietiden ble forkortet med 1 ½ år, og ble sett på som en forlengelse av den medisinske grunnutdanningen (*Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut*, 2010). Turnustjenesten var ment å være en overgang mellom studiet i medisin og selvstendig arbeid som lege.

Tjenesten skulle komplettere grunnutdanningen og var obligatorisk for å oppnå autorisasjon som lege (Sosial- og helsedirektoratet).

Behovet for turnuslegeplasser var økende. Den tidligere rettighetsfestede ordningen innebar at staten hadde plikt til å sikre alle utdanningskandidater en turnusplass, også søkere med utdanning fra andre EØS-land. [62] Den økte søkermengden til turnustjeneste skyldtes i hovedsak økt arbeidsinnvandring av leger som var utdannet ved ulike læresteder i Europa. Førsterett til turnusplasser for søkere utfra utdanningssted, er i strid med EU-regelverk om at borgere fra EU/EØS skal behandles likt. Ved omleggingen i 2012 til søknadsbasert ordning ble ansvaret for å vurdere om turnuslegen var egnet, hadde kunnskap om norsk språk og kjennskap til forholdene i norsk helsetjeneste, lagt over på arbeidsgiver.

Den nye ordningen skulle bidra til å kvalitetssikre tilsettingsforholdet. Sentral tildeling av stilling etter loddtrekking ble fjernet, og staten var ikke lenger forpliktet til å tilby alle nyutdannede leger, inkludert de utdannet i EU/EØS, et første arbeidsforhold. De gamle turnuslegestillingene ble gjort om til å utgjøre første del av spesialistutdanningen (LIS1). Helsedirektoratet foreslo samtidig at den nyutdannede legen fikk avgrenset autorisasjon i perioden med LIS1-stilling, og at begrepet turnuslegelisens opphørte. Den avgrensede autorisasjonen ble anbefalt begrenset både i tid og i yrkesutøvelse, og at legen i denne perioden måtte arbeide under veiledning (Helsedirektoratet, 2010). Departementet valgte likevel ikke å innføre en slik ordning med avgrenset autorisasjon. En årsak til dette kan være at dette ville stilt leger i Norge i en annen situasjon enn leger fra andre land i EØS-området, ettersom Norge er forpliktet til å gi autorisasjon som lege, til søkere som har gjennomført medisinsk grunnutdanning som lege i et annet EØS-land, som anerkjennes etter direktiv 2005/36 (yrkeskvalifikasjonsdirektivet). Dette gjelder uavhengig av om utdanningen innebærer gjennomføring av praksis før avsluttende eksamen avlegges eller om utdanningen er organisert slik at praksis gjennomføres i en periode etter at avsluttende eksamen er avlagt.

9.7.1.2. Krav om LIS1 eller tilsvarende

Grunnutdanningen i Norge gir etter utvalgets vurdering ikke tilstrekkelig erfaring fra praksis til at leger er godt rustet til å utøve yrket selvstendig. Selv om tidspunktet for autorisasjon er endret, er det ikke gjort kompenserende endringer i grunnutdanningen som sikrer nok praksis til å trå trygt inn i et krevende yrke med stort ansvar. Det er fortsatt slik at innholdet i LIS1-tjenesten er nødvendig læring for å gi leger god klinisk kompetanse. Argumentene fra Helsedirektoratet for omlegging av turnustjenesten i 2012 var med forbehold om at leger uten denne praktiske læringsperioden, skulle arbeide under veiledning.

Mange leger uten LIS1 tilegner seg nå arbeidserfaring ved å jobbe i ventetiden på LIS1-stilling. Hvordan ivaretakelsen av disse er, knyttet til supervisjon og tilgang til faglig støtte, er det ingen god kunnskap om. Ved at leger i Norge gis full autorisasjon etter endt grunnutdanning, pålegges ikke arbeidsgiver et særskilt ansvar for veiledning og supervisjon, utover det som følger av forsvarlighetskravet. Forsvarlighetskravet retter seg mot den enkelte lege i spesialisering, så vel som virksomheten der legen arbeider. Selv om kravet gjelder alle aspekter av tjenesten, er det flere forhold som gjør at dette kan være vanskelig å etterleve i praksis.

---

[62] Forskrift 2001-12-20 nr 1549 om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege (1), § 11. Pålegg om mottak av turnusleger. Hdir kan om nødvendig pålegge det enkelte regionale helseforetak og den enkelte kommune å motta turnusleger til praktisk tjeneste, jf. shl § 3-5 og khl § 6-1.

Det følger av helsepersonelloven § 4 at en lege skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Videre skal legen innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Det er grunn til å tro at leger uten LIS1 i Norge, i alle fall de fleste, er svært uerfarne. Å nå opp i en ansettelsesprosess, i konkurranse med mer erfarne leger, kan i seg selv være vanskelig. Ofte vil det dreie seg om vikariater, og derav en løsere tilknytning til arbeidsgiver. I tillegg vil de ha behov for å tilegne seg relevant yrkeserfaring og gode anbefalinger fra arbeidsgiver, som kan brukes for å nå opp i neste utlysning av LIS1-stilling. Dette er momenter som taler for at det i utgangspunktet kan være vanskelig for leger i påvente av LIS1, å stille konkrete krav til arbeidsgiver om tid til veiledning og supervisjon.

For arbeidsgiver vil forsvarlighetskravet medføre at det skal gjøres en kompetansevurdering knyttet til oppgavene som skal løses, og gis opplæring ved behov. Spesialistforskriften stiller krav til gjennomføring av læringsaktiviteter, oppnådde læringsmål, veiledning og supervisjon. Forskriftens beskrivelse av hvordan dette skal gjennomføres i praksis, bidrar til å strukturere oppfølgingen og opplæringen av leger i LIS1-tjeneste. For leger uten LIS1, og som trolig vil ha det samme oppfølgings- og opplæringsbehovet, er det ingen tilsvarende beskrivelser for gjennomføring verken i forskrift eller veileder.

Hovedmålsettingen med den tidligere turnustjenesten var å kvalifisere leger til å arbeide selvstendig i yrket og yte forsvarlig helsehjelp. Det første året skulle fortsatt gjennomføres i sykehus, som har et større faglig støtteapparat rundt den nyutdannede legen enn i kommunen. Ved omleggingen av den tidligere turnuslegeordningen til tellende tjeneste i spesialistutdanningen, så man for seg at dette ville styrke den praktiske og pedagogiske oppfølgingen av nyutdannede leger. I dagens situasjon kan dette målet kun sies å være innfridd for nyutdannede leger som blir ansatt i LIS1-stilling rett etter gjennomført grunnutdanning. For leger uten LIS1, synes omleggingen å ha bidratt til det motsatte.

Arbeidssituasjonen for nyutdannede leger uten LIS1, vurderes å være en utrygg start på yrkeskarrieren. Det følger et stort faglig ansvar med å praktisere selvstendig som lege. Mangel på strukturert oppfølging og læring, kan få uheldige konsekvenser for den enkelte lege, men ikke minst for pasientene. Tidspunktet for autorisasjon, sammenholdt med at det ikke er nok LIS1-stillinger, kan etter utvalgets vurdering utfordre pasientsikkerheten, og bidra til en dårlig rekrutteringssituasjon til videre jobb i kommunen.

For å sikre at studenter får tilstrekkelig læring i praksis før de kan praktisere, kunne et alternativ være å la LIS1-tjenesten utgjøre siste del av legers grunnutdanning i Norge, slik det var før omleggingen av turnusordningen for leger i 2012. Et annet alternativ kunne vært å gi en avgrenset autorisasjon (lisens) i perioden fram til LIS1 er gjennomført. Norges EØS-rettslige forpliktelser innebærer imidlertid at leger som har gjennomført medisinutdanningen i andre EØS-land vil ha rett til full autorisasjon som lege i Norge, uavhengig av om de har gjennomført tilsvarende praksis som leger utdannet i Norge. Legers grunnutdanning er harmonisert i EØS-området, og Norge er forpliktet til å gi autorisasjon til leger som kan legge fram kvalifikasjonsbevis på gjennomført medisinutdanning i et EØS-land. Det vil være i strid med EØS-avtalen og yrkeskvalifikasjonsdirektivet å kreve at leger utdannet i andre EØS-land gjennomfører praksis for å få full autorisasjon i Norge. Dersom man skulle pålagt medisinstudenter som studerer i Norge å gjennomgå praksis som en del av utdanningen, eller som et vilkår for å få full autorisasjon, ville det bidratt til en forskjellsbehandling der studenter utdannet i Norge behandles strengere enn studenter utdannet i en rekke andre land i EØS-området.

Eventuelle krav om å ha LIS1 eller tilsvarende for å praktisere selvstendig som lege i Norge, vil eventuelt måtte knyttes til visse type stillinger eller type oppgaver, og begrunnes i at det vil være et uttrykk for hva som anses faglig forsvarlig. Dette er allerede gjort for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom kompetanseforskriften, som er nærmere omtalt i kapittel 9.2.1. Et alternativ er derfor å forskriftsfeste krav til at leger som skal jobbe i helse- og omsorgstjenesten uten veiledning må ha gjennomført LIS1 eller tilsvarende. Dersom legen som skal ansettes ikke oppfyller kompetansekravene, kan det opprettes en LIS1-stilling til vedkommende, slik at legen sikres nødvendig veiledning og samtidig får startet på sin spesialistutdanning. Det vises til nærmere omtale av dette under.

For de nyutdannede legene vil dette gi rettigheter i form av tettere oppfølging, noe som kan forventes å gi en tryggere og bedre start på yrkeskarrieren, samt å styrke pasientsikkerheten. Skjerpet krav til oppfølging, vil kreve ressurser til veiledning og supervisjon, men dette vurderes likevel ikke å veie tyngre enn behovet for tettere oppfølging, særlig siden mange nyutdannede leger uten LIS1 allerede jobber i helsetjenestene og arbeidsgiver allerede i dag må antas å følge disse tett med uformell veiledning og supervisjon for å sikre forsvarlige tjenester.

Det finnes forskriftshjemler både i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og i helsepersonelloven som kan tenkes brukt som hjemmelsgrunnlag for en slik forskrift, også for privat helsetjeneste. Det er imidlertid viktig at eventuelle forskriftskrav til gjennomført praksis utformes slik at det ikke skjer forskjellsbehandling av leger utdannet i Norge og leger utdannet i andre EØS-land. Det vil antagelig derfor være behov for at også praksis fra utlandet eller fra Norge som kan tilsvare LIS1-nivå vil være tilstrekkelig for å møte kompetansekravene, slik at kompetansekravet knytter seg til at legen har LIS1 eller tilsvarende kompetanse. Det vil være den faktiske kompetansen den enkelte legen innehar som vil være vesentlig i en vurdering av om en lege har kompetanse som tilsvarer LIS1, slik at man kan se noe bredere på legens bakgrunn og erfaringer. Det innebærer at det i stor grad vil bero på en skjønnsmessig helhetsvurdering hvorvidt en lege uten LIS1, men som har annen erfaring, oppfyller kompetansekravene.

Om det er hensiktsmessig å pålegge arbeidsgivere å gjøre en slik vurdering, eller om leger uten LIS1 burde få en bekreftelse fra sentrale myndigheter på oppnådd praksiserfaring, må eventuelt vurderes nærmere. Dersom det legges til arbeidsgiver å gjøre en slik vurdering, vil det som et minstekrav, være behov for at Helsedirektoratet nedtegner kriterier som kan avhjelpe denne jobben.

Ekspertutvalget anbefaler at det stilles krav til gjennomført LIS1 eller tilsvarende, for å praktisere selvstendig som lege i alle deler av helsetjenesten. Dette betyr eksempelvis at leger uten LIS1 ikke kan praktisere selvstendig, og at de må arbeide under supervisjon og veiledning av erfarne leger. Krav til tett oppfølging vil være uforenelig med å jobbe alene på sykehjem eller fastlegekontor. Utvalget antar at dette vil gjøre det

mindre attraktivt å tilby leger uten LIS1 vikariater i kommunen. Uten andre kompenserende tiltak, vil kommunens tilgang til vikarer begrenses av dette forslaget. Imidlertid vil ekspertutvalgets anbefaling (se under) om at kommuner og sykehus selv skal kunne opprette egne LIS1-stillinger utenfor den nasjonale kvoten, motvirke dette. Forskjellen fra dagens ordning vil da i det vesentlige være at kommunen eller arbeidsgiver må tilby vikarleger uten LIS1 formell veiledning, supervisjon, mv. som er tellende i LIS1. Ved behov for vikar, kan kommuner og sykehus, opprette egne LIS1-stillinger. Dette vil bidra til at leger uten LIS1 sikres nødvendig oppfølging, og til at flere leger kommer gjennom LIS1.

9.7.1.3. Økning i antall LIS1-stillinger

Et viktig tiltak for å utnytte legeressursene og sikre tilstrekkelig kompetanse i tjenesten, er å sørge for at det er nok LIS1-stillinger til nyutdannede leger. Til tross for at antallet LIS1-stillinger siden 2019 har økt med nesten 200, er det fortsatt adskillig flere søkere enn det er stillinger. Både for samfunnet, og for den enkelte lege, synes ventetiden for LIS1-tjeneste å være sløsing av tid og ressurser. Det et paradoks at antall studieplasser på medisin økes samtidig som det er langt flere kvalifiserte LIS1-søkere, enn det er LIS1-stillinger.

I Helsedirektoratets utredning av antall LIS1-stillinger spilte både sykehus og kommuner inn manglende veilederkapasitet og kontorplass som en begrensende faktor for økning av antall stillinger. Siden mange leger uten LIS1 allerede jobber i tjenesten, og kommunen eller arbeidsgiver er forpliktet til å yte uformell veiledning og supervisjon for å sikre forsvarlige tjenester, antar utvalget at en økning i LIS1-stillinger vil generere et begrenset behov for ytterligere veiledningsressurser, areal og arenaer for læring. I alle fall i de deler av tjenesten hvor denne type oppfølging er på plass i dag.

Videre kan et økt behov for veiledningsressurser løses ved at et bredere spekter av læringsarenaer tas i bruk, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. I kommunen kan dette dreie seg om arbeid ved sykehjem, helsestasjon og kommunal akutt døgnenhet (KAD). Økonomisk kompensasjon, spesielt for kommunene, synes å være av betydning for evnen og viljen til å øke antall LIS1-stillinger (Helsedirektoratet, 2018c). Kostnadene knyttet til LIS1-stillingene for stat, helseforetak og kommuner, kan være en begrensende faktor for en større økning. Likevel mener ekspertutvalget at kostnadene til flere LIS1-stillinger må vurderes opp mot hvilke gevinster det gir for samfunnet både som arbeidskraft, og ved at flere leger settes i stand til å gå videre med spesialistutdanningen. Siden leger uten LIS1 allerede jobber i tjenesten i dag, vil kostnadene ved å tilby disse en LIS1-stilling være mindre. En fjerning av LIS1-køen vil etter ekspertutvalgets vurdering bidra til å redusere arbeidsmarkedet for leger uten LIS1, og dermed innskrenke mulighetene arbeidsgivere har i dag til å benytte uerfarne leger i pasientrettet arbeid. Dette vurderes å være et viktig tiltak for å sikre kvaliteten på tjenestene til befolkningen.

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

Ekspertutvalget ser ikke tungtveiende argumenter mot at sykehus og kommuner på eget initiativ – og innenfor egne budsjetter – skal kunne gis mulighet til å opprette flere LIS1-stillinger, utover de pålagte. Dette legger til rette for at sykehuset kan ta et samfunnsansvar, ved heller å opprette flere LIS1-stillinger enn å ansette nyutdannede leger i andre legestillinger som ikke krever LIS1. Ved skjerping av krav til kompetanse ved at nyutdannede leger må ha LIS1 eller tilsvarende for å kunne utøve legeyrket selvstendig, vil leger uten LIS1 nødvendigvis også få formell tilgang til sykehusets ressurser til supervisjon og veiledning for å praktisere i

yrket. Dette kan medføre at ressursbruken knyttet til å ansette leger i stilling som ikke krever LIS1 eller leger i en LIS1-stilling, ikke vil være så ulik.

På samme måte kan kommuner gis mulighet til å opprette egne LIS1-stillinger. For å opprettholde rekkefølgekravet må søkere til disse stillingene først ha gjennomført LIS1 på sykehus. I en fleksibel ordning hvor sykehus og kommuner på eget initiativ kan opprette egne LIS1-stillinger, bør både søknadsprosess og administrasjon knyttet til opprettelse være smidig. For å få til dette bør disse LIS1-stillingene være uten kobling mellom sykehus og kommune. Det bør i tillegg være mulig å lyse ut slike stillinger utenom de faste fristene som i dag er for søknad om LIS1-tjeneste for koblede stillinger. Dette vil gjøre ordningen tilpasningsdyktig til en hverdag i sykehus og kommuner hvor behov og muligheter for flere LIS1-stillinger kan oppstå brått.

At kommuner gis mulighet til å opprette egne LIS1-stillinger kan tenkes å bidra til sentralisering, hvis flere LIS1-stillinger opprettes i byer og større kommuner eller slike stillinger er mer attraktive enn tilsvarende stillinger i distrikt. At flere leger gis mulighet til å gjennomføre kommunedelen i LIS1-tjenesten i sentrale strøk, vil kunne gjøre rekrutteringen av leger til LIS1-stillinger i distriktene vanskeligere.

Endring i rekkefølgekravet for LIS1-tjenesten har tidligere vært utredet av Helsedirektoratet. Direktoratet har med bred støtte fra fagmiljøet anbefalt at rekkefølgekravet opprettholdes, av hensyn til kvaliteten på tjenesten, men kanskje viktigst av hensyn til pasientsikkerheten (Helsedirektoratet, 2021e, 2022f). Dette knyttes til at pasientstrømmen på sykehuset er stor. Den nyutdannede legen vil gjennom tjenesten på sykehus bli eksponert for en stor gruppe pasienter, og ikke minst hvor flere av disse vil være alvorlig syke, og lære av dette. Samtidig vil LIS1 på sykehus ha tilgang til større fagmiljø, ha mulighet for tettere oppfølging og i mindre grad jobbe alene. Praktisk kunnskap om alvorlig syke pasienter er viktig å ha med seg til tjenesten i kommunen, hvor en stor del av arbeidet er å identifisere alvorlig syke blant en ellers nokså frisk populasjon. LIS1 i kommunen vil også i mye større grad jobbe alene med pasienter. Utvalget deler disse vurderingene av at rekkefølgekravet er viktig og den ideelle løsningen er at det opprettholdes.

Med dagens unntak fra kompetanseforskriften er imidlertid situasjonen at leger uten LIS1 kan jobbe i et år og mer i kommunen, før rekkefølgekravet inntrer ved ansettelse i LIS1-stilling. Dette er en situasjon som står i sterk kontrast til de anbefalinger som ellers legges til grunn for å sikre læring i trygge rammer for nyutdannede leger og god ivaretakelse av pasienter. At kravet om tjeneste i sykehus for mange nyutdannede leger i praksis først inntreffer etter at de kan ha jobbet lange perioder i kommunen, er etter utvalgets mening en uheldig situasjon, som bidrar til å undergrave argumentene for rekkefølgekravet.

LIS1-søkere har ulik kompetanse. Mange jobber som lege på sykehus eller i kommunen i påvente av LIS1, og kan ha tilegnet seg en realkompetanse som gjør at rekkefølgen av LIS1-tjenesten får mindre betydning. I vurderingen av legens realkompetanse bør tidligere arbeidserfaring, men også grad av supervisjon og veiledning i perioden, tillegges vekt. Selv om opprettholdelse av rekkefølgekravet er det ideelle, ser utvalget at det i dagens situasjon både er argumenter for og mot en videreføring av kravet. I alle fall for leger med betydelig arbeidserfaring, og i en situasjon der leger helt uten sykehuserfaring faktisk jobber selvstendig i kommunene.

Ekspertutvalget anbefaler at antall LIS1-stillinger som pålegges sykehus og kommuner økes betydelig. En vurdering av hvor mange LIS1-stillinger tjenesten maksimalt er i stand til å håndtere, samtidig som kvaliteten i tjenesten opprettholdes, bør danne grunnlaget for antall stillinger det økes med. I tillegg til disse stillingene bør sykehus og kommuner innenfor egne budsjett gis muligheten til å lyse ut LIS1-stillinger når de har behov for og mulighet til det. Muligheten for å opprette egne LIS1-stillinger vil komme i tillegg til koblede stillinger, som lyses ut på vanlig vis.

I dagens situasjon, hvor mange leger i påvente av LIS-1 har tilegnet seg betydelig arbeidserfaring, bør det åpnes opp for at arbeidsgiver, ved ansettelse i egne opprettede LIS1-stillinger, kan gjøre en vurdering av om rekkefølgekravet skal opprettholdes eller ikke. Kompetansevurdering må gjøres av kommunen, og hvor det sentrale vil være å vurdere om legens samlede arbeidserfaring tilsier at det er forsvarlig å starte i LIS1-stillingen uten å ha gjennomført sykehustjenesten først. Utvalget mener dette bør være en midlertidig ordning, og at effektene av endringene må evalueres grundig. Se for øvrig omtale i kap. 9.7.1.6.

At opprettelse av egne LIS1-stillinger må gjøres innenfor gjeldende budsjett vil trolig virke dempende på opprettelsen av slike stillinger. For å stimulere kommuner og sykehus til opprettelse, kan det vurderes å knytte statlig tilskudd også til disse stillingene, men med høyere satser for kommuner med lav legedekning. Dette vil stimulere til at økningen i LIS1-stillinger kommer disse områdene til gode. Utvalget mener det er viktig at de nye endringene ikke bidrar til en ytterligere sentralisering av LIS1-tjenesten. For å hindre dette bør det, for de ordinære koblede LIS1-stillingene, innføres merking ved ansettelse i kommunen, se omtale i kap 9.7.1.4. Det vil også være nødvendig at staten følger med på det totale antallet LIS1-stillinger, og hvordan veksten fordeler seg og påvirker rekrutteringen til LIS1-stillinger i mindre sentrale områder.

9.7.1.4. Merking ved ansettelse av LIS1 i kommunen

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

Dette er annerledes for kommunene, der LIS1 kan trekke seg fra den kommunale stillingen vedkommende har blitt ansatt i og gå over i en reststilling i en annen kommune. Ekspertutvalget anbefaler at en tilsvarende ordning som beskytter sykehuset mot at LIS1-legen sier opp stillingen sin, også innføres ved overgang til kommunehelsetjenesten. Det er vanskelig å se argumenter for at en ordning som allerede i dag beskytter sykehusene, ikke skal gjelde tilsvarende for kommuner. Innføring av merking ved ansettelse som LIS1 i kommunehelsetjenesten vil innebære at LIS1 i tilsettingsperioden på 6 måneder ikke kan starte i en LIS1-stilling i en annen kommune. Ved at legen ikke kan takke ja til ny LIS1-stilling i en annen kommune i samme tilsettingsrunde, vil dette gi forutsigbarhet for kommunen. En slik ordning vil kunne medføre at kommuner sender ut tilbud til LIS1 tidligere enn i dag, noe som vil gi forutsigbarhet også for legen.

Innføring av slik merking ved ansettelse i LIS1-stilling i kommunen er tidligere vurdert og anbefalt av Helsedirektoratet, som et mulig tiltak for styrking av legedekningen i kommunene.

9.7.1.5. Endring i ansettelsesprosessen

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

Ekspertutvalget vurderer at det kan styrke kommunenes ansvar og posisjon, om ansettelsen i sykehuset samtidig knyttes opp til en gitt kommune, eller noen få definerte kommuner. Dette vil gi kommunene muligheten til å rekruttere leger til LIS1 som er motiverte for jobb i kommunehelsetjenesten. Det kan stilles spørsmålstegn ved om alle kommuner har et tilstrekkelig administrativt apparat til å håndtere en stor mengde søknader. I tillegg kan det være risiko for ulikebehandling ved en desentralisert søknadsprosess.

Ekspertutvalget anbefaler likevel at muligheten for å snu helt om på ansettelsesprosessen for LIS1-stillinger utredes nærmere. Det vil innebære å gjøre en vurdering av hvorvidt en gitt kommune kan ansette LIS1, med rett til tjeneste i et av sykehusene kommunen samarbeider med. Dette vil ikke endre på rekkefølgekravet for koblede LIS1-stillinger, men vil sette kommunene i bedre posisjon for å håndplukke egnede LIS1, som er motivert for, eller har tilhørighet som taler for, videre arbeid i kommunen. Endringer i ansettelsesprosessen trenger ikke å utfordre samarbeidet med sykehuset, og heller ikke forhindre at sykehuset bidrar med ressurser i ansettelsesprosessen. Muligheten for å prøve ut en slik løsning for å vurdere effektene vil trolig være nødvendig.

9.7.1.6. Anerkjenne kompetanse tilsvarende LIS1

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

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

Det er nærliggende å tro at disse legene har kunnskaper og ferdigheter som gjør at de ikke har behov for den første delen av spesialistutdanningen. Ekspertutvalget anbefaler at leger med norsk spesialistgodkjenning konvertert fra utlandet og tilstrekkelig arbeidserfaring, antas å allerede oppfylle læringskravene i LIS1, og dermed kan starte rett på spesialistutdanning i allmennmedisin. Utvalgets anbefaling er på dette punktet i samsvar med Helsedirektoratets tidligere vurdering.

De danske medisinutdanningene gir ikke fullverdig autorisasjon som lege rett etter studiet, slik som medisinstudiene i Norge. De danske medisinstudentene må, dersom de ønsker å jobbe selvstendig som lege, gjennomføre det som kalles klinisk basisutdannelse (KBU)[63]. Tilsvarende må de svenske medisinstudentene etter studiet gjennomføre Allmäntjänstgöringen (AT-tjeneste).[64] Gitt dagens kapasitetsutfordringer i allmennlegetjenesten, mener ekspertutvalget at gjennomført KBU og AT-tjeneste bør kvalifisere for godkjenning av læringsmål i LIS1.

En slik ordning vil også være hensiktsmessig dersom det forskriftsfestes krav om at leger må ha gjennomført LIS1 eller tilsvarende for å kunne arbeide selvstendig i helse- og omsorgstjenesten. Leger med norsk spesialistgodkjenning konvertert fra utlandet, og leger som har gjennomført KBU eller AT-tjeneste i Danmark eller Sverige, vil da automatisk kunne anses å oppfylle kompetansekravene for å jobbe selvstendig i helse- og omsorgstjenesten i Norge.

Det bør vurderes å lage en veileder som avhjelper kommunenes og LIS1-veilederens vurdering av om læringsmålene for LIS1 allerede er oppfylt fra tidligere praksis, og for leger med KBU eller AT vil det være rimelig å anta at dette vil kunne gjelde de aller fleste læringsmålene. En slik veileder vil også kunne bistå arbeidsgivere med å vurdere om kompetansen en lege har, tilsvarer LIS1 på en slik måte at vedkommende kan arbeide selvstendig. Dette vil også kunne være praktisk nyttig hvis kommunen selv kan opprette LIS1-stilling for en lege med så mye tidligere veiledet praksis at legen kan antas å raskt kunne gå over i et ALIS-løp fordi alle læringsmålene for LIS1 blir godkjent i løpet av kort tid.

9.7.1.7. Knytting av LIS1 til utdanningsstillinger i allmennmedisin

LIS1-stillinger knyttet[65] til videre spesialiseringsløp i allmennmedisin, kan være et viktig tiltak for bedre rekruttering. Helsedirektoratet har anbefalt en modell for utlysning og tilsetting i knyttede stillinger.

---

[63] KBU er et års kliniske tjeneste, hvorav et 6 måneder gjennomføres på sykehus og 6 måneder i allmennpraksis.

[64] AT-tjenesten utgjør 18 måneder klinisk tjeneste, hvorav 12 måneder på sykehus og 6 måneder i allmennpraksis.

[65] Legen går fra LIS1-stilling direkte til ALIS-stilling, og at disse stillingene er knyttet sammen.

Ekspertutvalget mener helseforetakene og kommunene i fellesskap bør gis ansvar for å vurdere behovet for, og opprettelsen av, knyttede LIS1-stillinger i sin region, innenfor rammene av helsefellesskapet. På den måten vil det ligge lokale beslutninger til grunn både for antall knyttede stillinger, og for hvilke kommuner og sykehus som skal inngå.

I modellen anbefalt av Helsedirektoratet for knytting til videre utdanningsløp i allmennmedisin, er det ikke anbefalt bindingstid. Det er i dag slik at leger, i påvente av LIS1, jobber i andre stillinger som leger på sykehus, hos private eller i kommunen. Noen av disse kan tenkes å være villige til å binde seg til videre arbeid i kommunen for å få gjennomført LIS1, i alle fall så lenge de uansett må vente for å få gjennomført denne delen av spesialistutdanningen. Ulike former for bindingstid praktiseres innenfor andre utdanningsløp, herunder for eksempel videreutdanning av spesialsykepleiere og for utdanning av personell i forsvaret. Ekspertutvalget legger til grunn at arbeidslivets regler for oppsigelse av stilling bør gjelde, og innføring av bindingstid mellom LIS1 og ALIS-stilling vil ikke påvirke dette.

I andre land, som blant annet England og Skottland, er det stipendordninger for leger som søker seg til utdanningsstillinger i rekrutteringsvake områder. I Norge i dag benytter allerede flere kommuner høyere lønn som et økonomisk insentiv for å rekruttere leger til ALIS-stilling. Tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning gir et høyere tilskuddsbeløp til usentrale kommuner, og det er eksempler på at kommuner tilbyr etableringstilskudd ved oppstart av fastlegepraksis. Det er egne regler for reduksjon av studielån for personer som har bodd og jobbet i Finnmark, eller utvalgte kommuner i Troms, i 12 måneder sammenhengende (Lånekassen). Det er i tillegg en egen ordning for reduksjon av studielån for leger i andre utvalgte kommuner (Lånekassen). Videre gjelder særskilte regler for skatt på alminnelig inntekt for skatteytere for flere av samme områdene, som er lavere enn resten av landet (Troms og Finnmark Fylkeskommune).

Kunnskap om, og erfaringer fra slike ordninger, er viktig å ta med seg i utredningen av bindingstid. Eksempelvis kan utbetaling av et statlig tilskudd innrettes med krav om tilbakebetaling ved oppsigelse før utløp av bindingtidsperioden. Ved at hele tilskudd i form av et gitt beløp utløses allerede ved ansettelse i LIS1-stillingen, vil det gi en sterkere binding ved overgang til ALIS-stillingen. Argumenter mot en slik ordning vil være at økonomiske insentiver vil være styrende for yrkesvalget, og ikke nødvendigvis et faglig engasjement for allmennmedisin. På samme tid er det nærliggende å tro at økonomiske motiver tillegges noe vekt i valg av yrke, og at dette allerede gjelder for mange bransjer. Fra forskningslitteraturen vet vi at gjennomføring av spesialistutdanning, og at den første jobben etter endt utdanning er i distrikt, er faktorer som kan rekruttere til disse områdene (Abelsen et al., 2020). Vi kan derfor ikke utelukke at et valg som i utgangspunktet er økonomisk motivert, kan resultere i et engasjement for faget og et ønske om å bli værende i kommunen. Den tidligere turnustjenesten har også blitt antatt å ha bidratt positivt til legedekningen i distriktene.

Ekspertutvalget anbefaler at innretningen på, og betingelsene for, en form for bindingstid, mellom LIS1 og ALIS-stilling, utredes videre. Økte kostnader knyttet til opprettelse av slike ordninger vil måtte ses i sammenheng med mulige gevinster i form av flere leger til områder som i dag mangler dette.

9.7.2. Endring i spesialistforskriftens krav

9.7.2.1. Veiledning

Det er ulike årsaker til at gjennomføringen av spesialistutdanningen i allmennmedisin kan ta lengre tid enn forventet. Dette kan handle om gjennomføring av kurs, ventetid på plass i veiledningsgruppe, institusjonstjeneste med mer. Det er ikke nødvendigvis slik at forlenget utdanningstid medfører en tilsvarende forlengelse av veiledningsbehovet. Med økende kompetanse er det rimelig å forvente at behovet for

veiledning kan avta. De forskriftsfestede kravene til veiledning gir ikke rom for fleksibilitet mot slutten av spesialistutdanningen, selv om erfaringen kan tilsi at behovet blir mindre.

I dag påvirkes ikke kravet til omfanget av individuell veiledning av at gruppeveiledning gjennomføres parallelt. Arbeidet i veiledningsgruppene er i hovedsak rettet mot problemstillinger legene står overfor i sitt daglige virke. Det kan være grunn til å tro at tilgangen til veiledning og råd i gruppen samtidig vil kunne redusere behovet for individuell veiledning i perioden.

Veiledning av ALIS er en viktig og sentral del av spesialistutdanningen i allmennmedisin. Men kravet til antall veiledningstimer er uendret gjennom hele utdanningsløpet, og det er ikke mulig å ta hensyn til at veiledningsbehovet kan variere over tid og mellom ALIS. Gitt kapasitetsutfordringene i allmennlegetjenesten, mener ekspertutvalget det er grunn til å stille spørsmål ved om antall veiledningstimer bør kunne tilpasses mer til individuelle forhold. Herunder om det er behov for like mye individuell veiledning i perioder med gruppeveiledning, og om antall veiledningstimer kan reduseres mot slutten av spesialistutdannelsen. I vurderingen bør nytten av den individuelle veiledningstiden for den aktuelle ALIS ses opp mot ressursbruken. Utvalget legger til grunn at ALIS alltid skal ha tilgang til supervisjon.

9.7.2.2. To års uselektert allmennpraksis

Ny spesialistutdanning er kompetansebasert, og det er kommunens ansvar å legge til rette for gjennomføringen av utdanningen. Det sentrale i den nye utdanningen er den langsgående vurderingen av hva legen har lært. Spesialistutdanningen i allmennmedisin skal dekke alle de allmennmedisinske områdene, og er felles for både allmennleger i fastlegepraksis, sykehjem og legevakt. Regelverket i stor grad rettet inn mot fastlegers spesialistutdanning, og ikke mot leger i andre allmennmedisinske stillinger. Dette gjenspeiles i at kravet til åpen uselektert allmennpraksis er utformet og forstått som fastlegepraksis, og at omtrent halvparten av de 88 kliniske læringsmålene kun kan oppnås ved arbeid som fastlege.

I løpet av tjenestetiden på fem år, må minst to år av spesialistutdanningen i allmennmedisin gjennomføres i fastlegepraksis, og dette må etter dagens krav gjennomføres innenfor en arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid. Dersom særlige hensyn tilsier det, kan Helsedirektoratet i tråd med spesialistforskriftens § 8 tredje ledd, etter søknad gi fritak fra kravet om en arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid (*Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)*, 2019).

Innenfor andre fagfelt kan det også være anbefalinger knyttet til tjenestetid på ulike avdelinger, og i ulike deler av tjenesten, for å få fullført spesialistutdanningen. De normerende kravene til tjenestetid i andre spesialistutdanninger er beskrevet i veiledere, og følger av læringsmål. Heltid er hovedregelen, men det er mulig å gjennomføre spesialistutdanningen i deltidsstillinger, med tilsvarende forlengelse av utdanningstiden. Det rigide kravet til stillingsprosent for gjennomføring av to års åpen uselektert allmennpraksis ekskluderer leger som av ulike årsaker jobber i mindre stillingsprosenter fra å kunne bli spesialist i allmennmedisin. Dette er særlig problematisk for leger som har redusert funksjonsevne, og ikke mestrer en klinisk stilling i 50 prosent eller mer. I tillegg rammes leger i ulike turnuser eller kombinerte stillinger som ikke oppfyller kravet til stillingsprosent.

En nedre grense for stillingsprosent er begrunnet i at kontinuitet i oppfølgingen av pasienter over tid er kjernen i det allmennmedisinske faget som skal læres under spesialistutdanningen. I praksis handler dette blant annet om å ha ansvar for lengre pasientforløp, ved oppfølgende kontroller, håndtering av prøvesvar og koordinering. Ekspertutvalget er enig i at kontinuitet i pasient–lege relasjonen er en viktig del av spesialistutdanningen, men mener det er grunn til å stille spørsmål ved om ikke dette i tilstrekkelig grad også kan oppnås i mindre

stillingsprosenter, når utdanningstiden forlenges tilsvarende. Kravet om stillingsprosent synes i dag å ramme leger i mindre enn 50 prosent stilling unødvendig hardt.

For å oppnå mer fleksibilitet knyttet til gjennomføring av to års åpen uselektert allmennpraksis, er ekspertutvalgets vurdering at kravet om stillingsprosent fjernes. Dette innebærer at legen kan jobbe i mindre stillingsprosent, dersom dette ikke er i veien for å gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene.

Ekspertutvalget har også vurdert kravet til to års varighet. Med et mindre kategorisk krav knyttet til varighet, vil læringsaktiviteter og læringsmål i større grad være førende for behovet og lengden av å jobbe i fastlegepraksis. Ut fra dagens innhold i de kliniske læringsmålene fordrer disse uansett at ALIS i løpet av tjenestetiden må være en lang periode i fastlegepraksis. Mindre kategoriske krav vil imidlertid medføre at det må gjøres individuelle vurderinger knyttet til om lengden på tjenesten i fastlegepraksis er nok til å vurdere læringsmålene som oppfylt. Dette vil legge mer ansvar på veileder, og som ved behov nødvendigvis vil måtte rådføre seg med andre. Hvordan dette ville blitt håndtert i praksis er usikkert. Det kan tenkes å være vanskelig å vurdere hvor lang tid i åpen uselektert allmennpraksis som sikrer ALIS nødvendig bredde i tjenesten. Læring i en uselektert pasientpopulasjon over tid er helt sentralt i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Fjerning av kravet til to års varighet kan bidra til usikkerhet om ALIS gjennom tjenesten oppnår kunnskap og ferdigheter beskrevet i de forskriftfestede læringsmålene, og i verste fall svekke kvaliteten i spesialistutdanningen. Ekspertutvalgets vurdering er derfor at kravet til to års varighet i uselektert allmennpraksis bør opprettholdes.

Det er særlig for ALIS som ikke er, eller planlegger å bli, fastleger, at gjennomføringen er vanskelig, og noen av læringsmålene i uselektert allmennpraksis ikke nødvendigvis anses å være verdt tidsbruken. Dette vil trolig fortsatt være tilfellet, selv ved en oppmykning av kravene til stillingsprosent. En løsning kan være å lage egne spesialiteter i alders- og sykehjems- og legevaktmedisin, som ikke har krav til to års åpen uselektert allmennpraksis. Det er allerede i dag etablerte kompetansemiljø både innenfor alders- og sykehjemsmedisin og legevaktmedisin. Det har blitt mer vanlig med fulltidsansatte leger i disse delene av tjenestene med årene, i alle fall i de større byene. Med en økning i antall eldre over 80 år i de kommende årene , vil antall beboere i sykehjem øke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c). Dette kan være et argument for å styrke og spisse kompetansen innenfor dette fagfeltet. På den annen side vil etablering av nye spesialiteter kunne føre til fragmentering av det allmennmedisinske fagfeltet. Nye spesialiteter vil kreve en omfattende vurdering. Ekspertutvalget har ikke hatt mulighet til å vurdere fordeler og ulemper ved flere spesialiteter grundig, og vi har derfor ikke grunnlag for å foreslå egne spesialistutdanninger for alders- og sykehjemsmedisin og legevaktmedisin nå.

Etablering av utdanningsstillinger i allmennmedisin, hvor ALIS er ansatt og jobber på andre legers liste, vil bidra til at leger i andre allmennmedisinske stillinger lettere kan gjennomføre tjenestetiden i to års åpen uselektert allmennpraksis. Dette knyttes til at ALIS ikke behøver å omstille seg til næringsdrift, og det vil være mulig for kommuner å legge til rette for smidige og forutsigbare utdanningsløp mellom fastlegepraksis og andre allmennmedisinske stillinger. Etablering av utdanningsstillinger i allmennmedisin er nærmere beskrevet i kap. 9.7.3.

9.7.2.3. Veileder må være spesialist i allmennmedisin

De fleste ALIS som inngår i følgeforskningen er stort sett fornøyd med opplegget for spesialistutdanningen, og mange framhever at de er fornøyde med både og gruppeveiledningen og den individuelle veiledningen (Helgheim Holte et al., 2022). Tilgang til veiledning er ikke bare viktig for læring og refleksjon rundt egen praksis, men det er helt avgjørende for å fylle spesialistforskriftens krav. Dersom ikke kommunen klarer å skaffe veileder til ALIS, vil ikke tjenestetiden være tellende for spesialistutdanningen.

God veiledning er sentralt for å sikre best mulig kvalitet og mestring i LIS-utdanningene. Veilederen skal blant annet fremme refleksjon, gi råd og følge med på kompetanseutviklingen (Helsedirektoratet). Ekspertutvalget mener det er viktig at veileder har solid kunnskap om og klinisk kompetanse i faget allmennmedisin. I tillegg er det viktig at veilederen kan bruke veiledningsmetodikk og har tilstrekkelige kommunikasjonsferdigheter.

Spesialistforskriftens krav om at veileder skal være spesialist i allmennmedisin, og krav til minst fire timer veiledning i 10,5 av årets måneder gjennom hele spesialiseringsløpet, er vanskelig å oppfylle, både for kommuner og leger. Det er i dag mulighet for kommunen til å søke Helsedirektoratet om unntak fra kompetansekravet for veileder, jf. *spesialistforskriften § 25 fjerde ledd,* men denne ordningen er tidkrevende og byråkratisk.

Tilgangen til spesialister på sykehus er større enn tilganger til spesialister i mindre folkerike kommuner. I kommuner med få spesialister i allmennmedisin kan veiledningen av en eller flere ALIS være for tidkrevende og gi uforholdsmessig stor belastning. Ved få eller ingen spesialister å velge mellom, kan spesialistkravet til veileder få utilsiktede konsekvenser, ved at det settes foran egnethet og pedagogiske ferdigheter. Interkommunale samarbeidsavtaler kan bidra til å bedre tilgangen på veiledningskompetente spesialister. Dette fordrer imidlertid at spesialister i nabokommuner har kapasitet, og ved samarbeid innenfor større geografiske områder kan reisevei bli en barriere. Veiledning digitalt er en mulighet, men her må gevinstene vurderes mot ulempene det også kan medføre.

Uavhengig av om veileder er spesialist eller ikke, er det kommunal leder som godkjenner læringsmål. Det er i dag ikke krav om at veileder for LIS1 i kommune eller på sykehus skal være spesialist i faget, men det skal være en lege med nødvendig erfaring. Ekspertutvalget mener det ideelle er om veileder for ALIS er spesialist i allmennmedisin. Gitt kapasitetsutfordringene i allmennlegetjenesten synes imidlertid kravet om at ALIS-veileder må være spesialist i faget i noen tilfeller å kunne føre til reelt sett svakere og mindre tilgjengelig veiledning enn en noe mer fleksibel regel. Til syvende og sist bør det være den reelle kvaliteten på veiledningen som er viktigst, og i noen unntakstilfeller vil den reelle veiledningskvaliteten kunne antas å bli bedre ved å avvike fra det formelle kravet om at veileder må være spesialist.

Ekspertutvalgets anbefaling er derfor at spesialistforskriftens krav endres til at veileder for ALIS *som hovedregel* skal være godkjent spesialist i allmennmedisin. Dette vil legge til rette for at kommunen, ved mangel på spesialister som er veiledningskompetente, i større grad kan gjøre egne vurderinger og finne løsninger som sikrer god veiledning av ALIS. Dette kan innebære interkommunale samarbeidsløsninger, men også at kommunen selv kan gjøre unntak fra hovedregelen ved at erfarne ALIS kan veilede. Kommunen vil få økt ansvar for å vurdere hvilke allmennleger som innehar tilstrekkelig kompetanse til å veilede ALIS. I disse vurderingene skal erfaring og nærhet til spesialistkompetanse fortsatt tillegges stor vekt. I tillegg bør mindre folkerike og usentrale kommuner samarbeide med andre kommuner og/eller ALIS-kontor når det gjelder denne vurderingen.

En endring i spesialistkravet vil i særlige tilfeller gi kommunen mulighet til å fordele veiledningsansvaret på flere leger, både spesialister og ikke-spesialister. Dette kan igjen bidra til at både tidsbruk og arbeidsbelastningen knyttet til å være veileder reduseres for den enkelte, og at ALIS sikres reelt sett god og tilgjengelig veiledning.

9.7.2.4. Institusjonstjenesten

Den delen av allmennlegenes spesialisering som skal skje i sykehus, er en relativt sett liten, men ressurskrevende, del av spesialistutdanningen. Det er i dag allerede slik at institusjonstjenesten har store variasjoner, både knyttet til fagfelt og varighet.

Ekspertutvalget mener at læringsmålene knyttet til samhandling og dybdekompetanse er gode. Ved at sykere pasienter med komplekse tilstander skrives ut fra sykehus og skal behandles i kommunen, vil det være behov for at fastlegen, i tråd med dette, tilpasser og øker sin kompetanse. I likhet med Helsepersonellkommisjonen, mener ekspertutvalget at det er behov for ytterligere samarbeid, både horisontalt og vertikalt i helsetjenestene framover. Det bør da ikke bare påligge ALIS å ha institusjonstjeneste, men det vil framover kunne være vel så viktig at LIS i spesialisthelsetjenesten får dypere forståelse for utfordringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, ved at de pålegges tjenestetid i primærhelsetjenesten. Ekspertutvalgets vurdering er likevel at nytten av dages krav til sykehustjeneste for ALIS trolig ikke veier opp for ulempene denne delen av tjenesten kan være forbundet med. Dette knytter seg både til at institusjonstjenesten gir uforutsigbarhet og mulig forlengelse av utdanningsløpet for ALIS. I tillegg medfører kravet om institusjonstjeneste vikarbehov og diskontinuitet i en allerede presset kommunal allmennlegetjeneste, og gir administrativt merarbeid både for kommunen og sykehusene.

Det er usikkert om egne stillinger for ALIS i sykehus vil gi mer forutsigbarhet. I så fall må både kommunen og sykehusene bruke ytterligere ressurser på koordinering rundt disse stillingene, ressurser som kunne vært brukt på andre tiltak. Egne stillinger for ALIS i sykehus vil trolig i liten grad endre vikarbehovet denne delen av tjenesten genererer i allmennlegetjenesten eller at ALIS i mange tilfeller vil måtte flytte fra sin kommune.

Når det kommer til læringsmålene om samhandling og dybdekompetanse, er ekspertutvalgets vurdering at denne kompetansen for de alle fleste allmennleger trolig i tilstrekkelig grad kan oppnås gjennom spesialistutdanningens første del og på andre måter, herunder kortere hospitering med målrettet læring/ fordypning innenfor visse fagfelt, følge pasienter inn i sykehuset eller delta på allerede eksisterende samhandlingsarenaer. Med bakgrunn i dette mener ekspertutvalgets at det er flere argumenter som taler for at anbefalingen om institusjonstjeneste for å oppnå disse to læringsmålene fjernes, og at beskrivelsen i spesialistforskriften nyanseres.

9.7.3. Utdanningsstillinger i allmennmedisin

Økt rekruttering av unge til videre legearbeid i kommunen vil, på sikt, komme innbyggere, de etablerte legene og kommuner til gode. Utdanningsstillinger i allmennmedisin kan bidra til å senke terskelen for at unge leger starter som fastlege.

Innretningen på utdanningsstillinger i fastlegepraksis omfatter forhold som blant annet knytter seg til organisering, regulering og finansiering. Det reiser også spørsmål om ALIS skal være ansatt i kommunen eller kan ansettes av de andre legene i en fastlegepraksis. Muligheter for overgang til næringsdrift og avgrensninger mot allerede etablerte tiltak som introduksjonsavtaler må vurderes. Det samme gjelder konsekvenser utdanningsstillinger vil gi i større og mindre kommuner.

Ekspertutvalget legger til grunn at utdanningsstillinger vil komme i tillegg til ALIS-løp som allerede eksisterer i dagens ordning.

9.7.3.1. *Ansatt og jobber på andre legers liste*

I sammenlignbare land, som blant annet Sverige og Danmark, har ikke leger i spesialisering i allmennmedisin ansvar for egne lister eller drift av legepraksisen. Kunnskapsgrunnlaget knyttet til unge legers preferanser for valg av yrke, taler for at utdanningsstillinger hvor ALIS er ansatt kan ha positiv effekt på rekruttering, ved at unge leger gis mulighet til å teste ut fastlegeyrket uten å måtte investere i egen praksis, starte næringsvirksomhet eller ha ansvar for drift.

Trolig vil terskelen for overgang fra andre legestillinger til fastlegeyrket senkes ved økte muligheter for ansettelse. Dette gjelder for leger ansatt i andre kommunale stillinger, og leger som kommer fra lignende ansettelsesforhold i spesialisthelsetjenesten. Etter gjennomført spesialistutdanning i allmennmedisin, er det en økende andel som sier at de ønsker å være selvstendig næringsdrivende (Oslo Economics, 2022).

Utdanningsstillinger hvor ALIS ikke har ansvar for egne listeinnbyggere synes i stor grad å passe med yngre legers preferanser, og vil ligne på hvordan slike stillinger er innrettet i andre land. Utvalget mener ansettelse av ALIS i utdanningsstillinger er et viktig rekrutteringstiltak, selv om dette potensielt kan øke terskelen for overgang til næringsdrift på et senere tidspunkt.

For at ALIS i utdanningsstillinger skal fylle læringsmålene i spesialistforskriften og få gjennomført anbefalte læringsaktiviteter, må det være tilstrekkelig bredde i pasientgrunnlaget. ALIS må ha mulighet til å følge opp kronisk syke pasienter med sammensatte lidelser, slik at arbeidshverdagen i en utdanningsstilling ikke bare preges av kortvarige behandlingsløp. Dette innebærer at pasienter bør få tilbud om, og oppmuntres til, at ALIS i utdanningsstilling overtar oppfølgingsansvaret fra fastlegen.

Mange fastlegekontor har erfaring med LIS1, hvor LIS1 på samme måte som ALIS i utdanningsstilling vil overta en del av pasientforløpene. Det er derfor en forutsetning at de andre spesialistene ved legekontoret har forståelse og aksept for at ALIS overtar det helhetlige oppfølgings- og behandlingsansvaret for en del av

pasientene. Om man lykkes med dette vil trolig dette ansvaret ikke være så ulikt det listeansvaret som følger med som ferdig spesialist, og det vil bidra til kontinuitet i lege-pasient-forholdet.

9.7.3.2. Utdanningsstillingens varighet

I andre sammenlignbare land er det lagt til rette for at hele spesialistutdanningen i allmennmedisin kan gjennomføres i egne utdanningsstillinger. Det samme gjelder for spesialistutdanning av leger i sykehus i Norge. Ved innføring av introduksjonsavtaler ble varigheten på avtalene satt til å være lik varigheten på kravet til to års åpen uselektert allmennpraksis.

Spesialistutdanningen i allmennmedisin (ALIS) har en varighet på fem år (etter LIS1). Fordelen ved å la en utdanningsstilling vare like lenge som tiden det tar å spesialisere seg, er at dette vil gi trygge rammer for læring gjennom hele perioden. Ulike ALIS vil trolig ha ulike preferanser for når de blir komfortable med å påta seg ansvar knyttet til personaloppfølging, drift og egen liste, som ofte følger med næringsdrift i dag. Likevel synes en forutsigbarhet i utdanningsløpet å være viktig for ALIS, men også for de andre legene i praksisen og for kommunen. En utdanningsstilling som kun varer to år, kan tenkes å skape utrygghet for ALIS. Hyppige bytte av leger i utdanningsstillinger kan påvirke de andre legene og øvrig personell ved kontoret i hvordan de engasjerer seg i, blir kjent med og bruker tid på ALIS – og det vil kunne redusere kontinuiteten i lege-pasient-forholdet. En utdanningsstilling som varer den tiden spesialistutdanningen tar, legger til rette for at ALIS kan ha samme veileder ved kontoret i hele perioden. Det er allerede i dag flere brudd i utdanningsløpet knyttet til blant annet flytting, svangerskap og bytte av arbeidssted. Kort varighet på utdanningsstillinger vil kunne bidra til ytterligere diskontinuitet.

Ekspertutvalgets vurdering er at varigheten på utdanningsstillinger bør tidsbegrenses oppad til den tiden det tar å fullføre spesialistutdanningen i allmennmedisin. Dette vil ikke være til hinder for at ALIS kan si opp stillingen før fullført spesialistutdanning. Legene i utdanningsstilling har ikke inngått fastlegeavtale med kommunen. Oppsigelse av stillingen vil derfor ikke være regulert av forskrift om fastlegeordning § 32 , men av arbeidsmiljølovens generelle bestemmelser knyttet til opphør av midlertidig arbeidsforhold knyttet til utdanningsstilling.

Etter utvalgets vurdering, bør en utdanningsstilling kunne anses som praksisarbeid etter arbeidsmiljøloven § 14-9 andre ledd bokstav c. Utdanningsstillingen opphører da ved det avtalte tidsrommets utløp, eller når spesialistutdanningen er fullført, og stillingen vil ikke falle inn under tre- og fireårsregelen for overgang til fast ansettelse, jf. arbeidsmiljøloven § 14-9 sjette og sjuende ledd (*Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*, 2005).

9.7.3.3. Lokalisering

For at utdanningsstillinger skal fungere som en god arena for rekruttering og spesialisering, vil flere forhold være viktig. Det må være et fagmiljø som har tilgjengelige og kompetente ressurser til supervisjon og veiledning, og som legger til rette for læring gjennom gode mester–svenn relasjoner med gjensidig nytte. I tillegg sier unge leger at mulighet for å jobbe i et større fagmiljø med mulighet for faglig utvikling er viktig. For at ALIS i utdanningsstilling skal kunne jobbe på andre legers lister, må praksisens samlede antall listeinnbyggere være av en viss størrelse. Dette er argumenter som peker på at utdanningsstillinger bør plasseres i fastlegepraksiser bestående av flere leger. Minst én av de andre legene bør være spesialist i allmennmedisin for å kunne ivareta veilederoppgaver.

For å etablere fastlønnede utdanningsstillinger i en gruppepraksis bestående av næringsdrivende fastleger, må kommunen inngå avtale om leie av lokaler og kompensasjon av utgifter knyttet til drift. Det kan være

vanskelig å oppnå enighet knyttet til fordeling av kostnader. Bruk av standardavtaler kan imidlertid bidra til at dette løses. Det vil i tillegg være organisatorisk utfordrende at det innenfor dagens ordning er kommunen som ansetter ALIS, og som har lederansvar, mens legen stort sett i det daglige skal forholde seg til de andre legene i praksisen. I hvilken grad gruppepraksisen fortsatt vil være ansvarlig for oppfølgingen av ALIS, om utdanningstiden trekker ut eller det oppstår vanskeligheter, er også uavklart. I motsatt fall vil et utydelig definert virksomhets- og ledelsesansvar i en gruppepraksis tenkes å gjøre kommunikasjonen rundt ALIS vanskelig, og ikke minst ved tilfeller av manglende oppfølging av ALIS eller ved mislighold av avtalen med kommunen.

Med unntak for introduksjonsleger, kan ikke ALIS jobbe på andre legers lister i dagens fastlegeordning samtidig som fastlegen, og samtidig få trygderefusjon. Flere av disse momentene gjør at ALIS ansatt i en gruppepraksis som eies og driftes av næringsdrivende fastleger, kan være eller bli komplisert. Innføring av introduksjonsavtaler har ikke bredt om seg, og fortsatt er mange avtaler ikke inngått, noe som er med på å forsterke inntrykket av at det er vanskelig å få til enighet rundt disse avtalene.

I fastlegepraksiser som eies av kommunen, og hvor leger og personell er ansatt, vil ansettelse av ALIS i en utdanningsstilling være enklere. Dette gjelder både knyttet til det avtalemessige og det organisatoriske. For kommunen vil det ikke være annerledes å ansette ALIS i en utdanningsstilling, enn ansettelse av øvrig personell i praksisen. Det samme vil i stor grad kunne gjelde ved 8.2-avtaler.

Opprettelse fastlegeselskap som beskrevet i kap. 4.7.3 vil skille seg fra gruppepraksiser på flere områder som har betydning for opprettelse av utdanningsstillinger. I et fastlegeselskap er virksomhets- og lederansvaret entydig definert. Innenfor rammen av et gitt antall listeinnbyggere, er det fastlegeselskapet som inngår avtale med og ansetter personell, også leger. Selskapets ledelse vil ha ansvaret for ansettelse og oppfølging av ALIS. Det vil også være foretakets ledelse som inngår avtale om utdanningsstilling med kommunen og følger opp denne.

At antall utdanningsstillinger avtales med fastlegeselskapet, vil gjøre det mulig for kommunen å planlegge for et økt rekrutteringsbehov ved å avtale et økt antall slike stillinger. I Danmark gjennomgås avtalene med kompaniskapspraksiser årlig, for å se om det er behov for endringer. En tilsvarende løsning kan tenkes å gjelde for avtaler mellom fastlegeselskap og kommunen, hvor også antall utdanningsstillinger må kunne endres.

Når det gjelder etablering av utdanningsstillinger, synes det å være færrest barrierer knyttet til at disse etableres i fastlegeselskap eller kommunalt eide fastlegekontor. Etablering i fastlegeselskap forventes imidlertid å ta tid, da en slik organisasjonsform ikke eksisterer i dagens ordning. Det er i dag mange gruppepraksiser som kan tenkes å romme utdanningsstillinger. Et sentralt framforhandlet avtaleverk for fastlønnet ALIS i privat legepraksis vil trolig gjøre det lettere å komme i gang, og kan således raskt gi større utdanningskapasitet. Utvalget anbefaler derfor at det utarbeides rammeavtaler og finansiering for fastlønnet ALIS i private gruppepraksiser.

9.7.3.4. Finansiering og relasjon til etablerte ordninger

I dagens finansieringsordning vil ALIS i en utdanningsstilling ha aktivitetsbasert inntjening gjennom takster. Når ALIS er ansatt, vil inntjeningen gå til arbeidsgiver, og ALIS vil få lønn.

Fast lønn med bonus vil gi ALIS et insentiv for aktivitet, og vil dermed ligne på inntjeningsmodellen som næringsdrivende lege. Det vil også stimulere til bruk av takstsystemet. En nasjonal konsensus med regulering av lønn og lønnsstige for ALIS i utdanningsstilling vil være forutsigbart for ALIS, og arbeidsgiver. Fast lønn med bonus regulert gjennom sentrale avtaler vil sette standard for minstelønn, og være sammenlignbart med hvordan lønningene bestemmes for LIS1 og LIS2/3 i sykehus.

I Danmark dekker de praktiserende legene i praksisen 30-40 prosent av lønnen til legen i spesialistutdannelsens siste deler. En tilsvarende løsning vil være mulig å se for seg også i Norge, hvor kommunen dekker ALIS sin lønn i første del av spesialistutdanningen, mens fastlegeselskapet eller gruppepraksisen gradvis overtar lønnsansvaret når ALIS blir mer erfaren. Det kan også være mulig å se for seg at kommunen mottar statlig tilskudd eller økt rammefinansiering, som kompenserer for en del av kostnadene.

Den etablerte tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning vil også omfatte ALIS i utdanningsstillinger, og vil bidra til å dekke kommunens merkostnader knyttet til at legen gjennomfører spesialistutdanning. Ifølge regelverket for tilskuddsordningen, kan tilskuddet kun søkes og tildeles kommuner.

Ved innføring av utdanningsstillinger hvor ALIS er ansatt, vil behovet for introduksjonsavtaler bortfalle. Det vil være behov for å videreføre ordningen i de tilfeller hvor ALIS har inngått introduksjonsavtale med næringsdrift. Det er komplisert å ha flere ordninger for ALIS som er til dels overlappende både i innretting og behov. Ved etablering av utdanningsstillinger synes det naturlig at den over tid erstatter ordningen med introduksjonsavtaler.

9.7.3.5. Konsekvenser for by og land

Konsekvensene ved etablering av utdanningsstillinger kan tenkes å være ulike for større byer og for mindre kommuner i distrikt.

I større byer er de aller fleste fastleger – også ALIS – næringsdrivende. Innføring av utdanningsstillinger hvor ALIS er ansatt, vil medføre en forholdsmessig endring i driftsform. For mindre kommuner vil ikke denne endringen være særlig stor, da stillinger for ALIS i dag allerede er innrettet slik. I hvilken grad større mulighet for fast ansettelse også i by vil ha en sentraliserende effekt på ALIS, er usikkert.

Det er likevel grunn til å tro at utdanningsstillinger vil øke rekruttering til fastlegetjenesten i sentrale strøk, på bekostning av rekruttering i mindre kommuner i distriktene. For å motvirke en ytterligere forverring av rekrutteringssituasjonen for små og usentrale kommuner, må det derfor settes inn kompenserende tiltak. Et slikt tiltak kan være å koble utdanningsstillinger i disse områdene til ekstra insentiver. Det kan også være mulig å regulere det totale antallet utdanningsstillinger på en måte som favoriserer mindre kommuner i distrikt.

De to tilskuddsordningene *Nasjonal ALIS og veiledning* og *Styrking av legevakttjenesten i distriktskommuner* er allerede rettet inn mot kommuner med lav sentralitet og lavt innbyggertall. Det er også eksempler fra andre land på stipendordninger knyttet til utdanningsstillinger i regioner med særskilt store rekrutteringsvansker. Dette vil være tiltak det er mulig å høste erfaringer fra, og tilpasse norske forhold. Det enkleste vil kanskje være å differensier ALIS-tilskuddet ytterligere, etter kommunens sentralitet eller de lokale rekrutteringsproblemene, eventuelt å utvide insentivet med nedskriving av studielån.

Dersom alle ALIS søker seg til fastlønnede stillinger, og da uten listeansvar, kan det kanskje tenkes at antallet leger som er tilgjengelige for vikariater minker. En overgang til rent fastlønnede ALIS-stillinger vil i så fall kunne ha uønskede konsekvenser for fastlegene som allerede er i ordningen, og som ikke selv tar inn ALIS i sin praksis. På lengre sikt vil flere ALIS kunne styrke rekrutteringen til allmennmedisin, og dermed også avhjelpe vikarmangelen vi i dag ser noen steder.

9.7.4. Veiledning av studenter, LIS1 og ALIS

Det er flere forhold som taler for at fravær og mangel på praksisplasser og praksisveiledere i grunnutdanningen har betydning for hvor attraktivt det er for studenter å velge fastlegeyrket. Tilgjengelige praksisplasser, med

motiverte og kompetente praksisveiledere, synes å være viktig knyttet til økningen i antall studieplasser, og for å nå målsettingen om en lengre primærmedisinsk praksis for medisinstudenter.

Nesten halvparten av norske medisinstudenter utdannes i utlandet, og har ikke krav til allmennmedisinsk praksis i Norge i løpet av studietiden. Ekspertutvalget mener dette er en viktig gruppe studenter å rette allmennmedisinske rekrutteringstiltak mot. Et tiltak vil være å finne løsninger der praksis i allmennmedisin for disse studentene organiseres og tilbys. En videre utredning av slike løsninger bør vurderes.

For å lykkes med etablering av utdanningsstillinger i allmennmedisin og for å klare å rekruttere unge leger til allmennmedisinsk arbeid, må veiledning av studenter, LIS1 og ALIS være en prioritert del av legens oppgaver i kommunen. Samtidig er det vanskelig å se for seg at tid til veiledning kan tas inn som en del av arbeidsoppgavene til allmennleger i kommunen, uten at det går på bekostning av andre viktige oppgaver. Selv om veiledning vil ta tid fra annet allmennlegearbeid, er tilgjengelige veiledere en grunnleggende forutsetning for at unge leger skal starte opp med og gjennomføre spesialisering i allmennmedisin.

At veiledning av studenter, LIS1 og ALIS sidestilles med fastlegens deltakelse i andre allmennlegeoppgaver i kommunen (*Forskrift om fastlegeordning i kommunene*, 2012), understreker at dette arbeidet anses viktig og på linje med fastlegens øvrige oppgaver. Det vil også legge til rette for at veiledning ikke kommer i tillegg til andre oppgaver, men ses på som en del av legens totale arbeidsmengde. Dette kan bidra til at flere leger opplever at de får mulighet til å bringe sine erfaringer og kunnskaper videre til neste generasjon leger gjennom veiledergjerningen.

Ekspertutvalget anbefaler at veiledning av medisinstudenter, LIS1 og ALIS sidestilles med fastlegens deltakelse i andre allmennlegeoppgaver. En slik sidestilling vil kreve endring i både forskrift og avtaleverk, hvor deltakelse i andre allmennlegeoppgaver i kommunen omtales.

9.7.5. Kommunen som utdanningsvirksomhet

Ny spesialistutdanning har gitt et betydelig merarbeid for kommunene. Det er store variasjoner i kommunenes kostnader knyttet til ny spesialistutdanning, og det er vanskelig for alle kommuner å holde seg oppdatert om regelverket. Mindre kommuner har ikke nødvendigvis ALIS til enhver tid, noe som gjør vedlikehold av kompetansen knyttet å være utdanningsvirksomhet krevende (Helgheim Holte et al., 2022).

Flere kommuner mangler ressurser til å jobbe systematisk med spesialistutdanningen i allmennmedisin. Det er mange felles problemstillinger som det kan være mer hensiktsmessig å løse på regionalt nivå. I tråd med ekspertutvalgets anbefaling om at kommunen som utdanningsvirksomhet i større grad kan gis ansvar for å vurdere innholdet i tjenestetid og veileders kompetanse, vil dette kreve en ytterligere styrking av kommunens ferdigheter på området.

Ekspertutvalget mener ivaretakelsen av kommunens ansvar som utdanningsvirksomhet, på tvers av kommunegrenser, kan bidra til å heve kvaliteten i kommunenes arbeid og redusere arbeidsmengden. Det bør legges til rette for at kommuner kan søke i fellesskap om å være utdanningsvirksomhet. En annen mulighet er at en kommune i regionen gis hovedansvaret for å være utdanningsvirksomhet. Større kommuner ser ut til å etablere egne ressurser til ALIS-ordningen, noe som øker den administrative byrden og er vanskelig å få til i mindre kommuner. I tråd med dette bør de regionale ALIS-kontorene gis et særskilt ansvar for å bistå mindre kommuner.

Regionale utdanningssenter (RegUt) skal bidra til å sikre regional og nasjonal samordning av læringsaktiviteter, kursinformasjon og utdanningsløp for LIS i spesialisthelsetjenesten. RegUt er forskriftsfestet i spesialistforskriften, og finansieres av RHF. En forskriftsfesting av ALIS-kontorene, med fast finansiering på lik

linje med RegUt, vil gi forutsigbarhet knyttet til videre drift, og kan tenkes å styrke kontinuiteten og kvaliteten i arbeidet.

Avslutningsvis mener utvalget det er grunn til å stille spørsmål ved om det er formålstjenlig at ALIS-kontorene og RegUt er etablert som atskilte sentre, i alle fall i et kost-nytte perspektiv. Et formalisert samarbeid mellom ALIS-kontor og RegUt kan tenkes å være effektiviserende, kostnadsbesparende og på lang sikt stimulere til bedre samhandling på tvers av nivåene i helsetjenestene.

9.7.6. Kompetansekravene

Problemstillingen knyttet til at kompetansekravene gir uheldige konsekvenser for kommunens tilgang på arbeidskraft, er kompleks, og en endring i kompetansekravene må vurderes i forhold til hvilke konsekvenser det får for kvaliteten på allmennlegetjenesten. Ekspertutvalget mener at kompetanseforskriftens intensjon om at allmennleger i kommunen skal være spesialister, eller under spesialisering i allmennmedisin, trolig bidrar til en økning av legenes kompetanse som kommer befolkningen til gode. At allmennleger skal starte opp med og fullføre spesialistutdanning i allmennmedisin, er en ønsket utvikling. Uavhengig av om dette er et forskriftsfestet krav, bør det legges til rette for og stimuleres til at leger spesialiserer seg.

I flere andre land er insentivene for å gjennomføre spesialistutdanning knyttet til at legen må være spesialist i allmennmedisin for å kunne eie en praksis og praktisere selvstendig. Ekspertutvalget anbefaler at det innføres krav om å være spesialist i allmennmedisin for fastleger som skal eie fastlegeselskap med kommunen, se omtale i kap. 4.7.4.2. Videre vil etablering av utdanningsstillinger, kombinert med en oppmykning av spesialistforskriftens krav, gjøre det lettere for leger å spesialisere seg i allmennmedisin.

Utfordringene med at det mangler leger i kommunen, er allerede stor i dag. Helsepersonellkommisjonen peker på at utfordringene knyttet til behov for arbeidskraft og kapasitet i tjenesten kommer til å være særlig stor i kommunene også i framtiden. I lys av disse utfordringene mener ekspertutvalget det er viktige å legge til rette for at kommunen gis mulighet til å rekruttere leger på lik linje med både spesialisthelsetjenesten og helprivate allmennlegetjenester.

Ekspertutvalget mener at dagens krav om påbegynt eller gjennomført spesialistutdanning i allmennmedisin eller tilsvarende bør begrenses til fastleger og leger (i pasientrettet arbeid) i faste stillinger i kommunen. Dette kravet bør, uavhengig av vikariatets varighet, ikke gjelde for vikarer i slike stillinger. En slik endring vil åpne opp for at kommuner kan benytte leger som er spesialister eller under spesialistutdanning i andre fagfelt, som vikarer i fastlegetjenesten. Flere av disse vil være erfarne, og ha en fagkompetanse som også kan tenkes å være relevant for allmennmedisinske stillinger. Det vil også understøtte Helsepersonellkommisjonens anbefaling om at personell bør læres opp til og få erfaring med å jobbe på tvers av sektorer og nivåer. Endringene vil bidra til å øke tilgjengeligheten til leger som kan arbeide i de kommunale allmennlegetjenestene, og bidra til å øke kapasiteten i tjenesten. Anbefalingen må sees i sammenheng med utvalgets anbefaling om å forskriftsfeste krav om at leger som skal jobbe selvstendig i helse- og omsorgstjenesten må ha gjennomført LIS1 eller tilsvarende. Det vises i den sammenheng til drøftelsen i kapittel 9.7.1.2.

De foreslåtte endringene kan bidra til at spesielt fastlegevikarer, som ønsker å fortsette å være det, ikke har insitament eller krav til å spesialisere seg. Sistnevnte argument vil etter utvalgets vurdering ikke veie tyngre enn hensynet til å kunne benytte tilgjengelig arbeidskraft, så fremt minstekravet om LIS1 er oppfylt. Videre kan et argument mot endringene være at kommunen ikke vil prioritere å legge til rette for spesialistutdanning for vikarer. Dette kan imidlertid løses ved å forskriftsfeste legens rett (men ikke plikt) til å starte spesialistutdanning dersom man skal være i et vikariat over en viss tid, for eksempel ett år.

Kompetanseforskriften ble innført i 2017, og det har etter innføringen vært en svak økning i andel spesialister i allmennmedisin i fastlegetjenesten (Helsedirektoratet, 2021a). Hvordan denne utviklingen hadde vært uten innføringen av kravene er usikker. Vi vet heller ikke noe om hvilken effekt innføring av kompetansekravene har hatt for andre deler av tjenesten. Ved nye endringer vil det være viktig å følge med på utviklingen videre.

Ekspertutvalgets vurdering er at krav om gjennomført LIS1 eller tilsvarende for å kunne utøve yrket selvstendig, og at krav om spesialisering eller gjennomført spesialistutdanning begrenses til fastleger og leger i faste stillinger i kommunen, vil være en forenkling av regelverket. Endringene vil bidra til å sikre en minimumskompetanse (i form av LIS1 eller tilsvarende) for leger som arbeider selvstendig, til å øke tilgjengeligheten til leger, og til at leger i større grad kan jobbe på tvers tjenester og nivå.

9.7.7. Endringer i etterutdanningsmodellen

Fastleger og legevaktsleger har, som annet helsepersonell, krav til å yte forsvarlige, omsorgsfulle og gode helsetjenester. Dette innebærer i følge Helsepersonellovens § 4, et selvstendig ansvar for faglig oppdatering (*Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*, 2001). Kommunen har også gjennom lovverket krav til å sikre nødvendig fagkompetanse i tjenestene (*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, 2016).

Tilstrekkelig med tid og ressurser trekkes ofte fram som avgjørende for helsepersonells tilgang til kompetansehevende aktiviteter. Mangel på etterutdanning er ofte betinget i personellmangel og dårlig planlegging. Rutiner og avtaleverk som understøtter gjennomføring av etterutdanning, kan bidra til at den gjennomføres. Samtidig bør etterutdanningssystemet være tilstrekkelig fleksibelt, slik at det kan tilpasses den enkeltes behov for læring og kompetanse (Wahlstedt, 2019). Ekspertutvalget mener det er grunn til å tro at fastleger og legevaktsleger, i like stor grad som andre leger, har motivasjon og evne til å holde seg faglig oppdatert, når forholdene legges til rette for det.

Tap av inntekt som en barriere for fravær fra praksis for å delta på kompetansehevende aktiviteter, kan kompenseres ved økonomiske støtteordninger. Legeforeningens fond II dekker i dag en del av utgiftene ved gjennomføring av etterutdanning. En utvidelse av fondet til også å dekke praksiskompensasjon for et gitt antall dager per år, kan tenkes å bidra til at også næringsdrivende leger setter av tid til kompetanseheving. En slik omlegging kan bidra til bedre ressursbruk ved at aktivitetene tilpasses legens og kommunens behov, og at motivasjon og faglig innretning vil være styrende for deltakelse. Tid brukt til oppsamling av poeng og behandling av søknad vil utgå.

Kunnskapsgrunnlaget knyttet til effekten av obligatorisk etterutdanning på kompetanse og kvalitet i tjenesten er usikkert. Utvalget mener det kan legges til rette for økonomisk kompensasjon for faglig oppdatering, og at dagens krav om sentral godkjenning av detaljerte etterutdanningsaktiviteter for å kunne opprettholde spesialisttakst derfor kan vurderes avviklet.

10. DIGITALISERING, INNOVASJON, FORSKNING OG LEDELSE

10.1. Ekspertutvalgets anbefalinger

Mangel på helhetlig styring og fragmentert organisering utgjør en barriere for felles implementering av teknologi i helsevesenet.

Ekspertutvalget anbefaler at staten i det videre arbeidet bør ta en førende og tydelig rolle i digitalisering av helsetjenester, i kompaniskap med KS/kommunene og private leverandører.

Ekspertutvalget støtter innføring av et digitalt triageringsverktøy for fastlegekontorene, og anbefaler videre at det utvikles en statlig nettside inspirert av den som eksisterer i Nederland, som kan gi allmennmedisinske helseråd til befolkningen. Ved at innbyggerne selv kan finne god og oppdatert informasjon om symptomer og sykdommer kan behovet for konsultasjoner reduseres. Det kan vurderes om et slikt lavterskeltilbud også bør bygges ut med en døgnåpen allmennmedisinsk tjeneste med chat, telefon- og videokonsultasjoner.

Ekspertutvalget mener det er behov for mer forskning på allmennlegetjenestene og i allmennmedisin. Datagrunnlaget bør forbedres, både for å styrke planlegging og beredskap, og for raskere å kunne vurdere situasjoner knyttet til mangler ved fastlegeordningen og iverksette treffende tiltak. Ekspertutvalget anbefaler at staten bidrar med stabile, tilstrekkelige og uavhengige finansieringskilder.

10.2. Digitalisering

Befolkningssammensetningen er i endring og tilgangen på helsepersonell forventes framover å være begrenset, samtidig som innbyggernes behov for helsetjenester vil øke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c). Fram mot 2050 vil befolkningen konsentreres mer i byene, mens det i distriktene vil bli flere eldre. En økt andel eldre betyr at det vil være relativt færre i yrkesaktiv alder enn i dag (Leknes et al., 2022). I parallell med dette ser vi en teknologisk utvikling som omformer samfunnet, og som forventes å transformere den grunnleggende måten varer og tjenester leveres på (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2013). Sammen er dette kraftige drivere for digitalisering og bruk av ny teknologi i helsesektoren.

Digitalisering handler om å utnytte teknologi til å tilby tjenester som er enkle å bruke, effektive og pålitelige (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2022a), og som stiller brukeren i sentrum og forenkler hverdagen for innbyggerne, pasientene og allmennlegene. Forbedring av samhandlingsløsninger, velferdsteknologi og utnyttelse av kunstig intelligens på helseområdet er områder som er og vil fortsette å være i sterk vekst.

EPJ-løftet er et sentralt samarbeidstiltak som ble etablert av HOD og Legeforeningen i 2015, med hovedformål å realisere funksjonelle forbedringer i fastlegers og avtalespesialisters elektroniske pasientjournal-systemer (Direktoratet for e-helse). Prosjektet ble etablert som et kompenserende tiltak for manglende koordinering og samarbeidsarenaer i sektoren, som følge av et fragmentert leverandørmarked. Den første nasjonale e-helsestrategien for Norge, som ble lansert i 2017, var ment å styrke digital samhandling mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten (Direktoratet for e-helse).

Gjennom nasjonale satsinger er Helsenorge.no etablert som offentlig innbyggerportal for informasjon og samhandling mellom helsetjenesten og innbyggerne, og EPJ-løftet har understøttet bruk av nasjonale e-helseløsninger, utprøving av nye teknologier, og etablering av nye digitale tjenester mellom innbygger og helsepersonell (Direktoratet for e-helse; Norsk helsenett). Det er utviklet tjenester som timebestilling, fornyelse av resept, e-konsultasjon og mulighet for annen kontakt. Disse tjenestene er tilgjengeliggjort for innbyggerne og integrert i fastlegenes journalsystemer. Funksjonalitet for elektronisk meldingsutveksling med vedlegg med andre helseaktører, meldingsovervåkning og verktøy for legemiddelsamstemming er eksempler på nye tjenester som er realisert.

Samtidig har utviklingen av pasientjournalsystemer gått ulike veier i og på tvers av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Helseplattformen, som er under innføring i Midt-Norge, forsøker å "bygge bro" over noen av de tradisjonelle hindringene for samhandling, blant annet ved at kommunene og sykehusene skal ha samme datasystem. At slike samhandlingstiltak har høy kompleksitet, er noe erfaringene fra prosjektet så langt understreker.

Reglene for beskyttelse av sensitive personopplysninger som helseopplysninger og GDPR (General Data Protection Regulation), stiller strenge krav til håndtering, behandling og utveksling av personopplysninger, og begrenser flyten av data mellom virksomheter og plattformer for utveksling av informasjon (Datatilsynet, 2018). Det er utarbeidet veiledere som både er rettet mot offentlig sektor generelt (DFØ, [s.a.]) og mot behandling av helseopplysninger (Normen, 2021). Bransjenormen for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren skal bidra til at relevante pasientopplysninger kan deles og gjøres tilgjengelig for forskning, samtidig som informasjonssikkerheten skal være god og i tråd med personvernforordningen og øvrig personopplysningsvern (*Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*, 2018).

Helse- og omsorgssektoren i Norge er kompleks og består av mange og selvstendige aktører, fra fastlege til regionale og lokale helseforetak, kommuner, statlige myndigheter, fag- og interesseorganisasjoner og bruker- og pasientorganisasjoner. Strategien 'En digital offentlig sektor' har som ett av sine mål å sikre at kommunal sektor får tilstrekkelig innflytelse også på de nasjonale digitaliseringsinitiativene, og at kommunale og statlige virksomheter bygger sine tjenester med utgangspunkt i et felles digitalt økosystem for samhandling, på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer. Strategien understreker behovet for datadeling og administrative møteplasser der kommune og stat jobber sammen.

Også næringslivet er engasjert i arbeidet med å utvikle systemer og løsninger, og å tilby helse- og omsorgstjenester i Norge, og forsknings- og innovasjonsmiljøer spiller viktige roller i e-helseutviklingen (Direktoratet for e-helse, [s.a.]-a).

I takt med digitaliseringen av samfunnet er innbyggernes forventninger til allmennlegetjenesten og tilgjengeligheten til tjenestene endret. Det observeres en framvekst av private heldigitale legetjenester, som tilbyr digital legetime eller psykologtime på dagen, via skjerm. Norge plasseres langt fram på digital kompetanse i befolkningen, samtidig som vi har gått tilbake sammenliknet med tidligere år når det gjelder digitalisering og teknologi som skal drive fram de bærekraftige løsningene (Abelia, [s.a.]).

10.2.1. Samhandlingsløsninger og nasjonale tiltak

Fragmentert infrastruktur, ulike systemer og håndtering av sensitive personopplysninger er betydelige utfordringer ved etablering av samhandlingsløsninger i helsesektoren. Ulike digitale plattformer og strukturer hos fastlege, kommuner og sykehus, og også hos andre aktører som NAV, gjør samhandling krevende.

Rammeverk for digital samhandling(Digitaliseringsdirektoratet, [s.a.]) peker på fire hovedlinjer, som er viktige for å bygge digitale tjenester med samhandlingsevne. Organisatorisk samhandlingsevne handler om

virksomhetenes evne til å tilpasse tjenestekjeder, forretningsprosesser, ansvar og forventninger for å oppnå felles mål. Videre må juridiske rammer være på plass for datadeling og personvern. Semantisk samhandling handler om dataspråk, ulike systemers evne til å kommunisere og format for informasjonsutveksling, mens den tekniske samhandlingsevnen skal bidra med tekniske standarder for informasjonsutveksling.

Den nasjonale e-helseporteføljen (Direktoratet for e-helse, [s.a.]-b) for helse -og omsorgssektoren, omfatter tiltak som understøtter samordning på tvers av aktører og som er rettet mot kjernevirksomheten i helse- og omsorgstjenesten.

"Program digital samhandling" har som mål at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, at innbyggere skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester, og at data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning. Det er viktig å finne gode løsninger for ansvarsdeling mellom kommuner og helseforetak. Helsefellesskapene er opprettet for å bedre samhandlingen mellom helseforetak, kommunene og fastleger, og skal bidra til felles planlegging og utvikling av helsetjenestene (Helsedirektoratet, [s.a.]-a).

Pasientens legemiddelliste skal, ved å tilgjengeliggjøre legemiddelopplysninger i en felles nasjonal oversikt (reseptformidleren), legge til rette for at det kan deles oppdaterte legemiddelopplysninger på tvers av ulike virksomheter. For fastlegen vil dette bidra til bedre oversikt over legemiddelbruk hos pasienten og for pasienten større trygghet i kontakt med ulike helseaktører (Direktoratet for e-helse, 2022b).

Digitale egenbehandlingsplaner og behandlingsplaner skal muliggjøre at behandlere med ulike journalløsninger kan jobbe i samme behandlingsplan via pasientens kjernejournal. Målene er bedret sammenheng i pasientforløpet, at teamarbeid skal understøttes, og at pasienten får bedre oversikt over, og kan delta mer aktivt i, egen behandling. For pasienter med sammensatte lidelser skal dette medføre større trygghet ved kontakt med ulike aktører i helsevesenet. Denne nye måten å jobbe på skal innføres og videreutvikles nasjonalt, fra høsten 2023.

10.2.2. Velferdsteknologi

Nasjonalt velferdsteknologiprogram (Helsedirektoratet, 2019c) har pågått siden 2014, understøtter innføring av ny teknologi i helsetjenesten og skal bidra til kompetanseløft for velferdsteknologi i norske kommuner. De første årene ble det arbeidet med GPS-sporing for demente, elektronisk medisineringsstøtte, elektronisk dørlås for hjemmesykepleien og digitalt tilsyn. Ulike former for velferdsteknologi ble også prøvd ut for at barn og unge med funksjonshemming eller psykisk utviklingshemming kan leve så aktive liv som mulig, både sosialt, på skole og fritidsaktiviteter (Helsedirektoratet, 2020e). De senere årene har fokus vært på videreutvikling av teknologiske hjelpemidler som skal kunne bidra til at innbyggere kan leve så selvstendig som mulig, og ha mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem.

Digital hjemmeoppfølging (DHO) har som formål å bidra til at kommuner, i samarbeid med fastleger og sykehus, tar i bruk digitale verktøy for å sikre bedre oppfølging av pasienter med kroniske lidelser. I utprøvingen følges pasienter med kronisk sykdom og moderat til alvorlig risiko for forverring opp, ut fra en egenbehandlingsplan som lages i samråd med lege og oppfølgingssenter. Pasienten foretar selv målinger hjemme og svarer på spørsmål om helsetilstand en til flere ganger per uke. Det dannes "trafikklys" ut fra resultatene, og pasienten kan agere ved å følge egenbehandlingsplanen. En evaluering av piloteringen ble gjort i 6 kommuner i perioden 2018–2021 og løfter fram at DHO bidrar til mer trygghet for pasient og pårørende, til å bevare livskvalitet og til et bedre beslutningsgrunnlag for legens kliniske avgjørelser (Abelsen et al., 2022c). Målet er at DHO skal etableres i alle helsefellesskap innen utgangen av 2024.

En kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt senter for e-helse har sett på e-helsesatsinger i Norge, Finland, Danmark, Sverige, Skottland og Nederland (Knarvik et al., 2017) I Norge var det over 200 aktive velferdsteknologiprosjekter fra 2013 til 2016, og det var en markant økning i prosjektaktivitet. Analysen fra de fem landene viser at det er en dreining mot brukerdrevet og markedsstyrt utvikling, og det forventes at individet tar mer ansvar for egen helse. Det framkommer også at nasjonale strategier iverksettes gjennom partnerskap, klynger og samarbeid, der både frivillige og næringsliv inkluderes.

En kunnskapsgjennomgang i 2022 viser til et kunnskapsgap og manglende vitenskapelig dokumentasjon på redusert behov for sykehusinnleggelser og bruk av helsetjenester for øvrig, som følge av velferdsteknologier. De kvalitative effektene for pasient og pårørende, både når det gjelder trygghet og mestring, er godt dokumentert, men effektene når det gjelder kvantitative verdier, som spart tid og unngåtte kostnader er i liten grad dokumentert (Breivik et al., 2021).

FHI har publisert en kunnskapsoppsummering om effekter av DHO fra Danmark og Norge, fra årene 2017 til 2022. De finner at effekten av DHO på ressursbruk, etter en 12 månedersperiode, synes å være svært usikker. Dette er et komplisert område å framskaffe god forskning på, og tidsperspektivet bør være langt nok for å kunne finne eventuelle gevinster (Hestevik et al., 2022).

10.2.3. Kunstig intelligens og persontilpasset medisin

Over hele verden satses det stort på utvikling av kunstig intelligens (KI), og troen på betydningen av kunstig intelligens framover er stor, også innenfor helse (Haug et al., 2023). Antallet publikasjoner om bruk av KI innen helse har økt drastisk, fra omtrent 5000 i 2011 til 35 000 i 2021 (DNV, [s.a.]).

Innsamling av store mengder data gjennom personlige enheter, deling over internett, prosessering med høy kapasitet og maskinlæring forventes å kunne gi helt nye muligheter, både for pasient og fastlege, til å følge med på og tilpasse behandlingen av den enkelte pasient.

KI kan utnyttes for å få fram best mulig behandling for en sykdom, basert på gjennomgang av tilgjengelig og oppdatert litteratur og forskning. I Norge brukes KI eksempelvis som beslutningsstøtte for vurdering av radiologiske bilder ved kreftoppfølging, og ved vurdering av histologiske preparater. KI kan også brukes ved større logistikkoperasjoner som for eksempel distribusjon av vaksiner (Helsedirektoratet, 2022e). HELFO har eksempelvis et forskningsprosjekt der KI benyttes for å kontrollere fastlegers praksis med regningskort som sendes HELFO (Forskningsrådet, [s.a.]).

Persontilpasset medisin er behandling skreddersydd etter individets genetiske profil. Dette er i liten grad en del av dagens praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men et område som er i sterk utvikling, i kombinasjon med KI. Fastlegene trenger fagkunnskap om persontilpasset diagnostikk og behandling i spesialisthelsetjenesten, for å kunne ivareta sine pasienter. Innenfor farmakogenetikk er det en utfordring at kunnskapen om, og tilgangen til, oppdatert og relevant informasjon i mindre grad er innført i klinisk praksis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023a).

I forebyggingsarbeidet er det foreløpig begrenset dokumentasjon for at tiltak basert på persontilpasset medisin gir helse- og kostnadsgevinster, men det er forventet at denne type data vil bli tilgjengelig over tid.

Framover forventes det en økning i bruken av genetiske undersøkelser, ikke minst fra helprivate tjenesteleverandører. Det kan være utfordrende for brukerne å tolke resultatene fra disse, og dokumentasjonen som ligger til grunn kan være usikker. Slike undersøkelser kan gi viktig innsikt, men kan også føre til økt bekymring for egen helse hos innbyggerne og medføre økt pågang for helsetjenesten, og særlig for fastlegene.

Utviklingen av smartklokker og andre personlige digitale enheter vil framover gi mer nøyaktige og pålitelige målinger. Ved å koble data fra personlige enheter til en app vil innbyggerne kunne få større kontroll over egen helse, og det vil kunne bli mulig å oppdage og forebygge sykdom tidligere. Helseråd fra apper kan også tenkes å kunne bidra til å heve helsekompetansen i befolkningen.

En kobling mellom genetisk kartlegging[66] og KI kan tenkes å gi nyttig informasjon om risiko for sykdom og relevante forebyggende tiltak, blant annet kan dette brukes til å velge ut hvem som har nytte av screeningundersøkelser. Etisk er det flere utfordringer ved kobling av KI og persontilpasset medisin.

KI kan tenkes å gi muligheter til å forbedre folkehelsen, og gjennom det avlaste fastlegene. Samtidig kan det tenkes at KI vil bidra til å belaste fastlegene mer, ved at innbyggere unødvendig bekymrer seg for sykdomsrisiko på grunn av mer informasjon om egen helse. Det er også mulig å se for seg en todeling av tilgang på helseinformasjon, der de med god økonomi og digitale ferdigheter kan kjøpe og utnytte helsemonitorprogrammer som er utilgjengelige for andre. Dette kan medføre en skjefordeling i levealder og livskvalitet (Harari, 2018).

10.3. Algoritmen for bytte av fastlege

Fastlegeordningen i Norge innebærer at innbyggerne selv, via Helsenorge.no, setter seg inn i regler for fastlegeordningen og bytter til ønsket fastlege (Helsenorge). Dersom ønsket lege ikke er ledig, kan man sette seg på venteliste. Hver innbygger har rett til å bytte fastlege inntil to ganger per kalenderår, og kan, i tillegg til dette, bytte fastlege ved flytting eller hvis fastlegen slutter eller reduserer listen sin. Innbyggere som ønsker det kan velge en fastlege i en annen kommune enn egen bostedskommune.

Dagens situasjon, med mangel på ledige listeplasser, har redusert innbyggernes tilgang til fastlege og muligheten til å bytte fastlege. Dette kan medføre at innflyttere ikke får fastlege i den kommunen de flytter til, og at innbyggere må vente lenge på å kunne bytte til ny fastlege.

I et innspill til ekspertutvalget vises det til analyser som konkluderer med at utfordringene ved bytte av fastlege ser ut til å kunne reduseres ved å endre algoritmene i datasystemet for fastlegeordningen, selv uten at listetaket økes (Huitfeldt et al., 2022). Per i dag er det ikke mulig å bytte fastlege mellom to personer som flytter hver sin vei, mellom de to samme kommunene, gitt at alle listene er fulle i begge kommunene. Personen som flytter fra kommune A til by B sier ikke opp sin fastlege i A fordi det ikke er noen ledige fastlegeplasser i B. Og personen som flytter fra kommune B til by A, sier ikke opp sin fastlege i B fordi det ikke er noen ledige fastlegeplasser i A. Begge personene ville imidlertid kunne kommet bedre ut dersom de kunne byttet fastlege seg imellom, i stedet for dagens ordning, der de ser ut til å bli låst inne på hver sin venteliste fordi ingen av dem sier opp sin fastlege.

Når stadig flere står uten fast lege, og rettigheten til å kunne velge eller bytte fastlege er utfordret, bør det vurderes å justere algoritmen, slik at to personer som flytter motsatt vei av hverandre kan bytte fastlege uten at den ene først må si opp sin eksisterende fastlege.

[66] *Genetisk kartlegging kan innebære bred gentesting med polygen riskscore eller annen genetisk kartlegging.*

10.4. Endrede forventninger og ny rolle for allmennleger

10.4.1. Økte forventninger og tilgjengelighetskrav

Ifølge undersøkelsen e-health barometer (Opinion), utført på tvers av de fem nordiske landene i april 2022, har fire av ti innbyggere i Norge hatt digital kontakt med sin fastlege i løpet av det siste året. Undersøkelsen tilsier at Norge ligger betydelig høyere enn de andre nordiske landene i bruk av digitale plattformer til å følge med på eller få veiledning i helserelaterte forhold. 60 posent av de spurte har brukt denne type teknologi, og oppfølging av fysisk aktivitet er det mest vanlige formålet. 80 prosent av de spurte har besøkt helsenorge.no i løpet av det siste året. I samme periode har over 60 prosent brukt en digital helsetjeneste, hvor e-resept er den klart mest benyttede. 1 av 3 sier de har eller vil prøve apper for mentalt velvære, motivasjon, avkobling og liknende. De fleste (rundt 80 prosent) sier de er positive til å dele helsedata på tvers av Norden, for å kunne motta korrekt behandling på sykehus eller hente ut resepter i andre nordiske land.

De fleste nordmenn ønsker en selvstendig mulighet til å reservere seg mot deling av egne helsedata.

Brukerorganisasjoner mener det er viktig at innbyggerne får bedre tilgang til egne helseopplysninger, og at oppdatert helseinformasjon følger pasienten i forløpet mellom tjenester og nivåer. De mener også at digitale løsninger bidrar til å gjøre pasienter mer aktive og deltakende i egen behandling og oppfølging, og at pasienten bør være trygg på at lege og helsepersonell har riktig og oppdatert informasjon.

10.4.2. Økt bruk av e-konsultasjon

Dagens teknologi gjør det mulig å ta imot og vurdere en rekke tilstander som legen tidligere måtte møte pasienten fysisk for å håndtere. Dette kommer til uttrykk ved at bruken av e-konsultasjoner hos fastlegene har økt betydelig de siste årene (Se Utfordringsbildet, kap. 2.3.6), men også ved at det har vokst fram helprivate tilbydere av elektroniske løsninger, som e-konsultasjoner og mer automatisert behandling av forskrivninger.

Det er viktig at innretningen på e-konsultasjonstjenesten bidrar til mest mulig likeverdig bruk av tjenesten, og til hensiktsmessighet både for pasient og fastlege. Ekspertutvalget mener det kan være en risiko for at unødvendig bruk av e-konsultasjoner kan bidra til at fastlegene bruker mer tid på pasienter med enkle problemstillinger, noe som kan gå på bekostning av å hjelpe de som har størst behov, se organisering avsnitt 4.6.3. Det kan også stilles spørsmål ved den samfunnsøkonomiske nytten av at pasienten kan chatte med fastlegen via e-konsultasjon (Uglenes, 2022).

Fastlegenes meninger om e-konsultasjon er delte, noen opplever at det avlaster, andre at det skaper merarbeid og usikkerhet. De fleste er enige om at belastningen i form av tidsbruk med elektronisk arbeid har økt betraktelig de siste årene (2022). En digital triageringsløsning kan tenkes å bidra til å prioritere blant henvendelsene og effektivisere tidsbruken for fastlegen, særlig knyttet til e-konsultasjoner.

10.4.3. Helsekompetanse og digitalt utenforskap

En undersøkelse tyder på at så mange som ti prosent av befolkningen står i fare for å falle utenfor viktige samfunnsarenaer på grunn av manglende digital kompetanse, og digitalt utenforskap rammer særlig personer med lav inntekt, høy alder, manglende samtykkekompetanse og de som står utenfor arbeidslivet (Rambøll, 2022). For å sikre likeverdige helsetjenester er det derfor viktig at digitaliseringen i allmennlegetjenesten skjer på en måte som ikke forsterker de sosiale forskjellene i helse.

Gode selvhjelpsverktøy koblet til helsenorge.no kan være en måte å heve helsekompetansen i befolkningen på. I Nederland er det utviklet en nettside for befolkningen, som gir informasjon om vanlige allmennmedisinske problemstillinger, herunder råd om egenmestring og om når lege bør kontaktes. Det finnes lenker til informasjonsvideoer, andre relevante nettsider, selvhjelpsverktøy, osv (About GPinfo.nl)(Dutch College of GPs). Formålet med nettsiden er å øke befolkningens helsekompetanse, og derved redusere behovet for legehjelp.

10.5. Å skape rom for endring

Når nye måter å løse en oppgave på skal testes ut, er det nødvendig å bruke tid på å identifisere hvilke arbeidsoppgaver som skal justeres, og analysere effekter av endringene. Dette krever et framtidsrettet lederfokus og at det skapes en læringskultur hvor det er lagt opp til å lære av feil og justere kurs underveis (van de Ven et al., 2000). Leder må ha støtte i organisasjonen og finansieringssystemene for å sette av tid og ressurser til innovasjonsarbeid (Cannon et al., 2005). Endringsarbeid forutsetter også psykologisk trygghet og relasjonsbygging i organisasjonen. Småskrittsforbedring anses ofte å være en god metode for å teste ut ny praksis (Carlsen A. et al., 2012).

Samhandling og gode tjenester for innbyggerne krever at grensene mellom roller og ansvar i ulike deler av helsetjenestene både er klare, og kan endres i tråd med den teknologiske utviklingen. Det finnes studier av grensearbeid i helsesektoren, der pilotering av primærhelseteam er ett eksempel. Også framover vil grensearbeid være viktig, fordi det har konsekvenser for kvaliteten på pasientbehandling, ledelse, rollekrav, hvordan samarbeid og læring på tvers av fag fungerer, og effektivitet (Mørk, 2019). Digitalisering er endring, og god utnyttelse av digitaliseringsmulighetene i allmennlegetjenesten krever kompetanse i endringsledelse.

Det er nærliggende å tro at innovasjonsarbeid på fastlegekontorene hemmes av at dagens finansieringssystem ikke understøtter eller inviterer til å teste ut nye tekniske løsninger. Teknologinøytrale takster utløses uavhengig av om oppgaven løses av teknologi eller menneske, og legger for eksempel til rette for felles konsultasjoner på tvers av tjenester ved bruk av teknologi (Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta, 2016).

Det vil være en utfordring framover å få til en utvikling hvor det skapes energi og nysgjerrighet for nybrottsarbeid under permanente og mer normaliserte rammer enn koronapandemien de siste årene har gitt. Finansieringssystemet bør understøtte, stimulere og belønne endringsarbeid, og nye måter å jobbe og levere allmennlegetjenester på. Samtidig må dette balanseres godt, slik at tilgjengeligheten til nødvendige helsetjenester sikres, også til de som i liten grad etterspør digitale tjenester eller mangler kompetanse til å gjøre det. Noen ganger vil en økning i digitale kontakter kunne gå på bekostning av fastlegens andre aktiviteter, og dermed true befolkningens rett til likeverdige helsetjenester; se også kap. 4.6 og 5.6.

Digitale løsninger kan også benyttes aktivt for å sikre at fastlegen yter mest til innbyggerne med størst behov. Digitale triageringsløsninger muliggjør forhåndsvurdering av alvorlighet og hastegrad ved konsultasjoner. En løsning er per i dag under utprøving ved fem legekontor, og er planlagt lansert nasjonalt på helsenorge.no i 2023. Ved bruk av den digitale triageringsløsningen skal listeinnbyggere, ved bestilling av fysisk eller digital konsultasjon, svare på en del spørsmål knyttet til sin helsetilstand. Innbyggeren får også mulighet til å forhåndsutfylle egenerklæringer, som eksempelvis kan være knyttet opp til attester fra legen.

Målet med løsningen er at både fastlege og pasient skal være bedre forberedt til legetimen, at akutte tilstander skal henvises til telefonkontakt med legekontoret for rask vurdering, og at informasjonsgrunnlaget for konsultasjonen forbedres. Potensialet er spart tid, både under legekonsultasjon og ved at en del av sortering

kan gjøres av listeinnbyggeren selv istedenfor av hjelpepersonell på telefon. Telefontilgjengeligheten ved fastlegekontoret forventes å bli forbedret for de listeinnbyggerne som, av ulike årsaker, velger å ikke bruke den digitale kanalen. Digital triagering gir muligheter for bedre filtrering av e-konsultasjoner, og har potensiale til besparelser ved å hindre "chattedialog" fram og tilbake mellom listeinnbygger og lege. Foreløpige vurderinger tilsier at, ved bruk i forkant av konsultasjoner, opplever fastlegene å ha forbedret informasjonsgrunnlag for konsultasjonen, og at en bedre forberedt listeinnbygger gjør jobben smidigere(Skogli et al., 2022).

Ved økende pågang til fastlegen vil muligheten for å sortere og prioritere blant henvendelsene være nødvendig. Økende bruk av digitale tjenester understreker betydningen av at fastlegen kan ta i bruk velfungerende verktøy for triagering inn til fastlegekontoret.

10.6. Balansere offentlig styring og private initiativ

Staten har vært en viktig bidragsyter i den nasjonale digitaliseringsprosessen, og i piloteringen av en rekke digitaliseringsprosjekter. Begrenset nasjonal koordinering og styring av teknologi i allmennlegetjenestene, og de kommunale helse- og omsorgstjenestene ellers, har ført til ulike løsninger i ulike deler av helsetjenesten. Mange kommuner har elektroniske pasientjournalsystemer, som i begrenset grad kommuniserer med fastlegenes. Fastlegene benytter flere ulike journalsystemer. Norsk helsenett fungerer som kommunikasjonskanal mellom fastlege, listeinnbygger og fastlegens eksterne samarbeidspartnere.

Fastleger er i dag pålagt å være tilknyttet norsk helsenett, samt å ha elektroniske pasientjournalsystem. Det har tatt flere år å etablere Helsenorge.no og utvikle portalen til dagens nivå, og private aktører har parallelt utviklet alternative kommunikasjons- og betalingsløsninger.

En fordel med at staten har ansvar for styring av digitaliseringsarbeidet, er at vi nasjonalt får en mer fokusert og koordinert utvikling, som i noen grad kan styres. Private aktører innehar ressurser som kan drive utvikling og innovasjon videre. Mens statens rolle er avgjørende i valget av grunnleggende standarder og noen typer infrastruktur, kan statlige digitaliseringsprosjekter også være en hemmer for private aktører som ikke ønsker å satse dersom de risikerer at det kommer en statlig løsning som tilbys gratis. Et eksempel kan være digital triageringsløsning for fastlegene, der Helsedirektoratets arbeid med å utarbeide slike løsninger, innebærer at EPJ-leverandørenes inntjeningspotensial for selv å utvikle slike løsninger forringes.

EPJ-leverandørene er avhengige av tydelige styringssignaler fra staten og forutsigbare rammer for å investere i utvikling. Arbeidet med normen for informasjonssikkerhet og personvern (Direktoratet for e-helse, 2022a) og samarbeidstiltaket EPJ-løftet(Direktoratet for e-helse) har som målsetting å regulere og stimulere til god samhandling mellom de private utviklerne og de offentlige digitale helsetjenester.

Teknologiutviklingen, utviklingen i leverandørmarkedet og utviklingen i myndighetenes organisering og ansvar for e-helsearbeidet, har endret rammene for EPJ-løftet som tiltak. Over flere år har EPJ-løftets portefølje av uløste behov og urealiserte prosjekter økt og den relative gjennomføringsevnen, blitt svakere (Direktoratet for e-helse). Direktoratet for e-helse har igangsatt et arbeid med å vurdere tiltak for økt gjennomføringskraft.

Det norske fastlegemarkedet består av mange små legekontor, og markedet for innovasjon kan begrenses av at aktørene har lav kjøpekraft og kapasitet til å drive utviklingsarbeid. På den andre siden har utviklingen av elektroniske pasientjournalsystemer for fastlegene skutt fart de siste årene, og kvaliteten på disse produktene er høy. Per i dag har fastlegene flere gode journalleverandører å velge imellom, og dette gir insentiv til å jobbe både med kvalitet og pris på sluttproduktet.

10.7. Behovet for kunnskap om allmennlegetjenestene

10.7.1. Kunnskap om kvalitet

Som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter, skal Helsedirektoratet utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelig. I dag finnes det nasjonale kvalitetsindikatorer som berører allmennlegetjenesten, for følgende områder:

- Fire indikatorer for sykehjem, innen legemiddelgjennomgang, bemanning av sykehjemslege, vurdering av lege siste år og antibiotikabruk
- Fem indikatorer for fastlege, innen spesialisering, kontinuitet (to), pasienterfaringer og innbyggere uten fast lege
- Fire indikatorer for legevakt, innen tolk, samtrening og triagering
- Fire indikatorer for legemidler, innen forskrivning av antibiotika

Utvikling av nye kvalitetsindikatorer skjer i samarbeid med fagmiljøer, herunder fastleger, Legeforeningen, kommuner, KS og brukerorganisasjoner. I 2022 ble det gjennomført en prosess med eksperter innen legemiddelfeltet. Gruppen drøftet og definerte tre indikatorer om forskrivning av utvalgte legemiddelgrupper til eldre (vanedannende, NSAIDs, antikolinergika), som skal publises i 2023. Det arbeides også med en indikator for personlig kontinuitet mellom fastlege og pasient. I tillegg er det planlagt et analysearbeid om fastlegetjenester til svake etterspørrere, som for eksempel personer i boliger med heldøgns tjenester. Helsedirektoratet samler kunnskap om kvalitetsindikatorer som blir benyttet i utvalgte land, som et ledd i vurderinger av nye indikatorer i årene som kommer.

Nye nasjonale kvalitetsindikatorer er avhengig av nasjonale datakilder med god dekningsgrad og datakvalitet. I tillegg er det en nødvendighet at indikatorene kan benyttes til å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet.

10.7.2. Kunnskap om helsepersonell

Det er et tydelig behov for bedre data om helsepersonells arbeidsmønstre. Vi har svært gode og oppdaterte data om aktiviteten i helsetjenestene, men langt dårligere oversikt over belastningen på, og tilgangen til, helsepersonell.

Statistisk sentralbyrå (SSB) leverer sykefravær og avtalt arbeidstid for aggregerte grupper av helsepersonell(Bakke et al.), men vi vet lite om faktisk arbeidstid, overtidsarbeid, turnusbelastning, permisjoner, vikarbruk og innleie. Vi vet heller ikke mye om variasjon i indikatorer for arbeidsbelastning på tvers av tjenestenivåer og kommuner. Vi har begrenset statistikk om hvor vanlig ulike helsepersonellgrupper er i norske fastlegekontorer, og hvilke helsepersonellgrupper som i det daglige jobber sammen i helsetjenestene. Slik kunnskap vil være viktig i planlegging av tjenestene og analyser av fordeler og ulemper ved ulike samarbeidskonstellasjoner og organiseringsmåter. For nasjonale myndigheter vil kunnskap av denne typen gjøre det mulig å oppdage mangler og sårbarheter raskt, noe som særlig vil være viktig i beredskapssituasjoner, men også generelt for å få et godt og representativt bilde av belastningen for ulike helsepersonellgrupper i Norge. Dette som grunnlag for målrettet planlegging og utvikling.

Mye informasjon om helsepersonell finnes allerede i lønns- og turnussystemer på arbeidsplasser i helsetjenesten, men den er ikke systematisert og kan per i dag ikke sammenstilles på nasjonalt eller regionalt

nivå. Om næringsdrivende fastleger er det lite informasjon tilgjengelig. Et nasjonalt register med denne type data ville åpne for verdifull statistikk, analyse og forskning, som kan utnyttes til å sikre god ressursutnyttelse og gode arbeidsforhold, samt gode og likeverdige helsetjenester for den norske befolkningen de neste tiårene.

Utvalget viser også til ekspertgruppen nedsatt for å utrede et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser, hvor behovet for bedre kunnskap og forskning om kapasiteten i helsetjenestene påpekes (Kjernegruppen, 2022). Det vises også til England hvor man har kommet et stykke på vei med å framskaffe denne type data(Lee et al., 2020; Lee et al., 2022).

10.7.3. Forskning på allmennlegetjenesten og i allmennmedisin

Forskning *på* allmennlegetjenestene er svært begrenset i Norge. Mye av kunnskapsgrunnlaget som beskriver utviklingen av fastlegeordningen stammer fra undersøkelser foretatt av private konsulentselskaper eller partene selv. Noen få forskere har gjort egne studier, eller samarbeidet med konsulentselskapene om evalueringer av deler av fastlegeordningen. Ekspertutvalget mener kunnskapsgrunnlaget om det faktiske utfordringsbildet og mulige tiltak ville vært betydelig rikere dersom det hadde vært mer uavhengig og akademisk forskning på allmennlegetjenestene og fastlegeordningen de siste tiårene.

Forskning *i* allmennlegetjenestene, det vil si allmennmedisinsk forskning, er viktig for å sikre innbyggerne forsvarlig og god medisinsk behandling og oppfølging. Spesialisthelsetjenesten produserer forskning innenfor smale områder, og funnene er ikke alltid relevante eller treffende for allmennmedisinen. Allmennmedisineren må ofte tolke forskningsresultater fra spesialisthelsetjenesten inn i egen kontekst. Evnen til å vurdere tilgjengelig litteratur fra spesialisthelsetjenesten i en allmennmedisinsk kontekst stiller høye krav til faglig og metodisk kompetanse hos allmennlegen.

Allmennmedisinsk forskning er ofte nært koblet til klinisk praksis. I mindre virksomheter, som fastlegekontor, er det mer krevende å drive forskning sammenliknet med sykehus, der forskning er en del av sørge-for-ansvaret, og dermed har langt bedre finansieringsmuligheter, og der det ofte eksisterer et fagmiljø og forskning lettere kan innarbeides i arbeidstiden.

Allmennmedisinsk forskningsfond tildeler forskningsmidler for 3 til 12 måneders forskningsarbeid innen det allmennmedisinske fagfeltet, og det er mulig å søke forlenget støtte til samme prosjekt med 36 måneder som en øvre grense. I 2021 ble det totalt tildelt 21,4 millioner, fordelt på 29 innvilgede prosjektsøknader (Allmennmedisinsk forskningsfond, 2022).

10.7.4. Strukturer for å støtte forskning

Helse- og omsorgsdepartementet har et oppfølgingsansvar for forskning i spesialisthelsetjenesten, men ikke for allmennmedisinsk forskning. Forskning i allmennmedisin følges opp av Kunnskapsdepartementet.

Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) er en samarbeids- og finansieringsmodell for kunnskapsløft i kommunale tjenester, som ble anbefalt opprettet av HelseOmsorg21-rådet i 2017 (KS, 2017). Hensikten bak organet er å etablere en nasjonal infrastruktur for forskning, innovasjon og utdanning innen kommunale helse- og omsorgstjenester. KSF har til nå ikke fått nasjonal finansiering og er derfor ennå i en oppstartsfase gjennom å pilotere KSF Helse med midler fra KS og enkeltkommuner.

Ved universitetene i Oslo, Trondheim, Bergen og Tromsø har vi allmennmedisinske forskningsenheter (AFE). Disse jobber med å framme allmennmedisinsk forskning.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er et tverrfaglig kompetansesenter, som skal framme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) skal bidra til at legevaktene følger den nødvendige faglige og organisatoriske utvikling, medvirke til nasjonalt forbedringsarbeid og god kvalitet i tjenesten og forske innen fagfeltet.

De allmennmedisinske forskningsenhetene, NSDM og NKLM mottar tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet.

Praksisnett er et nasjonalt nettverk, som jobber for klinisk forskning i primærhelsetjenesten og infrastruktur for forskning. Praksisnett legger til rette for kliniske studier i allmennpraksis. Slike studier inkluderer pasienter som går til fastlegen og i dag bidrar 90 legekontor i hele landet med data.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er en svært viktig kilde for forskning på og i primærhelsetjenesten, og det er viktig at dette registeret utvikles videre. På kort sikt er det en balansegang i dette utviklingsarbeidet, mellom et brukervennlig takstsystem og tilgang på gode data for kunnskapsstøtte og forskning på og i allmennmedisinen. På lengre sikt vil en enda større integrasjon med EPJ-ene gjøre det teknisk mulig å hente ut mer data til KPR, om forhold som ikke omfattes direkte av takstene, slik KPR nå skal hente opplysninger fra systemene i helsestasjonene.

10.8. Ekspertutvalgets vurderinger

Under pandemien i 2020 og 2021 viste allmennlegene stor omstillingsevne i måten helsetjenester leveres på. Også framover er behovet for innovasjon og nytenkning rundt allmennlegetjenesten stort. En mer effektiv utnyttelse av ressursene vil være avgjørende i en framtid hvor tilgangen på helsepersonell antas å bli begrenset.

Vi ser stadig nye muligheter og utviklingsområder gjennom utnyttelse av datadeling, automatisering, kunstig intelligens og helseteknologi. Innsamling av store mengder data gjennom personlige enheter, deling over internett, prosessering med høy kapasitet og metoder innen maskinlæring forventes å kunne gi helt nye muligheter for listeinnbygger til å kunne følge med på helsetilstanden, og for fastlegen til å gi persontilpasset oppfølging og behandling. Gevinstene og mulighetene allmennlegetjenesten står overfor kan virke ubegrensede, samtidig er også hindringene og barrierene betydelige.

For å lykkes med digitaliserings- og innovasjonsprosesser må endringene understøttes av finansieringsløsninger, organisering og regulering. Å skape rom for innovasjon, utvikling og forandring vil innebære betydelige endringer i måten å jobbe på, hvordan helsetjenestene leveres, oppgavefordelingen i tjenesten og hvordan sektoren ledes. Ekspertutvalget mener allmennlegetjenesten trenger tydelig ledelse, som ser forbi teknologien, forstår digitaliseringen og endringsbehovene i et større perspektiv, og som tilrettelegger for kunnskapsutvikling.

Felles struktur, digitale fellesløsninger, systematisk arbeid med informasjonssikkerhet og deling av data er viktige elementer i arbeidet med å utvikle og forvalte digitale tjenester (Digitaliseringsdirektoratet, [s.a.]). Staten har en sentral og normgivende rolle i å legge rammene for digitalisering, og bidra til juridisk, semantisk og teknisk tilrettelegging for virksomhetene som skal drive utviklingen. Med slike rammer på plass, vil forutsetningene for en god balanse mellom statlig styring og utnyttelse av private innovasjonskrefter bedres. Styringssignaler kan gis gjennom lovverk, standarder, godkjenningsordninger, finansiering og småskalatesting av nye arbeidsformer.

Erfaringer fra utprøving av nye organisasjonsmodeller og tekniske løsninger, som eksempelvis primærhelseteam, digital hjemmeoppfølging og digital triagering ved fastlegekontorene, viser betydningen av å skape forståelse for hele gevinstbildet, samt å stimulere og legge til rette for endring slik at overgang til nye verktøy og digitale løsninger har framdrift og kan skje på en god og forsvarlig måte. Utfordringene knyttet til utvikling og innføring av tverrgående og grunnleggende samhandlingsløsninger på tvers av forvaltningsnivåer er mange og komplekse.

Fragmentert organisering og mangel på helhetlig styring i helsevesenet utgjør en betydelig barriere for felles implementering av teknologi. Også todelingen av helsevesenet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er en klar hindring for deling av data og felles utvikling og digitalisering av helsetjenesten. Digital samhandling i kommunehelsetjenesten, med spesialisthelsetjenesten og med sentrale aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten, som NAV (NAV og Helsedirektoratet, 2021), vil være avgjørende for effektivisering av arbeidet og for å møte innbyggernes behov framover. Økt digitalisering i form av gjennomgående og samhandlende informasjonssystemer vil kunne bidra til at innbyggerne opplever helsetjenestene mer sømløse og sammenhengende enn i dag.

Kommunene er mange, og av svært varierende størrelse. Hver for seg har de begrensede ressurser til anskaffelser, finansiering og til gjennomføring av endringsprosesser. Det samme gjelder for fastlegekontorene. Det kan være utfordrende for kommunene å ta i bruk ny teknologi og tilpasse tjenestene slik at de gir ønskede besparelser og bedre tjenester for brukerne. Å innføre ny teknologi krever ny organisering av tjenesten, og det er behov for tydelig ledelse lokalt, engasjement og forankring. Gevinstpotensialet er lavere i kommuner med få innbyggere (Abelsen et al., 2022c), og for å kunne hente gevinster fra digitaliseringsarbeid er det sannsynlig at flere kommuner kan ha fordel av å samarbeide interkommunalt.

Innbyggernes forventninger til kvalitet og tilgjengelighet av allmennlegetjenester er økende, og omsetningsøkningen hos flere helprivate aktører kan være et tegn på økt konkurranse om fastlegenes listeinnbyggere. Eksempelvis har både Dr. Dropin og Kry hatt en mangedobling av sine driftsinntekter perioden fra 2019 til pandemiåret 2021 (Proff.no, [s.a.]). Framveksten av private aktører som tilbyr digitale tjenester viser at allmennmedisin er et marked der befolkningen er villige til å betale for legetjenester med god tilgjengelighet. Det knytter seg noen utfordringer til denne utviklingen, der særlig kontinuiteten i lege-pasient-forholdet kan trues, med tilhørende fare for kortsiktige vurderinger, medisinsk overaktivitet og uønskede prioriteringer mellom pasienter og aktivitet.

Ekspertutvalget ser at de helprivate aktørene har andre forutsetninger og ressurser, og ofte en større grad av profesjonalisert drift, enn mindre fastlegekontor. Videre oppleves fleksible arbeidsplasser, der legene kan jobbe digitalt i tillegg til fysisk, og med avgrenset ansvar utover det rent medisinskfaglige, som attraktive for noen leger. Når det gjelder å jobbe digitalt og skape et tilbud for pasientene der de er, er potensialet for endring i det offentlige helsevesenet betydelig.

Det er viktig at fastlegetjenesten er delaktig i innovasjonsarbeid og at det finnes insentiver til å prøve ut nye arbeidsmetoder. Ekspertutvalget mener at dagens aktivitetsfokus kan være en hindring for ledelse og utvikling av fastlegetjenesten, og viser til drøftingen av økning i basistilskuddets andel av finansieringen i kapittel 5.6.1.

Det har siden koronapandemien vært en kraftig økning av e-konsultasjoner, og det er grunn til å tro at omfanget av e-konsultasjoner vil fortsette. Mange fastleger opplever i dag for stor arbeidsmengde, og må avlastes for unødvendige oppgaver. En utfordring i denne sammenheng, er at terskelen for innbyggeren til å utløse e-konsultasjon er lav. For å avlaste fastlegen er det viktig med tydelige rammer for hva e-konsultasjon skal brukes til, og begrense ukritisk bruk av e-konsultasjon. Som omtalt i kapittel 4.6, bør fastlegens mulighet til å utløse takst for e-konsultasjon på kveld fjernes. Videre foreslår ekspertutvalget en løsning med forhåndsbetaling av e-konsultasjon, for å bevisstgjøre innbyggerne om de faktiske kostnadene ved slike

henvendelser. Utrulling av triageringsverktøy ved fastlegekontorene, med forhåndsutfylt dokumentasjon fra innbyggeren, forventes å ha noe av samme effekt. Dersom digital triagering kan tas i bruk i større grad, vil fastlegekontorene lettere kunne fordele og prioritere sin kapasitet mest mulig hensiktsmessig og i tråd med pasientenes medisinske behov.

De kommende årene vil individuell tilrettelegging og trygghet rundt å bo lengre i egen bolig, være viktig. Bruk av helseteknologi, digitale verktøy og kunstig intelligens må forventes å kunne bidra til dette, og til likere tjenester uansett bosted i landet. Mens noen innbyggere vil oppleve bruk av teknologi som fremmedgjørende, kan andre oppleve det som en fordel å slippe en del fysiske besøk av hjemmetjenesten eller turer til legen.

Behovene til noen innbyggere som i dag bestiller time hos fastlegen, kan møtes på andre måter. Ekspertutvalget mener det bør vurderes å utvikle en nettressurs for befolkningen, som likner på den som er laget i Nederland. Her kan innbyggerne selv finne god og oppdatert informasjon om symptomer, sykdommer og veiledende informasjon (Dutch Collegeof GPs).[67] Dette antas å ha redusert behovet for konsultasjoner. Et slikt lavterskeltilbud for innbyggere med god digital kompetanse, kunne også vært bygd ut med en døgnåpen allmennmedisinsk chattetjeneste eller telefon- eller video-konsultasjonstjeneste.

En nasjonal e-konsultasjonstjeneste vil innebære ekstra kapasitet på tvers av tjenester og nivå. På samme tid vil en slik tjeneste i offentlig regi trolig fjerne en del av markedet for helprivate tilbydere av denne type tjenester, og dermed bidra til likeverdige tjenester i den forstand at betalingsevne ikke begrenser tilgangen. Ved at enkle, ufarlige og selvhelbredende tilstander i større grad kan håndteres utenfor fastlegekontoret, kan fastlegen og legevaktslegen få mer tid til å håndtere pasienter med større behov. Ulempen ved en slik tjeneste kan være at kontinuiteten med fastlegen forringes, og også at den lokale kunnskapen ikke er like god. Det kan også tenkes at terskelen for å få kontakt med fastlegen forhøyes, som særlig for svake etterspørrere vil være uheldig. Samhandlingen mellom en nasjonal e-konsultasjonstjeneste og fastlegene må også avklares.

En nasjonal e-konsultasjonstjeneste kan organiseres ved at leger med kapasitet til det tar e-konsultasjoner. Den vil kunne omfatte leger innenfor andre spesialiteter enn allmennmedisin, og også annet helsepersonell. Leger har i ulike faser av livet ekstra kapasitet til arbeid. En slik tjeneste, uavhengig av arbeidstid og arbeidsted, forventes å være en fleksibel og attraktiv mulighet for mange, gitt at det tilrettelegges for at legene i stor grad kan styre arbeidsbelastningen selv. En viktig oppgave for en slik tjeneste vil være å henvise pasienter som trenger det til sin egen fastlege, vurdere hvor raskt pasienten trenger time og ved behov for øyeblikkelig hjelp henvise til lokal legevakt. En nasjonal tjeneste kan også samle informasjon om hva de som tar kontakt er bekymret for, og dermed utbedre nettsider og annet informasjonsmateriell til skiftende informasjonsbehov i befolkningen.

Ekspertutvalget mener det er behov for mer forskning på allmennlegetjenestene og i allmennmedisin. Det er behov for å etablere bedre infrastruktur for forskning og innovasjon i den kommunale helse- og omsorgssektoren, og utvalget anbefaler at planene og intensjonene for Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) gjennomføres og styrkes. I tillegg er stabile, tilstrekkelige og uavhengige finansieringskilder med konkurranse om forskningsmidlene viktig for å sikre god kunnskap på lang sikt.

Bedre og mer relevant statistikk, analyse og forskning er nødvendig for å kunne planlegge gode og likeverdige helsetjenester, både på kort og lang sikt. Mens vi har gode registre på aktiviteten i helsetjenestene, også for fast- og legevaktstjenestene via KUHR, finnes det svært lite representativ informasjon om arbeidsforholdene til alt helsepersonell i Norge, inkludert allmennlegetjenesten. Liksom for annet helsepersonell, har vi lite representativ og dokumenterbar kunnskap om arbeidstid og arbeidsformer i allmennlegetjenestene.

[67] *Se for eksempel nettsiden utviklet av The Dutch College of GPs som også har laget en forenklet engelsk versjon.*

Kunnskap om ledelse og konkrete samarbeidsformer i det kliniske arbeidet er også et mangelområde. Datagrunnlaget bør forbedres, både for å styrke planlegging og beredskap, og for raskere å kunne vurdere situasjoner knyttet til mangler ved fastlegeordningen og iverksette treffende tiltak.

11. 59 FORSLAG FOR EN BÆREKRAFTIG ALLMENNLEGETJENESTE

Dette kapittelet oppsummerer helt kortfattet, ekspertutvalgets anbefalinger, som er presentert mer utdypende innledningsvis i hvert av rapportens kapitler. Punktenes rekkefølge følger teksten i kapitlene og er i uprioritert rekkefølge.

#	Organisering
1.	En eventuell overføring av finansieringsansvaret for fastlegeordningen til kommunene, bør utredes nærmere.
2.	Rammene for hvordan fastlegetjenesten organiseres bør åpne for større grad av handlingsfrihet og tilpasning av tjenesten.
3.	Kommunen bør kunne inngå avtale med fastlegeselskap.
4.	Det bør stilles krav til eiere av fastlegeselskap, og til at hver enkelt lege i selskapet fortsatt skal ha oppfølgings- og behandlingsansvaret for en liste med innbyggere.
5.	Det bør tilrettelegges for at kommunene kan drifte kommunale fastlegekontor etter samme modell som for fastlegeselskap, og hvor listeansvaret formelt ligger til kommunen.
6.	Avtaleverket knyttet til dagens ordning for gruppepraksis bør gjennomgås, for å tydeliggjøre hvilke elementer i dagens avtale mellom fastlege og kommune som i stedet kan inngå i en gruppepraksisavtale.
7.	Fratredende fastleges rett til å selge sin praksis bør reguleres, for å fjerne alle uklarheter rundt når kommunen kan gi innbyggerne i hjemmelen en annen fastlege.
8.	Det bør innføres krav til helprivate allmennlegetjenester om rapportering om virksomheten og aktiviteten til nasjonale registre.
9.	Kveldtakst for e-konsultasjon i fastlegepraksis bør fjernes, og det bør innføres forhåndsbetaling av egenandelen før innsending av tekstlig konsultasjon.
10.	For å tilrettelegge bedre for drøfting og utdyping av henvisninger mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten, mener ekspertutvalget det bør vurderes å endre pasient- og brukerrettighetsloven.
#	Finansiering
11.	Utvalgets flertall anbefaler at basistilskuddets andel av finansieringen økes til 50 prosent.
12.	Utvalgets flertall mener at det bør innføres en kvalitetsjustering av basistilskuddet. At fastlegen er spesialist i allmennmedisin, vil være et sentralt element i en kvalitetsjustering.
13.	Det pasienttilpassede basistilskuddet som innføres 1. mai 2023, bør få virke i noen år før man vurderer å gjøre justeringer.
14.	En videreutvikling av det pasienttilpassede basistilskuddet bør rettes mot indikatorer for sykdom, helsetilstand og sosioøkonomisk status på individnivå.
15.	Takstsystemet bør gjennomgås, med henblikk på en forenkling og reduksjon av antall takster. Det kan også vurderes om takstene kan benyttes mer aktivt for å stimulere til ønsket aktivitet og prioritering i tjenestene.
16.	Det bør innføres et midlertidig rekrutteringstilskudd til fastleger i kommuner med særlige rekrutteringsvansker.

#	Tverrfaglighet
17.	Det bør legges til rette for at flere helsepersonellgrupper kan jobbe på fastlegekontoret, og at fastlegetjenesten i større grad deler oppgavene med annet helsepersonell i øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste.
18.	Takstsystemet bør legge til rette for økt grad av delegering innenfor fastlegekontor.
19.	Profesjonsnøytrale takster bør innføres og forbeholdes fastlegeselskap og kommunale fastlegekontor med en definert ledelse.
20.	Det bør utarbeides en nasjonal veileder for oppgavedeling innenfor fastlegetjenesten.
21.	Med utvidet mulighet for delegering på fastlegekontoret og innføring av profesjonsnøytrale takster, vil det være nødvendig at det samtidig innføres tiltak for kostnadskontroll.
22.	Det bør følges med på utviklingen for å kartlegge tilsiktede og utilsiktede virkninger av økt delegering og profesjonsnøytrale takster, for å kunne vurdere justeringer i innretningen på finansieringsordningen.
#	Fastlegers arbeid med attester
23.	Det bør lovfestes at egenmelding skal benyttes før sykmelding.
24.	Antall sammenhengende egenmeldingsdager for arbeidstakere bør økes, slik at de tilsvarer arbeidsgiverperioden. Kun arbeidsgiver bør kunne kreve legeattest i denne perioden, og skal da også finansiere denne.
25.	Det bør forskriftsfestes hvilke attester fastlegene plikter å skrive. Attester som ikke er forskriftsfestet, skal ikke fastlegene bruke tid på.
26.	Det må være forsikringsbransjens ansvar å sørge for nødvendige undersøkelser og dokumentasjon for tegning av privat helseforsikring.
27.	Henvisninger for privat helseforsikring bør ikke finansieres, verken direkte eller indirekte, med offentlige midler. Fastlegene bør ikke henvise til undersøkelser betalt av privat helseforsikring.
28.	Fraværsattester for grunnskolen, videregående opplæring, universiteter og høgskoler skal ikke utstedes av fastlege.
#	Legevakt
29.	Det bør etableres rammer for hvor mye legevaktarbeid fastleger kan pålegges.
30.	Det bør tilrettelegges for økt bruk av andre leger enn fastleger i legevakt, for å bidra til redusert arbeidstid i legevakt for fastleger og økt rekruttering til fastlegeordningen.
31.	Gjennomført LIS1 eller tilsvarende bør være tilstrekkelig for å jobbe selvstendig i legevakt. Dette medfører at de særlige kompetansekravene og kravet om bakvakt for disse legene bortfaller.
32.	Det bør tilrettelegges for bruk av videokonsultasjon ved alle legevaktsentraler og legevakter.
33.	Legevaktsentraler bør sentraliseres. I tillegg bør bemanningen forsterkes med fast tilstedeværende lege, og det bør tilrettelegges for videokonsultasjon.
34.	Det bør opprettes desentraliserte akuttilbud, med støtte fra forsterkete legevaktsentraler som er bemannet med lege og tilrettelagt for videokonsultasjon.
35.	Triagerings- og prioriteringsverktøy i legevaktsentral og legevakt bør gjennomgås og evalueres, og ved behov bør det utvikles/videreutvikles og testes et egnet verktøy.
36.	Lege i legevakt bør ikke måtte være alene i aktiv vakt, men ha tilgang til annet personell ved behov.
37.	Det bør prøves ut drift av legevakt i helseforetakene på natt, der samlokalisering eller nær plassering allerede foreligger.
38.	Det bør gis statlig tilskudd/finansiering av samarbeidsordninger mellom forvaltningsnivå i den prehospitale kjede, for å fremme bedre ressursutnyttelse lokalt.
39.	Fastlønn bør benyttes mer for alt legevaktarbeid.
40.	For å kompensere for smådriftsulemper i legevakt, bør gradert tilskudd inngå i kostnadsnøkkelen for primærhelsetjenester i inntektssystemet for kommunene.
41.	Finansieringssystemet for legevakt bør gjennomgås for å fjerne hindringer for etablering av interkommunal legevakt.

#	Kompetanse
42.	Det bør stilles krav til veiledet praksis (LIS1) etter grunnutdanningen, for å praktisere selvstendig som lege i alle deler av helsetjenesten.
43.	Krav om spesialisering i allmennmedisin bør begrenses til fastleger og leger i faste stillinger i kommunen.
44.	Antall koblede LIS1-stillinger som pålegges sykehus og kommuner, må økes.
45.	Sykehus og kommuner bør i tillegg få mulighet til å lyse ut egne LIS1-stillinger innenfor egne budsjetter. Det kan vurderes å knytte statlig tilskudd også til disse stillingene, særlig for kommuner med lav legedekning
46.	I dagens situasjon hvor mange leger i påvente av LIS-1 har tilegnet seg betydelig arbeidserfaring, bør det åpnes opp for at arbeidsgiver ved ansettelse i egne opprettede LIS1-stillinger, kan gjøre en vurdering av om rekkefølgekravet skal opprettholdes eller ikke.
47.	Søkere som trekker seg fra kommunedelen av en koblet LIS1-stilling, bør ikke kunne ta en LIS1-stilling i en ny kommune før ved neste ordinære utlysning.
48.	Sykehus og kommuner bør i fellesskap gis ansvar for å vurdere behovet for og opprettelsen av knyttede LIS1-stillinger til videre spesialiseringsløp i allmennmedisin.
49.	Kravene knyttet til at veileder må være spesialist i allmennmedisin, og til gjennomføring av institusjonstjeneste, bør mykes opp.
50.	Kravet til stillingsprosent ved gjennomføring av to års åpen uselektert allmennpraksis bør fjernes.
51.	Det bør opprettes utdanningsstillinger der ALIS er ansatt og jobber på andre legers liste.
52.	Veiledning av medisinstudenter, LIS1 og ALIS bør sidestilles med fastlegens deltakelse i andre allmennlegeoppgaver.
53.	Det kan legges til rette for økonomisk kompensasjon for faglig oppdatering. Dagens krav om sentral godkjenning av detaljerte etterutdanningsaktiviteter for å kunne opprettholde spesialisttakst kan vurderes avviklet.
54.	Det bør legges til rette for at kommunene kan ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet, på tvers av kommunegrenser.
#	Digitalisering, innovasjon, forskning og ledelse
55.	Staten bør ha en førende og tydelig rolle i digitalisering av helsetjenester, i kompaniskap med KS/kommunene og private leverandører.
56.	For at fastlegene lettere skal kunne prioritere sin kapasitet i tråd med pasientenes medisinske behov, anbefales innføring av et digitalt triageringsverktøy for alle fastlegekontor.
57.	Det bør utvikles en statlig nettside, inspirert av den som eksisterer i Nederland, som kan gi helseråd til befolkningen. Det kan vurderes om et slikt lavterskeltilbud bør bygges ut med en døgnåpen allmennmedisinsk tjeneste med chat, telefon- eller videokonsultasjonstjeneste.
58.	Datagrunnlaget for allmennlegetjenesten bør forbedres, både for å styrke planlegging og beredskap, og for raskere å kunne vurdere situasjoner knyttet til mangler ved fastlegeordningen og iverksette treffende tiltak.
59.	Staten bør bidra med stabile, tilstrekkelige og uavhengige finansieringskilder for forskning på allmennlegetjenestene og i allmennmedisin.

12. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

Ekspertutvalget er bedt om å vurdere økonomiske og administrative konsekvenser av de forslag til endringer som utvalget kommer med. Ekspertutvalgets anbefalinger vil gi økonomiske og administrative konsekvenser av ulik grad. Enkelte anbefalinger vil primært innebære besparelser, effektivisering av prosesser, eller økt nytte, mens andre anbefalinger vil medføre økte kostnader og kreve administrativt arbeid av eksempelvis statlige instanser og kommunene.

På grunn av høy kompleksitet, mange avhengigheter og sammensatte konsekvenser har det vært vanskelig å gjøre fullstendige økonomiske og administrative utredninger av anbefalingene. Mange av forslagene vil kreve videre utredning før de kan iverksettes, der også kostnader og konsekvenser må vurderes nærmere. For noen tiltak vil innretningen som velges ved eventuell iverksetting, kunne ha stor betydning for hvordan de økonomiske og administrative kostnadene blir.

Ekspertutvalget har samlet sine vurderinger av økonomiske og administrative konsekvenser i tabeller. I tabellene redegjøres det overordnet for kostnader og besparelser ved ulike tiltak, det vises kort til hvilke juridiske endringer som vil være nødvendig for å iverksette tiltaket og det pekes på andre administrative konsekvenser som tiltakene kan forventes å ha. For flere av tiltakene gjøres det drøftinger av aspekter knyttet til kostnader og risiko i rapportens løpende tekst, og der det er særlig relevant, henviser tabellene til aktuelt kapittel. Tabellenes rekkefølge tilsvarer rekkefølgen for gjennomgang av temaene i rapporten.

Konsekvenser av tiltakene er vurdert for stat, kommune, fastlege og innbyggere.

12.1. Organisering av fastlegetjenesten

#	Ekspertutvalgets anbefalinger	Økonomiske konsekvenser	Administrative konsekvenser
1.	En eventuell overføring av finansieringsansvaret for fastlegeordningen til kommunene, bør utredes nærmere.	Ressurser til utredningsarbeid.	Arbeid med utredning.
2.	Rammene for hvordan fastlegetjenesten organiseres bør åpne for større grad av handlingsfrihet og tilpasning av tjenesten.	Se punkt 3,4,5 og 6.	Se punkt 3,4,5 og 6.
3.	Kommunen bør kunne inngå avtale med fastlegeselskap.	Kostnader til ledelse og administrasjon for fastlegeselskapet. Se for øvrig omtale av profesjonsnøytrale takster nedenfor.	Endringer i fastlegeforskriften, evt. i forskrift om trygderefusjon for leger m.v og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Mulig behov for avtalerettslig regulering mellom partene.
4.	Det bør stilles krav til eiere av fastlegeselskap, og til at hver enkelt lege i selskapet fortsatt skal ha oppfølgings- og behandlingsansvaret for en liste med innbyggere.		Krav må legges i lov, eventuelt i fastlegeforskriften.
5.	Det bør tilrettelegges for at kommunene kan drifte kommunale	Se omtalen av fastlegeselskap over.	Endringer i fastlegeforskriften, og evt. forskrift om trygderefusjon for

	fastlegekontor etter samme modell som for fastlegeselskap, og hvor listeansvaret formelt ligger til kommunen.	Se for øvrig omtale av profesjonsnøytrale takster nedenfor.	leger m.v og forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (stønadsforskriften). Mulig behov for avtalerettslig regulering mellom partene.
6.	Avtaleverket knyttet til dagens ordning for gruppepraksis bør gjennomgås, for å tydeliggjøre hvilke elementer i dagens avtale mellom fastlege og kommune som i stedet kan inngå i en gruppepraksisavtale.	Det er usikkert om denne endringen vil gi kostnader til ledelse og administrasjon for gruppepraksisen, utover det som allerede er i dagens ordning.	Endringer i fastlegeforskriften og behov for avtalerettslig regulering mellom partene.
7	Fratredende fastleges rett til å selge sin praksis bør reguleres, for å fjerne alle uklarheter rundt når kommunen kan gi innbyggerne i hjemmelen en annen fastlege.	Kostnader for leger og kommune vil være avhengig av markedet og grad av regulering.	Regulering kan gjøres i fastlegeforskriften.
8.	Det bør innføres krav til helprivate allmennlegetjenester om rapportering om virksomheten og aktiviteten til nasjonale registre.	Kostnader knyttet til å innrapportere, motta og følge opp rapportering.	Administrative ressurser til håndtering av rapportert informasjon i registeret.
9.	Kveldtakst for e-konsultasjon i fastlegepraksis bør fjernes, og det bør innføres forhåndsbetaling av egenandelen før innsending av tekstlig konsultasjon.	Fastleger hadde mer enn 800 000 e-konsultasjoner på kveldstid i 2022. Samlet honorar (betaling) var i overkant av 300 mill. kroner. Det er vanskelig å estimere i hvilken grad samlet omfang av e-konsultasjoner vil bli redusert generelt, og på kveldstid spesielt.	Endringer i stønadsforskriften
10.	For å tilrettelegge bedre for drøfting og utdyping av henvisninger mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten, mener ekspertutvalget det bør vurderes å endre pasient- og brukerrettighetsloven.	Kan medføre noe ekstrabelastning med nye spørsmål for den spesifikke pasienten og fastlegen, men det kan også medføre bedre henvisninger på sikt og dermed besparelser og nytte for helsetjenestene og pasientene.	Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Kan medføre endringer i hvordan spesialisthelsetjenesten behandler henvisninger fra fastlegen, og eventuelt oppdatering av meldingssystemet.

12.2. Finansiering

#	Ekspertutvalgets anbefalinger	Økonomiske konsekvenser	Administrative konsekvenser
11.	Utvalgets flertall anbefaler at basistilskuddets andel av finansieringen økes til 50 prosent.	Det er ikke klart at en omfordeling innenfor rammen av basistilskudd og takster vil gi økonomiske konsekvenser for staten eller kommunene. Se kapittel 5.7.2 for omfordelingseffekter for leger.	Helsedirektoratets og Helfos administrasjon av ordningen. Kommunal- og distriktsdepartementet: Eventuell justering i inntektssystemet for kommunene Mulig behov for avtalerettslige endringer.
12.	Utvalgets flertall mener at det bør innføres en kvalitetsjustering av basistilskuddet. At fastlegen er spesialist i allmennmedisin, vil være et sentralt element i en kvalitetsjustering.	Det er ikke klart at en omfordeling av basistilskuddet vil gi økonomiske konsekvenser for staten og kommunene. Det vil kunne være noen omfordelingseffekter for kommuner og leger som følge av kvalitetsjustering av basistilskuddet.	Helsedirektoratets og Helfos administrasjon av ordningen. Eventuell presisering av kvalitetselementet ved endring i fastlegeforskriften, og endringer i stønadsforskriften. Kommunal- og distriktsdepartementet: Eventuell justering i inntektssystemet for kommunene Mulig behov for avtalerettslige endringer.
13.	Det pasienttilpassede basistilskuddet som innføres 1. mai 2023, bør få virke i noen år før man vurderer å gjøre justeringer.	Omfordelingseffekter for leger inntreffer 1. mai 2023.	
14.	En videreutvikling av det pasienttilpassede basistilskuddet bør rettes mot indikatorer for sykdom, helsetilstand og sosioøkonomisk status på individnivå.	Det er ikke klart at en omfordeling innenfor rammen av basistilskudd og takster vil gi økonomiske konsekvenser for staten. Det vil kunne være omfordelingseffekter for leger og kommuner som følge av nye indikatorer.	Utviklingsarbeidet vil kreve ressurser i Helsedirektoratet, og i ulike fag- og kompetansemiljø. Mulig behov for avtalerettslige endringer.
15.	Takstsystemet bør gjennomgås, med henblikk på en forenkling og reduksjon av antall takster. Det kan også vurderes om takstene kan benyttes mer aktivt for å stimulere til ønsket aktivitet og prioritering i tjenestene.	Framtidige endringer i takster kan gi omfordelingseffekter for leger.	En gjennomgang vil kreve ressurser i Helsedirektoratet.
16.	Det bør innføres et midlertidig rekrutteringsstilskudd til fastleger i kommuner med særlige rekrutteringsvansker.	Det pekes på et tilskudd i størrelsesorden 300 000 kroner per nye fastlege.	Ressurser til forvaltning av tilskuddsordningen i Helsedirektoratet eller hos Statsforvalter.

		Årlig rekruttering av fastleger har vært 350-400 de siste årene. Definisjon av hvilke kommuner som har særlige rekrutteringsvansker, vil ha betydning for hvor mange leger som får tilskudd og kostnader. Hvor mange av disse som slutter og av den grunn må betale tilbake tilskudd, vil også påvirke kostnadene.	Ordningen vil også kreve administrative ressurser i kommunen knyttet til søknad og utbetaling.

12.3. Tverrfaglighet

#	Ekspertutvalgets anbefalinger	Økonomiske konsekvenser	Administrative konsekvenser
17.	Det bør legges til rette for at flere helsepersonellgrupper kan jobbe på fastlegekontoret, og at fastlegetjenesten i større grad deler oppgavene med annet helsepersonell i øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste.	Se beregninger i kapittel 6.3.10	Endringer folketrygdloven, stønadsforskriften og evt. forskrift om trygderefusjon for leger m.v.
18.	Takstsystemet bør legge til rette for økt grad av delegering innenfor fastlegekontor.	Se beregninger i kapittel 6.3.10	Endringer i stønadsforskriften.
19.	Profesjonsnøytrale takster bør innføres og forbeholdes fastlegeselskap og kommunale fastlegekontor med en definert ledelse.	Se beregninger i kapittel 6.3.10	Endringer folketrygdloven, stønadsforskriften og evt. forskrift om trygderefusjon for leger m.v.
20.	Det bør utarbeides en nasjonal veileder for oppgavedeling innenfor fastlegetjenesten.	Kostnader i Helsedirektoratet knyttet til utarbeidelse og publisering.	Arbeidet med å lage en nasjonal veileder vil kreve ressurser i Helsedirektoratet, og i ulike fag- og kompetansemiljø.
21.	Med utvidet mulighet for delegering på fastlegekontoret og innføring av profesjonsnøytrale takster, vil det være nødvendig at det samtidig innføres tiltak for kostnadskontroll.	Ressurser til å utrede og gjennomføre tiltak.	Tiltak for kostnadskontroll må utredes videre.
22.	Det bør følges med på utviklingen for å kartlegge tilsiktede og utilsiktede virkninger av økt delegering og profesjonsnøytrale takster, for å kunne vurdere justeringer i innretningen på finansieringsordningen.	Kostnader i Helsedirektoratet knyttet til følge-med arbeidet.	Statsforvalterne eller Helsedirektoratet kan eksempelvis bidra i en slik følge-med-rolle.

12.4. Fastlegers arbeid med attester

#	Ekspertutvalgets anbefalinger	Økonomiske konsekvenser	Administrative konsekvenser
23.	Det bør lovfestes at egenmelding skal benyttes før sykmelding.	Anbefalingen forventes å redusere antall konsultasjoner hos fastlege knyttet til sykmelding av kortidsfravær. Se kapittel 7.4.4. for eksemplifisert beregning av mulige kostnader og tidsbruk.	Endringer i folketrygdloven.
24.	Antall sammenhengende egenmeldingsdager for arbeidstakere bør økes, slik at de tilsvarer arbeidsgiverperioden. Kun arbeidsgiver bør kunne kreve legeattest i denne perioden, men skal da også finansiere denne.	Anbefalingen forventes å redusere antall konsultasjoner hos fastlege knyttet til sykmelding av korttidsfravær. Se kapittel 7.4.4. for eksemplifisert beregning av mulige kostnader og tidsbruk.	Endringer i folketrygdloven.
25.	Det bør forskriftsfestes hvilke attester fastlegene plikter å skrive. Attester som ikke er forskriftsfestet, skal ikke fastlegene bruke tid på.	Anbefalingen forventes å redusere antall konsultasjoner hos fastlege knyttet til attester.	Hvilke attester leger skal skrive, kan reguleres i fastlegeforskriften.
26.	Det må være forsikringsbransjens ansvar å sørge for nødvendige undersøkelser og dokumentasjon for tegning av privat helseforsikring.	For forsikringsselskapene vil det medføre en omfordeling av kostnader fra fastlege til andre leger.	Forsikringsselskaper må inngå avtaler med andre leger enn fastleger.
27.	Henvisninger for privat helseforsikring bør ikke finansieres, verken direkte eller indirekte, med offentlige midler. Fastlegene bør ikke henvise til undersøkelser betalt av privat helseforsikring.	For forsikringsselskapene vil det medføre en omfordeling av kostnader fra fastlege til andre leger.	Eventuell presisering i fastlegeforskriften at fastlegene ikke skal gjøre slike henvisninger.
28.	Fraværsattester for grunnskolen, videregående opplæring, universiteter og høgskole skal ikke utstedes av fastlege.	Anbefalingen forventes å redusere antall konsultasjoner hos fastlege knyttet til fraværsattester.	Endring/presisering i forskrift til opplæringsloven.

12.5. Legevakt

#	Ekspertutvalgets anbefalinger	Økonomiske konsekvenser	Administrative konsekvenser
29.	Det bør etableres rammer for hvor mye legevaktarbeid fastleger kan pålegges.	Kostnader for kommunen vil avhenge av antall leger i legevakt.	Kan forskriftsfestes i fastlegeforskriften. Kan bero på avtalerettslig avklaring mellom partene.
30.	Det bør tilrettelegges for økt bruk av andre leger enn fastleger i legevakt, for å bidra til redusert arbeidstid i legevakt for fastleger og økt rekruttering til fastlegeordningen.	Endringen kan slå ulikt ut for ulike kommuner. Kan over tid bidra til mindre kostnader samlet sett for kommunen ved at fastlegeordningen stabiliseres og kommunen unngår bruk av kostbare vikarløsninger.	Administrativt arbeid for kommunene knyttet til tilsetningsprosesser og oppfølging av evt. arbeidsgiveransvar for andre leger.
31.	Gjennomført LIS1 eller tilsvarende bør være tilstrekkelig for å jobbe selvstendig i legevakt. Dette medfører at kravet om bakvakt for disse legene bortfaller.	Reduserte kostnader til lege i bakvakt for kommunen.	Endring i akuttmedisinforskriften og i forskrift om kompetansekrav for leger (kompetanseforskriften).
32.	Det bør tilrettelegges for bruk av videokonsultasjon ved alle legevaktsentraler og legevakter.	Kostnader til utstyr og IKT-ressurser og opplæring.	Arbeid med opplæring av personell og utarbeidelse av nødvendige rutiner mv.
33.	Legevaktsentraler bør sentraliseres. I tillegg bør bemanningen forsterkes med fast tilstedeværende lege, og det bør tilrettelegges for videokonsultasjon.	Endringen kan slå ulikt ut for ulike kommuner. Kan gi reduserte kostnader grunnet stordriftsfordeler på sikt, men vil medføre kostnader til oppstart og tilrettelegging	Arbeid knyttet til sentralisering og bemanning. Samtidig kan dette forventes å gi arbeidsbesparelser på sikt.
34.	Det bør opprettes desentraliserte akuttilbud, med støtte fra forsterkete legevaktsentraler som er bemannet med lege og tilrettelagt for videokonsultasjon.	Kostnader til personell, opplæring, utstyr, IKT-ressurser, ledelse og administrasjon for kommunen. Reduserte kostnader til lege i vakt.	Arbeid for kommunen knyttet til drift av akuttilbud og ansettelse og bruk av personellressurser på tvers av tjenestene. Samtidig kan dette forventes å gi arbeidsbesparelser på sikt.
35.	Triagerings- og prioriteringsverktøy i legevaktsentral og legevakt bør gjennomgås og evalueres, og ved behov bør det utvikles/videreutvikles og testes et egnet verktøy.	Kostnader for staten til spesifisering, utvikling og implementering, samt drift og vedlikeholdskostnader.	Krav om triagering/prioritering kan forskriftsfestes i akuttmedisinforskriften
36.	Lege i legevakt bør som hovedregel ikke måtte jobbe alene på vakt, men ha tilgang på annet personell ved behov.	Kan medføre økte kostnader til koordinering, samlokalisering eller personell for kommunen.	Kan eventuelt forskriftsfestes i akuttmedisinforskriften.
37.	Det bør prøves ut drift av legevakt i helseforetakene på natt der samlokalisering eller nær plassering allerede foreligger.	Kostnader knyttet til utprøving av felles drift.	Kan gjøres ved at kommunen inngår avtale med helseforetaket. Kommunen vil fortsatt ha det overordnede ansvaret, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd, jf. første ledd.

			Administrasjon av eventuell tilskuddsordning, eksempelvis i Helsedirektoratet.
38.	Det bør gis statlig tilskudd/finansiering av samarbeidsordninger mellom forvaltningsnivå i den prehospitale kjede, for å fremme bedre ressursutnyttelse lokalt.	Kostnader for staten til personell og utstyr, men basert på erfaringer fra lokale prosjekt vil kostnader være lave/begrensede.	Administrasjon av eventuell tilskuddsordning, eksempelvis i Helsedirektoratet.
39.	Fastlønn bør benyttes mer for alt legevaktarbeid.	Kostnader for kommunen. Kan tenkes å redusere takstbruken, og i så fall en liten besparelse for staten ved Helfo.	Arbeid for kommunen knyttet til avtale om fast lønn.
40.	For å kompensere for smådriftsulemper i legevakt, bør gradert tilskudd inngå i kostnadsnøkkelen for primærhelsetjenester i inntektssystemet for kommunene.	Flytting av dagens tilskuddsordning til det vanlige inntektssystemet for kommunene. Vil kunne gi noe omfordeling mellom kommunene.	Arbeid med endringer i kostnadsnøkkel for kommunenes inntektssystem. Redusert administrasjon i kommunene og Helsedirektoratet.
41.	Finansieringssystemet for legevakt bør gjennomgås for å fjerne hindringer for etablering av interkommunal legevakt.	Ressurser til gjennomgang.	Arbeid med gjennomgang for å fjerne hindringer.

12.6. Kompetanse i allmennlegetjenesten

#	Ekspertutvalgets anbefalinger	Økonomiske konsekvenser	Administrative konsekvenser
42.	Det bør stilles krav til veiledet praksis (LIS1) etter grunnutdanningen for å praktisere selvstendig som lege i alle deler av helsetjenesten.	En økning i LIS1-stillinger vil gi kostnader for stat, helseforetak og kommune. Kostnader vil blant annet avhenge av om legen allerede arbeider uten LIS1 i tjenesten. Egne LIS1-stillinger vil kunne opprettes innenfor helseforetakenes og kommunens budsjett, uten statlig tilskudd.	Endringer i kompetanseforskriften, evt nye forskrifter for spesialisthelsetjenesten og helprivat helsetjeneste. Arbeid knyttet til ansettelse og veiledning.
43.	Krav om spesialisering i allmennmedisin bør begrenses til fastleger og leger i faste stillinger i kommunen.	Endring i kompetansekravet vil utvide kommunens handlingsrom for å benytte vikarer. Hvordan endringen vil påvirke kommunens kostnader er usikkert.	Endringer i kompetanseforskriften.
44.	Antall koblede LIS1-stillinger som pålegges sykehus og kommuner, må økes.	En økning i LIS1-stillinger vil gi kostnader for stat, helseforetak og kommune.	Arbeid knyttet til ansettelse og veiledning.

		Kostnader vil blant annet avhenge av om legen allerede arbeider uten LIS1 i tjenesten.	Administrasjon av eventuell tilskuddsordning.
45	Sykehus og kommuner bør i tillegg få mulighet til å lyse ut egne LIS1-stillinger innenfor egne budsjetter. Det kan vurderes å knytte statlig tilskudd også til disse stillingene, særlig for kommuner med lav legedekning.	Egne LIS1-stillinger vil opprettes innenfor helseforetakenes og kommunens budsjett, uten statlig tilskudd. Kostnader vil blant annet avhenge av om legen allerede arbeider uten LIS1 i tjenesten.	Endringer i spesialistforskriften. Arbeid knyttet til ansettelse og veiledning.
46.	I dagens situasjon hvor mange leger i påvente av LIS1 har tilegnet seg betydelig arbeidserfaring, bør det åpnes opp for at arbeidsgiver ved ansettelse i egne opprettede LIS1-stillinger, kan gjøre en vurdering av om rekkefølgekravet skal opprettholdes eller ikke.	Se punkt 42 og 44.	Eventuell endring i spesialistforskriften. Arbeid med vurdering av kompetanse.
47.	Søkere som trekker seg fra kommunedelen av en koblet LIS1-stilling, bør ikke kunne ta en LIS1-stilling i en ny kommune før ved neste ordinære utlysning.	Kan bidra til at kommuner får bedre legebemanning og forutsigbarhet, og således gi reduserte kostnader knyttet til vikarbruk.	Endringer i spesialistforskriften.
48.	Sykehus og kommuner bør i fellesskap gis ansvar for å vurdere behovet for og opprettelsen av knyttede LIS1-stillinger til videre spesialiseringsløp i allmennmedisin.	Kostnader knyttet til vurdering av opprettelse og ansettelse i knyttede stillinger. Økt rekruttering til allmennmedisin, kan gi reduserte kostnader til vikarbruk.	Endringer i spesialistforskriften. Arbeid for helseforetak og kommune til opprettelse og ansettelse i knyttede stillinger.
49.	Kravene knyttet til at veileder må være spesialist i allmennmedisin og til gjennomføring av institusjonstjeneste, bør mykes opp.	Trolig uendrede kostnader til veileder. Kan gi innsparing knyttet til redusert behov for vikar i kommunen ved gjennomføring av institusjonstjeneste.	Endring i spesialistforskriften.
50.	Kravet til stillingsprosent ved gjennomføring av to års åpen uselektert allmennpraksis bør fjernes.	Ved at flere ALIS i en lavere stillingsprosent kan fullføre spesialistutdanningen i kommunen, kan dette gi innsparing knyttet til vikarbruk.	Endringer i spesialistforskriften.
51.	Det bør opprettes utdanningsstillinger der ALIS er ansatt og jobber på andre legers liste.	Kostnadene for staten vil avhenge av den samlede aktiviteten for fastlegene og ALIS, og vil variere med om ALIS genererer aktivitet i tillegg til eller i stedet for fastlegene.	Vurdere endringer i spesialistforskriften, fastlegeforskriften, forskrift om trygderefusjon for leger m.v. og stønadsforskriften.
52.	Veiledning av medisinstudenter, LIS1 og ALIS bør sidestilles med fastlegens deltakelse i andre allmennlegeoppgaver.	Det er usikkert om tiltaket vil øke den totale veiledningsmengden. Eventuelle kostnader vil påløpe for kommunen hvis leger må	Endring i fastlegeforskriften.

		frigjøres fra andre allmennmedisinske oppgaver.	
53.	Det kan legges til rette for økonomisk kompensasjon for faglig oppdatering. Dagens krav om sentral godkjenning av detaljerte etterutdanningsaktiviteter for å kunne opprettholde spesialisttakst kan vurderes avviklet.	Reduserte kostnader som følge av tidsbesparelse hos lege og saksbehandler. Kostnaden vil avhenge av innretningen på kompensasjonen.	Endringer i stønadsforskriften. Tidsbesparelse for legen ved oppsamling av poeng og innsending av søknad. Redusert arbeid til saksbehandling i Helsedirektoratet.
54.	Det bør legges til rette for at kommunene kan ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet, på tvers av kommunegrenser.	Reduserte bemanningskostnader for kommunen for å ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet.	Arbeid med informasjon og veiledning fra ALIS kontor, og samarbeid mellom kommuner.

12.7. Digitalisering, innovasjon, forskning og ledelse

#	Ekspertutvalgets anbefalinger	Økonomiske konsekvenser	Administrative konsekvenser
55.	Staten bør ha en førende og tydelig rolle i digitalisering av helsetjenester, i kompaniskap med KS/kommunene og private leverandører.	Kostnader vil avhenge av innretning.	Arbeid med føringer, standarder og rammeverk.
56.	For at fastlegene lettere skal kunne prioritere sin kapasitet i tråd med pasientenes medisinske behov, anbefales innføring av et digitalt triageringsverktøy for alle fastlegekontor.	Kostnader for staten til spesifisering, utvikling og implementering, samt drift og vedlikeholdskostnader. Mulig besparelse i form av reduserte henvendelser til fastlegene.	Arbeid med utvikling, drift og vedlikehold av verktøyet. Omstilling for fastlegekontorene.
57.	Det bør utvikles en statlig nettside, inspirert av den som eksisterer i Nederland, som kan gi helseråd til befolkningen. Det kan vurderes om et slikt lavterskeltilbud bør bygges ut med en døgnåpen allmennmedisinsk tjeneste med chat, telefon- eller videokonsultasjonstjeneste.	Kostnader for staten til spesifisering og utvikling, samt drift og vedlikeholdskostnader. Eventuelle kostnader til bemanning av chat, telefon- eller videokonsultasjonstjeneste. Mulig besparelse i form av reduserte henvendelser til fastlegene.	Arbeid med utvikling, drift og vedlikehold av tjenesten.
58.	Datagrunnlaget for allmennlegetjenesten bør forbedres, både for å styrke planlegging og beredskap, og for raskere å kunne vurdere situasjoner knyttet til mangler ved fastlegeordningen og iverksette treffende tiltak.	Kostnader for staten til utvikling, drift og vedlikehold av aktuelle registre.	Det vil kreves juridisk arbeid knyttet til datainnsamling, sammenstilling og deling.
59.	Staten bør bidra med stabile, tilstrekkelige og uavhengige finansieringskilder for forskning på allmennlegetjenestene og i allmennmedisin.	Kostnader for staten til finansiering av forskning.	Administrasjon og forvaltning av finansieringsordninger.

VEDLEGG A: EKSPERTUTVALGETS MANDAT

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og har i stor grad vært en suksess. Siden den gang har det skjedd endringer i samfunnet, befolkningen og den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Stikkord er en aldrende befolkning, flere med kronisk sykdom, medisinsk-teknologisk utvikling, endret organisering i spesialist-helsetjenesten og samhandlingsreformen. Innbyggernes forventninger til tilgjengelighet har økt og behovene er blitt mer komplekse. Flere har behov for god opplæring for å mestre livet med sykdom og funksjonssvikt, og for oppfølging av sammensatte og langvarige tilstander. Fastlegenes arbeidsmengde har følgelig økt. Hensynet til samfunnets bærekraft tilsier at allmennlegetjenesten må bidra mer til forebygging, redusert sykdomsbyrde og redusert sykefravær i arbeidslivet. I tillegg trenger andre kommunale tjenester bistand og veiledning fra allmennleger for å løse sine oppgaver.

Siden innføringen er fastlegeordningen evaluert flere ganger. De senere evalueringene og handlingsplanen for allmennlegetjenesten viser blant annet at det er rekrutterings-utfordringer, utfordringer med tilgjengelighet og at arbeidsbelastningen for legene er stor. Stadig flere kommuner opplever rekrutteringsutfordringer og den netto tilveksten av fast-leger har aldri har vært lavere enn i 2021. Samtidig har de nye legene kortere lister enn de som slutter. Resultatet er at kapasiteten i ordningen går ned og kostnadene for kommunene øker. I 2021 oppga kommunene å ha merutgifter til fastlegeordningen på i underkant av 600 mill. kroner.

Regjeringen har derfor besluttet å nedsette et ekspertutvalg for å utrede hvordan fast-legeordningen kan gjøres mer bærekraftig. Dette innebærer at de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten skal brukes best mulig. Samtidig må tjenestene til befolk-ningen i hele landet være gode, med bredde, kvalitet og kontinuitet i tjeneste-tilbudet og med tilstrekkelig kapasitet i virksomhetene.
For å oppnå dette skal utvalget blant annet vurdere tiltak for å:

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

Utvalget skal blant annet vurdere finansieringsmodellen, herunder endret fordeling mellom takster og basisfinansiering og endringer i innretningen på basisfinansieringen. Det er ønskelig med en modell for basistilskuddet som bedre reflekterer arbeids-belastning og gir rom for flerfaglig praksis. Samtidig skal finansieringsmodellen fortsatt stimulere til aktivitet.

Forhold ekspertutvalget må utrede

Ekspertutvalget får i oppdrag som et minimum å utrede forholdene omtalt under. Gruppen kan også foreslå tiltak som gjør fastlegeordningen mer bærekraftig utover utrednings-punktene som er opplistet under. Gruppen bør se hen til nasjonal og internasjonal kunnskap og utviklingen i andre sammenlignbare land i sitt arbeid.

Organisering og finansiering av fastlegeordningen:

Ekspertutvalget skal blant annet utrede forhold knyttet til finansiering og organisering:

a. Utvikling av et risikojustert basistilskudd slik at tilskuddet bedre reflekterer arbeidsbelastningen ved listepopulasjonen.
   Økning av det risikojusterte basistilskuddet til om lag 50 %.
   Alternative sammensetninger mellom basistilskudd og takstfinansiering.
   Innføring av et kvalitetselement i basistilskuddet.
b. Takster som legger til rette for flerfaglige praksiser ved at refusjonsrett knyttes til en fastlegevirksomhet, herunder profesjonsnøytrale takster.
   Alternative tiltak for å legge til rette for økt arbeidsdeling og samarbeid i fastlege-ordningen, herunder også forsøksordninger.
c. Om kommuner og fastleger skal kunne velge avtale med en gruppe fastleger/gruppe-avtaler som alternativ til individuell fastlegeavtale.

Utvalget skal også vurdere om det er oppgaver som ikke bør løses av fastlegene, det vil si oppgaver som kan løses av annet personell under ledelse av fastlegen eller admini-strative oppgaver som kan flyttes ut av fastlegeordningen.

Legevakt

Ekspertutvalget skal utrede endringer i legevakt som blant annet legger til rette for redusert arbeidstid i legevakt for allmennleger, først og fremst på natt, ved blant annet å vurdere evt. bruk av teknologi, annet personell og samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Kompetanse

Ekspertutvalget skal utrede både permanente og tidsavgrensede endringer i kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester og endringer i utdanningsløp for spesialistutdanning i allmennmedisin som kan bedre rekrutteringen.

Ekspertutvalget skal også vurdere innretningen på den delen av allmennlegenes spesialisering som skal skje i sykehus, egne stillinger for ALIS i sykehus og hvordan mulighet for fast lønn for leger som spesialiserer seg i allmennmedisin kan innrettes.

Føringer for alle forhold som utredes

For alle endringer som utredes skal det redegjøres for effekt på rekruttering, aktivitet, kapasitet, kvalitet/innhold og bredde, samt for administrative og økonomiske konse-kvenser. Det skal også vurderes hvordan de ulike endringene kan gjennomføres budsjettnøytralt og det kan vurderes om enkelte tiltak skal testes ut gjennom forsøk før de evt. implementeres.

Det legges til grunn at det skal være likeverdig tilgang til fastlegeordningen i hele landet.

Leveranser

Ekspertutvalget bes levere en første rapport med foreløpige vurderinger og anbefalinger til 1. desember 2022. Rapport med endelige vurderinger og anbefalinger leveres 15. april 2023. [68]

[68] *11.08.2022: Mandat for ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten - regjeringen.no.*

VEDLEGG B: BEGREPSLISTE

ALIS: Allmennlege i spesialisering.

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

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

8.2-avtale: Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv. til fastlegen. Kurativt arbeid etter denne avtalen er selvstendig næringsvirksomhet. Dersom legen mottar ytelser fra kommunen i form av hjelpepersonell, lokaler, utstyr, forbruksvarer osv., skal legen refundere kommunens utlegg i sin helhet, med mindre kommunen og legen, av rekrutteringshensyn o.a., skriftlig avtaler redusert innbetaling for en tidfestet periode. [69]

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

Digtal hjemmeoppfølging: Digital hjemmeoppfølging innebærer at pasienten følges opp i hjemmet ved blant annet egenmåling eller automatisk måling, og pasientrapporterte opplysninger om egen helsetilstand. Resultatene sendes digitalt til heletjenesten som vurderer og følger opp pasienten ved behov, primært via digitale verktøy (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023).

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

EPJ: Elektronisk pasientjournal

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

Fastlegeliste: Oversikt over hvilke listeinnbyggere fastlegen har ansvar for.

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

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

[69] *Beskrivelsen er hentet fra avtalen mellom KS og LF (ASA 4310).*

Helseteknologi: Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helseteknologi som anvendelsen av organisert kunnskap og ferdigheter i teknisk utstyr, medisiner, vaksiner, prosedyrer og systemer som er utviklet for å løse et helseproblem og forbedre livskvalitet.

Hovedmodellen: Driftsform hvor fastlegen er selvstendig næringsdrivende og mottar basistilskudd.

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 legekontoret samtidig.

LIS1: Lege i spesialisering del 1.

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

Risikojustering av basistilskuddet: Et viktig formål med risikojustering er å legge til rette for økonomisk belønning av fastleger med en praksis som beholder og tiltrekker seg tyngre pasientgrupper med stor nytte av fastlegetjenesten, ofte kronisk syke med sammensatte behov. Man ønsker å kompensere leger med mange listeinnbyggere som har særskilte behov og stor nytte av tjenestene.

Fra 1. mai 2023 innføres *pasienttilpasset basistilskudd*, der fastlegenes basistilskudd vil være justert etter listeinnbyggernes kjønn, alder og bruk av fastlegetjenester, samt kommunens sentralitet og sosioøkonomiske status.

Triagering: Normalt brukt innenfor akutt- og katastrofemedisin om sortering av skadde og for å avgjøre hvor raskt behandling må iverksettes. I denne teksten handler det om et digitalt verktøy for å vurdere hastegrad på pasienter som søker fastlege og i tillegg gi legen viktig informasjon i forkant av legetime.

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.

Velferdsteknologi: Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet og styrker den enkeltes evner til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i i institusjon.

REFERANSER

Abelia. *Omstillingsbarometeret 2022*. [nettdokument]. Abelia. Hentet 10.02.23, fra https://www.abelia.no/omstillingsbarometeret/2022/#part0

Abelsen, B., & Brandstorp, H. (2017a). *Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften? Krav til leger i vakt og trening i samhandling*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin og UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen, B., & Brandstorp, H. (2019). *Recruit & Retain - Making it Work: Den norske case-studien*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin og UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen, B., Fosse, A., & Brandstorp, H. (2023). *Pilotprosjektet ALIS-vest: En utprøving av utdanningsstillinger i allmennmedisin. Sluttrapport fra følgeevaluering*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin og UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen, B., Fosse, A., & Gaski, M. (2022a). *ALIS i bykommuner: Erfaringer med utdanningselementer og utdanningsløp* (NSDM-rapport). Tromsø: Nasjonalt senter for distriksmedisin og UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen, B., Fosse, A., Gaski, M., & Grimstad, H. (2022b). Tiltak i grunnutdanningen for å sikre leger til distrikt - en systematisk oversikt. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening, 142*(1), 1-27. https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.21.0253

Abelsen, B., & Gaski, M. (2017b). *Ny turnuslegetjeneste for leger* [nettdokument]. (08.02.2023). Tromsø: Nasjonalt senter for distriksmedisin.

Abelsen, B., Gaski, M., & Fosse, A. (2020). *Rekruttering og stabilisering av helsepersonell til distrikt* (Notat til demografiutvalget). Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin,.

Abelsen, B., Godager, G., Harsheim, I. G., Iversen, T., Kristiansen, I. S., Løyland, H. I., & Sæter, E. M. (2022c). *Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging* (Sluttrapport). Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, Oslo Economics, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen, B., & Olsen, J. A. (2015). Young doctors' preferences for payment systems: the influence of gender and personality traits. *Human Resources for Health [Electronic Resource], 13*, 69. https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0060-0

Abelsen B., Gaski M., Godager G., Iversen T., Løyland HI., & EM, S. (2022). *Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport for 2018-2021 (Statusrapport IV)*. Institutt for helse og samfunn UiO, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen B., Gaski M., Godager G., Iversen T., Løyland HI., Pedersen K., . . . EM, S. (2019). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: statusrapport II, 2. desember 2019*. Institutt for helse og samfunn UiO, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen, B. e. a. (2021). *Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport III, januar 2021*. Oslo: Institutt for helse og samfunn UiO, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin UiT Norges arktiske universitet,.

Abelsen, B. e. a. (2022). *Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport V*. Oslo: Institutt for helse og samfunn UiO, Oslo Economics, & Nasjonalt senter for distriktsmedisin UiT Norges arktiske universitet.

Access to GP appointments and services. (15. desember 2022). [nettdokument]. London: Nuffield Trust. Hentet 20.03.23, fra https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/access-to-gp-services

Agenda Kaupang. (2016). *Kommunal legetjeneste - kan den ledes?* (KS FoU). Stabekk: Agenda Kaupang.

Ahmed, K., Hashim, S., & Khankhara, M. e. a. (2021). What drives general practitioners in the UK to improve the quality of care? A systematic literature review. . *BMJ Open Qual*.

Albrektsen, G. E. A. (2022). *Legevaktpiloten Sogn og Fjordane. Sluttrapport*. Sunnfjord og Ytre Sogn legevakt,.

Allertsen, M., & Morken, T. (2021). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2020* (Rapport 3-2021). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research.

Allertsen, M., & Morken, T. (2022). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2022* (Rapport 4-2022). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre.

Allmennmedisinsk forskningsfond. (2022). *Allmennmedisinsk forskningsfond. Årsmelding og regnskap 2021*. Oslo: Allmennmedisinsk forskningsfond.

Alsos, K., Nergaard, K., & Thorbjørnsen, S. (2022). *Velferdsordninger for selvstendig næringsdrivende : utfordringer og tilpasninger* (Fafo-rapport 2022:12). Oslo: Fafo.

Amundsen, B. (03.08.2015). *Fastlegen påvirker sykefravær*. [nettdokument]. Oslo: forskning.no. Hentet 08.12.23, fra https://forskning.no/helsetjenester-norges-forskningsrad-partner/fastlegen-pavirker-sykefravaer/480330

Anderson, M., Pitchforth, E., & Edwards, N. e. a. (2022). *United Kingdom: health system review.* . World Health Organization. Regional Office for Europe. Hentet fra https://apps.who.int/iris/handle/10665/354075

Anell, A. (2017). *Primärvårdens resurser, styrning och organisation: En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien* (PM 2017:1). Stockholm: Vårdanalys. Hentet fra https://www.vardanalys.se/rapporter/primarvardens-resurser-styrning-och-organisation/

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

Anell, A., Dackehag, M., Dietrichson, J., Ellegård, L. M., & Kjellsson, G. (2022). *Better Off by Risk Adjustment? Socioeconomic Disparities in Care Utilization in Sweden Following a Payment Reform* (Working Paper 2022:15). Lund University - School of Economics and Management.

Anskaffelser.no. (12. desember 2022). *Tjenestespesifikk veileder om anskaffelse av helse- og sosialtjenester*. [nettdokument]. Oslo: Direktoratet for forvaltning og økonomistyring. Hentet 14.03.23

Anthony, B. F., Surgey, A., Hiscock, J., Williams, N. H., & Charles, J. M. (2019). General medical services by non-medical health professionals: a systematic quantitative review of economic evaluations in primary care. *British Journal of General Practice, 69*(682), e304-e313. https://doi.org/10.3399/bjgp19X702425

Arentz-Hansen, H., Giske, L., Nilsen, E., & Jor, S. (2020). *Hjemmebasert spesialisthelsetjeneste. Medisinsk avstandsoppfølging - videokonsultasjon (sanntid)* (Rapport). Oslo: Folkehelseinstituttet.

Armitage, R. (2023). Junior doctors leaving the NHS: what would it mean for general practice? *British Journal of General Practice, 73*(728), 126-127. https://doi.org/10.3399/bjgp23X732189

Arshad, S., McCombe, G., Carberry, C., Harrold, A., & Cullen, W. (2021). What factors influence medical students to enter a career in general practice? A scoping review. *Ir J Med Sci, 190*(2), 657-665. https://doi.org/10.1007/s11845-020-02345-w

Askvik, K. (18. april 2018). *Oppgaver flyttes fra kirurger til fysioterapeuter*. [nettpublikasjon]. Oslo: Fysioterapeuten. Hentet 20. mars 2023

Bakke, S., & Hjemås, G. *Sykepleiere på sykehus jobber mer under pandemien*. SSB. fra https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/sykepleiere-pa-sykehus-jobber-mer-under-pandemien

Bakken, I. J., Wensaas, K.-A., Furu, K., Grøneng, G. M., Stoltenberg, C., Øverland, S., & Håberg, S. E. (2017). Legesøkning og legemiddeluttak etter innføring av nye fraværsregler. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0427

Barker, I., Steventon, A., & Deeny, S. R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ, 356*, j84.

Barros, P., & Braun, G. (2017). Upcoding in a National Health Service: the evidence from Portugal. *Health Economics, 26*(5), 600-618.

Batenburg, R., Flinterman, L., Vis, E., Schaaijk, A. v., Geit, E. d., Kenens, R. J., & Duijkers, B. (2022). *Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken: Een actualisering voor de periode 2020-2022*. Utrecht: Nivel.

Berthier, D. (Friday 30 November 2018). *Europe has a shortage of doctors*. European data journalism network. Hentet 13.01.23

Berwick, D. M., & Hackbarth, A. D. (2012). Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA Network Open, 14*(207), 1513– 1516.

Birkeli, C. N., Rosta, J., Aasland, O. G., & Rø, K. I. (2020). Hvorfor velger leger seg bort fra allmennmedisin? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*.

Blaunfeldt-Petersen, B., & Fosse, A. (2021). Helgelandslegen - et rekrutteringsprosjekt. *Utposten, 5*, 6-8.

Bmjcareers. *How To Become A GP in the UK: A Step-by-Step Guide*. [nettdokument]. bmjcareers. Hentet 21. mars 2023, fra https://www.bmj.com/careers/article/how-to-become-a-gp-in-the-uk-a-step-by-step-guide

Bostjancic, E., & Galic, K. (2020). Returning to Work After Sick Leave - The Role of Work Demands and Resources, Self-Efficacy, and Social Support. *Frontiers in Psychology, 11*, 661.

Brandstorp, H. (2017). *Training interactions in local teams: Using critical participatory action research to explore context based learning* (doktorgrad). (ISM skriftserie; 175). Tromsø: Norges arktiske universitet, UiT.

Brandstorp, H., Halvorsen, P. A., Sterud, B., Haugland, B., & Kirkengen, A. L. (2016). Primary care emergency team training in situ means learning in real context. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 34*(3), 295-303.

Breivik, E., Rotvold, G.-H., Steen Lindseth, L., Bjørvig, S., & Michalsen, K. (2021). *Kunnskapsoppsummering om effekter av trygghets- og mestringsteknologi* (NSE-rapport 2021-02). Tromsø: Nasjonalt senter for e-helseforskning.

Breivold, J., Ro, K. I., & Hjorleifsson, S. (2022). Conditions for gatekeeping when GPs consider patient requests unreasonable: a focus group study. *Family Practice, 39*(1), 125-129.

Brekke, D. (1988). Allmennpraksis i offentlig regi. . *Tidsskr Nor Lægeforen 108*(29B), 2598–2601.

Brekke, K. R., Holmåa, T. H., Monstad, K., & Straume, O. R. (2020). How does the type of remuneration affect physician behaviour?: Fixed salary versus fee-for-service. *Am Jour of Health Ec, 6*(1).

Brekke, K. R., Holmås, T. H., Monstad, K., & Straume, O. R. (2015). *Do treatment decisions depend on physicians' financial incentives?* (Working Paper 4-2015). Bergen: UNI Research Rokkan Centre.

Brenne, K., Holmåas, T., & Monstad, K., et al. . (2018). *How does the type of remuneration affect physician behaviour? Fixed salary versus fee-for-service.* (Rapport nr 6/2018). Bergen: Konkurransetilsynet.

British Medical Association. (15. november 2022). *BMA Scotland: Urgent support required for GPs as practices buckle under unrelenting pressures*. The British Medical Association (BMA). Hentet 20. mars 2023

British Medical Association. (3. mars 2023). *Enhanced services GP practices can seek funding for*. [nettdokument]. UK: British Medical Association. Hentet 15.03.23

British Medical Association. (26 February 2023). *Pressures in general practice data analysis*.London: British Medical Association (BMA). Hentet 20. mars 2023

Brændvang, A.-K. (2008). *Norwegian health accounts: Eurostat project report* (2008/9). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Cannon, M. D., & Edmondson, A. D. (2005). Failing to Learn and Learning to Fail (Intelligently): How Great Organizations Put Failure to Work to Innovate and Improve. *Long Range Planning, 38*(3), 299-319.

Cappelen, Å., Dapi, B., Gjefsen, H. M., & Stølen, N. M. (2020). *Framskrivinger av arbeidsstyrken og sysselsettingen etter utdanning mot 2040* (Rapporter 2020/41). Oslo: S. sentralbyrå.

Carlsen A., Clegg, S., & R., G. (2012). *Idea work. Om profesjonell kreativitet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Claus, G., & Hjemås, G. (2023a). *Hvor blir det av fastlegene som slutter?* . Notat til ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten. SSB.

Claus, G., & Hjemås, G. (2023b). *Inntekt for personer utdannet som lege*. Notat til ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten.

Cohidon, C., Wild, P., & Senn, N. (2020). Job stress among GPs: associations with practice organisation in 11 high-income countries. *British Journal of General Practice, 70*(698), e657-e667. https://doi.org/10.3399/bjgp20X710909

Commision, E. *Consensus Statement of the European Medical Organisations on Continuing Professional Development Luxembourg, Comité Permanent des Médicins Europeéns (CPME).*Luxemburg

Commonwealth Fund. *International health care system profile Netherlands*. fra https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands

Cooper, M. A., McDowell, J., Raeside, L., & Group, A.-C. (2019). The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists. *British Journal of Nursing, 28*(20), 1308-1314. https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.20.1308

Croxson, C. H., Ashdown, H. F., & Hobbs, F. R. (2017). GPs' perceptions of workload in England: a qualitative interview study. *British Journal of General Practice, 67*(655), e138-e147. https://doi.org/10.3399/bjgp17X688849

Cutch College of GPs. *How are the training and quality of GPs arranged in the Netherlands?* [nettdokument]. GPinfo.nl. Hentet 21. mars 2023, fra https://gpinfo.nl/how-are-training-and-quality-of-gps-arranged-in-netherlands

Dahl, E., & Elstad, J. I. (2022). *Sosial ulikhet tar liv : faglige og folkehelsepolitiske vurderinger*. Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Danielsen, K., Holmboe, O., Hansen, S. L., Førland, O., & Bjertnæs, Ø. A. (2012). Brukererfaringer med norske legevakter: resultater fra en spørreskjemaundersøkelse ved Vakttårn-legevaktene. Hovedresultater. *PasOpp-rapport,* (1-2012).

Danske patienter. ([s.a.]). *Ønskerne til tilgængeligheden i almen praksis er forskellige* (Det mener patienterne). København: Danske patienter.

Datatilsynet. (Sist endret: 12.10.2021). *Om personopplysningsloven med forordning og når den gjelder*. [nettdokument]. Datatilsynet. Hentet 10.02.23, fra https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-verktoy/lover-og-regler/om-personopplysningsloven-og-nar-den-gjelder/

Deliac, L., Grøsland, M., & Gjefsen, H. M. (2023). *Kontinuitet i lege-pasientforholdet.* Oslo: Folkehelseinsituttet.

Den Norske Legeforening. *Nasjonal nemd FLO/allmennpraksis*. fra https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/drift-av-legekontor/kjop-og-salg-av-praksis/nemndsavgjorelser/nasjonal-nemnd-fra-01.11.2006-floallmennpraksis/

Den Norske Legeforening. (01.09.2022). *Omsetningsmelding - salg av praksis*. [nettdokument]. Oslo: Legeforeningen. Hentet 16.01.2023

Den Norske Legeforening. (2015). *Veileder for næringsdrivende leger*. Den norske legeforening.

Den Norske Legeforening. *Dreiebok for overdragelse av spesialistpraksis: fremgangsmåte ved salg av spesialistpraksis*. [nettdokument]. Den norske legeforening, . Hentet 30. januar 2023

Den norske legeforening. (24.08.2018). *Utdanningsfond II*. [nettdokument]. Oslo: Den norske legeforening. Hentet 01.02.2023

Den Norske Legeforening. (14.05.2021). *Unngå å oppfordre friske mennesker til regelmessig helseundersøkelse uten symptomer eller kjent risikotilstand*. [nettdokument]. Oslo: Norsk forening for allmennmedisin. Hentet 11.03.2023

Den Norske Legeforening. ([s.a.]). *Utredning av legespesialisters etterutdanning*. Oslo: Den norske legeforening. Hentet fra https://www.legeforeningen.no/contentassets/3ec6c3f2be724b55b92784fc7d7931f0/sak-9.2-utredning-om-spesialitetsstruktur-vedlegg-1.pdf

Devik, S. A., & Olsen, M. O. (2022). *Oppgaveglidning i omsorgstjenestene : en hurtigoversikt over forskningslitteratur* (Oppsummering nr 29). Omsorgsbiblioteket. Senter for omsorgsforskning.

DFØ. *Veiledning for offentlig sektors bruk av skytjenester etter Schrems II*. DFØ. Hentet 10.02.23, fra https://markedsplassen.anskaffelser.no/veiledning/veiledning-etter-schrems-ii

Digitaliseringsdirektoratet. *Rammeverk for digital samhandling*.Oslo: Digdir. Hentet 10.02.23, fra https://www.digdir.no/digital-samhandling/rammeverk-digital-samhandling/2148

Dinardi, C. *Mandat*. [nettdokument]. Avkommersialiseringsutvalget. Hentet 16. mars 2023, fra https://avkommersialiseringsutvalget.no/mandat/

Direktoratet for e-helse. (03.02.2022). *EPJ-løftet - program for EPJ-utvikling*. [nettdokument]. Oslo: Direktoratet for e-helse. Hentet 03.02.2023

Direktoratet for e-helse. *Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren*. [nettdokument]. Oslo: ehelse.no. Hentet 10.02.23

Direktoratet for e-helse. (2022a). *Normen - Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren* (Versjon 6.1). Oslo: Direktoratet for e-helse.

Direktoratet for e-helse. (25. januar 2022). *Utprøving av pasientens legemiddelliste*. [nettdokument]. Oslo: Direktoratet for e-helse. Hentet 22.03.2023

Direktoratet for e-helse. *Direktoratet for e-helse og HealthCatalyst inngår avtale for å styrke samarbeidet mellom helse- og omsorgssektoren og leverandørene*. [nettdokument]. Oslo: Norway Health Tech. Hentet 10.02.23, fra https://www.norwayhealthtech.com/nb/news/direktoratet-for-e-helse-og-healthcatalyst-inngar-avtale-for-a-styrke-samarbeidet-mellom-helse-og-omsorgssektoren-og-leverandorene/

Direktoratet for e-helse. *Nasjonal e-helseportefølje*. [nettdokument]. Oslo: ehelse.no. Hentet 10.02.23

DNV. ([s.a.]). *How do I turn this on? What to consider when adopting AI-based tools into clinical practice*. Bærum: DNV. Hentet fra https://www.dnv.com/Publications/how-do-i-turn-this-on-what-to-consider-when-adopting-ai-based-tools-into-clinical-practice-237225

Donaghy, E., Huang, H., Henderson, D., Wang, H. H. X., Guthrie, B., Thompson, A., & Mercer, S. W. (2023). Primary care transformation in Scotland: qualitative evaluation of the views of national senior stakeholders and cluster quality leads. *British Journal of General Practice, 73*(728), e231.

Doran, T., Kontopantelis, E., Valderas, J. M., Campbell, S., Roland, M., Salisbury, C., & Reeves, D. (2011). Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. . *BMJ*.

Dowling, S., Last, J., Finnigan, H., & Cullen, W. (2018). Continuing education for general practitioners working in rural practice: a review of the literature. *Education for Primary Care, 29*(3), 151-165.

Drange, I. (2020). Fra loddtrekning til søknadsbasert opptak: Har endret praksis for tildeling av turnusstillinger til nyutdannede leger ført til sosial ulikhet? *Tidsskrift for samfunnsforskning, 61*(4), 343-371.

Dutch College of GPs. *About GPinfo.nl*. [nettside]. GPinfo.nl. Hentet 19.03.2023, fra https://gpinfo.nl/about-gpinfonl

Dutch Collegeof GPs. *Welcome to GPinfo.nl, the English version of Thuisarts.nl*. [nettside]. GPinfo.nl. Hentet 22. mars 2023, fra https://gpinfo.nl/

Eaton-Hart, J. H., Gillies, J. C., & Mercer, S. W. (2022). How do the working lives of general practitioners in rural areas compare with elsewhere in Scotland? Cross-sectional analysis of the Scottish School of Primary Care National GP Survey. *Rural Remote Health, 22*(3), 7270.

Ebell, M. H., Sokol, R., Lee, A., Simons, C., & Early, J. (2017). How good is the evidence to support primary care practice? *Evid Based Med, 22*(3), 88–92.

Eide, T. B. (2020). Legevakt i Norden før og nå. *Michael* (17), 588–601.

Eide, T. B., Straand, J., Björkelund, C., Kosunen, E., Thorgeirsson, O., Vedsted, P., & Rosvold, E. O. (2017). Differences in medical services in Nordic general practice: a comparative survey from the QUALICOPC study. *Scand J Prim Health Care, 35*(2), 153-161.

Eide, T. B., Straand, J., & Braend, A. M. (2021). Good communication was valued as more important than accessibility according to 707 Nordic primary care patients: a report from the QUALICOPC study. *Scand J Prim Health Care, 39*(3), 296-304.

Eide, T. B., Øyane, N., & Høye, S. (2022). Promoters and inhibitors for quality improvement work in general practice: a qualitative analysis of 2715 free-text replies. *BMJ Open Quality, 11*(4).

Eikeland, O. J., Fotland, S. L. S., & Raknes, G. (2020). *Vakttårnprosjektet - Epidemiologiske data frå legevakt. Samlerapport for 2019* (Rapport 2-2020). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre.

Ekornrud, T., Bryne Castberg Stølan, S., & Thonstad, M. (2023). *Legevakttjenesten i norske kommuner i 2021. Kartlegging av organisering av legevaktsarbeidet i kommunene* (Rapporter 2023/6). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Ekspertgruppe legevakt. (2021). *Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning - Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, , & McGrath, J. (2020). *Analysis of shortage and surplus occupations 2020*. P. Office.

European Observatory. (2021). *State of health in the EU. Norway. Country health profile 2021*. OECD and European Observatory.

Eurostat. (Data extracted in July 2022). *Healthcare personnel statistics - physicians*. [nettside]. Luxembourg: Eurostat Hentet 13.01.23, fra https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians

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

Finans Norge. *Behandlingsforsikring* fra https://www.finansnorge.no/statistikk/skadeforsikring/helseforsikring/behandlingsforsikring/

Finlex. *Statsrådets förordning om grunderna för brådskande vård och förutsättningarna för jour inom olika medicinska verksamhetsområden*. fra https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2017/20170583

Fisher, R., Allen, L., Malhotra, A. M., & Alderwick, H. (2022). *Tackling the inverse care law: Analysis of policies to improve general practice in deprived areas since 1990* (Analysis). London: The Health Foundation.

Flere praksisplasser og bedre veiledning for medisinstudenter på fastlegekontorene (FRONESIS). (19.12.2022). [nettdokument]. Bergen: Alrek helseklynge. Hentet 03.01.2023, fra https://alrekhelseklynge.no/prosjekter/fronesis/

Flinterman, L., Vis, E., Geit, E. d., & Batenburg, R. *Cijfers uit de registratie van huisartsen 2021*. Utrecht: Nivel. Hentet fra https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004234.pdf

Folkehelseinstituttet. *Hva er viktig for deg? - En retningsendring*.Hentet 29.03.23

Folkehelseinstituttet. (2022). *Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer* (Folkehelserapporten). Oslo: Folkehelseinstituttet.

Forskningsrådet. *Hvordan kan kunstig intelligens og lærende kontroller forbedre helserefusjonsordningen?* [nettdokument]. Oslo: Norges forskningsråd. Hentet 13.03.2023

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988). FOR-1988-11-14-932. Sist endret i FOR-2022-06-23-1176. . Hentet fra https://lovdata.no/forskrift/1988-11-14-932

Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta. (2016). FOR-2016-12-20-1848. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-20-1848

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). FOR-2012-08-29-842. Sist endret i FOR-2021-09-17-2821. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. (2017). FOR-2017-02-17-192. Sist endret i FOR-2022-10-28-1816. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-02-17-192

Forskrift om konsesjonskontrakter (konsesjonskontraktforskriften). (2016). FOR-2016-08-12-976. Sist endret i FOR-2022-03-18-442. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-08-12-976?q=Konsesjonskontraktforskriften

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) (2015). FOR-2015-03-20-231. Sist endret i FOR-2022-10-28-1817. Hentet fra https://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). FOR-2016-10-28-1250. Sist endret i FOR-2002-12-20-1731.

Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning. (2020). FOR-2020-01-03-21. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-21

Forskrift om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften). (2016). FOR-2016-08-12-974. Sist endret i FOR-2022-03-31-498.

Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen. (2012). FOR-2012-08-29-843. Sist endret i FOR-2021-04-29-1363. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-843

Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften). (2019). FOR-2019-03-01-168. Sist endret i FOR-2021-10-08-2958.

Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut. (2010). FOR-2009-09-09-1175. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-09-09-1175

Forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter. (1998). FOR-1998-06-18-590. Sist endret i FOR-2022-10-28-1888. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-06-18-590

Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). (2019). FOR-2016-12-08-1482. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. (2022). FOR-2022-06-29-1269. Sist endret i FOR-2022-09-12-1659. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2022-06-29-1269

Fugelli, P. (2001). Tillit. *Tidsskriftet Den norske legeforening, 121*(30), 3621-3624.

Førland, O., & Rostad, H. M. (2019). *Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene : en kunnskapsoppsummering* (Senter for omsorgsforsknings rapportserie nr. 04/2019). Senter for omsorgsforskning.

Försäkringskassan. (1. februar 2023). *Sjukpenning för anställda*. [nettdokument]. Försäkringskassan. Hentet 04.01.23, fra https://www.forsakringskassan.se/privatperson/sjuk/anstalld/sjukpenning-for-anstallda

Gjefsen, H. M. (2023). *Timebestillingsdata fra NHN*. Folkehelseinsituttet.

Gjøsund, G., & Tilset, H. D. (2020). *Kvalitativ evaluering av Rørosprosjektet - en mobil integrert helsetjeneste*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.

Godager, Hagen, & Iversen. (2011). *Notat om risikojustering av basistilskudd til fastleger* [upublisert]. Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Godager, G., & Iversen, T. (2016). *Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001-2015. Trender i bruk, tilgjengelighet og fornøydhet*. Oslo: Universitetet i Oslo.

Godager, G., & Iversen, T. (2017a). Fastlegen som portvakt. *Michael, 14*, 43-59.

Godager, G., & Iversen, T. (2017b). Portnerrollen og økonomiske incentiver i primærhelsetjenesten. I: *I: Riktig diagnose til rett tid - fastlegen som helsetjenestens portner*. Oslo: Den norske legeforening.

Godager, G., Iversen, T., & Ma, C. T. (2015a). Competition, gatekeeping, and health care access. *J Health Econ, 39*, 159-170.

Godager, G., Iversen, T., Morken, T., & Hunskår, S. (2015b). *Fastlønn ved legevaktarbeid* (Rapport 4-2015). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Godager, G., Iversen, T., & Snilsberg, Ø. (2020). Norge er trolig alene om å innføre omvendt overtid for fastleger. *Dagens medisin,* (2020-07-07).

Godager, G., Iversen, T., & Snilsberg, Ø. (2021). Betalingsmåter for teamarbeid i primærhelsetjenesten. I: G. Botten & Det Norske medicinske Selskab (red.), *Mangfold og engasjement i 10 år: Institutt for helse og samfunn ved universitetet i Oslo 2010-2020* (s. 100-109). Oslo: Det norske medicinske Selskab.

Groenewegen, P. P., Bosmans, M. W. G., Boerma, W. G. W., & Spreeuwenberg, P. (2020). The primary care workforce in Europe: a cross-sectional international comparison of rural and urban areas and changes between 1993 and 2011. *Eur J Public Health, 30*(Suppl_4), iv12-iv17.

Gronseth, I. M., Malterud, K., & Nilsen, S. (2020). Why do doctors in Norway choose general practice and remain there? A qualitative study about motivational experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 38*(2), 184-191.

Grøsland, M., Deliac, L., & Gjefsen, H. M. (2023). *Del2 Event-analyse*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Guthrie, B., & Tang, J. (2016). *What did we learn from 12 years of QOF?* . Scottish school of primary care.

Handlingsplanen. (2020). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten : attraktiv, kvalitetssikker og temabasert - 2020-2024* (Handlingsplan). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Hansen, A. H., Halvorsen, P. A., Aaraas, I. J., & Forde, O. H. (2013). Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice, 63*(612), 482-489.

Harari, Y. N. (2018). *Homo Deus - En kort historie om i morgen*. Oslo: Cappelen Damm.

Haug, C. J., & Drazen, J. M. (2023). Artificial Intelligence and Machine Learning in Clinical Medicine. *The New Enland Journal of Medicine,* (388), 1201-1208.

Haumann, J., & Lindegaard, E. S. (2023). *Andelen af praksis med lukket for tilgang stiger markant* (PLO analyse). København: Praktiserende lægers organisation.

Hayes, H., Gibson, J., Fitzpatrick, B., Checkland, K., Guthrie, B., & Mercer, S. W. (2020). Working lives of GPs in Scotland and England: cross-sectional analysis of national surveys. *BMJ Open, 10*(10), e042236.

Health and Social Care Committee. (2022). *The future of general practice* (Fourth Report of Session 2022–23). London: House of Commons, Health and Social Care Committee,.

Helgheim Holte, J., Abelse, B., Fosse, A., Markussen, T. M., & Olsen, T. (2022). *Spesialistutdanning i allmennmedisin: Nye roller og mer ansvar for kommunene* (Fafo-rapport 2023:02). Oslo: Fafo.

Helin-Salmivaara, A., & Thorn, L. (2020). Specialistläkarutbildning i allmänmedicin. *Finska Läkaresällskapets Handlingar, 180*(2), 58-63.

Hellesylt, P., & Bjørge, J. H. *Anmodning om å vurdere om anskaffelsesreglene kommer til anvendelse, når det skal inngås avtale om driftstilskudd med privatpraktiserende fysioterapeut [brev til Oslo kommune]*. Nærings- og handelsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Prop- 91 L (2010-2011). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet, .

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *NOU 2015:17. Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). *Rundskriv I-5/15: Akuttmedisinforskriften (med merknader til enkelte bestemmelser)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Høringsnotat: Krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering* [høringsnotat]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *NOU 2018:16. Det viktigste først: prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester* (Norges offentlige utredninger NOU 2018:16). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019* (Meld. St. 11 (2020–2021)). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/?ch=1

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020a). *Høringsnotat om innføring av introduksjonsavtaler.* . Helse- og omsorgsdepartementet,.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b). *Private aktører i velferdsstaten — Velferdstjenesteutvalgets delutredning I og II om offentlig finansierte velferdstjenester* (NOU 2020: 13).

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021a). *Høring - etterutdanning for spesialister i allmennmedisin (endringer i helsepersonelloven)* [høring]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021b). *Nytte, ressurs og alvorlighet: prioritering i helse- og omsorgstjenesten* (Meld. St. 38 (2020–2021)). Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Prop. 1 S (2022-2023). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet,.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023a). *Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023-2030*. Oslo: H.-o. omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023b). *NOU 2023:8. Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse*. Helse- og omsorgsdepartementet,.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023c). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* (NOU 2023:4.). Helse- og omsorgsdepartementet.
Helse- og omsorgsdepartementet. (2023d). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2023.* . Helse- og omsorgsdepartementet,.
Helse- og omsorgsdepartementet. (s.a.). *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. H.-o. omsorgsdepartementet.
Helse Nord. (2019). *Fastlegetjenesten i Nord-Norge: Status, utfordringer og forslag til tiltak*. Bodø: Helse Nord.
Helsedirektoratet. (desember 2022). *Handlingsplan Allmennlegetjenesten: utvalgte nasjonale nøkkeltall fra fastlegeordningen - per desember 2022*.Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 27.01.23
Helsedirektoratet. *Om de faglige rådene. Veiledning av leger i spesialisering*. 2023, fra https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/veiledning-av-leger-i-spesialisering/om-de-faglige-radene
Helsedirektoratet. *Om Helsedirektoratets normerende produkter*. 2023, fra https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter
Helsedirektoratet. (2006). *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Hentet fra Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2010). *Nybyrjarstilling for legar - praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar* (Rapport IS-1783). Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2012). *Prioriteringer i helsesektoren : verdigrunnlag, status og utfordringer* (Rapport 2012 IS-1967). Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (29. oktober 2018). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 30.01.23
Helsedirektoratet. (2018a). *Allmennleger i spesialisering (ALIS): Del 2 av 2*. Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (10.08.2022). *Leger i spesialisering - Statusrapporter for søknadsrunder*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 03.01.2023
Helsedirektoratet. (2018c). *Vurdering av antall LIS1-stillinger: Svar på oppdrag gitt i tildelingsbrevet for 2018* (IS-2802). Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2019a). *Helsedirektoratets besvarelse av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, Partssammensatt arbeidsgruppe: Ikke-kliniske oppgaver fastlegen bør slutte å gjøre: 12.11.2019* [upublisert]. Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (07.10.2022). *LIS1-stillinger (tidligere kommuneturnus) – tilskudd til kommuner*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 16.03.2023
Helsedirektoratet. (26.04.2022). *Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram : Om programmet, prosjektene, programorganisering og historikk*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 13.02.2023
Helsedirektoratet. (2019d). *Sammenstilling av data fra allmennlegetjenesten: Tilleggsoppdrag nr. 43 (2019)* (IS-2881). Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (10. januar 2023). *Særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 16. mars 2023
Helsedirektoratet. (25.01.2023). *Søknad og frister for LIS1 stillinger*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 08.02.2023
Helsedirektoratet. (22.06.2022). *Felles kompetansemål*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 08.02.2023
Helsedirektoratet. (22.06.2022). *Kliniske læremål*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 08.02.2023
Helsedirektoratet. (28.02.2020). *Nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 13.02.2023
Helsedirektoratet. (04.03.2021). *Regler for gammel spesialistutdanning og etterutdanning - allmennmedisin*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 07.02.2023
Helsedirektoratet. (16.04.2021). *Velferdsteknologi til barn og unge med nedsatt funksjonsevne*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 13.02.2023

Helsedirektoratet. (23.03.2022). *Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 03.01.2023
Helsedirektoratet. (28.11.2022). *Kvalitet og kvalitetsindikatorer*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 09.03.2023
Helsedirektoratet. (2021c). *Leger i spesialisering - LIS1-stillinger knyttet til videre spesialiseringsløp: Modell for utlysning og tilsetting i 62 nye LIS1-stillinger med binding til allmenmedisin, barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri* (IS-3030). Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2021d). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 : Årsrapport 2020* (IS-3030). Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2021e). *Spesialistutdanning for leger - LIS1* (IS-3002). Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2022a). *Besvarelse: TTB04_22 Oppdrag knyttet til rekruttering og arbeidsbelastning i allmennlegetjenesten : Deloppdrag 1: Fast ansettelse i kommunehelsetjenesten*. Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. *Fortsatt reduksjon i kapasitet og tilgjengelighet til fastlege*. Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2022c). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten : Årsrapport 2021* Oslo
Helsedirektoratet. (19. mai 2022). *Kostnader til fastlegeordningen*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 16. mars 2023
Helsedirektoratet. (2022e). *Kunstig intelligens i helsetjenesten. Status og veien videre for det nasjonale koordineringsarbeidet.* Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2022f). *Morsmelkserstatning for hivpositive mødre. Besvarelse på oppdrag 12 TTB2022* [upublisert]. Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2022g). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 Kvartalsrapport 4. kvartal 2021* (Kvartalsrapport). Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2022h). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 Statusrapport - 2. tertial 2022* (2. tertial 2022). Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2022i). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Statusrapport - 2.tertial 2022*. Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2022j). *Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene - Svar på tillegg nr. 44 til tildelingsbrev 2021* (Rapport). Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2022k). *Vurdere endringer i regulering og finansiering av legevakttjenesten for å skape bærekraftige løsninger. Besvarelse tildelingsbrev TB2022-22*. Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2023a). *Analyser for ekspertutvalget* Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2023b). *Besvarelse av oppdrag i tildelingsbrev, TB2022-22. Vurdere endringer i regulering og finansiering av legevakttjenesten for å skape bærekraftige løsninger*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
Helsedirektoratet. (2023c). Indikator Varighet på kommunenes varighet på fastlegeavtaler.
Helsedirektoratet. *Månedlig rapportering HPA per mars 2023*. Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2023e). *Partssammensatt arbeidsgruppe på legevakt. Sluttrapport del 2*. Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2023f). *Pilot legevakt - oppsummering og anbefaling av prosjektet [nettdokument].* Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. (2023g). *Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2023 (ISF-regelverket)*. Oslo: Helsedirektoratet.
Helsedirektoratet. *Helsefellesskap*. [nettside]. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 10.02.23, fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap
Helsedirektoratet. *Helserefusjonsdata*. [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. fra https://opne-data.helserefusjon.no/
Helsedirektoratet. *Om ALIS-kontorene*. [nettside]. ALIS. Hentet 03.01.2023, fra https://www.alis.no/om-alis-kontorene
Helsedirektoratet. *Antall LIS1-stillinger med oppstart 1.3.2022, 1.9.2022, 1.3.2023 og 1.9.2023*. [nettdokument]. Helsedirektoratet.no: Helsedirektoratet. Hentet 21. mars 2023

Helsedirektoratet & Direktoratet for e-helse. (2018). *E-konsultasjon hos fastlege og legevakt* (Rapport IS-2801). Oslo: Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

Helsenorge. *Om bytte av fastlege*.Hentet 19.03.2023, fra https://www.helsenorge.no/bytte-fastlege/om/

Hermansen, M., Halvorsen, I., Grimsgaard, C., Muruvik Vonen, L. E., Lind-Larsen, J. K., & Landsnes, A. J. (2015). *En legevakt for alle, men ikke for alt. Legeforeningens innspillsrapport for en bedre legevakt* (Statusrapport 2015). Oslo: Den norske legeforening.

Hernæs, K. H., & Brathaug, A. L. (2012). *Helseregnskapet – et internasjonalt system: Helseregnskapet – et internasjonalt system.* (Økonomiske analyser 2/2012). SSB.

Hestevik, C. H., Nygård, H. N., Bjerk, M., Klem, H. E., Hval, G., & Kleven, L. (2022). *Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten: en systematisk oversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T., & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035* (Rapporter 2019/11). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Hobbs, F. D. R., Bankhead, C., Mukhtar, T., Stevens, S., Perera-Salazar, R., Holt, T., & Salisbury, C. (2016). Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14. *Lancet, 387*(10035), 2323-2330.

Hoff, E., Kraft, K., Østby, K., & Mykletun, A. (2023). *Arbeidsmengde, konsultasjonstid og utilsiktede effekterav takstsystemet. Notat om fastlegeordningen*. Oslo: Folkehelseinstituttet

Holm, J. (2018). *Ordning vedrørende differentieret basishonorar til praktiserende læger : notat* (EMN-2017-04129). Danske regioner,.

Holmøy, E., Hjemås, G., & Haugstveit, F. (2023). *Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk* (3). SSB.

Huibers, L., Smits, M., Renaud, V., Giesen, P., & Wensing, M. (2011). Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 29*(4), 198-209.

Huitfeldt, I., Marone, V., & Waldinger, D. (2022). *Allocating Primary Care Physicians Without Prices.* Hentet fra https://victoriamarone.github.io/files/Fastlege_venteliste_90min.pdf

Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m. ([2012]). Oslo. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/e683123127ec414ca71b73a776a8f532/fastlegeforskrift.pdf

Høstmark, C. B. (06. januar 2020). *Satte inn fysioterapeut på akuttmottaket*. [nettpublikasjon]. Fysioterapeuten. Hentet 20. mars 2023

Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed). (2009). BEK nr 1219 af 11/12/2009. Hentet fra https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2009/1219

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse. (2021). *Variasjon i finansiering av fastlegeordningen – tredje oppfølgingsundersøkelse.* . Oslo: Ipsos.

Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open, 7*(10), e017902.

Iversen, H. K. H., Bjertnæs, Ø. A., & Holmboe, O. (2019). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19* (PasOpprapport 2019:1). Oslo: Folkehelseinstituttet.

Jakobsen, E. W., Lind, L. H., Lading, L., Sjule, H., & Skogli, E. (2022). *Helsenæringens verdi 2022* (Rapport 57/2022). Oslo: Menon Economics. Hentet fra https://www.menon.no/wp-content/uploads/2022-57-Helsenaeringens-verdi-2022.pdf

Jakobsen, S. E. (15. september 2016). *Færre sykemeldinger når ansatte har kontroll over egen arbeidsdag*. [nettdokument]. Oslo: forskning.no. Hentet 04.01.23

Jensen, A., & Ekornrud, T. (7. mai 2018). *Fastlegene får stadig kortere pasientlister*. [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet 4. januar 2023

Joa, T. S., & Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 30*(1), 55-60.

Kalseth, B. (2023). *Organisering og regulering av allmennpraksis i Danmark.* . Helsedirektoratet.

Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., & Colvin, C. J. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*, CD010412.

Keskimäki, I. (2022). *Development of Primary Health Care in Finland* (The Lancet Global Health Comission on Financing Primary Health Care Working paper 9). The Lancet Global Health Comission.

Keskimäki, I., Tynkkynen, L.-k., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., & Karanikolos, M. (2019). *Finland: Health system review* (Health Systems in Transition 2-2019). Geneve: World Health Organization (WHO).

Khan, M. (11. november 2022). *Vårdcentraler i privat regi*. [nettdokument]. Stockholm: Ekonomifakta. Hentet 14.03.23

King's Fund. *Integrated care systems explained. Health and Care Act 2022*. fra https://www.kingsfund.org.uk/topics/integrated-care

Kjernegruppen. (2022). *Effektiv og sikker infrastruktur for deling og bruk av relevant statistikk og data i kriser. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av kjernegruppen for et bedre kunnskapssystem for håndtering av kriser*. Regjeringen.

Knardahl, S. (12. oktober 2022). Oppgaveglidning forutsetter systematisk organisering, kronikk. *Dagens medisin*.

Knarvik, U., Rotvold, G.-H., Bjørvig, S., & Bakkevoll, P.-A. (2017). *Velferdsteknologi : Kunnskapsoppsummering* (12-2017). Tromsø: Nasjonalt senter for e-helseforskning.

Knutsson, H. (16. februar 2023). *Sammanställning över regionernas krav på remiss i öppen vård*. [nettdokument]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner. Hentet 14.03.23

Kommunal- og distriktsdepartementet. (2013). *Meld. St. 23 (2012–2013). Digital agenda for Norge: IKT for vekst og verdiskaping* (Meld. St. 23 (2012–2013)). Kommunal- og distriktsdepartementet.

Kommunal- og distriktsdepartementet. (2022a). *Digitaliseringsrundskrivet* (H-9/22). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/digitaliseringsrundskrivet2/id2952701/

Kommunal- og distriktsdepartementet. (2022b). *Svar på spørsmål om tolkningen av kommuneloven § 14-19 – Gjenkjøpsgarantier for fastlegevirksomhet. Brev til Statsforvalteren i Rogaland, ref. 22/4558-3.* .

Koworera, L., & Goldspink, S. (2022). Integrating new non-medical practitioners in general practices: barriers and facilitators. *Primary Health Care, 32*(6), 27-33.

Kramer-Johansen, J., Brattebø, G., Zakariassen, E., Riddervold, I., Hjortdahl, M., & Jamtli, B. (2020). *Evalueringsrapport for pilotprosjekt om bruk av video i medisinsk nødmeldetjeneste (AMK og LVS). Sluttrapport fra Arbeidsgruppe for følgeforskning og evaluering.* Oslo: NAKOS, Prehospital akuttmedisin.

Krasnik, A., Groenewegen, P. P., Pedersen, P. A., von Scholten, P., Mooney, G., & Damsgaard, M. T. (1990). Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *British Medical Journal, 300*(6741), 1698-1701.

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). Netherlands: Health System Review. *Health Syst Transit, 18*(2), 1-240.

KS. (14.09.2017). *Kunnskapsløft for kommunene*. [nettdokument]. Oslo: Kommunesektorens organisasjon, KS.no. Hentet 22.03.2023

KS. (29.03.2021). *Rammeavtalen om fastlegeordningen (ASA 4310)*. [nettdokument]. Kommunesektorens organisasjon KS. Hentet 16.03.23, fra https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/legeavtaler/rammeavtalen-om-fastlegeordningen-asa-4310/

KS og Den norske legeforening. (2012folk). *ASA 4310 – Rammeavtale (sentral kommuneavtale) mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmenn¬lege-praksis i fastlegeordningen i kommunene*. KS og Den norske lægeforening. Hentet fra https://www.legeforeningen.no/contentassets/5acb1bbeaadf47d1975f2c41e6564bf9/rammeavtalen-2012.pdf

Kunnskapsdepartementet. (2019). *Studieplasser i medisin i Norge: Behov, modeller og muligheter*. Kunnskapsdepartementet.

Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. (2020). FOR-2020-01-03-45. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-45

Kunnskapsdepartementet. (2021). *Prop. 82 L (2021 –2022): Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) - Endringer i barnehageloven (selvstendig rettssubjekt, forbud mot annen virksomhet, meldeplikt m.m.)*.

Kunnskapsdepartementet. (2022). *Endringer i opplæringsloven, universitets- og høyskoleloven og fagskoleloven (endring av NOKUTs oppgaver, studentrettigheter mv.)* (Prop. 74 L (2021–2022)). Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Kvinge, F. H. (2013). *Hvordan samsvarer AMIS-notatet på AMK med ambulansejournalen i ambulansetjenesten i Oslo og Akershus? : En retrospektiv studie av arkiverte akutt – og hasteoppdrags journaler i ambulansetjenesten i Oslo og Akershus fra februar, mars og april 2009.* U. i. Oslo. Medisinsk fakultet. Hentet fra https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/38335/Prosjektoppgavenxendeligxversjonx05.07.13.pdf?sequence=1

Kaarbø, O. (2017). Kvalitetsbasert finansiering. I: G. Botten & D. N. m. Selskab (red.), *Mangfold og engasjement i ti år : Institutt for helse og samfunn ved universitetet i Oslo 2010-2020*. Oslo: Det norske medicinske Selskab.

Lag om ordnande av social- och hälsovård. (2021). 612/2021. Sist endret i 221/2023. Hentet fra https://www.finlex.fi/sv/laki/smur/2021/20210612

Lake, R., Georgiou, A., Li, J., Li, L., Byrne, M., Robinson, M., & Westbrook, J. I. (2017). The quality, safety and governance of telephone triage and advice services - an overview of evidence from systematic reviews. *BMC Health Services Research, 17*(1), 614.

Langen Westlie, Å., Gaski, M., Abelsen, B., Grimstad, H., & Hugaas Ofstad, E. (2022). Leger utdannet i Bodø - hvem er de og hvor blir de av? *Tidsskriftet Den norske legeforening, 1*. https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0253

Larsen, T. A., Klausen, M. B., & Højgaard, B. (2020). *Primary Health Care in the Nordic Countries – Comparative Analysis and Identification of Challenges* (Project: 301661). København: V. T. D. C. f. S. S. Research.

Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. J. A. H. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*, CD001271.

Lee, T., Propper, C., & Stoye, G. (2020). Medical Labour Supply and the Production of Healthcare. *The Journal of Applied Economics, 40*(4).

Lee, T., & Tran, E. (2022). Common and alternative interventions on gait outcomes and mechanics in Parkinson's disease and runners. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 83*(3-B), No Pagination Specified.

Legeforening, D. N. *Utdanningsfond II*. fra https://www.legeforeningen.no/om-oss/fond-og-legater/utdanningsfond-ii/

Leknes, S., & Løkken, S. A. (5. juli 2022). *Folketallet vil krympe i 40 prosent av kommunene fram mot 2050*. [nettdokument]. Oslo: Statisktisk sentralbyrå. Hentet 10.02.23

Leong, S. L., Teoh, S. L., Fun, W. H., & Lee, S. W. H. (2021). Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. *European Journal of General Practice, 27*(1), 198-210.

Lien, H. (25. februar 2019). *Norges sykefravær passerte Sveriges og Nederlands etter lovendringer*. [nettdokument]. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet 04.01.23

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). (2005). LOV-1977-02-04-4. Sist endret i LOV-2005-06-17-62. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62

Lov om barnehager (barnehageloven). (2005). LOV-2005-06-17-64. Sist endret i LOV-2022-06-10-40 Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64

Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven). (2014). LOV-2014-06-20-42. Sist endret i LOV-2022-06-17-51 Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42

Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). (2018). LOV-2018-06-15-38. Sist endret i LOV-2021-06-18-124 Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/gdpr/ARTIKKEL_9#gdpr/ARTIKKEL_9

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). (1967). LOV-1967-02-10. Sist endret i LOV-2022-12-20-115. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10

Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.). (2017). (Prop. 71 L (2016 –2017): Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)). Helse- og omsorgsdepartement,. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/658a620ad1bc494ba81d2abba423aa41/no/pdfs/prp201620170071000dddpdfs.pdf

Lov om folketrygd (folketrygdloven). (1997). LOV-1997-02-28-19. Sist endret i LOV-2022-12-20-104 Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19?q=folketrygd

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). (2001). LOV-1999-07-02-64. Sist endret i LOV-2022-12-20-115. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). (2011). LOV-2011-06-24-30. Sist endret i LOV-2022-11-25-86. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#%C2%A74-1

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). (2016). LOV-2011-06-24-30. Sist endret i LOV-2022-11-25-86. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#%C2%A74-1

Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). (2021). LOV-2018-06-22-83. Sist endret i LOV-2021-04-23-24. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83

Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven). (2017). LOV-2017-06-16-51. Sist endret i LOV-2021-06-11-77 Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51#KAPITTEL_3

Lov om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven). (2017). LOV-2016-06-17-73. Sist endret i LOV-2017-04-21-18. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2016-06-17-73

Lov om pensjonsordning for sykepleiere [sykepleierpensjonsloven]. (1962). LOV-1962-06-22-12. Sist endret i LOV-2022-12-20-100 Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1962-06-22-12?q=sykepleierpensjonsloven

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). (2001). LOV-1999-07-02-61. Sist endret i LOV-2022-11-25-86. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61

Lov om studentsamskipnader (studentsamskipnadsloven). (2007). LOV-2007-12-14-116. Sist endret i LOV-2021-06-11-81 Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2007-12-14-116

Løberg, M. (08.02.2023). *Info om pensum*. [E-post]. Sendt til M. Tyssvang.

Lånekassen. *Reduksjon av gjeld for leger i utvalgte kommuner*. 2023, fra https://lanekassen.no/nb-NO/gjeld-og-betaling/leger-i-utvalgte-kommuner/

Lånekassen. *Søknad om sletting av gjeld for søkere i Finnmark og Nord-Troms*. 2023, fra https://lanekassen.no/nb-NO/gjeld-og-betaling/finnmark-eller-nord-troms/soknad-om-sletting-av-gjeld-for-sokere-i-finnmark-og-nord-troms/

Magwenya, R. H., Ross, A. J., & Ngatiane, L. S. (2022). Continuing professional development in the last decade – A scoping review. *Journal of Adult and Continuing Education*, 14779714221147297.

Maier, C. B. (2019). Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Hum Resour Health, 17*(1), 95.

Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health, 26*(6), 927-934.

Maier, C. B., Aiken, L. H., & Busse, R. *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation* (OECD Health working papers no. 98). OECD.

Malmivaara, A., Hakkinen, U., Aro, T., Heinrichs, M. L., Koskenniemi, L., Kuosma, E., . . . et al. (1995). The treatment of acute low back pain--bed rest, exercises, or ordinary activity? *New England Journal of Medicine, 332*(6), 351-355.

Malterud, K., Aamland, A., & Fosse, A. (2020). How can task shifting put patient safety at risk? A qualitative study of experiences among general practitioners in Norway. *Scand J Prim Health Care, 38*(1), 24-32.

Markussen, S., & Røed, K. (2017). The market for paid sick leave. *Journal of Health Economics, 55*, 244-261.

Markussen, S., Røed, K., & Schreiner, R. C. (2018). Can compulsory dialogues nudge sick-listed workers back to work? *The Economic Journal, 128*(610), 1276-1303.

Mathes, T., Pieper, D., & Morche, J. e. a. (2019). Pay for performance for hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*(7), 7.

Medicin, D. S. f. A. *Målbeskrivelse og struktur*. [nettdokument]. København: Dansk Selskab for Almen Medicin. Hentet 16.01.2023, fra https://www.dsam.dk/uddannelse/videreuddannelse_i_almen_medicin/om_specialet/

Melby, L., Gunnes, M., Haukelien, H., & Obstfelder, A. (2022). *Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi* (2022:00211 - Åpen). Trondheim: SINTEF.

Mendelson, A., Kondo, K., Damberg, C., Low, A., Motuapuaka, M., & Kansagara, D. (2017). The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine, 166*(5), 341-353.

Mercer, S. W., Lunan, C. J., MacRae, C., Henderson, D. A., Fitzpatrick, B., & Reilly, J. (2023). Half a century of the inverse care law: A comparison of general practitioner job satisfaction and patient satisfaction in deprived and affluent areas of Scotland. *Scottish Medical Journal, 68*(1), 14-20.

Midtbo, V., Raknes, G., & Hunskaar, S. (2017). Telephone counselling by nurses in Norwegian primary care out-of-hours services: a cross-sectional study. *BMC Family Practice, 18*(1), 84.

Ministerråd, N. (2016). *Håndbok over regulerte helsepersonellgrupper i Norden: Nordisk Ministerråds arbeidsgruppe, Nordisk gruppe for helsepersonell* (Nordiske Arbejdspapirer NA2016:908). København: Nordisk Ministerråd.

Molde interkommunale legevakt. (2022). *Legevaktpilot 2018-2022. Molde interkommunale legevakt. Sluttrapport*. Molde. Hentet fra https://www.molde.kommune.no/helse-og-omsorg/akutt-helsehjelp/kontakt-legevakten/

Morken, T., Solberg, L. R., & Allertsen, M. (2019). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2018* (Rapport nr. 4-2019). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre.

Mosqueira, A., Rosenthal, M., & Barnett, M. (2019). The Association Between Primary Care Physician Compensation and Patterns of Care Delivery, 2012-2015 *Inquiry, 56*.

Munira Z. Gunja, Evan D. Gumas, Reginald D. Williams II, Michelle M. Doty, Arnav Shah, & Fields, K. *Stressed out and burned out: The global primary care crisis: Findings from the 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians*.New York: The Commonwealth Fund. Hentet 09.03.2023

Mørk, B. E. (06.12.2019). *Endringer fører til grensearbeid*. [nettartikkel]. Oslo: BI Business Review. Hentet 13.03.2023, fra https://www.bi.no/forskning/business-review/articles/2019/12/endringer-forer-til-grensearbeid/

Mårdalen, I. (2021). Fysioterapeutene har overtatt mer enn 1000 konsultasjoner fra ortopedene i Tromsø. *Fysioterapeuten*.

NAV. (20.09.2022). *Sykefraværsstatistikk - Årsstatistikk : statistikk for året 2021*. [nettdokument]. Oslo: Nav. Hentet 05.01.23

NAV. (1.02.2023). *Egenmelding*.Oslo: NAV. Hentet 10.01.23, fra https://www.nav.no/egenmelding

NAV. (10. februar 2023). *Flere uføretrygdede i 2022*. [nettdokument]. NAV. Hentet 21.03.23

NAV og Helsedirektoratet. (2021). *Rapport om informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger: en gjennomgang av attester og erklæring som fastleger utsteder for Arbeids og velferdsetaten*. OSLO: NAV og Helsedirektoratet.

Newhouse, J. P. (1996). Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection. *Journal of Economic Literature, 34*(3), 1236-1263.

NHO. *Tjenestepensjon – privat sektor*. [nettdokument]. Oslo: Næringslivets Hovedorganisasjon. Hentet 26. februar 2023

NHO. *Utvidet egenmelding : plikt til å drøfte ordningen med tillitsvalgte*.Oslo: NHO.

NHS. *About the NHS Long Term Plan*. [nettdokument]. London: National Health Service. Hentet 22. mars 2023, fra https://www.longtermplan.nhs.uk/about/

NHS. *Should I Ring 111 or 999?*, fra https://nhsgp.net/should-i-ring-111-or-999/

NHS England. *GP Contract*. NHS 75 England. Hentet 14.03.23, fra https://www.england.nhs.uk/gp/investment/gp-contract/
NHS England. *Investment and Impact Fund*. 20.03.2023, fra https://www.england.nhs.uk/primary-care/primary-care-networks/network-contract-des/iif/
NHS England. *Letter templet*. fra https://www.google.com/search?q=Letter+template+(england.nhs.uk)&rlz=1C1GCEB_enNO927NO928&oq=Letter+template+(england.nhs.uk)&aqs=chrome.0.69i59.756j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8
NHS England. *Network Contract DES*. [nettdokument]. England: NHS England. Hentet 16. mars 2023
NHS England. *What are integrated care systems?*Hentet 10.04.2023, fra https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/
NHS England. *When to visit an urgent treatment centre walk in or minor injury unit*. fra https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-visit-an-urgent-treatment-centre-walk-in-or-minor-injury-unit/
NHS England. (17. juni 2021). *Primary care networks (PCNs)*. [nettdokument]. London: NHS England. Hentet 16. mars 2023, fra https://www.bma.org.uk/advice-and-support/gp-practices/primary-care-networks/primary-care-networks-pcns
NHS England. (2022a). *The Alternative Provider Medical Services Directions 2022*. London: National Health Service, England.
NHS England. (2022b). *Update on Quality Outcomes Framework changes for 2022/23*. Hentet fra https://www.england.nhs.uk/publication/update-on-quality-outcomes-framework-changes-for-2022-23/
NHS England. *Expanding our workforce*. [nettdokument]. London: National Health Service (NHS). Hentet 22. mars 2023, fra https://www.england.nhs.uk/gp/expanding-our-workforce/
NHS Scotland. *Near me*. fra https://www.nearme.scot/
NHS Scotland. (4. october 2022). *NHS Recovery Plan: annual progress update*. Scottish Government. Hentet 16. mars 2023
NHS Scotland. (2022b). *Realistic Medicine: A Fair and Sustainable Future - Chief Medical Officer for Scotland Annual Report 2021-2022*. Edinburgh: The Scottish Government. NHS Scotland.
NidarosFondet. *Grunnkurs B*. fra https://www.nidarosfondet.no/kurs/grunnkurs-b-sep22/
Nordic Welfare Centre. (2019). *Healthcare and care through distance-spanning solutions – 24 practical examples from the Nordic region*. Nordic Welfare Centre.
Norges forskningsråd. (2006). *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005 : Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: N. forskningsråd. Hentet fra https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1144144503427.pdf
Norman, R. M., Danielsen, K., Bjertnæs, Ø. A., & Holmboe, O. (2022). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2021/2022*. Folkehelseinstituttet.
Normen. (2021). *Veileder i bruk av skytjenester til behandling av helse- og personopplysninger* (2). D. f. e-helse. Normen.
Norsk helsenett. *Hva er digital dialog for fastleger?* .Hentet 26.03.2023, fra https://www.nhn.no/tjenester/helsenorge/digital-dialog-med-fastlegen/hva-er-digital-dialog-for-fastleger
Norsk sykepleierforbund. *Pensjon*. [nettdokument]. Oslo: Norsk sykepleierforbund,. Hentet 4. februar 2023, fra https://www.nsf.no/arbeidsvilkar/pensjon
Nuffield Trust. (15. desember 2022). *Access to GP appointments and services*. [nettdokument]. London: Nuffield Trust. Hentet 20.03.23, fra https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/access-to-gp-services
Nussbaum, C., Massou, E., Fisher, R., Morciano, M., Harmer, R., & Ford, J. (2021). Inequalities in the distribution of the general practice workforce in England: a practice-level longitudinal analysis. *BJGP Open, 5*(5), BJGPO.2021.0066.

Nymoen, M., Biringer, E., Hetlevik, O., Thorsen, O., Assmus, J., & Hartveit, M. (2022). The impact of referral letter quality on timely access to specialised mental health care: a quantitative study of the reliability of patient triage. *BMC Health Services Research, 22*(1), 735.

OECD. (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing.

OECD. (2019). *Task shifting and health system design : report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)*. Luxemburg: Publications Office of the European Union. Hentet fra https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/023_taskshifting_en_0.pdf

OECD. (2020a). *Key findings*: OECD. Hentet fra https://www.oecd-ilibrary.org/content/component/b4d1eecf-en

OECD. (2020b). *Realising the Potential of Primary Health Care*. Hentet fra https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/a92adee4-en

OECD. (2021). *Health at a Glance 2021 : OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.

OECD European Union. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*: OECD European Union. Hentet fra https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/82129230-en

og, I., & Samfunnsøkonomisk analyse. (2020). *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen - andre oppfølgingsundersøkelse*. Oslo: Ipsos.

og, I., & Samfunnsøkonomisk analyse. (2022). *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen : fjerde oppfølgingsundersøkelse*. Oslo: Ipsos.

Olje- og energideparmentet. (2004). *Hjemfall* (NOU 2004:26). Offentlig utredningsutvalg oppnevnt av Kongen i statsråd 4. april 2003.

Olsen, K., Anell, A., Hakkinen, U., Iversen, T., Ólafsdóttir, T., & Sutton, M. (2016). General practice in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics, 4*, 56. https://doi.org/10.5617/njhe.2801

Olsen, K. R. (2022). *Organisering og finansiering af almen praksis i Danmark.* Presentasjon på Helseøkonomikonferansen, Sundvolden Hotell 22. november 2022.

Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen). (Ot.prp. nr. 99 (1998-99)). Helse- og omsorgsdepartementet, . Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-99-1998-99-/id160124/

Operose health. *Operose Health*. [nettside]. Little Chalfont: operosehealth.co.uk. Hentet 14.03.23, fra https://www.operosehealth.co.uk/

Opinion. *Nordic e-health barometer: A study measuring the development in the Nordic populations use, attitude and readiness for digital health services*. [nettdokument]. Oslo: Opinion. Hentet 10.02.23, fra https://opinion.no/nordic-e-health-barometer/

Opondo, D., Eslami, S., Visscher, S., de Rooij, S. E., Verheij, R., Korevaar, J. C., & Abu-Hanna, A. (2012). Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. *PLoS ONE, 7*(8).

Oslo Economics. (2022). *Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024. Evalueringsrapport I* (Evalueringsrapport I, 2022). Oslo Economics

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Hentet fra https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2022/05/HPA-evalueringsrapport-2022.pdf

Oslo Economics. (2023). *Foreløpige funn fra evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten* Oslo Economics,.

Pedersen, J.-E., Toeneiet, K., Smeland, I., & Tangen, U. M. (2022). Samspill mellom AKS og lege – best for pasientene. *Dagens medisin,* (12).

Pfarrwaller, E., Audetat, M. C., Sommer, J., Maisonneuve, H., Bischoff, T., & Haller, D. M. (2017). An Expanded Conceptual Framework of Medical Students' Primary Care Career Choice. *Academic Medicine, 92*(11), 1536-1542.

Praktiserende lægers organisation. (2020). *Mere personale hos de praktiserende læger* (PLO analyse). København: Praktiserende lægers organisation,. Hentet fra https://www.laeger.dk/media/ybeopar2/plo_analyse_-_mere_personale_hos_de_praktiserende_laeger.pdf

Praktiserende lægers organisation. (2021). *Aftale om almen praksis*. København: Danske Regioner.

Praktiserende lægers organisation. (2022). *Vokseværk i almen praksis – flere ansatte flugter med ambitionerne om et større nært sundhedsvæsen* (PLO analyse). København: Praktiserende lægers organisation. Hentet fra https://www.laeger.dk/media/rplizqb0/plo-analyse-personale-011222.pdf

Proff.no. *Dr. Dropin AS - Driftsresultat*. [nettside]. proff.no. Hentet 13.03.2023, fra https://www.proff.no/selskap/dr.dropin-as/oslo/leger/IF78KIR00XB/

Rambøll. (2022). *IT i praksis 2022*. [nettdokument]. Oslo: Ramboll.no. Hentet 13.02.2023, fra https://no.ramboll.com/presse/publikasjoner/it-i-praksis-2022

Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende lægers organisation. (2022). *Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser: Udarbejdet af RLTN og PLO i henhold til § 69 i Overenskomst om almen praksis (2022)*. København: Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende lægers organisation.

Regjeringen. *Statsbudsjettet 2023*. [nettdokument]. Oslo: Regjeringen. Hentet 16.01.2023, fra https://www.regjeringen.no/no/statsbudsjett/2023/id2927365/

Reis, T., Faria, I., Serra, H., & Xavier, M. (2022). Barriers and facilitators to implementing a continuing medical education intervention in a primary health care setting. *BMC Health Services Research, 22*(1), 638.

Rian Johannessen, C. (2015). Legevakten - helsetjenestens svakest ledd? *Tidsskriftet Den norske legeforening, 135*(17), 1612-1614.

Ride, J., Kasteridis, P., & Gutacker, N. (2022). Impact of prevention in primary care on costs on primary and secondary care for people with serious mental illness. *Health Econ*.

Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten* (Dokument 3:4 (2017-2018)). Riksrevisjonen.

Ringberg, U., Fleten, N., Deraas, T. S., Hasvold, T., & Forde, O. (2013). High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. *BMC Health Services Research, 13*, 147.

Rundskriv I-2/2019: Spesialistforskriften med kommentarer: Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger. (2019). (19/1032). Oslo: Helse- og omsorgsdepartement. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/296adc05dbee4ae1a1e015cbea31701e/rundskriv-i-2-2019-spesialistforskriften-med-kommentarer-revidert-30.-september-2022.pdf

Rønning, A. K. (2015). Det gikk bra andre gangen. *Fysioterapeuten, 82*(8), 38-39.

Samordna opptak. (17. 01.2020). *Universitet og høgskole - Kvote for Nord-Troms og Finnmark*. [nettside]. Hentet 03.01.2023, fra https://www.samordnaopptak.no/info/opptak/opptak-uhg/opptakskvoter/kvote-for-nord-troms.html

Samordna opptak. *Opptakstall fordelt på utdanningsområde og type i suppleringsopptaket 2022*. [nettdokument]. Oslo: Samordna opptak. Hentet 16.01.2023, fra Samordna opptak, opptakstall fordelt utdanningsområde og type i 2022

Samordna opptak. (21. 12.2022). *Universitet og høgskole - Søkere med samisk språkkompetanse*. [nettside]. Hentet 03.01.2023, fra https://www.samordnaopptak.no/info/opptak/opptak-uhg/opptakskvoter/samiske-kvoter.html

Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2018). Frequent attenders at primary care out-of-hours services: a registry-based observational study in Norway. *BMC Health Services Research, 18*(1), 492.

Sandvik, H., Hunskår, S., & Blinkenberg, J. (2022). *Årsstatistikk for legevakt 2021* (Rapport nr. 1-2022). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norgwegian Research Centre.

Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., & Stewart, D. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. Genève: International council of nurses.

Scott, A., Sivey, P., & Ait Ouakrim, D. e. a. (2011). The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*.

Service, T. N. H. (2018). (Primary Medical Services Section 17C Agreements) (Scotland) Regulations 2018 (legisl ation.gov.uk).

Skarshaug, L. J., Kaspersen, S. L., Bjorngaard, J. H., & Pape, K. (2021). How does general practitioner discontinuity affect healthcare utilisation? An observational cohort study of 2.4 million Norwegians 2007-2017. *BMJ Open, 11*(2), e042391.

Skatteetaten. *Hva er obligatorisk tjenestepensjon (OTP)?* [nettdokument]. Oslo: Næringslivets Hovedorganisasjon,. Hentet 5. februar 2023

Skogli, E., Stokke, O. M., Lønstad, C., Vinter, C., Fattah, I. S., & Grinde, R. (2022). *Evaluering av pilot for utprøving av digital triageringsløsning på fire fastlegekontor* (Menon-publikasjon nr. 142/2022). Oslo: M. Economics. Hentet fra https://www.menon.no/wp-content/uploads/2022-142-Evaluering-av-pilot-for-utproving-av-triageringslosning.pdf

Skogli, E., Theie, M. G., Stokke, O. L., & Lind, L. H. (2019). *Muskel- og skjelettsykdom i Norge: Rammer flest - koster mest. Vurdering av tiltak for å redusere samfunnskostnadene* (Menon-publikasjon 31/2019). Oslo: Menon Economics.

Skoglund, U., Nilsen, L., & Karlsen, R. K. (08. desember 2019). *Fastlegene har knapt med tid til pasienter som sliter psykisk*. [nettpublikasjon]. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Hentet 20.03.23

Skudal, K. E., Holmboe, O., Bjertnæs, Ø. A., & Telle, K. E. (2019). *Commonwealth Fund-undersøkelsen blant allmennleger i elleve land i 2019: tabellrapport*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Skyrud, K. D., & Rotevatn, T. (2023). *Utvikling i fastlegenes arbeidsmendge og situasjon over tid.* Oslo: Folkehelseinstituttet.

Social- och hälsovårdministeriet. *Programmet Framtidens social- och hälsocentral*. Social- och hälsovårdreformen,. Hentet 16. mars 2023, fra https://soteuudistus.fi/sv/programmet-framtidens-social-och-halsocentral

Social- och hälsovårdministeriet. *Bestämmande av finansieringsnivån och årlig justering*. [nettdokument]. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd. Hentet 22. mars 2023, fra https://soteuudistus.fi/sv/bestammande-justering-av-finansieringen

Socialstyrelsen. (21. november 2022). *Syftet med fast läkarkontakt*. [nettdokument]. Kunnskapsguiden. Hentet 16. mars 2023

Socialstyrelsen. (2015). *Allmänmedicin: Läkarnas specialiseringstjänstgöring* (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring SOSFS 2015-8). Stockholm: Socialstyrelsen og Svensk Förening för allmänmedicin.

Socialstyrelsen. (2022). *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt ska bidra till ökad kontinuitet och trygghet i primärvården* (2022-4-7896). Stockholm: Socialstyrelsen.

Sosial- og helsedirektoratet. *Turnustjenesten for leger. Saksnummer: 05/1666* (Rundskriv IS-9/2005). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Spence, D. (2016). General practice in meltdown. *Br J Gen Pract, 66*(646), 259. https://doi.org/10.3399/bjgp16X685021

Spilker, R. A. C. S., Kour, P., Bruun, T., Indseth, T., Austveg, B., & Straiton, M. L. (26.08.2022). *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn*. [nettdokument]. Folkehelseinstituttet. Hentet 16.01.23

Sripa, P., Hayhoe, B., Garg, P., Majeed, A., & Greenfield, G. (2019). Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. *Br J Gen Pract, 69*(682), e294-e303. https://doi.org/10.3399/bjgp19X702209

SRMC. *Welcome to the SRMC…*. [nettdokument]. Scottish Rural Medicine Collaborative. Hentet 22. mars 2023, fra https://www.srmc.scot.nhs.uk/

SSB. *Helseregnskap: 10814: Helseutgifter, etter type tjeneste (mill. kr) 1997 – 2021. Statistikkbanken* SSB. 19.03.23, fra https://www.ssb.no/statbank/table/10814/

SSB. *1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten* 30.03.23

Stakkestad, I., & Nielsen, K. B. (09.02.2023). *Så mye er vanlig å spare til pensjon i bransjen din*. [nettdokument]. Oslo: Storebrand. Hentet 5. februar 2023

Staten, K., RHF, Den norske legeforening, & Helsedirektoratet. (2019). *Oppfølging etter protokoll av 1.10.2018. Oslo: Partene*

Steinsbekk, A., Grimsmo, A., & Kalseth, J. (2020). *Risikojustering i finansieringsmodeller for teambasert fastlegeordning*. Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.

Stobbe, E. J., Groenewegen, P. P., & Schäfer, W. (2021). Job satisfaction of general practitioners: a cross-sectional survey in 34 countries. *Human Resources for Health, 19*(1), 57.

Stortingets utredningsseksjon. (2022). *Etableringskontroll med private helsetjenester*. Stortinget.

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. *Sygedagpenge, hvis du er lønmodtager*. [nettdokument]. borger.dk. Hentet 04.01.23, fra https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/Dagpenge-kontanthjaelp-og-sygedagpenge/Sygedagpenge/Sygedagpenge-hvis-du-er-loenmodtager

Sundet.dk. *Lægeattest ved sygefravær*. [nettdokument]. Brande: Lægerne Brande. Hentet 24.02.2023, fra https://laegerne-brande.dk/laegeattest-ved-sygefravaer/

Sundhedsstyrelsen. (2021). *Dimensioneringsplan 2022-2023: Speciallægeuddannelsen*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhetsministeriet. (2022). *Sundhetsreformen: Gør Danmark sundere* (MARTS 2022). København: Sundhetsministeriet.

Sundhetsstyrelsen. (2021). *Nærhospitaler - Skitse til fagligt oplæg*. København: Sundhetsstyrelsen.

Svensk förening för allmänmedicin. *FQ-grupper*. [nettdokument]. Stockholm: sfam.se. Hentet 03.01.2023

Svensk Försäkring. *Så här fungerar en privat sjukvårdsförsäkring* Svensk Försäkring. fra https://www.svenskforsakring.se/

Sveriges Kommuner och Regioner. (2023a). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2022: befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

Sveriges Kommuner och Regioner. (06.03.2023). *Nationella taxan för privata läkare och fysioterapeuter*. [nettdokument]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner. Hentet 22. mars 2023

Sveriges kommuner og regioner. (2021). *Ersätningsmodeller i primärvården*. Stockholm: Sveriges kommuner og regioner. Hentet fra Ersättningsmodeller i primärvården (skr.se)

Sveriges kommuner og regioner. *Ersättningsformer i primärvård*. Sveriges kommuner og regioner,. fra https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/halsoochsjukvard/ersattningsmodellerhalsoochsjukvard/ersattningsmodelleriprimarvard.2061.html

Sykehuset Innlandet. (2021). *Sluttrapport for prosjektet "Digital samhandling i pasientforløp". Optimalisering av pasientforløp og prehospital beslutningsstøtte.* Brumunddal: Sykehuset Innlandet.

Sykehuset Telemark. (2020). *Akuttkjeden Telemark. Akuttkjedeprosjektet 2016-2020. Sluttrapport.* Skien: Sykehuset Telemark.

Syrjä V., Parviainen L., & A, N. (2020). *Outpatient care arrangements at health centres 2019 – outsourcing, personnel, work inputs and transfers of tasks* (Data Brief 21). Helsinki: Finnish Institute for Health and Welfare (THL).

Texmon, I. (2018). Kortere pasientlister, lengre arbeidsdager. SSB analyse 2018/14. .

The Health Foundationc. (2022). *Public perceptions of health and social care (November–December 2021): The first wave of results from our 2-year programme of UK-wide public polling delivered in partnership with Ipsos*. The Health Foundation.

The Scottish Government. (2018). GMS contract

The Scottish Government. (2022). *Health and Care Experience Survey 2021/22: National Results*. Edinburgh: The Scottish Government.

Troms og Finnmark Fylkeskommune. *Tiltakssonen i Finnmark og Nord-Troms*. 2023, fra https://www.tffk.no/om-oss/tiltakssonen/

Tromsø kommune. (2020). *Utredning av fastlegeordningen i Tromsø*. Tromsø: Tromsø kommune.

Tømmerbakke, S. G. (24.06.2022). *37 kommuner får 50 millioner til legevakt*. [nettartikkel]. Oslo: Dagens medisin. Hentet 10.03.2023

Uglenes, I. C. (2022). Er e-konsultasjon hos fastlegen god samfunnsøkonomi? *Dagens medisin,* (Fredag 16. desember 2022).

University of Glascow. *The Scottish Deep End Project*. [nettdokument]. University of Glasgow,. Hentet 20. mars 2023, fra https://www.gla.ac.uk/schools/healthwellbeing/research/generalpractice/deepend/

van de Ven, A., Polley, D. E., Garud, R., & Venkataraman, S. (2000). The Innovation Journey. *The Academy of Management Review, 25*(4), 885-887. https://doi.org/https://doi.org/10.5465/amr.2000.3707754

van Dijk, C. E., van den Berg, B., Verheij, R. A., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P. P., & de Bakker, D. H. (2013). Moral hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice. *Health Econ, 22*(3), 340-352. https://doi.org/10.1002/hec.2801

Verma, P., Ford, J. A., Stuart, A., Howe, A., Everington, S., & Steel, N. (2016). A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Services Research, 16*(1), 126.

Vårdanalys. (2017). *Primärvården i Europa : En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse* (PM 2017:4). Stockholm: Vårdanalys.

Wahlstedt, P. (2019). *Obligatorisk fortbildning inom EU: Sammanställning av vilka länder inom EU/EES och EFTA som reglerar läkares fortbildning*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.

Welle-Nilsen, L. K., Morken, T., Granås, G., & Hunskår, S. (2009). *Alminnelige helseplager i legevakt* (2-2009). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, UNIFOB.

Wellings, D., Jefferies, D., Maguire, D., Appleby, J., Hemmings, N., Morris, J., & Schlepper, L. (2022). *Public satisfaction with the NHS and social care in 2021: Results from the British Social Attitudes survey*. London: The King's Fund.

Wennberg, J. (2011). Time to tackle unwarranted variation in practise. *BMJ* (342), 1513.

Wesnes, S. L., Aasland, O., & Baerheim, A. (2012). Career choice and place of graduation among physicians in Norway. *Scand J Prim Health Care, 30*(1), 35-40. https://doi.org/10.3109/02813432.2012.654195

WHO. (2007). *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams* (Global Recommendations and Guidelines). Genève: World Health Organization.

WHO. (2022). *Health and care workforce in Europe: time to act*. København: World Health Organization, Regional Office for Europe. Hentet fra https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339

Wilding, A., Munford, L., Guthrie, B., Kontopantelis, E., & Sutton, M. (2022). Family doctor responses to changes in target stringency under financial incentives. . *ournal of Health Economics, 85*.

Williams, K. M. (2022). Sleep protocol-Use of evidence-based practice (EBP) to improve patient outcomes and patient satisfaction while hospitalized. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 19*(5), 423-425. https://doi.org/10.1111/wvn.12562

Wium, P. (1988). Oslo-modellen. . *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening, 108*(29B), 2605–2608.

Zakariassen, E. (2022). *Pilot legevakt. Evalueringsrapport fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin* (5-2022). Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre.

Zorgautoriteit, N. *Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 - TB/REG-22622-03*. fra Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 - TB/REG-22622-03 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

Zweifel, P., Breyer, F., & Kifmann, M. (2009). Paying Providers. I: P. Zweifel, F. Breyer, & M. Kifmann (red.), *Health Economics* (s. 331-377). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Hentet fra https://doi.org/10.1007/978-3-540-68540-1_10

Østjylland | DR. *Professor om boom i private sundhedsforsikringer: 'Det strider imod sundhedsloven*. fra https://www.dr.dk/nyheder/regionale/oestjylland/professor-om-boom-i-private-sundhedsforsikringer-det-strider-imod