



Evaluering av fastlegeordningen

EY og Vista Analyse

2019



Innholdsfortegnelse

Sammendrag	III
Forord.....	VI
DEL I - Om oppdraget, evalueringsdesign og metode.....	1
1 Om oppdraget	2
2 Om fastlegeordningen, rammer og status	7
3 Evalueringsdesign og metode	25
DEL II - «Data», evalueringsgrunnlag og funn	43
4 Litteraturgjennomgang	44
5 Registerdata, statistikk og annet tallmateriale	67
6 Intervjustudien.....	79
7 Spørreundersøkelser	117
DEL III - Diskusjon og evaluering	185
8 Diskusjon.....	186
9 Evaluering av fastlegeordningen - hva nå?	198
10 Litteraturliste	210
Vedlegg	225

Sammendrag

Hovedformålet med fastlegeordningen er å «sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet, til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til». Hensikten med ordningen er først og fremst å gi den enkelte innbygger én fast lege over tid, og på den måten skape et tettere bånd mellom primærlege og pasient. Denne kontinuiteten og stabiliteten i lege/pasientforholdet kombinert med forsvarlig legedekning er viktige elementer for å oppnå tilgjengelige legetjenester av god kvalitet til alle. Ordningen er hjemlet i Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene som en del av kommunenes «sørge-for» ansvar. Kommunene har dermed et lovbestemt ansvar for å sørge for en forsvarlig fastlegeordning i sin kommune.

Hovedinntrykket fra våre undersøkelser er at fastlegeordningen vurderes som en formålstjenlig institusjon. Viktige nøkkelkarakteristikker ved fastlegeordningen, slik som listesystemet og grunnlaget dette gir for stabile, vedvarende lege/pasientforhold, portvaktrollen fastlegen har mot spesialisthelsetjenesten, helhetsansvaret for pasienten, samt koordinatorrollen fastlegen har i helse- og omsorgssektoren er viktige faktorer både fastlegene, kommunene og fastlegenes samarbeidspartnere jevnt over setter pris på. Idealet om kontinuitet og stabilitet i lege-pasientforholdet trekkes jevnt over frem som den viktigste enkeltfaktoren for høy kvalitet i allmennlegetjenesten.

Presset på fastlegeordningen er reelt.

Våre undersøkelser viser at fastlegene har opplevd en vesentlig økning i arbeidsbelastning de siste årene. Mange fastleger opplever nå arbeidssituasjonen som u håndterbar. Høy arbeidsbelastning påvirker fastlegenes livskvalitet samt muligheten til å holde ønsket kvalitet på pasientbehandlingen. Årsakene til økningen i arbeidsbelastning er sammensatte. Både tilførsel av nye oppgaver og volumøkning på etablerte oppgaver synes å være utslagsgivende. Medisinfaglig og teknologisk utvikling går raskere enn før og medfører at både i spesialisthelsetjenesten og blant allmennleger øker mulighetsrommet for behandling. Prosedyrer som tidligere krevde sykehusinnleggelse gjøres nå poliklinisk eller hos fastlegen. I tråd med LEON-prinsippet forskyves oppgaver til fastlegene. Noe må da prioriteres bort, såfremt kapasiteten blant allmennlegekorpset ikke øker. En vesensforskjell mellom spesialisthelsetjenesten og primærleger er at sistnevnte har hatt få muligheter til å delegere videre. Til tross for at dette bildet er kjent og etablert, har oppgaveøkningen for fastlegene skutt fart de siste årene. Samhandlingsreformen, eldre og sykere pasienter som behandles i primærhelsetjenesten, endringer i demografi, holdninger i befolkningen (kravmentalitet og forbrukssamfunnet), og krav i den revidert fastlegeforskriften fra 2012, er sentrale elementer i dette.

10 prosent av fastlegene har meldt fra til kommunen at de ønsker å slutte som fastlege, og majoriteten av disse spesifiserer at årsaken er den høye arbeidsbelastningen. Våre statistiske analyser viser også at slutttilbøyeligheten hos fastlegene øker. Statistikk fra fastlegeregisteret viser at andelen åpne hjemler og vikarbruk er stigende, noe som langt på vei indikerer at utfordringene som følger av legeavgang allerede er tilstede i kommunene.

I tillegg er det relativt få blant LIS1-legene/medisinstudentene som oppgir at de ønsker å bli fastlege. Kun 9 prosent i denne gruppen er trygge på at fastlege er det yrket de ønsker. En større gruppe på 34 prosent oppgir at fastlegeyrket er et reelt alternativ, men at forhold ved yrket gjør at de sannsynligvis velger en annen karrierevei. Tilsvarende tall fra vår undersøkelse til fastlegevikarer viser at 18 prosent sannsynligvis kommer til å jobbe som fastlege i egen hjemmel, mens 40 prosent i denne gruppen vurderer fastlegeyrket. Men noen forhold gjør de usikre. Begge disse gruppene peker på at det er vesentlige barrierer for å gå inn i fastlegeyrket. Høy arbeidsbelastning, manglende økonomisk trygghet og fravær av sosiale ordninger som ivaretar dem ved for eksempel egen eller barns sykdom, vektlegges. En stor andel, både blant LIS1-legene/medisinstudentene og fastlegevikarene, ønsker tryggheten en fastlønnsavtale representerer og har dette som preferert driftsform under spesialisering. Det er vår forståelse av LIS1-legene og medisinstudentenes vurderinger at det ikke er fastlønn i seg selv som er

attraktivt, men snarere tryggheten en fast ansettelse i kommunen representerer; sosial, faglig og økonomisk sikkerhet som nyutdannet lege, ofte i en etableringssituasjon. Etter spesialisering øker andelen som foretrekker næringsdrift.

Rekrutteringsutfordringene sprer seg

Rekrutteringsutfordringer og lav stabilitet i legestanden har over tid vært tilstede i små og usentrale kommuner. Dette ble påpekt i debatten før innføringen av fastlegeordningen, og ble bekreftet i evalueringen av fastlegereformen i 2006. Våre undersøkelser viser at dette nå er i ferd med å bli realiteten også for større og mer sentrale kommuner. Uavhengig av hvorvidt arbeidssituasjonen til fastlegene reelt sett er håndterbar eller ikke, setter dette fastlegeordningen under press. Flere ut og få inn vil over tid gjøre at fastlegedekningen blir dårligere, og kommunene vil i økende grad ha utfordringer med å ivareta «sørge-for» ansvaret.

Oppgavemengden som ligger på fastlegene er nøkkelutfordringen

Konsekvenser av det økte presset på fastlegeordningen er flere. Fastlegene oppgir at de har utfordringer med å prioritere kontinuerlig kvalitetsarbeid og at tid er hovedårsaken til dette. Insentivene og rammebetingelsene legger ikke til rette for å prioritere de svakere pasientgruppene med sammensatte behov, og samhandling utover konkrete pasientkasus prioriteres ikke. Resultatet er at dag-til-dag pasientarbeid blir hovedprioritet på bekostning av faktorene nevnt over.

Kommunen ivaretar sitt «sørge-for» ansvar, men oppfølgingen av legene må styrkes

Kommunene ivaretar «sørge-for» ansvaret sitt i stor grad, og har virkemidlene de trenger til dette. De vurderer at de har tilstrekkelig ressurser både i form av kommuneoverlegefunksjon og administrativ ledelse til oppfølging av fastlegeordning. Imidlertid peker flere kommuner på at en vanskelig rekrutteringssituasjon truer ivaretakelsen av «sørge-for» ansvaret, og at de må bruke av frie midler for å få det til i praksis. De fleste kommunene tilrettelegger godt for avtalefestede samhandlingsfora som SLU og ALU, og har oppfølgingsmøter med legene. De har derimot i mindre grad formaliserte planer og strategier for legetjenesten, og oppgir at de ikke klarer å involvere fastlegene i tilstrekkelig grad i slikt arbeid. Vi finner at organiseringen av ordningen, hvor hovedmodellen er selvstendig næringsdrift, ser ut til å skape en distanse mellom kommunen og fastlegene. Fastlegeordningen fremstår som en satellitt i forhold til øvrige helse- og omsorgstjenester. Kommunene gjør det de skal, i henhold til «sørge-for-ansvaret», og kommunen er fornøyd med egen ledelse og oppfølging av fastlegene. Fastlegene opplever derimot et oppfølgingsvakuum. Det er behov for en tydeliggjøring av kommunens rolle og ansvar, og en avklaring av hva fastlegene kan og bør kunne forvente av kommunen.

Fastlegeordningen er underfinansiert

For å ivareta sitt «sørge-for» ansvar tilpasser kommunene seg, stort sett innenfor nasjonale rammer, basert på sine rammevilkår og forutsetninger. 50 prosent av kommunen har én eller flere fast ansatte fastleger og 45 prosent av kommunene støtter en eller flere av de næringsdrivende fastlegene gjennom såkalte 8.2 avtaler. Innholdet i slike avtaler er svært varierende. Vi finner at økonomisk støtte til kontorlokaler, helsesekretærer og drift av legekantor er vanlig. Slike avtaler kan dermed fungere både som en økonomisk avlastning for fastlegen ved at kostnadsnivået for praksisen blir lavere, samtidig som det avlastar fastlegen ved at de i mindre grad selv må håndtere ikke-pasientrelatert administrasjon. Denne avlastningen oppleves i all hovedsak positivt av fastlegen, men enkelte leger erfarer at det i noen grad snevrer inn autonomien i arbeidssituasjonen, ved at kommunen får for stor innflytelse på beslutninger for eksempel knyttet til investeringer og drift.

Vi konkluderer med at fastlegeordningen over tid har hatt ønsket effekt for mange, men ikke for alle.

Legedekningen er god, innbyggere som ønsker det har fått en fastlege, og så godt som hele befolkningen deltar i ordningen. Derimot er stabiliteten i legekorpset på vei ned, og når fastlegenes oppgaver blir for mange er det pasientgrupper som ikke får den tiden og oppfølgingen de har behov for. Endringer i rammevilkår har økt belastningen på fastlegene, og situasjonen er nå uhandterbar for mange. Vi finner en klar indikasjon på at det vil være formålstjenlig å få flere fastleger inn i ordningen, og

fastlegen må avlastes med oppgaver. Dersom det ikke kommer flere leger inn i ordningen, eller oppgaver flyttes fra fastlegenes bord, er sannsynlighet stor for at enda flere allmennleger går ut av yrket, færre kommer inn og at forutsetningene for at fastlegeordningen skal kunne gi ønskede effekter faller.

Forord

På oppdrag fra Helsedirektoratet har EY, i samarbeid med Vista Analyse, evaluert fastlegeordningen. Evalueringen er gjennomført i perioden september 2018 – august 2019.

Fastlegeordningen er en bærebjelke i det norske helsevesenet. Etter innføringen i 2001, hvor meningen var delt om hvorvidt ordningen i seg selv hadde livets rett, er det nå kun et fåtall som betviler ordningens fornuft i sin grunnleggende form. Evalueringen viser også at ordningen langt på vei oppfyller de mest vesentlige intensjonene fra fastlegereformen. Det er like fullt uomtvistelig at ordningen i dag er under et betydelig press, og at tiltak vil være nødvendig for å sikre en bærekraftig modell for fremtiden.

Hovedformålet med evalueringen har vært å skaffe til veie kunnskap som kan forene aktørene i og rundt ordningen bak en felles oppfatning om dagens situasjon. Mange kan mye og vet mye om fastlegeordningen. Det finnes en stor mengde etablert kunnskap om ordningen og tilgrensende felt. Selv om vi i løpet av evalueringsperioden ser positive tendenser til en konvergering mot en felles virkelighetsforståelse på tvers av sentrale aktører, har den offentlige debatten til dels vært preget av ulike fortolkninger av produsert kunnskap og hva denne innebærer. Det er vår intensjon at gjennom å etablere et omforent faktagrunnlag, vil evalueringen bidra til at fokus i den videre debatten kan handle mindre om situasjonsbeskrivelsen og mer om hvilke løsninger som kan styrke ordningen i fremtiden.

Vi vil takke Helsedirektoratet for muligheten til å få gjennomføre denne viktige evalueringen. Vi har tilnærmet oss oppgaven med stor ydmykhet. I en slik omfattende og kompleks evaluering har vi vært avhengig av gode støttespillere. En særlig takk rettes til vår referansegruppe som har vært en uvurderlig støtte for oss gjennom hele evalueringen. Deres aktive bidrag har uten tvil løftet prosessen. Vi ønsker også å takke alle de som har bidratt med sin tid, kunnskap og kompetanse. Et stort antall fastleger har stilt opp på intervju og besvart vår spørreundersøkelse, til tross for travle hverdager. Kommunene vi har besøkt har tatt oss godt imot, og både kommuneadministrasjon og representanter for helse- og omsorgssektoren har vært velvillige til å prioritere oss og sette av tid. Andre sentrale aktører som har bidratt er Nav og utvalgte helseforetak. Takk til dere alle!

Avslutningsvis vil vi også få rette en stor takk til Kommunesektorens interesseorganisasjon (KS) og Den norske legeforening for uvurderlig informasjonsarbeid til sine medlemmer om evalueringen. Uten deres innsats ville ikke evalueringen fått den oppslutningen og brede deltakelsen som var nødvendig.

Oslo, 1. september 2019



Finn Holm

Partner, EY

DEL I

Om oppdraget, evalueringsdesign og metode

I denne innledende delen presenterer vi hva evalueringen skal svare på, hvordan vi har gått frem for å gjøre det, og veileder leseren gjennom resten av rapporten. Lesere som er mindre opptatt av historikk og metode, som vil raskest mulig til våre funn, kan bla over denne delen.

Kapittel 1 gir en kort innføring i fastlegeordningen, presenterer mandatet for evalueringen som er utledet av kravspesifikasjonen fra Helsedirektoratet og oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet, herunder også hvilke avgrensninger vi har gjort. Videre presenterer vi strukturen for rapporten i en leseveiledning.

Kapittel 2 tar leseren gjennom historien om fastlegeordningen, fra debatten i forkant av fastlegeforsøket, til rammene for ordningen slik vi kjenner den i dag i form av lover, forskrifter og avtaler.

Kapittel 3 presenterer evalueringsdesignet som ligger til grunn for evalueringen, og beskriver metoden for de ulike undersøkelsene.

1 Om oppdraget

1.1 Innledning

Fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001. Formålet med ordningen er, jf. Forskrift om fastlegeordning i kommunene, § 1: «å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til». Alle innbyggere fikk rett til å stå på en fastleges liste og rett til selv å velge fastlege. Det er også et mål at ordningen skal bidra til bedre utnyttelse av de samlede legeressursene med riktigere bruk av legevakt og spesialisthelsetjeneste. Ordningen har stort sett vært uendret siden den ble innført.

Hensikten med innføringen av ordningen var først og fremst å gi den enkelte innbygger én fast lege over tid. I tillegg ble det pekt på at en fastlegeordning kunne bidra til å skape et fastere bånd mellom primærlege og pasient, redusere forskjellene i tjenestetilbudet og skape et mer oversiktlig og styrbart system enn det som var tilfelle før ordningen ble innført. Fastlegene fikk også plikt til å delta i offentlig legearbeid eller samfunnsmedisin, da man mente at samfunnsmedisinske og grupperettede oppgaver ikke hadde den posisjonen oppgavene burde ha i kommunens helsetjeneste.

Fastlegeordningen ble hjemlet i Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene. Kommunen har dermed et lovbestemt ansvar for å sørge for en forsvarlig fastlegeordning i sin kommune. Loven er overordnet og overlater reguleringen til Forskrift om fastlegeordning i kommunene, samt til avtaler mellom KS/Oslo kommune og Den norske legeforening. Det inngås videre individuelle avtaler mellom kommunen og den enkelte fastlege. Det er utarbeidet en mønsteravtale for disse som vedheng til rammeavtalen. Pasientenes rettigheter er regulert i Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen.

Utgangspunktet for innføringen av fastlegeordningen var lav stabilitet i allmennlegetjenesten i deler av landet. Det beskrives en situasjon hvor ulike kommuner hadde varierende grad av legedekning, og særlig utkantkommuner var preget av stor utskiftning av leger og omfattende bruk av korttidsvikarer. Legemarkedet var uoversiktlig, med mange forskjellige driftsformer, noe som skapte utfordringer både for pasienter og for styring og regulering av primærlegene. Situasjonen var preget av høy belastning på legene i kommunene, blant annet som følge av at legene ble beordret til legevaktjeneste og andre oppgaver i kommunene, i tillegg til å drive ordinær allmennlegepraksis for befolkningen. Rekrutteringssvikt, spesielt blant unge leger, hadde over tid ført til at det var for få leger til å ta ansvar for befolkningsgrunnlaget, både på dagtid og i legevakt. Resultatet var at befolkningen i deler av landet hadde problemer med å få kontakt med en allmennlege. Annet helsepersonell mente det var utfordrende å få en god dialog med primærlege, særlig knyttet til pasienter med sammensatte og komplekse problemstillinger.

Innføringen av fastlegeordningen søkte i det store å adressere dette bildet ved å legge til rette for:

- ▶ Trygghet
- ▶ Kontinuitet i lege-pasientforholdet
- ▶ Tilgjengelighet
- ▶ Kvalitet

1.1.1 Evaluert som vellykket for perioden 2001-2005, men med noen utfordringer

Fastlegeordningen hadde vært utredet i over ti år før den ble innført. Ordningen ble testet i Trondheim, Tromsø, Lillehammer og Åsnes på 90-tallet. Forsøket ble evaluert og det ble fremmet en Stortingsmelding, St. meld. 23 (1996-97) Trygghet og ansvar, som ledet frem til innføringen i 2001. I grove trekk viste evalueringen av fastlegeforsøket, gjengitt i Stortingsmeldingen, at ordningen fungerte etter intensjonene. Det ble imidlertid pekt på utfordringer knyttet til økt ansvarsbyrde, at forsøket ikke

omfattet utkantkommuner med lavt folketall og heller ikke tok sikte på å bedre de samfunnsmedisinske oppgavene. Det ble derfor anbefalt justeringer og tilleggsordninger før innføring på landsbasis.

Helse- og omsorgsdepartementets statusrapport for fastlegeordningen fra 2004 konkluderte etter de første årene med at «Fastlegeordningen fungerer meget bra» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004, s. 6). Innføringsperioden ble vurdert som svært vellykket. Allmennlegetjenesten var generelt sett blitt styrket i tråd med formålet med ordningen, men det ble også avdekket svakheter og utfordringer som ikke var løst. Blant annet ble det pekt på at små kommuner og utkantkommuner fremdeles hadde utfordringer med rekruttering og stabilitet, mange kommuner hadde for få åpne lister til at pasientene hadde reelle muligheter for legebytte, og en vesentlig andel pasienter måtte bytte fastlege på grunn av avsluttet praksis og reduserte lister.

Norges forskningsråd (NFR) sin evaluering for perioden 2001-2005 (Sandvik, 2006) presenterte en forskningsbasert evaluering med hovedvekt på fire tema relevant for tjenestens kvalitet: legedekning, tilgjengelighet, kontinuitet og effektivitet. Hovedkonklusjonene fra evalueringen var at legedekningen hadde bedret seg og at stabiliteten var høy, men at det fortsatt var problemer med legemangel i enkelte kommuner. Det siste gjaldt særlig små kommuner i distriktene. Tilgjengeligheten var bedret, men pasientene var noe mindre fornøyde med ventetid på time og telefonilgjengelighet sammenlignet med andre aspekter ved ordningen. Kontinuiteten ordningen representerte ble satt pris på, både av leger og pasienter. Pasientene oppga å være svært tilfredse med det personlige forholdet de hadde til fastlegen. Fastlegene på sin side ga uttrykk for det samme, men det ble også vist til at fastlegene opplevde at pasientene hadde fått mer makt og at de var blitt mer krevende. Evalueringen viste til funn som indikerte at allmennlegenes rolle som portvakt til mer avansert medisinsk behandling ved sykehusene (portvaktrollen) var blitt svekket som følge av fastlegeordningen, med et økende antall henvisninger til andrelinjetjenesten som resultat. Økt kapasitet i spesialisthelsetjenesten ble imidlertid trukket frem som den viktigste årsaken til flere henvisninger. Evalueringen viste videre at kommunene stort sett var tilfreds med fastlegenes arbeid, men at kommunene hadde små styringsambisjoner og få andre styringsredskap utover dialog og samarbeid.

1.1.2 Fastlegeordningen på dagsorden – er ordningen i krise?

Fastlegeordningen har i de siste årene vært gjenstand for omfattende diskusjoner. Den gjennomgående oppfatningen av fastlegeordningen er at den har vært en suksess. Ikke minst gjelder dette for befolkningen som har fått en fast lege å forholde seg til. Fastlegeordningen får eksempelvis meget gode skussmål i Difis Innbyggerundersøkelser (Direktoratet for forvaltning og IKT, 2017). Likevel er det flere som opplever og hevder at ordningen står overfor en krise, eller i det minste går mot en krise. Krisen tilskrives først og fremst at arbeidsbelastningen på fastlegene oppleves som for høy, og at en del kommuner sliter med stabilitet og rekruttering i ordningen, og at der dette tidligere ble opplevd som en utfordring i utkantkommuner er det nå i ferd med å spre seg til mer sentrale strøk (Legeforeningen, 2019a). Det hevdes at unge leger ikke lenger ønsker å bli fastlege (Tangvald-Pedersen, 2017; Øren, 2018; Johnsen & Rønning, 2018), og at en økende andel erfarne fastleger ønsker å fratre som fastlege (Trønderopprøret, 2018; Øren, 2019; Gulliksen, 2018).

En omfattende tidsbruksundersøkelse blant fastleger fra februar 2018 konkluderte med at fastlegene i gjennomsnitt arbeider nærmere 56 timer i uken, men at variasjonen i arbeidstid er stor (Rebnord I. K., Eikeland, Hunskaar, & Morken, 2018). Det er også kommet et grasrotopprør fra en gruppe fastleger i Trøndelag, selv titulert som «Trønderopprøret». Gruppen omtaler seg som et nasjonalt fastlegeopprør som jobber for «å ta tilbake kvaliteten i fastlegeordningen». Trønderopprøret søker å synliggjøre hva som kreves i jobben som fastlege i dag, og hvilken arbeidsbelastning fastlegene er utsatt for. Trønderopprøret viser i sin kartleggingsundersøkelse at fastlegene i gjennomsnitt arbeider 9,5 timer hver dag (Trønderopprøret, 2018).

Årsakene til den økte belastningen synes å være sammensatt. Utfra debatten om ordningen, Tidsbruksundersøkelsen, Trønderopprøret og flere fagartikler, herunder Christiansen & Sandvik (2017) og

Rosta & Gjerløw (2016), ser det ikke ut til   v re en enkeltoppgave som peker seg ut, men heller totaliteten av alle fastlegens oppgaver og ansvar. Gjennom samhandlingsreformen har kommunene, herunder fastlegene, fått flere og mer krevende oppgaver (Norges forskningsråd, 2016). Pasientene som skal følges opp i kommunen er sykere enn før som følge av at ansvar og oppgaver er flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunenes helse- og omsorgstjenester. En aldrende befolkning med flere sammensatte helseutfordringer, der stadig flere skal bo hjemme, gir et økende press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert fastlegene. En nedbygging av ulike institusjoner gir flere innbyggere i kommunen som har behov for å møte fastlegen ofte. Det stilles flere krav til dokumentasjon, drift og samhandling med andre aktører innenfor helse og omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenesten, Nav og andre. I tillegg kommer spesifikke oppgaver som ny f  rerkortforskrift, nye fraværsregler i videregående skole med videre.

Det pekes også på at det har kommet en ny generasjon leger inn i yrket (Christiansen & Sandvik, 2017; Hafstad, 2019). Disse ønsker seg en annen balanse mellom fritid og arbeid enn det leger muligens tradisjonelt har gjort. Sammenlignet med tidligere synes også flere å ønske seg fastlønnede stillinger, eller   t sikkerhet og forutsigbarhet i inntektene, der det er enklere å gjøre rom for eget sykefravær, permisjoner, og fravær knyttet til syke barn, enn hva den opprinnelige hovedmodellen for næringsdrivende fastleger gir.

Samlet har dette bidratt til rekrutteringsutfordringer i kommunene, noe som er dokumentert og beskrevet i offentlige medier, fagtidsskrifter og i den offentlige debatten. Riksdekkende aviser har dokumentert rekrutteringsutfordringer i en rekke kommuner, i tillegg til å ta opp andre utfordringer ved ordningen og fastlegens arbeidsdag. VG gjennomførte i 2017 en egen undersøkelse der kommunene selv meldte inn sin rekrutteringssituasjon (Sæther & Nærø, 2017). Et stort antall kommuner meldte rødt, som innebar at de ikke klarte å rekruttere de legene de ønsket. Legeforeningen har fulgt opp med en ny undersøkelse i 2018 som viser at rekrutteringsutfordringen sprer seg og at stadige flere kommuner sliter med å rekruttere fastleger (Legeforeningen, 2019a). Mens det tidligere kun var distriktene som hadde utfordringer med rekruttering og stabilitet, kan det tilsynelatende se ut til at denne utfordringen også gjelder i sentrale strøk og større kommuner. Fastlegene har argumentert for at ordningen er under betydelig press, noe som har ført til at både helseministeren og Stortinget har varslet tiltak. Det synes å være enighet om at det er nødvendig med tiltak for å beholde dagens fastleger og at det må legges bedre til rette for at flere skal ønske å bli fastlege. Debatten om fastlegeordningen viser også verdien av en god primærhelsetjeneste der alle innbyggere har et likeverdig helsetilbud over hele landet.

Denne evalueringen må sees i lys av erkjennelsen om at fastlegeordningene synes å være under press, og kan betraktes som ett av flere initiativ for å forstå mekanismene bak situasjonen som har oppstått. Et viktig formål med denne evalueringen er å få frem kunnskap om dagens situasjon og utfordringer for fastlegeordningen i dag sett fra ulike ståsted. Evalueringen vil dermed kunne inngå som en del av kunnskapsgrunnlaget for å utvikle tiltak som kan bidra til å sikre gode og tilgjengelige allmennlegetjenester over hele landet.

1.2 Evaluering av dagens fastlegeordning

Stortinget har gjennom anmodningsvedtak nr. 2 (2017  2018) bedt om at fastlegeordningen evalueres. Anmodningsvedtaket er fulgt opp av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som igjen har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å anskaffe en evaluering av fastlegeordningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Etter en offentlig utlyst konkurranse fikk EY, i samarbeid med Vista Analyse, i oppdrag å evaluere fastlegeordningen.

1.2.1 Evalueringsens formål og mandat

HOD ønsket en bred evaluering. Formålet med evalueringen er ifølge oppdragsbrevet fra HOD «   få kunnskap om status og utfordringer for fastlegeordningen i dag sett fra ulike ståsted» (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2018a, s. 1). Det pekes spesielt på at evalueringen må beskrive hva som fungerer godt, hva som er utfordringer med dagens ordning og hva som bør endres. Utgangspunktet for vurderingene skal være fastlegenes samfunnsoppdrag, slik dette fremgår av lover, forskrifter og avtaleverket som rammer inn ordningen. Samtidig viser HOD til at evalueringen bør belyse om dagens fastlegeordning samsvarer med dagens og morgendagens behov for og forventninger til fastlegetjenester i befolkningen, i kommunene og hos myndighetene.

Evalueringen er delt i to oppdrag: 1. Folkehelseinstituttet skal evaluere brukernes erfaringer med ordningen og pasientenes opplevelse av kvalitet i tjenestene. 2. EY og Vista Analyse skal evaluere ordningen i et tjenesteperspektiv. Mandatet for denne evalueringen er spesifisert gjennom en kravspesifikasjon utarbeidet av Helsedirektoratet. Kravspesifikasjonen er i sin helhet gjengitt i vedlegg. Ifølge kravspesifikasjonen skal evalueringen ta utgangspunkt i de krav, føringer, forventninger og mål med fastlegeordningen som har ligget til grunn i den perioden ordningen har eksistert.

Kravspesifikasjonen fremmer følgende tre evalueringsspørsmål:

1. Har ordningen over tid hatt ønsket effekt?
2. Hvordan har endrede rammebetingelser påvirket ordningen sett fra ulike ståsted?
3. I hvor stor grad er dagens rammebetingelser bærekraftige med tanke på dagens og fremtidens behov for allmennlegetjenester til befolkningen?

Evalueringsspørsmålene skal belyses gjennom følgende fem definerte temaområder:

- ▶ Kvalitet i tjenesten (organisatorisk og faglig)
- ▶ Fastlegenes arbeidssituasjon og rammebetingelser
- ▶ Kommunenes rolle og hvordan de forvalter «sørge-for»-ansvaret
- ▶ Samarbeidspartneres vurdering av samarbeidet med fastlegene
- ▶ Fastlegenes vurdering av samarbeidet med andre tjenester

For hvert temaområde skal det vurderes hva som fungerer godt, hva som er utfordringer med dagens ordning og hva som bør endres.

Evalueringen er gjennomført med utgangspunkt i kravspesifikasjonen. Vi har benyttet tilgjengelig sekundærdata (evalueringer, statistikk, registerdata, samt nasjonal og internasjonal forskning) for å sammenstille eksisterende kunnskap om ordningen. I tillegg har vi hentet inn primærdata gjennom spørreundersøkelser og intervjuer med videre, med ulike målgrupper. Se kapittel 2 for en nærmere beskrivelse av evalueringsdesign, metode og datagrunnlag.

1.2.2 Avgrensninger

Evalueringen vurderer ikke brukererfaringer og kvalitet sett fra et pasient- eller brukerperspektiv. Dette behandles i den tidligere nevnte evalueringen som gjennomføres av Folkehelseinstituttet.

Det å måle og evaluere faglig kvalitet i tjenesten komplisert. Det eksisterer ikke en entydig definisjon av hva god kvalitet i primærhelsetjenesten er, eller hva som er gode kvalitetsmål. Videre er det komplisert å hente ut data i stor skala, noe som ikke var mulig innenfor rammene av denne evalueringen. Vi har derfor avgrenset faglig kvalitet i tjenesten til å omhandle fastlegens egen vurdering av faglig kvalitet og kvalitetsarbeid, samt rammebetingelser for å kunne utøve ønsket og forsvarlig kvalitet og kvalitetsarbeid i tjenesten.

Evalueringen omhandler heller ikke den pågående piloteringen av primærhelseteam eller andre pågående forsøk, piloter eller initiativ. Fastlegeordningen er i stadig utvikling, og slike utviklingstiltak og forsøk må evalueres på egne premisser før de eventuelt etableres permanent i ordningen. Så lenge status på dette er

som pilot eller forsøk er de ikke en del av den permanente fastlegeordningen, og behandles derfor ikke direkte i evalueringen.

Vi har ikke kartlagt fastlegens IKT-løsninger. Det er heller ikke kartlagt hvilke elektroniske tjenester fastlegene tilbyr pasientene. Dette ville krevd mer tid og ressurser enn det som har vært tilgjengelig for denne evalueringen. Bruk av digitale verktøy i samhandling med andre aktører og pasienter belyses, der vi særlig har vært opptatt av erfaringer, barrierer for bruk av IKT og innspill til forbedringer. Vi berører også spørsmål om konsekvenser for etterspørsel, tilgjengelighet og kvalitet som følge av mulighetene som følger med digitale verktøy. Avgrensningen som er gjort på dette feltet er i tråd med kravspesifikasjonen og oppdragsbeskrivelsen fra HOD.

1.3 Leseveiledning

Denne rapporten er strukturert på følgende måte.

Rapporten består av fire hoveddeler, med totalt elleve kapitler. Del I omhandler fastlegeordningens historie, informasjon om oppdraget og evalueringsdesign. Del II gjennomgår funnene våre, og er grunnlaget for evalueringen. Del III er diskusjon og evaluering basert på våre funn, og Del IV er anbefalinger og konklusjoner.

Del I Om oppdraget og evalueringsdesign:

I innværende kapittel 1 introduserer vi fastlegeordningen, mandatet for evalueringen og avgrensninger til dette. Kapittel 2 redegjør for fastlegeordningens historikk, formelle rammer og status. Lesere med god kjennskap til fastlegeordningens historikk og rammer kan hoppe over denne redegjørelsen. I kapittel 3 gir vi en gjennomgang av evalueringsdesignet, og hvilke metoder som er benyttet for å samle inn og analysere data/empiri. Lesere som vil raskest mulig til evalueringens funn kan gå rett til del II.

Del II Evalueringsgrunnlag og funn:

Kapittel 4-7 redegjør i helhet for våre funn, strukturert etter evalueringsdesignets metoder. Vi starter kapittel 4 med en oppsummering av relevant litteratur som evalueringen bygger på, før vi gjennomgår relevant statistikk, registerdata og annet tallmateriale i kapittel 5. Deretter går vi inn på funn fra våre primærundersøkelser. Kapittel 6 inneholder funn fra intervjustudien, og kapittel 7 inneholder funn fra våre spørreundersøkelser.

Del III Diskusjon og evaluering:

I kapittel 8 diskuterer vi våre funn opp mot evalueringens fem hovedtema: «Kvalitet i tjenesten», «Fastlegenes arbeidssituasjon og rammebetingelser», «Kommunenes rolle og forvaltning av «sørge-for» ansvaret», samt avslutningsvis «Samarbeidspartneres vurdering av samarbeid med fastlegene» og «Fastlegenes vurdering av samarbeid med andre tjenester». De to siste temaene er tett sammenvevd og omhandler de samme mekanismene, men sett fra to ulike perspektiver, og behandles derfor sammen som ett tema. I kapittel 9 vurderer vi fastlegeordningen mot de tre definerte evalueringsspørsmålene og -kriteriene. I samme kapittel presenterer og diskuterer vi våre anbefalinger for å forbedre fastlegeordningen og veien videre, samt konkluderer.

2 Om fastlegeordningen, rammer og status

Kapitlet starter med et kort tilbakeblikk på tiden før fastlegeordningen ble innført, og hvilke utfordringer og formål ordningen var ment å skulle møte. Videre presenterer vi Stortingets vedtak om innføring av fastlegeordningen. Vi redegjør kort for revisjonen av ordningen, og pågående forsøk som kan berøre ordningen, før fastlegeordningen i tall presenteres på et overordnet nivå. Avslutningsvis gjennomgår vi ordningens rammebetingelser som følger av lover, forskrifter og avtaleverk, før vi konkret ser på økonomien for de som driver fastlegevirksomhet.

Formålet med kapitlet er å gi bakgrunnskunnskap om hvilke utfordringer som utløste ordningen og målene som er satt for ordningen, samt å gi et bilde av omfang og ordningens vilkår og rammebetingelser på et overordnet nivå. I henhold til evalueringens mandat skal utgangspunktet for evalueringens vurderinger være fastlegenes samfunnsoppdrag, slik dette fremgår av lover, forskrifter og avtaleverk som rammer inn ordningen. Dette kapitlet danner dermed grunnlaget for evalueringens vurderinger.

Del 2 består av mer detaljert informasjon og analyser av ulike sider ved fastlegeordningen, samt presentasjon av funn fra evalueringens undersøkelser.

2.1 Bakgrunn og et kort tilbakeblikk

Utbyggingen av allmennlegetjenestene har skjedd gradvis i Norge. I lang tid hadde man to ulike systemer for allmennlegetjenester i henholdsvis by og bygd. I byer og på steder med en større befolkning var rent privattrevet legepraksis det vanlige, mens i distriktene benyttet man distriktsleger. Distriktslegevesenet bestod av statlig ansatte leger utnevnt av Kongen i statsråd.

Etter andre verdenskrig ble det satset på å bygge ut institusjonshelsetjenesten i Norge. Nyutdannede leger valgte spesialisthelsetjenesten og rekrutteringen til allmennmedisin var krevende. Særlig var det mange innbyggere per primærlege i distriktene. I enkelte områder kunne det være over 8.000 personer per lege. Arbeidsbelastningen var stor og rekrutteringen dårlig.

Helsemyndighetene og legeforeningen så det som nødvendig å styrke primærhelsetjenesten. Legeforeningen mente imidlertid at allmennpraktikerne i stor grad burde være næringsdrivende, mens myndighetene ønsket at det offentlige skulle overta både ansvar og drift. Uenigheten mellom helsemyndighetene og Legeforeningen preget mye av debatten i 1970-årene.

Frem til 1970-årene var solopraksis den vanlige driftsformen, selv om det fra slutten av 1960-tallet ble noe vanligere med gruppepraksiser. Utgiftene for nyetablerte allmennleger hadde økt på grunn av behov for gode lokaler, utstyr og helsepersonell. Flere kommuner begynte derfor å subsidiere etableringen av privat allmennpraksis med kontorer og annet. I disse årene var det et økende antall primærleger som ønsket offentlig ansettelse på fastlønn på lik linje som leger i sykehus.

Som nevnt var legetjenesten lenge delvis statlig drevet. Dette ble endret i 1984 med innføringen av Lov om helsetjenesten i kommunene. Ansvaret ble lagt til kommunene. Dette ble i Ot. Prp. nr 36 (1980-1981) begrunnet i nærhet til innbyggerne, mulighet til å utforme tjenestene i tråd med lokale behov og prioriteringer, samt muligheten for å få til et bedre samarbeid mellom helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene. Det statlige distriktslegevesenet ble avviklet, og kommunene overtok ansvaret for å tilby innbyggerne allmennmedisinske og samfunnsmedisinske tjenester. For å oppnå en mest mulig helhetlig legetjeneste for befolkningen, ble det besluttet at den privattrevne allmennlegepraksis skulle innpasses i det kommunale ansvaret.

Kommunene kunne velge om de ville løse oppgavene ved selv å ansette leger eller ved å inngå avtaler med privatpraktiserende leger. Departementet mente kommunene måtte velge løsning selv, men anslo at fastlegestillinger med fastlønnsavtale ville bli hovedregelen på sikt. Begrunnelsen for dette var at stykkprisrefusjoner kunne føre til at leger av inntektshensyn ikke tilpasset sitt arbeid til det som var

ønskelig fra en helsepolitisk synsvinkel. Forebyggende arbeid ble oppfattet å være mer forenlig med fastlønn. En stykkprisfinansiering ble også antatt å være lite egnet i kommuner der en overdimensjonering av legetjenestene ville være nødvendig av hensyn til store avstander og spredt bebyggelse. Flere kommuner begynte også etter hvert å tilby fastlønnstillinger. Flest fastlønnede var det rundt 1990 med nesten 40 prosent av primærlegene.

Etter den kommunale overtakelsen av ansvaret for legetjenesten, inngikk kommunene ulike avtaler med legene avhengig av driftsform. Dersom legen var selvstendig næringsdrivende ble det inngått driftsavtale. Legen mottok da et driftstilskudd som hovedsakelig var avhengig av omfanget av medarbeidere i praksisen. Andre leger var og forble kommunalt ansatt på fastlønn. Hvis leger verken hadde næringsdriftsavtale eller var kommunalt ansatt, fikk de refusjon fra folketrygden i tillegg til egenbetalingen fra pasienten. I tillegg fantes det kombinasjoner av disse tre hovedmodellene. Evalueringen av perioden 2001-2005 (Sandvik, 2006) påpeker at de ulike tilknytningsformene som eksisterte før innføringen av fastlegeordningen gjorde at myndighetene fikk dårlig oversikt over legearbeidsmarkedet, dårlig kontroll over utgiftene, og problemer med å administrere legene.

Med lovendringen i 1984 ble rekrutteringen av leger til kommunene god. Etter hvert ble det imidlertid igjen utfordringer med rekrutteringen grunnet en sterk vekst i spesialisthelsetjenesten. Flere fastlønnede leger endret også tilknytningsform til driftsavtale fordi legene mente det var økonomisk mer gunstig, og opplevde å stå friere enn ved kommunal styring (Norges forskningsråd, 2006).

Mot slutten av 90-tallet var det mange ubesatte stillinger i kommunene. Pasienter klaget over tilgjengeligheten, den begrensede tiden de fikk med legene og at de stadig måtte forholde seg til nye leger. Pasienter med store og sammensatte behov ble ikke prioritert og fikk for dårlige tverrfaglige tilbud. Sykehus og spesialister visste ofte ikke hvilken lege i kommunen de skulle forholde seg til for videre oppfølging i kommunen. Misnøyen resulterte etter hvert i den fastlegeordningen vi kjenner i dag.

Alment praktiserende lægers forening hadde blitt kjent med prinsippene i et «Listesystem» i fastlegeordningen på 1970-tallet gjennom studiebesøk til Nederland, England og Danmark. For å utbedre legetjenesten ble tanken om et listesystem for Norge lansert på slutten av 1980-tallet. Formelt kom dette i St.meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane (Sosial- og helsedepartementet, 1990) hvor det ble pekt på at man trengte å vurdere de ulike tilknytningsformene innenfor allmennlegetjenesten i kommunene. Det måtte ses på hvordan tjenesten skulle utvikles og organiseres videre, og hvordan staten skulle få et bedre grunnlag for kontroll over de totale kostnadene i helsetjenesten. Departementet mente derfor at det var grunnlag for å prøve ut et listepasientsystem.

Da Stortinget behandlet meldingen, påpekte flertallet i sosialkomiteen viktigheten av at den enkelte innbygger har mulighet til å bruke en fast lege, og understreket særlig svake gruppers behov for en fast lege. Flertallet på departementet å gjennomføre en prøveordning for et listepasientsystem, jf. Innst. S. nr. 219 (1989-90). Våren 1991 vedtok Stortinget lov 4. juli 1991 nr. 53 om forsøk med listepasientsystem i kommunehelsetjenesten. Forsøket startet i mai 1993 og varte i tre år. Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes deltok i forsøket. Formålet med forsøket, slik det ble skissert i proposisjonen, var å undersøke hvordan en ordning med fast lege, basert på et listesystem, ville fungere for brukerne, legene, legenes samarbeidspartnere og kommunen. Videre skulle det avklares hvilke endringer av nåværende finansieringsordning som var nødvendige for å få listepasientsystemet til å fungere.

Oppslutningen om ordningen var svært god i forsøkskommunene. Pasientundersøkelsen i evalueringen viste at et stort flertall i de fire forsøkskommunene ønsket å ha en fast lege. I forsøkskommunene gikk en økende andel av legekontaktene til brukere med store omsorgsbehov. Akuttilbudet til psykiatriske pasienter ble bedre ivarettatt fordi det nå var kjent hvilken allmennlege som hadde ansvar i akutte kriser. Personer med psykiske problemer som ikke selv oppsøkte lege, ble imidlertid fremdeles ikke fanget opp i tilstrekkelig grad. Erfaringen tilsa også at pasientlisten og etableringen av denne var svært avgjørende for hvordan fastlegesystemet fungerte.

Forsøket ble etterfulgt av St.meld. nr. 23 (1996-1997) Trygghet og ansvarlighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). I innledningen til kapittel 2 Hva er problemet med legetjenesten i kommunene omtaler meldingen hovedutfordringen slik:

Det største problemet i primærlegetjenesten er at det er for svake bånd mellom lege og pasient. Dagens ordninger gir ikke samme trygghet som den gamle huslegen stod for. Pasientene har vansker med å skaffe seg sin egen lege, legene vet ikke lenger hvilke pasienter som er «deres» - og kommunene får ikke dekket alle nødvendige legeoppgaver fordi de ikke klarer å opprettholde stabil legestab over tid. I tillegg til dette, er det et problem at samfunnsmedisinske og grupperettede oppgaver ikke har den plass de burde hatt i kommunenes helsetjeneste.

Meldingen oppsummerte erfaringene med fastlegeforsøket. Det het blant annet at legetjenesten syntes å være bedre tilpasset brukerne. Det ble understreket at også innen grupper med et stort behov for legetjenester ønsket et flertall å fortsette med ordningen. Det ble likevel pekt på at det overfor disse brukerne fortsatt var rom for forbedringer av tjenestetilbudet.

Det ble videre pekt på at ordningen la bedre til rette for samarbeid med annet personell og koordinerende tiltak for pasienter i og utenfor helsetjenesten, samt at forsøket hadde bidratt til en mer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten fordi spesialisthelsetjenesten nå visste hvem som var pasientenes faste allmennlege. Man mente også at ordningen la til rette for bedre økonomistyring fordi fastlønnskomponenten i legenes lønn var høyere enn tidligere. Departementet viste til at fastlegeordningen kunne bidra til å skape et fastere bånd mellom primærlege og pasient, redusere forskjellene i tjenestetilbudet og skape et mer oversiktlig og styrbart system.

Avlønningsformen ble foreslått beholdt uendret fra forsøket, med 50-50 fordeling mellom stykkpris-tilskudd og per-capita-tilskudd, men ulik vektning av per-capita-tilskudd for ulike befolkningsgrupper ble frarådet. I fastlegeforsøket mottok legene høyere per-capita-tilskudd for pasienter som var over 75 år. Det ble også foreslått at fastlegene skulle få plikt til å delta i offentlig legearbeid eller samfunnsmedisin, og at avtaler om dette skulle fastsettes i driftsavtalene med den enkelte lege før det ble inngått avtale om listestørrelse.

For å motvirke at pasienter skulle føle seg bundet til en lege de ikke hadde tillit til, ble det foreslått en lettere adgang til å bytte lege enn i fastlegeforsøket. I tillegg ble det foreslått en rett til annenhåndsvurdering hos annen lege.

2.1.1 Fastlegeforskriften vedtas med konsekvenser for finansieringen av tjenesten

Den 11. juni 1997 vedtok Stortinget å innføre en fastlegeordning i Norge. Stortinget endret avlønningsmodellen fra 50/50 til 30/70 fordeling mellom per-capita-tilskudd og stykkpris-del. Inntjeningen ble dermed mindre avhengig av listelengden enn i fastlegeforsøket, men det var fortsatt et ønske at fastleger skulle få økt inntjening dersom de var villig til å ta på seg større lister. Før innføringen av basistilskuddet hadde kommunene utbetalt et driftstilskudd til hver lege. Det tidligere driftstilskuddet var en fast sum utbetalt til hver lege basert på antallet ansatte ved kontoret primært. Med Fastlegereformen ble denne summen gjort avhengig av hvor mange pasienter legen hadde på sin liste. Dette gjorde legedekningen uavhengig av kommunenes økonomi. Dette må betraktes som et tiltak for å motvirke utviklingen som ble observert gjennom 80- og 90-tallet der kommuner hadde insentiv for å begrense antall allmennleger, og også rasjonerte med antall leger for å spare kommunale budsjetter (Bakke, 2013).

Stortingets vedtak om innføring av fastlegeordning

Stortinget vedtok at følgende hovedprinsipper skulle legges til grunn for en fremtidig fastlegeordning i Norge:

1. Pasientene kan velge fastlege også uavhengig av kommune- og bydelsgrenser basert på nærmere fastsatte kriterier.

2. Pasientene kan skifte fastlege inntil to ganger per år og har rett til ny vurdering hos annen lege enn fastlegen.
3. Pasientene kan stå på liste hos en enkeltlege i egen praksis eller i gruppepraksis.
4. Fastlegen har hovedansvar for pasienten.
5. Legene i fellesskap har ansvar for vikarordninger, legevakt og liknende i samråd med kommunen.
6. En lege skal normalt ikke ha flere enn 2.500 pasienter eller færre enn 500 pasienter på listen. Legene må etter nærmere avtale med kommunen ha mulighet til å begrense listen til 1.500 pasienter.
7. Alle leger som driver allmennpraksis med eller uten avtale når ordningen trer i kraft, skal få mulighet til avtale som fastlege. Det samme gjelder dem som midlertidig er ute av arbeid på grunn av svangerskapspermisjon eller andre permisjoner.
8. Det utarbeides kriterier for anslått legebehov i forhold til folketallet, som brukes som utgangspunkt for hvorvidt det kan opprettes flere avtaler i en kommune.
9. Fastlegeordningen finansieres med 30 prosent basistilskudd på grunnlag av antall pasienter på listen og 70 prosent refusjon/egenandel.
10. Alle leger skal ha rett til å sykemelde pasienter, skrive ut trygdeerklæringer, henvise til spesialist og forskrive resepter for alle pasienter.
11. Pasienter skal ha rett til å stå utenfor fastlegeordningen.
12. Det skal være liberal henvisningspraksis ved blant annet graviditet.
13. Kommunene skal få kompensert alle merutgifter til fastlegeordningen.

Stortinget var også opptatt av at regjeringen måtte ha spesiell oppmerksomhet rettet mot kommuner med ustabil legedekning.

Arbeidet med innføring av Fastlegereformen ble fra desember 1997 organisert som et prosjekt knyttet til Helseavdelingen i Sosial- og helsedepartementet. I prosjektgruppen var Statens helsetilsyn og Rikstrygdeverket representert. Det ble også opprettet et samarbeidsorgan mellom Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune, Den norske lægeforening og departementet. Ved innføringen av fastlegeordningen 1. juni 2001 ble dette organet videreført som Sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (SSU). Etter fastlegeordningen var innført, ble møtene mindre og mindre hyppige, og siste møte ble avholdt i 2007. I desember 2017 ble samarbeidet reetablert som et trepartssamarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Legeforening (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Legens rettigheter og plikter var i henhold til høringsnotatet Legetjenesten i kommunene – trygghet og ansvar, forslag til fastlegeordning av 20. oktober 1998:

- ▶ Rett til tilbud om fastlegeavtale i enepraksis eller gruppepraksis
- ▶ Rett til å inngå individuell avtale om listelengde
- ▶ Rett til å avgrense antall personer tilknyttet egen liste
- ▶ Rett til per-capita-tilskudd og trygderefusjon
- ▶ Rett for fastlønne til å fortsette i fastlønnsstilling
- ▶ Rett til å være representert i samarbeidsorgan
- ▶ Plikt til å prioritere personer tilknyttet egen liste og nyvurderingspasienter
- ▶ Plikt til å yte allmennlegetjenester overfor personer tilknyttet egen liste
- ▶ Plikt til å delta i de oppgaver som følger av fastlegeavtalen med kommunen

I den endelige tilrådingen fra Sosial- og helsedepartementet, godkjent i statsråd 24. september 1999 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999), ble det fremhevet at formålet med Fastlegereformen var å

bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved at alle innbyggere som ønsket det skulle kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skulle gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. Reformen skulle bidra til kontinuitet i lege-pasient forhold, særlig viktig for personer med kroniske sykdommer og psykiske lidelser, samt for funksjonshemmede og pasienter under rehabilitering. Reformen skulle også bidra til en mer rasjonell utnyttelse av de samlede legeressursene i landet.

De sentrale avtalene for fastlegeordningen var på plass i løpet av september 2000, og de individuelle avtalene i løpet av november. Reformen ble iverksatt 1. juni 2001. Evalueringen av fastlegeordningen for perioden 2001-2005 viste at reformen hadde bedret tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten og gitt kortere ventetid og bedre legedekning. Den viste også at kontinuitet/retten til å ha en fastlege ble verdsatt (Sandvik, 2006).

2.2 Endringer i etterkant av innføringen av fastlegeordningen

Samhandlingsreformen ble innført fra 1. januar 2012. Reformen innebar flere og mer omfattende oppgaver til kommunene, herunder fastlegene. Denne reformen ble ikke pilotert slik fastlegeordningen ble, og elementer som medfinansieringsansvaret for somatiske tjenester ble fjernet etter innføringen. I St. meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, fremgår det at bakgrunnen for samhandlingsreformen var erkjennelsen av at helse- og omsorgstjenestene var blitt for fragmenterte og var i ferd med å bli for kostbare (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Flere utredninger hadde pekt på behovet for bedre samhandling og samordning, særlig mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Reformen inneholdt et bredt sett virkemidler, både rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske.

Målet med samhandlingsreformen var å oppnå bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategiene var å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skulle få tidlig og god hjelp nærmest mulig sitt bosted. Rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som var tilpasset den enkelte bruker, var et uttrykt mål for reformen. For å få dette til ble det innført en ny folkehelselov som skulle styrke kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer (Folkehelseloven, 2011). Det ble også innført en ny felles lov for helse- og omsorgstjenesten i kommunene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Denne loven skulle samle kommunenes plikter.

Det ble plikt for kommuner og sykehus til å samarbeide og arbeidsdelingen skulle bli bedre. Kommunene skulle videre overta ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag og det ble innført en kommunal plikt til å etablere tilbud med øyeblikkelig hjelp - døgntilbud for pasienter som har behov for akutt hjelp eller observasjon. Plikten ble innfaset i perioden 2012-2015.

Samhandlingsreformen er evaluert av Norges forskningsråd (2016). Det dokumenteres der at samhandlingsreformen har ført til flere oppgaver til fastlegen. Samtidig viste evalueringen av samhandlingsreformen at kommuneoverleger og fastleger er lite inne i arbeidet med samarbeidsavtalene mellom kommunene og sykehus. I evalueringen blir en av effekten av reformen ansett å være et skifte i kommunehelsetjenestens karakter, i retning av mindre fokus på forebygging og mer innsats på behandling og pleie av mer spesialisert karakter. Pasienter som sykehusene meldte utskrivningsklare til kommunen var ofte sikrere enn før samhandlingsreformen.

2.2.1 Fastlegeforskriften revideres i 2012

I forlengelsen av Samhandlingsreformen ble fastlegeforskriften revidert. Behandlingen av den nye fastlegeforskriften var imidlertid ikke uproblematisk. Den såkalte fastlegeaksjonen organiserte underskrifter fra 2.600 fastleger i opposisjon til det opprinnelige forslaget. Hovedinnsigelsene var både relatert til prosessen, hvor det ble opplevd at fastlegene gjennom sine organisasjoner og tillitsvalgte ikke hadde hatt tilstrekkelig anledning til å komme med innspill underveis i arbeidet, og at høringsnotatet som da forelå inneholdt motstridende krav til fastlegene. Det ble påpekt at, på tross av gode motiver og

målsettinger, ville endringene innebære en økning i mengde og omfang av arbeidsoppgaver som ikke var forenlig med krav til for eksempel tilgjengelighet.

I høringsnotatet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), viste departementet til at det i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, ble trukket frem at fastlegeordningen ikke fungerte godt for pasienter som ikke selv oppsøkte legen. Departementet mente dette kunne anses som en naturlig konsekvens av at fastlegenes rolle i hovedsak hadde vært å ivareta pasienter som oppsøkte legen eller selv bestilte time. Det hadde ikke vært forventet at legene skulle drive oppsøkende virksomhet.

Videre, og delvis i tråd med dette, påpekes det at forebygging og oppsøkende virksomhet skjedde i for liten grad. Også samarbeid med kommunal omsorgstjeneste burde bli bedre het det i høringsnotatet. Det ble vist til at omsorgstjenesten rapporterte at det kunne være problemer med å få hjemmebesøk av fastlegen og at de derfor i stedet brukte legevakt. Det som har vært en ønsket utvikling, det vil si at flere av konsultasjonene skulle skje på legekantoret, syntes ifølge departementet å ha gått for langt. Resultatet ble at fastlegene fikk et skjerpet krav med hensyn til å tilby hjemmetjenester, at de skulle drive mer oppsøkende virksomhet, samtidig som det også var påvist at samhandlingsreformen før disse innskjerpelsene, hadde gitt fastlegene flere oppgaver.

Det ble videre uttalt at kommunenes styringsmuligheter overfor fastlegene var for dårlige og at fastlegetjenesten var for dårlig integrert i den øvrige helse- og omsorgstjenesten i kommunene. For å rette opp i svakhetene adressert av departementet, ble det i revidert forskrift foretatt:

- ▶ En presisering av kommunens ansvar for fastlegeordningen
- ▶ En presisering av fastlegens listeansvar, herunder innføringen av krav til funksjon og kvalitet i tjenesten
- ▶ En forskriftsfesting av sentrale sider ved ordningen som hadde vært avtaleregulert
- ▶ Krav om rapportering til kvalitets- og styringsformål
- ▶ Økonomiske sanksjoner mot fastleger ved manglende oppfyllelse av avtalen
- ▶ Flytting av truende og voldelige pasienter uten samtykke fra en fastlegeliste

2.3 Et politisk mål at fastlegeordningen skal forbedres og moderniseres

Det pågår stadig initiativ som har som formål å styrke fastlegeordningen. I de neste avsnittene redegjør vi for pågående initiativ som vil ha påvirkning på fastlegeordningen.

Finansieringen av fastlegeordningen påvirker ordningen i stor grad. Ved årets forhandling om ny statsavtale ble det vedtatt en styrking av fastlegeordningen med 180 millioner kroner for å bedre rekruttering, stabilisering og samhandling. Fastlegene får i tillegg samme lønnsvekst som andre grupper har fått i årets oppgjør, og 50 millioner av kronene brukes på en tilskuddsordning for å «kompensere næringsdrivende fastleger med mange pasienter på listen som krever mye oppfølging». 60 millioner av kronene brukes på en tilskuddsordning «som skal tilrettelegge for at selvstendig næringsdrivende fastleger i kommuner med rekrutteringsutfordringer spesialisere seg». Det skal også opprettes en takst for samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, og tilskuddet skal også tilrettelegge for økt bruk av e-konsultasjon (Regjeringen, 2019).

Videre vil det redegjøres for andre tiltak som gjennomføres for å styrke fastlegeordningen.

2.3.1 Piloteringer

Det fremgår av regjeringsplattformen at fastlegeordningen skal forbedres og moderniseres. Det pågår en rekke tiltak for å følge opp målet. I statsbudsjettet for 2019 vises det til tre piloter som startet opp i 2018. Pilotene skal bidra til å utvikle en mer helhetlig og teambasert tjeneste tilpasset brukernes behov der de samlede personellressursene brukes bedre. Dette er primærhelseteam, oppfølgingsteam og andre runde

med utprøving av medisinsk avstandsoppfølging. En egen pilot på legevaktfeltet startet også høsten 2018. Piloter for allmennlege i spesialisering er også i gang både i vest og nord. Pilotene skal gi kunnskap om effekten av nye arbeidsformer og arbeidsdeling samt om endringer i organisering og finansiering av tjenestene. Følgende tabell gir en oversikt over pågående piloter med relevans for fastlegeordningen.

Piloter av relevans for fastlegeordningen		
Prosjekt	Tidspunkt	Beskrivelse
Primærhelseteam	2018-21	Kjerneteam bestående av fastlege, sykepleier og helsesekretær som har hovedfokus på pasienter med behov for mer oppfølging.
Oppfølgings-team	2018-21	En pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam startet 1. september 2018 i seks kommuner. Pilotprosjektets fokus er å få på plass en systematisk måte å jobbe tverrfaglig, for å sikre tidlig identifisering av brukere med individuelle behov (Helsedirektoratet, 2019b).
Medisinsk avstandsoppfølging	2018-20	I medisinsk avstandsoppfølging gjør teknologiske løsninger det mulig for pasienten å bli fulgt opp av helsepersonell hjemme. (Helsedirektoratet, 2019c).
Pilot på legevakt	2018-21	To geografiske områder er valgt ut til å delta i prosjektet der det vil bli interkommunal legevakt mellom kommunene i disse områdene. I piloten vil det være en lege i en legevaktsentral med koordinerings- og kvalitetsansvar. Det blir også innført en legevaktssatellitt i områder der det bor relativt få personer som har lang vei til legevakt eller sykehus (KS, 2018b; Partssammensatt gruppe, 2019; Uni Research Helse, u.d.).
ALIS-vest ALIS-nord	-	ALIS-vest og ALIS-nord er statsstøttede pilotprosjekter som har som formål å bedre rekrutteringen til fastlegeyrket ved å tilby tilrettelagte og forutsigbare utdanningsløp for allmennleger i spesialisering (ALIS). ALIS-Vest er inne i sitt tredje år med pilotering. Piloten omfatter utvalgte kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane, og også Møre og Romsdal og Rogaland fra 2019. Ved piloten kan unge leger starte i fastlønnede utdanningsstillinger (ALIS-fastlønn). Prosjektet skriver på sin hjemmeside at et ønske om også å tilby ALIS med næringsdrift er registrert og vil bli inkludert (ALIS-Vest, 2019). Høsten 2018 fikk Bodø kommune tilskudd fra Helsedirektoratet til å starte opp piloten ALIS-Nord (ALIS-Nord, 2019). Per sommeren 2019 har kommunene fått tilbud om til sammen 32 ALIS i prosjektet, med henholdsvis 15 ALIS-næring og 17 ALIS-fastlønn (ALIS-Nord, u.d.) I Legeforeningens utviklingsplan for fastlegeordningen (Legeforeningen, 2019d) blir en nasjonal ALIS-ordning presentert som ett av ti tiltak for en fremtidsrettet og bærekraftig fastlegeordning.

TABELL 2.1: PILOTER AV RELEVANS FOR FASTLEGEORDNINGEN

Nærmere om Primærhelseteam

Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet ble lansert mai 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). I meldingen ble vektleggingen av sammenhengen i tjenestene og helsetjenestenes rolle utdypet. I meldingen ble blant annet forsøk med primærhelseteam lansert. Primærhelseteam kan forstås som en organisasjonsmessig innovasjon med fokus på utvalgte pasientgrupper. I april 2018 startet et pilotprosjekt i ni kommuner der målet var å teste om primærhelseteam i fastlegepraksiser gir et bedre tilbud til pasientene enn den vanlige fastlegepraksisen.

Primærhelseteam inneholder flere endringer fra dagens fastlegeordning (Helsedirektoratet, 2017):

- ▶ Ny organisatorisk modell for fastlegenes tjenestilbudd
- ▶ Team med fastlege, sykepleier og helsesekretær
- ▶ To finansieringsmodeller
 - Driftstilskuddsmodellen (ny modell)
 - Honorarmodellen (videreføring av dagens modell, men med basistilskudd og takster for sykepleier)

Primærhelseteam tester ut nye finansieringsmodeller

De ulike legekantorene som er med i forsøket er delt inn i to ulike modeller med tanke på finansiering, henholdsvis «Honorarmodellen» og «Driftstilskuddsmodellen».

Honorarmodellen er en videreføring av hovedmodellen for finansiering av fastleger. I honorarmodellen kan sykepleier utløse takster selvstendig, slik at de kan gjøre oppgaver som legene tidligere har gjort for å få utløst takst. Dette er ikke tilfelle i dagens fastlegemodell.

I driftstilskuddsmodellen er listebyggertilskuddet et vektet basistilskudd, der fastlegen får ulikt tilskudd ut ifra kvalitetsindikatorer og karakteristikk ved pasientene som kjønn, alder og levekår. I driftstilskuddsmodellen erstattes den nåværende ordning for finansiering av fastleger med en modell som i mindre grad avhenger direkte av aktivitetene i fastlegekontoret. Driftstilskuddet består av et listeinnbyggertilskudd (86 prosent) og et tilskudd basert på resultat og kvalitet (14 prosent) (Helsedirektoratet, 2017). Listeinnbyggertilskuddets størrelse avhenger av listeinnbyggernes alder, kjønn, helsetilstand (ikke innført ennå), levekår og reiseavstand. Lavekår og reiseavstand er avhengig av kommunen hvor fastlegepraksisen er lokalisert. Kvalitetsmålene går blant annet ut på å henvise mindre til legevakt, sikre tverrfaglig legemiddelgjennomgang, og hvorvidt legene har behandlingsplan for pasientene med kols og diabetes.

2.3.2 Pågående utredninger fra trepartssamarbeidet

Trepartssamarbeidet mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Legeforeningen og KS/Oslo kommune ble reetablert i desember 2017. Målet med trepartssamarbeidet er en tettere dialog mellom partene om fastlegeordningen, og å ha en arena for å regelmessig kunne drøfte ulike problemstillinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det er gjennomført og igangsatt flere større utredninger som følge av reetableringen. Tabell 2.2 gir oversikt pågående utredninger med relevans for problemstillingene som denne evalueringen skal belyse.

Utredninger fra trepartssamarbeidet		
Utredning	Ferdigstilles	Beskrivelse
Finansieringsmodeller for fastlegeordningen	01.09.2019	En partssammensatt gruppe som er nedsatt av trepartssamarbeidet og ledes av Helsedirektoratet på vegne av HOD, skal ta utgangspunkt i dagens finansieringsmodell i fastlegeordningen og utrede alternative finansieringsmodeller for ordningen (KS, 2018a).
Kvalitet og innovasjon i allmennlege-tjenesten	-	Trepartssamarbeidet ønsker at temaet kvalitet og innovasjon inngår i handlingsplanen for allmennlegetjenesten 2020. Derfor skal det nedsettes en partssammensatt gruppe som skal beskrive status og utrede aktuelle tiltak innenfor temaet (Partssammensatt gruppe, 2019).

TABELL 2.2: UTREDNINGER FRA TREPARTSSAMARBEIDET

IKT

Innen teknologi pågår det også flere større og mindre prosjekter som potensielt vil påvirke fastlegeordningen. Tabell 2.3 gir en oversikt over noen av disse prosjektene.

IKT-prosjekter av relevans for fastlegeordningen		
Prosjekt	Tidspunkt	Beskrivelse
EPJ-løftet		EPJ-løftet er et utviklingsarbeid som jobber for å bedre tilpasningen til EPJ systemene (elektronisk pasientjournal-systemene) så de kan bidra bedre til å følge dagens krav til effektiv virksomhet ved legekontorene. Dette omfatter blant annet bedre oversikter, rapportering og kommunikasjon.
Nasjonal journalløsning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten	Juli 2018	Juli 2018 ble det levert en konseptvalgutredning fra Direktoratet for e-helse som vurderer mulige konsepter for etablering av en nasjonal journalløsning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utredningen anbefaler at det etableres en nasjonal journal- og samhandlingsløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.
Pasientenes legemiddelliste	Planlagt utprøving er lagt til 2020, med plan om nasjonal innføring fra 2022.	Pasientens legemiddelliste skal tilgjengeliggjøre pasientens legemiddelopplysninger i en nasjonal oversikt. Formålet med oversikten er økt kvalitet i pasientbehandlingen og økt pasientsikkerhet, da helsepersonell får informasjon om hvilke legemidler pasienten skal bruke gjennom oversikten.
Helseplattformen		Prinsippet bak Helseplattformen er «én innbygger – én journal», der pasienten har felles journal på tvers av ulike helsetjenester. Helse Midt beskriver prosjektet slik: «Helseplattformen skal gi økt kvalitet i pasientbehandling, bedre pasientsikkerhet, mer brukervennlige systemer og dermed sette helsepersonell i stand til å utføre sine oppgaver på en bedre og mer effektiv måte.» (Helse Midt-Norge, 2019).

TABELL 2.3: IKT-PROSJEKTER AV RELEVANS FOR FASTLEGEORDNINGEN

2.4 Dagens rammer – samfunnsoppdrag og forankring i styrende dokumenter (lover, forskrifter, med videre)

2.4.1 Dagens fastleger

Det er i dag i overkant av 4.800 fastleger i Norge og fastlegenes gjennomsnittsalder er 48 år (Helsedirektoratet, 2019a). Andelen kvinnelige fastleger øker årlig og 31. desember 2018 var andelen på 44 prosent, opp fra 29 prosent da fastlegeordningen ble innført i 2001. I følge Johannessen (2018) er det nærliggende å forvente en ytterligere økning av andelen kvinnelige fastleger i årene som kommer basert på andelen kvinnelige medisinstudenter.

	2001	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Fastleger	3585	4240	4316	4475	4563	4643	4687	4753
Økning %	-	+1,9	+1,8	+3,7	+2,0	+1,8	+0,9	+1,4
Kvinneandel	28,8	36,9	37,9	39,4	40,1	41,4	41,9	42,7

TABELL 2.4: ANTALL FASTLEGER, MED PROSENTVIS ØKNING FRA ÅRET FØR OG KVINNEANDEL (HELSEDIREKTORATET, 2018A, S. 16)

Det er en forskjell på andelen kvinnelige og mannlige leger som har fastlønn. Selv om det totalt sett er flere mannlige fastleger, er det blant fastlønnede fastleger flere kvinner som har fastlønn per januar 2019 (Helfo, 2019).

2.4.2 Sentrale lover og forskrifter

Fastlegeordningen er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), mens pasientenes rettigheter er regulert i Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Omtalen av fastlegeordningen i loven er overordnet. Nærmere detaljer i utformingen av ordningen er overlatt til forskrift og sentrale avtaler.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Kommunens ansvar er i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, formulert som et «sørge for-ansvar». I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal

kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper.

Av loven fremgår sentrale tjenester som kommunen skal tilby, herunder blant annet fastlegeordning. Detaljer i fastlegeordningen er overlatt til forskrift og avtaler. I henhold til loven har kommunen også plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven.

Lov om pasient- og brukerrettigheter har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. I henhold til § 2-1 c har enhver som er bosatt i en norsk kommune rett til å stå på liste hos en lege med fastlegeavtale. Personer som står på en fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året, og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale. Pasient eller bruker kan i henhold til loven klage til Fylkesmannen.

To forskrifter regulerer fastlegeordningen

Det er to forskrifter som regulerer fastlegeordningen: 1) Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012) regulerer forholdet mellom fastlegene og kommunen, 2) Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen (Forskrift om pasientrettigheter mv., 2012) som regulerer pasientenes rettigheter. I henhold til forskrift om fastlegeordningen er formålet med ordningen å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til. Forskriften spesifiserer kommunenes ansvar og fastlegenes ansvar. Funksjons- og kvalitetskrav utdypes. Videre sier forskriften at kommunen skal organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste. Kommunen skal:

- ▶ sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen
- ▶ inngå en individuell avtale med alle leger som skal delta i fastlegeordningen
- ▶ legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene
- ▶ legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud
- ▶ legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Fastleger i fulltidspraksis kan i tråd med forskriften pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, som i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler. Fastlegens deltakelse i administrative møter med kommunen skal iberegnes i de 7,5 timene. Fastlegen plikter å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid og kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid. Deltakelse i kommunal legevakt eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid kommer i tillegg til andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegen å utføre.

Fastlegeforskriften lister opp en rekke innholdsmessige krav og kvalitetsmål til fastlegens oppgaver som tilgjengelighetsbestemmelser, krav om å ta en koordinerende rolle opp mot andre relevante tjenesteytere, tilbud om hjemmebesøk, henvisningspraksis, legemiddelbehandling, elektronisk pasientjournal, bruk av tolk med mer.

Med hensyn til styring er det verdt å merke seg at i henhold til § 29 skal fastlegen avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Staten, eller kommunen i samarbeid med fastlegen, fastsetter hvilke data som skal avgis.

Det er et krav hva gjelder avtaler at kommunen skal inngå en individuell avtale med alle leger som skal delta i fastlegeordningen. Avtalen skal blant annet regulere åpningstid, listetak, lokalisering og eventuelle andre legeoppgaver som fastlegen skal utføre på vegne av kommunen, utover det som fremgår av

listeansvaret. Når det gjelder fastlegelisten skal ikke en fastlege ha flere enn 2.500 personer på sin liste og et listetak lavere enn 500 personer må avtales med kommunen. Ved innføring av fastlegeordningen i 2001 kunne kommunen stille vilkår om at den enkelte fastlege skulle påta seg ansvar for 1.500 personer ved et fulltids kurativt årsverk eller 300 personer per ukedag i kurativt arbeid (normtallet). Det ble også avtalt at eventuelle behov for endringer av normtallet, skulle drøftes mellom partene. Det skulle i så fall legges vekt på endringer som eksempelvis oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de arbeidsoppgaver som var eller ville bli tillagt fastlegen.

Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen har som formål å sikre at innbyggerne får oppfylt sin rett til å stå på en fastleges liste. Forskriften regulerer blant annet retten til å skifte fastlege og få en ny vurdering av helsetilstanden hos annen lege enn sin fastlege.

Finansieringen av fastlegetjenestene er regulert i en egen forskrift med hjemmel i folketrygdloven § 5-4 (1997). Takstene i forskriften endres årlig på bakgrunn av forhandlinger mellom Legeforeningen, staten og KS. Det er takstene i denne forskriften som kalles Normaltariffen. Selv om det forhandles om takstene, fastsettes normaltariffen formelt sett i en forskrift, og er ikke en sentral tariffavtale med streikerett eller andre formelle løsninger ved uenighet.

Avtaler

Siden fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001 har det vært en forutsetning at avtalepartene tar et eierskap til ordningen med uttalt tilbakeholdenhet når det gjelder nye myndighetspålegg gjennom lov og forskrift. Mye av reguleringen er derfor overlatt til avtalene som inngås.

Fastlegeordningen er basert på et avtalesamarbeid mellom kommunene som har «sørge for» ansvaret for allmennlegetjenester (KS/ Oslo kommune) og de som skal utføre tjenestene (Legeforeningen). Staten er også involvert i finansieringen gjennom Statsavtalen. Det er derfor et trepartssamarbeid som ligger til grunn for fastlegeordningen.

Fastlegene er primært selvstendige næringsdrivende, men enkelte er imidlertid fast ansatt (se kapittel 3.2 for en nærmere beskrivelse). Til sammen regulerer disse avtalene legetjenesten i kommunen: ASA 4310 (rammeavtalen), ASA 4301 (statsavtalen) og SFS 2305 (særavtalen). I tillegg er det inngått en egen rammeavtale mellom Oslo kommune og Den norske legeforening.

Den individuelle avtalen mellom den enkelte fastlege og kommunen er et vedlegg til rammeavtalen. Dette er en mønsteravtale partene er enige om. Kommunen kan ikke ensidig kreve denne endret, men det er muligheter for hensiktsmessige tilpasninger ved enighet lokalt.

Rammeavtalen ASA 4310 mellom KS og Den norske legeforening regulerer forholdet mellom den privatpraktiserende legen og kommunen. Avtalen gjelder i utgangspunktet for et år om gangen. Den forlenges dersom den ikke sies opp av en av avtalepartene. Dette gjør at avtalen forhandles med ujevne mellomrom. Rammeavtalen og den individuelle avtalen skal bidra til at kommunen og legen kan oppfylle sine plikter, blant annet etter helse- og omsorgstjenesteloven og fastlegeforskriften. Avtalen regulerer kommunenes og allmennlegenes oppgaver. Den omhandler blant annet allmennlegeutvalg, samarbeidsutvalg, kommunens oppgaver og legenes oppgaver. I rammeavtalen gis det tydelige føringer for at kommunene bør utarbeide en plan for legetjenesten i kommunene. Det heter også i avtalen at legen minst en gang per år må delta i møte med kommunen med det formål å drøfte legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak.

Oslo kommune er ikke medlem i KS. Av den grunn er det utarbeidet en egen rammeavtale mellom Oslo kommune og Den norske legeforening om privat allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunen. Avtalen regulerer kommunens og allmennlegenes oppgaver og omtaler i all hovedsak de samme temaene som i rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening. Den individuelle fastlegeavtalen inngås mellom legen og Oslo kommune ved den enkelte bydel. Avtale om legevakt inngås mellom Oslo kommune ved Helseetaten og legen. I tillegg til rammeavtalen skal det inngås individuell og personlig avtale mellom bydelen og den enkelte lege i samsvar med mønsteravtalen som ligger ved rammeavtalen.

Statsavtalen ASA 4301 er avtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene siden og Den norske legeforening på den andre siden om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis. Avtalen omfatter økonomiske vilkår for leger i fastlegeordningen, bestemmelser om listeregulering, tilskudd til leger i særskilte kommuner og bestemmelser om godtgjøring i kommuner der fastlegeordningen er suspendert. Avtalen omfatter også bestemmelser om driftstilskudd for legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene. Avtalen omfatter bestemmelser om honorartakster for allmennleger og for legespesialister med avtalepraksis med de regionale helseforetakene. Normaltariffen er en del av statsavtalen. Basistilskuddet reguleres i statsavtalen.

SFS 2305 kalles ofte særavtalen (Særavtalen, 2018). Den er inngått med hjemmel i hovedtariffavtalen kap. 0. Særavtalen gjelder for leger tilsatt i kommuner/kommunale foretak/interkommunale selskap som er medlemmer i KS arbeidsgivervirksomhet. I henhold til avtalen er arbeidstiden på 37,5 timer per uke. Ved full tids kurativ virksomhet kan det ikke stilles vilkår om listeansvar ut over 1500 innbyggere. Avtalen regulerer blant annet praksiskompensasjon for fravær fra allmennpraksis på grunn av offentlig legearbeid og kommunal legevaksordning. Rett til fritak fra legevakt er både regulert i denne avtalen og i fastlegeforskriften.

Utvalg

Utvalg er i rammeavtalen valgt som et sentralt verktøy i planleggingen og dimensjoneringen av fastlegeordningen i den enkelte kommune. I henhold til rammeavtalen plikter kommunene å sørge for at det er nedsatt allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg i kommunen.

Allmennlegeutvalget skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. Kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet et allmennlegeutvalg der alle allmennleger er deltakere. Utvalget skal ha møte minst halvårlig og for øvrig etter behov. Det er møteplikt med mindre legen har gyldig forfall. Utvalget konstituerer seg selv og velger leder. Allmennlegeutvalget representerer allmennlegene overfor kommunen. Utvalget har fullmakt til å blant annet velge representanter for legene til samarbeidsutvalget, fremme saker overfor samarbeidsutvalget, bistå legenes representanter i samarbeidsutvalget med rådgivning, forberede saker som skal opp i samarbeidsutvalget, drøfte retningslinjer for håndtering av truende og voldelige pasienter og drøfte konkrete kasus i anonymisert form. Den norske legeforening kan gi veiledende retningslinjer for allmennlegeutvalget.

Kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet et samarbeidsutvalg. Utvalget skal ha møte minst halvårlig og for øvrig etter behov. Utvalget skal ha like mange representanter fra allmennlegene som fra kommunen. Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar. Kommuneoverlegen kan ikke velges til samarbeidsutvalget, men har møteplikt i samarbeidsutvalget og er ansvarlig for å tilrettelegge møtene og følge opp saker hvor det er nødvendig. Berørte samarbeidspartnere (pleie- og omsorgstjenesten, Helfo, Nav, praksiskonsulenter, med videre) deltar som observatører etter behov.

Samarbeidsutvalget bør i henhold til rammeavtalen gi råd i saker som gjelder fastlegeordningen, planlegging av kommunens allmennlegetjeneste med hensyn til kapasitet og lokalisering, drøfte kommunens forhandling med helseforetak om samarbeidsavtaler, allmennlegenes rolle ved oppfølging av kommunens forpliktelser, herunder løpende vurdere kapasiteten i helseinstitusjonene, tiltak for oppfølging og viderehenvising av pasienter med videre, serviceerklæringer for legekantorene i kommunen, retningslinjer for håndtering av truende og voldelige pasienter, herunder vurdere behov for lokale tilpasninger av retningslinjene, oppretting av legehjemler, flytting av praksis, midlertidig legemangel, kollegial fraværdekning og vikarordninger, fordeling og tilplikting av offentlige legeoppgaver og kvalitetsarbeid/kvalitetsindikatorer. Samarbeidsutvalget skal også påse at legene sørger for tilstrekkelig fraværdekning i forbindelse med ferier.

2.4.3 Organiseringen av fastlegeordningen

Fastlegeordningen inngår i det kommunale «sørge-for» ansvaret, jf. lovverket beskrevet over. Det stilles krav om at kommunene skal ha fastlegeordningen som en organisatorisk størrelse og sørge for nødvendige legetjenester til sin befolkning, ellers er «sørge-for» ansvaret overordnet regulert. Dette betyr at kommunene står fritt med hensyn til hvordan de vil organisere tjenestene sine.

De aller fleste kommunale helse- og omsorgstjenester er en del av kommunen og utøves av kommunalt ansatt personell. Fastlegeordningen baserer seg i hovedsak på næringsdrift. Legen er selvstendig næringsdrivende og utfører oppgaver for kommunen etter avtale. En næringsdrivende fastlege har et totalansvar for blant annet egen inntjening, betale skatter og avgifter, utstyr, lokaler og nødvendige forsikringer. Dette skiller fastlegeordningen fra de øvrige tjenestene som ligger i under kommunenes «sørge-for» ansvar. Kommunene kan imidlertid også ansatte fastleger på fastlønn eller inngå avtaler etter punkt 8.2 i rammeavtalen (ofte omtalt som såkalte 8.2-avtaler), der kommunen dekker hele eller deler av kostnadene knyttet til for eksempel kontor, utstyr og ansetter øvrig helsepersonell. 8.2-avtaler hvor kommunen dekker alle utgifter til drift av legekantor for selvstendig næringsdrivende fastleger, men beholder basistilskuddet for listeinnbyggere, omtales ofte som «nullavtaler».

Kommunens toppleder har det overordnede ansvaret for de medisinske tjenestene kommunen leverer, jf. «sørge-for» ansvaret nedfelt i helse- og omsorgsloven. Administrativt er fastlegeordningen underlagt en kommunalsjef, mens kommuneoverlegen har et medisinskfaglig ansvar i kommunen.

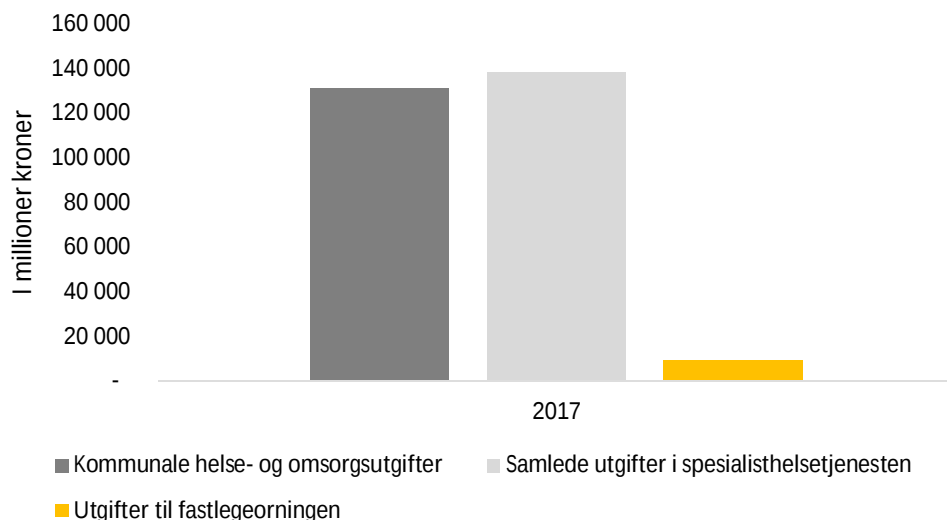
Fast ansatte fastleger er direkte underlagt en administrativ leder i kommunens helse- og omsorgssektor eller liknende. Imidlertid er de aller fleste leger i fastlegeordningen i dag selvstendig næringsdrivende. Kommunen har dermed ikke et arbeidsgiveransvar for disse. Forholdet mellom kommunen og de næringsdrivende fastlegene er regulert i avtale.

Ansattlinjen og avtalelinjen har mange fellestrekk og noen ulikheter. Styringsvirkemidlene er i noen grad forankret i ulike regel- og avtaleverk. En viktig forskjell er at arbeidsmiljøloven ikke gjelder i avtalelinjen. Dette betyr blant annet at den næringsdrivende fastlegen ikke er omfattet av denne lovens verneregler eller har den samme lovfestede rett til beskyttelse av sitt arbeidsmiljø med videre, som fastlegene i ansattlinjen. I ansattlinjen må kommunen i langt større grad ta hensyn til reguleringer av ansattes arbeidstid, funksjonsnivå og andre forhold enn det som er påkrevet i avtalelinjen.

2.4.4 Økonomien i fastlegeordningen

Utgiftene til fastlegeordningen, fordelt på innbetalinger fra staten, kommunene og pasientene, utgjør omtrent 10 milliarder kroner. Utgiftene er lave sammenlignet med andre deler av helse- og omsorgstjenesten, og spesialisthelsetjenesten.

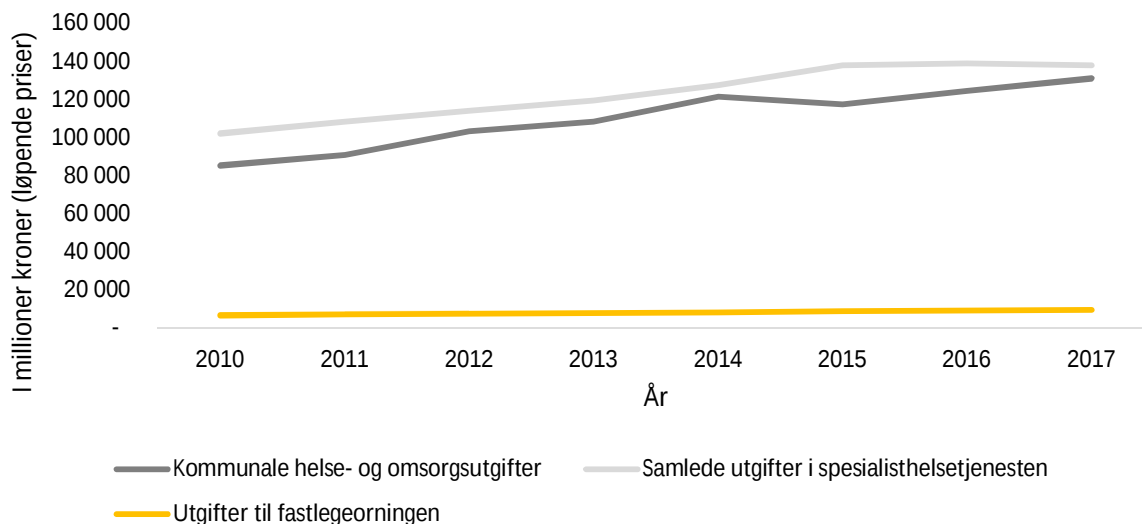
Mens kostnader tilknyttet til fastlegeordningen i 2017 utgjorde omtrent 10 milliarder kroner (Ipsos & Samfunnsøkonomisk analyse, 2018), utgjorde kommunale helse- og omsorgsutgifter og utgifter i spesialisthelsetjenesten henholdsvis 131 (Statistisk sentralbyrå, u.d.(e)) og 138 milliarder kroner (Statistisk sentralbyrå, u.d.(d)).



FIGUR 2.1: STØRRELSEN PÅ KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSUTGIFTER, SAMLEDE UTGIFTER I SPESIALISTHELSETJENESTEN SAMT UTGIFTER TIL FASTLEGEORDNINGEN I 2017

Siden 2010 har utgiftene til fastlegeordningen økt nominelt med ca. 41 prosent. Utrekningen bak denne prosentandelen er basert på data fra Helfo, samt årlig per capita tilskudd multiplisert med SSBs befolkningsvekst. I samme periode økte kommunale helse- og omsorgsutgifter med 53 prosent (Statistisk sentralbyrå, u.d.(e)), mens utgiftene i spesialisthelsetjenesten økte med 35 prosent (Statistisk sentralbyrå, u.d.(d)).

I faktiske utgifter har fastlegeordningen økt med ca. 3 milliarder siden 2010, mens spesialisthelsetjenester og andre kommunale helse- og omsorgsutgifter har økt med ca. 35 og 45 milliarder i samme tidsperiode.



FIGUR 2.2: ÅRLIG VEKST I KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSUTGIFTER, SAMLEDE UTGIFTER I SPESIALISTHELSETJENESTEN, SAMT UTGIFTER TIL FASTLEGEORDNINGEN – LØPENDE PRISER

2.4.5 Tilskudd til legene

Hovedmodellen som ligger til grunn for fastlegeordningen er at leger er private næringsdrivende (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Legene vil få inntekter fra å ha pasienter på listen og for pasientbehandling, og ha utgifter knyttet til drift av praksisen.

Fastlegeordningen finansieres hovedsakelig gjennom tre deler:

1. Basistilskuddet (kronebeløp per listepasient)

2. Det aktivitetsbaserte tilskuddet (refusjon fra Helfo etter takster på ulike aktiviteter)
3. Egenandel fra pasientene

Basistilskuddet er en gitt årlig sum per pasient som utbetales månedsvis. Det aktivitetsbaserte tilskuddet er delt opp i takstbasert finansiering fra staten via Helfo, og egenandel betalt av pasientene. Størrelsen på de ulike delene forhandles årlig av Legeforeningen, staten, og KS. Da fastlegeordningen ble innført i 2001 ble det bestemt at 30 prosent av legenes inntjening skulle komme fra basistilskuddet, og 70 prosent fra det aktivitetsbaserte tilskuddet.

Basistilskudd

Basistilskuddet er det faste tilskuddet som er basert på antall pasienter legen har på listen, og utgjør for takståret 2019 499 kroner per pasient per år (Legeforeningen, 2019c; Helfo, 2019). Dersom en lege har 1.000 pasienter på sin liste vil altså basistilskuddet utgjøre 499.000 kroner per år. Kommuner med under 5.000 innbyggere skal gi fastlegene et utjamningstilskudd dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn en avtalt referanseliste, jf. Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 9. Referanselisten er per 2019 på 1.200 pasienter (Legeforeningen, 2019c). Utjamningstilskuddet blir likt fordelt mellom legene i kommunen. Basis- og utjamningstilskudd utgjør i hovedmodellen kommunenes bidrag til finansiering av fastlegeordningen. For fastleger som jobber i full kurativ virksomhet ble det i Ot.prop. 99 (98-99) (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) forventet at legen skal ha 1.500 pasienter på sin liste. Dette omtales ofte som «Normtallet».

Det aktivitetsbaserte tilskuddet

Det aktivitetsbaserte tilskuddet er refusjoner legen får basert på aktivitetene han eller hun utfører på legekontoet. Det er kun aktiviteter legen gjør som utløser refusjonen. Hvis helsesekretæren eller en sykepleier på kontoet gjennomfører samme aktivitet vil dette i de fleste tilfeller ikke utløse refusjon. Aktivitetene kan være alt fra kirurgiske inngrep til samtaleterapi. Det aktivitetsbaserte tilskuddet er igjen differensiert gjennom refusjoner fra Helfo, som er statens bidrag til finansiering av fastlegeordningen, og egenandel fra pasientene.

Utvikling av basistilskudd mot refusjoner

Det aktivitetsbaserte tilskuddet og basistilskuddet blir årlig økt med samme prosentsats. I 2018 var den ordinære økningen på 3,8 prosent for både basistilskudd og for det aktivitetsbaserte tilskuddet. For takståret 2018 ble basistilskuddet styrket med 100 millioner utover den normale justeringen (Legeforeningen, 2018a). I 2019 ble det gitt ca. 180 millioner i friske midler til tiltakene ny samhandlingstakst mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten, etablering av tilskuddsordning for særlig arbeidskrevende pasientlister, samt etablering av ALIS- tilskudd for næringsdrivende leger (Legeforeningen, 2019c).

Selv om det aktivitetsbaserte tilskuddet og basistilskuddet fulgte hverandre i prosentmessig økning frem til 2017 gikk den faktiske andelen ned noe, fra 30 prosent som Stortinget bestemte ved innføringen av fastlegeordningen, til 26 prosent i 2017 (Ipsos & Samfunnsøkonomisk analyse, 2018). Dette følger av at tilskuddene på rammen reguleres årlig proporsjonalt, men volumvekst øker det aktivitetsbaserte tilskuddet ytterligere. I 2018 ble det i statsbudsjettet budsjettert med en volumvekst på 3 prosent (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b).

Tilskudd

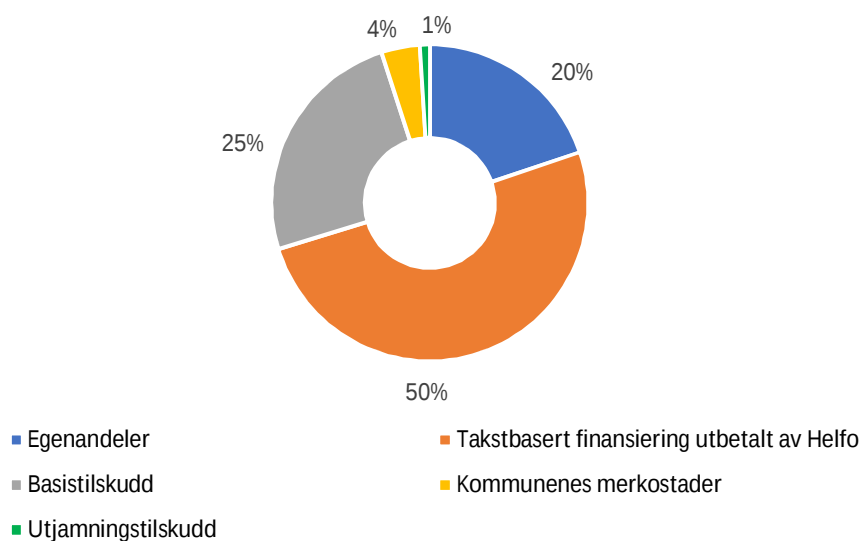
Kommunen får også et særskilt tilskudd for turnuslege(r) dersom kommunen tildeles dette. Utover dette har Helsedirektoratet en tilskuddsordning for rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker og/eller manglende stabilitet i allmennlegetjenesten (Helsedirektoratet, 2018b):

Det gis tilskudd til:

- ▶ Inntil 200 000 kroner for etablering av nyopprettet fastlegeavtale med få eller ingen innbyggere på listen/ hvor det kan dokumenteres rekrutteringsutfordringer
- ▶ Tilrettelegging for spesialistutdanning i allmennmedisin dersom det bidrar til bedre stabilitet og rekruttering
- ▶ Andre kompetansehevende tiltak i allmennlegetjenesten som bidrar til å bedre stabilitet og rekruttering

Totalt tilskudd

Summen av de overnevnte tilskuddene utgjør det totale bildet på finansieringen av fastlegeordningen. Totalt for 2017 fordelte kostnadene seg på følgende måte:



FIGUR 2.3: FORDELINGEN AV FINANSIERING, DELT MELLOM KOMMUNE, STAT OG PRIVATPERSONER. TALLENE FOR EGENANDELER OG REFUSJONER ER HENTET FRA KUHR. TALLENE FOR BASISTILSKUDD ER HENTET FRA HELFO. TALLENE FOR UTJAMNINGSTILSKUDD OG VANSKELIGSTILTE KOMMUNER ER HENTET FRA «VARIASJONER I FINANSIERINGEN AV FASTLEGEORDNINGEN».

2.4.6 8.2-avtaler og regionale forskjeller i finansieringen

Hovedmodellen innenfor fastlegeordningen er at fastlegene driver privat næringsdrift. De inngår en individuell avtale med kommunen i tråd med mønsteravtalen som er et vedlegg til rammeavtalen. Om lag 15 prosent av fastlegene (Helsedirektoratet, 2019a) er likevel fastlønnet, og mange av de næringsdrivende legene har avtaler med kommunene som bidrar med ulike ytelser overfor fastlegene gjennom 8.2-avtaler.

8.2-avtaler er en del av Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening. Det kan avtales mellom legen og kommunen at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell med videre (Rammeavtalen, 2011). Praksisen har en lang historie, og før 1984 ble disse typer avtaler mellom lege og kommune ofte kalt «prosentavtale» da leien ofte var en gitt prosentsats av legens refusjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

I teorien behøver ikke en 8.2-avtale å innebære subsidier til fastlegen, ettersom det kun betyr at det er inngått en avtale mellom en fastlege og kommunen av for eksempel leie av kontorer. I praksis vil imidlertid en 8.2-avtale ofte være en måte for kommunene å subsidiere fastlegeordningen utover hovedmodellen som ble beskrevet innledningsvis. I forarbeidene til fastlegeordningen ble denne type avtaler pekt på som en måte å minske den økonomiske risikoen ved privat etablering, som særlig vil være relevant for utkantkommuner.

Innholdet i en 8.2-avtale vil variere, og det finnes utallige lokale variasjoner. Et eksempel er «Nord-Norge permisjon», som innebærer avtale om fire måneders lønnet permisjon med lønn hvert tredje år. Et annet

eksempel kan være det som ofte omtales som en «nullavtale», som er at kommunen beholder basistilskuddet, men dekker alle utgifter tilknyttet praksis. Legen vil da ikke ha utgifter, og legens inntekt vil være refusjoner og egenandeler fra pasienter. En slik ordning vil være en subsidiering dersom månedlige driftsutgifter er høyere enn basistilskuddet fra kommunen (Johnsen, et al., 2018).

Rapporten Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen (Ipsos & Samfunnsøkonomisk analyse, 2018), viser at 7 av 10 kommuner tilfører fastlegeordningen tilleggsfinansiering utover basistilskuddet og utjamningstilskuddet. Med disse avtalene subsidierer kommunene fastlegeordningen ifølge rapporten, med ca. 400 millioner, eller ca. 15 prosent, utover hovedavtalen. Samme undersøkelse viser at rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer er de hyppigste årsakene til at kommunene utvikler subsidieringstilbud, og de vanligste subsidieringsmetodene er leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell, eller fastlønn. Rapporten viser at subsidiering er mest vanlig i de minst sentrale kommunene, og det er derfor regionale forskjeller i finansiering av fastlegeordningen.

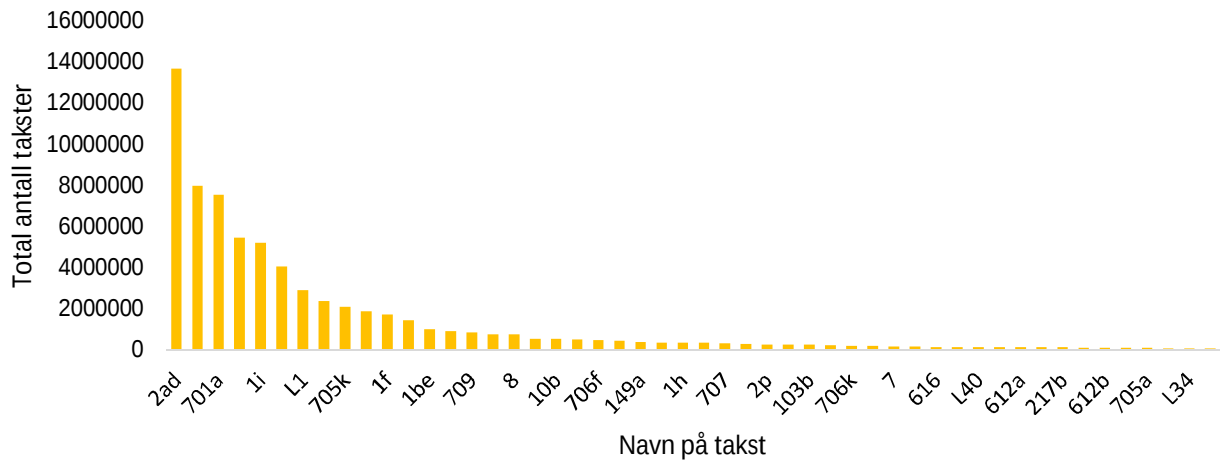
2.4.7 Takstene og takstforhandlinger

Takstforhandlingene foregår mellom KS, RHF, Legeforeningen og staten. Formelt sett settes takstene i forskrift, og dersom partene ikke kommer til enighet er det staten som bestemmer rammen. Rammen fremforhandles med utgangspunkt i frontfagsmodellen, det vil si at den normalt sett justeres som normale kostnads- og lønnsøkninger. For å finne kostnadsøkningene bruker man delkomponenter av konsumprisindeksen til SSB samt lønnsøkningen i kommunesektoren (lønnskostnader for hjelpepersonell) som en tilnærming for de faktiske kostnadsøkningene. Deretter forhandles det om inntektsøkning, og totalt sett utgjør økningen i kostnads- og inntektskomponenten den utvidete rammen. Basistilskuddet blir så økt med tilsvarende prosentandel.

Etter at den totale rammen er bestemt vil partene sette seg ned og fordele den fremforhandlede økonomien på eksisterende enkelttakster og eventuelle nye takster. Det er i dag i underkant av 200 ulike takster, fordelt i kategoriene enkle pasientkontakter, konsultasjoner, prosedyretakster og laboratorieundersøkelser. I tillegg kommer takstene for sykemelding fastsatt av Nav. Legeforeningen utgir en kommentarutgave til normaltariffen for å forklare hvordan takstene kan brukes. (Legeforeningen, 2018b) et er også utviklet en egen app som heter Takster (Holmen Innovative Solutions AS, u.d.) for å hjelpe legene med hvilke typer takster som er relevante for ulike type konsultasjoner. Takstforhandlingene fungerer i stor grad som en lønnsforhandling for legene, og partene har derfor funnet det hensiktsmessig å bevilge mesteparten av den økte rammen til takstene mange leger bruker. De fem mest brukte takstene i 2018 (med antall refusjoner og størrelsen på refusjonen i parentes var (oversikt basert på data innhentet fra Helfo):

1. Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege (13.678.202 stk. á 160 kroner)
2. Tillegg for allmennlege som har fått godkjent videre- og etterutdanningsprogram (7.996.824 stk. á 97 kroner)
3. Taking av prøver til laboratorieundersøkelse (7.555.257stk. á 55 kroner)
4. Tillegg for tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 minutter (5.472.444stk. á 201 kroner)
5. Skrivning av e-resept (5.205.118stk. á kr 55 kroner)

Totalt i 2018 ble de nesten to hundre ulike takstene totalt sett brukt over 70 millioner ganger. De tjue mest brukte takstene stod for 62 millioner innsendinger, eller 89 prosent av all takstbruken, ifølge egne utregninger. De hundre minst brukte takstene stod for 0,4 prosent av takstbruken.



FIGUR 2.4: DE 50 MEST BRUKT TAKSTENE I SYNKENDE REKKEFØLGE. KILDE: KUHR-DATA TILSENDT FRA HELFO

3 Evalueringsdesign og metode

I denne seksjonen redegjør vi for evalueringsdesignet og de metodevalgene som er gjort for å besvare evalueringens problemstillinger. Evalueringsdesignet angir den overordnede planen for hvordan evalueringen er strukturert og gjennomført. Designet er bestemt ut fra evalueringsspørsmålene som er reist, og det er en sammenheng mellom disse i den forstand at bestemte spørsmål og problemstillinger legger opp til bestemte design. Mandatet for evalueringen angir hvilke problemstillinger som skal besvares, og hvilke spørsmål og temaer som skal være i søkelyset. Mandatet gir også retning for hvordan evalueringen bør legges opp, hvilke undersøkelser som kreves for å sikre et solid evalueringsgrunnlag, hvilke effekter som skal vies særskilt oppmerksomhet, samt hvem som er egnet til å gi informasjon om problemstillingene.

Kapitlet starter med evalueringsspørsmålene og den evalueringsfaglige forankringen (3.1) før vi gir en overordnet presentasjon av evalueringsdesignet og tilhørende overordnede metodebeskrivelser (3.2). Beskrivelse av metodene bak evalueringens undersøkelser utdypes nærmere i kapittel 3.3 og 3.4.

3.1 Evalueringsspørsmål, -modell og -kriterier

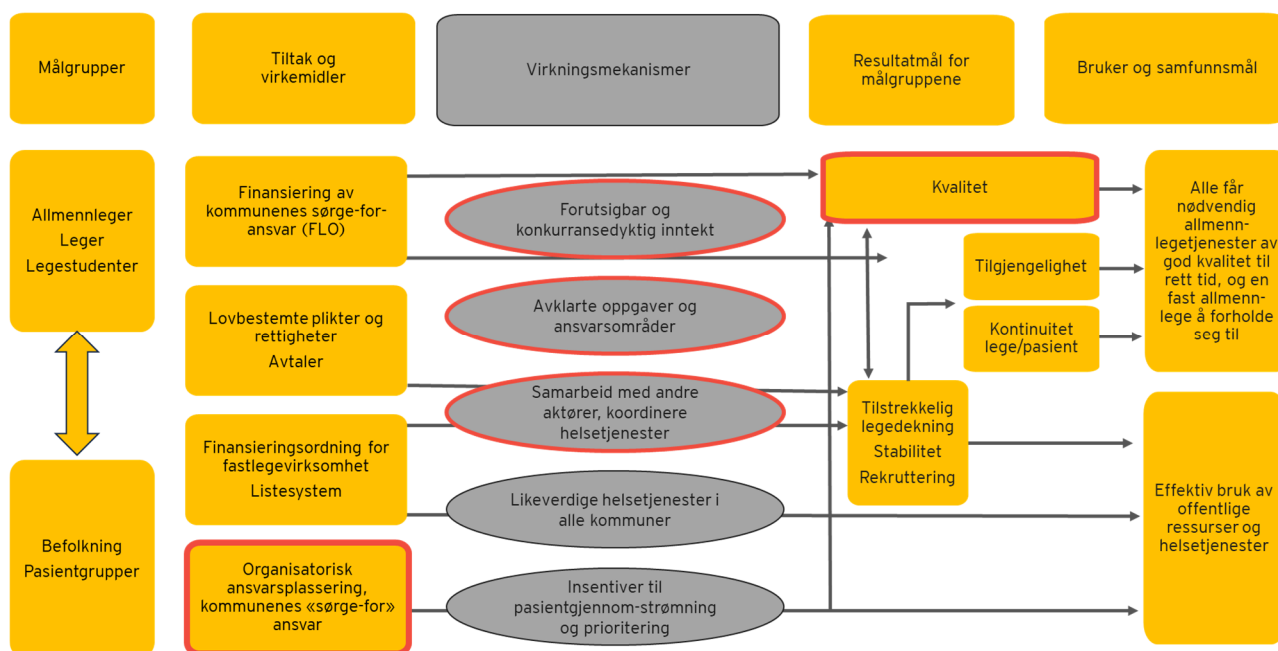
Hovedspørsmålene evalueringen skal gi svar på følger av kravspesifikasjonen fra Helsedirektoratet. Her stilles følgende evalueringsspørsmål:

1. Har ordningen over tid hatt ønsket effekt?
2. Hvordan har endrede rammebetingelser påvirket ordningen sett fra ulike ståsted?
3. I hvor stor grad er dagens rammebetingelser bærekraftige med tanke på dagens og fremtidens behov for allmennlegetjenester til befolkningen?

Spørsmålene skal belyses gjennom fem temaområder, jf. avsnitt 1.2. Det skal svares på hva som fungerer godt, hva som er utfordringer med dagens ordning og hva som bør endres. Vi har valgt å besvare dette under hvert av hovedområdene som beskrevet i kapittel 1.

Fastlegeordningens overordnede programteori rammer inn evalueringen

Formålet med fastlegeordningen ble presentert innledningsvis i kapittel 1.1, mens lover, forskrifter og avtaler som rammer inn ordningen, og som skal danne utgangspunktet for vurderingene er presentert i kapittel 1.2. Dette danner til sammen grunnlag for å etablere en programteori som vi vil bygge evalueringen på. Med programteori menes i denne sammenheng en teori eller modell for hvordan fastlegeordningen er tenkt å virke, det vil si sammenhengen og virkningskjeden fra ordningens virkemidler, og frem til resultater og virkninger på definerte målområder. Programteorien er skissert i Figur 3.1.



FIGUR 3.1: EN FORENKLET SKISSE OVER FASTLEGEORDNINGENS PROGRAMTEORI (KILDE: EY OG VISTA ANALYSE, 2019)

Fastlegeordningen består av en pakke med ulike virkemidler; juridiske, organisatoriske og økonomiske, som til sammen skal sikre at befolkningen får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og en fast allmennlege å forholde seg til. I tillegg har fastlegene og ordningen som sådan en viktig rolle for å bidra til en effektiv bruk av offentlige helsetjenester generelt, og legeressurser spesielt. Det følger av dette at fastlegen har en portvokterrolle med hensyn til bruk av spesialisthelsetjenesten, samtidig som førstelinjetjenesten skal holde en forsvarlig kvalitet og løse mest mulig på et lavest mulig nivå. Fastlegene har også en viktig rolle som koordinator for sine pasienter opp mot kommunenes øvrige helse- og omsorgstjenester.

Et tilstrekkelig antall fastleger i landets kommuner er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for at ønsket effekt på øvrige målområder kan realiseres. Kontinuitet for den enkelte pasient krever stabilitet i fastlegekorpsset, noe som igjen betyr lav utskiftningsgrad for fastleger i hver enkelt kommune. Denne sammenhengen er skissert i figuren. På individnivå, mellom fastlege og pasient, kan både kvalitet, stabilitet og tilgjengelighet være i tråd med ordningens målsetting, selv om ordningen samlet sett på nasjonalt nivå skulle vise seg ikke i tilstrekkelig grad å innfri de målene som er satt. I evalueringen retter vi oss mot fastlegeordningen, ikke den enkelte fastleges virksomhet.

Virkningsmekanismene i figuren er på langt nær dekkende for alle mekanismene som virkemidlene og tiltakene i ordningen utløser. Vi mener likevel at de gir et rimelig bilde av de mest sentrale virkningsmekanismene slik de var tenkt da ordningen ble opprettet. Lov- og avtaleverket, sammen med finansieringsordningen, ga i utgangspunktet avklarte oppgaver, en tilpasset listelengde, der forventet arbeidsmengde og inntektskompensasjon skulle balanseres, med muligheter for individuelle tilpasninger. Inntektskompensasjonen og arbeidsbelastningen må sees i sammenheng med legens alternativverdi, for eksempel inntjening de ville fått i spesialisthelsetjenesten. Det er også et viktig poeng at kommunene i utgangspunktet skulle være fullt ut kompensert, med andre ord at de ikke skulle ha kostnader med fastlegeordningen. Små kommuner gis ekstra kompensasjon for å kunne finansiere fastleger i områder der markedet er for lite til å sikre fastlegene et rimelig inntektsgrunnlag, samtidig som pasientene skal kunne bytte fastlege, legevaksordninger skal kunne gå rundt og kommunen skal ha mulighet til å dekke behovet for øvrig allmennlegetjenester. Markedsreguleringen som følger av kriterier for anslått legebehov i forhold til folketallet i en kommune, og som brukes som utgangspunkt for hvorvidt det kan opprettes flere avtaler i en kommune, er sentral i virkningsmekanismen. Reguleringen av antall fastleger i en kommune har betydning for listelengder, og dermed også arbeidsmengde og inntekspotensial. Disse forholdene inngår i

den øverste virkningsmekanismen i figuren. Utformingene av finansieringsordningen for drift av fastlegekontorer virker både på fastlegenes inntekter og gir prioriteringsinsentiver med betydning for hvilke oppgaver som prioriteres og pasientgjennomstrømning. Dette gir en egen virkningsmekanisme (nederst i figuren), rettet mot effektiv bruk av samfunnets ressurser.

Programteorien viser intensjonen med fastlegeordningen ved oppstart

Figur 3.1 gir et overblikk over hovedtrekkene i hvordan vi forstår at fastlegeordningen var tenkt å virke. De røde rammene rundt enkelte av boksene viser temaområdene som ifølge kravspesifikasjonen skal belyses spesielt.

1. Kvalitet i tjenesten (faglig og organisatorisk) er et resultatmål som vil bli vurdert kvalitativt.
2. Fastlegenes arbeidssituasjon og rammebetingelser påvirkes av alle elementene i fastlegeordningen, og gir den viktigste virkningsmekanismen i fastlegeordningen. Rekrutteringsutfordringer og mangel på leger i primærhelsetjenesten, og da særlig i distriktene, krevde at oppgaver og ansvar ble avklart, og det ble utformet en finansieringsløsning som gjorde fastlegeyrket konkurransedyktig med spesialisthelsetjenesten gjennom en balansering av inntekt, ansvar og oppgaver. Avtaleverket ga også rom for en viss fleksibilitet med hensyn til individuelle tilpasninger og avtaler. Evalueringen skal vurdere dagens rammebetingelser for fastlegenes arbeidssituasjon, noe som nødvendigvis også må inkludere inntektsgrunnlag i forhold til arbeidsbelastning. Dette inngår i den øverste virkningsmekanismen i figuren.
3. Kommunene har en viktig rolle i fastlegeordningen. Det er lovfestet at ordningen organisatorisk ligger under kommunenes «sørge-for» ansvar. Hvordan kommunene forvalter dette ansvar kan ha betydning for hvordan fastlegeordningen virker. Dette temaområdet er blant de prioriterte temaområdene i kravspesifikasjonen, og er merket i programteorifiguren med en rød ramme.
4. De to siste temaområdene fra kravspesifikasjonen retter seg mot vurderinger av samarbeidet mellom fastlegen og andre tjenester, vurdert fra henholdsvis fastlegene og samarbeidspartnerne. Spesialisthelsetjenesten og Nav inngår blant samarbeidspartnerne, i tillegg til øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester under «sørge-for» ansvaret og andre tjenester i kommunen. Vi har samlet dette i virkningsmekanismen «samarbeid» i figuren. Denne mekanismen er viktig for målet om effektiv bruk av offentlige ressurser og helsetjenester. Samtlige virkemidler i fastlegeordningen har betydning for hvordan denne virkningsmekanismen virker på ulike delområder.

De tre evalueringsspørsmålene besvares med utgangspunkt i den samme programteorien, men vil besvares med ulike vinklinger og evalueringsfaglige forankringer. Vi går kort gjennom hvordan de tre spørsmålene vil besvares.

Effektevaluering: Resultater og virkninger på målområdet

Det første evalueringsspørsmålet retter seg mot ønsket effekt og peker dermed på en effektevaluering. For å kunne evaluere om ønsket effekt er oppnådd er det nødvendig å kjenne til hvilke utfordringer som skulle løses av ordningen, samt hvilke mål og forventninger som ble satt til selve tiltaket. Kapittel 2.1 redegjør for utfordringene som skulle møtes gjennom fastlegeordningen, mens målsettingene følger av formål fastsatt gjennom lover, forskrifter og avtaler som regulerer ordningen, jf. kapittel 2.4.

Rekrutteringssvikt av leger til kommunenes primærhelsetjeneste/førstelinjetjenesten med påfølgende lav legedekning og tilgjengelighet på legetjenester i kommunene, oppsummerer utfordringsbildet før ordningen ble etablert. Legemangel eller knapphet på leger i primærhelsetjenesten har konsekvenser for overordnede målsettinger om likeverdige helsetjenester, kvalitet på tjenesten, lege-pasientforhold og legenes tilgjengelighet for pasienter så vel som for samarbeidspartnere.

Evalueringskriterier for å vurdere om ønsket effekt oppnås

Hva som er ønsket effekt, og hva det skal måles effekt på, er ikke opplagt. Evalueringen av perioden 2001 – 2005 gir noen målepunkter for hva som er tilfredsstillende effekt på en del delmålområder for fastlegeordningen. For at ordningen skal kunne sies å ha hatt ønsket effekt over tid, legger vi til grunn at områder der ordningen tidligere er vurdert som vellykket må ligge på minst samme nivå som ved forrige

evaluering, mens områder der målene ved ordningene ikke i tilstrekkelig grad var innfridd ved forrige målepunkt, nå må vise forbedringer for at vi skal kunne si at fastlegeordningen har oppnådd ønsket effekt. Følgende evalueringskriterier inngår i vurderingene av effekt:

- ▶ Mål på ubesatte stillinger før 2001, periode 2001 – 2005, dagens situasjon
- ▶ Antall kommuner med rekrutteringsutfordringer/ubesatte stillinger
- ▶ Tilgjengelighet
- ▶ Stabilitet
- ▶ Ivaretagelse av pasientrettigheter (muligheten til å bytte fastlege)
- ▶ Kostnads- og formålseffektivitet
- ▶ Utvikling i slutttilbøyelighet og tilgang til fastlegeyrket
- ▶ Kvalitativ vurdering av organisatorisk og medisinsk faglig kvalitet

Listen er ikke uttømmende. I analysedelen gir vi en utfyllende drøfting av hva som er ønsket effekt sammenliknet med hva som er oppnådd. Vi legger mest vekt på dagens situasjon og utvikling som har vært de siste to til fem årene.

Hvordan har endrede rammebetingelser påvirket ordningen?

Det andre evalueringsspørsmålet peker på det som i evalueringsforskningen omtales som en realistisk evaluering (Pawsey & Tilley, 2014). Denne tilnærmingen er klassifisert som en form for effekt- og målvaluering. Den er beskrevet som en pragmatisk og kontekstnær tilnærming. I denne tilnærmingen nyanseres evalueringsspørsmål som reiser spørsmål om virkninger, samtidig som det vektlegges å vise hvilke mekanismer som er virkningsfulle. Gjennom dette kan evalueringene bringe tilveie vesentlig mer nyanserte svar på forholdet mellom mekanismer, kontekst og endring enn hva en tradisjonell effektmåling kan tilby. I stedet for å stille spørsmål om hva som virker, eller fungerer i et bestemt tiltak, tar man gjennom realistiske evalueringer sikte på å besvare spørsmålet «hva fungerer for hvem under hvilke forhold, på hvilke måter, og hvordan?». Tilnærmingen er basert på den såkalte kontekst-mekanisme–outcome konfigurasjonen, og er opptatt av om et tiltak i en gitt kontekst under bestemte betingelser virker i henhold til intensjonen (Sverdrup, 2013). Med dette som utgangspunkt kan endringer i både ytre rammebetingelser og virkemidlene som rammer inn en ordning, kontekst, vurderes på en systematisk måte der endringer som kan ha påvirket virkningsmekanismene står i fokus, jf. Figur 3.1. Evalueringstilnærmingen har vist seg egnet for evalueringer av virkemidler/tiltaks pakker som virker over lang tid (Vista Analyse, 2017). I tillegg til å svare på hva som fungerer godt, og hva som er utfordringene i en ordning, legges det også til rette for å kunne beskrive og forstå bakgrunnen for at noe fungerer godt eller mindre godt. Dette gir igjen et faglig og empirisk grunnlag for å kunne identifisere hva som eventuelt bør endres for å øke måloppnåelsen med en ordning. Se Vista Analyse (2019) for en nærmere beskrivelse av hvordan en realistisk evalueringsmodell kan anvendes.

Er dagens rammebetingelser bærekraftige med tanke på fremtidens behov?

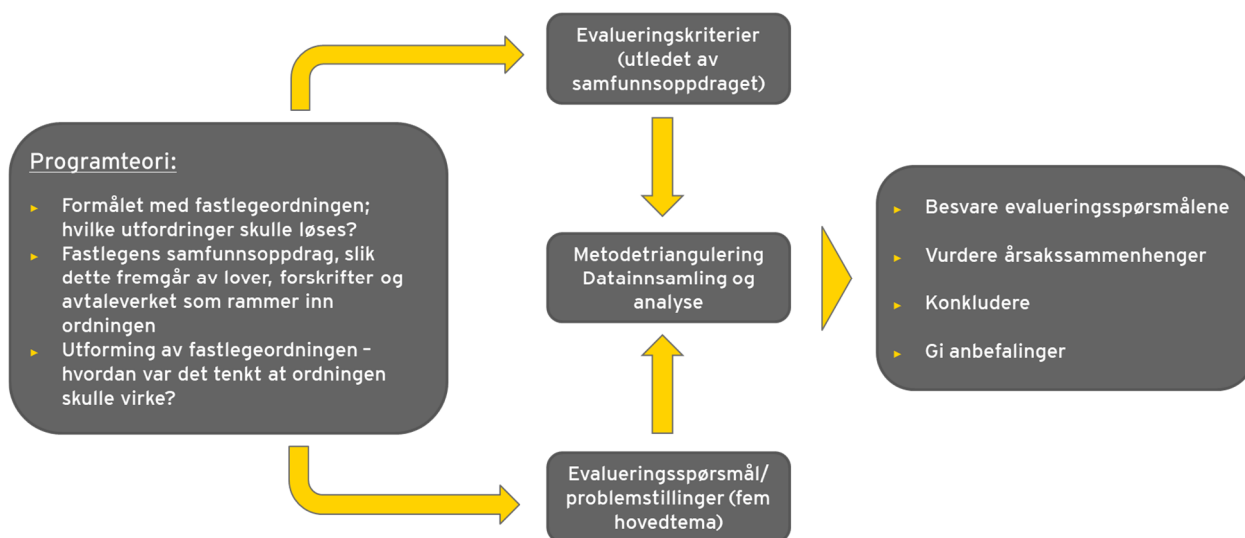
Det tredje evalueringsspørsmålet retter seg mot fremtiden og hvorvidt fastlegeordningen slik den er utformet i dag, vil være bærekraftig med tanke på fremtidens behov. Behovene følger av befolkningsutviklingen, forventninger i befolkningen og politiske beslutninger og prioriteringer av spesialisthelsetjenesten kontra primærhelsetjenesten, oppgavefordelingen mellom stat og kommune, primær- og spesialisthelsetjenesten, avgrensninger av fastlegens oppgaver og ansvar, med videre. Behovene eller etterspørselen fastlegeordningen skal dekke, vil også kunne påvirkes av utviklingen av andre kommersielle lege og helsetjenester som tilbys. Det ligger utenfor evalueringens mandat å modellere fremtidens behov/etterspørsel etter fastlegetjenester. Vi har i stedet vurdert fremtidens behov gjennom en ekstrapolering av observert utvikling, kombinert med kvalitative justeringer basert på funn i evalueringens primærdata (jf. kapittel 6 og 7).

Teknologisk og medisinsk faglig utvikling vil påvirke både etterspørsel og hva primærhelsetjenesten og fastlegene kan tilby. Dagens rammebetingelser for fastlegenes virksomhet vurderes med hensyn til robusthet og muligheter til å kunne tilpasse seg en videre utvikling langs de utviklingslinjene som kan observeres i dag, og som vi har fanget opp gjennom evalueringens ulike undersøkelser.

Med rammebetingelser menes det i denne delen fastlegens oppgaver, samfunnsoppdrag, lover, forskrifter og avtaleverk, samt den overordnede organiseringen av fastlegeordningen. Gjennom å besvare det andre evalueringsspørsmålet vil vi ha identifisert hva som fungerer godt i dagens ordning – og hvorfor det fungerer godt. Vi vil også ha identifisert utfordringer, hva som fungerer mindre godt (for hvem og på hvilken måte). Ved å legge vekt på utviklingen i forklaringsfaktorer bak det som fungerer godt, og utfordringer, vil vi kunne si noe om retning og styrke på en del forklaringsvariabler, og med dette utgangspunktet kunne vurdere ordningens bærekraft med tanke på fremtidens behov. Også i denne delen vil vi ta utgangspunkt i programteorien vist i Figur 3.1. Oppmerksomheten vil særlig rettes mot resultatmålet «tilstrekkelig legedekning, stabilitet og rekruttering» som er identifisert som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for at ordningen skal virke.

3.1.1 Evalueringsdesign

Evalueringsspørsmålene og formålet gitt i kravspesifikasjonen fra Helsedirektoratet; å få kunnskap om status og utfordringer for fastlegeordningen fra ulike ståsted, stiller krav til evalueringsdesignet og hvilke undersøkelser og analyser som må gjøres for å sikre et transparent og etterprøvbart evalueringsgrunnlag. Figur 3.2 skisserer evalueringsdesignet og hvordan de ulike delene henger sammen.



FIGUR 3.2: EVALUERINGSDESIGN (KILDE: EY OG VISTA ANALYSE, 2019)

Boksen «metodetriangulering» i figuren representerer samtlige metoder, undersøkelser, teori og empiri som evalueringen bygger på. En redegjørelse for dette følger i kapittel 3.2. Gjennom metodetriangulering etterstreber vi at problemstillingene i utgangspunktet besvares med grunnlag i mer enn én metodisk tilnærming, datagrunnlag, delanalyse eller teori. Det sikrer også at fastlegeordningen, rammebetingelsene, virkningsmekanismene og tilsiktede så vel som utilsiktede virkninger belyses fra ulike ståsted. Dermed får vi også studert hva som fungerer for hvem under hvilke forhold og på hvilke måter, og hvordan.

3.2 Undersøkelser og metoder

Vi vil i den følgende delen gjøre rede for de overordnede metodiske valgene som ble tatt for kunne svare ut evalueringsspørsmålene, beskrive og diskutere hovedtemaene, samt gi en overordnet beskrivelse av de undersøkelser som er blitt gjort i evalueringen. På de neste sidene redegjør vi for metodiske betraktninger

og bruk av metodetriangulering, før vi gir en oversikt over undersøkelsene som er gjort og samspillet mellom disse. Vi gir en kort redegjørelse for hver av undersøkelsene, analyseprosessen og avslutningsvis gjør vi noen betraktninger rundt evalueringens kvalitet, robusthet i datamaterialet samt etiske vurderinger.

3.2.1 Innledende metodiske betraktninger

På grunn av evalueringsspørsmålenes kompleksitet og ulike natur, vil det være nødvendig å benytte metodetriangulering for å fremskaffe nødvendig informasjon til å besvare disse. I dette ligger at vi på den ene siden benytter sekundærdata i form av litteratur, registerdata og statistikk, og på den andre siden samler inn egen primærdata. I tillegg benytter vi både kvalitative og kvantitative metoder for å samle inn primærdata. På overordnet nivå kan vi si at kvalitative metoder er særlig velegnet for å vise variasjon og gi «rike» beskrivelser, og for å få innsikt i spørsmål som handler om «hvorfor» og «hvordan», mens kvantitative metoder er mer velegnet til å svare på spørsmål som «hvor ofte» og «hvor mange», og gir muligheten til å trekke generaliserbare slutninger om en populasjon (Thagaard, 2013; Jacobsen, 2015; Holter & Kalleberg, 1996; Silverman, 2005). Gjennom å kombinere sekundær- med primærdata, og kvantitative og kvalitative metoder for datainnsamling, kan vi belyse evalueringsspørsmålene og -temaene fra ulike vinkler.

Vi vil i evalueringen ikke vitenskapsfilosofisk skille mellom «empiri» og «data». Evalueringen vil for eksempel benytte tallmateriale (data) som en representasjon av virkeligheten – noe som er mest i tråd med en positivistisk grunnfilosofi (at det finnes en objektiv, observerbar virkelighet som kan måles og oppfattes uavhengig av kontekst – gitt at rette metoder benyttes (Alvesson & Skoldberg, 2018; Hernes, 2008). På den andre siden vedkjenner vi oss en sosial konstruktivistisk og fortolkende tradisjon, hvor empirien som samles inn alltid formes av de som er involvert i prosessen gjennom valg av design, innsamling, analyser og presentasjon av resultatene. Dette gjelder både for sekundær- og primærdata, og for kvalitative og kvantitative metoder. Når det gjelder sekundærdata innebærer dette at vi alltid leser, fortolker og vurderer kildene med en bevissthet på at disse er produsert i en gitt kontekst og med et gitt formål. Når det gjelder våre primærdata innebærer dette at vi hele veien har vært bevisst hvilke valg som er tatt på de ulike stegene i prosessen styrker og svakheter, samt hvordan vår rolle som evaluator påvirker situasjonen.

3.2.2 Referansegruppe

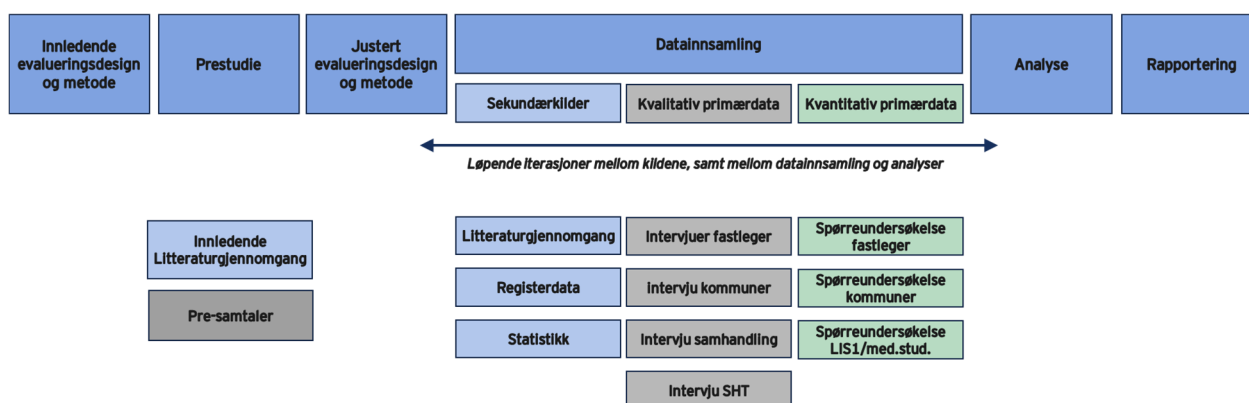
Vi etablerte tidlig i prosessen en bredt sammensatt referansegruppe bestående av viktige interessenter for fastlegeordningen. Deltakere ble invitert med for å representere ulike perspektiver på fastlegeordningen. Følgende organisasjoner og/eller grupper var representert:

- ▶ Legeforeningen
- ▶ Norsk forening for allmennmedisin
- ▶ Leger i samfunnsvitenskapelige stillinger
- ▶ Kommunenes Sentralforbund
- ▶ Norsk Sykepleieforbund
- ▶ Kommuneoverlege
- ▶ Helse- og rehabiliteringsleder
- ▶ Pasientforeningen
- ▶ Pasientombud Oslo og Akershus
- ▶ Spesialisthelsetjenesten (ved samhandlingssjef i helseforetak)
- ▶ I tillegg stilte oppdragsgiver (Helsedirektoratet) som observatør i gruppen

Referansegruppen ble aktivt benyttet gjennom hele prosessen, hvor de viktigste elementene var: innledende forståelse av fastlegeordningen og forventninger til evalueringen, kvalitetssikring og justering av metodisk design og prioriteringer, kontekstualisering av funn underveis, og som generell diskusjonspartner gjennom prosessen.

3.2.3 Gangen i evalueringen og undersøkelsene som er gjort

Figur 3.3 gir et bilde av gangen i evalueringen og undersøkelsene som er gjort. Som utgangspunkt for prosessen ble det definert et innledende evalueringsdesign. Dette var i stor grad utledet av kravspesifikasjonen fra Helsedirektoratet, men det ble også sett til Helse- og omsorgsdepartementets opprinnelige oppdragsbrev til direktoratet og den overordnede diskursen om fastlegeordningen.



FIGUR 3.3: EVALUERINGSDESIGN (EY OG VISTA ANALYSE, 2019)

En viktig del av det innledende designet var gjennomføringen av en såkalt pre-studie. Pre-studien ga oss mulighet til å kvalitetssikre innledende hypoteser, øke vår grunnforståelse for relevante tema og problemstillinger, herunder også hvor det finnes gode sekundærkilder og litteratur, få oversikt over nøkkelinteressenter og deres oppfatninger, samt kvalitetssikre mulighetsrommet for å gjennomføre våre undersøkelser. I pre-studien gjennomførte vi såkalte innledende samtaler. Disse samtalene var utforskende i natur, og spennet i samtalene var bredt. Blant annet inkluderte de fylkeslege, representanter for Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktorat for e-helse, forskningsmiljøer, fastleger, kommunerepresentanter, Legeforeningen, KS og andre sentrale stemmer. Disse samtalene inngår ikke formelt i vårt datagrunnlag, men ble benyttet til å justere prioriteringene og evalueringsdesignet.

Vi gjorde også en gjennomgang av sentrale sekundærkilder, hvor formålet var 1) å øke forståelsen for status på fastlegeordningen, og 2) identifisere hvor evalueringen trengte å prioritere innsatsen knyttet til egen datainnsamling. Resultatet av pre-studien var et justert og operasjonalisert evalueringsdesign.

3.2.4 Evalueringens undersøkelser

Vi har benyttet oss av tre former for undersøkelser i vårt evalueringsdesign:

- ▶ Gjennomgang av sekundærdata, herunder litteratur, statistikk og registerdata
- ▶ Intervjuer
- ▶ Spørreundersøkelser

Under redegjør vi kort for hensikten for å bruke disse undersøkelsene i evalueringen.

Sekundærdata

Litteratur

Formålet med bruk av eksisterende litteratur er å få en forståelse av hva kunnskapsstatus vedrørende fastlegeordningen er; på hvilke områder relevant for evalueringen finnes det allerede kunnskap som kan sammenstilles. Vel så viktig har motsatsen vært; å identifisere hvor det ikke finnes tilstrekkelig kunnskap, eller den kunnskapen som finnes enten er a) fragmentert, b) bestridt av ulike miljøer, eller c) metodisk ikke sterk nok, eller d) ikke oppdatert. Disse kategoriene representerte da kunnskapshull evalueringen så lang som mulig måtte dekke gjennom primærundersøkelser.

Fordelen med å benytte eksisterende litteratur er at det gir forholdsvis lett tilgang til innsikt i de fem evalueringsområdene. Samtidig er det viktig å være bevisst på at dette har blitt skrevet av andre som i en del tilfeller kan ha hatt andre formål enn å belyse akkurat de temaene som vektlegges i denne evalueringen. Vi har derfor hatt fokus på å forstå konteksten rundt og formålet med teksten og/eller dataen, samt kritisk vurdere metodiske styrker og svakheter.

Litteratur har vært en viktig kilde til kunnskap for å sikre riktig begrepsbruk og kategorier i våre undersøkelser. En gjennomgang av litteraturen vi baserer evalueringen på finnes i kapittel 4. Basert på første gjennomgang av nøkkellitteratur i pre-studien har vi gjort en mer omfattende litteraturgjennomgang. Denne var dels basert på et strukturert søk etter relevant litteratur, men på grunn av omfanget av tilgjengelige litteratur som er relevant for fastlegeordningen, har gjennomgangen også delvis vært preget av såkalt «snowballing».

Statistikk og registerdata

Formålet med statistikk og registerdata er å få oversikt over store datamengder for en hel befolkningsgruppe innenfor et avgrenset område knyttet til fastlegeordningen. Innblikk i konkrete datasett har gitt oss mulighet til å koble på nye opplysninger og således se sammenhenger som er relevante for denne evalueringen. En oppsummering av relevant statistikk, registerdata og annet tallmateriale finnes i kapittel 6.

Intervjuer

Formålet med å gjennomføre intervjuer er å få innsikt i erfaringer og refleksjoner rundt ulike aspekter ved fastlegeordningen fra utvalgte personer, som gitt sine stillinger, enten er del av fastlegeordningen, oppfølging og ledelse av fastlegeordningen, eller som har erfaring fra å samhandle med fastlegene. Hensikten er således ikke å få et representativt utvalg og generalisere funnene, men å forstå den antatte store variasjonen i lokale tilpasninger og vurderinger, samt innblikk i informantenes forklaringsmodeller av status.

Spørreundersøkelser

Formålet med å benytte spørreundersøkelser er å gjøre en bred kartlegging av meninger, opplevelser og vurderinger av fastlegeordningen, hvor det også er mulig å trekke generaliserte slutninger til en hel populasjon. Sekundært har spørreundersøkelsene gitt oss anledning til å teste ut konkrete hypoteser vi har utledet underveis i intervjustudien.

3.3 Intervjustudien

Fra desember 2018 til mai 2019 ble 246 semi-strukturerte intervjuer gjennomført med 262 utvalgte informanter. Informantene, som ble invitert til å delta i intervju, grupperer seg i fire hovedkategorier:

- ▶ Kommuneadministrasjonen inkludert kommuneoverleger
- ▶ Fastleger
- ▶ Fastlegenes samarbeidspartnere på kommunenivå (kommunal helse- og omsorgssektor i tillegg til Nav)

► Spesialisthelsetjenesten

Utvalg og rekruttering av kommuner

I desember 2018 og januar 2019 mottok 25 utvalgte kommuner invitasjon om å delta i intervjudelen av evalueringen. Utvalget bestod av 22 kommuner og tre bydeler i Oslo kommune, og i rapporten omtales både kommuner og bydeler som «kommuner».

Utvalget av kommuner ble gjort med hensikt å ha bred dekning blant norske kommuner for å få frem mangfoldet i kommune-Norge. Følgende kriterier ble benyttet i utvelgelsen av kommuner, her listet i prioritert rekkefølge:

Geografisk spredning

De utvalgte kommunene representerte 15 fylker; Finnmark, Troms, Nordland, Trøndelag, Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane, Hordaland, Rogaland, Vest-Agder, Telemark, Oppland, Hedmark og Oslo. Videre var alle fire helseregioner representert blant de utvalgte kommunene. Kommunene hadde spredning i kommunestørrelse og sentralitet innenfor hver helseregion.

Kommunestørrelse

Kommunestørrelse vil ofte ha betydning for hvordan kommunen organiseres og i utvalget valgte vi derfor bevisst å inkludere kommuner med ulike størrelse, henholdsvis:

1. Små kommuner med opptil 5.000 innbyggere
2. Mellomstore kommuner med mellom 5.001 - 19.999 innbyggere
3. Store kommuner med over 20.000 innbyggere.

Blant de utvalgte kommunene var 7 kommuner små kommuner med under 5.000 innbyggere og utgjorde 28 prosent av kommunene. 8 kommuner var mellomstore kommuner med mellom 5.001 – 19.999 innbyggere og utgjorde 32 prosent av kommunene. Videre deltok ti store kommuner med over 20.000 innbyggere og utgjorde 40 prosent av kommunene i utvalget.

Sentralitet

Statistisk sentralbyrås sentralitetsindeks, som består av 6 nivåer for sentralitet (Statistisk sentralbyrå, 2017), ble brukt som mål på sentralitet. Sentralitet 1 og 2 er de mest sentrale kommunene, mens sentralitet 5 og 6 er distriktskommuner. Blant de 25 utvalgte kommunene tilhørte 3 kommuner sentralitet 1 (Oslo), 3 kommuner sentralitet 2, 2 kommuner sentralitet 3 og 7 kommuner sentralitet 4, mens 6 kommuner hadde sentralitet 5 og 4 kommuner hadde sentralitet 6. Utvalget har spredning i sentralitet innenfor hver av de 3 kommunestørrelsene og innen de 4 helseregionene.

KOSTRA-grupper

Utvalget består av kommuner fra ulike KOSTRA-grupper (kommunene gruppert langs tre ulike dimensjoner: folkemengde, faste kostnader og frie disponible inntekter per innbygger), slik at det er variasjon i kommunens økonomiske betingelser med tanke på bundne kostnader per innbygger og frie disponible inntekter (Statistisk sentralbyrå, 2019c).

Kommunens bruk av fastlønnsavtaler

I utvalget ønsket vi kommuner med ulik bruk av fastlegeavtaler for å få innsikt i bredden av løsninger kommunene har valgt. I utvalget hadde fem kommuner fastlønnsavtaler, fire kommuner hadde rent selvstendig næringsdriftavtaler, seks kommuner hadde 8.2-avtale med fastlegene (fem av disse seks avtalene var nullavtaler) og ti kommuner hadde en kombinasjon av ulike avtaleformer med fastlegene. I de utvalgte kommunene var det hovedvekt av næringsdrivende fastlegene, men noen kommuner hadde ett legekontor med fastlønnede leger eller enkelte fastlønnede fastleger.

Rekrutteringsutfordringer (legeløse lister)

For å belyse hva som fungerer godt og hva som fungerer mindre godt i fastlegeordningen, var det viktig at utvalget inkluderte kommuner både med og uten rekrutteringsutfordringer. Fem kommuner i utvalget hadde legeløse lister, det vil si lister som mangler fastlege og håndteres av vikarer. Av disse kommunene var det én liten kommune, to mellomstore og to store kommuner

Netto til-/fraflytting til kommunen

I utvalget av kommune inngikk kommuner med netto tilflytting og netto fraflytting fra kommunen de siste årene. Hensikten med å velge både kommuner som vokser i antall innbyggere og kommuner som reduseres i antall innbyggere er at dette kan ha betydning for blant annet rekruttering av fastleger til kommunen. Blant kommunene i utvalget med netto tilflytting og netto fraflytting var det legeløse fastlegelister i 2017.

Avstand til sykehus

Kommunene i utvalget hadde varierende avstand til nærmeste sykehuset, da dette kan ha betydning for både rekruttering og organisering av helsetjenesten i kommunen. I utvalget hadde nesten halvparten av kommunene sykehus i kommunen.

Organisering av legevaksordningen

Blant de utvalgte kommunene var det variasjon i kommunenes organisering av legevaksordningen. Vi ønsket blant annet både kommuner med og uten interkommunal legevakt.

Øvrige kommentarer til utvalget av kommuner

Distriktskommunene i utvalget (sentralitet 5 og 6) har fastlønnede leger eller 8.2-avtaler. Alle de små kommunene i utvalget, med under 5.000 innbyggere, har kun ett fastlegekontor i kommunen.

Utvalg og rekruttering av informanter

Tabell 3.1 redegjør for hvilke aktører og roller vi har intervjuet, og hva formålet med å intervjuene nettopp disse rollene var.

Aktør	Formål	Rolle	Antall
Kommune-administrasjon	Forstå kommunenes vurdering av fastlegeordningen som tjeneste, lokale tilpasninger og forklaringsmodeller	Kommunaldirektør/-sjef/leder	24
		Leder under direktør/sjef/leder	8
		Kommune-/ bydelsoverlege	24
		Rådmann	4
	Fokus på kommunens ivaretagelse av «sørge-for» ansvaret, styring/ ledelse av fastlegene, oppfølging og virkemidler	En rådmann fungerte som kommunens administrative leder for fastlegeordningen	
		Leder for legevakt	1
Fastlege	Forstå fastlegens vurdering av fastlegeordningen som tjeneste, arbeidssituasjon og rammevilkår, kvalitet i tjenesten og samhandling med andre aktører inkl. kommunal styringslinje	Fastleger	52
		LIS-lege	2
		Fastlegevikar	1
Kommunale samarbeids-aktører	Forstå samarbeidspartneres vurdering av samhandling med fastlegene blant annet om svakere brukergrupper	Leder/medarbeider i hjemmesykepleien	26
		Leder/medarbeider i åpen omsorg	30
		Leder/medarbeider i psykiatrisk team	27
		Leder/medarbeider i tildelingskontor	8
Ikke-kommunal samarbeids-aktør	Forstå Nav sin samhandling med fastlegene	Leder/medarbeider i Nav lokalt	24
Øvrige samarbeids-aktører	Forstå helsesekretærens daglige samhandling med fastlegene på legekantoret	Helsesekretær	7
Spesialist-helsetjenesten: Systemnivå	Forstå spesialisthelsetjenestens vurdering av samarbeidet med fastlegene og primærhelsetjenesten på struktur/systemnivå	Samhandlingsdirektør/ -sjef eller leder for samhandlingsenheten	4
		Praksiskonsulent/leder for praksiskonsulent	4
Spesialist-helsetjenesten: Somatisk avdeling	Forstå spesialisthelsetjenestens vurdering av samarbeidet med fastlegene på praksis-/klinikknivå	Overlege	6
		Poliklinisk arbeid og postarbeid som leser og vurderer henvisninger, skriver/godkjenner epikriser og samhandler med fastlegene	
		Assistentlege	4
Spesialist-helsetjenesten: Psykiatrisk avdeling	Forstå spesialisthelsetjenestens vurdering av samarbeidet med fastlegene på praksis-/klinikknivå	Minst 2-3 års erfaring med postarbeid som samhandler med fastlegene	
		Overlege/lege ved DPS/dagtilbud	5
		Behandlingsansvar og som vurderer henvisninger og samhandler med fastlegene	
		Overlege/erfaren lege ved sengepost/ langtidstilbud	1
		Leser og vurderer henvisninger, skriver/godkjenner epikriser og samhandler med fastlegene	

TABELL 3.1

Utvalget av fastleger

52 fastleger ble intervjuet. Utvalget av fastleger ble gjort basert på månedlig statistikk tilgjengelig på Helfo.no over alle fastleger i Norge som mottar basistilskudd. Formålet var ikke å etablere et representativt utvalg fastleger, men å få tilstrekkelig variasjon i utvalget. Utvalget av fastleger ble gjort på bakgrunn av følgende kriterier:

1. Fastlegeavtale gyldig fra
2. Kjønn (kvinne og mann)
3. Avtaleform (fastlønnen eller næringsdrift)
4. Alder
5. Listelengde
6. Spesialist/ ikke spesialist

I kommuner med flere legekontor ønsket vi, i den grad det var mulig, å intervju fastleger ansatt ved ulike legekontorer.

Utvalget av fastleger som ble intervjuet bestod av 23 kvinner og 29 menn med en gjennomsnittsalder på 46,5 år. 29 av fastlegene var spesialister i allmennmedisin og 23 hadde ikke spesialistutdannelse. Fastlegene hadde en gjennomsnittlig listelengde på 1.023 pasienter. 17 av fastlegene hadde fastlønn, mens 35 av fastlegene var næringsdrivende. I tillegg til de 52 fastlegene ble to fastlegevikarer og en LIS-lege intervjuet. Videre, 13 av fastlegene jobbet i de 7 små kommunene og hadde fastlønn eller nullavtaler med kommunen. 15 fastleger jobbet i de 8 mellomstore kommunene og hadde varierte driftsavtaler med kommunen. 24 fastleger jobbet i de 10 store kommunene og var i stor grad næringsdrivende. De fleste fastlegene vi kontaktet var positive til å bli intervjuet, men mange leger takket nei grunnet ferie, permisjon, sykdom, høy arbeidsbelastning, de ønsket ikke å delta eller besvarte ikke henvendelsen.

Utvalget av helseforetak

Fire helseforetak ble invitert til å delta i intervjudelen av evalueringen. Helseforetakene ble valgt ut på bakgrunn av geografi, størrelse og samhandling med nærliggende kommuner og ga med dette en variasjon i tilbudet fra spesialisthelsetjenesten fra lokal- til universitetssykehus. Alle de fire regionale helseforetakene er representert. Ved hvert helseforetak spesifiserte vi hvilke enheter og avdelinger innen somatikken og psykiatrien, samt roller på systemnivå, som vi ønsket å snakke med for å få innsikt i og forståelse for samhandlingen med fastlegene fra ulike perspektiver.

Gjennomføringen av semi-strukturerte intervju

Alle intervjuene ble gjennomført fra desember 2018 til mai 2019. Evalueringsteamet besøkte 23 av 25 kommuner og gjennomførte intervjuene «ansikt-til-ansikt» med informantene for å ha muligheten til å fange opp informantens kroppsspråk og oppklare eventuelle misforståelser underveis. Intervjuene med informantene fra de to siste kommunene og alle intervjuene med spesialisthelsetjenesten ble gjort over telefon.

Intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidsplass, herunder legekontoret, kommunehuset, institusjon, bolig og Nav-kontor. De fleste intervjuer ble gjennomført innen normal arbeidstid, mens enkelte intervjuer ble gjort før eller etter arbeidstid. Intervjuene krevde ingen forberedelser. Varigheten på intervjuene med fastlegene, kommunene, samhandlingsdirektør/-sjef og praksiskonsulent/leder for praksiskonsulentene var rundt 60 minutter, mens intervjuene med de kommunale samarbeidspartnere, Nav og leger fra spesialisthelsetjenesten varte mellom 30 og 45 minutter. I forkant av intervjuene ble et informert samtykke gjennomgått med informantene.

Vi gjennomførte semi-strukturerte intervjuer som innebærer en kombinasjon av «struktur» og «flyt». Intervjusamtalene ble bygget rundt en intervjuguide bestående av hovedspørsmål som dekket tematikken vi ønsket å snakke med informantene om og med detaljerte prober under hvert tema. Den semi-strukturerte tilnærmingen lot informantene snakke fritt rundt temaene i intervjuguiden, samtidig som intervjueren styrte samtalen mot de elementene som er mest relevante, i dette tilfellet informantens erfaringer og refleksjoner rundt ulike sider ved fastlegeordningen. I intervjuene ble det brukt en

kombinasjon av introduksjons-, oppfølgings- og inngående spørsmål, spesifiserende, direkte og indirekte spørsmål, strukturerende og fortolkende spørsmål og taushet (Brinkmann & Kvale, 2010).

De fleste intervjuene ble gjennomført som individuelle samtaler, mens enkelte samtaler ble gjort som gruppeintervjuer med flere informanter. I hvert intervju var to medlemmer av evalueringsteamet tilstede, hvor én førte samtalen og én noterte på PC. De fleste intervjuene ble gjennomført av noen få medlemmer av teamet, mens alle fra evalueringsteamet deltok i minst fem intervjuer for å sikre førstehåndserfaring med datamaterialet. Intervjuguiden ble skreddersydd hver informantgruppe med utgangspunkt i oppdraget og hovedtemaene (se vedlegg E-J).

Koding og analyseprosessen

I bearbeidelsen av intervjuet materialet har vi brukt innholdsanalyse (Malterud, 2002; Miles, Huberman, & Saldaña, 2014). Innholdsanalyse er en ofte brukt og anvendelig tilnærming til analyse av innholdet i store tekstmaterialer. Hensikten med innholdsanalyse er å trekke ut meningsbærende ord, setninger og avsnitt fra hvert enkelt intervju, og kategorisere dette slik at man kan se mønstre av mening i datamaterialet.

Før vi startet kodingen ble et Excel-dokument opprettet basert på de ulike intervjuguidene; en fane ble opprettet per informantgruppe. Excel-arket inkluderte samtlige tematiske kategorier som intervjuguidene var basert på. Alle intervjuene ble kodet av to personer fra evalueringsteamet. Ved oppstarten av kodingen, ble noen intervjuer fra hver informantgruppe kodet av begge to fra teamet for å sikre felles enighet om detaljnivået på kodingen samt inter-rater-reliabilitet. Etter å ha kodet noen intervjuer sammen, ble resten av intervjuene kodet av én person. I koding ble meningsbærende enheter fra intervjunotatene – ord, setninger og avsnitt – trukket ut av teksten og plassert i riktig tematisk kategori i Excel-arket.

Bearbeidelsen av datamaterialet har vært en iterativ prosess hvor vi i analysen stadig har gått tilbake til kodearket for å se etter mønstre i teksten, for å så returnere til skriving og etter hvert fortolkning av funnene.

3.4 Spørreundersøkelser

Som en del av evalueringen har det blitt gjennomført tre spørreundersøkelser, herunder:

- ▶ Spørreundersøkelse til fastleger i egen hjemmel og fastlegevikarer
- ▶ Spørreundersøkelse til kommuner
- ▶ Spørreundersøkelse til medisinstudenter og LIS1-leger

I de neste avsnittene redegjør vi for en felles metodebeskrivelse for spørreundersøkelsene.

Utforming av spørreundersøkelsene

Spørreundersøkelsene ble utarbeidet med utgangspunkt i føringer som fremgikk av oppdragsbrev og kravspesifikasjon, samt hypoteser som ble utarbeidet på bakgrunn av dokumentgjennomgang, presamtaler og intervjuer. Spørreundersøkelsene ble pilotert i den aktuelle populasjonen, og korrigert i henhold til de viktigste innspillene.

Gjennomgående i spørreundersøkelsene skulle spørsmål der respondentene blir bedt om å vurdere ulike forhold besvares på en fem-punkts Likert-skala der 1 representerer i svært liten grad og 5 representerer i svært stor grad, eller 1 representerer helt uenig og 5 representerer helt enig. I tillegg var det lagt inn fritekstfelt noen steder i undersøkelsen for å fange opp ytterligere nyanser.

For noen av spørsmålene ble respondentene dirigert til ulike spørsmål basert på hva de svarer på et foregående spørsmål, dette medfører at antall respondenter vil variere for de ulike spørsmålene.

Oversikt spørreundersøkelser			
	Spørreundersøkelse fastleger	Spørreundersøkelse kommune	Spørreundersøkelse studenter/LIS1
Utvalg	▶ Fastleger i egen hjemmel ▶ Fastlegevikarer	▶ Kommuneoverleger ▶ Administrativ leder for fastlegeordningen ▶ Bydelsoverleger og administrative leder i bydeler i Oslo	▶ Sisteårs medisinstudenter ved UiO og UiB ▶ LIS1-leger hos 14 av 16 fylkesmenn
Pilot	▶ Pilotert blant 7 fastleger	▶ Pilotert blant 4 kommuneoverleger og 4 administrative ledere	▶ Pilotert blant 4 LIS1-leger og fire sisteårs medisinstudenter
Utsendelse	▶ Elektronisk spørreundersøkelse via Survey Monkey, tilpasset PC/nettbrett/mobil ▶ E-postkoblet utsendelse, unik lenke som kun kan besvares én gang ▶ Kontaktinformasjon fra Helfo-samhandlingsregister ▶ To påminnelser ▶ Anonym; sitter ikke på koblingsnøkkel mellom e-post/IP-adresse og besvarelse	▶ Elektronisk spørreundersøkelse via Survey Monkey, tilpasset PC/nettbrett/mobil ▶ E-postkoblet utsendelse, unik lenke som kun kan besvares én gang ▶ Benyttet e-post for postmottak kommune, med instruksjon om å videresende til aktuelle roller ▶ To påminnelser ▶ Besitter koblingsnøkkel mellom e-post/IP-adresse og besvarelse	▶ Elektronisk spørreundersøkelse via Survey Monkey, tilpasset PC/nettbrett/mobil ▶ E-postkoblet utsendelse, unik lenke som kun kan besvares én gang ▶ Kontaktinformasjon fra fakultet og fylkesmenn ▶ To påminnelser ▶ Anonym; sitter ikke på koblingsnøkkel mellom e-post/IP-adresse og besvarelse
Periode for datainnsamling	▶ Mai/juni 2019	▶ Mars/april 2019	▶ Februar/mars 2019
Svarprosent	▶ Sendt ut til 4.324 fastleger som vi vet mottok basistilskudd i februar 2019, 2132 svar (49%) ▶ Sendt ut til 670 leger som kunne være vikar eller fastleger i egen hjemmel ▶ Sendt ut til ytterligere 358 som var oppført som sluttet i samhandlingsregisteret	▶ 280 av landets 422 kommuner har deltatt med én eller begge roller (66%) ▶ Svar fra kommuneoverleger i 205 kommuner (49%) ▶ Svar fra administrative ledere i 192 kommuner (49%) ▶ 12 av Oslos 15 bydeler har deltatt med én eller begge roller (80%), herunder 8 bydelsoverleger (53%) og 7 administrative ledere (47%)	▶ Sendt ut til 520 personer totalt, 355 svart (68%) ▶ Sendt ut til 169 medisinstudenter, 104 svar (62%) ▶ Sendt ut til 351 LIS1-leger, 251 svar (72%)

TABELL 3.2: OVERSIKT OVER SPØRREUNDERSØKELSENE METODE FOR GJENNOMFØRELSE AV DATAINNSAMLING

Utvalg og representativitet

Spørreundersøkelsen til fastlegene

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til fastleger i egen hjemmel, samt fastlegevikarer. Utsendelsen var basert på kontaktinformasjonen som forelå i Helfos samhandlerregister for takstoppgjør, og sammenstilt med de som mottok basistilskudd basert på fastlegeregisteret for februar 2019. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til 4.324 fastleger som mottok basistilskudd, av disse besvarte 2.132 hele undersøkelsen (49

prosent). I tillegg ble spørreundersøkelsen sendt til 1.008 leger som ikke hadde mottatt basistilskudd, men som forelå i samhandlerregisteret. Disse var enten fastlegevikarer eller fastleger i egen hjemmel som ikke mottok basistilskudd. De inkluderte også leger som hadde registrert sluttdato før utsendelse. Totalt fikk vi svar fra 2.225 fastleger i egen hjemmel, dette utgjør 46 prosent av antallet fastleger basert på fastlegestatistikk fra siste kvartal 2018 (Helsedirektoratet, 2019a).

Tabellen under viser karakteristika blant våre respondenter som er fastleger i egen hjemmel, sammenlignet med karakteristika i den totale populasjonen. Av denne ser vi at respondentene er sammenlignbare med populasjonen hva angår kjønn, aldersfordeling og status for spesialisering. Det er en noe lavere andel fastlønnede leger blant våre respondenter. Basert på sammenlignbare karakteristika er det grunn til å tro at respondentene på spørreundersøkelsen er representative for fastlegepopulasjonen. Sammenlignbare karakteristika med populasjonen kombinert med en relativt høy svarprosent basert på en standardisert utsendelse, understøtter undersøkelsens generaliserbarhet.

Det foreligger ingen fullstendig oversikt over vikarpopulasjonen, og det er derfor vanskelig å fastslå hvor stor andel som har deltatt, samt om vikarene som har deltatt har liknende karakteristika som vikarpopulasjonen.

	Fastleger i egen hjemmel	Basistilskudd per 31.12.2018
Antall	2225	4818
Status arbeidssituasjon, n (%)		
For tiden i arbeid	2118 (95%)	
Ute i lengre fravær/permisjon	107 (5%)	
Mann/kvinne	1179 (53%)/1046 (47%)	57%/43%
Alder i år, n (%)		
26-30	71 (3%)	≈2%
31-40	757 (34%)	≈28%
41-55	867 (39%)	≈39%
56-67	498 (22%)	≈27%
≥ 68	32 (1%)	≈3%
Fullført/ikke fullført spesialisering	1466 (66%)/759 (34%)	65%/35%
Praksisform, n (%)		
Selvstendig næringsdrift	2044 (91%)	85%
Fastlønn	195(9%)	15%

TABELL 3.3

Spørreundersøkelsen til kommunene

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle landets kommuner. Målgruppen for spørreundersøkelsen var kommuneoverleger og administrativ leder for fastlegeordningen i kommunen. Kommuneoverlegen og/eller administrativ leder i 291 kommuner (ekskludert Oslo) har besvart undersøkelsen, som innebærer at 69 prosent av landets kommuner har deltatt i spørreundersøkelsen (Tabell 3.4). 95 prosent av respondentene fullførte hele spørreundersøkelsen. Over halvparten av kommunene i hvert fylke har deltatt i undersøkelsen. Kommunene som har svart synes overordnet å være representative for kommune-Norge med tanke på kommunestørrelse, sentralitet, fylke og fastlegenes avlønningsform, og understøtter dermed undersøkelsens representativitet (se Vedlegg B for utdypning).

Kommuneoverleger i 203 kommuner besvarte undersøkelsen, ekskludert Oslo. Dette gir en svarprosent på 48 prosent. Fem av kommuneoverlegene oppgav at de svarte for flere kommuner. Dersom man teller med disse kommunene, har kommuneoverlegen i 215 kommuner besvart, noe som gir en responsrate på 51 prosent (Tabell 3.4). Administrativ leder i 191 kommuner besvarte undersøkelsen, ekskludert Oslo. Dette gir en svarprosent på 45 prosent. 17 av disse er både administrativ leder og kommuneoverlege, og svarer for begge roller.

I Oslo kommune er det de individuelle bydelene som har ansvaret for fastlegeordningen i bydelene. For Oslo kommune, var derfor målgruppen Oslo sine 15 bydeler. Det foreligger svar fra 12 av Oslos 15

bydeler (80 prosent). Bydelsoverleger i 8 bydeler besvarte undersøkelsen, dette gir en svarprosent på 53 prosent. Administrative ledere i 7 bydeler besvarte undersøkelsen, dette gir en svarprosent på 47 prosent.

Bakgrunnsinformasjon				
Bakgrunnsvariabler kommune	Totalt (ekskl. Oslo)	Kommuneoverlege	Administrativ leder	Norge
Antall kommuner med minst ett svar, inkludert flere kommuner per respondent, n	291	215	191	
Antall kommuner med minst ett svar, inkludert én kommune per respondent, n	283	203	191	
Sentralitetsindeks, n (%)				
1	3 (1%)	2 (1%)	3 (2%)	2%
2	21 (7%)	18 (8%)	12 (6%)	6%
3	48 (16%)	41 (19%)	34 (18%)	15%
4	77 (26%)	55 (26%)	55 (29%)	25%
5	88 (30%)	63 (29%)	56 (29%)	28%
6	54 (19%)	36 (17%)	31 (16%)	24%
Antall innbyggere				
<5000	136 (47%)	99 (42%)	85 (45%)	52%
5000 –20 000	112 (38%)	89 (41%)	77 (40%)	34%
>20 000	43 (15%)	36 (17%)	29 (15%)	14%

TABELL 3.4

Spørreundersøkelsen til medisinstudenter

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til medisinstudenter på siste semester ved UiO og UiB, samt LIS1-leger i kommunehelsetjenesten i regionene til 14 av landets 16 fylkesmenn. Total gikk undersøkelsen ut til 520 personer, hvorav 169 var medisinstudenter og 351 LIS1-leger. Av disse var det 355 (68 prosent) respondenter besvarte spørsmål utover bakgrunnsvariabler, dette gir en svarprosent på 68 prosent. Av medisinstudentene var det 104 som besvarte undersøkelsen (62 prosent) og av LIS1-legene var det 351 (72 prosent) som besvarte undersøkelsen. Svarprosenten på 68 prosent basert på en standardisert utsendelse understøtter undersøkelsens generaliserbarhet.

Det er vanskelig eksakt å anslå representativiteten svarene fra våre respondenter utgjør, da vi ikke besitter noen oversikt over alders- og kjønnsfordelingen i populasjonen vi ønsker at respondentene skal representere. Vi har imidlertid gjort et estimat av representativiteten ved å se til medlemsstatistikk i Norsk Medisinstudentforening og statistikk på medisinstudenter med midlertidig lisens. Blant medlemmer i Norsk Medisinstudentforening er 68 prosent kvinner (Legeforeningen, 2019b). Dette gir en indikasjon på kjønnsfordelingen blant norske medisinstudenter. Understående tabell viser en oversikt over respondentene som besvarte undersøkelsen. En høyere kvinneandel er dermed som forventet (61 prosent vs. 39 prosent) og man kunne nesten forventet en høyere andel. Dette kan skyldes at kjønnsfordelingen blant sisteårs medisinstudenter og LIS1-leger er noe forskjellig fra fordelingen blant nåværende aldersfordeling på tvers av kull, samt at noen av medisinstudiene i utlandet med lavere andel kvinner enn norske studiesteder, er underrepresentert i medlemsregisteret.

Av SSBs oversikt over medisinstudenter med midlertidig lisens i 2018 fremgår det at rundt 86 prosent var i alderen 20-30, 10 prosent i alderen 30-34, og 3 prosent over 35 år (Statistisk sentralbyrå, 2019b). Studentene mottar midlertidig lisens på nest siste år på medisinstudiet, så aldersfordelingen må forventes å være forskjøvet noe i vårt materiale, men vil være en indikasjon på hva forventet aldersfordeling bør være blant medisinstudentene på siste år. Aldersfordelingen synes dermed å være som forventet i denne populasjonen med hovedtyngden rundt 25-34 år.

Det er potensiale for at det oppstår en skjevhet i utvalget ved at kun medisinstudenter/LIS1 med særskilt interesse for fastlegeyrket tok seg tid til å gjennomføre en slik undersøkelse. Den høye svarprosenten, samt at en forholdvis høy andel angir at de tror det er mer sannsynlig at de velger en annen spesialitet/ikke kommer til å jobbe som fastlege, taler imidlertid imot at dette har medført vesentlige skjevheter i utvalget

Bakgrunnsvariabler			
	Totalt	LIS1-leger	Studenter
Antall, n	355	251	104
Studie-/jobbsituasjon, n (%)			
Medisinstudent siste semester	104 (29%)	-	-
Lege, for tiden i kommunehelsedelen av LIS1	213 (60%)	-	-
Lege, fullført kommunehelsedelen av LIS1	38 (11%)	-	-
Kjønn, n (%)			
Mann/kvinne	139 (39%)/ 216 (61%)	98 (39%)/153 (61%)	41 (39%)/ 63(61%)
Alder i år, n (%)			
<25	16 (5%)		16 (15%)
25-29	209 (59%)	142 (57%)	67 (64%)
30-34	102 (29%)	85 (34%)	17 (16%)
35-39	22 (6%)	19 (8%)	3 (3%)
≥ 40	6 (2%)	5 (2%)	1 (1%)
Studiested de tilhører/har tilhørt			
UiO	113 (32%)	54 (22%)	59 (57%)
UiT	35 (10%)	35 (14%)	
NTNU	49 (14%)	49 (20%)	
UiB	56 (16%)	11 (4%)	45 (43%)
Studiested utenfor Norge	102 (29%)	102 (41%)	

TABELL 3.5: OVERSKRIFTEN ER BASERT PÅ RESPONDENTER SOM HAR BESVART SPØRSMÅL UTOVER BAKGRUNNSVARIABLER OG DERMED INNGÅR I ANALYSER

Databehandling og analyser

Analysene ble utført ved hjelp av IBM SPSS Statistics versjon 24 og Stata/SE 14.2. Vi har gjennomført overordnede deskriptive analyser for alle de tre undersøkelsene (gjengitt i Vedlegg A-C). Analysene er utført basert på overordnet basert på samtlige respondenter som har besvart det aktuelle spørsmålet, samt brutt ned for undergrupper av respondenter der dette er aktuelt.

For å undersøke om det er signifikante forskjeller mellom ulike variabler, har vi benyttet lineære regresjoner hvor vi har inkludert forklaringsvariabler vi mener bør inngå i den aktuelle regresjonen. Det er resultatene av disse vi presenterer når vi i teksten omtaler signifikante sammenhenger.

Et signifikansnivå på med $p < 0,05$ ble ansett å være statistisk signifikant.

Leseveiledning

For å øke lesbarheten i rapporten vil vi i teksten fortolke svar som er angitt på en skala fra 1-5 som ord.

- ▶ For skalasvar der 1 representerer i svært liten grad og 5 representerer i svært stor grad, vil 2 omtales som i liten grad, 4 omtales som i stor grad og 3 omtales som nøytral.
- ▶ For skalasvar der 1 representerer helt uenig og 5 representerer helt enig, vil 2 omtales som delvis uenig, 4 omtales som delvis enig og 3 omtales som nøytral.

Videre vil vi gjøre forenklinger knyttet til spørsmål- og svarformuleringer i rapporten, men fullstendige formuleringer fremgår av vedlegg A-C.

3.5 Øvrige aspekter ved datainnsamlingen

Oppbevaring av datamateriale og etikk

Etter hvert intervju ble intervjunotatene overført fra PC til en server, som kun evalueringsteamet hadde tilgang til. Notatene ble så slettet fra PC. Notatene fra hvert intervju ble anonymisert og gitt et unikt ID-nummer slik at det ikke skulle være mulig å spore tilbake identiteten til den enkelte informant.

Koblingsnøkkelen ble oppbevart på en server med to-faset innlogging, og var passordbeskyttet slik at kun de to som kodet intervjuene hadde tilgang. Notatene med det unike ID-nummeret vil bli lagret på server til september 2021 og blir deretter slettet.

Et informert samtykke ble brukt i intervjuene og spørreundersøkelsene. Hensikten med det informerte samtykke var å sørge for at informantene i intervjuene og respondentene i spørreundersøkelsene fikk den samme informasjonen om bakgrunnen for evalueringen og forstod hvordan informasjonen de ga oss ble oppbevart og behandlet. Samtykket tydeliggjorde at det var frivillig å delta og at deltakerne kunne trekke seg fra intervjuet eller spørreundersøkelsen underveis eller etterpå, og at deres opplysninger ville slettes. Samtykket vektla at alle opplysninger ville anonymiseres og at det ikke skulle være mulig å spore data fra enkeltpersoner i rapporten. Det ble vektlagt at alle opplysninger ville bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personopplysningsloven.

Vurdering av kvalitet

En viktig del av å gjøre en undersøkelse er å reflektere rundt kvaliteten. I denne datainnsamlingen er det flere forhold som kan ha påvirket kvaliteten på data som ble samlet inn. Fastlegeordningen er et tema som vi kan anta at de fleste som ble intervjuet eller som besvarte spørreundersøkelse hadde en mening om. Dette kan ha påvirket svarene som ble gitt i intervjuene og i spørreundersøkelsen. I intervjusammenheng skal vi heller ikke undervurdere at tilstedeværelsen av to fra evalueringsteamet kan ha påvirket informantene i sine refleksjoner for eksempel på spørsmål til fastlegene om opplevelse av arbeidsbelastning og økonomisk trygghet i hverdagen.

Proessen med å designe, gjennomføre og analysere det kvalitative og kvantitative datamaterialet har blitt gjort med hensikt å sikre robusthet og troverdighet; først med innledende samtaler for å forstå nyanser i «terrenget» og deretter gjennom nøye overveide valg i selve gjennomføringen og bruken av ulike metoder for å samle inn empiri. Bruk av intervjuguider og erfarne intervjuere har sikret mest mulig lik gjennomføring av intervjuene, som gjør det mulig å se mønstre i datamaterialet. Videre ga spørreundersøkelsen en høy svarprosent og gjør det mulig å generalisere funnene. Trianguleringen av ulike metoder har resultert i et meget omfattende kvalitativt materiale og et rikt kvantitativt datasett, som gjør at evalueringen av fastlegeordningen bygger på et robust materiale med både bredde og dybde til å kunne besvare evalueringsspørsmålene.

DEL II

«Data», evalueringsgrunnlag og funn

I denne delen presenterer vi grunnlaget for evalueringen. Evalueringsgrunnlaget består av både sekundær- og primærkilder. Del II består av fire kapittel som hver tar for seg ulike metoder vi har benyttet for å samle inn data.

Kapittel 4 gjennomgår relevant litteratur om fastlegeordningen, og inngår som en del av vår evaluering.

Kapittel 5 gjennomgår registerdata og statistikk som er gjennomgått eller analysert for å gi et bilde av fastlegeordningen.

Kapittel 6 presenterer vi funn fra våre intervjuer. Intervjustudien ble utført i 25 utvalgte kommuner der vi intervjuet fastleger, representanter for kommunen (kommuneoverleger og administrative ledere), og et utvalg av fastlegenes samarbeidspartnere. Vi har i tillegg intervjuet representanter fra fire helseforetak (fra både kliniske miljøer og fra samhandlingsfunksjoner/PKO).

Kapittel 7 gjennomgår spørreundersøkelsene til alle fastleger, alle kommuner og medisinstudenter ved UiO og UiB.

4 Litteraturgjennomgang

Gjennomgang av forskningslitteratur, undersøkelser som berører fastlegeordningen og debattinnlegg fra offentlige medier inngår som en del av evalueringsarbeidet. Litteraturstudien har dannet viktig bakgrunnsinformasjon for utformingen av våre spørreundersøkelser, intervjuundersøkelsen og hvilke registerdata og statistiske undersøkelser vi har gjennomført, og også sett det som hensiktsmessig å presentere i denne rapporten. Det er ikke rom for å redegjøre for hele litteraturstudien som er gjennomført. Vi har i stedet valgt å konsentrere oss om relevante funn og undersøkelser som belyser fastlegers arbeidssituasjon og rammebetingelser, samt hvordan kommunen gjennom sitt «sørge-for» ansvar kan, er forpliktet til, og arbeider for å sikre at de enkelte kommune har en fungerende fastlegeordning i tråd med det kommunehelsetjenesteloven pålegger. Problemstillinger som kvalitet og samarbeidsrelasjoner med andre aktører er således gitt mindre oppmerksomhet i gjennomgangen, men berøres til slutt i kapitlet.

4.1 Fastlegers arbeidssituasjon og rammebetingelser

Primærhelsetjenesten er i utvikling, og fastlegene får en annen arbeidshverdag enn tidligere. Endringer både på etterspørselssiden og på tilbudssiden gjør det mer krevende enn før å ivareta primærhelsetjenestens grunnleggende oppgaver. Den siste tiden har det blitt publisert flere rapporter og artikler som undersøker fastlegers arbeidssituasjon i form av arbeidsmengde og tidsbruk. I forbindelse med dette har også finansieringssystemet i ordningen blitt vurdert endret for å bedre tilpasse seg endringene.

Vi vil i de neste avsnittene redegjøre for noe av litteraturen som knytter seg til fastlegers arbeidssituasjon og rammebetingelser. Det redegjøres først for rapporter som kartlegger fastlegenes endrede arbeidsoppgaver og arbeidstid. Deretter redegjøres det for undersøkelser rundt finansieringssystemet og hvordan de ulike modellene vil gi ulike insentiv for fastlegene, og utviklingen i bruk av driftsformer og preferanser for inntektssystem i fastlegeordningen. Vi redegjør også for IKT og hvordan dette kan påvirke fastlegenes arbeidssituasjon.

4.1.1 Oppgaveendring og arbeidsbelastning

I artikkelen Den fulle allmennmediske bøtten (Hetlevik, 1999), reflekteres det over følgende problemstillinger:

- ▶ Hvem definerer innholdet i allmennmedisinen?
- ▶ Hvordan skjer dette?
- ▶ Hva er viktigst?
- ▶ Blir det viktigste prioritert?
- ▶ Vurderes kapasiteten når nye oppgaver delegeres til allmennlegen?

Artikkelen beskriver en situasjon der sykehuset har en bøtte med oppgaver som er konstant full, der det som flyter over renner videre til fastlegen (allmennlegen). Det pekes på at det er liten tradisjon for å ta vekk tilbud i helsevesenet, noe som gjør at allmennlegen/fastlegen får stadig flere oppgaver etter hvert som spesialisthelsetjenesten utvikles. Når nye oppgaver tilføres en allmennlegetjeneste som fra før har fulle dager, må man ifølge artikkelforfatterne, regne med at noen eksisterende oppgaver blir nedprioritert. Konsekvensene det pekes på er at pasienten ikke får time i tide eller at legen ikke rekker å gjøre alt som anbefales.

Fastlegereformen ble innført etter denne artikkelen ble publisert. Med listeansvar, normtall og insentiver til effektiv gjennomstrømning, og krav om å utarbeide kriterier som utgangspunkt for å vurdere hvorvidt

det skulle opprettes flere avtaler i en kommune, skulle balansen mellom arbeidsoppgaver, avlønning og insentiver for å sikre arbeidsinnsats innen rimelighetens grenser i form av listetak, være ivarettatt.

Spørsmålet om hvem som definerer innholdet i fastlegens oppgaver og hverdag, hva som er viktigst, om det viktigste blir prioritert, og hvordan oppgaveøkningen har fått skje, er drøftet og behandlet i ulike sammenhenger etter fastlegeordningen ble innført. Hovedinntrykket fra en omfattende litteratur på området, er at det ikke er en enkeltoppgave eller forklaring bak en større opplevd arbeidsbelastningen blant fastleger, men derimot et mangfold av forklaringer og oppgaveendringer som henger mer eller mindre sammen. Videre i dette delkapitlet refererer vi sentrale funn fra forskningslitteratur, utredninger og andre relevante innspill som særlig retter seg mot fastlegens arbeidsoppgaver og -belastning.

Enighet blant partene om økt arbeidsbelastning for fastlegene

Vi starter med en kort oppsummering av tariffforhandlingene mellom Legeforeningen og staten sommeren 2018. Forhandlingene førte til brudd og opprettelse av en protokoll der det blant annet står; «For å beholde dagens fastleger, samt legge til rette for økt rekruttering av fastleger, er partene enige om at det er behov for å kartlegge omfanget av oppgaver av varig karakter som ikke tidligere er kompensert». (Legeforeningen & Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). I tråd med protokollen ble det opprettet en arbeidsgruppe bestående av staten (Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet), Legeforeningen, KS og de regionale helseforetakene (RHF). Gruppen skulle blant annet vurdere fastlegenes arbeidsbelastning. Arbeidsgruppen leverte sin sluttrapport 1. mars 2019 (Partssammensatt gruppe, 2019). I rapporten konkluderes det med at fastlegers oppgaver har økt, der grunnen til oppgaveøkningen er sammensatt. Det vises videre til at det er vanskelig å gi et fullstendig bilde av hvilke oppgaver som er økt, men rapporten trekker frem det arbeidsgruppen mener er sentrale bidragsyttere. Endringer i forventninger hos befolkningen, sykdomsendringer og aldersendringer med mer sammensatte og komplisert sykdom i befolkningen, medisinske endringer som gjør behandling av flere sykdommer mulig og som gjør at fastlegene bruker mer tid på kompetanseheving, samt nye krav og lovendringer som fastlegene må sette seg inn i og følge, har samlet ført til mer arbeid. Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og en økning i oppgaver fra Nav, har også bidratt til oppgaveøkningen. I rapporten kommer det også frem at innføring av digital kontakt med samarbeidspartnere har medført at fastlegene får flere henvendelser herfra, noe som gjør at fastlegene må ta stilling til flere problemstillinger enn tidligere.

I sum viser gjennomgangen at dette har bidratt til mer arbeid generelt, samt mer arbeid rundt hver enkelt pasient, og at konsultasjonene har blitt mer omfattende. Pasientrettet arbeid uten pasient til stede, har ifølge rapporten økt, noe som også medfører en kostnadsøkning for fastlegene. Rapporten peker på at en reduksjon i listelengde kan være en løsning for å senke arbeidsmengden for mange fastleger, men at dette vil føre til lavere inntekter fra basistilskudd, noe som kan bidra til at flere velger å beholde listelengden for å opprettholde inntektsnivået.

I rapporten pekes det konkret på oppgaver som er tilkommet de siste årene. Etterkontroller av kreft, samt behandling av flere kroniske sykdommer, gjøres i større grad enn tidligere av fastlegene, noe som fører til mer pågang fra denne pasientgruppen, samt krever kompetanseheving hos fastlegene. Gruppen har også funnet et økende omfang av det som kalles funksjonelle lidelser, og at pasienter med alvorlige psykiske lidelser har fått større tilgang til fastlegene, samtidig som antall sengeplasser i psykiatrisk sykehus har gått ned og lengden på innleggelse har blitt kortere. Pakkeforløp, multidose og medikamentlister har også medført økt oppgavemengde blant fastlegene, samt oppfølging av «risikanter» - folk som ikke er syke, men som er utsatt for å utvikle sykdom i fremtiden og som derfor må følges opp. Andelen personer som ønsker å forsikre seg om at de er friske og derfor besøker legen, har også økt. Rapporten peker videre på at det er tilkommet flere krav til drift av legekontoet, med internkontrollsystem, IKT-system, informasjonsbehandling, medisinsk utstyr, med mer.

I oppfølgingen av protokollene gis det følgende oppsummering:

Partene er enige om at beskrivelsen av fastlegenes hverdag og de fakta som for øvrig er beskrevet i rapporten, herunder Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse, viser at fastlegenes arbeidstid har økt. Nøyaktig omfang er ikke mulig å fastslå, blant annet på grunn av stor variasjon innad i gruppe. (s. 21).

Undersøkelser av fastlegens tidsbruk og arbeidsbelastning

Tidsbruksundersøkelsen som det vises til i sitatet over, er en sentral kilde for å vurdere fastlegenes arbeidsbelastning (Rebnord I. K., Eikeland, Hunskaar, & Morken, 2018). Undersøkelsen viser at fastlegene i gjennomsnitt jobber 55,6 timer i uken. Variasjonen er stor, der 25 prosent av legene jobber mer enn 62 timer i uken, og 10 prosent jobber mer enn 75 timer i uken. Det skilles mellom fastleger med og uten legevakt. I den aktuelle uken hvor tidsbruken er registrert, jobbet fastleger uten legevakt 49,1 timer i gjennomsnitt. Av fastlegene som deltok i undersøkelsen hadde 34 prosent legevakt den aktuelle uken. Legevaksarbeid utgjorde i gjennomsnitt 19,5 timer for disse legene, uten reduksjon i daglig fastlegearbeid. I gjennomsnitt brukes 38,8 timer i uken på pasientrettet arbeid, der pasienten er tilstede på kontoret i 67 prosent av tiden. Mellom 8 og 16 timer i uken brukes i gjennomsnitt på arbeid tilknyttet mennesker med store og sammensatte behov.

En tilleggsrapport til undersøkelsen viser at gjennomsnittlig arbeidstid er 47,9 timer i uken, dersom legevakt og ikke-kommunale arbeidsforhold trekkes ut (Rebnord & Eikeland, 2018). I og med at det kun var 15 prosent av legene i tidsbruksundersøkelsen som hadde andre ikke-kommunale legestillinger, justeres den gjennomsnittlige arbeidstiden ned med kun 1,2 timer dersom ikke-kommunale oppgaver ikke inkluderes. Det konkluderes med at ikke-kommunale stillinger i liten grad påvirker fastlegenes totale arbeidsbelastning, og at bare et fåtall av legene har denne type tilleggsoppgaver.

Der tidsbruksundersøkelsen skiller på driftsavtale mellom fastlege og kommune, fremkommer det at fastlønnede leger med bonus jobber flest timer i uken totalt (80 timer), mens selvstendig næringsdrivende har det laveste timetallet (54,4 timer). Undersøkelsen viser videre at fastlønnede fastleger bruker færre timer i uken tilknyttet pasientrettet arbeid, der fastlønnede fastleger bruker 29,7 timer og selvstendig næringsdrivende bruker 39,5 timer på alt pasientrettet arbeid. Rapporten peker på at et høyt timeantall tilknyttet legevakt i form av bakvakt og hjemmevakt trekker opp timetallet til de fastlønnede legene. Dersom legevakt og ikke-kommunale arbeidsforhold trekkes fra undersøkelsen, jobber selvstendig næringsdrivende fastleger flest timer i uken (48,4 timer), og fastlønnede fastleger færrest (40,9 timer) (Rebnord & Eikeland, 2018).

Gjennomsnittlig arbeidstid varierer også basert på kommunestørrelse, der fastleger i små kommuner med under 5.000 innbyggere har en gjennomsnittlig arbeidstid på over 70 timer. Over 60 prosent av fastlegene i små kommuner hadde legevaksarbeid den aktuelle uken, som bidro til å trekke opp gjennomsnittet. Blant legene i små kommuner som ikke hadde legevaksarbeid var total arbeidstid på 44,6 timer i gjennomsnitt.

Undersøkelsen viser relativt små forskjeller mellom kjønn, der menn jobber rundt tre timer mer enn kvinner. Ifølge undersøkelsen har 44 prosent av fastlegene kommunale oppgaver. Sykehjem/eldreomsorg, helsestasjonsarbeid og administrativ stilling var de vanligste kommunale oppgavene, med henholdsvis 20, 13 og 11 prosent gjennomsnittlig stillingsstørrelse. Timeantallet brukt på kommunale oppgaver reduseres med økt innbyggertall. Blant næringsdrivende fastleger uten 8.2-avtale hadde i underkant av 40 prosent kommunale oppgaver. Blant fastleger med andre driftsavtaler hadde rundt 70 prosent av fastlegene kommunale oppgaver.

Fastlegene som deltok i undersøkelsen registrerte timebruken sin i én sammenhengende uke. Om lag 41 prosent av Norges fastleger deltok i undersøkelsen. Undersøkelsen har vært diskutert og til dels kritisert, men som det fremgår av sitatet fra trepartssamarbeidet foran, bestrides ikke undersøkelsen, selv om det understrekes at nøyaktig omfang av fastlegenes arbeidsmengde ikke kan fastslås.

Fastlegenes arbeidsoppgaver og tidsbruk er også studert av SSB. Artikkelen Kortere pasientlister, lengre arbeidsdager? (Texmon, 2018) studerer endringer i fastlegens oppgaver og arbeidsbelastning over tid. Utgangspunktet for analysene er utviklingen i refusjonskrav til Helfo fra 2010-2017. Det slås fast at antall konsultasjoner per innbygger har økt med 4,5 prosent når det korrigeres for befolkningsveksten i perioden. Antall konsultasjoner per fastlege er dog redusert med to prosent i perioden 2012-2017. Fastlegenes gjennomsnittlige listelengde er ifølge artikkelen, redusert med seks prosent fra 2010-2017. Det vises at bruk av taksten som utløses ved bruk av ekstra tid i 2010 ble brukt ved rundt en tredjedel av konsultasjonene. I 2017 ble denne taksten brukt ved nesten 40 prosent av konsultasjonene. Samlet antall takster som er brukt ved konsultasjoner viser en økning på 18 prosent fra 2010-2017, noe som er høyere enn veksten på antall konsultasjoner. Kontakt med annet helsepersonell og kommunale omsorgstjenester har økt med 46 prosent siden 2010, der denne taksten er brukt 600.000 ganger mer enn i 2010. Takst for skriving av elektronisk resept ble brukt 5 millioner ganger i 2017, uten at pasient nødvendigvis var tilstede på legekontoet. Bruk av taksten for enkle kontakter med pasienter, som kan være både korte besøk på legekontoet og telefonkontakt, har også økt. Samlet vekst på de overnevnte takstene tilknyttet enkle kontakter mellom fastleger og pasienter eller med annet helsepersonell, var på 41 prosent fra 2010-2017. Dersom takstene korrigeres for at de ulike kontaktformene ikke innebærer samme arbeidsmengde, blir den samlede veksten 33,8 prosent. Artikkelen bekrefter dermed både at det har vært en oppgaveendring og at oppgaveendringene krever mer tid per listepasient.

Artikkelen påpeker at den teknologiske utviklingen kan forklare deler av økningen av takstbruken tilknyttet enkle kontakter. I tillegg kan fastlegene ha fått et utvidet ansvar for pasientene etter reformer innført de siste årene, som også kan ha bidratt til økt kontakt med helsepersonell og andre tjenester.

Totalt antall kontakter mellom fastlege og pasient, eller representanter for pasient, har ifølge artikkelen økt med 25 prosent fra 2010-2017. Økningen har vært størst ved enkle kontakter, og når tallene korrigeres for arbeidsmengde, blir veksttallet 22,4 prosent. Økningen i antall fastlegeavtaler har vært lavere, på 15,3 prosent. Veksten i antall årsverk i øvrige allmennlegetjenester innen det kommunale legearbeidet, som legetjeneste ved institusjoner, skolehelse- og helsestasjonstjeneste, har vært på opp mot 39 prosent.

Artikkelen oppsummerer som følger:

Oppsummert er det grunn til å hevde at gjennomgangen bekrefter mer enn avkrefter at det har vært en større vekst i fastlegenes arbeidsbelastning enn i tilgjengelige legeressurser de siste årene. Dette gapet ser likevel ikke ut til å være fullt så stort som nyere opplysninger om legenes faktiske arbeidstid skulle tilsi.

Tidligere undersøkelser viser en større andel fastleger med kommunale oppgaver. Eksempelvis finner en undersøkelse fra 2004 at 77 prosent av fastlegene hadde kommunale oppgaver, hvorav 37 prosent hadde tilsynsoppgaver i sykehjem (Kværner, 2005). Undersøkelsen dekket 48 prosent av fastlegene. Dette indikerer at antall fastleger med kommunale oppgaver er redusert.

4.1.2 Oppgaveendringer og nye oppgaver

I artikkelen Fastlegeordningen forvitrer – hva nå? (Christiansen & Sandvik, 2017) peker forfatterne på endringer som er tilkommet siden 2001 som har påvirkning på fastlegenes arbeidsvolum. De trekker frem tre hovedtendenser: 1) Demografisk utvikling med flere eldre, 2) medisinsk utvikling, herunder flere kroniske syke, mer avansert utredning og behandling, mer oppfølging og kontroll og mer forebyggende helsearbeid, og 3) politiske reformer, som samhandlingsreformen, fastlegeforskriften, akuttmedisinforskriften, førerkortforskriften, fraværsgrænse for videregående skole og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

En undersøkelse om 16 – 18-åringers bruk av allmennlegetjenester høsten 2016 sammenlignet med perioden 2013 – 2015 (Bakken, et al., 2017) viser at antall konsultasjoner i allmennlegetjenesten for 16 – 18-åringer økte med 30 prosent fra høsten 2015 til høsten 2016. Legemiddeluttaket i samme

aldersgruppe økte med 8 prosent i perioden. Artikkelen konkluderer med at denne utviklingen sannsynligvis er en konsekvens av de nye fraværsreglene i videregående skole.

Som vist i kapittel 1.1 er det etablert en grasrotgruppe, Trønderopprøret, som har som formål å ta tilbake kvaliteten i fastlegeordningen. I denne forbindelse har Trønderopprøret fått gjennomført en spørreundersøkelse blant Norges fastleger i 2018. I undersøkelsen deltok 22 prosent av Norges fastleger. Det vises til at tidsbruksundersøkelsen gir god innsikt om arbeidstid blant fastleger, men at gruppen ønsket å spesifisere nærmere hvilke oppgaver som utføres innenfor arbeidstiden. Resultatene fra undersøkelsen viser at en fastlege i gjennomsnitt håndterer 43 ulike problemstillinger om dagen, signerer 15 epikriser, 26 resepter og 150-200 blodprøvesvar hver dag. Sykemelding skrives ved nesten én fjerdedel av konsultasjonene. I gjennomsnitt skriver fastlegen 3,2 henvisninger og legger inn 0,5 pasienter på sykehus om dagen. Fastlegene skriver i gjennomsnitt over tre attester hver dag, hvor 1,1 av disse er fraværsattester til videregående skoleelever og 0,6 er førerkortattester.

Halvparten av fastlegene iverksetter minst to tilbakeførte oppgaver fra andrelinjetjenesten hver dag. Hver fjerde dag gjennomføres et møte med en helseaktør, hver syvende dag møter fastlegen Nav og hver femte dag gjennomføres planlagte sykebesøk hos listepasienter.

Andre eksempler på oppgaver som står i listen er økt krav til tilgjengelighet og elektronisk kommunikasjon med pasienter og annet helsepersonell, krav til informasjons- og datasikkerhet, økende antall prøvetaking der legene mener de er «laboratorietjeneste» for sykehus, jordmor og avtalespesialister, uten kompensering.

4.1.3 Samhandlingsreformen medførte en oppgaveoverføring

Ved samhandlingsreformen ble som nevnt en større del av behandlingen av pasienter overført fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Det vises til kapittel 2.2 der samhandlingsreformen og evalueringen av den omtales. Evalueringen av reformen bekrefter bildet som gis i litteraturen referert foran, og at samhandlingsreformen er en vesentlig bidragsyter til at fastlegene, så vel som kommunehelsetjenesten, har fått tilført nye ressurskrevende oppgaver, uten at finansieringen som fulgte med samsvarte med oppgaveoverføringen.

Fastlegeordningens betydning for helsetjenesten ble i utgangspunktet tydelig forankret som en del av reformen. Fastlegene skulle være et fast holdepunkt for en helsetjeneste der innsatsen ble satt inn på lavest mulig behandlingsnivå og som arbeidet forebyggende. Det fremgår at både fastlegeordningen og det generelle allmenntilleggsarbeidet tilknyttet sykehjem, helsestasjoner, skolehelsearbeid og fengselshelsetjeneste skulle styrkes. Som en del av reformarbeidet ble det også nedsatt en departemental arbeidsgruppe med mandat til å vurdere og å legge frem forslag til utvikling av legetjenesten i kommunene (Helsedirektoratet IS-1652). Arbeidsgruppen anslo et behov for om lag 2.000 flere legeårverk i kommunene i perioden 2009–2015, tilsvarende en økning i legedekningen på 50 prosent. Anbefalingen er ikke fulgt opp.

Av andre undersøkelser med relevans viser vi til Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (Riksrevisjonen, 2016). Rapportens hovedfunn var blant annet at kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus, at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både første- og andrelinjetjenesten ikke er godt nok, og at tilbudet i kommunene innenfor rus- og psykiatrimrådet ikke er styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten. Det vises også til at kommunene i liten grad har økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen. Undersøkelsen bekrefter dermed både at kommunene, herunder fastlegene, har fått nye oppgaver, og at dette ikke i tilstrekkelig grad ble fulgt opp med kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten.

4.1.4 Finansiering av fastlegeordningen: Ulike insentiver på tvers av ordninger

Innledningsvis viste vi at den kommunale allmennlegetjenesten historisk har hatt litt ulike former for finansiering. Valgte finansieringsløsning for fastlegeordningen har følgende sentrale elementer:

- ▶ Legedekningen ble gjort uavhengig av kommunenes økonomi
- ▶ Basistilskuddet skulle gi en forutsigbar inntektssikring for en gitt pasientliste
- ▶ Det aktivitetsbaserte tilskuddet skulle stimulere til effektiv bruk av ressursene

I det opprinnelige forslaget ble det lagt til grunn en 50/50-fordeling mellom basistilskuddet og det aktivitetsbaserte tilskuddet, men dette ble endret til 30/70, som også i store trekk er fordelingen i dag. For kommunesektoren var det en premiss at ordningen ikke skulle påføre kommunene merkostnader. Endringen til en lavere andel basistilskudd (fra 50 til 30), styrket finansieringsordningens insentiver til høy gjennomstrømning og aktivitet målt i refusjonsberettigede aktiviteter. Samtidig innebar endringen en annen fordeling av finansieringsansvaret mellom stat og kommune enn det som opprinnelig ble foreslått ved at staten tok en større del av finansieringen.

Ved oppstarten av fastlegeordningen var det også en viktig intensjon at legene skulle honoreres etter samme hovedmodell i alle kommuner. Det ble likevel åpnet for fastlønn i små kommuner dersom de økonomiske vilkårene ikke var gode nok til å rekruttere fastleger. I stortingsbehandlingen ble det pekt på at kommunen eventuelt kunne betale for kontor og hjelpepersonell i tillegg til basistilskuddet. Næringsdrift med offentlig støtte, eller næringsmodellen, skulle være hovedmodellen.

Fastlegens driftsinntekter i kurativ praksis består som nevnt foran av:

- ▶ Per capita-tilskudd (basistilskudd)
- ▶ Refusjon fra folketrygden
- ▶ Egenbetaling fra pasienten (aktivitetsbasert finansiering)

Egenbetaling fra pasienten inngår som et element i den aktivitetsbaserte finansieringen. Et viktig poeng i denne sammenheng er at det med offentlig støtte, også følger reguleringer og takster for utformingen av egenandelene. Dette sikrer like priser på tvers av offentlig finansierte fastlegetjenester. Egenbetalingen fra pasientene utgjør en liten andel av den samlede finansieringen. En privatpraktiserende lege som ikke mottar offentlig støtte, står fritt til å prise tjenestene som de selv ønsker.

Finansieringsordningene gir ulike insentiver

Aktivitetsbasert finansiering av privatpraktiserende leger har gjennom årene vært grundig undersøkt i flere sammenhenger. Det er bred enighet om at aktivitetsbasert finansiering gir insentiv for høy aktivitet, mens per capitatilskudd gir insentiv for det motsatte (Ellis & McGuire, 1986; McGuire, 2000; Gertler & Gaynor, 1995). I tillegg gir per-capita finansiering insentiv for «fløteskumming» av pasienter, det vil si at legen vil ønske å ha de friskeste og yngste pasientene på sin liste (Newhouse, 1996; Barros, 2003). Vahidi et.al. (Vahidi, Mojahed, Jafarabadi, Gholipour, & Rasi, 2013) finner i en systematisk litteraturgjennomgang at fastlønn er assosiert med lavere tjenestetilbud (færre tjenester tilbudt), og et høyere antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten sammenlignet med både aktivitetsbasert tilskudd og per capita tilskudd.

Brekke, Holmås, Monstad, & Straume (2018) finner i en nyere studie fra Norge at aktivitetsbasert finansiering sammenliknet med fastlønn fremmer følgende adferd hos norske fastleger:

1. De tilbyr flere forlengede konsultasjoner
2. De utfører flere medisinske prosedyrer

3. De tar flere lab-tester
4. De tar pasienter oftere inn til oppfølgingstimer (innen 14 dager etter siste time)
5. De gir oftere sykemelding
6. De henviser sjeldnere til sykehus

Funnene samsvarer med en litteraturstudie publisert i 2001 (Gosden, et al., 2001) som finner at også den aktivitetsbaserte finansieringen, sammenliknet med per capitatilskudd, fører til flere konsultasjoner, flere diagnostiske og kurative tjenester, færre sykehusinnleggelser og færre fornyelser av resepter.

Litteraturen gir videre støtte for at blandede insentiver med en kombinasjon av basistilskudd og aktivitetsbasert tilskudd reduserer sannsynligheten for både over- og underproduksjon (Brosig-Koch, Hennig-Schmidt, Kairies, & Wiesen, 2003). Per capitatilskudd gir insentiver til en mer helhetlig pasientbehandling, mens den aktivitetsbaserte tilnærmingen stimulerer høy aktivitet.

Fastlegens portvokterrolle og hvordan den påvirkes av avlønningsform er også studert i flere sammenhenger. Som vist foran kan finansieringsformen både påvirke hvor hyppig fastlegen henviser til sykehus og hvor ofte de gir sykemelding. Markussen & Røed (2016) har ved hjelp av registerdata studert om leger over tid blir «snillere» med sykemeldinger når legen mangler pasienter, eller møter konkurranse ved at en ny fastlege etablerer seg. Svaret på begge spørsmålene er ja. Flere pasienter på listen gir større økonomisk gevinst. Praktiserer legen en strengere portvokterrolle enn pasienten ønsker i form av strengere krav til sykemeldinger og henvisninger til videre undersøkelser, så risikerer fastlegen å miste pasienter, noe som både vil gå ut over basistilskuddet og mulighetene til å hente inn aktivitetsbaserte inntekter. Ifølge analysene ville sykefraværet i Norge vært lavere hvis fastlegene hadde sluppet å konkurrere om pasientene. Markussen & Røed (2016) har beregnet en potensiell gevinst på 2,1 milliarder kroner årlig i form av tapt produksjon dersom enkelte av sykemeldingene var mindre rause. Det fremgår videre av analysene at fastlønnede leger er strengere med sykemeldinger enn fastleger som må konkurrere om pasientene. Brekke, Holmås, Monstad, & Straume (2018) bekrefter at konkurransesituasjonen fører til flere sykemeldinger. De finner at en lege i egen legepraksis skriver ut flere sykemeldinger enn det som er tilfelle når den samme legen møter tilsvarende pasienter på legevakt.

4.1.5 Driftsavtaler mellom fastlege og kommune

Driftsavtaler som benyttes i fastlegeordningen

Som vist i kapittel 2.4.5 er hovedmodellen i fastlegeordningen en driftsavtale, der fastlegen er selvstendig næringsdrivende og mottar basistilskudd og refusjoner. Helfo har oversikt over andelen fastleger som er henholdsvis fast ansatt og selvstendig næringsdrivende, men det finnes ingen fullstendig oversikt over de ulike variantene av driftsavtaler som finnes innenfor disse to hovedformene. I de neste avsnittene redegjøres det for undersøkelser tilknyttet de ulike driftsavtalene som benyttes mellom fastleger og kommuner.

Rapporten Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen (Ipsos & Samfunnsøkonomisk analyse, 2018) undersøker kommunenes subsidiering av fastlegeordningen gjennom en spørreundersøkelse (57 prosent svar), intervjuer og statistikk. Rapporten anslår at 7 av 10 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover basistilskuddet og utjamningstilskuddet. Rapporten estimerer at den totale merkostnaden subsidieringen medfører for kommunene er på 378 millioner kroner i 2017. De vanligste tiltakene fra kommunens side er leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende fastleger, avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell, eller fastlønn. Tilleggsfinansiering i form av subsidier til næringsdrivende leger utover det som ligger i den ordinære finansieringen, har størst forekomst i små og mindre sentrale kommuner, og mange av disse har brukt av sine frie inntekter til å subsidiere ordningen over flere år. Dette synes også å ha vært et nødvendig tiltak for å kunne fylle kommunens lovpålagte ansvar som følger av «sørge-for» ansvaret. Over halvparten av kommunene som i

dag ikke finansierer fastlegeordningen utover det som ligger i hovedmodellen, og da spesielt de mer folkerike kommunene, tror subsidiering blir nødvendig i fremtiden.

Undersøkelsen Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere (Abelsen, Gaski, & Brandstorp, 2016) viser at de fleste fastlegene i disse kommunene var selvstendig næringsdrivende fastleger med eller uten subsidiering. Under halvparten av avtalene var selvstendig næringsdrift (44,8 prosent). En tredjedel av avtalene (33,9 prosent) var basert på 8.2-avtaler, og 20,1 prosent av avtalene var basert på fastlønn. Undersøkelsen viser videre at innbyggertallet var en viktigere faktor enn sentralitet for valg av driftsform, der fastlønn var mest vanlig i kommuner med under 2.000 innbyggere (69,2 prosent), og der andelen av legens inntekt fra den aktivitetsbaserte inntjeningen økte i tråd med økt kommunestørrelse. Undersøkelsen viser også at kommunens sentralitet har størst innvirkning på legeløse lister og spesialiseringsgrad. Hele 96 prosent av kommunene under 20.000 innbyggere deltok i undersøkelsen. 41,6 prosent av fastlegene i Norge tilhørte disse kommunene.

4.1.6 Preferanser for ulike driftsmodeller

Aaraas, Steinert & Halvorsen (2012) gjennomførte i 2009 en utvalgsundersøkelse blant fastleger i Norge, med 40 prosent svarprosent. I denne undersøkelsen oppga 75 prosent at de var selvstendig næringsdrivende, mens 52 prosent av respondentene ønsket en slik avtale i fremtiden. 18 prosent av respondentene hadde 8.2-avtaler, der 26 prosent ønsket dette i fremtiden, og 4 prosent hadde fastlønn med bonus, 3 prosent ren fastlønn. Henholdsvis 16 og 6 prosent ønsket disse driftsavtalene i fremtiden. Flere fastleger ønsket seg altså bort fra den etablerte hovedmodellen med ren næringsdrift og over på 8.2-avtaler eller fastlønn.

I 2012 ble en liknende undersøkelse gjennomført av Abelsen, Olsen, Halvorsen & Holte (2015) hvor 30 prosent av fastlegene i Norge deltok. Spørsmålene om faktisk driftsform og foretrukket driftsform var de samme som i 2009. Her var det liten endring i faktisk driftsavtale, med noe færre rent selvstendig næringsdrivende (71 prosent kontra 75 prosent i 2009), litt flere 8.2-avtaler (20 prosent kontra 18 prosent i 2009), 4 prosent hadde fastlønn med bonus (6 prosent hadde fastlønn uten bonus og 3 prosent uten bonus i 2009). Undersøkelsen fant at andelen fastleger som foretrakk selvstendig næringsdrift var redusert fra 52 prosent i 2009 til 36 prosent i 2012. Undersøkelsen fra 2012 inkluderte et tilleggsspørsmål ved inntektspreferanser. Her ble respondentene bedt om å svare på om de fortsatt ville hatt preferanse for samme driftsform, dersom de uansett ble forsikret at de ville ha muligheten til å kontrollere arbeidstid, fagutvikling, autonomi og inntekt. De aller fleste som opprinnelig foretrakk fastlønn oppga at de fortsatt ville foretrekke denne driftsformen med de nye forutsetningene. Men bare 38 prosent av fastlegene som foretrakk næringsdrift, og 21 prosent av de som foretrakk 8.2-avtaler, ville fortsatt foretrukket samme driftsform med de nye forutsetningene. Resten var enten indifferent eller ville foretrukket en annen driftsform.

Videre fant de at unge fastleger, fastleger som jobbet i små kommuner, fastleger som hadde flere pasienter på listen enn ønskelig, fastleger som jobbet mer enn de ønsket, fastleger med lav inntekt, eller fastleger med få pasienter på listen sin, foretrakk fastlønn.

De fant også en uoverensstemmelse mellom timeantallet fastlegene oppga at de jobbet i gjennomsnitt (45 timer per uke) og ønsket arbeidsmengde (38 timer).

Utvikling i fastlegers inntektspreferanser basert på undersøkelser redegjort for overfor:

	2009 (Aaraas et.al.2012)	2012 (Abelsen et.al. 2015)
Privat praksis	52%	36%
8-2 avtale	26%	29%
Fastlønn med bonus	16%	24%
Fastlønn uten bonus	6%	12%

TABELL 4.1 UTVIKLING I FASTLEGERS INNETKSPREFERANSER

Abelsen og Olsen (2015) undersøkte preferansene tilknyttet inntektssystemer blant siste års medisinstudenter samt turnusleger i Norge. Undersøkelsen har en svarprosent på 53 prosent. Overordnet viste undersøkelsen at aktivitetsbasert inntekt ble rangert nederst av leger tilknyttet både sykehus og allmennpraksis. Rundt 20 prosent av respondentene foretrakk fastlønn dersom de skulle jobbe som fastlege. Det var også 20 prosent som foretrakk aktivitetsavhengig inntekt, mens 48 prosent foretrakk fastlønn med aktivitetsbasert bonus mens 12 prosent svarte «vet ikke».

Undersøkelsen viser videre at økt sikkerhet rundt inntektssystemet førte til økt preferanse blant kvinner og personer med risikoaversjon. Personer med høye inntektspreferanser og som er opptatt av status, foretrakk aktivitetsbasert inntektssystem. Det samme gjaldt for dem som taklet et høyt arbeidstempo bra. Undersøkelsen konkluderer med at majoriteten av medisinstudenter og turnusleger i dag foretrekker andre inntektsmodeller enn hovedmodellen i fastlegeordningen.

NSDM har publisert to rapporter om sin følgeforskning på prosjektet ALIS-Vest (jf. kapittel 2.2 for omtalte av ALIS). Rapportene viser at allmennlegene i spesialisering som deltar i prosjektet er opptatt av tryggheten som de oppnår ved å være fast ansatt. Samtidig ønsker de fleksibilitet i egen arbeidshverdag og rammer som sikrer tilstrekkelig fritid, og overkommelig arbeidsmengde. Rapportene viser at ALIS-legene i stor grad får dette gjennom utdanningsstillingene (Brandstorp & Seppola-Edvardsen, 2018a; 2018b).

4.1.7 IKT og utvikling av nye tjenester – nye forventninger og krav til fastlegene

I DIFIs innbyggerundersøkelse 2017 kommer fastlegen på andreplass blant tjenester som nordmenn er mest fornøyd med. Samtidig scorer tjenesten lavere på tilfredshet med digitale tjenestetilbud (DIFI, 2017). Det er gjennomført flere undersøkelser som viser at en stor andel av befolkningen ønsker mer digital dialog med helsevesenet. Det er også opprettet et eget direktorat for e-helse, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet ble opprettet 1. januar 2016 på bakgrunn av behovet for sterkere nasjonal styring og bedre organisering av IKT-feltet i helse- og omsorgssektoren. Det forventes en stadig utvikling av nye digitale tjenester i tillegg til de som allerede er tatt i bruk. Utviklingen av digitale tjenester berører fastlegen på i hovedsakelig tre måter: 1) fastlegene for tilgang på nye verktøy som kan bidra til å utvikle nye tjenester og dermed bidra til økt kvalitet og/eller bedre effektivitet, 2) fastlegenes tilgjengelighet for både listepasienter og samarbeidspartnere økes, 2) det utvikles nye markedsbaserte tjenester som fastlegene må forholde seg til. Innføring av digitale løsninger og krav til fastlegene på dette området, stiller også krav til at fastlegene anskaffer og drifter systemer.

Fastlegekontorenes teknologimodenhet

I 2017 testet Forbrukerrådet legekontorene i Norge, med fokus på informasjon, service og digital tilgjengelighet til brukere som vurderer å bli pasient ved legekontoret. Forbrukerrådet undersøkte alle 1 417 legekontorene i Norge, der 1 374 av dem ble med i det endelige utvalget (Forbrukerrådet, 2017a).

Undersøkelsen avdekket blant annet at 27 prosent av kontorene ikke hadde nettside, 40 prosent av kontorene manglet mulighet for å bestille time elektronisk, og 63 prosent av kontorene svarte på telefon innen 2 minutter (Forbrukerrådet, 2017b). Fastlegeforskriften krever at fastlegekontoret skal kunne motta timebestilling elektronisk (kap 4, § 21, 4. ledd), og at 80 prosent av telefonene normalt skal besvares innen to minutter (kap 4, § 21, 3. ledd). Vi har ikke funnet relevante oppdaterte undersøkelser eller kartlegginger av fastlegenes bruk av digitale løsninger.

E-konsultasjon

E-konsultasjon er et eksempel på en digital tjeneste som både fastleger og markedsaktører har tatt i bruk, og som er under utvikling. Begrepet e-konsultasjon defineres som elektronisk kommunikasjon mellom pasient og fastlege eller dennes stedfortreder (Legeforeningen, u.d.(a); Zanaboni & Makhlysheva, 2018).

Konsultasjonen gjennomføres gjennom en digital kanal, som PC, nettbrett, mobil eller liknende. Konsultasjonen kan skje i sanntid ved video eller chat, eller via meldinger/skjemaer med respons på et senere tidspunkt (Østvold, Auensen, & Nærum, 2018). E-konsultasjonen som tilbys fra helsenorge.no er basert på en meldingstjeneste der fastlegen svarer på et senere tidspunkt, normalt innen fem dager etter henvendelsen.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse (2018) har anslått at e-konsultasjon i Norge vil utgjøre en andel på 30 prosent av alle konsultasjoner hos fastleger i løpet av få år. Rapporten presenterer også en nytte-kostnadsanalyse, hvor samfunnsøkonomisk gevinst ved innføring av anbefalte tiltak og virkemidler ved e-konsultasjon er anslått til 534 millioner kroner i netto nåverdi mellom 2019-2028. Redusert tidsbruk og spart reisekostnad for innbyggerne er grunnlaget for gevinsten. Det antas at tiltakene vil ha positiv innvirkning på brukeropplevelsen av helsetjenester og bedre tilgjengeligheten.

Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal peker på de samme gevinstene: Spart tidsbruk på reisetid, mindre jobbfravær og økt fleksibilitet gir gevinster for brukerne og dermed også samfunnet. I meldingen vises det også til at økt tilgjengelig med enklere tilgang til fastlegen vil kunne øke antallet henvendelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Det er også et politisk ønske at fastleger skal tilby e-konsultasjoner. Det fremgår både i Granavolden-plattformen (Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, 2017) og Jeløy-plattformen (Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, 2018) at regjeringen skal «innføre krav om at fastleger skal tilby e-konsultasjon til dem som ønsker det».

Bruk av e-konsultasjon på legekantor

Nasjonalt senter for e-helseforskning publiserte i 2018 et faktaark med oversikt av bruk av e-konsultasjon mellom pasient og fastlege. Tallene var innhentet gjennom en analyse av takstbruk for e-konsultasjon, innsamlet av Helfo i 2016-2017.

I 2017 utgjorde andelen e-konsultasjon rundt 0,6 prosent av alle fastlegekonsultasjoner. Tallet har økt noe i 2018, hvor e-konsultasjon utgjorde 2,2 prosent av fastlegekonsultasjonene i oktober 2018 (Helsedirektoratet & Direktoratet for e-helse, 2018). Dette er foreløpig langt fra anslagene på 30 prosent, og viser også at denne tjenesten til nå representerer en svært begrenset andel av fastlegenes hverdag.

Pleie- og omsorgsmeldinger

Mens e-konsultasjoner og andre digitale tjenester er i startgropen er såkalte PLO-meldinger en digital tjeneste som i stor grad brukes og har betydning for fastlegene. Med PLO-meldinger menes standardiserte elektroniske meldinger til bruk i samhandlingen mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastlege og helseforetak (Brugman, et al., u.å.).

PLO-meldinger kan sendes mellom fastlege og kommunale helseaktører, og mellom helseforetak og kommunale helseaktører. Meldingene kan foreløpig ikke sendes mellom helseforetak og fastleger i hele Norge, men det pågår utprøving på området. Typiske meldinger mellom kommune og fastlege kan være orientering om tjenestetilbud, helseopplysninger til lege, legemiddelopplysninger, medisinske opplysninger, forespørsler og svar på forespørsler, orientering om dødsfall og avvik (Brugman, et al., u.å.; Støfringsdal, et al.). Direktoratet for e-helse (2018) viser til tall fra Norsk Helsenett der det fremkommer at antall sendte pleie- og omsorgsmeldinger mellom kommunale pleie- og omsorgstjenester og fastleger har økt med 87 prosent fra kommunale tjenester og 121 prosent fra fastleger i perioden 2014-2017.

E-respt, medikamentlister og multidose

E-resept er en elektronisk resept. Alle e-resepter som forskrives i Norge lagres i Reseptformidleren, en nasjonal database (Helsedirektoratet, 2015). Innføringen av e-resept ble blant annet gjort for å gi sikrere, bedre og mer effektiv legemiddelhåndtering.

Multidose er maskinell pakking av legemidler i dosetter, som gjør det lettere for multidosepasienten å dosere og huske på å ta legemidlene sine. Før innføringen av multidose ble dosetter benyttet for å bidra til korrekt bruk av legemidler hos pasienter. Ved bruk av dosett sorteres legemidlene manuelt etter mengde og tidspunkt for når de skal tas. Administrering av dosett er en manuell og tidkrevende prosess. Derfor er multidose utviklet, som skal gjøre prosessen mindre manuell og mer maskinelt. Multidose kan tas i bruk av pasienter som benytter flere legemidler, og har stabil medisinerings (Helsedirektoratet, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Dersom en pasient bruker multidose, sender legen et ordinasjonskort til et multidoseapotek via telefaks. Ordinasjonskortet fungerer som et reseptdokument, og inneholder en liste over alle pasientens legemidler i bruk, uavhengig av om de skal pakkes i multidose eller ei. Hos apoteket pakkes medikamentene som tilhører multidose maskinelt i poser, en for hvert doseringspunkt. Posene merkes med pasient-ID, legemiddelopplysninger og tidspunkt for inntak. Multidose pakkes vanligvis for to uker av gangen. I oktober ble multidose benyttet av over 77.000 pasienter (Bergmo, Jøsendal, Johnsen, Kolstrup, & Johansen, 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

Helsedirektoratet utarbeidet i 2015 en rapport med oppsummering av kunnskap og erfaringer av multidose. Utfordringer som ble identifisert var blant annet at multidose var papirbasert, der telefaks ble benyttet for å formidle pasientens legemiddelliste mellom aktørene. Dette medførte manuelt arbeid og økte risikoen for feil. Blant annet ville ikke dobbeltforskrivning av medikamenter oppdages av multidoseapoteket, da det papirbaserte ordinasjonskortet ikke forholdt seg til eventuelle e-resepter. Meldingen uttrykker at det er behov for elektronisk formidling (Helsedirektoratet, 2015).

I en rapport fra en arbeidsgruppe som kartlegger fastlegens oppgaver, publisert våren 2019, pekes det på samme utfordring: At multidose må sendes til apoteket via telefaks (Partssammensatt gruppe, 2019). Videre nevnes utfordringer med at pasientene som benytter multidose ofte har mange sykdommer/tilstander og medisiner, såkalt multimorbiditet og polyfarmasi, og ofte er i kontakt med flere forskjellige aktører i helsevesenet. Derfor kan det forekomme opp til fire ulike legemiddellister som må samstemmes.

Direktoratet for e-helse holder nå på å innføre en ny funksjonalitet hvor fastlegen elektronisk kan videreformidle en fullstendig liste over alle legemidler som en multidosepasient bruker. Listen kalles «multidosemelding» og sendes til et multidoseapotek. Meldingen er en oversikt og ikke en resept, slik at det også må sendes e-resepter på alle legemidlene. Tiltaket er i gjennomføringsfasen (Direktoratet for e-helse, 2019).

4.1.8 Konkurransen fra nye helseleverandører, avlastning eller merbelastning på fastlegen?

Med en utvikling av tjenester som senker terskelen i form av økt tilgjengelighet og lavere tids- og planleggingskostnader for brukerne, oppstår det også en ny etterspørsel. Når tjenestene også er enkle å tilby, med relativt sett lave etableringskostnader, er det naturlig at det dukker opp tilbydere som konkurrerer med fastlegene på enkelte type tjenestoområder.

I løpet av de siste årene er det dukket opp en rekke kommersielle tjenester som tilbyr blant annet videokonsultasjoner, hjemmebesøk, rådgivning over telefon og andre former for tjenesteyting. Det tilbys konsultasjoner på telefon og video, i tillegg er det flere aktører som tilbyr hjemmebesøk eller ulike former for legevaktsordninger. Tjenestene tilbyr blant annet resepter, legeerklæringer og henvisninger, formidlet gjennom ulike former for «fjernkontakt» over digitale medier.

Østvold, Auensen, & Nærum (2018) viser til en utvikling hvor private legevirksomheter utenom fastlegeordningen er kommet på banen og tilbyr e-konsultasjoner som et alternativ til den offentlig finansierte førstelinjetjenesten. Virksomhetene henvender seg direkte til det brede lag av befolkningen, og markedsfører seg selv med reklame på bussen og TV, eller via forsikringsselskaper, eller gjennom andre digitale medier som SMS eller over nett. Analysene som refereres viser at utviklingen i bruk av e-konsultasjoner er raskt økende, men at både det offentlige og de private deltar i utviklingen.

Selv om man som følge av aktiv markedsføring i disse dager kan få inntrykk av at de private aktørene nærmest tar over markedet for e-konsultasjoner, viser analysen vår at det ikke gir et riktig bilde. Det er mer riktig å si at det foregår et kappløp der det offentlige og det private kjemper om å tette gapet mellom innbyggernes forventninger og dagens tilbud av e-konsultasjon. (Østvold, Auensen, & Nærum, 2018, s. 12)

Tjenestene som tilbys som en del av det offentlige fastlegetilbudet er prisregulert og inngår i fastlegens takstsystem. Dette i motsetning til de private leverandørene som selv kan sette en pris på ulike tjenester. En videokonsultasjon kan eksempelvis koste 300-600 kroner for 15 minutter, minuttpriser for telefonkonsultasjoner koster rundt 25-30 kroner, hjemmebesøk koster om lag 1.400 kroner. Det er også aktører som tilbyr gratis tilgang til video- og/eller telefonkonsultasjoner som en del av et større tilbud, eksempelvis som del av en forsikringspakke eller helsepakke i et treningssenter. Legekonsultasjoner blir da en del av et pakketilbud som bindes opp til andre produkter. I den offentlige debatten om tjenestene finner vi begreper som engangslege (Eriksen, 2018) og engangspasient (Syvertsen, 2018), det første i betydningen lege som ikke har tid eller interesse i å følge opp pasienten videre, og det andre i betydning av en pasient som tidligere ikke har, eller som i svært liten grad, har hatt behov for lege, og som derfor ikke kjenner fastlegen sin. Engangspasienten har behov for en tilgjengelig lege der de er, og som sliter med å få kontakt med fastlegen sin raskt nok.

Mange av pasientene som har konsultert meg gjennom KRY, er «engangspasienter». De har ikke hatt behov for lege før. De kan ha vokst opp i Bergen og vært innskrevet hos en fastlege der som de kanskje aldri har møtt. Eller de kan ha flyttet til Trondheim nylig for å studere eller jobbe og ennå ikke fått en fastlege der. Andre kan ha vært på ferie i Hellas eller på hytta si i Norge og er langt fra fastlegen sin. (Syvertsen, 2018).

I debatten om nye helsetjenester og utviklingen av markedsbaserte tilbud reises også problemstillinger om fløteskummere som tar seg betalt for å kurere det som ville gått bort av seg selv, og som profitterer på befolkningens bekymring for egen helse. Det er også stilt spørsmål ved reguleringen av det kommersielle markedet og om det stilles samme krav til legetilbud og legevakt med hensyn til kompetanse, spesialiseringen og trening som det stilles til offentlige aktører.

Det er også fremmet ulike synspunkter på hvorvidt utvikling av kommersielle tjenester avlaster eller belaster fastlegene. Her synes det å være ulike faktorer som trekker i hver sin retning. I noen tilfeller vil private tilbud kunne avlaste fastlegen ved at pasienter får hjelp uten å belaste fastlegen, mens det i andre tilfeller fører til rekvirering av prøver og videre oppfølging hos fastlegen som av fastlegen vurderes som unødvendige utfra sitt langvarige kjennskap til pasienten, tidligere sykdomsforløp, prøver og utredninger. Vi har ikke funnet oppdaterte forskningsbaserte undersøkelser fra Norge som behandler denne type spørsmål, og har derfor ikke noe grunnlag for kunne fastslå hvilke faktorer som virker sterkest på fastlegen. Derimot er det støtte i økonomisk teori for å kunne fastslå at økt tilgjengelighet og lavere kostnader i form av reisetid og andre kostnader ved å konsultere en lege, vil øke etterspørselen etter en del tjenester. Når dette kombineres med en utvikling av ulike former for velferdsteknologi på stadig flere områder, vil dette også bidra til å genere en etterspørsel av ulik art hos fastlegen.

Trygghetsalarmer, GPS-armbånd, synshjelpemidler og medisineroboter er eksempler på produkter og tjenester som ofte omtales som velferdsteknologi (Forbrukerrådet, 2018), men som også omtales som helseteknologi. Begrepet helseteknologi kan minne om velferdsteknologi, men knytter seg mer til private aktører og gründervirksomheter som utvikler produkter ment for vanlige forbrukere. Online helseportaler, epilepsiarmbånd, helseklokker og glukosemålere er eksempler på helseteknologi. Et tredje liknende begrep er treningsteknologi. Dette begrepet knytter seg til utstyr og hjelpemidler som benyttes under trening, som måler og kvalitetssikrer treningen. Dette kan være trenings- og kostholdsapper, aktivitetsmålere, smart- og pulsklokker (Forbrukerrådet, 2018). Selv om flere av disse produktene isolert sett kan bidra til bedre helse i befolkningen, vil det også kunne genere etterspørsel etter oppfølging og undersøkelser hos fastlegen, eksempelvis i tilfeller der helseklokken gir bekymringer for puls, blodtrykk eller andre ting som måles og rapporteres gjennom ulike produkter. For fastlegen kan dette innebære en økt etterspørsel etter

tjenester og oppfølging fra personer med god helse og økonomi, med risiko for å fortrenge svakere grupper med sammensatte og komplekse diagnoser som ikke lar seg «måle» eller følge opp gjennom helseteknologi.

Det vises også til at leger som ikke kjenner en pasient og deres helsehistorie, ikke har samme grunnlag for å kunne vurdere behovet for undersøkelser og henvisninger til spesialisthelsetjenesten som en fastlege som kjenner pasienten.

Brelín, Pahle, & Mjølstad (2018) advarer mot å tro blindt på den digitale hypen, og viser til at Helsedirektoratet har gitt klarsignal til en studie som skal vurdere den faktiske effekten av velferdsteknologier. I artikkelen vises det også til at norske fastleger i det stille har gått i bresjen for digitalisering. Ifølge artikkelforfatterne har mange legekantor lenge tilbudt e-konsultasjoner, SMS-tjenester, nettsider og liknende. De viser videre til at det fra flere steder rapporteres om urovekkende episoder der fastlegen må rydde opp i ettertid etter bruk av enkle, markedsbaserte løsninger. Ifølge artikkelforfatterne finnes det lite forskningsbasert kunnskap om netttjenestene, bortsett fra studier som indikerer problemer med diagnostikk. Det understrekes at den norske fastlegeordningen bygger på forskning som bekrefter helsegevinst av kontinuitet i lege-pasientforholdet, og det argumenteres for at dette er det bærende prinsippet for en god primærhelsetjeneste. I forlengelsen av dette presiseres det at de er åpne for at videokonsultasjoner med en fast lege som kjenner pasienten og pasientens historikk fra før, kan bli et viktig supplement i fremtidens helsevesen.

Vi konkluderer med at både teknologi, tjenester og markedet er i utvikling, og at denne utviklingen kommer til å få større betydning for fastlegenes virke enn det vi observerer i dag.

4.2 Kommunens «sørge-for»-ansvar

Kommunen har «sørge-for» ansvaret for helse- og omsorgstjenester som ikke spesialisthelsetjenesten er angitt å ha ansvaret for. Ansvaret er regulert i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. og nærmere utdypet i Forskrift om fastlegeordningen i kommunene. Til dette ansvaret hører at kommunen skal tilby utredning, diagnostisering og behandling. Fastlegeordningen er det bærende elementet i dette. For at kommunene skal kunne oppfylle sitt lovpålagte ansvar, må de sørge for at kommunens innbyggere har tilgang til en tilfredsstillende allmennlegetjeneste, herunder tilgjengelige fastleger. Vi starter dette delkapitlet med en oppsummering av kunnskap om rekrutteringssituasjonen i kommunene, før vi helt overordnet refererer fra en rapport som har sett på hvordan kommunene styrer og leder fastlegene. I kapittel 4.3 omtaler vi noen funn fra litteraturen med relevans for kvalitet. Kvalitet i kommunens helse- og omsorgstjenester, herunder fastlegetilbudet, inngår også som en del av kommunenes «sørge-for» ansvar.

Rekruttering

I 2015 publiserte KS en undersøkelse utført sammen med TNS Gallup for å kartlegge kommunens behov for, og dekning av, legetjenester i kommunen (TNS Gallup & KS, 2015). Undersøkelsen ble sendt til ledere for kommunens fastleger i alle kommuner i Norge. 46 prosent av kommunene deltok. I undersøkelsen kommer det frem at 4 av 10 kommuner opplever rekruttering av fastleger som vanskelig, der de små og mindre sentrale kommunene opplever situasjonen noe verre (5 av 10 opplever rekruttering som utfordrende) enn ved de store sentrale kommunene (3 av 10 opplever rekruttering som utfordrende). Halvparten av kommunene i undersøkelsen finansierer fastlegene utover basistilskuddet, der andelen synker med stigende kommunestørrelse (fra 8 av 10 blant de minste kommunene, ingen blant de største).

Sommeren 2017 kartla avisen VG samtlige norske kommuners status på deres legesituasjon, der kommunene ble bedt om å beskrive rekrutteringssituasjonen i kommunen med en fargeskala fra grønn, gul til rød. Kartleggingen viser at godt over halvparten av kommunene melder om en grønn tilstand, men 198 av 425 kommuner melder om ulik grad av bekymring rundt legesituasjonen, der 11 kommuner var i en rød tilstand (Wærnes, 2019). Flere kommuner rapporterer at de har lyst ut en fastlegestilling flere ganger, grunnet manglende søker tall (Nærø & Sæther, 2017).

Ledelse og styring

Agenda Kaupang leverte i 2016 rapporten Kommunal legetjeneste – Kan den ledes?, om ledelse av legetjenesten i kommunen. 15 utvalgte kommuner deltok i undersøkelsen, hvor det ble gjennomført intervjuer med 134 informanter totalt.

Rapporten viser at kommunene leder og styrer legetjenesten i liten grad. Dette forklares delvis med manglende bevissthet rundt hvordan legetjenesten kan styres, og manglende tid og ressurser til denne oppgaven hos den kommunale ledelsen. Rapportens hovedinntrykk er at kommunene ikke benytter tilgjengelige virkemidler og handlingsrom for å lede legetjenesten, men at kommunenes handlingsrom i styring av fastlegeordningen er noe begrenset.

Agenda Kaupang (2016) viser til at kommunene er heterogene i måten de er organisert på, også rundt hvordan fastlegeordningen er organisert og hvordan ordningen følges opp. Ofte er kommuneoverlegen den medisinskfaglige lederen av fastlegeordningen i kommunen, og kommunalsjef er administrativ leder. Ifølge rapporten prioriteres ikke ledelse av legetjenesten i like stor grad som ved andre helse- og omsorgstjenester i kommunene. Det finnes store variasjoner i hvor stor kommuneoverleigestillingen er, utfra andel av innbyggertall. Videre vises det at kommuneoverlegen er viktig i ledelsen av legetjenesten, der denne rollen må prioriteres faglig og ressursmessig.

Rapportens gjennomgang tyder på at fast ansatte fastleger medfører enklere linjestyring av fastlegene og tettere integrering, enn styring av næringsdrivende leger. Rapporten poengterer at det likevel ikke er en selvfølge at kommunene benytter seg av styringsmulighetene som følger av ansettelsesforholdet.

Kommunene har mulighet til å pålegge fastleger 7,5 timer kommunalt arbeid. Rapportens undersøkelse viser at kommunale oppgaver bidrar til en større helhetsforståelse av det kommunale helse- og omsorgstilbudet i kommunene. De minste kommunene pålegger fastlegene kommunale oppgaver i stor grad. De største kommunene ønsket å samle små stillinger til større stillinger, for eksempel fast ansatt sykehjemslege.

Undersøkelsen viser at flere kommuner ønsker å bruke fastleger til oppgaver som samarbeidsmøter og planleggingsmøter, som bidrar til dialog og samarbeid. «Frikjøp» av legene er likevel kostbart, og kommunene forventer at det i basistilskuddet også ligger rammer for dialog og samhandling om pasienter, og opplever i mange tilfeller at det er utfordrende dersom legen krever kompensasjon for denne type arbeid. Kommunens styring av selvstendig næringsdrivende leger oppleves å være svak.

På spørsmålet om kommunal legetjeneste kan ledes svarer rapporten at «det er mulig å styre og lede den kommunale legetjenesten, men det handler til en viss grad om at legene selv vil la seg lede». (s.12).

4.3 Kvalitet i tjenestene

Fastlegeforskriftens kapittel fire inneholder funksjons- og kvalitetskravene fastlegene må forholde seg til. I § 16 står det blant annet at «Fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med krav fastsatt i lov- og forskrift, oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer». Av lover og forskrifter vil spesielt forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten være relevant. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. og Lov om helsepersonell er også relevant.

Å måle kvalitet i fastlegetjenesten er komplisert. Dette er det flere årsaker til. Det eksisterer ikke en entydig definisjon av hva kvalitet i primærhelsetjenesten er, eller hva som er gode kvalitetsmål (Lidal, Håvelsrud, Mathisen, & Vist, 2012). Videre kan det være komplisert å hente ut data i storskala, både av tekniske utfordringer, samt begrensninger som følge av helsepersonelloven (Flottorp, et al., 2010). Dette medfører at man ofte må benytte surrogatmål. Videre kan kvalitetsmålene ha usikker relevans med tanke på kvalitet, eksempelvis henvisningsrate. Høy henvisningsratio kan tolkes som et tegn på redusert portvokterfunksjon, men kan også være et tegn på endrede omstendigheter som for eksempel at kortere liggetid på sykehus, samt endret demografi har ført til endret sykdomsbilde i allmennpraksis.

Med utgangspunkt i mandatet for denne evalueringen er det i første rekke litteratur som vurderer ulike former for organisatorisk kvalitet som vil være relevant. Dette innebærer kvalitet i samhandling mellom ulike aktører og hvilke rammebetingelser fastlegeordningen og den enkelte fastlege har for å kunne utøve sine oppgaver med ønsket kvalitet.

4.3.1 Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis

Riksrevisjonen har gjennomført en undersøkelse av henvisninger for perioden 2014-2017 for å vurdere om myndighetene legger til rette for en god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2018). Undersøkelsen bestod blant annet av en spørreundersøkelse til 650 sykehusleger og litt under 700 fastleger.

Undersøkelsen finner at det er stor variasjon i antall henvisninger mellom kommuner, og mellom fastleger, der verken kommunestørrelse, andel fastleger, andel eldre, om legen er spesialist i allmennmedisin, sentralitet eller driftsavtale kan forklare forskjellene fullt ut. Henvisning av kommunens befolkning varierer fra under 6 prosent årlig henvisning av kommunens befolkning, til over 25 prosent. Tilsvarende forskjeller finner man mellom fastleger. Dette kan indikere at andre forhold enn sykkelighet påvirker hvem som blir henvist.

Spesialisthelsetjenesten har ti dager på seg til å vurdere en henvisning og eventuelt innhente ytterligere informasjon. Dette gjør at det er viktig at henvisningene holder god kvalitet. I Riksrevisjonens undersøkelse kommer det frem at de fleste fastlegene skriver gode henvisninger, men ni av ti sykehusleger opplever stor variasjon i kvalitet på henvisningene. Undersøkelsen viser videre at det er en mangel på felles forståelse mellom fastleger og sykehusleger om hva en henvisning skal inneholde av informasjon. Halvparten av sykehusrespondentene opplever jevnlig at henvisningen er uklar på hvorfor pasienten har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Likevel opplyser de fleste fastlegene om at det fremstår tydelig hva slags informasjon som skal være med i henvisning til somatisk avdeling i spesialisthelsetjenesten

Enkelte fastleger skiller seg negativt ut i kvaliteten på henvisningene. Ved slike henvisninger savner sykehuslegene informasjon som: en klart definert problemstilling, opplysninger om pasientens funksjonsnivå, informasjon om hastegrad og kritiske kjennetegn for alvorlig sykdom. Varierende kvalitet på henvisningene gjør at 40 prosent av sykehuslegene er bekymret for at henvisningene blir prioritert feil.

Både fastlegene og sykehuslegene savner muligheten for elektronisk dialog med den andre parten, som kan muliggjøre enkle tilbakemeldinger eller veiledning om henvisningene.

Kommunene og helseforetakene har samarbeidsavtaler som blant annet skal bidra til å sikre god henvisningspraksis. Riksrevisjonen skriver at disse avtalene ikke inneholder nok informasjon om henvisningspraksisen som kan være til hjelp for fastlegene. Fastlegene ønsker mer involvering i utarbeidelsen av disse avtalene, der bare syv prosent av fastlegene synes de var tilstrekkelig involvert i dette arbeidet.

I tråd med LEON-prinsippet skal oppgaver utføres på laveste effektive omsorgsnivå. Likevel viser Riksrevisjonens undersøkelse at over en fjerdedel av fastlegene jevnlig henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten selv om de ikke forventer medisinsk nytte av utredningen/behandlingen. Videre skriver Riksrevisjonen at hver tredje sykehuslege jevnlig tar inn pasienter til utredning selv om informasjonen i henvisningen tilsier at pasienten ikke burde vært henvist. Mange sykehusleger innkaller som regel pasienten til utredning når henvisningen mangler informasjon, istedenfor å innhente tilleggsopplysninger først. Dette kan føre til feil prioritering av pasienter, der de som trenger det mest får senere behandling. Rundt 70 prosent av sykehuslegene opplever ofte at det gjennomføres utredninger eller prøvetaking av pasienter i spesialisthelsetjenesten, som burde vært utført i primærhelsetjenesten.

Mange fastleger mener at tilbudet innen rus og psykiatri ikke er godt nok, verken i kommune eller spesialisthelsetjenesten. Flertallet av både fastlegene og sykehuslegene innen psykiatri mener andre deler av primærhelsetjenesten i større grad enn i dag burde behandle pasienter med psykiske lidelser. Undersøkelsen viser også at forståelsen mellom fastleger og sykehusleger innen psykisk helse om når en pasient skal henvises til spesialisthelsetjenesten innen psykiatri, er ulik, hvor to av tre opplever at den andre parten har en annerledes forståelse.

Kompetanse i alle ledd er også en nødvendig forutsetning for godt kvalitetsarbeid. Ser vi på resultatene fra Trønderopprørets undersøkelser fremgår det at 72 prosent av fastlegene er helt eller litt uenige i at de har den kompetansen som trengs tilknyttet kreftoppfølging fra spesialisthelsetjenesten. 76 prosent er helt eller litt uenige i at de har rammebetingelsene som trengs for at de kan utvikle seg faglig, der de sier de ikke kan ta fri fra kurs uten at dette gir vesentlig økonomisk bekymring. Åtte av ti fastleger kjenner regelmessig på frykt for å gjøre feil i arbeidet. Fastlegene oppgir videre at de ved visse situasjoner kunne unngått innleggelse, henvisninger og sykemeldinger hvis de hadde hatt bedre tid. Trønderopprøret finner at økt tid brukt på konsultasjoner gir mindre innleggelser per konsultasjon. De finner videre at økt konsultasjonslengde resulterer i økt henvisningsfrekvens. Trønderopprøret presiserer at det er knyttet usikkerhet til denne sammenhengen.

4.4 Internasjonale erfaringer

Som en del av litteraturkapittelet ser vi også på utvalgte land sine erfaringer med sitt helsesystem som er mest lik Norge i sin organisering av fastlegeordningen. Hensikten med å se til andre land er å få innsikt i, og forståelse for utfordringer og reformer knyttet til fastlegeordninger eller ordninger med samme formål i andre land. Innenfor rammen av denne evalueringen har det ikke vært mulig å gå inn på direkte sammenligninger mellom de forskjellige landene og Norge. Dette er en øvelse som er meget krevende om man skal kunne sammenligne like forhold på likt grunnlag. På de neste sidene vil vi derfor redegjøre for organiseringen i noen utvalgte land, eksempler på utfordringer de har, og noen reformer og initiativ de har igangsatt for å møte utfordringene. Dette for å bidra med mulig inspirasjon til utviklingen av den norske fastlegeordningen.

Landene vi har valgt å redegjøre for er Danmark, Nederland, Storbritannia og Sverige. Disse fire landene har lignende ambisjoner for sine helsesystem som Norge, blant annet høy kvalitet og likeverdig tilgang til helsehjelp. Videre står alle de fire landene ovenfor lignende utfordringer som Norge (og andre land i verden) hva gjelder tilgjengelighet og koordinering. Storbritannia og Nederland har allerede vært inspirasjon for det norske fastlegesystemet de siste tiårene, og Sverige og Danmark ble blant annet valgt ut med tanke på sosiokulturelle likheter med Norge. Alle landene unntatt Sverige har også en lignende strukturell modell som Norge for sine fastlegeordninger.

4.4.1 Danmark

Organiseringen av helsetjenesten og fastlegeordningen

Danske borgere kan velge den lege eller det legekontor de ønsker å være tilknyttet. De står fritt til å bytte lege eller klinikk når det er nødvendig. Det er også mulig å velge å ikke være tilknyttet noen fast lege eller legekontor, og da kan man henvende seg til alle fastleger uten henvisning. Majoriteten av pasienter (~ 97 prosent) har valgt å være en del av fastlegeordningen (ISPOR, 2015). En fastlegekonsultasjon er gratis, mens tjenester som tannpleie, psykologkonsultasjoner, kiropraktikk og fysioterapi subsidieres i de fleste tilfeller.

En undersøkelse fra 2017 oppgir at fastleger, sykepleiere, og legesekretærer er de tre største arbeidstakergruppene i allmennpraksis (PLO, 2019c). Sykepleiere i Danmark har autorisasjon til å utføre et begrenset antall kliniske aktiviteter (inkludert begrensede forskrivningsmyndighet) vanligvis under tilsyn av lege (OECD, 2017a). Helsehjelp etter kontortid i Danmark eller omsorg som ytes i "vakttid" er

organisert av regionene, først og fremst gjennom en tariffavtale med fastleger. Fastlegene betales av sine respektive regioner gjennom en todelt finansieringsmodell: basistilskudd (ca. 30 prosent av inntekten) og innsatsstyrt (70 prosent av inntekten).

Status og utfordringer

Gap mellom tilbud og etterspørsel i primærhelsetjenesten

Danske innbyggere har en høy besøksfrekvens hos fastlege, hvor 46 prosent av pasientene besøker fastlegen mer enn seks ganger pr år (Eurostat, 2017). Den økende etterspørselen etter helsetjenester i kommunene samsvarer ikke med økningen av fastleger i primærhelsetjenesten. Den aldrende fastlegepopulasjonen forsterker utfordringene. Én av fire av fastleger er over 60 år, og innen 2025 vil mer enn 28 prosent av dagens fastleger være 65 år eller eldre (PLO, 2019b). Det er grunn til å anta at en tredjedel av fastlegene vil pensjonere seg i løpet av de neste ti årene (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018).

En rapport fra 2018 fra den danske regjeringen peker på utfordringen med å tiltrekke yngre leger til å bli fastlege, dette kan skyldes at fastlegepraksiser ikke har hatt de samme grad av modernisering og investering som danske sykehus det siste tiåret (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018). De fem regionene og ulike regjeringer har prioritert andre helseområder høyere enn fastleger, og andelen helseutgifter som er brukt på fastleger har falt fra 8,7 prosent til 7,8 prosent de siste ti årene (PLO, 2019a).

Reformer og initiativ for møte utfordringer knyttet til kontinuitet og tilgjengelighet

Økt tverrfaglighet og bruk av digitale tjenester

Det er en trend mot gruppepraksis eller flerfaglig helsetjenester, der sykepleiere og annet helsepersonell i økende grad blir involvert. I Danmark har regjeringen øremerket et budsjett på 600 millioner danske kroner for å fremme gruppepraksis (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018). Antall gruppepraksiser har økt med rundt 15 prosent fra 2000 til 2018, mens antall solopraksiser har falt med 37 prosent i samme periode (PLO, 2018b). Det nylige regjeringsforslaget «En lege nær deg» tar sikte på å ha minst 70 prosent, 80 prosent og 90 prosent av praksisene som gruppepraksiser innen henholdsvis 2020, 2025 og 2030 (PLO, 2018a).

Styrket bruk av digitale tjenester og teknologi i fastlegeordninger

I Danmark har antall e-konsultasjoner økt fra 1,0 konsultasjon per dag i 2007, til 8,9 konsultasjoner i 2017, mens telefonkonsultasjoner har gått ned fra 18,7 konsultasjoner per dag i 2007 til 14,4 konsultasjoner i 2017.

Den danske regjeringen foreslår som en del av initiativet «En lege nær deg» flere tiltak som vil styrke bruken av digitale tjenester i allmennpraksis (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018). Disse inkludere digitale initiativer i allmennpraksis som muliggjør raskere pasientoversikt, bedre forberedelse av konsultasjoner via spørreskjemaer, forbedrede utskrivningsoppsummeringer og kommunikasjon med velferdstjenester (Health Europa, 2019). De senere årene har også Kvalitet i allmennpraksis blitt etablert for å være en pådriver for kvalitetsforbedring og datadrevet utviklingsarbeid. Invalid source specified.. Som en del av planen «En lege nær deg» bevilget også regjeringen 60 millioner danske kroner til å iverksette ulike initiativer for å styrke fastlegeordningen (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019b).

Målrettede og behovstilpassede helsekoordineringsprogrammer

Region Midtjylland har utviklet alternativer for hjemmesykepleie for skrøpelige eldre og kroniske pasienter ved å etablere en delt akutenhet, som integrerer tjenester fra fastleger og annet helsepersonell (Forde I, 2016c). I 2019 foreslo den danske regjeringen initiativet "pasienten først", en ny reform i helsevesenet for å forbedre koordineringen mellom sykehus, primærhelsetjenesten og kommunene. Regjeringen planlegger å sette opp et støttefond på seks milliarder danske kroner med sikte på å øke antall fastleger (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019a). Primæromsorgen forventes å motta 100 fastleger og 160

praktikanter i primæromsorgen det neste året i tillegg til innføring av 320 introduksjonsstillinger i allmennmedisin (TV2 Nord, 2019).

4.4.2 Nederland

Organiseringen av helsetjenesten og fastlegeordningen

Fastlegene spiller en sentral rolle i primærhelsetjenesten med sin funksjon som portvakt inn i spesialisthelsetjenesten. Alle innbyggere i Nederland er tilknyttet en fastlege, hovedsakelig i nærheten av der de bor. Pasientene kan selv velge hvilken fastlege de ønsker, og kan fritt bytte fastlege. Fastlegen kan avvise pasienter dersom pasientlisten er full, eller om pasienten bor for langt unna legekantoret (The Health Systems and Policy Monitor, 2016). Behandling hos fastlegen dekkes av den statlige helseforsikringen, men pasienter over 18 år må betale en egenandel.

I januar 2016 var det 5.028 fastlegekontorer og 11.834 fastleger i Nederland. Av dette var 35 prosent solopraksiser, 43 prosent var sammen med to andre fastleger, og 22 prosent hadde tre eller flere fastleger. Gjennomsnittlig fastlegetetthet var 4,3 fastleger per 10.000 innbygger. Sykepleiere og helsesekretærer spiller også en viktig rolle i primærhelsetjenesten (Zorginstituut Nederland, n.d.).

Status og utfordringer

Utfordringer med fastlegers arbeidsmengde og rekruttering

Nederland har siden 2002 hatt fokus på å flytte behandling fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, hovedsakelig for kroniske sykdommer og for enkle, lavrisikobehandlinger (OECD, 2017b). Antall pasientbesøk hos fastlegen har vært stabile i perioden 2013-2015 (rundt 245 kontakter per 1.000 innbyggere), men økt etterspørsel etter akutt helsehjelp har gitt økt arbeidsmengde for nederlandske fastleger (Nivel, 2017). De nederlandske fastlegene bruker stadig mer tid på «ikke-pasientrelaterte aktiviteter»: 26 prosent blir brukt på indirekte pasientrelaterte oppgaver og 20 prosent på «ikke-pasientrelaterte oppgaver» (Batenburg R., 2019). Rundt 54 prosent av tiden brukes på pasientrelaterte oppgaver. I følge en undersøkelse av 1.600 fastleger, foretatt av den nasjonale foreningen for allmennleger, er det 64 prosent av fastlegene som ikke fullfører nødvendig arbeid innen ordinær arbeidstid (Rijkers, 2019). Dette tyder på at den økende arbeidsmengden hos fastleger hemmer en bærekraftig fastlegeordning, og mer enn halvparten av fastlegene mener at presset er for høyt. Som et resultat forlater flere fastleger yrket (LHV, 2018b).

For å møte den økende arbeidsmengden, har Nederland hatt fokus på balansen mellom generalister og spesialister (Eurostat, 2017-data). Totalt antall fastleger vokste med 21 prosent på 10 år. Imidlertid er det tegn på en overhengende fare for mangel på fastleger i Nederland, som forventes å bli akutt i løpet av de neste 5-10 årene. En studie fra 2018 undersøkte fem av de 28 regionene i Nederland, og konkluderte med at det vil oppstå mangel på fastleger og legeassistenter (LHV, 2018a). De regionale forskjellene er fremdeles små, og det forventes betydelig mangel på fastleger i omtrent 50 prosent av regionene i fremtiden (Batenburg R., 2018). Den aldrende fastlegestanden (minst en fjerdedel forventes å utgjøre personer over 65 år), og endringen i kjønnsbalansen er faktorer som bør belyses. Det har vært 17 prosentpoeng vekst av kvinnelige fastleger det siste tiåret (Velden, LFJ (Lud) van der, 2017).

Høy pasienttilfredshet og høy skår på indikatorer for kvalitet i helsetjenesten

En undersøkelse gjort av The Commonwealth Fund (2016) slår fast at Nederland har et godt administrert primæromsorgssystem som scorer høyt på punktligheten til helsehjelp (lavest prosentandel av pasienter som ikke får avtaler neste dag) og tilgjengelighet (laveste prosentandel av pasienter som synes det er vanskelig å få tilgang til helsehjelp utenfor normal kontortid) (The Commonwealth Fund, 2016).

Reformer og initiativ for å møte utfordringer med kontinuitet og tilgjengelighet

Etterspørselsbasert planleggingsmodell

The Advisory Committee on Medical Manpower Planning (ACMMP) har utviklet en etterspørselsbasert planleggingsmodell basert på tidligere arbeid utført av The Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL). Noen av hovedpunktene i denne modellen er:

- ▶ Målene er spesifikke, målbare og har tidsfrister
- ▶ En rekke evalueringsparametere med interesser for å vurdere og estimere dagens ubalanse mellom tilbud og etterspørsel av fastleger
- ▶ Det er egevaluering av effektiviteten i planleggingsmodellen for å se om den har bidratt til at beslutningsprosessen er matematisk forsvarlig, blir verdsatt og akseptert, og dekker alle relevante parametere

Video- og telefonkonsultasjoner øker

I Nederland har antall konsultasjoner via e-post og telefon økt kraftig de siste årene: antall e-postkonsultasjoner har gått fra nesten 85 000 til mer enn 336 000 konsultasjoner årlig. Antall telefonkonsultasjoner med fastleger har også økt, med over 2,5 millioner konsultasjoner på fem år. I 2012 var det 17,9 millioner og i 2017 var det over 20,5 millioner telefonkonsultasjoner (Nivel, 2018).

Målrattede koordineringsprogrammer for multimorbide og langtidspasienter

I Nederland har behandling av kronisk sykdom vært en nasjonal prioritering siden slutten av 90-tallet da landet begynte å eksperimentere med diagnosebaserte tjenestemodeller. For å øke samhandling i helsetjenesten, testet Nederland «Bundled Health Care Payments» for diabetes type 2 i 2007. I henhold til denne modellen betaler forsikringsselskapet en avtalt sum til en omsorgsgruppe – ofte bestående utelukkende allmennleger – og omsorgsgruppen påtar seg da både klinisk og økonomisk ansvar for en større gruppe diabetespasienter.

4.4.3 Storbritannia

Organiseringen av helsetjenesten og fastlegeordningen

Innbyggere i Storbritannia har fri tilgang til helsetjenester via National Health Service (NHS), og kan i tillegg kjøpe privat helseforsikring.

Britiske innbyggere kan velge fastlege. Fastlegen kan avvise en pasient som har registrert seg på listen ved manglende kapasitet, dersom det er utenfor praksisens opptaksområde eller dersom fastlegen mener det ville vært upassende å ha pasienten på sin liste. Avvisningen må ikke være diskriminerende (The Health Systems and Policy Monitor, 2019b). Konsultasjoner hos fastlegen er gratis, med unntak av attester til arbeidsgiver eller forsikringsselskap (The Commonwealth Fund, 2017).

I tillegg til fastlegen består primærhelsetjenesten av et team av leger, sykepleiere, jordmødre, hjemmetjenester og andre helsearbeidere i kommunen. Det er et økende antall frivillige som jobber med psykisk helse og kronisk sykdom. Sykepleiere i primærhelsetjenesten jobber enten på fastlegekontor eller i kommunehelsetjenesten med å tilby hjemmetjenester (The Health Systems and Policy Monitor, 2019b).

Fastlegene er selvstendig næringsdrivende, og i 2017 hadde 97 prosent av fastlegepraksisene avtaler med General Medical Services (NHS Digital), som ble forhandlet frem mellom British Medical Association og staten. Avtalen omhandler fordeling av inntekten: ca. 60 prosent fra grunnbeløp som skal dekke nødvendige tjenester, 15 prosent fra innsatsstyrt betaling for tilleggstjenester som for eksempel vaksiner til risikogrupper, og 10 prosent fra en valgfri innsatsstyrt ordning (The Commonwealth Fund, 2017). Fastlegene er ikke lenger pålagt å ha åpent på kveldstid og i helg (noen gjør det fortsatt), med det forventes at de har avtaler med andre som sikrer at pasientene på listen har tilgang til legehjelp når fastlegekontoret er stengt.

I år 2000 etablerte NHS flere klinikker hvor pasienter kan møte opp uten å ha avtalt en time på forhånd. Dette var et tiltak for å øke tilgangen til primærhelsetjenester. Klinikkene er vanligvis bemannet av sykepleiere og er åpne på dagtid. Klinikkene ble åpnet for å redusere bruken av legevakt eller akuttmottak for mindre alvorlige problemstillinger (The Health Systems and Policy Monitor, 2019b).

Status og utfordringer

Primærhelsetjenesten trues av høy arbeidsbelastning

Storbritannia står ovenfor utfordringer med å beholde fastleger, og samtidig rekruttere nok arbeidskraft for å ha kapasitet tilpasset økt arbeidsmengde. Å eie egen praksis forutsetter en langsiktig forpliktelse og store økonomiske investeringer. For yngre leger som har lavere inntekt og høy gjeld er denne organiseringen simpelt hen ikke gjennomførbar (Surveyors, n.d.).

Det rapporteres fra fastleger at administrative oppgaver som brev, lab-arbeid, fornying av resepter og henvisninger tilsvarer en fem ganger større arbeidsmengde, enn tiden med pasienter som daglig er inne til konsultasjon. I dokumentet Urgent Prescription Manifesto fra 2017 adresserer den britiske legeforeningen (BMA) et behov for å sette en grense for antall konsultasjoner en fastlege kan ha per dag, men dette har foreløpig ikke ført frem (BMA, 2018a). Som en konsekvens av fastlegemangel var det i 2018 to ukers ventetid for å få time hos fastlege, en økning med 13 prosent fra 2017.

Den økte arbeidsmengden er ikke møtt med en tilsvarende økning i antall fastleger, og det er stor forskjell mellom antall allmennpraktiserende leger og spesialister per innbygger (Eurostat 2017). Antall sykehusspesialister har økt tre ganger raskere enn fastleger (BMA, NHS England, 2019). I følge BMA vil over 600 fastlegepraksiser i England legges ned innen 2022 dersom investeringene ikke økes (BMJ, 2018).

Mens totalt antall fastleger synker, øker antall fastleger som er over 55 år (de utgjorde to- tredjedeler i 2018). Nesten halvparten av fastlegene i Storbritannia er over 45 år. I tillegg vurderer 30 prosent av yngre fastleger å slutte innen de tre neste årene grunnet årsaker som høyre skattenivå (General Medical Council, 2018) og høy arbeidsbelastning (Doran, 2016).

Lange pasientlister og portvaktfunksjon hindrer kontinuitet i behandlingen

Stadige sammenslåinger og nedleggelse av fastlegekontor er noe av årsaken til økte listestørrelser og økt arbeidsmengde (BMA, 2018b). Fastlegens funksjon som portvokter inn i spesialisthelsetjenesten ble introdusert for å bedre koordineringen av helsetjenestene og håndtere spesialistmangel ved å redusere antall henvisninger og regulere ventetiden i spesialisthelsetjenesten (Rotar, Berg, Schäfer, Kringos, & Klazinga, 2018). Portvaktfunksjonen fungerer godt, men den utfordrer i økende grad av EUs forbruksfokuserte lovgivning og politikk. Undersøkelser viser at selv om mange problemstillinger blir løst i primærhelsetjenesten, så er pasientene mindre fornøyde enn dem som har direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten (Sripa P, 2019).

Reformer og initiativ for møte utfordringer knyttet til kontinuitet og tilgjengelighet

Plan for å beholde eksisterende fastleger og rekruttere nye leger

I 2015 lanserte Storbritannia et omfattende program med ti hovedpunkter for å møte utfordringene med mangel på arbeidskraft i allmennpraksis (NHS, 2015). Programmet skal gjøre helsevesenet mer robust, med blant annet en økonomisk tildeling på 40 millioner pund over 4 år. Det inkluderer mentorprogram mellom yngre og erfarne fastleger, og bistand til å håndtere administrative og driftsrelaterte utfordringer knyttet til egen praksis. Som en konsekvens av dette programmet, ble flere initiativ og endringer i fastlegeordningene gjennomført, blant annet økt fokus på fastleger som vurderte å slutte, eller allerede hadde sluttet som fastlege og fastleger som nærmer seg pensjonsalder. Det gis økonomisk tilskudd og kursing for å bidra til at fastlegene skal beholde sin praksis. Fastlegene kan delta i ordningen i 5 år, og det

gjennomføres en årlig evaluering for å sikre at behovene til fastlegen blir møtt, og at fastlegen holder sin del av avtalen (NHS, n.d.).

Tverrfaglige team som strategi for å øke samhandling

Satsninger på helhetlige helsetjenester i Storbritannia har tre fokusområder: 1) videreutvikling av primærhelsetjenesten med tverrfaglig samarbeid, 2) danne integrerte team i kommunehelsetjenesten med utgangspunkt i fastlegepraksiser og 3) fokus på pasienter med høy risiko for sykehusinnleggelse.

Ved signering av ny fastlegeavtale i januar 2019 støttet NHS England opprettelsen av primærhelsenettverk for å stimulere til samarbeid og redusere risiko for overarbeid og utbrenthet blant fastlegene. Primærhelsenettverkene er grupper av fastleger som jobber tettere sammen med andre aktører i primærhelsetjenesten for å gi et helhetlig, lokalt helsetilbud. Langtidsplanen til NHS har som mål at hele Storbritannia innen 2021 skal tilby en mer helhetlig helsetjeneste, og primærhelsenettverkene vil utgjøre en sentral rolle for å nå dette målet (NHS England, BMA, 2019).

Skottland har siden 2012 vært involvert i initiativet med økt fokus på helhetlige helsetjenester i allmennpraksis. Som en del av regjeringens 2020 visjon for helse og sosialtjenester har initiativet «bedre sammen» blitt lansert. Dette gir fastlegene mulighet til å øke kvaliteten på sine tjenester ved å legge til rette for samarbeid mellom fastleger (Scottish Government, 2017).

NHS har siden 1998 eksperimentert med oppdeling av pasientgruppene for å gi helhetlige helsetjenester. Egne praksiser gir tilpassede tjenester til en definert pasientgruppe med sammensatte problemstillinger. Et eksempel er «Connected Care Segmentation Model» som skal veilede primærhelsetjenestene og kommunehelsetjenestene ved å dele pasientpopulasjonen i tre: 1) friske pasienter, 2) moderat syke pasienter og 3) pasienter med komplekse problemstillinger (Rosen, 2018).

Økt kvalitet med innføring av ytelsesbasert finansiering

Storbritannia er et av de første landene som har tatt radikale grep for å øke fastlegenes insentiver for å tilby mer helhetlige og bedre koordinerte primærhelsetjenester. I 2004 lanserte NHS en ny modell med ytelsesbasert finansiering, Quality and Outcomes Framework (QOF). I tillegg til at fastlegene får betalt for å levere helsetjenester av høy kvalitet skal modellen stimulere til kommunikasjon og økt koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Programmet resulterte i økt kvalitet på tjenestene ved å lage felles prosedyrer for klinisk håndtering av kroniske sykdommer. Initiativet bidro til å redusere uønsket variasjon i kvalitet på tjenestene mellom fastleger og oppfordret fastlegene til å bruke systematisk journalføring. Dette har resultert i standardiserte behandlingsforløp som gjør det lettere å behandle komplekse problemstillinger. På tross av suksessen har det de siste årene blitt vurdert om rammeverket skal tas bort, grunnet kritikk rundt manglende individuelle tilpasninger til pasienter (Close J, 2018).

4.4.4 Sverige

Organiseringen av helsetjenesten og fastlegeordningen

Sverige har offentlig finansierte helsetjenester med universell helsedekning. Privat helseforsikring, i form av tilleggsdekning, står for mindre enn 1 prosent av utgiftene. Privat forsikring, primært i form av bedriftshelsetjenester, kjøpes for å sikre rask tilgang til spesialister og for å unngå lange ventelister. I 2016 hadde omtrent 10 prosent av alle arbeidsaktive personer i alderen 15 til 74 år privat forsikring (The Commonwealth Fund, 2017).

Organiseringen av primærhelsetjenesten varierer mellom len, men de fleste legesenter eies og drives av landstinget og allmennleger. Siden landet ikke har noe formelt portvaktssystem inn i spesialisthelsetjenesten kan pasientene oppsøke sykehuset eller private avtalespesialister direkte uten henvisning (The Commonwealth Fund, 2017). I primærhelsetjenesten konkurrerer offentlige og private tilbydere om pasientene, men de kan ikke konkurrere på pris, da pris bestemmes av landstinget.

Det er rundt 1 200 allmennlegepraksiser, hvorav 40 prosent er privateid. Landstinget kontrollerer etablering av nye private praksiser ved å regulere åpningstider og økonomiske forhold for akkreditering og betaling (The Commonwealth Fund, 2017).

Siden 2010 har det vært etableringsfrihet for allmennleger som er godkjent av landstingene. Innbyggere kan registrere seg hos enhver offentlig eller privat lege som er godkjent av det lokale landstinget; de fleste registrerer seg som pasient ved et legesenter fremfor enkeltlege. Pasienter kan få time på et legesenter uten å være registret pasient (The Health Systems and Policy Monitor, 2019a).

Selv om det ikke er noe formelt portvaktssystem, er allmennleger eller sykepleiere i kommunehelsetjenesten vanligvis det første kontaktpunktet for pasienter. Sykepleierne drar regelmessig på hjemmebesøk, spesielt til eldre (The Commonwealth Fund, 2017). Den vanligste organiseringen av primærhelsetjenesten i Sverige er teambasert med fire til seks fastleger, sykepleiere, jordmødre, fysioterapeuter, psykologer og gynekologer på samme helseklinikk. Privat legepraksis med bare en fastlege eksisterer, men er sjeldne (The Health Systems and Policy Monitor, 2019a). Legekontorene er pålagt å gi behandling utenfor normal kontortid, og ofte samarbeider 3-5 praksiser i nærheten av hverandre om dette. Pasientene som er registrert på legekontoret kan i dette tidsrommet få råd av fastleger og sykepleiere på telefon eller internett.

Fastlegene lønnes med en kombinasjon av fastbeløp for sine registrerte pasienter (80-95 prosent av total inntekt), betaling per konsultasjon (5-18 prosent) og ytelsesrelatert betaling (0-3 prosent) for å oppnå kvalitetsmål på områder som pasienttilfredshet, omsorgskoordinering, kontinuitet, innmelding i nasjonale registre og etterlevelse av evidensbaserte retningslinjer (The Commonwealth Fund, 2017).

Status og utfordringer

Mangel på kontinuitet og koordinering av helsetjenestene

I Sverige har nesten 40 prosent av pasientpopulasjonen enten «aldri besøkt» eller «besøkt fastlegen 1-2 ganger» det siste året. På grunn av fravær av et pasientregistreringssystem og et formelt portvaktssystem, kan pasienter gå direkte til spesialister. Pasientene ender ofte opp med legevakten som det første kontaktpunktet (Vårdanalys, 2017).

Regionale myndigheter kontrollerer bruk av spesialisthelsetjenester gjennom ulike tiltak. I flere landsting har helseklinikkene økonomisk ansvar for pasientenes legemiddelutgifter, besøk hos andre primærhelsetjenester og diagnostiske prosedyrer som er inkludert i legesenterets kontrakt. Gjennom redusert skatt, blir de indirekte økonomisk belastet for besøk i spesialisthelsetjenesten. I tillegg betaler pasientene en høyere egenandel hvis de går til spesialist uten henvisning (Iversen T, 2016). Imidlertid ønsker et økende antall partier i Sverige nå en nasjonal reform for primæromsorgen med registrering hos fastlege (Sveriges läkarförbund, 2018).

OECDs fremhever i sin vurdering av kvaliteten på helsevesenet i Sverige koordinering mellom sykehus, primærhelsetjenester og sosiale tjenester som en av hovedutfordringene. Sverige er preget av et desentralisert helse- og sosialomsorgssystem. For det første er det delt mellom tre forskjellige politiske aktører: regjeringen, kommunene og fylker (len), som alle har sine egne skatteregler. For det andre har len og kommunene betydelig frihet til å organisere seg etter egne forutsetninger. Desentraliseringen skaper flere og geografisk spredte aktører som må koordineres med hverandre (Nilsson, 2016). Mangel på en sentral styring og et stort antall uavhengige tilbydere har ført til at det i primærhelsetjenesten brukes flere ulike datasystemer. Disse systemene er i liten grad tilrettelagt for deling av informasjon mellom ulike aktører i helsevesenet, og dette kan svekke kvaliteten på tjenestene (OECD, 2016b).

Legetettheten varierer mellom svenske len. De fleste allmennlegene finnes i de tre største byene, mens de nordlige regionene har utfordringer med rekruttering. Allmennlegene bruker mye tid på dokumentasjon og administrasjon, 36 prosent av legene rapporterer at de ofte eller veldig ofte utfører oppgaver som ikke er relatert til yrket sitt. En femtedel av allmennlegene har vært sykemeldt grunnet stress, og hver tredje

allmennlege har vurdert å slutte på grunn av stor arbeidsmengde. Antall studieplasser på medisinstudiet økes ikke i samme tempo som etterspørselen etter allmennleger i Sverige. For å håndtere utfordringer knyttet til regionale forskjeller i fordelingen av helseklinikker og allmennleger, har de tynt befolkede regionene i Sverige blitt stadig mer avhengige av vikarleger de siste to tiårene. Dette reduserer kontinuiteten i tjenestene og svekker pasientsikkerheten (West, 2016).

Det er en utfordring å skape et godt læringsmiljø for studenter som skal inn i primærhelsetjenesten (Cederberg, 2018). Allmennlegene på helseklinikken har i gjennomsnitt mindre enn én time intern opplæring i uken, og hver sjette lege har ingen intern opplæring (SLF, 2018).

Antallet leger utdannet i utlandet har økt raskt det siste tiåret (en stor tilstrømning fra Tyskland, Polen og Irak). Mer enn én av fire leger (27 prosent) har utdannelse eller arbeidserfaring fra utlandet hvorav 15 prosent av disse er svenske statsborgere som har studert i utlandet (OECD, 2017c).

Pasienttilfredshetsundersøkelse og kvalitetsindikatorer peker på utfordringer
I følge pasienterfaringsdata skårer Sverige lavest av 12 land på spørsmål om hvorvidt pasienten opplever informasjon fra legen som forståelig, og de føler ikke at de deltar i beslutninger som angår dem (OECD, 2016a). En tredjedel eller flere av pasientene i Sverige rapporterer at de må vente minst seks dager før de får time hos lege eller sykepleier (The Commonwealth Fund, 2016).

Reformer og initiativ for møte utfordringer knyttet til kontinuitet og tilgjengelighet

Etablering av pasientforløp for å fremme koordinering av helsetjenestene

Sverige har eksperimentert med diagnosebaserte modeller, helhetlige pasientforløp og tilpassede tilbud for eldre med hensikt å knytte sammen primærhelsetjenester, sykehusstilbud og øvrige sosialtjenester. Andre tiltak som muliggjør effektiv bruk av ressurser er avtaler og justering av insentiver (WHO, 2016). Et eksempel er Norrtälje-modellen som endret finansiering og organisering av helse- og sosialomsorgen for å gi mer koordinerte helsetjenester til eldre mennesker med sammensatte behov (Bäck MA, 2015).

Investering i infrastruktur for effektiv datautveksling

Sverige har arbeidet med en nasjonal plattform for utveksling av helseinformasjon for å gi pasienter og leger økt tilgang til pasientdata. Plattformen ble bygd for å integrere lokale og regionale EPJ-løsninger i et enkelt, virtuelt, nasjonalt EPJ-system. Landsdekkende tilgang til plattformen gjør det mulig å få tilgang til informasjon i alle EPJ-systemer gjennom et enkelt tilkoblingspunkt og et enkelt API. Ved å bygge videre på fundamentet som allerede er på plass, i stedet for den nasjonale informasjonsutvekslingsmodellen, har den svenske regjeringen en visjon om å bli verdensledende innen e-helse innen 2025 (Government Offices of Sweden, 2016). I henhold til visjonen er den nye strategien rettet mot koordinering og kommunikasjon mellom interessenter i helsevesenet, implementering av standarder for utveksling av helseinformasjon og oppretting av nasjonale medikamentlister som bidrar til å øke pasientsikkerheten.

Fremtidige planer for å sikre kontinuitet i helsetjenestene

Den svenske regjeringen vedtok i mars 2017 å opprette et prosjekt for bedre koordinering av helsetjenester. Prosjektet hadde mandat til å bruke forslagene i rapporten "Effektiv helsehjelp", inkludert en samlet oppfølging og evaluering av helsetjenestene, se på muligheten for å begrense antall pasienter som er oppført hos allmennlege og muligheten for å begrense antall ganger per år en pasient kan velge å bytte lege. For å sikre et godt allmennlegetilbud foreslår rapporten at staten skal finansiere 1250 spesialiststillinger i allmennmedisin i perioden 2019–2027 (Statens Offentliga Utredningar, 2018). I den tredje delen av rapporten som ble utgitt i juni 2019, er det ytterligere veiledning om samarbeidsområder, kompensasjonssystemer og forebyggende arbeid for å styrke svensk primæromsorg og næromsorg på lang sikt (Regeringskansliet, 2019).

5 Registerdata, statistikk og annet tallmateriale

Helsedirektoratet publiserer statistikk over utviklingen i flere sentrale forhold, herunder kjønns- og alderssammensetningen til fastlegepopulasjonen, vikarbruk, legeløse lister og antall fastlegelister med åpne plasser på listen. Slike bakgrunnsvariabler er nyttige indikatorer for å kunne vurdere endringer i situasjonen i fastlegeordningen.

Fra Helsedirektoratet har vi fått uttrekk fra Fastlegeregisteret for perioden 2010-2019, som vi har benyttet til å undersøke geografiske forskjeller i andelen spesialister, listelengde, samt utbredelsen av fastlønnsavtaler og forskjeller mellom fastlønnede og selvstendige næringsdrivende. Vi har også mottatt uttrekk fra KUHR over antall konsultasjoner per fastlege per uke, som vi har benyttet til å undersøke forskjeller mellom fastlønnede og selvstendig næringsdrivende leger med fastlegeavtale.

Vi har gjennomført en rekke statistiske analyser for å teste mulige forklaringsvariabler og sammenhenger. Vi har også sett hen til andre undersøkelser som eksempelvis SSBs undersøkelse av fastlegers inntekter og kostnader (Statistisk sentralbyrå, 2019a). Der våre analyser har pekt i samme retning som eller bekreftet tidligere studier, har vi valgt å basere oss på sekundærkilder fremfor å dokumentere egne analyser. Der vi har funn på områder som tidligere i begrenset grad er belyst, har vi valgt å gi en utdypende beskrivelse av funnene. Det mest interessante funnet i så måte, er resultatene fra våre undersøkelser av varigheten av fastlegeavtalene, og om sluttetilbøyeligheten til fastlegene har endret seg over tid. Analysene basert på registerdata viser at flere fastleger slutter etter kort tid nå, enn de gjorde tidligere. Resultatene stemmer overens med funn fra andre kilder, herunder intervju og spørreundersøkelser blant fastleger og kommuner. Vi anser dette som vårt viktigste funn fra våre undersøkelser basert på registerdata og statistikk, og starter derfor med en presentasjon av analysen av sluttetilbøyelighet. Deretter presenterer vi deskriptiv statistikk og sammenhenger som gir nyttig bakgrunnsinformasjon om fastlegeordningen. Til slutt ser vi litt mer detaljert på fastlegenes økonomiske rammebetingelser og inntjening enn det som er gjort tidligere i rapporten.

5.1 Varighet av fastlegeavtalen – sluttetilbøyeligheten blant fastleger øker

Kontinuitet i lege-pasient-forholdet er regnet som en viktig faktor for kvalitet i tjenesten. En studie fra 2015 har undersøkt om varigheten av fastlegeavtalene varierer med legens kjønn og alder, kommunestørrelse og listelengde (Brandstorp, Gaski, & Abelsen, 2015). Basert på data fra fastlegeordningen ble opprettet i 2001 og frem til 2014 finner de at median varighet av en fastlegeavtale i 2014 var 5,9 år for hele landet, men kun 2,75 år i de minste kommunene med under 2.000 innbyggere. I de største kommunene med over 50.000 innbyggere, var median varighet av en fastlegeavtale 8,37 år, altså tre ganger så lang varighet som i de minste kommunene. Studien finner videre at utskiftingsandelen hos fastlegene har økt i løpet av undersøkelsesperioden og at de fleste leger som avslutter en fastlegeavtale mens de er i arbeidsfør alder, forsvinner til annet enn en fastlegejobb.

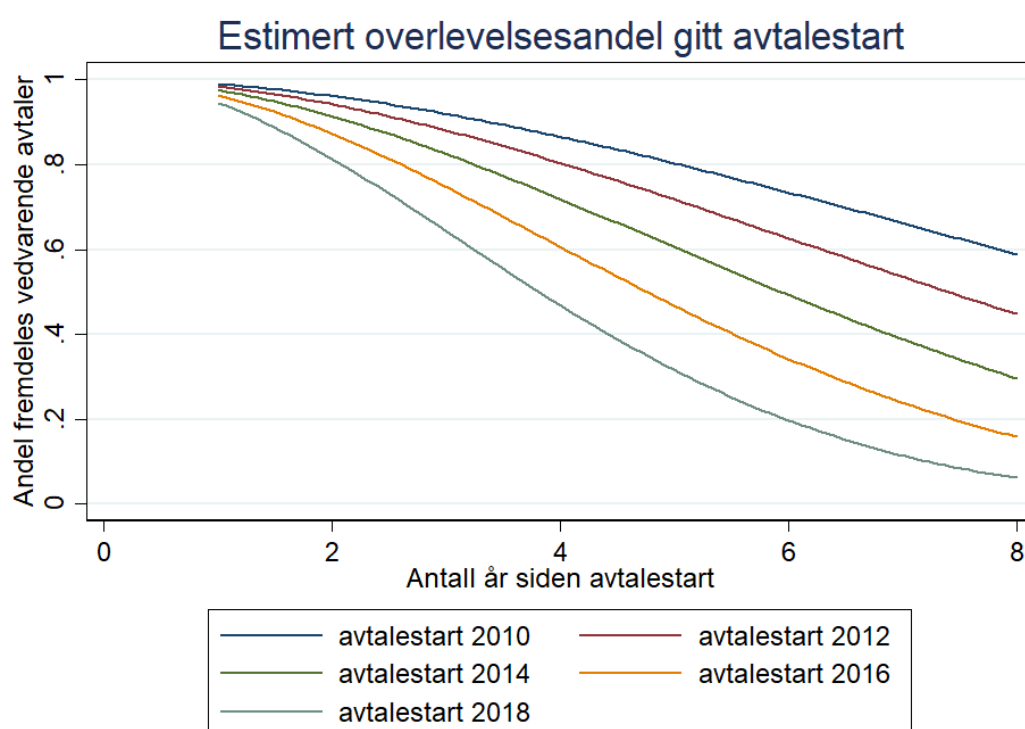
I tillegg til å ha betydning for kvaliteten, kan høy utskiftingstakt blant fastlegene være et symptom på misnøye med jobben blant fastlegene. Videre kan det bidra til rekrutteringsutfordringer for kommunen. Den ovennevnte forskjellen mellom median varighet av fastlegeavtalene i små og store kommuner stemmer overens med våre funn fra spørreundersøkelsen til kommunene om at mange små kommuner (men viktigere: usentrale) har hatt rekrutteringsutfordringer over lengre tid, mens store (sentrale) kommuner har klart seg fint, opp til nylig.

Basert på registerdata fra Fastlegeregisteret har vi benyttet Weibulls regresjon til å analysere sluttessannsynligheten basert på fastlegeavtalene inngått mellom 2010-2018. Vi finner at sannsynligheten for å slutte etter kort tid som fastlege har økt fra 2010-2018, både i sentrale og usentrale strøk. De

empiriske funnene støtter altså opp under konklusjonen om at rekrutteringsproblemene har økt de siste årene.

Viser til vedlegg D for nærmere beskrivelse av metoden.

Figuren under illustrerer et av hovedresultatene fra Weibull-analysen, som viser at en større andel av fastlegene slutter etter kort tid nå enn før. Antall år fra avtalestart måles langs den horisontale akse. Andelen avtaler som fremdeles er vedvarende ved det tidspunktet, kan leses av på den vertikale akse. Den øverste kurven viser den estimerte overlevelsesandelen blant fastlegeavtalene inngått i 2010; 4 år etter avtalesoppstart har andelen fremdeles vedvarende avtaler falt til ca. 0,85. Det vil si at ca. 15 prosent av fastlegene med oppstart i 2010 sluttet innen 4 år. Den nederste kurven viser den estimerte overlevelsesandelen blant fastlegeavtalene inngått i 2018; 4 år etter avtaleoppstart har andelen fremdeles vedvarende avtaler falt til under 0,5, som vil si at over 50 prosent av fastlegene med oppstart i 2018 estimeres å slutte innen 4 år. Den empiriske analysen basert på registerdata for fastlegeavtaler inngått mellom 2010-2018 finner altså en betydelig økning i sluttetilbøyeligheten blant fastleger i løpet av perioden.



FIGUR 5.1: AVTALETIDSPUNKT. FIGUREN ER BASERT PÅ ESTIMATENE FRA WEIBULL-REGRESJONSANALYSEN OG VIL AVVIKE NOE FRA FAKTISKE SLUTTEANDELER PER ÅR

5.2 Kjennetegn ved fastlegeordningen basert på statistikk

Videre i dette delkapitlet presenterer vi deskriptiv statistikk basert på registerdata og annen statistikk. Noen av funnene følges opp i spørreundersøkelsene som presenteres senere i kapitlet. Statistikken inngår i evalueringsgrunnlaget og brukes i evalueringens samlede analyser.

5.2.1 Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per uke per fastlege

En typisk uke har en selvstendig næringsdrivende fastlege ca. 60 konsultasjoner, fordelt på fire eller fem kurative dager, som betyr 12-15 konsultasjoner per dag. Fastlønnede fastleger har i gjennomsnitt halvparten så mange konsultasjoner per uke. Registerdataene gir ikke opplysninger om fastlønnede arbeidere færre kurative dager og har flere timer kommunalt arbeid, om de bruker lengre tid per pasient

og/eller arbeider kortere dager. I spørreundersøkelsen til fastlegene i forbindelse med denne evalueringen, kartla vi imidlertid antall kurative dager og har estimert antall timer kommunalt legearbeid per uke (Vedlegg A).

Tabellen under viser gjennomsnittlig og median antall konsultasjoner en normal uke i 2018 (uke 9) for ulike kategorier fastleger. Fastleger under 35 år har ca. 10 konsultasjoner færre i uken enn de eldre og mer erfarne fastlegene. Den samme forskjellen finner vi mellom spesialister i allmennmedisin og ikke-spesialister. Videre har menn i snitt ti konsultasjoner flere i uken enn kvinner.

Antall konsultasjoner per uke per fastlege		
	Gjennomsnitt	Median
Antall konsultasjoner per uke 2018	57	59
Antall konsultasjoner i uke 9 2018 (som eksempel på normal uke)	58	58
Fastlegens alder		
0-34 år	49	49
35-54 år	60	59
55 år og over	60	61
Fastlegens kjønn		
Mann	62	62
Kvinne	52	52
Spesialisering		
Spesialist i allmennmedisin	63	63
Ikke spesialist	51	52
Avlønningsform		
Selvstendig næringsdrivende	61	62
Fastlønnede	31	32

TABELL 5.1: GJENNOMSNIITT OG MEDIAN ANTALL KONSULTASJONER PER LEGE I UKE 9 2018 (KUHR)

Konsultasjoner hos fastlegen

Tabell 5.2 nedenfor viser konsultasjoner hos fastlegen per 1.000 innbyggere fra 2012-2018 (Statistisk sentralbyrå, u.d.(a)) Totalt sett har antall konsultasjoner økt med 1 prosent fra 2012-2018. Det er imidlertid forskjeller på hvilke typer konsultasjoner fastlegen har. Mens konsultasjoner for blant annet høyt blodtrykk og hjertesykdom har sunket med henholdsvis 15 prosent og 38 prosent, har forebyggende kontakt økt med 67 prosent i samme tidsperiode. Konsultasjoner for psykisk sykdom eller lidelser har økt med 8 prosent og er i 2017 den største kategorien og representerer 10 prosent av alle konsultasjonene i 2017. Det er også denne kategorien som har hatt størst økning fra 2012-2018 målt i antall konsultasjoner per 1.000 innbygger. I vurderingen av endringer over tid, er det relevant å både se prosentvis endring, og de absolutte endringene. Forebygging har eksempelvis en høy prosentvis endring, men økningen representerer kun 30 konsultasjoner per 1.000 innbygger. Psykisk sykdom eller lidelser har om lag samme absolutte økning målt i konsultasjoner per 1.000 innbygger, men får en lavere vekst målt i prosent som følge av et høyere utgangspunkt i 2012.

Konsultasjoner per 1.000 innbyggere								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Prosentvis endring 2012 - 2018
Alle diagnoser	2 644	2 611	2 638	2 633	2 649	2 681	2 682	1 %
Luftveisinfeksjoner, inkl. ørebetennelse	272	244	230	239	244	250	247	-9 %
Lokale smerter og betennelser	213	216	220	221	220	223	218	2 %
Ryggproblemer	94	94	97	98	97	99	97	3 %
Generelle smerter og muskelpåger	36	36	36	37	37	38	36	0 %
Ledd- og giktssykdommer	56	56	57	58	59	58	54	-4 %
Psykisk sykdom eller lidelse	255	254	259	263	267	275	283	11 %
Atopi, astma, allergi eller eksem	83	82	87	86	87	90	89	7 %
Høyt blodtrykk	125	123	116	110	108	107	106	-15 %
Hjertesykdom	147	139	128	118	108	99	92	-37 %
Diabetes	66	65	67	68	69	72	71	8 %
Kreft	35	36	37	39	40	40	41	17 %
Underlivsplager hos kvinner	36	37	38	37	37	39	40	11 %
Funksjonelle mage-tarmplager	96	98	102	101	104	106	107	11 %
Hudinfeksjoner	50	50	52	52	51	52	53	6 %
Ulykker og skader	85	86	88	87	89	90	92	8 %
Medfødt sykdom eller feil	5	5	5	5	5	5	5	0 %
Svangerskap, fødsel, prevensjon	109	106	104	104	102	100	100	-8 %
Frykt for sykdom	16	17	17	16	16	16	16	0 %
Administrativ kontakt	46	45	53	55	60	56	65	41 %
Forebyggende kontakt	45	66	73	74	75	78	75	67 %
Andre diagnoser	773	755	774	766	774	789	796	3 %

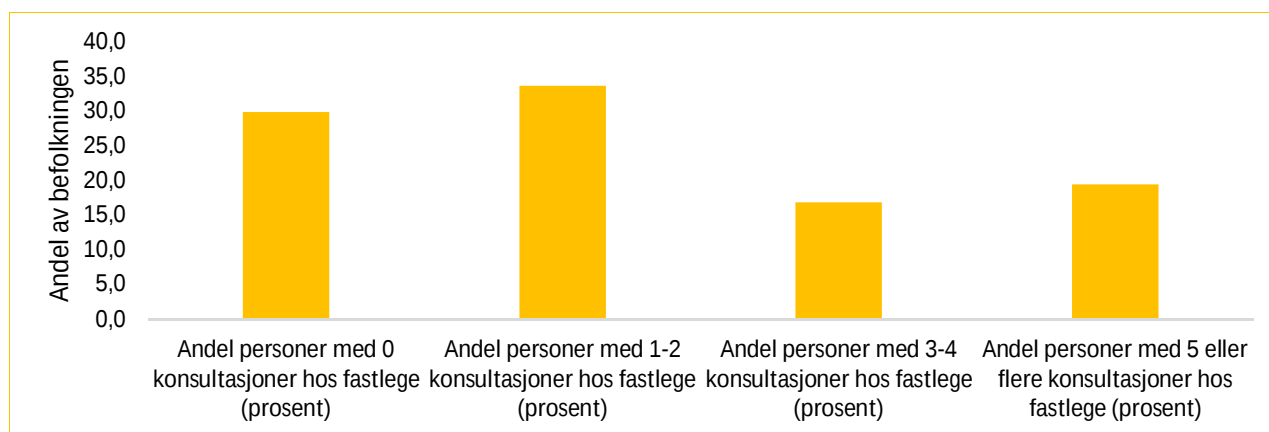
TABELL 5.2: KONSULTASJONER HOS FASTLEGEN.

TABELLEN VISER UTVIKLINGEN I KONSULTASJONER PER 1 000 INNBYGGERE HOS FASTLEGEN FRA 2012-2018. DEN TOTALE ANDELEN KONSULTASJONER HAR ØKT MED 1 PROSENT, MEN DET ER VARIASJONER I HVILKE TYPER KONSULTASJONER SOM BLIR BENYTTET (STATISTISK SENTRALBYRÅ, U.D.(A))

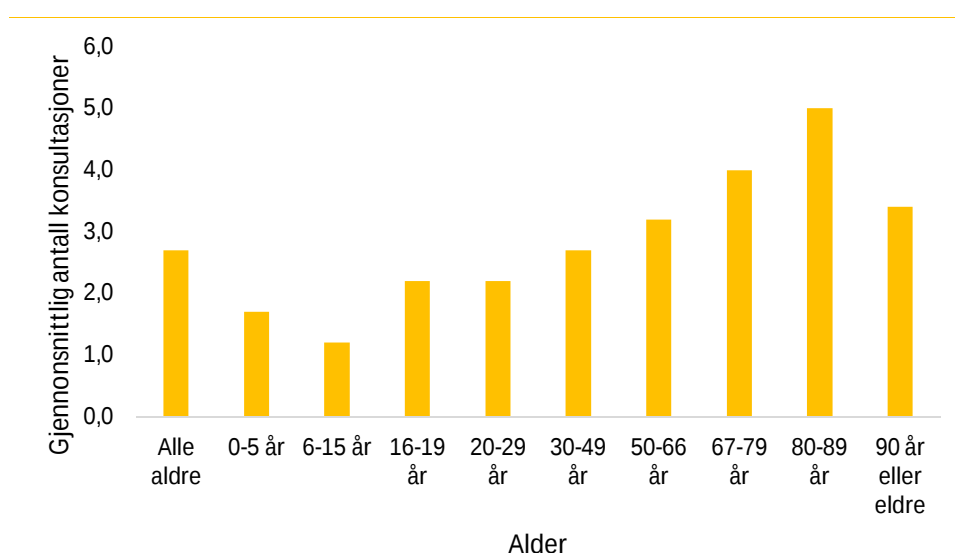
Gjennomsnittlig var en person 2,7 ganger hos fastlegen i løpet av 2018. Det er relativt små geografiske forskjeller – der Hedmark, Buskerud og Østfold har høyeste frekvens med 2,9 konsultasjoner per person, mens Oslo er lavest med et gjennomsnitt på 2,4 konsultasjoner per person (Statistisk sentralbyrå, u.d.(b)). Variasjonene kan delvis skyldes befolkningssammensetningen i kommunen, og delvis det stedlige tilbudet av helsetjenester utenfor fastlegeordningen som tilbyr likeartede tjenester som fastlegene.

Menn hadde i 2018 gjennomsnittlig 2,2 konsultasjoner hos fastlegen, mens kvinner hadde 3,1. Innvandrere har noe færre konsultasjoner per person enn den øvrige befolkningen. I 2018 hadde innvandrere 2,5 konsultasjoner per person og norskfødte med innvandrerforeldre hadde 2,0 konsultasjoner per person (Statistisk sentralbyrå, u.d.(c)). Over tid har antall konsultasjoner økt fra 2,5 i 2010 til 2,7 i 2018. Dette tilsvarer en økning i antall konsultasjoner på 8 prosent, gitt samme antall pasienter på listen.

Som Figur 5.2 og Figur 5.3 nedenfor viser er det til dels stor variasjon i hvor ofte enkeltpersoner er hos fastlegen, og alderen har mye å si for hvor ofte man besøker legen (Statistisk sentralbyrå, u.d.(b)).



FIGUR 5.2: FIGUREN VISER ANDELEN AV BEFOLKNINGEN SOM HADDE HENHOLDSVIS 0 KONSULTASJONER, 1-2 KONSULTASJONER, 3-4 KONSULTASJONER ELLER 5 ELLER FLERE KONSULTASJONER I LØPET AV 2018 (STATISTISK SENTRALBYRÅ, U.D.(B))



FIGUR 5.3: FIGUREN VISER GJENNOMSNIITTLIG ANTALL KONSULTASJONER FORDELT PÅ ALDER I 2018 (STATISTISK SENTRALBYRÅ, U.D.(B))

Figur 5.3 viser gjennomsnittlig antall konsultasjoner fordelt på aldersgruppe i 2018. Det er en trend at personer har flere konsultasjoner jo eldre de blir, med unntak for de aller eldste og aller yngste. Med en aldrende befolkning vil en større andel av befolkningen komme i alderskategorier som har behov for hyppigere besøk hos legen. Sykehjem har egen lege, mens hjemmeboende eldre og beboere i aldersboliger må bruke fastlegen. En nedbygging av institusjonstilbudet, kombinert med en aldrende befolkning og flere hjemmeboende eldre, vil derfor potensielt øke etterspørselen etter konsultasjoner hos fastlege, isolert sett.

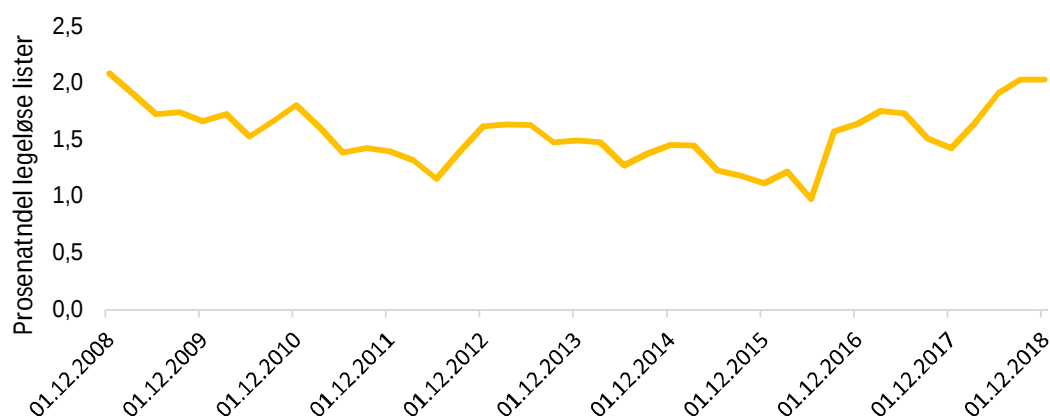
5.2.2 Legeløse fastlegelister, åpne lister og vikarbruk

Over 50.000 nordmenn står på en fastlegeliste uten fast lege, som følgelig betjenes av vikarer. Andelen legeløse lister har økt de siste par årene, fra like over 1 prosent våren 2016 til 2 prosent ved utgangen av 2018 (Figur 5.4). Kolonnen lengst til høyre i Tabell 5.3 viser at det er geografiske variasjoner: Over 8 prosent av listene i Troms mangler lege, mens under en halv prosent av listene i Østfold mangler lege.

Innbyggerne skal kunne velge fastlege og stå fritt til å bytte lege. En praktisk forutsetning for at dette skal være en reell mulighet er at fastlegene i nærheten har åpne lister, det vil si plass til flere pasienter på sin

liste. Om dette er tilfellet varierer fra fylke til fylke. Tabell 5.3 viser at antall kommuner i hvert fylke der én eller færre fastleger (lister uten fast lege ekskludert) hadde åpen liste (ledige plasser). Av landets 422 kommuner har 94 av dem kun én fastlege med åpen liste i kommunen og 40 kommuner har ingen åpne lister.

Andel vikariater på fastlegelister har økt betydelig de siste to årene. I slutten av 2016 var antall fastlegepraksiser som hadde vært betjent av vikarer i løpet av siste kvartal på 12 prosent. Andre halvår 2018 var denne andelen økt til 21 prosent. Å bli registrert som vikariat innebærer minst 20 prosent stilling og en varighet på 1 måned eller lengre (Helsedirektoratet, 2019a).



FIGUR 5.4 UTVIKLINGEN OVER TID I PROSENTANDLEN LEGELØSE LISTER. KILDE: STYRINGSDATA FOR FASTLEGEORDNINGEN, 4. KVARTAL 2018. HELSEDIREKTORATET.

Fylke	Åpne lister	Legeløse lister
	Antall kommuner med ingen fastleger med åpne lister	Antall kommuner med kun én fastlege med åpen liste Prosentandel lister uten fast lege
Østfold	3	2 0.4
Akershus	2	0 0.8
Oslo	0	0 0.6
Hedmark	1	4 3.8
Oppland	0	4 4.2
Buskerud	1	2 1.2
Vestfold	0	0 0.5
Telemark	2	4 2.4
Aust-Agder	3	4 0.9
Vest-Agder	0	2 1.7
Rogaland	1	7 1.5
Hordaland	2	8 1.1
Sogn og Fjordane	0	5 3.6
Møre og Romsdal	2	13 3.4
Trøndelag	6	18 3.4
Nordland	10	13 7.1
Troms	5	3 8.1
Finnmark	2	5 2.1
Hele landet	40	94 2.0

TABELL 5.3: (HELSEDIREKTORATET, 2019A)

5.2.3 Andel spesialister i allmennmedisin

Fra 2017 er spesialisering i allmennmedisin obligatorisk for alle leger i allmennpraksis. Andelen fastleger som er spesialister i allmennmedisin blir gjerne sett på som en kvalitetsindikator.

60 prosent av fastlegehjemlene var besatt av en spesialist ved inngangen til 2019. Det er betydelige geografiske variasjoner i Norge i andelen spesialister i allmennmedisin blant fastlegene. Generelt finner vi at andelen spesialister er høyere i større kommuner og mer sentrale kommuner. I de minste kommunene med under 5.000 innbyggere har under 40 prosent spesialisering mot 67 prosent blant fastlegene i de største kommunene på over 20.000 innbyggere.

Andel spesialister i allmennmedisin per 1. januar 2019			
Kategorier	Andel spesialister	Antall spesialister	Antall fastlegehjemler
Totalt	0.60	2968	4928
Kommunestørrelse			
1 (0-4999 innbyggere)	0.40	266	662
2 (5000-19999)	0.54	734	1354
3 (20 000 og fler)	0.67	1968	2912
Sentralitet			
1 (mest sentrale)	0.72	636	856
2	0.68	765	1122
3	0.62	746	1207
4	0.53	495	933
5	0.43	248	566
6 (minst sentrale)	0.32	78	244
Fylke			
Akershus	0.63	317	498
Aust-Agder	0.72	81	113
Buskerud	0.59	150	255
Finnmark	0.39	43	109
Hedmark	0.55	106	191
Hordaland	0.57	273	479
Møre og Romsdal	0.55	150	271
Nordland	0.46	130	278
Oppland	0.58	115	197
Oslo	0.72	397	529
Rogaland	0.62	260	408
Sogn og Fjordane	0.46	66	142
Telemark	0.51	86	170
Troms	0.55	114	204
Trøndelag	0.61	266	439
Vest-Agder	0.66	120	181
Vestfold	0.63	133	210
Østfold	0.63	161	254

TABELL 5.4: TABELLEN VISER ANDELEN OG ANTALLET SPESIALISTER I ALLMENNMEDISIN I HVERT FYLKE OG I KATEGORIER AV KOMMUNER ETTER KOMMUNESTØRRELSE OG SENTRALITET, BASERT PÅ FASTLEGEREGISTERET PER 1. JANUAR 2019

5.2.4 Listelengde blant selvstendig næringsdrivende og fastlønnede

Gjennomsnittlig listelengde har falt fra ca. 1.200 i 2005 til ca. 1.100 i 2018. I gjennomsnitt har kvinnelige fastleger over 100 personer færre på sine lister enn gjennomsnittet for mannlige fastleger. Videre har fastlønnede fastleger betydelig kortere lister enn selvstendig næringsdrivende. Tabellen under viser utviklingen i gjennomsnittlig listelengde og median listelengde over tid for henholdsvis fastlønnede og selvstendig næringsdrivende. I 2010 var median listelengde 1.195 blant selvstendig næringsdrivende og 815 blant fastlønnede. I 2019 er median listelengde redusert til 1.144 blant næringsdrivende og 672

blant fastlønnede. Det har altså vært en større reduksjon i listelengde blant fastlønnede enn blant næringsdrivende, både i absolutte tall og prosentvis.

Tidspunkt	Antall fastleger		Antall hjemler		Gj.snitt listelengde		Median listelengde	
	Fastlønn	Næringsdrift	Fastlønn	Næringsdrift	Fastlønn	Næringsdrift	Fastlønn	Næringsdrift
01.01.2010	258	3799	267	3908	838	1195	815	1195
01.01.2011	243	3880	251	4000	837	1188	798	1193
01.01.2012	227	3974	237	4093	838	1183	799	1188
01.01.2013	223	4059	234	4196	813	1175	791	1187
01.01.2014	210	4189	220	4331	814	1155	783	1181
01.01.2015	207	4311	215	4432	817	1138	766	1161
01.01.2016	207	4388	210	4477	819	1134	772	1144
01.01.2017	223	4434	244	4521	784	1129	745	1135
01.01.2018	556	4201	577	4280	701	1150	692	1150
01.01.2019	619	4186	652	4276	682	1146	672	1144

TABELL 5.5: LISTELENGDE BLANT SELVSTENDIG NÆRINGSDRIVENDE OG FASTLØNNEDE

Fastlønnsavtaler er mer utbredt i distriktene enn i sentrale strøk. Listelengden er typisk betydelig kortere i usentrale kommuner med få innbyggere enn i sentrale strøk med større pasientgrunnlag. Tabell 5.6 viser gjennomsnittlig og median listelengde per januar 2019 etter kommunens sentralitet for henholdsvis fastlønnede og selvstendig næringsdrivende fastleger. For næringsdrivende fastleger er det svært stor forskjell i listelengde mellom sentralitet 1 og sentralitet 6; median listelengde er 555 personer høyere i sentralitet 1 enn sentralitet 6. Blant fastlønnede fastleger er denne tendensen til kortere liste jo mer usentral mindre tydelig; den gjør seg gjeldende fra sentralitet 3 til 6, men ikke sentralitet 1 og 2. Tabellen viser at fastlønnsavtaler er lite utbredt i kommuner med sentralitet 1 og 2, med kun rundt 30 fastlønnede innenfor hvert av disse sentralitetskategoriene, og at listelengden blant disse fastlønnede er svært kort sammenliknet med de selvstendig næringsdrivende i samme sentralitetskategori, men også forholdsvis kort sammenliknet med fastlønnede i noe mindre sentrale områder.

Vi har undersøkt hvilke faktorer som har størst betydning for listelengden når geografi, fastlegens kjønn og avtaleform tas hensyn til samtidig. Basert på en lineær regresjonsanalyse av listelengden per januar hvert år for samtlige fastleger i perioden 2010-2018 – der vi kontrollerer for sentralitet, kommunestørrelse, fastlønn vs. selvstendig næringsdrivende, årstall, varighet av fastlegeavtalen, kjønn, om fastlegen er spesialist i allmennmedisin og legens alder – finner vi at listelengden i stor grad henger sammen med kommunens sentralitet; en fastlege i en kommune med sentralitet 1 er estimert å ha 380 flere på listen enn en fastlege i kommuner med sentralitet 6, altså betydelig lengre liste i sentrale strøk. Kommunestørrelse har også betydning; listelengden estimeres til 180 personer lengre i kommuner med over 20.000 innbyggere sammenliknet med kommuner med under 5.000 innbyggere.

Differansen i listelengde mellom fastlønnede og næringsdrivende estimeres til 170 personer når vi kontrollerer for sentralitet, kommunestørrelse med videre. Antall års erfaring som fastlege har betydning for listelengden; ti års lengre erfaring estimeres å utgjøre en forskjell i listelengde på 180 personer. Spesialister i allmennmedisin estimeres å ha i ca. 20 personer flere på listen enn fastleger uten spesialisering.

	Antall fastleger		Antall hjemler		Gj.snitt listelengde		Median listelengde	
	Fastlønn	Næringsdrift	Fastlønn	Næringsdrift	Fastlønn	Næringsdrift	Fastlønn	Næringsdrift
Sentralitet 1	33	819	822	34	792	1350	659	1300
Sentralitet 2	30	1086	1091	31	544	1233	402	1231
Sentralitet 3	53	1137	1153	54	812	1133	798	1131
Sentralitet 4	144	752	782	151	764	1000	810	995
Sentralitet 5	193	354	365	201	670	845	694	845
Sentralitet 6	167	54	63	181	590	719	594	745

TABELL 5.6: LISTELENGDE FORDELT PÅ ULIKE KOMMUNESENTRALITETER

5.2.5 Takstbruk

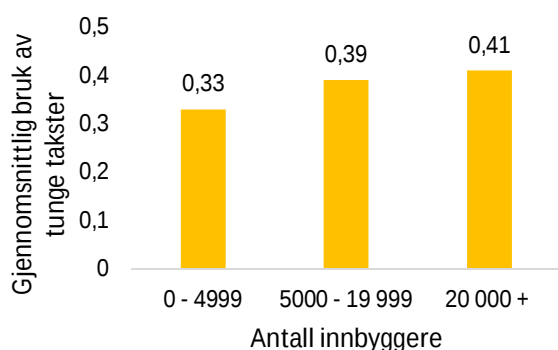
Ved hjelp av KUHR-data har vi også sett på takstbruk hos fastlegene.

Tunge takster

Noen pasientgrupper og aktiviteter er mer krevende, og tar lengre tid enn andre. Det finnes ingen uttømmende liste for hvilke takster som gjelder for tunge pasientgrupper, men for å se en indikasjon på hvordan slike aktiviteter fordeler seg på legebestanden har vi definert følgende takster som «tunge».

- ▶ Nervesykdommer og sinnslidelser (600-takstene)
- ▶ Individuell, strukturert veiledning relatert til kosthold og/eller fysisk aktivitet for pasienter med høyt blodtrykk, sykkelig overvekt (BMI>30) eller diabetes 2 (takst 101)
- ▶ Utfylling av Noklus-diabetesskjema og innsending av opplysninger til Diabetesregister for voksen (takst 109a og 109b)
- ▶ Systematisk legemiddelgjennomgang (takst 2ld)
- ▶ Sykebesøk ved allmennpraktiserende lege (takst 11ad)
- ▶ Tillegg ved sykebesøk til egne pasienter med kronisk, alvorlig sykdom (takst 11e).
- ▶ Møtegodtgjørelse med reisetid når legen deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter (takst 14)
- ▶ Deltakelse i dialogmøte (takst L36/L36d)

Tunge takster ble i snitt utløst 0,4 ganger per person i 2018. Grafene viser at tunge takster blir brukt mer i de største kommunene med over 20.000 innbyggere.



FIGUR 5.5 GJENNOMSNIITTLIG BRUK AV TUNGE TAKSTER FORDELT PÅ KOMMUNENES INNBYGGERTALL 2018

Fastlegene gjør mer på hver konsultasjon enn tidligere

Fra 2013-2018 har antallet tunge takster i gjennomsnitt økt med 18 prosent per person.

Texmon (2018) finner liknende tendenser. Hun ser på kompleksiteten av takster ved å vekte takstene med høyest kroneverdi tyngst. Her viser det seg at bruken av komplekse takster har økt betydelig fra 2010 til

2017. Texmon viser videre at taksten som utløses ved ekstra medgått tid, som har vært i bruk hyppig. I 2010 ble den brukt ved nokså nøyaktig en tredel av konsultasjonene, mens den tilsvarende andelen i 2017 var oppunder 40 prosent (Texmon, 2018). Disse faktorene tyder på at arbeidsomfanget per konsultasjon har økt.

5.3 Fastlegenes økonomiske rammebetingelser

5.3.1 Legenes inntjeningsgrunnlag

Det er vanskelig å si nøyaktig hva som er fastlegenes inntekter, kostnader og resultat ettersom de organiserer fastlegekontorene sine på ulike måter, og kan ha kommunale bi-stillinger eller andre inntektsgrunnlag i tillegg til det å være fastlege. SSB har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, forsøkt å regne ut inntekten til privatpraktiserende leger med formål om å lage et grunnlagsmateriale som kan være til hjelp i forhandlingene for fastleger våren 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2019a). Det var 4.741 fastleger per 31. desember 2017. De hadde en gjennomsnittlig bruttoinntekt på nesten 1,5 millioner kroner dette året. I perioden fra 2014 til 2017 har fastlegenes bruttoinntekt i gjennomsnitt økt med 100.000 kroner, men justert for inflasjon har det ikke vært vekst i realinntekten i perioden.

Inntektene til den enkelte fastlegen varierer. 90 prosent av fastlegene har en bruttoinntekt mellom 800.000 kroner og 2,6 millioner kroner, mens fem prosent tjener mindre enn 800.000 kroner og fem prosent tjener mer enn 2,6 millioner kroner.

SSBs rapport viser at inntektene varierer ut ifra ulike forhold

- ▶ Bruttoinntekt øker med listelengden
- ▶ Bruttoinntekten ser også ut til å øke med alder

Kommunestørrelse ser derimot ikke ut til å ha vesentlig betydning for fastlegenes bruttoinntekter. Rapporten Inntekts- og kostnadsundersøkelsen for driftsåret 2016 viser at det er få forskjeller i inntjeningen mellom de ulike helseregionene i Norge (Legeregnskap, 2018).

SSB-rapporten viser at et klart flertall av fastlegene har organisert virksomheten sin som et enkeltpersonsforetak. Den gjennomsnittlige inntekten fra driften i disse enkeltpersonsforetakene var i 2017 på 1,9 millioner kroner, og med gjennomsnittlige driftsutgifter på 700.000 satt den fastlegen i snitt igjen med ca. 1,2 millioner kroner. I tillegg hadde disse fastlegene lønnsinntekter på i gjennomsnitt 300.000 kroner i 2017.

	2014	2015	2016	2017
Driftsinntekter	1 830 000	1 859 000	1 861 000	1 883 000
Salgsinntekter	744 000	755 000	748 000	761 000
Leieinntekter	13 000	13 000	12 000	16 000
Offentlig tilskudd/refusjon	1 004 000	1 025 000	1 040 000	1 045 000
Andre inntekter	69 000	66 000	61 000	62 000
Driftskostnader	715 000	716 000	711 000	726 000
Varekostnader	29 000	25 000	25 000	25 000
Lønnskostnader	100 000	88 000	77 000	72 000
Kontorkostnader	341 000	357 000	373 000	388 000
Leie av maskiner, inventar og transportmidler	24 000	23 000	20 000	20 000
Bilkostnader	3 000	3 000	2 000	2 000
Reparasjon og vedlikehold	5 000	4 000	4 000	4 000
Av- og nedskrivninger	33 000	32 000	31 000	31 000
Andre kostnader	180 000	183 000	178 000	184 000
Driftsresultat	1 114 000	1 143 000	1 150 000	1 158 000

TABELL 5.7: RESULTAT FOR FASTLEGER SOM ER PERSONLIG NÆRINGSDRIVENDE HELE ÅRET, HAR ETT ENKELTPERSONSFORETAK, INGEN ANDRE ROLLER I VIRKSOMHETS- OG FORETAKSREGISTERET, IKKE ER AS OG HAR LEVER NÆRINGSOPPGAVE ELEKTRONISK. GJENNOMSNITTSBELØP FRA NÆRINGSOPPGAVEN 2014-2017 (STATISTISK SENTRALBYRÅ, 2019A)

5.3.2 Kostnader ved drift av kontorene

Den største kostnadsposten for fastlegene er kontorkostnader, som i gjennomsnitt utgjorde nesten 400.000 kroner i 2017 (Statistisk sentralbyrå, 2019a). Merk at kostnadsstrukturen kan variere mellom fastleger. Spesielt avhenger kostnadsfordelingen av hvordan fastlegene har organisert seg. En vanlig ordning er at legekantoret er organisert som et eget selskap. Det enkelte legekantor kan ha ulike fordelingsnøkler for hvordan kostnader fordeles. Varianter der hele eller deler av kostnadene fordeles etter inntjening, stillingsandel, pasientliste, i kombinasjon med et fast beløp, er blant løsningene som benyttes.

Legene har i gjennomsnitt en driftskostnad på 700.000 kroner. Når KS, Legeforeningen og staten skal se på kostnadsvekst i forbindelse med takstforhandling regner de rundt en tredjedel av kostnadene som lønn til de ansatte og andre personalkostnader, og omtrent en tredjedel av kostnadene som leie av lokaler, og en tredjedel av kostnadene er mindre utgiftsposter, eksempelvis varekostnader og avskrivninger.

5.3.3 Sykehjelps- og pensjonsordninger, samt feriepenger

Sykeforsikring

De fleste fastlegene er selvstendige næringsdrivende som driver enkeltpersonsforetak (Statistisk sentralbyrå, 2019a). Som selvstendig næringsdrivende har man begrensede rettigheter ved sykdom. Man har bare krav på sykepenge etter 16 dagers sykdom, og sykepengene er begrenset til 65 prosent av gjennomsnittlig pensjonsgivende inntekt de siste tre årene - maksimalt 6G. Lønnsinntakere får til sammenligning 100 prosent lønn fra første dag inntil 6G (IF, u.d.). Grunnbeløpet (G) er per 1. mai 2019 er kr 99.858 (Nav, 2019), og 6G tilsvarer kr 599.148.

Pensjonsforsikring

Hvis man er eneste eier og ansatt i eget AS eller enkeltpersonsforetak, kan du spare inntil syv prosent av inntekt mellom én og tolv ganger folketrygdens grunnbeløp (G) med skattefradrag - det vil si for lønn

mellom 99.858 kroner og rundt 1,2 millioner kroner (Andreassen, 2019). Hele innskuddet kan føres som fradrag i næringsinntekten (Samfunnsviterne, u.d.).

Dersom en lege sparer syv prosent, som kan spares fradragsberettiget, vil dette for en lege i et enkeltpersonsforetak med gjennomsnittlig driftsinntekt, tilsvare om lag 85.000 kroner i året. Det er opp til den enkelte lege å velge hvorvidt han eller hun ønsker å sette av til pensjonsforsikring. Det er også mulig å sette av større beløp enn det som er fradragsberettiget, eller å sette av et mindre beløp. Det samme gjelder innskudd til mulige syke- og pensjonsordninger. Dersom en næringsdrivende lege i et enkeltpersonforetak eller aksjeselskap (eller andre driftsformer) ønsker en pensjon eller sykepenger som tilsvarer det som gis i statlig sektor, må de selv prioritere dette gjennom ulike syke- og pensjonsordninger som finnes i markedet.

Som privat næringsdrivende vil man heller ikke ha samme rettigheter som arbeidstakere til dagpenger (Tveita, 2015). Også dette er noe det er mulig å oppnå gjennom forsikringer, dersom man er villig til å betale for denne sikkerheten. Legeforeningen har tilbud som fastleger kan benytte og har en egen Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) sitt formål er å bidra til økonomisk sikring av medlemmene og deres familie ved arbeidsuførhet, alderdom og død, samt ved fravær fra egen praksis i forbindelse med sykdom, fødsel og adopsjon (SOP). SOP har sykdomsytelser, pensjonsytelser, og kollektive sykdomsforebyggende tiltak. I tillegg driver SOP med rådgivning til leger som har behov for bistand på hvilke sosiale rettigheter de har krav på. SOP følger Nav sine retningslinjer, og leger har derfor ikke krav på sykelønn de første 16 dagene, eller kompensasjon om de er hjemme med syke barn. Legene vil få stønad i samme periode som hos Nav, pluss et påslag. Øvre begrensning hos SOP er 12G, mens det hos Nav er 6G.

5.3.4 Pris på praksis

Etter at en lege har fått tildelt en hjemmel er det opp til den tiltredende og den fratredende lege om å avtale en pris for overdragelsen av praksisen. I denne prisen ligger verdien på utstyret, men også verdien av opparbeidet praksis, ofte omtalt som «goodwill» (Legeforeningen, 2015). Argumentet for goodwill er at det gir legene insentiver til å drive en effektiv praksis, og at de skal få noe igjen for en praksis som de har brukt mange år på å opparbeide. Dersom den overtakende og fratredende legen ikke blir enige om pris er det nedskrevet i rammeavtalen (2011) punkt 5.6 at saken går til en nemnd, opprettet av Legeforeningen (Legeforeningen, u.d.(b)). Nemnden hensyntar kvaliteten på praksisen, og hva tilsvarende praksiser – hva gjelder kvalitet og lokasjon - har blitt omsatt for tidligere. Nemdens avgjørelse er endelig. Det har vært tilfeller der leger har søkt og fått tilslag på en hjemmel, men ikke blitt enig om pris med den fratredende legen og derfor trukket seg (Storvik, 2018).

Kostnader ved å kjøpe en praksis varierer. Vi har konkrete eksempler fra mindre og mellomstore kommuner der en praksis koster mellom 300.000 og 500.000 kroner (Solstad, Nærø, & Sæther, 2017). I større byer kan en praksis koste over en million kroner, av og til opp mot 2 millioner kroner (Juel, 2016; Jervell, 2009).

Det er opprettet en egen låneordning for leger som ønsker å kjøpe en legepraksis. Ordningen gir muligheter til å låne penger ved oppstart av bedrift. Maksimal kreditt er en million kroner ved første gangs søknad til Lånefondet. Maksimal nedbetalingstid er tolv år (Legeforeningen, 2018c).

6 Intervjustudien

6.1 Kvalitet i tjenesten

I dette delkapitlet redegjør vi for funn fra intervjuene knyttet til kvalitet i tjenesten. For å få et innblikk i hvordan det jobbes med kvalitet i tjenesten på norske fastlegekontor har vi sett på organisatorisk og faglig kvalitet gjennom hvordan fastlegene jobber for å sikre kvalitet, hvordan de holder seg faglig oppdatert, og hva legene gjør for å forebygge uønskede hendelser og håndtere avvik. I intervjuene har vi også sett på hva kommunene gjør for å tilrettelegge for kvalitetsarbeid som del av «sørge-for» ansvaret.

6.1.1 Rutiner for internkontroll og kvalitetsarbeid på legekontoret

Fastleger har rutiner for internkontroll og kvalitetsarbeid på legekontoret, og at det ofte er en tydelig ansvarsfordeling av dette arbeidet mellom legene på kontoret. På legekontor med flere fastleger har ofte en lege det overordnede ansvaret for arbeid med internkontroll og kvalitet. Ved kommunale legekontor eller legekontor hvor fastlegene har nullavtaler med kommunen, har kommunen hovedansvar for drift. Her er som regel daglig leder ansvarlig for internkontroll og kvalitetsarbeid. I små kommuner, som ofte kun har ett legekontor, er det gjerne kommuneoverlegen som har hovedansvaret for arbeid med internkontroll og kvalitet.

Selv om ofte én person har hovedansvaret for internkontroll og kvalitetsarbeid, er alle ansatte ved et legekontor ansvarlige for å daglig følge rutiner og prosedyrer for å sikre kvalitet. I arbeid med internkontroll og kvalitet brukes NOKLUS retningslinjer på laboratoriet av øvrige helsepersonell, mens en stor andel fastleger bruker daglig Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) som oppslagsverktøy i pasientrettet arbeid. Videre nevnes kurs i regi av Senter for Kvalitet i Legekontor (SKIL), bruk av ulike styrings- og kvalitetssystem, eksempelvis Trinnvis, og møter hvor legene og øvrig helsepersonell gjennomgår avvik og tiltak.

Styrings- og kvalitetssystem, som Trinnvis, brukes i mindre grad i hverdagen enn hva mange leger ønsker. Dette skyldes hverken investeringskostnader eller systemets brukervennlighet, men den enkelte leges prioritering av tid i hverdagen. Flesteparten av fastlegene trekker frem tid som den største hindringen for å arbeide med kvalitet på en strukturert måte og i et langsiktig perspektiv grunnet høy arbeidsbelastning i hverdagen hvor pasientrettet, kurativt arbeid prioriteres. «Instant medicine» var begrepet en kommuneoverlege brukte for å forklare hvordan fastlegens dag fylles opp av pasientrettet arbeid – og at det blir liten tid til annet ekstra arbeid.

Hele dagen består av «instant medicine» og så er dagen over (...) Trinnvis, det startet vi med her, men ingen hadde mulighet til å følge det opp. Hvis du skal ha et liv utenfor jobben, og det er det flere og flere som vil. Selv lederen blir fanget inn i løpende driftsavvik og når man får løst det så er dagen over. (Kommuneoverlege, liten kommune)

Intervjuene gir ikke grunnlag for å bestride kvaliteten i fastlegenes pasientarbeid.

6.1.2 Fastlegenes rapportering til kommunen

Kommunene har «sørge-for» ansvar for å levere helsetjenester med god kvalitet til innbyggerne, og er avhengige av tilgang på informasjon fra legekontorene. Intervjuene viser stor variasjon knyttet til hvilken informasjon kommunene innhenter fra legene og i hvilken grad innhenting er systematisk.

De fleste kommuner innhenter generell informasjon fra legekontorenes hjemmeside, som for eksempel telefon- og åpningstider, ferieavvikling, ansatte, vikarbruk og hvilke elektroniske tjenester som tilbys pasientene. Noen kommuner innhenter informasjon fra Helfo. Mange kommuner innhenter informasjon fra legekontorene om avvik, for eksempel manglende svar på PLO-meldinger mellom fastlegen og kommunale aktører, avvik på multidoser og reseptlister. Enkelte kommuner gjennomfører fysiske besøk på

legekontorene for å kartlegge i hvilken grad legekontoret oppfyller kravene til utforming, for eksempel tilrettelegging for parkeringsplasser og pasienters ankomst, skilting, toaletter, sitteplasser på venterommet, betalingsautomat, tilpasning til rullestolbrukere, samt i hvilken grad luken tilfredsstillende krav til lyd- og taushetsplikt. Andre kommuner innhenter informasjon om legekontorenes svartid på telefon ved å ringe legekontoret noen ganger daglig i en gitt tidsperiode.

Enkelte kommuner skulle gjerne hatt innsikt i journaldata på aggregert nivå for å kunne jobbe med kvalitet i helsetjenestene som leveres til kommunens innbyggere i et helhetlig, langsiktig perspektiv. Noen av disse kommunene har tilbudt fastlegene systemer for å tilrettelegge for analyse av journaldata, men erfarer at få leger har tid til å jobbe systematisk med analyse av journaldata grunnet høy arbeidsbelastning. Enkelte kommuner forteller om fastleger som er skeptiske til kommunens innhenting av journaldata. I sitatet under viser en kommuneoverlege hvordan kommunen prøver å tilrettelegge for kvalitetsarbeid på aggregert nivå, og legens reaksjon på dette:

Vi har en kvalitetsrådgiver som skal tilby legene Trinnvis. Det har kommunen tilbydd og kjøpt til fastlegekontorene, og man har tenkt at vi da tilfredsstillende kravene til kvalitet. Og så skal vi kjøpe Med Rave til fastlegene; det som trekker ut ting rett fra journalen og som kan aggregeres på kommunenivå, og som fastlegene selv kan se hvor mange pasienter de har på diabetes og så videre. Det kommer i år, hvis alt går som planlagt. I fjor var det satt av penger, nå har tilbudet gått ut til legekontoret om at de kan få Med Rave gratis hvis de vil. Kommunen stiller fag- og kvalitetsrådgiveren til disposisjon. De fleste tilbakemeldingene er bra, men noen fastleger er skeptiske og tenker at kommunen skal se de i kortene, men da sier vi at det skal aggregeres på kommunenivå og da er holdningen bedre. Det er flere som takket ja. (Kommuneoverlege, stor kommune)

Spesielt kommuner med næringsdrivende fastleger forteller at det er vanskelig å be fastlegene rapportere data fra legekontoret. For det første vet de at legene har travle dager med fulle timebøker og lite kapasitet til ekstra arbeid. For det andre ønsker ikke kommunene å «gå fastlegene i kortene». En helse- og familiesjef i en stor kommune ønsker å få innsikt i journaldata på innbyggernes antibiotika- og antidepressivabruk, men sier han ikke har samvittighet til å pålegge kommunens næringsdrivende fastleger ekstraarbeidet som en slik datainnhenting vil medføre. Også kommuner med kommunale legekontor innhenter ikke journaldata systematisk grunnet legenes fulle dager i praksisen. Samtidig oppgir flere kommunalsjefer at daglig drift gjør at kommunen ikke har kapasitet eller ressurser til å arbeide systematisk med innhenting av data eller arbeid med kvalitet på aggregert nivå. I forlengelse av dette gir noen kommuner inntrykk av å være usikre på mulighetene innhenting av journaldata gir – og ser heller ikke omfanget av gevinstene denne informasjonen gi på samfunnsmedisinsk nivå.

Få fastleger oppgir at de kjenner til at kommunen innhenter journaldata fra legekontoret.

Næringsdrivende fastleger uttrykker tilfredshet over at kommunen ikke innhenter journaldata frem dem da en slik rapportering ville vært nok en «tidstyv» i en ellers presset arbeidshverdag.

6.1.3 Rapportering og håndtering av avvik

De aller fleste fastleger forteller at de har god prosess og dialog med kollegene på legekontoret rundt håndtering av avvik og feil. Avvik som for eksempel feil ved registrering av laboratoriesvar, feil ved håndtering av personsensitiv informasjon, feil ved prøvehåndtering eller prøvebestilling registres enten elektronisk eller dokumenteres skriftlig i en bok eller perm. Registrerte avvik gjennomgås av fastlegene og det øvrige helsepersonellet på ukentlige statusmøter eller liknende. Samtidig vedkjenner noen fastleger å ikke ha god nok kjennskap til hvordan avvik skal håndteres.

Fastlegene har mulighet til å rapportere avvik på kommunale samarbeidspartnere, men intervjuene viser at meget få fastleger gjør dette. Kommunale samarbeidspartnere rapporterer i større grad avvik på fastlegene, for eksempel når svarfrist på PLO-melding ikke overholdes. Samtidig sender ofte samarbeidspartneren heller en påminnelse til fastlegen eller en ny PLO-melding, enn å rapportere avvik.

Avdelingslederen for hjemmetjenesten i en stor kommune formulerte det slik; «vi er mer tålmodige enn prosedyrer tilsier». I en annen stor kommune etterlyser hjemmetjenesten å få bekreftelse på rapporterte avvik fra fastlegen, for å sikre et videre godt samarbeid:

Det er ikke mange ganger vi skriver avvik, men noen ganger. Avviksskjema sendes fra oss, fra lederen vår, til helsesjefen og legen selv. Jeg har ikke fått tilbakemelding på noen avvik. Jeg merker at tonen på en lege jeg sendte avvik til har fått en midlere tone, så da har det vel skjedd noe, men jeg skulle gjerne fått tilbakemelding her. Jeg skulle gjerne hatt en tilbakemelding fra fastlegen på dette; «jeg har sett og mottatt». Det er nesten ikke vits å sende avvik om jeg ikke vet at det leder frem. (Avdelingssykepleier, hjemmetjenesten, stor kommune)

Grunnen til at avvik ofte ikke rapporteres forklares av kommunale samarbeidspartnere med frykten for at fastlegen skal oppfatte avviket som kritikk og mange har erfart at rapporterte avvik ikke fører til endring. Noen kommunale samarbeidspartnere oppgir at de ville rapportert flere avvik dersom meldingene skiftet navn til «forbedringsmeldinger» da dette vil kunne senke terskelen for å sende slike meldinger til fastlegene. Det er lite som tyder på at antall avviksmeldinger, som er rapportert fra kommunale samarbeidspartnere til fastlegene, fanger opp de faktiske tilfellene på avvik fra fastlegen. En avdelingsleder fra hjemmesykepleien i en mellomstor kommune illustrerer dette med denne kommentaren hvorfor de ikke sender avviksmeldinger:

Nei, vi prøver å ikke gjøre det. Vi er så tett på hverandre i så mange saker, men skulle vi sendt avvik hele tiden hadde vi ikke gjort noe annet! Eventuelt sier vi at «hvis vi ikke får svar, må vi ta pasienten med til legevakten», da får vi svar. (Avdelingsleder, hjemmetjenesten, mellomstor kommune)

6.1.4 Faglig utvikling og sparring

Faglig utvikling vektlegges av de fleste fastleger som en viktig del av deres yrke. Fastlegene omtaler kursdeltakelse som den viktigste formen for faglig utvikling, men fastleger ønsker å delta oftere på kurs enn de faktisk gjør. Tid og økonomi hindrer ofte faglig utvikling i hverdagen.

Å finne tid til å delta på kurs er en utfordring for både næringsdrivende og kommunale fastleger. For de fleste betyr noen dagers fravær fra praksisen en opphoping av arbeid som må tas igjen når de kommer tilbake, og flere fastleger oppgir at fravær fra praksisen er en viktig grunn til at de sjeldent deltar på kurs. Næringsdrivende fastleger vektlegger spesielt økonomi og flere beskriver kursdeltakelse som et «tapsprosjekt» da de ikke har inntjening under kursperioden og samtidig må dekke alle kursutgifter selv. Videre forteller fastlønnede fastleger, med kontraktsfestet to uker årlig permisjon forbeholdt kurs eller full lønn ved fravær ved kursdeltakelse, at det kan være utfordrende å finne tid til å delta på kurs i hverdagen. En fastlønnet lege forklarer sin situasjon slik:

Vi skal ha en pott på for eksempel 20.000 kroner per fastlege per år der vi selv kan velge hva vi vil reise på av kurs ut fra behovene vi har. Men man skal også ha mulighet til å gjøre det, altså tid. Jeg har vært på to kurs de siste årene. I år skal jeg gå på fire kurs i vår, men problemet er at man må ha vikar når vi er borte. (Fastlege, fastlønn, mellomstor kommune)

Det er lav terskel for å sparre med kolleger ved legekantorene og fastleger forteller at de daglig sparrer med hverandre, for eksempel under konsultasjoner. Flere trekker frem fordelene av å jobbe ved et legekantor hvor fastlegene drar nytte av hverandres erfaringsnivå og ulike faginteresser. Som en fastlege forklarte det; «vi drar lasset sammen». Det kan også tyde på at muligheten til faglig sparring er med på å skape et godt arbeidsmiljø blant fastlegene. Fastleger sparrer også med vakthavende leger eller spesialister i spesialisthelsetjenesten, enten på telefon eller i enkelte tilfeller på videokonsultasjon. Videre er intern- og smågruppeundervisning, hvor fastlegene underviser hverandre, også et kjærkomment faglig tiltak som mange fastleger gir uttrykk for å ha nytte av. Spesielt yngre leger gir uttrykk for at å jobbe tett på erfarne legekollleger og faglige tiltak som intern- og smågruppeundervisning påvirket deres valg av yrke og arbeidssted. Det er stor variasjon mellom frekvens og innhold på internundervisning; mens noen legekantor har ukentlig undervisning, setter andre legekantor av to dager årlig til faglig fordypning.

6.1.5 Pasienterfaringer og klager fra brukere

Ingen fastleger har rutiner for systematisk innhenting av pasienterfaringer ved legekontoet. Kun et fåtall av fastlegene oppgir å ha tidligere erfaring med systematisk innhenting av pasienterfaringer. I stedet for systematisk innhenting av pasienterfaringer trekker flere fastleger frem resepsjonen på legekontoet som en uformell, men viktig kanal for tilbakemeldinger på kvalitet, tilgjengelighet og servicenivå fra pasientene. Intervjuene med helsesekretærene bekrefter at resepsjonen er en arena for tilbakemelding, spesielt dersom tilbakemeldingen er av negativ karakter. Enkelte legekantor har for eksempel hengt opp postkasse på venteværelset for innhenting av anonyme pasienterfaringer, mens andre ønsker en tilbakemeldingsløsning via Helsenorge.no.

Fastlegene mottar sjeldent klager. Kun et fåtall av legene, som ble intervjuet, har mottatt klager fra brukerne. Avhengig av klagens omfang og alvorlighetsgrad, forteller legene at de enten behandlet klagen ved å prate med brukeren eller sendte den videre til fylkes- eller kommuneoverlegen. Også kommunene har ulike rutiner for mottak og håndtering av klager på fastlegene internt og hvilke klager som sendes videre til fylkesmannen. Medisinskfaglige klager eller klager av alvorlig karakter sendes som regel til fylkesmannen, mens klager på fastlegens kommunikasjon eller atferd håndteres ofte av kommuneoverlegen. Videre forteller kommunene om varierende kommunikasjon med fylkesmannen. I de tilfeller hvor klager på fastlegene går direkte til fylkeslegen, får ikke kommunen beskjed om klagesaken før fylkeslegen konkluderer med lovbrudd eller fratar fastlegen autorisasjonen. Konsekvensen av dette er at kommunen ikke får fulgt opp fastlegen. En kommunalsjef fra en liten kommune uttrykker frustrasjon over dette:

Klager der legen har bommet på noe, ikke kan ting godt nok, disse klagene får jeg ikke innsyn i. Jeg har sagt til fylkeslegen at jeg må jo få beskjed om dette; hvis legen trenger forbedring på noe, så må jeg få beskjed sånn at jeg kan sende personen på kurs. De tilbakemeldingene får vi ikke. De er jo bare mellom fylkeslegen og legen (...) Da får du ikke fulgt opp som arbeidsgiver (...) Man får ikke beskjed med mindre fylkesmannen begynner å rasle med autorisasjonen hos legen. (Tjenesteleder, liten kommune)

6.2 Fastlegenes arbeidssituasjon og rammebetingelser

Jeg tror fastlegene er lite tilfreds med sin arbeidssituasjon. De har fått så mange oppgaver de siste årene. De får mange oppgaver som de ikke får refundert. Det er merarbeid i forhold til oppfølging av syke, hjemmetjenesten, andre tjenester i kommunen, pålegg fra Nav – alt egentlig. Det blir ikke refundert for. Mange fastleger har gått ned i listelengde (...) Vi er ikke tjent med at fastlegene går under. Vil en lege gå ned fra 1200 til 1100 pasienter, jeg kjenner de så godt, at da er det ikke noe å diskutere. (Helsesjef, mellomstor kommune)

Sitatet over gir innblikk i fastlegenes arbeidssituasjon; en hverdag som er preget av travle dager i kurativ praksis og med stadig flere arbeidsoppgaver. I likhet med helsesjefen i sitatet over, gir kommuner over hele landet uttrykk for at reduksjon av listelengde er nødvendig for mange fastleger slik at hverdagen deres skal kunne gå opp – og for at yngre leger skal ville ønske å velge fastlege som en karrierevei. I dette delkapitlet redegjør vi for funn fra intervjuene knyttet til fastlegens arbeidssituasjon og rammebetingelsene for fastlegeyrket. For å få et innblikk i dette har vi sett på dagens finansiering av fastlegeordningen, fastlegens arbeidsbelastning og utvikling av oppgaver, drift og organisering av legekontoet, erfaring med elektroniske tjenester og private leverandører og nye digitale allmennlegetjenester.

6.2.1 Dagens finansiering av fastlegeordningen

Dagens takstsystem

Fastlegene beskriver dagens takstsystem som tungvint og utdatert, og mange ønsker seg et takstsystem som bedre gjenspeiler de oppgaver de gjør på legekontoet. Daglig gjør fastlegene oppgaver som er underfinansiert eller som ikke genererer inntekt. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten etter pasienten har forlatt legekontoet er et eksempel på en oppgave som fastlegen ikke kan ta takst for. Konsultasjoner med bruk av tolketjeneste, som ifølge mange leger ofte tar lang tid, er et annet eksempel ettersom legen kan ikke kombinere tids- og tolketakst.

Å utføre oppgaver som ikke kan takstes omtales som å gjøre gratis arbeid. En næringsdrivende forklarer at han gjør mye administrativt arbeid som ikke genererer inntekt og setter det på spissen med denne kommentaren; «du må gjøre det om kvelden for på dagen må du tjene penger». En annen næringsdrivende lege uttrykker sin frustrasjon takstene med dette utsagnet:

Fastlegeordningen er så underfinansiert at det er kun idealister som holder ut! Jeg samler på kvitteringer; de skal ligge på loftet mitt i 10 år. For 10 år siden kostet en resept 50 kroner. I dag får jeg ingenting av dette. Jeg får ingenting av pasienten, men 50 kroner fra Helfo. Det sier veldig mye. Prisutviklingen; 50 kroner i 2009 og 55 kroner i 2019. Kjennetegnet for hvordan fastlegeordningens finansiering har gått i stå. Pasientene betaler mindre og mindre, selv om de skal ha veldig mye service av oss. (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

Næringsdrivende fastleger sier det er viktig å lære seg å takste riktig for å sikre inntekt og intervjuene gir inntrykk av at takstsystemet, til en viss grad, styrer fastlegens tidsbruk da inntekter til drift av legekontoet dekkes gjennom Helfo-refusjoner og egenandeler. Konsekvensen av å være avhengig av inntekter gjennom refusjoner settes på spissen i sitatet under:

De som er kyniske og kategoriske, og ikke vil forholde seg til de vanskelige tingene som å stille på møte, sykebesøk eller bruke en time på en pasient. Det lønner seg sånn som insentivordningen er bygd opp. Man kan ikke ha en ordning der man sitter og drikker kaffe hele dagen heller, men utfordringen i dag er at man får en spagat mellom lojaliteten som man kjenner; de fleste fastleger ønsker å gjøre en god jobb som er faglig spennende og utfordrende, følge folk og familie over tid, men systemet legger opp til at man ikke blir belønnet for å gjøre den gode jobben. Hvis en pasient begynner å gråte på kontoret så er det et problem. Det ødelegger timeboken, hvis man setter det på spissen. (Kommuneoverlege, stor kommune)

I forlengelse av dette forteller flere fastleger at dagens takstsystem ikke er lagt opp til at det er lønnsomt å gjøre en god jobb for de svakeste pasientgruppene. Mange fastleger er bekymret for at takstsystemet, slik det er i dag, gjør det mer lønnsomt for fastlegen å ha en pasientliste med «friske» pasienter enn å bruke tid på svakere pasientgrupper.

Kostnadsutvikling og driftskostnader

Basert på intervjuene med fastlegene har utgiftene tilknyttet drift av legepraksis økt mer enn inntektene. Utgifter til IKT-utstyr er ett eksempel på en utgiftspost som har økt kraftig de siste årene. Ett annet eksempel er økte lønnsutgifter kombinert med et økt behov for mer helsepersonell i praksisen. En fastlege gir innblikk i regnestykket med utgifter knyttet til sin egen praksis:

Basistilskuddet er for lavt. Når jeg skal betale regninger som ligger rundt 50.000 kroner per måned: 53.000 kroner er leien til AS'et: Kontor, personell, pensjon. Mitt basistilskudd er på 30.000 kroner, da må jeg tjene inn 23.000 kroner før jeg får tjene til meg selv. Jeg hadde aldri anbefalt noen å bli fastlege for det er så dårlig finansiert. Det er for dårlig for unge uten spesialisttillegg. (Fastlege, næringsdrift, mellomstor kommune)

Mange fastleger fornøyde med eget inntektsnivå og vektlegger at lønn ikke er avgjørende for deres valg av yrke. Samtidig oppgir svært mange leger at de jobber mer i dag enn tidligere, men uten at dette har påvirket inntjeningen deres. En fastlønnet lege gir innblikk i sin situasjon i sitatet under:

Jeg er fornøyd med lønna mi, men hvis man bare ser på lønna og tenker jeg bare jobber 37,5 timers uke hadde det vært greit, men jeg jobber i realiteten nesten dobbelt så mye! Jeg har en god lønn og er fornøyd, men lønna er nok ikke så høy når man deler på antall timer som for eksempel mange her synes og som ikke skjønner hvor mye tid vi egentlig bruker. (Fastlege, fastlønn, liten kommune)

Fastlegers opplevelse av økonomisk trygghet

Fastlønnede fastleger i større grad enn næringsdrivende fastleger oppgir at de opplever god økonomisk trygghet i hverdagen. Videre oppgir rent næringsdrivende fastleger at de opplever mindre økonomisk trygghet enn fastleger med nullavtaler. Dette fordi fastleger med nullavtale ikke starter måneden i minus slik rent selvstendig næringsdrivende fastleger gjør. Bortsett fra dette trekker fastleger med nullavtaler frem de samme bekymringene rundt økonomi som rent selvstendig næringsdrivende fastleger.

Pensjon og muligheten til å være borte fra praksisen uten å tape inntjening trekkes frem av mange fastleger som viktig for at de skal kunne oppleve økonomisk trygghet i hverdagen. Næringsdrivende fastleger som hverken har pensjon eller mulighet for fravær med lønn, sier de opplever økonomisk trygghet så lenge helsen holder. Enkelte næringsdrivende fastleger går så langt som å si at «det er en katastrofe å være syk». Fulle uker med kurativ praksis på legekontoret gir fastlegen forutsigbar inntjening, mens planlagt fravær ved kursdeltakelse eller fravær som ikke er planlagt eksempelvis ved egen eller barns sykdom, kan gi næringsdrivende leger økonomiske bekymringer. Sitatet under illustrerer godt den frustrasjonen som mange næringsdrivende fastleger over hele landet gir uttrykk for når det kommer til egen økonomi og hvordan fravær fra praksisen har en direkte innvirkning på inntjeningen:

Både meg og kona jobber her. Det er katastrofe med syke barn. Vi har rent tap når de er syke. Vi har tre barn. Kona var hjemme med syke barn to dager i uken hele desember. Da hadde vi et bruttotap på 100.000 kroner. Det er hovedgrunnen til at man ikke klarer å rekruttere til fastlegeordningen. Yngre fastleger vil helst ha mulighet til å være hjemme med syke barn. (Fastlege, næringsdrivende, mellomstor kommune)

Pensjon er et tema som nevnes i flere intervjuer. Fastleger som ikke faller inn under SOP forteller at de sparer til pensjon på ulike måter, for eksempel gjennom investeringen i praksisen eller gjennom andre investeringer. Samtidig gir flere yngre og mindre erfarne fastleger inntrykk av at de ikke har oversikt over egen pensjonssparing. En næringsdrivende lege med nullavtale og erfaring som fastlege siden tidlig 2000-tallet deler sine tanker rundt pensjonsoppsparing i dette sitatet:

Jeg opplever litt usikkerhet rundt pensjonisttilværelse. Jeg er ikke noe flink å bry meg om sånne ting som kommer langt frem i tid. Jeg vet jeg har en godt betalt jobb og føler meg trygg i så måte. Jeg har vært utsatt for sykdom og ser at terskelen for å bli syk er kjempehøy. Når alt rusler og går har jeg økonomisk trygghet. Jeg tviler ikke at jeg får fylt opp dagene, men om jeg skal se stort på det så oppleves det utrygt med sykdom. Pensjonisttilværelse har jeg skjøvet fra meg. På den måten vi driver bør vi ha bedre betalt enn om vi hadde en trygg ordning med sykemelding, fravær og forsikring. (Fastlege, næringsdrift)

Kjøp og salg av fastlegehjemmel

Det er sammenheng mellom fastlegenes behov for økonomisk trygghet og hvordan de vurderer den økonomiske risikoen ved å kjøpe en legehjemmel. Intervjuene tegner et bilde av at det er vanskeligere for fastleger å selge en hjemmel i dag enn tidligere. Dagens marked for fastlegehjemmel omtales av fastlegene selv som «usikkert å investere i». Spesielt yngre leger forteller at de vurderer den økonomiske risikoen ved å starte som fastlege som stor. Videre forteller yngre og mindre erfarne leger om en stor

investeringskostnad ved kjøp av hjemmel, samtidig som de opplever usikkerhet knyttet til om praksisen de investerer i vil synke i verdi.

I intervjuene hører vi historier om enkelte yngre og mindre erfarne fastleger som ønsker å etablere seg i store kommuner, men som ikke tørr investere i hjemmel der – samtidig som de heller ikke ønsker den arbeidsmengden som kreves for å sikre nødvendig inntjening. For disse fastlegene har fastlønnsstillinger i distriktet blitt løsningen i stedet for kjøp av hjemmel i byen. Fra kommunenes side har vi også eksempler på fastleger som av ulike årsaker har kapitalbegrensninger, og som ikke får innvilget lån for å investere i en legehjemmel. Løsningene på denne type problemstillinger kan være en kommunal garanti, lån eller at kommunen kjøper hjemmelen og leier den ut til den aktuelle legen. Denne type ordninger kan være utfordrende for kommunen å håndtere, og det vises også til at det kan bli krevende å håndtere en ordning dersom det er nødvendig med mange forskjellige individuelle løsninger.

Det er behov for en fastlegeordning som gir leger i en etableringsfase den økonomiske tryggheten de trenger for å kjøpe hjemmel og velge fastlegeyrket som karrierevei. Fastlegeyrket må la seg kombinere med hverdagen som spesielt yngre leger står ovenfor tidlig i karrieren, og gi dagens fastleger tryggheten de trenger for at deres hjemler blir solgt og ikke taper verdi den dagen de slutter i fastlegeyrket.

ALIS fastlønn omtales av flere fastleger og kommuner som en attraktiv ordning for å gi yngre leger mulighet til femårig spesialistutdannelse under ordnede forhold før de bestemmer seg for å kjøpe en hjemmel. En yngre fastlege med ALIS-fastlønnsstilling i en stor kommune forklarer at denne modellen appellerte til han da han har fastlønn så lenge han er i spesialisering og har små barn, men at næringsdrift er ønskelig på sikt når barna er eldre og han er spesialist.

Det var et bevisst valg å starte med fastlønn; jeg hadde små barn og ville ha sikkerhet og kurs man får dekket. Det er ganske store investeringer i starten til utgifter til kurs og fravær fra praksis, og det å lære seg takstsystemet som man lever av eller som kommunen lever av, det tar tid å komme inn i, det er ikke noe man lærer på studie. Man driver jo en liten bedrift nå som mange ikke tenker over. (Fastlege, næringsdrift, stor kommune)

Samtidig uttrykker noen etablerte næringsdrivende fastleger i storbyene bekymring rundt opprettelsene av nye ALIS-stillinger eller fastlønnede stillinger. Forklaringen som gis i intervjuene er at utbredelsen av ALIS- og fastlønnsstillinger i kommunen vil kunne gjøre det vanskeligere for dem å selge sin næringsdrivende praksis den dagen de går av med pensjon. I sitatet under beskriver en næringsdrivende fastlege denne bekymringen:

Så er det en frustrasjon at de oppretter nullhjemler noen steder samtidig som de ikke får solgt hjemler andre steder (...) Det opprettes ALIS stillinger, men hvem skal kjøpe oss ut? Da må kommunen kjøpe oss ut, kjøpe det som vi har brukt til å lage rutiner, opplæring av helsesekretærer, utstyr; det er to generasjoner av doktorer som føler seg lurt nå. Det er ingen andre tjenester å selge enn min tjeneste. Min personlige kompetanse selges. Det er ingen som diskuterer det og mange fastleger er redde. (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

Muligheter til investeringer på legekantoret

Fastleger i stor grad har økonomi til å investere i det utstyret de trenger til legekantoret. I kommuner med næringsdrivende fastleger har ikke kommunen påvirkning på legekantorenes valg av investeringer i utstyr eller IKT, men krever at IKT-løsningene som velges kan samhandle med Helsenet og sende PLO-meldingene med kommune samarbeidspartnere. Flesteparten av næringsdrivende fastleger oppgir at de har økonomi til å investere i nødvendig utstyr og IKT-systemer ved legekantoret. Samtidig at det er variasjon mellom legekantorene hvor det jobber næringsdrivende fastleger og hvilken mulighet de har til å gjøre investeringer. En næringsdrivende lege beskriver i sitatet under hvordan beslutninger om investeringer i utstyr til legekantoret påvirkes både av legekantorets økonomi og kollegenes egen privatøkonomi.

Proessen er at vi blir enige om det vi fastlegene, men nå har vi så dårlig økonomi at vi sparer til ting. Vi ønsker oss å kjøpe trykkmåler til øynene for å oppdage grønn stær, men hvis vi skal kjøpe det så koster det 30.000 kr og da må vi ta av den private økonomien. Vi er i forskjellige livssituasjoner; jeg har store unger, men de to andre har tre og fire barnehagebarn, som gjør at de ikke kan droppe vinterferien for å kjøpe utstyr. (Fastlege, næringsdrift, stor kommune)

Kommunale fastlegers ønske om investeringer i utstyr og IKT går via budsjettforhandlinger i kommunen. Flesteparten av kommunale fastleger er fornøyde med kommunens investeringer på legekontoet. I distriktskommuner kan investeringer i utstyr til kommunale legekantor, for eksempel ultralydapparat, gjøre utlyste fastlønnsstillinger mer attraktive for søkere, samtidig som det bidrar positivt til fagmiljøet på legekontoet.

En «ny generasjon» fastleger

Et gjennomgående funn i intervjuene med både fastleger og kommuner er forskjellen mellom yngre og eldre fastlegers forventninger til og preferanser knyttet til fastlegeyrket. I intervjuene snakker fastleger og kommuner over hele landet om «den nye generasjon» fastleger og det vektlegges at yngre leger i dag ønsker andre rammer rundt jobben som fastlege enn generasjonen før dem. Følgelig må dagens fastlegeordning rigges for å ivareta både «de gamle fastlegene som er av den gamle skolen, de midt imellom som er spesialister og de unge som vil ha et levebrød, men også et familieliv», som en helse- og velferdssjef i en mellomstor kommune formulerte det.

I flere kommuner vektlegges økningen av kvinnelige fastleger og deres ønsker og behov for en arbeidshverdag med bedre balanse mellom fastlegeyrket, familie og fritid stiller krav både til kommunenes tilretteleggelse, men også ordningen som helhet, slik at det skal være attraktivt for kvinnelige leger å velge fastlege som karrierevei. Intervjuene viser dog at ønsket om en slik balanse ikke kun er forbeholdt kvinnelige fastleger, men noe som stadig flere yngre leger uavhengig av kjønn ønsker. Ifølge intervjuene er det mye som tyder på at yngre og mindre erfarne leger har andre krav og preferanser til fastlegeyrket og at dette i bunn og grunn skyldes ønsket om trygge økonomiske, faglige og sosiale rammer rundt arbeidshverdag slik at karriere kan kombineres med familieliv. I forlengelse av dette kan det se ut som at fastlønn og ordnede forhold ser ut til å ha blitt et virkemiddel som stadig flere kommuner benytter for å imøtekomme yngre legers krav og forventninger til fastlegeyrket. Sitatet under oppsummerer denne tematikken godt.

Det har vært et generasjonsskifte. De (yngre fastleger) har føringer og fordringer for å ha et liv utenom og mer strukturert arbeidstid (...) De ønsker å være doktor, men har også behov for familieliv. Det er en endring. De vil ha bedre rammevilkår for arbeidstid ikke minst. For mange blir dette viktigere enn pengene. (Kommuneoverlege, mellomstor kommune)

6.2.2 Utvikling i oppgaver og ansvar

Hvilke oppgaver fastlegen utfører, samt omfanget og volumet av disse oppgavene, påvirker fastlegens helhetlige opplevelse av egen arbeidshverdag i og utenfor praksisen. På de neste sidene vil vi redegjøre for funn knyttet til fastlegens opplevelse av koordineringsrollen, listelengde- og sammen setning, samt dagens arbeidsbelastning og hva fastlegene og kommunene tenker er årsakene til dagens arbeidsbelastning – og hvilke tiltak de ønsker iverksatt for å redusere arbeidsbelastningen.

Fastlegens koordineringsrolle

Fastleger trives godt med å ha en koordinatorrolle for pasientene på listen. Mange fastleger omtaler rollen som «nav'et» i primærhelsetjenesten og forklarer at de i koordinatorrollen er den som samler trådene, følger opp og har oversikten over pasienten. Eller som en fastlege uttrykte det, «gullet til fastlegeordningen er at fastlegen har totaloversikten over deg!» Samtidig viser intervjuene at flere fastleger opplever at de koordinerer mer for pasienter og samarbeidspartnerne i dag enn før. Dersom pasienter, kommunale samarbeidspartnere eller spesialisthelsetjenesten er i tvil om noe, havner som regel

både oppgaven og ansvaret på fastlegens kontor. I intervjuene trekker fastlegens samarbeidspartnere frem kontinuiteten som koordineringsrollen gir, og de er enstemmig enige om at koordineringsrollen er positiv både for pasienten og dem selv.

Fastlegens liste- og pasientsammensetning

Fastlegene er fornøyde med egen listesammensetning, men mange opplever flere oppgaver knyttet til hver enkelt pasient på listen i dag enn tidligere. Det er stor variasjon mellom fastlegers listelengde. Intervjuene gir inntrykk av at fastleger i små kommuner har et lavere listetall enn fastleger i større kommuner. Fastleger selv forklarer dette med at en liste i distriktet kan tilsvare samme arbeidsmengde som lengre liste i en stor kommune. Blant annet nevnes det at leger i distriktet har et tverrsnitt av befolkningen på listen sin, mens fastleger i store kommuner ofte har en mer ensartet listesammensetning. Videre trekkes det frem at en stadig eldre populasjon i distriktene gjør fastlegens liste tyngre, samt at i distriktet må alle fastleger bidra med kommunale allmennlegeoppgaver. En fastlønnet lege i en liten kommune forklarer hvordan listelengde må sees i lys av kommunens helhetlige ressursituasjon:

750 pasienter høres veldig lite ut. Jeg er vant til 2500, men her i kommunen driver de 3,5 fastleger som ikke bare jobber i allmenlegejobben; vi driver absolutt all helsetjeneste. Så jeg har kanskje bare er par dager i uken jeg egentlig har til rådighet til pasienter, fordi vi gjør så mye kommunale oppgaver. (Fastlege, fastlønnet, liten kommune)

Listelengde må sees i sammenheng med legens driftsform og avtale med kommunen, kommunale allmennlegeoppgaver, legevakt og pasientantall- og sammensetning.

Fastlegens opplevelse av dagens arbeidsbelastning

Arbeidsbelastningen er stor, men det er verdens beste travle jobb! (Fastlege, næringsdrift, stor kommune)

Sitatet over oppsummerer godt inntrykket av intervjuene med fastleger. Fastleger liker å være fastleger; de setter pris på pasientrettet, kurativt arbeid og muligheten for kontinuitet til å følge samme pasient over flere år. Samtidig viser intervjuene at de fleste fastleger opplever dagens arbeidsbelastning som stor og mange ønsker seg en «overkommelig hverdag». En stor andel fastleger forteller at de i tillegg til lange hverdager også bruker helgene på legekantoret for å komme au jour med arbeidet. En næringsdrivende fastlege beskriver hverdagen sin slik:

Krevende! Det er vanskelig å få tid til noe ved siden av. De fleste dager jobber jeg 11 - 13 timer dagen, pluss at jeg jobber i helgene. Jeg kommer på kontoret kl. 06:30 - 07:00 og har pasienter fra kl. 08:00. Jeg kommer hjem til middag. Jeg jobber nok åtte timer i helgen. Kl. 07:00 - 11:00 begge dager for eksempel, sånn at jeg kan gjøre andre ting resten av dagen. (Fastlege, næringsdrift, mellomstor kommune)

Noen fastleger forteller at arbeidsbelastningen er så stor at de er redde for å gjøre feil som kan få alvorlige konsekvenser for pasientenes helse. Krevende dager med høy arbeidsbelastning på kontoret påvirker også familielivet og fritiden til stadig flere fastleger. Erfarne fastleger forteller at arbeidsbelastningen spesielt har økt de siste 3 - 5 årene og at hverdagen frem til nå har gått rundt fordi familien har tilrettelagt for dette. En næringsdrivende lege sier dette om egen familiesituasjon:

Kona har tatt mye ansvar hjemme, ellers kunne jeg ikke gjort det. Jeg har fire unger. Kona var hjemmeværende i ti år. Privat fastlege er ikke forenelig med små barn og kone i jobb. (Fastlege, næringsdrivende, mellomstor kommune)

Enkelte fastleger forteller at de ikke ønsker en fremtid i fastlegeyrket. Å forlate fastlegeyrket forklares blant annet med at dagens arbeidsbelastning ikke er forenelig med familieliv på lengre sikt, mens andre viser til egen sykdom eller sykdom i nære relasjoner gjør det vanskelig å håndtere en så krevende jobb. Videre er det flere leger som kan tenke seg å jobbe i spesialisthelsetjenesten da lønnsforholdene,

arbeidstid, pensjon og sosiale gode de får der oppleves som mer attraktivt enn hva de har i dag. En kommunal fastlege belyser dette i sitatet under:

Jeg begynte som fastlege fordi jeg hadde lyst til å være mamma også; ha tid til å være delaktig i mine barns oppvekst. Nå drømmer jeg om å bli sykehuslege igjen for da er jeg på jobb når jeg på jobb, og så har jeg fri når jeg har fri (...) Akkurat nå så er jeg helt utslitt av å være fastlege etter bare to år – og jeg er egentlig en ganske god fastlege om jeg skal være så beskeden i gåsetegn! Fordi du får kontakt med mennesker på en helt annen måte i primærhelsetjenesten enn du gjør i svingdør sykehustjenesten (...) Men det sliter meg ut og jeg har heller lyst til å jobbe disse ugunstige sykehustidene; være en underdog som ikke får bestemme sjøl om jeg skal få fri til Luciafrokosten i barnehagen eller om jeg kan få fri på 17. mai eller fri på juleaften. Det får så være for jeg orker ikke dette hardkjøret resten av livet mitt. (Fastlege, fastlønn, mellomstor kommune)

Også erfarne fastleger gir uttrykk for å forstå yngre legers skepsis knyttet til å velge fastlege som karrierevei, og flere sier at de ikke ville anbefalt sine egne barn å bli fastlege i gitt dagens arbeidsbelastning og manglende sosiale goder. På samme tid som mange leger melder om stor arbeidsbelastning, oppgir enkelte fastleger på tvers av kommunene at dagens arbeidsbelastning er overkommelig.

Intervjuene med kommunen viser at kommunalledere og kommuneoverleger anerkjenner at fastlegene har stor arbeidsbelastning, og at det har skjedd en oppgaveøkning de siste årene. Samtidig påpeker enkelte kommuner bekymring for at «fastlegene er fastlegene sin verste fiende» ved at legene snakker ned yrket ovenfor yngre kolleger som står ovenfor et karrierevalg. Konsekvensen av slik holdningspåvirkning kan ta lengre tid enn endring av forhold i ordningen.

Årsaker til dagens oppgavebelastning

På den ene siden har de fått flere arbeidsoppgaver. Det viser jo undersøkelser også. Det andre er at demografien i Norge endrer seg, så de har flere eldre. Det tredje er samhandlingsreformen, medfører stort oppgaveskiv ut av sykehusene, pasienter er tidligere sendt ut og er dårligere. Fastlegen får oppgaver derfra. En stor kilde til endring er at på den ene siden sitter spesialisthelsetjenesten og definerer hvilke pasienter de vil ta, men fastlegen har ikke et system til å være likeverdige parter. (Helseleder, stor kommune)

Det pekes på flere årsaker bak den store arbeidsbelastningen som fastleger over hele landet rapporterer om. Helselederen i sitatet over oppsummerer noen av årsakene til dagens arbeidsbelastning: flere arbeidsoppgaver, endret demografi og oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til fastlegene.

Videre viser intervjuene enighet mellom fastleger og kommuner i at dagens pasienter har økte forventninger til hvilke oppgaver fastlegen skal løse. Terskelen for å ta kontakt med fastlegen er blitt lavere og intervjuene tegner et bilde av en befolkning som raskere kontakter fastlegen i dag enn tidligere. Fastlegene forklarer at selv om listelengden deres har blitt redusert, har de mer arbeid med den enkelte pasient i dag enn tidligere.

Flere arbeidsoppgaver på fastlegen

Fastleger med lang fartstid i yrket forklarer at det har skjedd en oppgaveendring mer enn en reell oppgaveøkning ettersom de i dag opplever å gjøre mer ikke-kurativt arbeid og ha mindre pasientkontakt enn tidligere. Videre fortelles det om økte forventninger fra pasienter og samarbeidspartnere til hva fastlegen skal gjøre, samtidig som at fastlegene i dag oppgir å ha mindre rom for å bruke skjønn til å løse oppgaver på grunn av økte krav, rutiner og prosedyrer.

Fastleger over hele landet trekker frem et økt dokumentasjonskrav og forskriftsendringer som årsaker til dagens store arbeidsbelastning, samtidig som det spiser av tiden fastlegen kunne hatt med pasienter. Flesteparten av fastlegene forteller at de bruker mye tid på å skrive attester til videregående skoleelever i forbindelse med fravær, attester til eldre som får forlenget førerkortet, og attester og legeerklæringer til forsikringsselskaper. En fastlege forklarte dette slik:

De skal ha attester for alt mulig! Fritak for treningsstudio fordi de er syke, eller at de ikke kan fly. Og så blir det noen litt mer omfattende attester, ikke bare ved olje og offshore, men også attest for at du kan kjøre go cart, dykking, utvekslingsstudenter på videregående. Ganske store attester som jeg ikke ser at har samfunnsnytte, men som tar tid. (Fastlege, fastlønn, stor kommune)

Mange fastleger forteller at de bruker mer tid på dokumentasjon som fyller Nav sine krav nå enn tidligere. Kjernen i økte dokumentasjonskrav og forskriftsendringer, slik mange fastleger belyser det, er i hvilken grad dokumentasjon og attester er god bruk av leges tid og kompetanse. En fastlege forteller for eksempel at han samler opp og lager attester første uken i sommerferien. En annen lege gir alle sine attester til legevikaren på legekontoet slik at hun selv kan bruke tiden med pasienter.

Til tross for økt arbeidsbelastning viser intervjuene tydelig at det er få fastleger som ønsker å gi fra seg arbeidsoppgaver. I stedet ønsker fastlegene å gjøre mindre «ikke-medisinske oppgaver» som for eksempel å utstede attester, skrive legeerklæringer og utarbeide dokumentasjon til Nav.

Med dagen demografi, hvor en stadig eldre befolkning som bor lengre hjemme enn før, eller sendes tidligere hjem fra opphold på sykehus, får fastlegene mer arbeid med den enkelte pasient. Mange fastleger forteller om hvordan de bruker mye tid på å følge opp pasienter som har tilstander og sykdommer som tidligere ville blitt ivaretatt av spesialisthelsetjenesten.

Oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til fastlegene

Fastlegeordningen er blitt en sånn bønne, sekretærbønne for alle de andre spesialistene. De har på en måte fått en tillatelse til å si at «men fastlegen ordner det». (Fastlege)

Samhandlingsreformen trekkes gjennomgående frem i intervjuene som en av årsakene til økt arbeidsbelastning. Enkelte fastleger omtaler reformen som en oppgavereform snarere enn en samhandlingsreform. Intervjuene viser at kommunene støtter dette. Her forteller flere kommuner om at en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen og fastlegene har funnet sted etter samhandlingsreformen uten at ressurser i form av økonomi og flere leger har fulgt med.

Majoriteten av fastlegene som ble intervjuet forteller at de opplever en oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten. Mange fastleger forteller at de opplever en forventning fra spesialisthelsetjenesten om at de skal gjøre administrativt arbeid for spesialisthelsetjenesten. Flere fastleger beskriver dette som «å gjøre sekretærarbeid» for sykehusene. En fastlege fortalte om sitt møte med spesialisthelsetjenesten slik:

Det blir bare dytta på oss. Alt havner hos oss – vi er en oppsamlingsbønne; «det kan fastlegen gjøre», «be fastlegen henvise deg», «be fastlegen sykemelde», «be fastlegen kalle deg inn». Hele tiden. (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

Fastlegene gir flere eksempler på oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten i intervjuene. Dersom spesialisthelsetjenesten for eksempel mener det er behov for at en pasient skal henvises videre internt på sykehuset er det sykehuset som skal henvise pasienten. Det samme gjelder i de tilfellene sykehuset mener at en pasient i behandling hos dem skal ta blodprøve eller røntgenbilde. Dette skal sykehuset selv bestille og følge opp. Dersom sykehuset mener at en pasient innlagt hos dem skal sykemeldes, skal sykehuset selv skrive sykemeldingen. Svært mange fastleger forteller at disse retningslinjene ikke alltid følges, og at pasienter som har vært eller er i et behandlingsforløp på sykehuset sendes til dem for videre henvisning, prøvetaking eller utskriving av sykemelding.

Fastlegens historie om oppgaveoverføring bekreftes i intervjuene med samhandlingsdirektører og praksiskonsulenter fra de utvalgte helseforetakene. I disse intervjuene kommer det frem at ansvar- og oppgavefordeling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten vedtas i sykehusenes ledergrupper, og helseforetakene har fokus på kommunikasjon knyttet til oppgavefordeling mellom sykehuset og fastlegen. Sitatet under illustrer dette:

Ansvar og oppgavedeling er vedtatt (...) ledergrupper. Alle går for dette. Men i en så stor organisasjon er det kontinuerlig behov for informasjon, vi snakker om dette hele tiden når vi er rundt. Dette med at fastleger ofte føler seg misbrukt, de sakene kommer ofte til oss, vi har en sak nå som ligger der en fl føler seg brukt av kirurgisk avdeling. Det går på at hvis en spesialist vedtar noe, så må spesialisten følge opp indikasjonen, ta prøvene selv, osv. det skal ikke gjøres av fastlegen. Det er ganske mange slike eksempler. Det som er litt leit med det er at det skal ikke være mangel på tid eller travelhet som er indikasjon på oppgavefordeling, alle har fryktelig travle dager. (Avdelingsleder i avdeling samhandling, spesialisthelsetjenesten)

Legene i spesialisthelsetjenesten oppgir at de er bevisste på hvilke oppgaver de ber fastlegene følge opp og utføre. En LIS-lege fra somatisk avdeling forklarer dette med denne kommentaren:

Hvis jeg tenker at pasient må videre i spesialisthelsetjenesten, så gjør jeg jo det selv, for jeg har hørt at fastlegene ikke liker å gjøre det, og det er jeg enig i. (LIS, somatisk avdeling, spesialisthelsetjenesten)

Samtidig viser intervjuene at leger i spesialisthelsetjenesten oppgir at de ikke kjenner til eller følger retningslinjene om oppgavefordeling mellom sykehuset og fastlegen. Eksempelvis, i situasjoner hvor legen i spesialisthelsetjenesten ikke opplever at pasientens tilstand haster, og av den grunn ber fastlegen følge opp pasienten videre eller vurdere henvisning til en annen instans. En overlege i spesialisthelsetjenesten beskriver hvordan sykehusleger i enkelte tilfeller helt bevisst henvender pasienten til fastlegen slik at fastlegen kan følge opp – og bevare relasjonen dem imellom.

Det som er spesielt for oss er at når noen har kreft er de hos oss på poliklinikken hver uke, annen hver uke, ganske ofte. Så da forsvinner de litt for fastlegen. Ofte må vi si til pasienten at de skal gå til fastlegen for å få sykemelding, slik at pasienten tar kontakt med fastlegen og fastlegen får følge opp pasientene, så pasientene får et forhold til fastlegen, selv om de er tett oppfulgt på sykehus. Vi sier at de må gå til fastlegen for resepter osv. (Overlege, somatisk avdeling, spesialisthelsetjenesten)

Samtidig erkjenner både praksiskonsulenter og samhandlingsdirektører ved helseforetakene at tydelig oppgavefordeling ikke alltid er like enkelte å gjennomføre i praksis grunnet. I sitatet under reflekterer en samhandlingsdirektør på dette:

Noen oppgaver er tydelig og avklart, og så vil det alltid være en gråsone. Oppgaver som noen plasser kan gjøres i kommune, og andre ikke. Det som var oppgavefordelingen for fem år siden er ikke lenger (oppgavedelingen) i år. Det er hele tiden en drifting. Mai 2019 er kanskje ikke oppgavedelingen i mai 2022. (Samhandlingsdirektør, spesialisthelsetjenesten)

Fastlegene forklarer at pasienter som blir sent tilbake fra spesialisthelsetjenesten kan være utfordrende å sykemelde da det er sykehuset som har alle informasjon om pasienten. Videre forteller mange fastleger at de får oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten som de ikke opplever at de har kompetanse til å utføre. Ett eksempel på dette er oppfølging av kreftpasienter i pakkeforløp for kreft hvor spesialisthelsetjenesten ber fastlegene «følge opp i henhold til nasjonale retningslinjer». Slike retningslinjer er det ikke alle fastleger som kjenner til og som en konsekvens bruker legen mye tid på å sette seg inn kravene. Samtidig påpeker flere leger ved helseforetakene at de får oppgaver knyttet til kreftoppfølging sendt i retur fra fastlegene, som bekrefter fastlegenes utsagn.

Tiltak for å redusere dagens arbeidsbelastning

La doktoren få være doktor! (Kommuneoverlege, mellomstor kommune)

Både fastleger og kommuner er opptatt av tiltak som kan redusere fastlegens arbeidsbelastning. I de neste avsnittene tar vi for oss forslag på tiltak som kan redusere dagens arbeidsbelastning slik fastlegene og kommunene nevner det i intervjuene.

Listereduksjon uten tap av basistilskudd og inntjening

Flesteparten av fastlegene omtaler listereduksjon uten tap av basistilskudd og inntjening som et nødvendig tiltak for å redusere dagens arbeidsbelastning. Noen fastleger har kontaktet kommunen i hensikt å få listen redusert eller søke fritak fra kommunale allmennlegeoppgaver og legevakt. Kommunene støtter fastlegenes ønske om listereduksjon uten tap av basistilskudd. Intervjuene viser at kommunen tilrettelegger for legens ønsker om reduksjon av liste i den grad kommunens bemanningssituasjon og økonomi tillater det. Enkelte kommuner tilstreber å til enhver tid ha ledige plasser på listene for å sikre innbyggerne valgmuligheter mellom fastleger med ulik alder, kjønn og erfaring. I disse kommunene har opprettelse av nye hjemler vært nødvendig for å innfri legenes ønske om listereduksjon og samtidig sikre innbyggerne valgfrihet knyttet til lege.

Større kommunale stillinger

Noen mellomstore og store kommuner har samlet flere mindre stillinger rettet mot kommunale allmennlegeoppgave i større eller fulle stillinger for å kunne imøtekomme fastlegens ønske om fritak fra andre kommunale allmennlegeoppgaver.

Returnere oppgaver til spesialisthelsetjenesten

I to store kommuner oppfordrer kommuneledelsen fastlegene å returnere oppgaver de mener ikke skal ligge på dem som fastlege til spesialisthelsetjenesten, eksempelvis det mange leger omtaler som «sekretæroppgaver». Begge kommunene forteller om positiv respons fra spesialisthelsetjenesten da begge parter ønsker tydelig oppgavefordeling mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Andre yrkesgrupper avlaster fastlegen

Flere kommuner er positive til at sykepleiere og helsesekretærer avlaster fastlegene med konkrete arbeidsoppgaver. Enkelte fastleger har positive erfaring med at sykepleiere avlaster dem med oppgaver og forklarer at dette frigjør tid til de svakeste pasientgruppene på listen. Dersom sykepleiere skal avlaste fastlegene med oppgaver må dagens takster må tilpasses.

Ledelse og drift av legekantoret

Legekantorets organisering og eierskap, og i hvilken grad fastlegen er omgitt av andre leger og øvrige helsepersonell påvirker fastlegens opplevelse av egen arbeidshverdag. Bruk av elektroniske tjenester påvirker også fastlegene i utførelse av arbeidsoppgaver og i interaksjonen med pasienter og samarbeidspartnere. På de neste sidene vil vi redegjøre for funn fra intervjuene knyttet til organisering og eierforhold av legekantorene, bruk av elektroniske tjenester og erfaring rundt private aktører av primærhelsetjenester og nye digitale løsninger innen allmennmedisin.

Organisering av legekantoret

De fleste fastleger arbeider ved legekantor med god organisering og struktur. Antallet fastleger og øvrige helsepersonell varierer i stor grad fra legekantor til legekantor. De fleste av fastlegene, som ble intervjuet, var del av et kontorfellesskap, mens kun en fastlege hadde solopraksis. De fleste legekantor har turnus- og LIS1-leger på kantoret.

Antall helsepersonell som helsesekretærer, sykepleier og bioingeniør som jobber ved norske legekantor varierer. Enkelte legekantor har fire helsepersonell ansatt per fastlege, har andre legekantor et helsepersonell ansatt per 3 - 4 fastleger. Fastleger som har sykepleiere ansatt ved legekantoret har god erfaring med at sykepleierne avlaster dem med konkrete arbeidsoppgaver. Flere leger gir uttrykk for at det er dyrt å ansette sykepleiere grunnet denne yrkesgruppens pensjons- og forsikringsordninger.

Legekantorets organisering må sees i lys av fastlegenes driftsavtaleform med kommunen. For fastleger med fastlønns- eller nullavtaler eier kommunen legekantoret. Det samme gjelder også ofte for fastleger med 8.2-avtaler. Rent næringsdrivende fastleger enten har enkeltpersonsforetak og deler kontorlokale med andre leger eller er medeiere eller aksjonærer i et aksjeselskap.

Ved kommunale legekantor eller legekantor hvor fastlegene har nullavtaler har ofte kommunen ledelsesansvaret på legekantoret, for eksempel en kommunalt ansatt daglig leder eller at kommuneoverlegen fungerer som daglig leder. Daglig leder ved legekantoret som regel har ansvar for regnskap, økonomi, drift og personalansvar for øvrige helsepersonell.

Ved noen legekantor inngår rollen og ansvaret som daglig leder i stillingen til en av de næringsdrivende fastlegene. Mange legekantor har også fordelt oppgaver og ansvar utover daglig leders oppgaver mellom seg. Dette er oppgaver innen IKT, økonomi og personalansvar. Fastlegene forteller at disse ansvarsområdene er arbeid som fastlegen gjør på ettermiddagen eller helgen. De fleste fastlegene forteller at det er flat struktur på legekantoret hvor de jobber.

Flere kommuner ønsker å avskaffe solopraksiser i kommunen når fastlegen med slike praksiser pensjoneres og få legen som overtar listen inn i et etablert legekantor. Kommunene begrunner dette med at legekantor med flere leger gir fastlegen et fagmiljø med mulighet for sparring med kolleger.

Bruk av elektroniske tjenester

Det er noe variasjon mellom legekantorene når det kommer til hvilke elektroniske tjenester som tilbys pasientene, men de vanligste elektroniske tjenestene på norske legekantor i dag er time- og reseptbestilling på internett, SMS og påminnelse ved konsultasjon, elektronisk sykemelding, e-kontakt og utsending av elektroniske prøvesvar.

Fastlegene forteller om økte krav rundt IKT-systemer på legekantoret og investeringer i IKT-utstyr blir derfor en stor utgiftspost for fastleger. Mange fastleger beskriver prosessen med å investere i IKT-utstyr som tidkrevende samtidig som det er vanskelig for legene å vite hva legekantoret bør satse på av IKT-utstyr fremover. En av grunnene til dette er at hverken innkjøp eller IKT er fastlegers fagfelt, og mye tyder på at fastlegene bruker mye tid på oppfølgingen av eksisterende og forhandling av nye IKT-avtaler. Konsekvensen av dette kan bli at mange legekantor at de betaler uten å vite om prisen er akseptabel. Både fastleger og kommune ønsker en felles nasjonal journalløsning for å sikre at journalløsningene som tilbys innbyggerne er likt over hele landet. Enkelte fastleger ønsker også tydeligere føringer fra Legeforeningen knyttet til pris på IKT-utstyr i forkant av IKT-investeringer. Sitatet under oppsummerer dette godt:

Legeforeningen har vært gode på kollektive løsninger, men vi (fastlegene) mangler bestillerkompetanse. Vi blir flådd rått i forhold til dette med IKT. Det er strødd utover. Er 70.000 eller 170.000 kroner en rimelig pris for det vi kjøper? Vi trenger ikke ha de samme programmene, men vi bør ha felles fremforhandlede pakker, slik at vi vet at det vi betaler er rimelig. (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

Intervjuene gir inntrykk av at e-konsultasjon fortsatt er lite utbredt ved norske legekantor, men at flere fastleger har vurdert å ta i bruk denne typen konsultasjon. Flere av fastlegene, som ble intervjuet, gir allikevel inntrykk av å være skeptiske til å bruke e-konsultasjon fordi man mister en dimensjon av lege-pasient forholdet. Andre fastleger viser til enkelte pasientgrupper, for eksempel eldre pasienter, og vektlegger at bruk av e-konsultasjon vil kunne være utfordrende for dem.

E-konsultasjon har vi ikke hatt. Vi har jo snakka om det, men vi har vært litt avventende. Det er avhengig av pasientene og de er jo litt konservative her, i hvert fall de eldre. (Fastlege, fastlønn, liten kommune)

Få fastleger oppgir at de bruker videokonsultasjoner, men flere fastleger gir inntrykk av å være positive til å prøve dette. Spesielt blant fastleger i distriktet blir både tekstbasert konsultasjon og videokonsultasjon trukket frem som et nyttig verktøy, siden det ofte er store geografiske avstander i kommunen. I forlengelse av dette er det noen fastleger som vektlegger behovet for å justere dagens takster tilknyttet videokonsultasjon.

Intervjuene gir tydelig inntrykk av at fastlegene opplever at arbeidsmengden har økt i takt med økende bruk av elektroniske tjenester. Flere forteller at bruk av elektroniske tjenester kommer i tillegg til ordinære

konsultasjoner og er nok en ting fastlegen skal finne tid til i en ellers travel hverdag. Flere poengterer likevel at det er for tidlig å uttale seg om hvorvidt slike tjenester vil føre til økt arbeidsmengde i form av økt tilgjengelighet og dermed flere henvendelser, eller ei. Flere fastleger spekulerer i hvordan innføring av e-konsultasjon generelt kan senke terskelen for pasientene å kontakte legen. En fastlege har følgende refleksjon rundt bruk av e-konsultasjoner:

Men det igjen har blitt en ekstra oppgave. Det frigjør absolutt ingen ting. Mye lavere terskel til å komme rett inn til legen for en billig penge. For 160 kroner kan du spørre om du klør litt på låret, og det hadde du ikke giddet gå til legen til. Og de som har frikort har virkelig fri tilgang. Og det merker vi veldig godt. (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

Flere leger uttrykker bekymring rundt pasienter med frikort og e-konsultasjoner, og enkelte leger sier de har opplevd at pasienter med frikort misbruker denne tjenesten. I intervjuene fortelles det om enkelte pasienter som i løpet av en dag sender ti e-konsultasjoner til fastlegen. En fastlege kaller e-konsultasjon for en «chattelinje» med pasienten. Enkelte legekantor har sett seg nødt til å lukke muligheten for pasienter å sende e-konsultasjon. Sitatet under gir et eksempel på det:

I sommer stengte vi for muligheten til kontakt og e-konsultasjon for at det skulle være levelig for de som var igjen. Når du kommer på mandag morgen og har 10 - 12 e-konsultasjoner og full liste så må du trekke pusten. (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

I forlengelse av dette har flere fastleger tydeliggjort behovet for opplæring av pasienter om hensikten med og bruken av slike meldinger. Også intervjuene med kommuneinformanter bekrefter at pågangen på e-konsultasjoner til fastlegene kan være stor, som igjen er med å påvirke fastlegens totale arbeidsbelastning. En kommuneoverlege i en stor kommune belyser fastlegens tilbud og pasientenes etterspørsel etter raske svar, med denne refleksjonen:

Folk vil ha svar med en gang! På en app, snakke med noen nå, på samme sekund som de har Googlet noe eller føler seg syk. Så hvis fastlegen svarer innen fem dager, så er det mange som heller vil velge KRY eller andre som svarer med en gang. Og jeg vet at fastlegene føler seg tvunget til å innføre det på feil premisser. (Kommuneoverlege, stor kommune)

De fleste poengterer at innføring av teknologiske tjenester likevel har ført til redusert arbeidsmengde for helsesekretærene. Muligheten til bestilling av time og resepter redusert telefoner inn til legekantoret. Dette bekreftes både i intervjuene med fastleger og helsesekretærer.

Private leverandører av nye digitale løsninger innen allmennmedisin

Fastlegene i store og mellomstore kommuner gir uttrykk for at private leverandører av nye digitale tjenester innen allmennmedisin er mer utbredt blant pasientene på deres lister enn fastleger i små kommuner. Det er flere fastleger som gir uttrykk for at de forstår pasientens behov for en rask konsultasjon gjennom private leverandører dersom ventetiden på en ordinær konsultasjon hos fastlegen er lang. Samtidig viser intervjuene at mange fastleger er skeptiske til pasientenes bruk av slike tjenester. Det vektlegges spesielt at private leverandører av allmennlegetjenester ødelegger for kontinuiteten i forholdet mellom fastlege og pasient, hvor fastlegen har kjennskap til pasientens historikk kan være nødvendig for behandling av pågående eller nye tilstander. En fastlege i en liten kommune gir uttrykk for sin skepsis i denne kommentaren:

Hvis det hadde blitt brukt hos oss hadde jeg blitt veldig fortvilt. At en pasient ringer en lege i Oslo og får sykemelding, så skal vi følge opp det i etterkant. Jeg hadde blitt litt småforbannet! Det hadde ødelagt alt dette med fortrolighet. Det er fastlegen som kjenner pasienten og familien. Vi vet utrolig mye rart som gjør at vi vet på en helt annen måte hvordan vi skal gripe problemene fatt, så det systemet der, det bør egentlig slås hardt ned på. (Fastlege, fastlønn, liten kommune)

Flere fastleger har erfart at pasienter sendes til dem for oppfølging etter endt konsultasjon med private leverandører av allmennlegetjenester. Dette er tid- og kostnadskrevende for både lege og pasient. En fastlege deler av sin erfaring i sitatet under:

Jeg synes det er påfallende ofte pasientene har vært der og forsøkt og så sitter de bare med en faktura, men ikke et problem som er løst, enten fordi det ikke kan løses på video eller fordi de ikke kjenner pasientene godt nok til å gi forsvarlig hjelp. Jeg opplever ikke det som en reel trussel. Jeg tenker det nesten er tulletjeneste. Ville aldri brukt det eller anbefalt det til noen jeg kjenner. (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

Til tross for at få fastleger gir uttrykk for at markedets nye allmennlegetjenester er en direkte konkurrent mot deres virksomhet, er det flere fastleger som fremmer bekymring rundt hvilke oppgaver disse nye private aktørene tar fra dem – og hvilke konsekvenser dette vil kunne få for fremtidens fastlegeordning. Kjernen i denne bekymringen ligger i fastleger, som yrkesgruppe, har behov for variasjon i pasienter og konsultasjoner knyttet til faglige problemstillinger og tidsbruk per pasient. Flere fastleger forklarer denne bekymringen med at de nye private aktørene skal «skumme fløten» ved å behandle pasienter med enklere problemstillinger, men deres hverdag vil kunne bli preget av en overvekt av tyngre pasientgrupper med sammensatte sykdomsbilder. En fastlege uttrykker sin bekymring rundt dette i sitatet under:

De tar alle de lette konsultasjonene som gjør at vi overlever, mens vi blir sittende med alle de tunge (pasientene). Fastlegeordningen er laget sånn at du tar deg god tid med 15 pasienter, mens de (nye allmennlegetjenestene) de kan presse igjennom 25 pasienter. Hvis vi mister de 25 pasientene som var enkle, får vi ikke inntjeningen som det var meningen at vi skulle ha. (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

Få kommuner gir inntrykk av å være opptatt av de nye digitale løsningene av allmennlegetjenester.

6.3 Kommunens rolle og hvordan de forvalter «sørge-for» ansvaret

I dette delkapitlet redegjør vi for funn fra intervjuene knyttet til kommunens rolle og hvordan de forvalter sitt «sørge-for» ansvar for fastlegeordningen. For å få et innblikk i dette har vi sett på hvordan kommunene organiserer fastlegeordningen, rekrutteringssituasjonen på tvers av norske kommuner og fastlegen og kommunens opplevelse av dialogen og samarbeidet seg imellom.

6.3.1 Organisering av fastlegeordningen

Dyktige fastleger, svært fleksible til tross for at de er selvstendig næringsdrivende. De har en høy indre motivasjon og nesten ikke fravær. De jobber ekstremt mye og er et motivert korps. Samtidig er det sånn at når vi går inn på KOSTRA så ligger vi lavt på antall fastleger per 10.000 innbyggere. Det merkes nå. Der har det vært en endring de siste årene. Det kommer nok av at vi har få fastleger og fastlegene har fått vesentlig tøffere arbeidsdager. (Helseleder, stor kommune)

Sitatet over beskriver godt det inntrykket mange kommuner gir av dagens fastlegeordning. Fastlegeordningen ser ut til å fungere godt i de fleste norske kommuner. Ordningen bemannes av dyktige fastleger som jobber mye for å levere best mulige primærhelsetjenester til innbyggerne. Samtidig har bemannings- og rekrutteringsutfordringer blitt hverdagen for stadig flere kommuner over hele landet. Bemannings- og rekrutteringsutfordringer påvirker både fastlegene, kommunen og fastlegens samarbeidspartnere. I intervjuene rapporterer flere kommuner om behov for endringer i dagens finansieringsordning, herunder en økning av basistilskuddet. På de neste sidene ser vi på funn fastlegers og kommunenes erfaring med ulike driftsavtaler og belyser fordeler og ulemper som disse driftsavtalene kan medføre.

Driftsavtaler mellom kommune og fastlege

Det er stor variasjon i driftsavtalene som de 25 kommunene i utvalget har inngått med fastlegene. Små distriktskommuner enten har fastlønnsavtaler eller 8.2-avtaler med fastlegene. De store kommunene har i hovedsak mange fastleger på rent selvstendig næringsdrift, og enkelte fastleger eller legekontor som er kommunale. Videre viser intervjuene at 8.2-avtaler er mindre utbredt i store kommuner. Flere store kommuner oppgir at de vurderer muligheten for å opprette fastlønnsstillinger til enkelte nye fastleger, av rekrutterings- og stabiliseringshensyn.

Dersom kommunen har innført 8.2-avtaler med en form for subsidiering fra kommunen er dette som regel innført med alle fastlegene i kommunen, og mange kommuner har hatt slike avtaler i lengre tid. Dersom slike avtaler kun tilbys enkelte fastleger i kommunen, gir enkelte intervjuer inntrykk av at dette kan oppleves som urettferdig for de resterende fastlegene i kommunen. I større kommuner ser man derfor ofte at avtalene med fastlegene enten består av rent næringsdrivende fastleger eller rent kommunale avtaler. I flere store kommuner, som hovedsakelig har næringsdrivende fastleger uten tilleggsavtaler, har kommunen opprettet ett kontor med fastlønnede leger, eller enkelte fastlønnsstillinger. I følge kommunene er dette for å ivareta enkelte pasientgrupper, tilretteleggelse for ALIS eller at det er lettere å ha ett eget legekontor med fastlønnede fastleger enn å innplassere fastlønnede leger på et privat legekontor.

I kommuner som har fastlønnede fastleger varierer både grunnlønnen til fastlegene og om legene får en prosentsats av inntjeningen, ofte mellom 20 – 60 prosent. I noen kommuner varierte også prosentsatsen på bakgrunn av om fastlegen var spesialist i allmennmedisin eller ikke. I kommuner som benytter 8.2-avtaler er nullavtaler den mest utbredte formen for 8.2-avtaler i vårt utvalg. En annen 8.2-avtale, som flere fastleger nevner, er fire måneder permisjon hvert tredje år, såkalt «Nord-Norge-permisjon». Dette godet nevner også enkelte fastlønnede fastleger at de mottar. Andre kommuner betaler fastlegene for deltakelse i utviklingsarbeid, for eksempel med plan for legetjenesten og ALU. Dette defineres ikke som en 8.2-avtale.

Erfaringer med ulike driftsavtaler

Fastleger som har fastlønns- eller nullavtale med kommunen generelt er fornøyde med avtalen de har inngått med kommunen. Fastlønnede fastleger setter gjennomgående pris på å ha regulert arbeidstid, stabil inntekt, permisjonsordninger og mulighet for fravær uten tap av inntekt. En fastlønnet fastlege forklarer at det er «deilig å ha fastlønn i bunn og prosenttillegg som stimulerer til merarbeid» forklart med at fastlønn i bunn gir økonomisk trygghet, samtidig som prosenttillegget gir den enkelte lege insentiv for å jobbe mer og følgelig øke egen inntjening. Mange fastlønnede fastleger er glade for å slippe å ha arbeidsgiveransvar for helsepersonell ansatt på legekontoet. Sitatet under er fra en fastlønnet fastlege og illustrerer et mønster vi ser i intervjuene med kommunale fastleger; kurativt arbeid trumfer ikke-medisinske oppgaver.

Det å slippe å være selvstendig er en trygghet i seg selv, og du slipper et økonomisk ansvar og arbeidsgiveransvar. Du har nok med pasienter i seg selv, og hvis du skal bruke masse tid til å jobbe for noe annet (...) å jobbe som arbeidsleder og økonom, det er helt hull i hodet. (Fastlege, fastlønn, liten kommune)

Få fastlønnede fastleger som ønsker å gå over til næringsdrift. Flesteparten av de næringsdrivende fastlegene oppgir at de er fornøyde med sin avtaleform og få oppgir at de kunne tenke seg fastlønn. Enkelte yngre fastleger på næringsdrift i distriktet gir derimot uttrykk for at de ville gått over på fastlønnsavtale med kommunen dersom de hadde blitt tilbudt dette. Dette kan forklares med at for yngre leger, som gjerne er i starten av yrkeslivet, veier vissheten om økonomisk trygghet tungt.

Utfordringer med fastlønnsavtaler

Taksting er en viktig inntektskilde for kommuner med fastlønnede fastleger og noen kommuneledere oppgir at noen av kommunens fastlønnede fastleger takster mindre enn de har mulighet til. Konsekvensen for kommunen blir mindre inntekt fra fastlegene. Som et tiltak for å sikre kommunen inntekter har enkelte kommuner initiert takstkurs for nye fastleger eller bistår fastlegene med innsending av refusjonskrav til Helfo. I forlengelse av dette gir enkelte fastlønnede fastleger uttrykk for at de opplever det som stressende å ha ansvar for å sikre kommunen inntekt gjennom taksting.

Fordelen med privatpraktiserende – de tar flere pasienter, man får et insentiv for å jobbe mer. Med bonusordning gjelder det vel sånn for meg også. Samtidig som jeg opplever det som et stressmoment. Jeg føler også at jeg har ansvar ovenfor kommunen at jeg får inn så mye som mulig fra Helfo så min lønn dekkes av det, så man får et stressmoment der også. (Fastlege, fastlønn, mellomstor kommune)

Fastlegen hvor sitatet over er hentet fra forteller at han syns det er problematisk at finansieringen er takstbasert også når man er fastlønnet. For ham hadde det vært en betydelig avlastning hvis han kunne slippe å tenke på takstene.

Videre viser intervjuene at noen næringsdrivende fastleger ønsker at kommunen skal bidra mer økonomisk med å dekke de økte utgiftene, samtidig som de gir uttrykk for å være bekymret for fastlønnede fastlegers insentiv til å være effektive nok. I intervjuene gir noen næringsdrivende fastleger uttrykk for at fastlønnede leger ikke trenger å jobbe like effektivt som dem for å sikre inntjening ettersom de har fast grunnlønn fra kommunen. Som en direkte motvekt til dette, viser intervjuene at flere fastlønnede fastleger poengterer at til tross for fast grunnlønn opplever å måtte jobbe effektivt og forteller at de ikke kan gå hjem før dagens gjøremål er ferdig. For flere fastlønnede fastleger betyr dette arbeid etter vanlig arbeidstid. Ettersom fastlønnede leger ikke får overtidsbetalt, har også fastlønnede leger insentiver for å jobbe effektivt på linje med sine næringsdrivende kolleger. Sitatet under er fra en fastlønnet fastlege og illustrerer dette, samt trekker frem noen andre fordeler fra sitt ståsted ved å ha fastlønn:

Jeg tror en kombinasjon fungerer. En fast grunnlønn med insentiv så du også kan takste. Fordi alle som er fast ansatt er mindre effektive enn de som ikke er det. Fordeler med å ha en fastlønn er at du gjør en bedre jobb for alt det som ikke genererer takster. Ulempen er at det kanskje blir litt mer ineffektivitet. Men egentlig er jeg ikke sikker på om det blir så mye mer ineffektivitet, for arbeidsmengden er den samme og du prøver å forte deg å komme gjennom det. (Fastlege, fastlønn, liten kommune)

Enkelte næringsdrivende leger uttrykk for å være ambivalente til å skulle dele kontorfellesskap med fastlønnede fastleger. Dette er en problemstilling som blant annet dukker opp i kommuner som over tid har hatt rekrutteringsutfordringer, og som en følge av det omgjør en næringsdrifthjemmel til en fastlønnehjemmel i forsøk på å få stillingen besatt. Eksempel under er hentet fra en mellomstor kommune hvor en næringsdriftshjemmel etter lengre tids utlysning uten søkere ble omgjort til en kommunal fastlønnsstilling i håp om å tiltrekke nye søkere. Slik forklarer kommunalsjefen hvordan kommunens næringsdrivende leger reagerte på at de skulle få en fastlønnet kollega på legekontoet:

De var også bekymret for å ha en kollega som er fastlønnet. Vil den ta like mye ansvar for felleskapet? Vil den jobbe like mye? Ser ut som det var greit, men i starten var det litt skepsis. (Kommunalsjef, mellomstor kommune)

Næringsdrivende fastleger forklarer at deres bekymring på å ha fastlønnede kolleger på legekontoet går på tidsbruk og effektivitet. En næringsdrivende lege i en mellomstor kommune, for eksempel, sier at til tross for godt kollegialt fellesskap på legekontoet er den største forskjellen på han selv og hans fastlønnede legekolleger at «jeg vil ha ting unna og (har) tungt for å sette unna tid til møter som ikke er nødvendig».

Behov for andre avtaleformer i fremtiden

Flere kommuner med rene næringsdrifthjemler oppgir i intervjuene at de vurderer å opprette enkelte fastlønnede hjemler for å imøtekomme behovet til legene som søker på fastlegestillinger. Likevel forklarer enkelte kommuner at de ikke har mulighet til å opprette fastlønnede hjemler, da overgangen fra ren næringsdrift til fastlønn, eller 8.2-avtaler, kan medføre utgifter for kommunen. Kommuner som ønsker å prøve en fastlønnsordning gir tydelig uttrykk for at de ikke forventer at utgiftene de får tilknyttet fastlønnede fastleger vil bli dekket av inntektene de får gjennom de fastlønnede fastlegenes basistilskudd og refusjoner. Videre stiller flere kommuner spørsmål ved finansieringen av nye fastlønnsstillinger og retter spesielt fokus på hvor de skal få ressursene til dette fra. En kommunalsjef i en mellomstor kommune forklarer hvordan kommunen har lite økonomisk handlingsrom og etterlyser flere ressurser fra staten for å kunne iverksette de tiltak kommunen har behov for:

Det økonomiske handlingsrommet har vi ikke. Hva har egentlig staten tenkt at vi skal gjøre? Mener de at vi skal støtte økonomisk, så må de si det, og da må det følge penger med. (Kommunalsjef, mellomstor kommune)

Enkelte fastleger forteller at de har kontaktet kommunen om å gå fra næringsdrift til fastlønn, men fått beskjed om at kommunen ikke har økonomi til det. En næringsdrivende fastlege fra en stor kommune forteller om sin erfaring i dette sitatet:

Jeg har bedt om et samarbeidsmøte med kommunen. Jeg har bedt om å bli ansatt fast og at senteret blir kjøpt. Kommunen sier de gjerne kunne tenkt seg det, men har ikke råd. Jeg vil gjerne ha fast arbeidstid og fastlønn. (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

Variasjon i fastlønnsnivå

Lønnsnivået til fastlønnede fastleger varierer fra kommune til kommune. Fastlegens fastlønn må sees opp den enkelte leges avtale med kommunen og i hvilken grad legen får en prosentvis andel av inntjeningen i tillegg til grunnlønn. Videre påvirkes kommunens inntekt av variasjon i fastlegens taksting, konsultasjonslengde, listelengde- og sammensetting, som gjør at både lønn innad i – og mellom – kommuner varierer stort og av den grunn kan være lite hensiktsmessig å sammenligne. Lønn ved legevakt og kommunale allmennlegeoppgaver inngår også i fastlegens totale inntekt. Flere kommuner er usikre på hvilket nivå fastlønn til fastleger skal ligge på. I sitatet under kommentarer en kommuneoverlege på dette:

Hva bør en fastlønn ligge på hvis man ansetter en allmennlege? Der er det ikke noen gode svar å få. Det er jo utrolig store sprik på hva kommunen tilbyr som fastlønn. Hvordan forhandle der når den som ønsker fastlønn sammenlikner med andre kommuner i landet som er veldig variable? Der skulle jeg ønske at det var mer nasjonalt samsvar (...) Kommunen vil jo ikke gå i minus, de sier «vi kan gi fastlønn hvis vi går i null». Det er vanskelig å vite hvor mye en lege jobber og tjener. (Kommuneoverlege, mellomstor kommune)

I flere intervjuer med fastleger og kommune beskrives lønn som et forhandlingskort fra kommunens side for å tiltrekke seg fastleger til fastlønnede stillinger i distriktet. På den andre side viser intervjuene at også fastleger bruker lønn som forhandling. Kommunalledere forteller om leger som har søkt på fastlegestillinger i nabokommunen og bruker dette i forhandling om høyere lønn i nåværende stilling. Flere fastlønnede fastleger forteller om ulikheter i fastlønn mellom nabokommuner. Ulikheter i lønn kan oppleves som urettferdig. Her er et eksempel på dette:

En som begynte ett år etter meg i nabokommunen har 1.2 millioner i fastlønn i året. Jeg har 700.000 kroner. Det kunne vært bedre. (Fastlege, fastlønn, mellomstor kommune)

Også kommunene reagerer på situasjoner hvor nabokommuner utkonkurrerer hverandre ved å tilby fastlønnede fastleger høye lønninger. Også fastlønnede fastlegevikarer stiller krav om høyere lønn som ofte overgår hva kommunene kan tilby. I sitatet under deler en kommuneoverlege erfaringer med lønnsforventingene fra søkere på fastlønnsstillinger:

Han (søkeren) forestilte seg en begynnelseslønn på 1 million og da spør jeg, hva er sluttlønnen? Det hadde han faktisk fått tilbudt på en annen kommune. Han endte opp på Østlandet der han fikk fri bolig og 1 million. Skal en kommune spille ut en annen? Det vil vi ikke. Vi kan ikke ha en lønn på et kontor og en annen på et annet kontor. (Kommuneoverlege, mellomstor kommune)

6.3.2 Rekruttering og stabilitet

Mange kommuner forteller om utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i fastlegekorpset. I intervjuene skildres det hovedsakelig om to ulike rekrutteringssituasjoner; I distriktskommuner har utfordringen lenge vært å få fastleger til å bosette seg over tid i kommunen og gjennom dette bidra til stabilitet. I sentrale kommuner er utfordringene med rekruttering av nyere dato og mye tyder på at en endret arbeidssituasjon gjør det utfordrende for yngre leger å etablere seg i dagens finansieringsordning. På de neste sidene ser vi på funn knyttet til rekruttering og stabilitet i kommunenes fastlegeordning, samt kommunenes og fastlegenes samarbeidspartneres erfaring med bruk av vikarer.

Stabilitet

Små distriktskommuner har utfordringer med å få fastleger til å slå seg ned i kommunen over lengre tid og gjennom dette sikre stabilitet. I noen kommuner beskrives dette med at få leger ønsker å bo i en kommune med lavt innbyggertall, men fritidsaktiviteter, få jobber til legens partner, få muligheter til å finne seg en partner og lang avstand til nærmeste by. I andre kommuner forklares det hvordan fastlegeordningen i små distriktskommuner har vært bygget rundt én «hjørnesteinslege» og når denne legen går av med pensjon, «rakner» fastlegeordningen i kommunen.

Videre viser intervjuene med kommuneledelsen i små distriktskommuner at mangelen på stabilitet ofte fører til utskifting av kommunenes fastleger. Noen kommuner er tydelige på at instabilitet i fastlegekorpset inntraff før historiene om «fastlegekrisen» ble synlig i mediene. Videre forteller noen små kommuner at de har en hjørnesteinslege, men har startet å forberede seg på rekrutteringstiltak til den dagen denne legen pensjoneres.

Intervjuene med kommuneledelsen i store kommuner gir inntrykk av at rekrutteringsutfordringer skyldes at legene ønsker endringer i finansieringen og andre inntektsformer enn tidligere, samt mer fritid enn hva som er mulig i fastlegeyrket i dagen.

Færre kvalifiserte søkere

Ved utlysning av fastlegestillinger vurderer kommunene søkerne etter vedtatte kriterier som for eksempel utdanning, arbeidserfaring og om søker er spesialist eller i utdanningsløp. Kommunene vurderer også i hvilken grad søker vil kunne passe inn i kommunen med hensyn på kjønn, alder og arbeidserfaring. De fleste fastleger oppgir at de involveres i ansettelsesprosessen av nye kolleger og vektlegger viktigheten av deres involvering når de skal få en ny kollega på legekontoret.

Sentrale kommuner gir uttrykk for at det er færre kvalifiserte fastlegesøkere i dag enn tidligere på stillinger med næringsdrift. Det vektlegges at det er utfordrende å få tak i spesialister i allmennmedisin. Mye tyder på at disse utfordringene, som lenge har preget hverdagen til kommuner i distriktet, nå har nådd store kommuner. Kommuneoverlegen i en stor kommune forteller i sitatet under om hvordan kommunen for første gang opplever rekrutteringsutfordringer:

Det har aldri vært så vanskelig som nå. Mange stillinger der det ikke er kvalifiserte søkere eller ikke søkere i det hele tatt. Mange leger som vil slutte, men som ikke får sluttet. Vi hadde gjennomgang med blanke hjemler. To sider. Første gang i historien at vi har brukt vikarbyrå nå. En eller to hjemler er gjort om til fastlønn, da får man søkere. En del unge vil heller ha fastlønn enn å drive næringsvirksomhet. (Kommuneoverlege, stor kommune)

Det er ikke alltid er 1:1-forhold mellom legene som slutter og legene som overtar. Ofte vil fastleger med lang erfaring være kapable til å behandle flere pasienter grunnet kjennskap til pasienter og mer erfaring

fra allmennmedisin. Videre oppgir kommunene at yngre leger ønsker å jobbe mindre til fordel for mer fritid. Disse to faktorene gjør at det ofte må mer enn én ny fastlege til for å erstatte den mer erfarne legen.

Enkelte kommuneledere i distriktet trekker frem språkkunnskaper som en rekrutteringsutfordring og forteller om utenlandske leger som ikke behersker norsk godt nok til å kunne jobbe som fastlege i kommunen. En kommuneoverlege deler sin erfaring med å finne kvalifiserte søkere i dette sitatet:

Vi har lyst ut mange siste 3 år. Fått flere kvalifiserte på fastlønn. Men «ikke-fastlønn», da er det kun søkere uten norskkunnskaper. Det har noen ganger fungert bra, men for det meste ikke fungert. Man blir frustrert fordi alle søkerne er dårlige og så blir man litt blind og tar den søker som er minst dårlig. (Kommuneoverlege, mellomstor kommune)

Konsekvensen av få kvalifiserte søkere eller med begrensede språkkunnskaper kan medføre at enkelte kommuner må gå på kompromiss med kvalifikasjoner eller språk for å få fastlegestillinger i kommunen besatt.

Kommunens erfaringer med vikarbruk

Vi brukte rundt 2 millioner kroner i året sist vi brukte vikarbyrå. Per lege bruker vi rundt 500.000 - 600.000 kroner per år. Legene er ikke så dyre som de skal ha det til. Så er kvaliteten bedre når vi har våre egne leger. Vikarene er her kun en måned og tar unna masse pasienter, men når prøvesvarene er her, da er de gått. Da er det noen andre som må gi pasientene prøvesvarene og det tar tid. Egne leger gir bedre kvalitet. (Kommunalleder, liten kommune)

Kommuner som ikke har stabil fastlegedekning må benytte vikarer og kommuner landet over er enige i at vikarer er en utgiftspost som koster dyrt. I tillegg til økonomiske utgifter, medfører vikarbruk et brudd i kontinuiteten i forholdet mellom fastlege og pasient, samt påvirker stabiliteten i kommunens legedekning. Flere kommuner jobber for å gjøre seg uavhengig av vikarer. Noen kommuner har ansatt flere fastleger enn hva det er grunnlag for utfra innbyggertallet i kommunen, mens andre kommuner har ansatt faste vikarer eller deler vikarer med nabokommunene. En kommuneoverlege fra en mellomstor kommune forteller dette om kommunens vikarbruk:

Det har vært ekstremt høyt. Inntil den siste hjemmelen for 1 - 2 års siden, da hadde vi 40 til 60 vikarer i året. Toukersvikarer. Det kostet masse. Det funker ikke selv om de er veldig flinke; de tok ikke trykkesakene, de tok bare unna toppene. (Kommuneoverlege, mellomstor kommune)

Flere kommuner oppgir at det er vanskeligere å få kompetente vikarer i dag enn tidligere. Når vikarer skaffes gjennom legenes nettverk er kvaliteten som regel god. Situasjonen er ofte en annen dersom vikarer må skaffes gjennom vikarbyråer. Kommunene erfarer at kvaliteten på vikarer fra bemanningsbyråer varierer. Kommunens administrative ledd bruker ofte mye tid på å sjekke vikarenes referanser før ansettelse. Kommunene forteller om vikarer som har blitt sagt opp grunnet manglende kompetanse, kjennskap til fastlegeordningen eller forståelse for det norske helsesystem. En kommunalleder i en liten kommune forklarer situasjonen fra kommunen i dette sitatet:

Jeg har hatt fire leger her i sommer, kun en av dem får komme tilbake. Den ene måtte gå på dagen, han var syk selv. (Kommunalleder, liten kommune)

Selv om kommunene finner vikarer av høy kvalitet, forteller kommunene at vikarbruk ofte fører til manglende oppfølging av pasientene, da vikarene ikke blir værende i kommunen.

Så er kvaliteten bedre når vi har våre egne leger. Vikarene er her kun en måned og tar unna masse pasienter, men når prøvesvarene er her, da er de gått. Da er det noen andre som må gi pasientene prøvesvarene og det tar tid. Egne leger gir bedre kvalitet. (Kommunalleder, liten kommune)

Stabilitet påvirker fastlegens samarbeidspartnere

Fastlegen sammen med andre helse- og omsorgstjenester inngår under kommunens «sørge-for» ansvar for primærhelsetjenester levert til innbyggerne, og er en del av de samlede helse- og omsorgstjenestene i kommunen. I tillegg til de kommunale samarbeidspartnerne, samarbeider fastlegen også med Nav og spesialisthelsetjenesten.

Intervjuene med fastlegens utvalgte kommunale samarbeidspartnere viser at vikarbruk rokker ved kontinuiteten i forholdet mellom fastlege og pasient. I tillegg til kontinuiteten i fastlegeordningen, trekker også fastlegens utvalgte kommunale samarbeidspartnere frem tryggheten som fastlegen gir til både pasient og samarbeidspartnere. Fravær på kontinuitet gjennom å stadig møte nye vikarer beskrives av mange av de kommunale samarbeidspartnere som en av de største utfordringene ved dagens fastlegeordning. Dette gjelder spesielt for de samarbeidspartnere som jobber med tunge pasient- og brukergrupper, som rus og psykiatri. Mangel på stabilitet medfører ofte ekstraarbeid for de kommunale samarbeidspartnerne, for eksempel tettere oppfølging av bruker, deltakelse på konsultasjon med ny fastlege eller vikar ofte for å bistå bruker å formidlingen av egen sykdomshistorikk. Konsekvensen av vikarbruk, slik enkelte kommunale samarbeidspartnere forklarer det, er dårligere oppfølging av bruker da legen ikke kjenner pasientenes historikk. Mangel på stabilitet kan gjøre det vanskeligere å få med brukeren til fastlegen, på grunn av manglende relasjon.

For mange av våre brukere vil jo ikke engang til legen. Og hvis det da er en ukjent lege blir problemet enda større. (Medarbeider, omsorgsbolig, stor kommune)

Intervjuene med Nav viser også at hyppig bytte av fastlege kan gjøre at viktig pasienthistorikk som kan være relevant for saksgangen glipper.

Legene fra helseforetakene forklarer at vikarer og mindre erfarne fastleger henviser til spesialisthelsetjenesten enn erfarne fastleger.

Kommunens rekrutteringstiltak

For å møte rekrutteringsutfordringene jobber mange kommuner med konkrete rekrutteringstiltak, og i de neste avsnittene tar vi for oss noen av tiltakene som fastlegene og kommunelederne nevner.

Tilrettelegge for nye fastleger i distriktet

Distriktskommuner jobber målrettet med å tilrettelegge for at nye leger å bosette seg i kommunen blant annet ved å bistå med anskaffelse av bolig, arbeid til partner og barnehageplass. Legekontor med godt fag- og arbeidsmiljø og mulighet til veiledning trekkes også frem som et trekkplaster mot yngre og mindre erfarne leger. Distriktskommuner oppgir at leger med tilknytning til kommunen er enklere å rekruttere. Det kan tyde på at distriktskommuner bruker 8.2-avtaler for å tiltrekke seg fastleger, som kan forklare hvorfor 8.2-avtaler er hyppig brukt i små og mellomstore kommuner.

Samlokalisering

En kommune som sliter med stabiliteten i kommunens fastlegeordning forteller hvordan de jobber for å samlokalisere fastlegene. Som del av dette arbeidet har kommunen redusert antall fastlegekontor i kommunen fra syv til to kontorer. Dette tiltaket blir gjennomført som en del av et stabiliseringsprosjekt med midler fra NSDM.

Langsiktig rekruttering gjennom LIS-lege og tilrettelagte studieløp

Flere kommuner forteller LIS-leger er en god kilde til langsiktig stabilitet. Å tilrettelegge for legenes gjennomføring av spesialisering i allmennmedisin kan være en vinn-vinn situasjon da kommunen er sikret legekompetanse i fem år med mulighet for å beholde legen etter endt spesialisering, og legen får mulighet til å bli spesialist i ordnede forhold. Videre er mange kommuner positive til ALIS-prosjektene i Vest og Nord og flere kommuner har enten fått innvilget ALIS-stillinger i disse prosjektene eller er i prosess om å søke økonomiske midler til dette. Noen kommuner har opprettet egne uavhengige ALIS-stillinger. Yngre

fastleger er positive til ALIS-prosjektene som en introduksjon til fastlegeyrket og mulighet til spesialisering.

«Halvert liste til halv pris»

For å senke terskelen for å kjøpe en hjemmel, har en kommune innført et lokalt rekrutteringstiltak hvor listen til leger som går av med pensjon kan deles i to. Da får to nye leger mulighet til å starte i en hjemmel med «en halvert liste, til halv pris».

Opprettelsen av kommunale fastlønnsstillinger eller 8.2-avtaler

Økte preferanser for fritid og økonomisk trygghet medfører at kommuner over hele landet erfarer at kommunale fastlegestillinger og 8.2-avtaler er mer attraktive blant yngre leger, som derfor brukes, eller vurderes, som tiltak for å møte rekrutteringssvikten.

6.3.3 Dialog og samarbeid mellom fastleger og kommune

De fleste kommuner har et godt samarbeid med fastlegene. Samtidig rapporterer mange fastleger at kommunen er lagt unna deres kurative hverdag på legekontoret. På de neste sidene redegjør vi for funn knyttet til kommunens ressursituasjon, hvordan fastlegetjenesten styres og ledes, arenaer for samarbeid, og hvordan andre kommunale allmennlegeoppgaver organiseres.

Kommunens ressursituasjon

De fleste kommuner har tilstrekkelig ressurser til å drifte kommunens fastlegetilbud, men en del kommuner ønsker romsligere økonomi for å kunne gi innbyggerne et bedre fastlegetilbud.

Kommuneoverlegen

Kommuneoverlegen har en viktig rolle i kommunens fastlegeordning. Stillingsbrøken for kommuneoverlegen varierer fra kommune til kommunene; i store kommuner med flere kommuneoverleger er stillingene på mellom 20 – 100 prosent, mens i små kommuner har kommuneoverlegen en stilling på mellom 20 – 60 prosent enten kombinert med en fastlegestilling eller en kommuneoverlegestilling i nærliggende kommuner. Kommuneoverlegen i distriktskommuner bistår fastleger i situasjoner hvor kapasiteten til deres ikke strekker til, mens i større kommuner er kommuneoverlegen mer distansert i sin støtte til fastlegene. Kommuneoverleger, som også er fastlege i kommunen, viser i intervjuene lojalitet ovenfor sine fastlegekolleger ved å bruke begreper som «oss» om fastlegene og «dem» om kommunen. Kombinasjonen av å være kommunens medisinskfaglige leder av fastlegeordningen samtidig som man leverer primærhelsetjenester til innbyggerne i form av å være fastlege kan føre til en opplevelse av rolle- og identitetskonflikt for kommuneoverlegen.

Administrativ leder

I de fleste kommuner er kommunalsjef eller - leder for helse, velferd, omsorg og familie kommunenes administrative leder av fastlegetjenesten. Samtidig finner vi at det i enkelte kommuner er kommuneoverlegen som har det administrative ansvaret for fastlegene. Flere fastleger ønsker at kommunens administrative leder for fastlegeordningen skal ha helsefaglig bakgrunn da dette vil kunne gi bedre dialog rundt fastlegens behov og prioriteringer i hverdag.

Samarbeid mellom kommune og fastleger

Styring og ledelse av fastlegene

Fastleger har ulike forventninger til i hvilken grad kommunen skal følge dem opp. Fastleger i små kommuner oppgir å få god oppfølging fra kommunen; i disse kommunene jobber legene og kommunen ofte tett på hverandre og terskelen for å ta kontakt beskrives som lav. Sitatet under er hentet fra en liten kommune og beskriver nettopp betydningen av denne «nærheten»:

Ellers er det jo sånn at det er bare å gå å banke på døren hvis det noe spesielt, å sette seg inn der. Døra er alltid åpen hvis hun (kommunalsjefen) er på kontoret. Hun sitter jo her rett utenfor legekontoret så det er jo veldig lett. Hun kommer av og til inn i lunsjen og sånn. (Fastlege, fastlønn, liten kommune)

Fastleger i store og mellomstore kommuner, derimot, oppgir at det er mer varierende oppfølging fra kommunens side. Fastleger i store og mellomstore kommuner har lite behov for å ha mer kontakt med kommunen i hverdagen, for eksempel når det kommer til organisering av egen arbeidsdag i praksisen. Inntrykket fra intervjuene er at fastlegene opplever at ledelsen av fastlegeordningen i kommunen sitter for langt unna deres hverdag i kurativ praksis. Dersom det ikke er avviks- eller klagesaker har de fleste selvstendig næringsdrivende fastleger lite kontakt med kommunen.

Personlig har jeg ryddig og greit forhold til kommunen. De legger ikke kjepper i hjulene for meg. Det er en viktig rolle kommunen har, men så lenge alt er greit hører vi ikke så mye fra hverandre. Vi har ikke mast og ikke de heller. (Fastlege, næringsdrivende, mellomstor kommune)

Samtidig viser intervjuene at disse fastlegene ønsker anerkjennelse fra kommunen for den jobben de gjør – og kommunens hjelp når vanskelige situasjoner oppstår eller for å sikre at leger og kommuneledelse er omforent i retningen kommunens fastlegetjeneste. Her er to sitater fra fastleger i store kommuner om dette:

De (kommunen) er helt usynlige, og vi lurar på hvorfor de ikke er innom på legekontorene og spør om hvordan vi har det? (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

Hvem skal passe på fastlegen? Hvem passer på hvordan vi har det, det er ingen. Vi er ikke ansatt i kommunen. Hvem fanger opp når du har det for tøft, hvem skjønner det, når du har hatt det forferdelig på vakt? (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

For kommunene kan det være utfordrende å finne denne balansegangen mellom styring og ledelse, spesielt av næringsdrivende fastleger. Videre, få store kommuner har kapasitet til å gjennomføre årlige samtaler med alle kommunens fastleger, men vektlegger at de er tilgjengelig om legene har behov for bistand. En bydelsoverlege i en stor kommune forklarer det slik; «Jeg tenker det er fint å være på tilbudssiden selv om man ikke formelt er arbeidsgiver». Kommuner med fastleger på nullavtale forklarer at dette naturlig gir dem en «fot innenfor» hva gjelder oppfølging av fastlegene. Kommuner med selvstendig næringsdrivende fastleger oppgir at dette er mer utfordrende

Å lede private fastleger, det kan du bare glemme! Vi har ingen virkemidler (...) Kommunalt ansatte har vi streng i linje. (...) Ledelse av kommunale leger består i at de må i større grad rette seg etter faste rutiner man blir enige om. (Kommunalsjef, mellomstor kommune)

Det kan være behov for en forventningsavklaring mellom selvstendig næringsdrivende leger og kommuner rundt hvilke roller og ansvar partene har ovenfor hverandre. Sitatet under tydeliggjør dette behovet:

Det er en rar ordning; fastlegene er på kontrakt, men ikke en hvilken som helst annen kontrakt. Det er «stramt» hva de kan gjøre og ikke. Og schizofren holdning fra fastlegene; på den ene siden kunne de tenke seg å ha en arbeidsgiver som passet på overtid. Det er rart at de kaller det «overtid», for de er jo næringsdrivende – det styrer de jo selv. De kunne tenke seg å være fast ansatt når det passer seg, så vil de også ha friheten de har som de har som næringsdrivende med å bestemme hverdagen selv og mulighet for å tjene litt ekstra. (Kommuneoverlege, stor kommune)

Få kommuner har inntrykk av at fastlegene ønsker mer styring fra kommunen og få kommuner ønsker å overstyre dette. I den grad kommunen skulle utøvd mer styring ovenfor fastlegene forklares det at kommunene har få verktøy til dette. Dette gjelder spesielt fastleger som er selvstendig næringsdrivende. Flere kommunalledere forklarer at det er utfordrende for kommunen å være ansvarlige for fastlegeordningen og tilbudet til innbyggerne, men ikke ha reell styringsmulighet. Sitatet under illustrerer dette:

Skal kommunen følge opp fastlegene må de ha myndighet (...) Jeg har liksom ansvaret for helsa og ordningen, men har ikke makt og myndighet i det hele tatt! Vanskelig å ha ansvaret uten noe makt og myndighet. Dette må man gjøre noe med. Dette med å ikke kunne styre dem som næringsdrivende er krevende. (Helse og familiesjef, stor kommune)

Plan for legetjeneste

Omtrent halvparten av kommunene i utvalget har en plan for legetjeneste. Kommuner som oppgir at de ikke har en plan for legetjeneste trekker ofte frem tid eller kapasitet som hovedgrunner for at dette dokumentet ikke er utarbeidet. Inntrykket fra intervjuene er at i en travel hverdag prioriterer kommunene daglig drift og arbeidet med å sikre en stabil legetjeneste, fremfor langsiktig og strategisk planlegging av utvikling av kommunenes fastlegetjeneste. I enkelte kommuner inngår oversikt over fastlegeordningen i kommunens helse- og omsorgsplan. Få fastleger kjenner til kommunenes plan for legetjeneste og få fastleger er med i utarbeidelse av slike dokumenter.

Samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten

Kommuner og helseforetak er forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler for å sikre et helhetlig tilbud av helse- og omsorgstjenester, jmfør Helse- og omsorgstjenesteloven §6. I disse avtalene klargjøres blant annet oppgavefordeling mellom forvaltningsnivå. Kommuneoverlegen er kommunens representant i inngåelsen og oppfølgingen av slike avtaler. Få fastleger oppgir å være involvert i kommunenes arbeid med oppfølging av samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten, og i den grad fastlegene involveres er dette som regel de tillitsvalgte fastlegene. Samhandlingsdirektørene ved helseforetakene bekrefter dette og vektlegger at kommunene er ansvarlige for å holde fastlegene informert om innholdet og eventuelle endringer i samarbeidsavtalene.

Informasjonsdeling til fastlegene

Kommunene informerer fastlegene om kommunens helse- og omsorgstilbud gjennom innlegg i ALU, e-post, oppdateringer på kommunenes intranettside eller ved besøk på legekantoret. Intervjuene viser at informasjon deles mer uformelt mellom kommune og fastleger i små kommuner, enten gjennom relasjoner eller at man er lokalisert i samme bygg. Mange fastleger uttrykk for å sette pris på informasjonen de mottar fra kommunen slik at de kan holde seg oppdatert på bredden av det kommunale helse- og omsorgstilbudet som tilbys innbyggerne.

Arenaer for samhandling

I intervjuene med fastleger og kommune er det to arenaer for samhandling som beskrives, allmennlegeutvalget (ALU) og lokalt samarbeidsutvalg (LSU).

Allmennlegeutvalget (ALU)

Små kommuner med et kommunalt legekantor har ofte ikke egne definerte allmennlegeutvalg (ALU), men at fastlegene i stedet allerede etablerte møter til dette. I disse små kommunene er fastleger og kommuner i stor grad enige i vurderingen om å ikke ha et eget møtepunkt. I stor og mellomstore kommuner arrangeres ALU i stor grad, men det er stor variasjon på frekvens på ALU i disse kommunene. Noen kommuner arrangerer ALU månedlig, andre har kun ett årlig ALU. Oppmøte i ALU varierer veldig, men de fleste legekantor prøver å sende en representant fra kontoret. Kommuneoverlegen i en stor kommune forklarer at «kanskje er det butikktankegangen som er årsaken» til varierende oppmøte i ALU.

Deltakelse i ALU er obligatorisk i de fleste kommuner, men fravær får ingen følger. Noen kommuner prøver å øke fastlegenes deltakelse ved å tilrettelegge, for eksempel med matservering, mens andre kommuner kompenserer fastlegene økonomisk. Å delta i ALU gir fastlegene faglig oppdatering og mulighet til å bygge nettverk med kolleger fra andre legekantor. Mange fastleger forteller at de sender minst én representant fra legekantoret. Å ikke delta i ALU begrunnes av fastlegene selv høy arbeidsbelastning, lang reisevei, manglende honorar og lite relevant faglig innhold. En fastlege som ikke deltar i ALU forklarer det slik:

Tillitsvalgte, kommunen og legevakten er inne og forteller. Forteller om utfordringer med rekruttering. Samhandlingsproblematikk. Veldig fornuftig og jeg skulle gjerne vært der, men det kommer på toppen av det andre. Jeg vet ikke om økonomi hadde gjort noe heller. Kanskje måtte det vært på dagtid og kompensert? (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

I de fleste kommuner deltar kommunen på første halvdel av møtet med informasjon med siste nytt, mens siste halvdel er forbeholdt fastlegene. Mange ALU fungerer godt, men flere fastleger forteller at møtene ofte blir for store til at man kan diskutere rundt enkelttemaer.

Lokalt samarbeidsutvalg (LSU)

Intervjuene viser at de samme små kommunene som ikke har ALU heller ikke har lokalt samarbeidsutvalg (LSU). Forklaringen fra kommunen er stabilitetsutfordringer. En kommuneoverlege i en liten kommune forklarer dette med denne kommentaren:

Stabil legesituasjon; i distrikts-Norge er det det vanskeligste av alt. Du får ikke gjort noe annet før du får en stabil legestab. Du kan ikke opprette LSU og sånn hvis man skifter leger hele tiden. (Kommuneoverlege, liten kommune)

I små kommuner er det liten kjennskap til LSU blant fastlegene. I store og mellomstore er det varierende kjennskap til LSU blant legene. I kommuner som har LSU beskrives utvalget som en viktig møteplass mellom kommunen og representantene for fastlegene. Kommuneoverlegen er ofte sekretær og utvalget behandler sakene som har blitt tatt opp i ALU, eksempelvis behandling av legeplan, arbeidsmiljø og trivsel, KAD-plasser, kontorsammenslåing, etterutdanning, rekruttering og etablering av nye hjemler. Det er stor variasjon på frekvens på LSU, fra månedlige til årlige møter.

Flere kommuner sliter med å få fastleger til å påta seg verv i LSU. Kommuneoverlegen i en mellomstor kommune forklarer at fastlegene «elle meller mellom seg» om hvem som skal representere dem i LSU og flere kommuner forteller at de kompenserer fastlegene mer enn hva kommunen er pliktig til for å sikre deres deltakelse i LSU:

Fastlegene har ikke kapasitet til å være med. Vi har en takst 14 som vi bruker, som er en ganske god betaling. Tar vi dem ut av jobb så betaler vi dem ordentlig. Vi skjønner at vi ikke kan be dem om å gjøre gratis arbeid. (Kommunalleder, stor kommune)

Legevakt og andre kommunale allmennlegeoppgaver

Legevakt

Legevaktsordningen fungerer godt i de fleste kommunene. I noen mellomstore og store kommuner dekkes legevakt hovedsakelig av andre leger enn fastlegene, for eksempel yngre eller utenlandske leger som ønsker tjene ekstra penger. Disse kommunene gir tydelig uttrykk for å ønske at legevakt i størst mulig grad skal bemannes av kommunens fastleger ettersom de ofte har lang erfaring som allmennleger, og deres kjennskap til lokalsamfunnet kan hindre unødvendige sykehusinnleggelser.

En stor andel fastleger i store kommuner forteller at de søker kommunen om fritak fra legevakt eller bytter bort vaktene sine for å unngå for høy arbeidsbelastning, unngå økonomisk tap ved fri dagen etter legevakt eller at de ønsker mer tid med familien. I små kommuner er dette ofte ikke mulig da antall legevakter fordeles på fastlegene dersom kommunen ikke har et interkommunalt legevaktsamarbeid. Fastleger i distriktet forteller om høy vaktbelastningen og flere trekker frem at det kan være krevende å være alene på vakt i akutte situasjoner, som trafikk- eller fritidsulykker, hvor fastlegen er den første på ulykkesstedet – og veien til sykehus er lang. Flere kommunalledere i små kommuner vektlegger at tøffe legevakter:

De jobber lange vakter. Fredag morgen kl. 08:00 og de jobber til mandag, og så på legekantoret. Da har de 72 timer vakter. Noen vakter kan være utfordrende. Jeg kan tenke meg at de opplever helgene som utfordrende. (Kommunalleder, liten kommune)

Over hele landet forteller fastleger at selv om de har krav på fri dagen etter en legevaktnatt, drar de allikevel på legekantoret for å unngå inntektstap ettersom inntjeningen i kurativ praksis er høyere enn lønnen på legevakten. En næringsdrivende fastlege forklarer dette slik:

Jeg har ikke råd til å ta fri etter legevakten dagen etter. Jeg taper 10.000 kroner per dag. Jeg tjener 5.000 kroner for en legevakt. Da blir det full legevakt, to timers søvn og så full tid på legekantoret. (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

Det er variasjoner mellom inntektsmodellene som kommunene tilbyr fastlegene på legevakten. I noen kommuner er fastlegene næringsdrivende leger på dagtid og har fastlønn på legevakt. I andre kommuner er fastlegene fastlønnet før eller etter et visst klokkeslett under legevakten, eller er selvstendige næringsdrivende hele legevakten.

For små kommuner kan kravet om vaktkompetanse hos legene på legevakten (jmfør Akuttmedisinforskriften) gi store økonomiske utfordringer. Eksempelvis, dersom kun én av fastlegene er spesialist, må denne legen ha bakvakt for de andre fastlegene hele året. Rådmannen i en liten kommune illustrerer under hvor kostbar legevakten er for kommunen:

Jeg tenker spesielt at den vaktordningen som vi har er veldig krevende, spesielt på mindre legevakter. Det er strenge krav til kompetanse og hva som skal til for at du er vaktkompetent. Hvis du har en lege som har forholdsvis lite å gjøre når han er på vakt og så skal han ha fri neste dag, så blir det krevende å drive en legetjeneste, og når du skal ha en annen lege i bakvakt, så blir det kostbart. Men det er synd at ikke kommunene ser at et tettere samarbeid rundt en legevakt hadde vært kostnadsbesparende og bedre for brukerne. Det er en dyr legevakt fordi kommunene organiserer som de gjør. (Rådmann, liten kommune)

Andre kommunale allmennlegeoppgaver

I følge Fastlegeforskriften kan kommunen pålegge fastlegen å jobbe 7,5 timer med andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Fastleger med slike oppgaver har som regel stillinger på mellom 10 og 30 prosent. For mange fastleger har kommunale allmennlegeoppgaver gått fra å være et kjærkomment avbrekk i hverdagen til å bli en arbeidsbelastning. Lav stillingsprosent gjør at mange leger opplever lite autonomi rundt allmennlegeoppgavene, samt at de taper inntekt og må bruke tid på å ta igjen arbeidet. Av den grunn søker flere fastleger kommunen om fritak fra andre kommunale allmennlegeoppgaver. Store kommuner kan lettere innvilge slike fritak da kommunene har flere fastleger enn mengde av andre kommunale allmennlegeoppgaver. I små kommuner må alle legene bidra i kommunale bistillinger, og få fastleger fra små kommuner snakker om fritak fra legevakt eller andre kommunale allmennlegeoppgaver.

Det er samtidig viktig å poengtere at mange fastleger på tvers av landet gir uttrykk for at andre kommunale allmennlegeoppgaver er et fint avbrekk i hverdagen. Mange gir uttrykk for at de setter pris på variasjon i arbeidsoppgaver, et lavere tempo enn på legekantoret og at de gjennom andre allmennlegeoppgaver får innsikt i hva som skjer i kommunen.

Flere kommuner slår sammen mindre stillinger til egne sykehjems- og legevaktstillinger for å avlaste fastlegene. Andre kommuner har tilrettelagt for interkommunal legevakt på kvelds- og nattetid for å få ned legevaktbelastningen på fastlegene, som et stabiliseringstiltak. Noen store kommuner samler også andre kommunale allmennlegeoppgaver i større stillingene fordelt på færre fastleger. I en stor kommune fritas alle yngre fastleger fra kommunalt arbeid til legene selv opplever å være klare til å kombinere dette med kurativ praksis. Hensikten med dette er å sikre at mindre erfarne fastleger får tid til å bli trygge i fastlegerollen før de pålegges ekstra arbeid.

Flere kommuner har positive erfaringer med interkommunalt samarbeid om legevakt med nærliggende kommuner. Noen distriktskommuner uten interkommunal legevakt ansetter flere fastleger for å få legevakt og andre kommunale allmennlegeoppgaver til å gå opp. Enkelte kommuner ansetter fastleger 50 prosent og egne legevaksleger 50 prosent slik at legevakslegene skal ha mulighet til å bli spesialister. En annen kommune har tre leger som jobber «Nordsjøturnus» hvor legene jobber to uker og har fri fire uker.

De tre legene deler en fastlegeliste, i tillegg til at de tar mange vakter på legevakten de 14 dagene de er på jobb. Andre kommuner har legevaktpiloter for å løse bakvakt og vaktbelastning i distriktet.

6.4 Samarbeid mellom fastlegen og utvalgte samarbeidspartnere

For gruppen jeg representerer som kan være litt svak, er det å ha en fastlege alfa omega. At det er noen som har plikt til å følge en opp. Hvis man hadde gått bort fra ordningen hadde det kanskje vært akkurat dem som fastlegen ville valgt bort. Nå skal det mye til for at fastlegen kan velge bort konkrete pasienter. (Avdelingsleder omsorgsbolig for rus og psykiatri, stor kommune)

Fastleger over hele landet samarbeider daglig med ulike samarbeidspartnere på kommunalt og statlig nivå om å gi innbyggerne helsetjenestene de har behov for og krav på. Som sitatet over trekker frem, er fastlegen en sentral aktør spesielt for behandling og oppfølging av brukere av primær- og spesialisthelsetjenester, spesielt de svakeste brukergruppene av disse helsetjenestene.

Fastleger og fastlegens samarbeidspartnere oppgir i stor grad å samhandle godt om behandling og oppfølging av pasienter. Samtidig er det tydelig at god samhandling fordrer tett dialog og gjensidig forståelse for hverandres fagområde. I dette delkapitlet redegjør vi for funn fra intervjuene knyttet til fastlegens og de utvalgte samarbeidspartnernes erfaringer med ulike former for samhandling og hvordan tilgjengelighet, vurdering av kvalitet på skriftlig informasjonsutveksling og øvrige faktorer påvirker samhandlingen dem imellom.

Frekvens for samhandling med fastleger

Fastlegen og hjemmesykepleien samhandler daglig, primært gjennom elektroniske meldinger. Saksbehandlere i Nav har ukentlig kontakt med fastlegene i kommunen, hvor saksbehandlerne vi intervjuet hovedsakelig samhandler fastlegene i forbindelse med arbeidsavklaringspenger og sykemelding. Omsorgsbolig og kommunale psykiatriske team samhandler ukentlig til månedlig med fastlegene. Frekvensen på samhandlingen med fastlegen kommer an på kommunestørrelse, hvordan omsorgsbolig og psykiatrisk team er organisert i kommunen, antall brukere og hvilket behov de har for fastlegens tjenester. Kommunale samarbeidspartnere omtaler seg som «mellomleddet» mellom pasient og fastlege. Med dette menes å ha en fot i begge leirer, der samarbeidspartnerne er tett på pasienten og kjenner godt til sykdomsbilde og -historikk gjennom daglig interaksjon, samtidig som de er fagpersoner som sammen med legen skal sikre at pasienten får best mulig helsetjeneste til riktig tid.

Det er stor variasjon i spesialisthelsetjenestens samhandling med fastlegene, men samhandlingen skjer primært skriftlig via henvisninger og epikriser, samt telefon i enkelte tilfeller.

Tilgjengeligheten gjennom ulike kanaler

Fastlegens tilgjengelighet påvirker samhandlingen med kommunale og statlige samarbeidspartnere – og kan i ytterste tilfelle påvirke kvaliteten i helsetjenestene som leveres til pasienter og brukere. På de neste sidene vil vi se nærmere på bruk av telefon, elektroniske meldinger, konsultasjoner og møter som ulike kanaler for samhandling.

Telefon – mest brukt i akutte situasjoner

Kommunale samarbeidspartnere

Telefon er en mye brukt kanal for samhandling mellom fastleger og samarbeidspartnerne, men telefonkontakt har de senere årene i stor grad blitt erstattet av elektroniske meldinger. I den grad telefon brukes er det som regel i akutte tilfeller eller når svarfristen for PLO-meldinger er overgått. En avdelingsleder for hjemmesykepleien i en liten kommune forklarer dette slik:

Vi må fortsatt purre på noen. Noen reseptbestillinger går ikke gjennom. Disse vet vi om; 'å det er han ja, da ringer vi i stedet'. Men det er jo et fåtall med leger der vi fort erfarer vi må ta telefon til (...) Vi

har ofte internnummer så vi slipper å stå som nummer åtte i køen. (Avdelingsleder, hjemmesykepleien, liten kommune)

Det er bred enighet blant de kommunale samarbeidspartnerne at det kan være tidkrevende å kontakte fastlegen per telefon. Til tross for at noen kommunale samarbeidspartnere har direktenummer til fastlegen, må de fleste av fastlegenes kommunale samarbeidspartnere benytte samme telefonnummer som pasientene og stå i samme telefonkø. Fastlegen ringer som regel de kommunale samarbeidspartnerne tilbake samme dag, men ofte etter samarbeidspartnerens arbeidstid. Noen av de kommunale samarbeidspartnerne som erfarer at det er vanskelig å nå fastlegen på telefon, oppsøker legekontoret fysisk.

Nav

Saksbehandlere i Nav oppgir at det er utfordrende å nå fastlegene på telefon ettersom legen ofte er opptatt med pasienter i løpet av dagen og foretrekker å avtale telefonmøter med fastlegene. Dersom fastlegen ringer saksbehandleren opp igjen, sitter ofte saksbehandler i møte når fastlege ringer.

Spesialisthelsetjenesten

Intervjuene med leger fra spesialisthelsetjenesten viser at samhandlingen med fastleger i stor grad foregår skriftlig, men at telefon også brukes. Sykehuslegene oppgir at fastlegens tilgjengelighet på telefon er dårlig, og i likhet med kommunale samarbeidspartnere må også sykehuslegene stå i telefonkø med pasientene. En sykehuslege forklarer det slik:

Vi må stå i kø med alle pasientene og det kan ta vinter og vår før vi kommer igjennom. Det er ikke noe vi kan trykke på for å signalisere at vi er kolleger fra spesialisthelsetjenesten som ønsker å ta kontakt. Vi kan ikke ta direkte kontakt. Om det er endret over tid? Nei, det har vært like dårlig hele veien. (Overlege, somatisk avdeling, spesialisthelsetjenesten)

Leger fra spesialisthelsetjenesten ringer fastlegen for spørsmål knyttet til en henvisning eller en pasient i behandling. Andre leger foretrekker å avtale telefonmøte med fastlegen, men også dette kan være vanskelig å koordinere. Sitatet under illustrerer hvordan dette gjøres:

Jeg kan bruke flere dager på å prøve å koordinere og få til en telefonsamtale med en fastlege. De har hyppige konsultasjoner, så det er vanskelig å få til telefoner mellom konsultasjonene. De er ofte forsinket og får ikke holdt avtalene, og når de kan, er jeg opptatt. Mange av de lokale fastlegene har jeg på Facebook Messenger; der kan vi gjøre avtaler; ikke dele pasientinformasjon, men gjøre avtaler. Det er lettere der enn ved sekretærer. (Overlege, psykiatrisk avdeling, spesialisthelsetjenesten)

Leger fra spesialisthelsetjenesten gir inntrykk av deres tilgjengelighet ovenfor fastlegene er bedre da fastlegen kan ringe direkte til vakthavende lege. Skal fastlegen ha tak i en bestemt sykehuslegen kan tilgjengeligheten variere mer.

Økende bruk av elektroniske meldinger

Kommunale samarbeidspartnere

Intervjuene viser at PLO-meldinger har blitt hovedformen for informasjonsdeling mellom fastleger og de kommunale helseaktørene intervjuet. Hjemmesykepleien, omsorgsbolig og psykiatrisk team er enige om at fastlegens tilgjengelighet er blitt bedre etter innføringen PLO-meldinger. PLO-meldinger er et nyttig verktøy for å sende, motta og besvare henvendelser uavhengig av partenes arbeidstider, og både fastlegene og samarbeidspartnere i kommunen vektlegger at meldingene må brukes riktig av begge parter for å sikre god samhandling.

Fastlegene forklarer at de gjennom bruk av PLO-meldinger er blitt tilgjengelige på en annen måte enn tidligere; meldinger fra kommunale samarbeidspartnere kan besvares mellom konsultasjoner eller etter arbeidstid. Også fastlegens kommunale samarbeidspartnere har lagt merke til at fastlegene svarer på PLO-meldinger utover vanlig arbeidstid. Samtidig forteller en stor andel fastleger om et stadig økende volum av PLO-meldinger. Terskelen for å ta kontakt med legen har sunket og mye tyder på at PLO-

meldinger er et tveegget sverd for mange fastleger. Å besvare PLO-meldinger inngår i en av de oppgavene som fastlegene i dag rapporterer at de bruker mer arbeidstid på, og som følgelig inngår i det legene omtaler som «økt arbeidsbelastning».

De kommunale samarbeidspartnere oppgir at enkelte fastlegene ikke overholder svarfristen på PLO-meldinger, som ofte er satt til tre virkedager. Overholder ikke fastlegen fristen, purres det, men få kommunale samarbeidspartnere melder avvik. Fastlegene gir tydelig uttrykk for at i kritiske situasjoner skal samarbeidspartnere ringe til legekantoret. PLO-melding skal ikke brukes i slike situasjoner, da meldingene ikke alltid leses med en gang de mottas.

Eksempel: Ikke alle fastleger bruker PLO-meldinger

I en kommune er det uenighet mellom fastlegene og kommunen knyttet til bruk av PLO-meldinger, som har ført til at kommunenes leger ikke bruker PLO-meldinger. Sammenlignet med andre kommuner, som bruker PLO-meldinger, beskrives samarbeidet mellom fastlegene og de kommunale samarbeidspartnere i denne kommunen som «tungvint», og de kommunale samarbeidspartnere oppgir å være mindre fornøyd med samhandlingen med fastlegene enn de kommunale samarbeidspartnere i andre kommuner oppgir.

Både fastlegen og de kommunale samarbeidspartnere oppgir at det er trygt å sende PLO-meldinger. Samtidig vektlegges det flere forbedringsmuligheter med PLO-meldingene. Herunder nevnes: 1) Det etterlyses en oversikt i systemet over besvarte og ubesvarte meldinger for å lettere se hvilke meldinger som er besvart, og samtidig unngå at informasjon fra fastlegene glipper. 2) Det etterlyses en bekreftelse på at fastlegen har mottatt PLO-meldingen. 3) Det etterlyses mulighet for å sende PLO-meldinger til en felles postkasse på legekantoret slik at meldinger som haster kan besvares av andre leger dersom fastlegen er borte fra praksis.

Nav

Intervjuene viser at det er variasjon fra kommune til kommune i hvordan Nav samhandler elektronisk med fastlegene. Da Nav ikke er en kommunal helseaktør benyttes ikke PLO-meldinger, men i stedet enten elektroniske dialogmeldinger fra Nav sitt eget saksbehandlersystem – eller samhandling per telefon eller papir. Flere saksbehandlere i Nav ønsker et bedre elektronisk meldingssystem for elektronisk samhandling med fastlegen.

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten og fastleger samhandler primært gjennom henvisninger fra fastlegene og epikriser fra spesialisthelsetjenesten. Noen fastleger oppgir at de mottar epikrisene fra sykehuset for eksempel etter pasienten har vært hos fastlegen for oppfølging av opphold ved sykehuset. I slike situasjoner har ofte ikke fastlegen oversikt over hva som er blitt gjort av spesialisthelsetjenesten. Leger fra spesialisthelsetjenesten erkjenner viktigheten av at fastlegen mottar epikrisen raskt, og oppgir at epikriser skal sendes samme dag eller dagen etter utskrivelse.

Både fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten etterspør et elektronisk system for samhandling, på samme måte som PLO-meldinger benyttes i kommunene. Enkelte helseforetak gjennomfører pilotprosjekt på elektronisk kommunikasjon mellom sykehuset og fastleger, og intervjuene viser at sykehusleger som har tatt dette i bruk oppgir å være fornøyd.

Konsultasjoner og møter

Selv om elektronisk kommunikasjon i stor grad har erstattet fysiske møter, samhandler fastleger og samarbeidspartnere primært gjennom to typer møter; pasientrettede møter og samhandlingsmøter uten pasient. Intervjuene viser at det er stor variasjon fra kommune til kommune i struktur og frekvens på møtene mellom fastlegene og de ulike samarbeidspartnere.

Kommunale samarbeidspartnere

Fastlegens kommunale samarbeidspartnere oppgir at det er nyttig å møte fastlegene, og ønsker flere fysiske møter med fastlegene i kommunen enn hva fastlegene selv gir uttrykk for.

Det er en positiv ting at vi har en mye tettere og nærere samarbeid med andre kommunale tjenester, men det spiser også opp vår tid. (...) Det blir 1) alt for mye 2) for ineffektivt og 3) det spiser opp tiden som jeg burde hatt med pasientene. Så det er litt tveegget. For de andre kommunale helseaktørene er alltid fastlønnet uansett. De jobber i et helt annet tempo. Sorry to say, men de har tid til å gå på do og drikke kaffe. (Fastlege, fastlønn, liten kommune)

Intervjuene viser at flere av de kommunale samarbeidspartnerne og fastlegene tidligere hadde flere koordineringsmøter, på ukentlig eller månedlig basis. Enkelte medarbeidere oppgir at de sammen med fastlegen da arbeidet mer «forebyggende» enn hva de opplever å gjøre i dag. Til tross for god kontakt via PLO-meldinger ved avklaringer rundt brukere, gir samarbeidspartnerne uttrykk for at de gjerne skulle hatt fysiske møtepunkter med fastlegene på overordnet nivå.

I dag møter flere hjemmesykepleien hovedsakelig fastlegene i tverrfaglige samhandlingsmøter sammen med andre kommunale aktører, som for eksempel tildelingskontoret. Hjemmesykepleien er sjeldent med pasienten inn på konsultasjonen. Ansatte ved omsorgsboliger og kommunale psykiatriske team forteller at de ofte er med bruker på konsultasjon hos fastlege. En psykiatrisk sykepleier ansatt i omsorgsbolig beskriver det slik:

Jeg følger de og de spør om jeg kan være med inn, fordi de har glemt hva de skal ta opp eller glemmer hva legen har sagt ti minutter etterpå. De forstår ikke alle faguttrykk eller misforstår om det er fjerning av medisiner eller øking av dose. Så det er en trygghet at jeg er med. (Psykiatrisk sykepleier, omsorgsbolig, liten kommune)

Både hjemmesykepleien, omsorgsbolig og psykiatrisk team ønsker seg en tilsynslege for sine brukere. De ønsker også at fastlegen skal gjennomføre flere hjemmebesøk hos brukere. Sitatene under illustrerer hvordan hjemmebesøk kan være utfordrende å få til gitt fastlegens tilgjengelighet og brukeres forventninger til helsetjenester:

Vi har etterspurt hjemmebesøk når det har vært behov; det er veldig vanskelig å få til. Vi har prøvd alt annet frem til det, så det har tatt flere uker før fastlegen innser at han må gjøre det. (Sykepleier, hjemmesykepleien, mellomstor kommune)

Både medarbeidere i omsorgsbolig og psykiatriske team beskriver sin rolle som en «trygghet» for brukeren i møte med fastlegen. En vernepleier fra psykiatrisk team i forklarer det slikt:

Det er noen pasienter som er redde for fastlegen. Det er ting de synes er vanskelig å snakke med fastlegen om, eller at de har byttet fastlege og er usikre. Da kan de spørre om vi kan bli med og jeg har ikke opplevd at fastlegen har sagt nei til det. (Psykiatrisk sykepleier, psykiatrisk team, liten kommune)

Nav

Nav og fastleger har et godt samarbeid rundt sykemelding og arbeidsavklaringspenger, og fastlegene prioriterer å delta i møter med Nav, spesielt i små og mellomstore kommuner. Nav og fastlegene møtes i to typer møter; i dialogmøter med pasienter og samarbeidsmøter på systemnivå hvor hensikten er at partene skal lære hverandre bedre å kjenne.

Det varierer i hvilken grad lokale Nav-kontor inviterer fastlegene til dialogmøter, eksempelvis i forbindelse med sykefravær. Fastlegen inviteres gjerne dersom Nav ønsker en medisinsk faglig uttalelse fra legen om hva pasienten er i stand til å gjøre gitt sykdomsbilde og medisinsk tilstand. Dialogmøtene hvor Nav, fastlegen og pasient deltar gjennomføres i stor grad på legekantoret av to grunner; for det første oppleves legekantoret ofte som et «tryggere» sted for pasienten enn det lokale Nav-kantoret, og for det andre er det lettere for legen å prioritere deltakelse i disse møtene.

I samarbeidsmøtene på systemnivå er hensikten at Nav og fastlegene lærer hverandre bedre å kjenne. Enkelte lokale Nav-kontor inviterer for eksempel fastlegene til emnekurs, distribuerer nyhetsbrev og besøker legekantorene med informasjon om forskriftsendringer. Enkelte Nav-kontor har positiv erfaring med å invitere LIS1 og legestudenter til hospitering for å få innsikt i hverdagen til Nav. Andre Nav-kontor forteller om positive erfaringer der hvor den rådgivende overlegen som er tilknyttet Nav også er fastlege. Denne legen kjenner hverdagen til både Nav og fastlegene og blir derfor et verdifullt bindeledd som kan gjøre samhandlingen enklere.

Spesialisthelsetjenesten

Intervjuene med spesialisthelsetjenesten viser leger i somatikken sjeldent møter fastleger. Leger i psykiatrien møter fastleger i noe større grad, for eksempel i konsultasjoner eller informasjonsmøter og kurs innen fagfeltet psykiatri.

Fora for samhandling

Kommunene har gjennom sitt «sørge-for» ansvar for fastlegetjenester til innbyggerne et ansvar for å tilrettelegge for samhandling. Til tross for at kommunene oppgir at de tilrettelegger for samhandling, er det få kommuner som kan vise til konkrete tiltak som er iverksatt. Verken fastleger eller de kommunale samarbeidspartnere kjenner til konkrete tiltak som kommunen har iverksatt for tilretteleggelse av samhandling. Det kan tyde på at kommunen ikke ønsker å «bry» fastlegene med aktiviteter rundt samhandling som for eksempel utarbeidelse av rutiner for samarbeid med kommunale aktører, temakvelder, fagsamlinger osv.

Spesialisthelsetjenesten oppgir at de har en rekke tiltak for samhandling med fastlegene og kommunene. Samarbeidsdirektørene og praksiskonsulentene nevner fora som for eksempel «fastlegerådet» som består av fastlegerepresentanter fra kommunen og overleger fra sykehuset, «lege-lege-råd», Overordnet Samhandlingsorgan (OSO), topplederforum, legeråd, dialogmøter og jevnlig emnekurs på sykehuset om ulike fagtema. Intervjuene med spesialisthelsetjenesten viser at sykehusene har dedikerte personer med definerte roller knyttet til samhandling som deltar i disse samarbeidsforaene. Samarbeidsdirektørene og praksiskonsulentene har et inntrykk av at tid og kapasitet er utfordringene for kommunene for å delta i slike møtefora.

Kjennskap til hverandres roller og hverdag

Intervjuene viser at de fleste kommunale samarbeidspartnere oppgir at fastlegene har god kjennskap til deres tjenestetilbud og hva de er forventet å levere til pasienter og brukere. Samtidig betyr ikke det å kjenne til hverandres tjenester nødvendigvis det samme som å ha forståelse for hverandres hverdag. De kommunale samarbeidspartnere ønsker i større grad at fastlegene anerkjenner deres kompetanse og kjennskap til pasienter.

Det er ikke ofte jeg får henvendelse andre veien om en uttalelse. Vi sitter på masse kompetanse og kunnskap og jeg tenker «hvorfor spurte ikke fastlegen oss, vi kjenner jo pasientene». De kunne brukt kompetansen vår (...) Vi bruker de veldig mye, men noen ganger skulle jeg ønske at de brukte oss også. Jeg tror ikke de er opplært til å tenke sånn. (Avdelingsleder rus og psykiatri, mellomstor kommune)

Selv om fastlegen har det medisinske ansvaret for pasientene, har de kommunale samarbeidspartnere innsikt i og forståelse for pasientenes utvikling og behov for legetjenester gjennom daglig oppfølging. Mange gir uttrykk for at deres kjennskap til pasientene i større grad kunne blitt brukt av fastlegene i oppfølgingen og vurderingen av behandlingsløp.

Saksbehandlere fra Nav forklarer at samhandlingen deres med fastlegene ofte preges av en rollekonflikt hvordan fastleger på den ene siden opptrer som portvoktere med samme mål som Nav, men på den andre siden jobber for å ivareta sin relasjon med pasienten. I situasjoner hvor fastlegen «tar pasientens side», kan samhandling være utfordrende da Nav er avhengig av å ha et forutsigbart samarbeid med legen om

pasientens sykdomsforløp, funksjonsevne og mulighet for å vende tilbake til jobb for å kunne vurdere i hvilken grad penger skal utbetales. En kontorsjef hos Nav forklarer det slik:

Og så har vi også vært tydelige på at legen kan skrive ut en sykemelding, men det er vi som bestemmer om de får penger. Vi skal godkjenne og stille krav. (Kontorsjef, Nav, mellomstor kommune)

Skriftlige rutiner og prosedyrer for samhandling

Intervjuene tegner et tydelig bilde av at svært få av fastlegens utvalgte samarbeidspartnere har standardiserte skriftlige retningslinjer, rutiner og prosedyrer for hvordan de skal samhandle med fastlegene. Videre kan det tyde på at fastleger og kommunale og statlige samarbeidspartnere vet hvordan de skal samhandle gjennom relasjoner og kjennskap til hverandres tjenester, men at samhandling i mange tilfeller blir personavhengig.

Kommunale samarbeidspartnere

Intervjuene viser at hjemmesykepleien, omsorgsbolig og psykiatrisk team har rutiner for utveklings av PLO-meldinger, avviksmeldinger, multidoser og hjemmebesøk fra fastlegene. Utover dette er det stor variasjon og lokale forskjeller mellom kommunene når det kommer til rutiner og prosedyrer for samhandling mellom kommunale helsetjenester og fastlegene. Få kommunale samarbeidspartnere har skriftlige rutiner og prosedyrer for hvordan de skal samhandle med fastlegene. Fraværet av standardiserte rutiner og prosedyrer øker risikoen for at samhandlingen mellom fastleger og de kommunale samarbeidspartnere blir personavhengig – som kan føre til at ulike aktører samhandler ulikt med fastlegene.

Spesielt i små kommuner forklarer de kommunale samarbeidspartnere at relasjonen til og kjennskap om den enkelte fastlege er viktigere enn rutiner for samhandling. Sitatet under bekrefter hvordan kjennskap til fastlegene kan føre til at fastlegens samarbeidspartnere ikke følger standardiserte rutiner for samhandling.

PLO meldinger; vi har lært hvem som svarer og ikke. Noen må du ringe uansett. (Avdelingsleder, omsorgsbolig, mellomstor kommune)

Nav

Saksbehandlere ved Nav oppgir at de har rutiner for samhandling med fastlegene som er nedfelt i lovverket, blant annet i folketrygdloven kapittel 21. Flere trekker også frem rutiner for innhenting av legeerklæring. Intervjuene viser at disse rutinene kan by på utfordringer i samhandlingen med fastlegene; på den ene siden oppgir saksbehandlere fra Nav å forstå fastlegens frustrasjon der fastlegen kanskje mener at kravene Nav pålegger fastlegen er unødvendig omstendige, men der Nav på den andre siden har et lovverk de må forholde seg til. Sitatet under demonstrerer denne utfordringen.

Det kan forekomme at det legene gjør og det lovverket krever ikke samsvarer. Det at sykemelding ikke bør vare mer enn 14 dager, det er en kjempefrustrasjon hos fastlegene. De vil sykemelde for en måned. Og da blir det frustrasjon ovenfor Nav, vi prøver å holde lovverket. (Rådgiver, Nav, liten kommune)

Videre forteller enkelte saksbehandlere fra Nav at om de velger å avvike fra de nasjonale rutinene, vil det medføre at brukere får ulik behandling av ulike saksbehandlere. Dersom Nav for eksempel ikke har fått nødvendig informasjon om en pasient fra fastlegen innen tidsfristen Nav må forholde seg til, er rutinen at saken skal avvises på grunnlag av manglende informasjon. Flere saksbehandlere forteller at de likevel lar fastlegen få ekstra tid til å levere inn informasjonen, da de vet at legene i kommunen er presset på tid. Et slikt avvik fra rutinene vil føre til ulik behandling avhengig av om saksbehandler velger å følge rutinene eller ikke.

Det er sånn at vi har et regelverk å forholde oss til, og så har vi rutiner for hvordan vi skal gjøre ting. Men så vet vi jo at ting kan ta lenger tid, de har for eksempel tre uker på å svare på legeerklæring,

vet at det kan gå opp til seks uker. Har ikke noe skriftlig på at jeg kan vente seks uker, men det er avhengig av saken. Jeg har et grensesnitt å forholde meg til, men kan ikke se meg blind på det, da kolliderer samarbeidet. Så for min del så bryter jo faktisk vi også loven. Og det er jo litt dumt, for da blir det ulikheter mellom Nav-kontorene. (Rådgiver, Nav, liten kommune)

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har skriftlige rutiner og prosedyrer for samhandling med fastlegene, eksempelvis rutiner for tidsfrister på vurdering av henvisning og utsendelse av epikrise, og prioriteringsveiledning på henvisninger. Samtidig gir enkelte leger i spesialisthelsetjenesten uttrykk for at samhandlingen med fastlegene ikke nødvendigvis bør detaljstyres av prosedyrer.

Det som jeg tenker er godt er at vi ikke har konkrete skjemaer for hvordan vi skal samarbeide. Vi er fleksible og kan velge selv hvordan vi skal samarbeide, om vi skal snakke på telefon eller mail, hvilken metode som passer for hver pasient, at vi ikke har skriftlige regler for hvordan vi skal samarbeide. Bra for pasient og deretter for oss, at vi kan velge det samarbeidsmønsteret som passer best. (Overlege, psykiatrisk avdeling, spesialisthelsetjenesten)

Fysisk nærhet

Relasjoner og kjennskap til hverandre påvirker samhandlingen mellom fastleger og fastlegens samarbeidspartnere. I små distriktskommuner jobber ofte fastleger og kommunale samarbeidspartnere i samme lokale, for eksempel et kommunalt helsehus. Små forhold gir aktørene mulighet for tett dialog i hverdagen:

De har samme leder, de er i samme tjenesteenhet. Rus og psykiatri, kreftkoordinator, helsestasjon, fysioterapi, alle er på samme hus, alle har samme sjef. De får omvisning og får hilse på hverandre første dagen. Hjemmesykepleien kommer innom daglig. (Kommunalsjef, liten kommune)

Fysisk nærhet senker terskelen for å ta kontakt med hverandre i løpet av arbeidshverdagen sammenlignet med i store kommuner hvor distansen mellom lege og samarbeidspartner er større. Konsekvensen av dette er at mye av samhandlingen i distriktet er av uformell karakter enten ved at man legger en lapp i posthyllen til hverandre eller snakkes i lunsjen. Ved samhandling av uformell kontakt er det en større risiko for at informasjonen ikke dokumenteres. Samhandlingen risikerer også å bli mer avhengig av enkeltpersoner.

Vurdering av kvalitet på skriftlig informasjon

Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO)

Fastlegene og de kommunale samarbeidspartnere vurderer kvaliteten på innholdet i PLO-meldingene som godt. Spesielt hjemmetjenesten oppgir at riktig språk og tydelig innholdet er viktig for å få god kommunikasjons gjennom PLO-meldinger slik at de kan utføre jobben sin. Sitatet under illustrerer dette:

Men man ser symptomer på at de (fastlegene) har det travelt. I stedet for at det er skrevet korrekt står de for eksempel at «pasienten skal settes på Paracet x 3». Okay, hvilken styrke? Eller «pasienten skal ha Paracet 1 gram». Jaha, hvor mange ganger om dagen? Vi ser det er fordi de har det travelt og må forte seg. (Virksomhetsleder, hjemmesykepleien, liten kommune)

Enkelte fastleger, på sin side, forteller at vage PLO-meldinger er vanskelig å besvare. I sitatet under forklarer en fastlege viktigheten av å motta en klar bestilling:

PLO-meldinger er stort sett bra, men jeg savner at det skal ligge en klar bestilling. Det står at pasienten hoster, men hva spør de om? Spør de om vi skal se pasienten eller at vi skal reise ut til den? Eller vil pasienten ha legetime? (Fastlege, næringsdrivende, mellomstor kommune)

Enkelte medarbeidere fra hjemmesykepleien om fastleger som brukte upassende språkbruk i utveksling av PLO-meldinger. I intervjuene fortelles det om svar på henvendelser fra fastleger som ikke er egnet å inngå i pasienten eller brukerens journal:

Først og fremst, informasjon om at dette ikke er en privatmail, men at dette er en pasientjournal. Dette er jobben min, det er et juridisk dokument. (...) Det kan for eksempel stå «du skal være forsiktig med hva du skriver i en melding til meg for jeg kan videresende det til helsesjefen» eller «Vil du bli med ut på middag?» eller «Jeg har sykt barn, så jeg kan ikke svare på e-melding i dag». (Sykepleier, hjemmesykepleien, stor kommune)

Medisinlister og multidose

Intervjuene med hjemmesykepleien og andre samarbeidspartnere som har medisinsansvar oppgir at det ofte forekommer feil på pasientenes medisinlister. Feil på medisinlister, som for eksempel etter sykehusinnleggelse, trekkes frem som en av de største utfordringene hjemmesykepleien har i samhandlingen med fastlegene. Dette skaper merarbeid, samtidig som feilmedisinering kan utgjøre en alvorlig risiko for pasientens helse. Hjemmesykepleien vektlegger at de har gode rutiner for å fange opp eventuelle feil på pasientenes medisinlister. I sitatet under forklarer en virksomhetsleder fra hjemmesykepleien om slurv med medisinlisten fra fastlegen:

Opplever av og til at når pasienten har vært utskrevet fra sykehus, så endrer ikke fastlegen alltid medisinene i journalen. Så ber vi om multidose, så blir det sendt gammel medisinliste til apoteket. Legen spør oss om pasienten står på det og det, og jeg spør da «er ikke du legen, bør ikke du vite det?». Hvis vi skriver ut meldingen vi har fått fra e-link fra sykehuset og viser den til legen, så ser de det. (Psykiatrisk sykepleier, psykisk helse, liten kommune)

Noen fastleger gir uttrykk for å være motstandere av multidose grunnet at dette er et tidkrevende og teknologisk utdatert system. I fravær på et elektronisk system for å sende medisinlister, fakser eller sender enkelte fastleger medisinlister i posten. Dette beskrives av legene som utrygg utveksling av informasjon, da listene kan forsvinne eller havne hos feil person. En fastlege forklarer dette slik:

Multidose er virkelig en tidstyv. Det er noe herk. Det er veldig bra ordning i forhold til de gamle som ikke kan håndtere medisiner selv, men det er mye ekstra arbeid for oss som har mange gamle pasienter på den ordningen. Da multidose kom ville vi være den siste hånd på rattet med sånne ting, og det skulle bare være på pasienter som var stabilt medisinerert. Det har utartet seg fullstendig. De har vært på sykehjem og sykehus og fått noen nye medisiner, og det blir veldig uoversiktlig. Jeg føler meg som sekretær; jeg har brukt 20 minutter, opp mot 30 minutter, på å plote inn medisinene. En tidstyv! (Fastlege, næringsdrift, stor kommune)

De kommunale samarbeidspartnere, på sin side, forklarer at multidose sparer dem for mye tid og arbeid, gitt at ordinasjonskortet er korrekt. Ved feil på ordinasjonskortet må hjemmesykepleien klippe opp medisindoseringene for å ta ut eller legge til tabletter som øker risikoen for feil.

Intervjuene med spesialisthelsetjenesten viser at sykehuslegene vurderer kvaliteten på medisinlister som lav og flere har erfart at pasientens medisinliste ikke stemmer. Enkelte nevner at dette kan skyldes at medisinlistene autogeneres fra Reseptformidleren som tekst, og at ikke det nødvendigvis er fastlegen som skriver inn feil medisiner.

Det er en uskreven regel at fastlegens medisinliste ikke stemmer. Så da må vi gå inn i Kjernejournalen, vi får et eget skriv av hjemmesykepleien ofte, vi må spørre pasienten, og gå over all informasjonen vi har. Og den infoen fra fastlegen er den som stemmer minst. (LIS, somatisk avdeling, spesialisthelsetjenesten)

Henvisninger fra fastlegen

Leger i spesialisthelsetjenesten oppgir at det er varierende kvalitet på henvisningene fra fastlegene. Henvisninger fra fastlegene kan være for lange med informasjon som ikke er relevant for spesialisthelsetjenesten i vurdering av pasienten, eller kan mangle informasjon om pasientens helsetilstand som gjør vurderingsjobben vanskelig. En overlege fra somatikken forklarer dette slik:

Skremmende dårlig! De har et henvisningssystem som tar med mye unyttig informasjon. Jeg vet ikke om de er veldig travle eller ikke, men de er ofte sparsomme med informasjon som vi trenger. Det er for lite av det vi vil ha i en henvisning. (Overlege, somatisk avdeling, spesialisthelsetjenesten).

Ulike klinikker i spesialisthelsetjenesten har eller skal utarbeide maler for henvisning, og flere sykehusleger etterlyser at fastlegen i større grad bruker disse malene slik at sykehuset får den informasjonen de trenger til å vurdere en henvisning. Dersom spesialisthelsetjenesten mottar en henvisning av dårlig kvalitet, skjer ofte en av tre ting: 1) Sykehuset innkaller pasienten til konsultasjon for å vurdere pasienten, 2) henvisningen avvises på grunnlag av manglende informasjon eller 3) sykehuset etterspør mer informasjon hos fastlegen. Henvisninger med dårlig kvalitet kan gi sykehuset utfordringer med å besvare henvisningen innen avtalt tidsfrist.

I dag kan fastlegene sende henvisning elektronisk til spesialisthelsetjenesten, men de har ingen mulighet til å sende en elektronisk oppfølging på henvisningen for å supplere med ny informasjon. Dersom fastlegen ønsker å legge til ny informasjon må en ny henvisning sendes. Flere fastleger sender også henvisninger for konferering med spesialisthelsetjenesten. Både fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten etterspør et elektronisk system for bedre samhandling.

Epikriser fra spesialisthelsetjenesten

Epikriser fra spesialisthelsetjenesten til fastlegene sendes elektronisk og er en viktig del av samhandlingen som sykehuset har med fastlegene. Fastleger over hele landet oppgir at epikrisene fra spesialisthelsetjenesten i stor grad kommer tidnok og har god kvalitet. Fastlegene oppgir at det er stor variasjon mellom klinikkene i spesialisthelsetjenesten når det kommer til innholdet i epikrisene. Kirurgisk og ortopedisk klinikk skriver ifølge fastlegene korte epikriser, mens medisinsk og psykiatrisk klinikk oppgis å skrive detaljrike og omfattende epikriser.

Leger fra spesialisthelsetjenesten oppgir at kvaliteten på epikrisene som sendes fastlegene er av god kvalitet. Epikriser skal inneholde informasjon som er kritisk for fastlegen å kjenne til. Utkast på epikriser som skrives av LIS-leger godkjennes og signeres av overlege. Likevel påpeker enkelte sykehusleger at informasjonen i epikrisene ikke alltid er optimal.

Den er nok varierende, det må vi være ærlige på. Det er nok dessverre sånn at ved epikriser, det er tidkrevende å skrive, en presset arbeidsdag særlig for overleger, og da blir det turnusleger og de mest uerfarne som skriver epikrisene. Det er ikke alltid informasjonen blir like konkretisert og kunne sikkert vært mer optimalisert den infoen som går ut. (...) Det er krav, hvis turnuslege skriver epikrise skal overlege signere den og gå igjennom den, det skal jo være rett. (lege, somatisk avdeling, spesialisthelsetjenesten)

Flere sykehusleger forteller at de i epikrisen oppsummerer med å skrive en vurdering og plan for videre oppfølging. Mange fastleger trekker frem at en slik oppsummering er nyttig for dem da de enkelte får oversikt over sykehusets vurdering for videre behandling – og ikke trenger å lese hele epikrisen. En lege fra spesialisthelsetjenesten forklarer at dette er en bevisst handling:

Epikrisene vi sender ut etter utskrivelsen er ofte mer detaljerte enn det fastlegen ønsker. Helt til slutt i epikrisen, under tiltak, skriver vi hva fastlegen må huske for eksempel om medisiner, prøver som skal tas osv. Vi vet at fastlegen har mye å lese og vi gjør dette for å gjøre informasjonen til fastlegen klarere. Om de trenger mer informasjon, kan de lese hele epikrisen. (Overlege, somatisk avdeling, spesialisthelsetjenesten)

Dersom fastlegene mottar mangelfulle epikriser kontaktes sykehuset på telefon. Fastleger erfarer ofte at epikriser inneholder bestillinger på hvilke oppgaver fastlegen bør gjennomføres i den videre oppfølgingen av pasienten. Mange fastleger opplever dette som unødvendig bruk av deres tid da dette ofte er oppgaver som spesialisthelsetjenesten kunne gjort selv. En fastlege forklarer det slik:

Av og til blir det litt bestilling fra spesialistene. Det er jeg ikke veldig glad i. Hvis en sykehuslege har bestilt ultralyd og så står det at pasienten skal til ny kontroll om tre måneder, da kunne legen bare

satt opp en ny kontroll istedenfor å be oss om å bestille ny kontroll. Et annet eksempel er røntgen. Det skal følges opp av spesialistene, så går det tilbake til fastlegen. En pasient som har vært til hjerateavdeling og så skal videre til lungeavdeling, så ber sykehuslegene fastlegen henvise til lungeavdeling i stedet for å skrive selv. Jeg forstår ikke den ekstra runden. Det tar ekstra tid. (Fastlege, fastlønnet, liten kommune)

Spesialisthelsetjenesten tilstreber at epikrisen sendes fastlegen samme dag som pasienten skrives ut. Fastlegene beskriver at de i stor grad mottar epikriser raskt, som regel innen tidsfristen. Å motta epikrisen før pasienten kommer til oppfølging hos fastlegene er viktig – både for fastlegens videre oppfølging av pasienten og pasienten selv. I tilfeller hvor epikrisen ikke er klar, mottar pasient og fastlegen en midlertidig epikrise når pasienten skrives ut. Samtidig forteller enkelte sykehusleger om dokumenter som blir liggende i flere uker fordi teksten til epikrisen er blitt diktet på bånd og skrives av en helsesekretær før den sendes til godkjenning av overlege. Denne prosessen fører til at epikrisene blir forsinket med en til to uker.

Praksiskonsulenter ved enkelte helseforetak har igangsatt arbeid mellom fastlegene i kommunene og legene i spesialisthelsetjenesten for å sikre bedre samhandling om henvisninger og epikriser. Fordelen med slik arbeid er at prosesser og krav til innhold og kvalitet blir bredt kjent blant de ulike partene, slik at det vil være lettere å samhandle i hverdagen.

Dokumentasjonskrav fra Nav

Kvaliteten på informasjonen som Nav mottar fra fastlegene, primært legeerklæringer og sykemeldinger, varierer. Dette skyldes i stor grad mangelfull funksjonsbeskrivelse i legeerklæringene. For å kunne fatte vedtak og utbetale penger i forbindelse med sykdom er Nav avhengige av gode funksjonsvurderinger som redegjør for pasientens sykdomsbilde og i hvilken grad pasienten kan returnere til jobb. Konsekvensen av å motta mangelfull dokumentasjon fra fastlegene er at Nav ikke kan fatte vedtak, som medfører ventetid for pasient. En avdelingsleder fra Nav forklarer deres behov for tydelig informasjon fra fastlegene rundt funksjonsbeskrivelse slik:

I sykemeldinger savner vi en funksjonsbeskrivelse; hvorfor kan ikke pasienten gå innom jobb hver fredag å spise lunsj med sine kolleger? Kan pasienten jobb 10 prosent? Vi vet jo at dette er viktig; å ha dialog med kollegene sine. Mange som er sykemeldt 100 prosent tror jeg kan jobbe litt. I mange yrker går ikke dette, men i mange yrker er dette viktig. Mange leger beskriver dette, for eksempel en taxisjåfør kan ikke jobbe for han kan ikke jobbe, men det er ofte den opplysningen vi savner. Kan han ta en vakt hver annen uke? Blir han sykere av det? (Avdelingsleder, Nav, stor kommune)

Flere saksbehandlere fra Nav forklarer at enkelte fastleger legger ved epikriser som ikke har noe med pasientens nåværende tilstand å gjøre. Andre saksbehandlere forteller om legeerklæringer som bærer preg av at fastlegen har hatt dårlig tid. Eksempelvis inneholder nye legeerklæringer kopi av gamle sykemeldinger eller kun består av epikriser som ikke gir Nav den informasjon de trenger til å kunne fatte vedtak. Sitatet under er et eksempel på begge deler:

Veldig mange leger er dårlige på å gi funksjonsbeskrivelse. På hvilken måte påvirker kreften at de ikke kan stå i arbeid? Det er den biten man trenger. Noen har ikke så store plager, andre ligger for døden. Hvordan skal vi vite det? Det er dårlig beskrevet både ved uføre- og arbeidsavklaringspenger. De (fastlegene) kan godt legge ved epikrise, men også funksjonsbeskrivelse. Noen epikriser summerer opp et opphold og det er greit å legge inn. Andre ganger legger de ved en epikrise fra et opphold fra flere år siden som ikke sier noe om dagens situasjon. Det er det at jeg syns de gir dårlig funksjonsbeskrivelse. Noen ganger bærer de preg av at legeerklæringen er slurv; de bruker en legeerklæring som ble brukt for et år siden, men at de glemmer å fjerne kryssene som de hadde og som var relevant for forrige legeerklæring. Så da må vi sende tilbake og spør hva de tenker her. (Saksbehandler, Nav, stor kommune)

Enkelte fastleger forklarer at det kan være utfordrende å gjøre en funksjonsvurdering av pasienter slik Nav ønsker at de skal. Nav har egne rådgivende leger som brukes til å vurdere kvaliteten av dokumentasjon fra fastlegene, men flere fastleger skulle gjerne sett at Nav hadde egne leger for å vurdere funksjon ut fra fastlegens diagnose. Enkelte Nav-kontor har igangsatt lokale tiltak for bedre samhandling med fastlegene gjennom å forstå hverandres roller og ansvarsområder.

Fastlegens tilgjengelighet mot utvalgte pasientgrupper

Noen er tilgjengelige og går på hjemmebesøk etter arbeidstid. Noen er mer rigide og vanskelige å komme i kontakt med. (Avdelingsdirektør, hjemmesykepleien, stor kommune)

Sitatet over oppsummerer det bildet fastlegens kommunale samarbeidspartnere gir av fastlegens tilgjengelighet. De fleste kommunale samarbeidspartnere er fornøyd med fastlegens tidsbruk per pasient. Samtidig trekkes det frem enkelthistorier om pasienter som ikke fastlegen har nok tid til. Dette gjelder spesielt svakere pasient- og brukergrupper, som rus- og psykiatripasienter, psykisk utviklingshemmede og eldre. Medarbeidere fra omsorgsbolig og kommunale psykiatriske team oppgir at enkelte fastleger ikke har nok tid til deres brukere under konsultasjonen. Å bli møtt av en fastlege som ikke har nok tid påvirke både brukeren og medarbeidere fra kommunen som for eksempel har jobbet for å få med brukeren til fastlegen. I forlengelse av dette er det enkelte fra de kommunale samarbeidspartnere som opplever å kjempe mot fastlegen slik at pasientene, som de følger i det daglige, får den behandlingen de har krav på og behov for.

Vi har kanskje brukt en måned eller to på å få med brukeren til legen. Og når vi endelig får brukeren dit, så opplever vi at legen ødelegger det. Så vi skulle ønske at fastleger skulle sett an personen, spesielt med dem som er psykisk utviklingshemmede. (Avdelingsleder boligtjeneste for psykisk og fysisk funksjonshemmede, stor kommune)

De aller fleste fastleger oppgir at de tar seg nok tid per pasient. Fastlegene vurderer situasjonen og prøver, i den grad det er mulig, å gi hver pasient den tiden som trengs for å få diskutert sine problemstillinger. Flere fastleger poengterer at de ofte ber enkelte pasienter bestille dobbelttime dersom de av erfaring vet at personen har behov for lengre konsultasjonstid enn en ordinær time. En fastlege forklarer sin prioritering av tid slik:

Jeg tar meg tid. Om man sitter her oppløst i tårer, må jeg ta det og da sier jeg fra på venterommet. Så blir det deres tur en annen gang. Jeg blir forsinket, jeg tar meg tid ofte. (Fastlege, næringsdrivende, stor kommune)

Til tross for at fastlegene opplever å ha nok tid til pasienten skulle mange brukt mer tid på rus- og psykiatripasienter. Fastleger vektlegger det kan ta tid å finne ut hvilket nivå psykiatripasienter er på. Videre gir mange fastleger uttrykk for at de selv ønsker å behandle pasienter med lettere psykiatriske lidelser enten grunnet interesse for dette fagfeltet eller grunnet lang ventetid for henvisning til offentlig psykolog. Behandling av slike pasienter er mye mer tid- og ressurskrevende sammenlignet med behandling av andre pasienter, og det kan være utfordrende å finne tid i kalenderen til jevnlig støttesamtaler. En fastlege formulerte det slik:

Jeg kan ikke så godt psykiatri. De letteste psykiatripasientene har vi på kontoret. De mellomste henviser vi. Vi har også de vanskeligste psykiatripasientene hos oss, for psykiatrien ikke klarer å ta vare på dem – og pasientene ikke finner seg til rette der. Hjerteinfarkt tar kort tid. Psykiatri tar lang tid. Psykiatere har 2,6 pasienter per dag, mens vi har disse innimellom alle de andre pasientene. (Fastlege, næringsdrivende, liten kommune)

Av pasientgrupper som fastlegene gjerne skulle hatt mer tid til nevnes rus- og psykiatripasienter, eldre, ungdom, brukere av kommunale omsorgsboliger, pasienter med smerteproblematikk og innvandrere.

7 Spørreundersøkelser

7.1 Spørreundersøkelse til fastleger i egen hjemmel og fastlegevikarer

Fastlegenes vurdering av hvordan de opplever nåsituasjonen er en sentral del av evalueringen av fastlegeordningen. Hensikten med spørreundersøkelsen er å evaluere fastlegenes arbeidssituasjon og rammebetingelser, fastlegenes vurdering av kommunens oppfølging av fastlegeordningen samt fastlegenes vurdering av samarbeidet med andre tjenester.

7.1.1 Hovedfunn fra spørreundersøkelsen til fastleger og fastlegevikarer

I følgende underkapittel vil vi redegjøre for hovedfunnene fra spørreundersøkelsen som ble utført blant fasttelger i egen hjemmel og fastlegevikarer. Hovedfokus for undersøkelsen var fastlegenes arbeidssituasjon og rammebetingelser, kvalitet i tjenesten, fastlegenes vurdering av kommunens oppfølging av fastlegeordningen, samt vurdering av samarbeidet med andre tjenester. Undersøkelsen inneholdt også en del tilpasset å evaluere utsiktene til fremtidig rekruttering blant fastlegevikarer, samt hva de opplever skal til for å øke attraktiviteten til fastlegeyrket.

Fastlegenes arbeidssituasjon

Fastlegene angir at arbeidsbelastningen har økt vesentlig de siste årene, og en betydelig andel av fastlegene opplever at arbeidsbelastningen ikke er håndterbar. Arbeidsbelastningen påvirker privatlivet, og de som angir høyest arbeidsbelastning gir uttrykk for at dette påvirker deres helse og livskvalitet. Fastleger opplever dessuten arbeidsrelatert stress som påvirker livskvaliteten. Ajourhold av innkommende meldinger samt frykten for at viktig informasjon kan glippe, bidrar til følelsen av arbeidsrelatert stress.

Nærmere 90 prosent av respondentene har iverksatt tiltak for å redusere sin arbeidsbelastning, hvorav de vanligste er å redusere mengden legevakt, redusere listelengde og redusere mengden offentlige legeoppgaver. Det synes således som flere av grepene fastlegene har tatt, vil gjøre det mer utfordrende for kommunen å ivareta sitt «sørge-for» ansvar hva angår tilstrekkelig fastlegedekning, dekning av legevakt og andre offentlige legeoppgaver. Det fremkommer også av fritekstfelt at noen fastleger har opplevd at kommunene ikke har kunnet imøtekomme deres ønske om å kutte i listelengde eller kommunale legeoppgaver.

Arbeidsbelastningen og en arbeidssituasjon som går ut over familielivet er de fremste årsakene til at fastleger har sluttet, eller ønsker å slutte. Hele 8,6 prosent av fastlegene i egen hjemmel har tatt kontakt med kommunen og meldt at de ønsker å slutte av årsaker knyttet til sin arbeidssituasjon. Fastleger med stor interesse og engasjement for fastlegeyrket har sett seg nødt til å slutte grunnet arbeidsbelastningen som ikke var kompatibel med god livskvalitet og familieliv. Det at fastlegeyrket i hovedsak er dagarbeid, samt har vært forbundet med fleksibilitet har tradisjonelt blitt sett på som et fortrinn ved fastlegeyrket. Dette fortrinnet er i ferd med å viskes ut grunnet høy arbeidsbelastning. Det synes således som det vil være nødvendig å gjøre grep for å verne om de faktorene som tradisjonelt har blitt sett på som attraktivt ved fastlegeyrket for å sikre rekruttering og stabilitet.

Undersøkelsen understøtter at det er totalen av flere forhold som har bidratt til den økte arbeidsbelastningen. Overordnet kan økte dokumentasjonskrav fra flere hold, økte forventninger fra pasienter og samarbeidspartnere, samt belastningen knyttet til økt tilgjengelighet trekkes frem. Hva angår økte dokumentasjonskrav er det dokumentasjon til Nav som synes å være mest utslagsgivende. Oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten er også en vesentlig belastning, disse er både i form av administrative og faglige oppgaver. Hva angår de faglige oppgavene er fastlegene delt i sin oppfatning om hvorvidt disse bør ligge på fastlegen av hensyn til prinsippet om å behandle oppgaver på beste effektive omsorgsnivå, men majoriteten vurderer at forholdene ikke ligger til rette for oppgaveoverføringen fra

spesialisthelsetjenesten. Mange fastleger vurderer det dithen at noen av oppgavene de gjør i dag ikke bør ligge på dem som fastlege.

Flere av oppgavene som har medført økt arbeidsbelastning er dessuten av administrativ art, noe som medfører at fastlegene bruker relativt mer tid på ikke-pasientnært administrativt arbeid. Flere gir uttrykk for at de vurderer administrative oppgaver knyttet til drift av legekantor som belastende.

Fastlegenes økonomiske rammebetingelser

De fleste fastleger er tilfreds til middels tilfreds med sin nåværende inntekt. Legene med ren næringsdrift er minst tilfreds, de med 8.2-avtale er noe mer tilfreds, og de med fastlønn er mest tilfreds. Majoriteten av fastlegene er imidlertid uenig i at de er tilfreds med sin nåværende inntekt sett opp mot arbeidsmengde. Også her er fastleger med ren næringsdrift minst tilfreds.

Fastlegene er delt i spørsmålet i om de opplever å ha økonomisk trygghet. Vi finner en sammenheng med selvstendig næringsdrift, kortere tid som fastlege samt det å ikke ha fullført spesialiseringen i allmenmedisin og det å oppleve større grad av økonomisk usikkerhet. Dette kan understøtte at økonomisk usikkerhet er særlig belastende for yngre leger i en etableringsfase. En stor del av fastlegene vurderer imidlertid at deres økonomiske rammebetingelser medfører begrensninger for flere forhold, hvorav de mest fremtredende er begrensede muligheter til fravær ved egen sykdom eller sykt barn, mulighet for å redusere listelengde og fasiliteter som tillater utvidelse av legekantoret med flere fastleger. I tråd med at flere fastleger opplever økonomisk usikkerhet, samt å ha økonomiske rammebetingelser som setter begrensninger, ønsker rundt 60 prosent at basistilskuddet bør økes relativt til den aktivitetsbaserte finansieringen. I fritekstfelt utdypes nettopp at flere ønsker økning av basistilskudd for å veie opp for deres økte faste utgifter, samt gi dem muligheten til å redusere listelengden for å gjøre arbeidsmengden mer håndterbar.

Det at fastlegene ønsker å redusere listelengden, men at dagens økonomiske rammebetingelser setter begrensninger for dette, understøttes av våre analyser. Ved å se på differansen mellom fastlegenes listelengde, oppgitt passende listelengde av hensyn til arbeidsmengde/kvalitet, og oppgitt passende listelengde av hensyn til å sikre økonomisk trygghet finner vi at majoriteten av fastlegene ønsker å redusere sin listelengde av hensyn til arbeidsmengde/kvalitet, men at de forhindres av hensynet til økonomisk trygghet. Fastlegene med selvstendig næringsdrift og fire kurative dager angir at en passende listelengde i snitt ligger rundt 920 pasienter, og er i snitt 20 prosent lavere enn den listelengden de har i dag.

Fastlegene opplever dessuten at oppgaver som har tilkommet er underfinansiert. Av fritekstsvaer fremkommer det at særlig de av administrativ opplever å være underfinansiert. Dette har medført en økning i arbeidsmengde uten at de opplever at det veies opp av aktivitetsstyrt finansiering og ei heller av basistilskudd.

Samarbeid med andre tjenester

Overordnet vurderer fastlegene samarbeidet med de fleste kommunale tjenestene som middels bra sett opp imot behovet for samhandling. Gjennomgående vurderer fastlegene samarbeid med andre tjenester som mindre velfungerende enn det kommunen vurderer. Hjemmetjenesten er den tjenesten fastlegene samarbeider mest med, men er også den tjenesten fastlegene opplever at samarbeidet fungerer best med. Pleie- og omsorgsmeldingene har bidratt til opplevelsen av et velfungerende samarbeid, og fastlegene etterlyser tilsvarende samhandling med kommunale tjenester som ikke har dette. Samtidig er det utfordringer knyttet til elektronisk meldingsutveksling. Dette går på mengden meldinger, innholdet i disse, og hvordan de skal brukes. Det synes således at elektronisk samhandling er et tveegget sverd. Det bidrar til effektiv samhandling, men mengden meldinger kan være belastende, og bidra til følelsen fastlegene har av alltid å skulle være tilgjengelig og aldri være ajour. De elektroniske meldingene har dessuten i stor grad erstattet mer overordnede møter. Dette bidrar til en samhandling som i stor grad er ad hoc rundt enkeltpasienter. Dette kan være negativt for fastlegenes mulighet til å få en oversikt over pasientene som

følges opp av hjemmetjenesten. Oppsummert fungerer samhandling godt på individnivå, men sannsynligvis noe dårligere på systemnivå.

Fastlegene opplever at det er mest utfordringer knyttet til samarbeidet med barnevernet. Dette er sammenfallende med kommunens oppfattelse. I sum tyder dette på at det er grunn til å se nærmere på denne relasjonen. Fritekstsvaret i spørreundersøkelsen er med på å utdype hva som er utfordrende; fastlegene opplever dialogen som enveis, hvor de får bestillinger, ofte med korte frister, men at fastlegene opplever å få for lite informasjon tilbake. Det synes således som det er indikasjon for å etablere bedre rutiner rundt hvordan fastlegene og Barnevernet bør samhandle.

Hva angår samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, peker den psykiatriske virksomheten seg ut som den det er knyttet mest utfordringer til. Av fritekstsvaret fremkommer det at mange fastleger opplever at de sitter med ansvaret for psykiatriske pasienter de ikke burde ha ansvaret for. De angir at dette skyldes at spesialisthelsetjenesten enten ikke tar inn pasienten, har for lange ventetider, eller avslutter oppfølgingen for tidlig.

Kommunens oppfølging av fastlegeordningen

Flere av spørsmålene i spørreundersøkelsen ble speilet i spørreundersøkelsen til kommunene. Basert på fastlegenes og kommunenes svar, finner vi at det for flere forhold er en markant forskjell i kommunens vurderinger sett opp imot fastlegens vurderinger. Især er det en forskjell i vurderingen av kommunens oppfølging av fastlegene. Kommunene vurderer oppfølgingen av fastlegene som god, sammenlignet med hva fastlegene mener. Kommunen vurderer også i større grad å informere fastlegene om viktige forhold sammenlignet med fastlegene. Fastlegene vurderer imidlertid i liten grad at det er behov for mer kommunal ledelse av dem. Oppsummert kan dette tyde på at det er en uheldig avstand mellom kommunene og fastlegene. En mulig forklaring på de observerte forskjellene kan være at fastlegeordningen tradisjonelt har vært en tjeneste i primærhelsetjenesten som i stor grad har vært selvdreven og krevd lite oppfølging fra kommunen. Når fastlegene opplever utfordringer knyttet til sin arbeidssituasjon, vil dette kunne medføre at fastlegen forventer mer av kommunen.

Dette understøttes i stor grad i fritekstsvaret: Flere fastleger opplever at kommunen har liten forståelse for deres situasjon og yter liten støtte og tilpasning ved behov for dette. Videre opplever de at kommunen er lite lydhør og at det er et dårlig samarbeidsklima. Fritekstfeltene understreker også at fastlegene ikke ønsker mer ledelse, men at de først og fremst vil ha en god dialog og samarbeid, som bidrar til at de føler seg hørt og sett.

Kvalitet i tjenesten

Fastlegene er tilfreds med egen kvalitet på pasientbehandlingen. Vi finner imidlertid at høy arbeidsbelastning kan bidra til at fastlegene ikke yter den kvaliteten på behandlingen de ønsker, samt at de i større grad henviser tilstander de selv kunne håndtert. Fastlegene ønsker seg dessuten mer tid per pasient. Dette kan tyde på at økonomiske rammebetingelser og dagens innretting av takster gir incentiv til korte konsultasjoner. Det kan også være et tegn på at flere pasienter har komplekse problemstillinger som ikke kan håndteres innen ordinær konsultasjonstid. Fastlegene er delt hva angår mulighetene de har for faglig utvikling. Fastlegene under spesialisering er imidlertid lite tilfreds med tilrettelegging av denne, samt at de opplever det som utfordrende å prioritere kurs.

Majoriteten av fastlegene angir at det er etablert rutiner for internkontroll og kontinuerlig kvalitetsarbeid. Tid er imidlertid en vesentlig barriere mot å bedrive kontinuerlig kvalitetsarbeid.

Attraktiviteten til fastlegeyrket blant fastlegevikarer

Fastlegevikarer er en viktig kilde til rekruttering, da de har vist særskilt interesse for fastlegeyrket. På tross av dette er det kun 18 prosent som angir at de mest sannsynlig vil jobbe som fastlege i egen hjemmel, mens 40 prosent vurderer dette, men at forhold ved fastlegeyrket gjør at de er usikre. Majoriteten av vikarene angir dessuten at forhold knyttet til det å være fastlege i egen hjemmel bidrar til

at de heller er fastlegevikar. Dette skyldes antagelig at de da får arbeide med et fagfelt de har interesse av, men uten forpliktelsene og usikkerheten som er knyttet til det å ha egen hjemmel.

I vurderingen av hva vikarene i størst grad angir vil øke attraktiviteten til fastlegeyrket, er resultatene svært sammenlignbare med resultatene fra spørreundersøkelsen til studenter/LIS1-leger. Vikarene angir at flere økonomiske forhold; herunder lavere investeringskostnader, bedre sosiale ordninger og rettigheter og mindre økonomisk usikkerhet ved næringsdrift vil øke attraktiviteten. Videre er reduksjon i arbeidsbelastning og administrative oppgaver faktorer som i svært stor grad vil øke attraktiviteten.

Majoriteten av vikarene ønsker fastlønn under spesialisering, men næringsdrift etter spesialisering. Dette understøtter at yngre leger er opptatt av trygghet i en fase i livet der de ofte også har andre store investeringer. Da funnene er svært sammenfallende, vil diskusjonen rundt hva som vil være implikasjoner av vikarenes vurdering av fastlegeyrket være sammenfallende med diskusjonen i LIS1-/studentundersøkelsen.

Oppsummert understøtter spørreundersøkelsen at fastlegeordningen er under press, og vi vil trekke frem følgende hovedfunn:

1. Uavhengig av hvordan arbeidssituasjonen er, viser den at utsiktene til rekruttering er dårlig. Forhold ved fastlegeyrket gjør at potensielle kandidater er usikre på om de ønsker å bli fastlege.
2. Fastlegene er ikke tilfreds med sin arbeidssituasjon og sine rammebetingelser. De opplever arbeidsbelastningen som høy. Dette går ut over helse og familieliv. En høy andel av legene ønsker å slutte. Både blant de som ønsker å slutte, og de som har sluttet trekkes arbeidsbelastning som den fremste årsaken. Flere fastleger opplever økonomisk usikkerhet som setter begrensninger for muligheten til å være hjemme ved sykdom, samt begrenser mulighetene for tiltak som kunne bidratt til å redusere arbeidsbelastningen. Det medfører dessuten at flere legekantor har en fysisk begrensning for å utvide med flere fastleger.
3. Hva angår kvalitet i tjenesten er arbeidsbelastningen et hinder for organisatorisk kvalitet ved at arbeidsbelastning er den fremste barrieren for å drive kontinuerlig kvalitetsarbeid. Hva angår faglig kvalitet er arbeidsbelastningen og økonomiske rammebetingelser en barriere for å prioritere kurs og annen faglig utvikling. Flere fastleger opplever å ikke ha nok tid per pasient. Fastlegene er tilfreds med egen kvalitet på pasientbehandlingen, men arbeidsbelastningen bidrar til at fastlegene ikke yter den kvaliteten de ønsker å holde.
4. Fastlegene er ikke tilfreds med kommunens oppfølging. I dette ligger antagelig at fastlegene opplever at kommunene viser liten forståelse og støtte i deres situasjon, og ikke tilstrekkelig tilrettelegger for leger som opplever arbeidshverdagen som krevende. Fastlegene ønsker å bli sett, å forbedre samarbeid og involvering, men ikke mer styring og ledelse, da autonomien er høyt verdsatt av mange.

Avslutningsvis i spørreundersøkelsen ga fastlegene innspill på hva som skal til for å styrke dagens fastlegeordning. Innspillene understøtter hovedfunnene, og skisserer mulige tiltak.

Hva angår rekruttering peker flere på viktigheten av å sikre trygghet for yngre leger, og nevner tiltak som fastlønn under spesialisering /ALIS. Videre peker de på at trygghet må etableres gjennom god oppfølging og veiledning. Dette krever antagelig at veiledning i større grad kompenseres. Flere peker dessuten på kjøp og salg av praksis som en vesentlig rekrutteringsbarriere.

Hva angår arbeidsbelastning peker fastlegene på tre hovedtiltak:

- Fastlegene ønsker å redusere sin listelengde, men understreker at dette fordrer at de blir kompensert slik at de ikke lider økonomisk. Endring av normtallet for et fullt kurativt årsverk til ca 500 pasienter trekkes frem av flere. Fastlegene tror dette vil lette arbeidsbelastningen, og øke muligheten for å yte ønsket kvalitet.
- Fastlegene ønsker at det må skje en regulering av oppgaveoverføringen, især fra spesialisthelsetjenesten. Fastlegene må være involvert i prosessen med å beslutte hvilke oppgaver som skal ligge på dem, og oppgaveoverføring må sees opp imot totalen av oppgaver som ligger på fastlegen.

- ▶ Fastlegene ønsker at det skjer en reduksjon i dokumentasjonskrav og administrativt arbeid. Dette preger for stor del av dagen, og tar tiden bort fra pasientnært arbeid.

Flere påpeker dessuten at legevakt fortsatt er en vesentlig belastning. Noen foreslår en annen organisering av legevakt som i mindre grad er avhengig av fastlegene. Andre nevner at man må få bedre honorering eller at man må få fullkompensert fri etter legevakt.

Innspillene fra fastlegene hva angår deres oppgaver synes å peke i retning av tre kategorier av oppgaver. 1) Oppgaver som tilhører fastlegen. 2) Oppgaver som kan tas bort fra fastlegen. 3) Oppgaver der fastlegen skal ha en rolle, men der belastningen på legen reduseres ved at prosessene forenkles eller at noen andre avlaster legene for deler av oppgaven.

Hva angår økonomisk usikkerhet peker fastlegene på følgende tre hovedtiltak:

- ▶ Fastleger ønsker økning av basistilskudd for å redusere den økonomiske usikkerheten de har i dag. Flere taler for en knekkpunktløsning med høyere tilskudd for de første 800-1000 pasientene.
- ▶ Fastlegene ønsker mer trygghet ved fravær og sykdom, og flere nevner at ordningen med 16 karensdager er svært belastende. De ønsker dessuten bedre pensjonsordninger
- ▶ Fastlegene ønsker endringer i takstsystemet. De etterlyser takster for arbeid de i dag ikke får betalt for. Noen etterlyser en forenkling av takstsystemet. De ønsker at takstene i større grad understøtter samhandling og arbeid med tyngre problemstillinger samt forebyggende arbeid.

7.1.2 Funn fra spørreundersøkelsen til fastleger og fastlegevikarer

Over presenterte vi hovedfunnene fra vår spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer og våre vurderinger av disse funnene. I det følgende vil vi gå inn på de mest sentrale funnene som underbygger dette. Vi gjør dette ved å belyse følgende temaer:

1. Fastlegenes vurdering av sin nåværende arbeidssituasjon
2. Fastlegenes vurdering av økonomiske rammebetingelser
3. Fastlegenes vurdering av samarbeid med andre tjenester
4. Fastlegenes vurdering av kommunens oppfølging av fastlegeordningen
5. Utsiktene til rekruttering blant fastlegevikarer samt fastlegevikarenes vurdering av fastlegeyrket
6. Fastlegenes vurdering av hva som skal til for å styrke fastlegeordningen

Deskriptiv statistikk for samtlige spørsmål i spørreundersøkelsen, samt regresjonsanalyser av utvalgte sammenhenger, fremgår av Vedlegg A. I presentasjonen av hovedfunnene vil vi fokusere historien rundt fastleger i egen hjemmel, men mindre det presiseres at vi omtaler fastlegevikarer. Funn brutt ned på fastleger i egen hjemmel og fastlegevikarer eller brutt ned på andre bakgrunnsvariabler der det er relevant, fremgår av Vedlegg A.

7.1.3 Fastlegenes vurdering av sin nåværende arbeidssituasjon

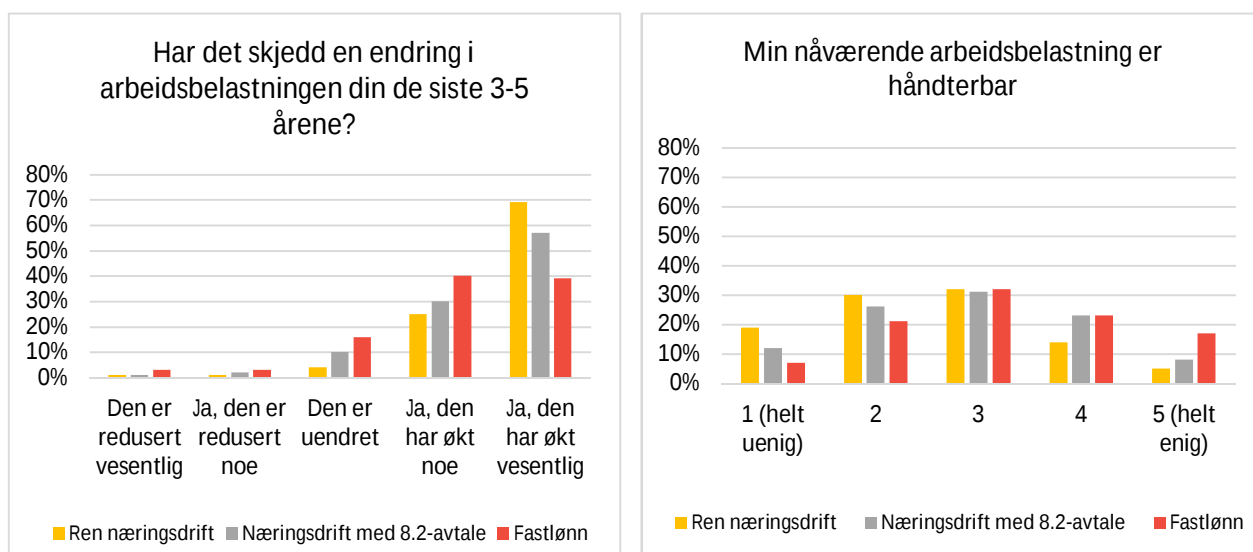
For å vurdere forhold knyttet til fastlegenes nåværende arbeidssituasjon har vi sett på overordnede forhold knyttet til fastlegenes arbeidssituasjon, herunder fastlegenes vurdering av sin nåværende arbeidsbelastning samt årsaker og eventuelle konsekvenser av denne.

Vesentlig økning i arbeidsbelastningen - mange opplever den som ikke håndterbar

Arbeidsbelastningen har økt vesentlig de siste årene ifølge våre respondenter. Blant fastlegene i egen hjemmel oppgir over 90 prosent at det har skjedd en økning av arbeidsbelastningen de siste 3-5 årene. Hele 65 prosent mener det har vært en vesentlig økning. Selvstendig næringsdrivende fastleger, og særlig de med ren næringsdrift, oppgir dette i størst grad (Figur 7.1). Leger i større kommuner har opplevd en større økning enn leger i små kommuner. Vi finner ingen signifikant sammenheng med sentralitet.

Arbeidsbelastningen er positivt korrelert med listelengde, antall kurative dager og hvor mange timer fastlegen arbeider per uke.

Blant fastlegene i egen hjemmel svarer 46 prosent at de er helt eller delvis uenig i at nåværende arbeidsbelastning er håndterbar. Igjen er det særlig blant fastlegene med ren næringsdrift belastningen oppleves som verst, mens de med 8.2-avtaler vurderer belastningen som noe bedre og fastlønnede i enda større grad mener belastningen er håndterbar (Figur 7.1). Forskjellene mellom avlønningsform, som figuren illustrerer, er signifikant i regresjonsanalysene. Vi finner også at de med spesialisering og de med flere års erfaring som fastlege i større grad opplever arbeidsbelastningen som håndterbar. Videre er lavere listelengde, deleliste, færre kurative dager, samt færre konsultasjoner assosiert med en mer håndterbar arbeidsbelastning. Arbeidsbelastningen oppleves noe mer håndterbar i små kommuner og mer sentrale kommuner (Vedlegg A).

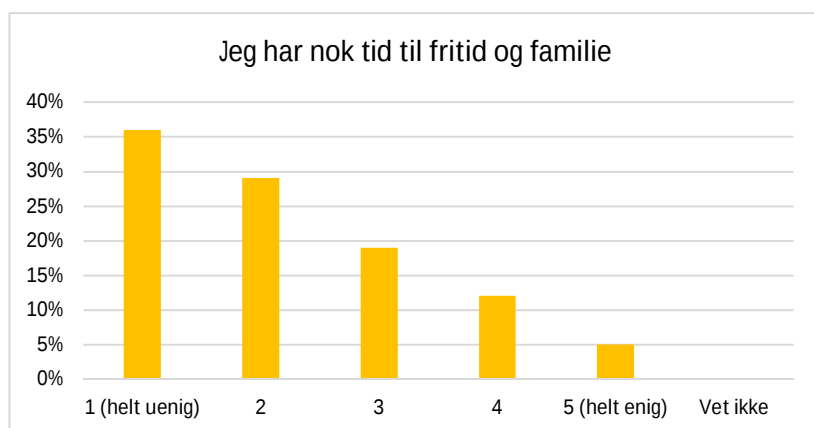


FIGUR 7.1: FASTLEGER I EGEN HJEMMEL

Høy arbeidsbelastning påvirker helse, livskvalitet og privatliv

Hele 78 prosent av respondentene som oppgir høy arbeidsbelastning sier belastningen går utover deres helse og livskvalitet. Mange vurderer å slutte som fastlege idet 66 prosent av de med høy belastning sier at belastningen har bidratt til at de aktivt har undersøkt arbeidsmuligheter utenfor fastlegeyrket. Om lag halvparten oppgir dessuten at arbeidsbelastningen bidrar til at de i større grad henviser tilstander de selv burde håndtert, samt at de opplever at dette har gått ut over muligheten til å holde ønsket kvalitet på pasientbehandlingen (Vedlegg A).

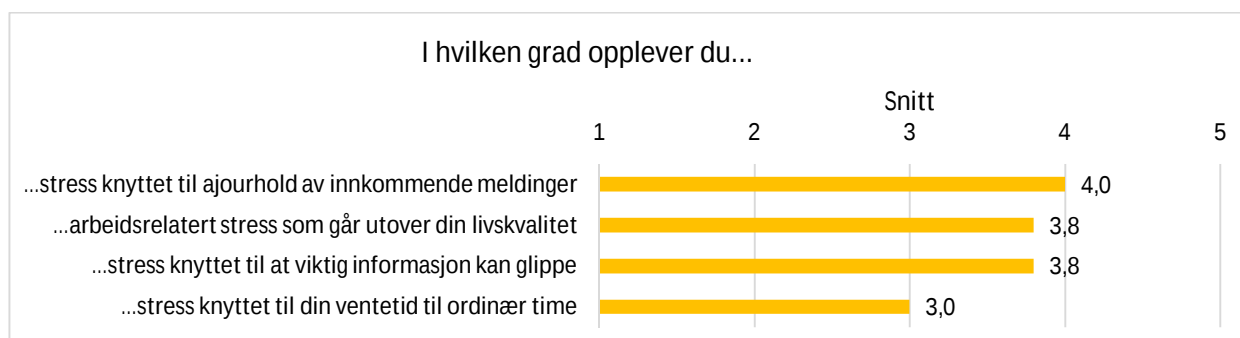
Av fastlegene i egen hjemmel sier 65 prosent seg helt eller delvis uenig at de har nok tid til fritid eller familie (Figur 7.2). Det er sannsynlig at dette henger sammen med arbeidsbelastningen, noe som også understøttes av fritekstsvar.



FIGUR 7.2 FASTLEGER I EGEN HJEMMEL

Mange fastleger opplever arbeidsrelatert stress

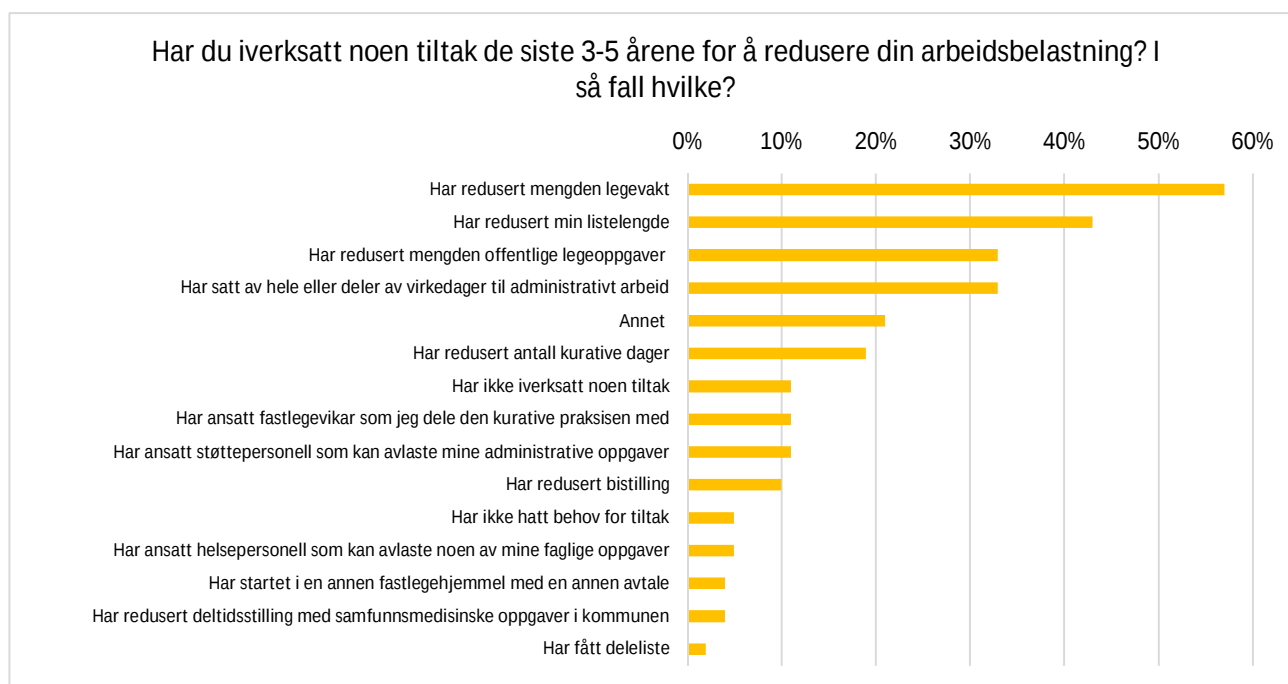
Av intervjuer fremgår det at flere fastleger opplever en avmaktsfølelse knyttet til fastlegeyrket, ofte beskrevet som å «være i et hamsterhjul» eller følelsen av å aldri være ajour, og at dette bidrar til arbeidsrelatert stress. Stress knyttet til ajourhold av innkommende meldinger, samt at viktig informasjon kan glippe, synes å bidra til denne opplevelsen av stress (Figur 7.3). Hele 74 prosent av fastlegene i egen hjemmel opplever stress knyttet til ajourhold av innkommende meldinger i stor eller svært stor grad, og 66 prosent opplever stress knyttet til at viktig informasjon kan glippe (Vedlegg A). Nærmere 70 prosent av fastlegene i egen hjemmel angir dessuten at arbeidsrelatert stress i stor til svært stor grad går ut over deres livskvalitet.



FIGUR 7.3: GJENNOMSNITT FASTLEGER I EGEN HJEMMEL. SVAR ANGITT PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1=I SVÆRT LITEN GRAD, 5=I SVÆRT STOR GRAD

Fastlegene har gjort grep for å redusere arbeidsbelastningen

De aller fleste fastlegene i egen hjemmel angir at de har iverksatt tiltak for å redusere sin arbeidsbelastning. Kun 5 prosent mener det ikke har vært behov for noen tiltak, mens 11 prosent har ikke iverksatt noen tiltak. Det vanligste tiltaket er å redusere mengden legevakt, og 57 prosent sier de har gjort dette. Videre har 43 prosent redusert sin listelengde og 33 prosent kuttet i kommunale legeoppgaver (Figur 7.4). Flere av de vanligste grepene fastlegene tar for å redusere belastningen kan dermed gjøre det mer utfordrende for kommunen å sørge for tilstrekkelig fastlegedekning, dekning av legevakt og andre offentlige legeoppgaver.



Figur 7.4 Fastleger i egen hjemmel, flere valg var mulig

Fra fritekstsvar der respondentene kunne utdype hvilke tiltak de har iverksatt for å redusere arbeidsbelastningen fremkommer det at flere har forsøkt å effektivisere arbeidshverdagen mest mulig, og den hyppigste tilbakemeldingen var at dette var ved å ta i bruk nye digitale løsninger. Flere var dog usikre på om dette hadde ført til en reell avlastning, også fordi dette har økt tilgjengeligheten. Spesifikt nevnes mulighet for hjemmekontor som en løsning mange har tatt i bruk.

Flere oppgir at de har håndtert arbeidsbelastningen ved å jobbe mer, ved å jobbe lange dager, kveld og helg. De har ofret fritid og støttet seg på familie for å få hverdagen til å gå rundt. Noen oppgir at partner har redusert sin stilling, eller sluttet i sin jobb for å avlaste på hjemmebane. Videre nevner flere at de har redusert sin stilling eller tatt ut lengre eller kortere perioder med permisjon, ofte ulønnet. Noen har også vært sykemeldt. Flere melder også om vikarbruk i kortere eller lengre perioder. Fastleger angir at de har satt ut de administrative oppgavene de kan sette ut, ofte med en betydelig ekstra kostnad, samt at flere oppgaver legges over på støttepersonell.

Flere av tiltakene synes å kunne påvirke kvalitet. Leger melder om at de har måttet droppe kurs og annen faglig utvikling, og bruker lengre tid på sitt utdanningsløp. Videre meldes det at noen har kuttet i antall konsultasjoner og måttet begrense sin tilgjengelighet. Flere sier de har måttet senke kravene til seg selv hva angår tidsfrister, kvaliteten på pasientbehandlingen, utredning og dokumentasjon, samt henvise pasienter som de tidligere hadde håndtert selv.

Noen skriver i fritekstsvarene at de skulle ønske de kunne iverksette tiltak, men at dette ikke er mulig innen dagens økonomiske rammer. Flere melder også om at kommunen ikke har kunnet imøtekomme deres ønske om å redusere listelengde, eller kutte i kommunale oppgaver. Mange har henvendt seg til kommunen i håp om at de skal kunne utbedre situasjonen. Noen har byttet legekontor, andre har byttet avtaler til fastlønn eller 8.2-avtale. Noen har omskolert seg, sagt opp eller vurderer å slutte.

Av fastlegene i egen hjemmel har 10 prosent meldt til kommunen at de vil slutte

Av fastlegene i egen hjemmel har 10 prosent tatt kontakt med kommunen og meldt at de ønsker å slutte som fastleger i egen hjemmel (Figur 7.5). Av disse har 52 prosent mer enn 10 års erfaring, og 64 prosent er ferdig spesialist. Når vi ekskluderer de som angir at de skal slutte utelukkende grunnet alder eller at de skal flytte, finner vi at 8,6 prosent av fastlegene i egen hjemmel ønsker å slutte grunnet forhold knyttet til nåværende arbeidssituasjon. Vi finner at fastleger i sentrale kommuner i signifikant større grad har meldt

at de ønsker å slutte. Videre finner vi en sammenheng med høyt antall arbeidstimer per uke, høyt antall konsultasjoner, og det å ha ren næringsdrift fremfor det å ha 8.2-avtale og det å ønske å slutte.

Har du i løpet av de siste 3-5 årene tatt kontakt med kommunen og meldt at du ønsker å slutte i din hjemmel?



FIGUR 7.5: FASTLEGER I EGEN HJEMMEL

I en tid hvor flere kommuner opplever rekrutterings- og stabilitetsproblemer, kan man tenke at fastlegene kan ha ytret slike ønsker overfor kommunen fordi de ønsker å fremforhandle en annen avtale. Vi fulgte imidlertid spørsmålet opp med et fritekstfelt hvor respondentene begrunnet hvorfor de ønsket å slutte. De fleste (~60 prosent) begrunnet dette ønske med en høy arbeidsbelastning, og flere utdyper at arbeidsbelastningen i for stor grad har påvirket fritid og familieliv, samt at dette har påvirket deres helse og livskvalitet. Videre utdypes det at fastlegeyrket ikke lenger er forbundet med den fleksibiliteten de ønsker. Noen nevner at oppgaveoverføring, og en økning i oppgaver som i stor grad er av administrativ art, økte forventninger fra pasienter og legevakt har bidratt til denne opplevelsen,

Mange utdyper at økonomisk usikkerhet har bidratt til at de ønsker å slutte. Flere utdyper at de opplever at inntekten ikke står i forhold til arbeidsinnsats. Utgiftene har økt, samt at flere av oppgavene de utfører i for stor grad er ukompensert eller ikke kompensert i det hele tatt. Videre påpeker mange at deres sosiale ordninger og rettigheter har bidratt til avgang.

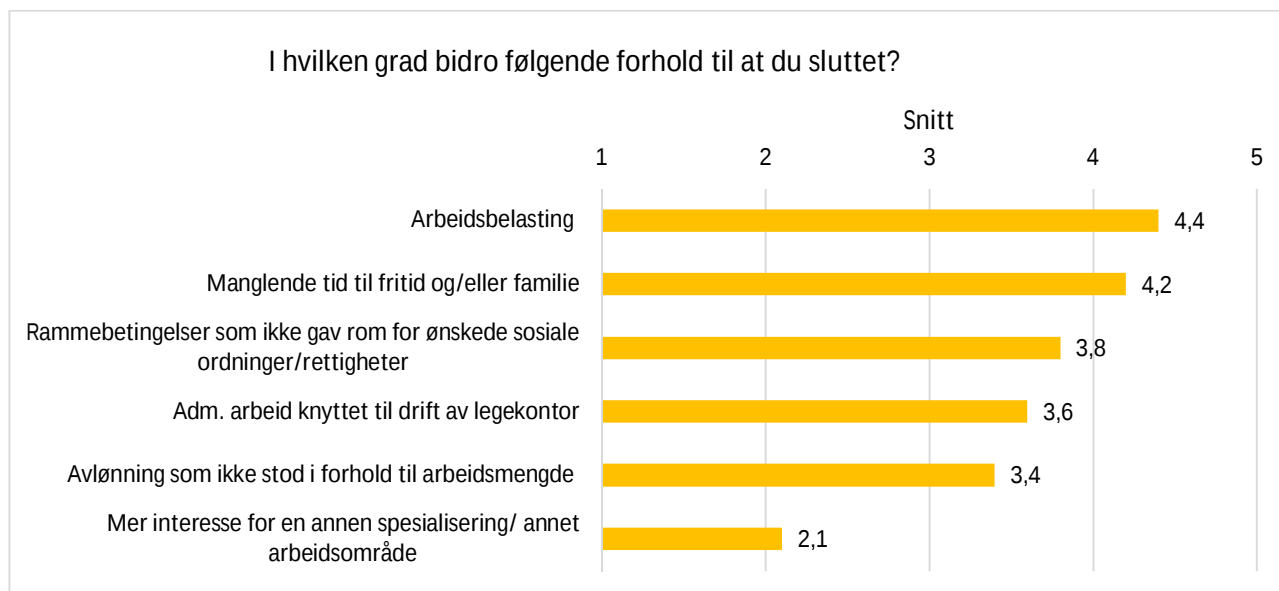
Noen trekker også frem at de opplever å stå med mye ansvar alene, og er redd for å gjøre feil. Andre trekker frem vanskelige relasjoner på legekontoret eller mellom dem og kommunen. Manglende mulighet for faglig utvikling nevnes også. Noen har meldt at de vil slutte grunnet at de skal flytte, eller skal gå av grunnet alder/pensjon.

Arbeidsbelastning og påvirkning av fritid og familieliv og har bidratt til at fastleger har sluttet. Noen av respondentene vi nådde ut til hadde nylig sluttet som fastlege i egen hjemmel eller fastlegevikar, og svarte da på en undersøkelse tilpasset dette forholdet. Her vurderte respondentene hvorvidt ulike faktorer bidro til deres avgang (Vedlegg A).

Blant respondentene som oppgir at de har sluttet ved å gå av med pensjon, angir 1/3 at det var forhold ved deres arbeidssituasjon foruten alder som bidro til at de gikk av på tidspunktet de gikk av. Av disse oppgis arbeidsbelastning som den viktigste årsaken, idet samtlige angir at dette i stor eller svært stor grad bidro til deres avgang på valgte tidspunkt. Stort ansvar synes også til å ha bidratt til at noen gikk av (Vedlegg A).

Av fastlegene i egen hjemmel som sluttet av andre årsaker enn pensjon hadde 50 prosent fullført spesialiseringen i allmennmedisin, og hele 41 prosent hadde 10 eller flere års erfaring som fastlege eller tilsvarende (Vedlegg A).

De faktorene som i størst grad bidro at fastleger i egen hjemmel sluttet er arbeidsbelastning og manglende tid til fritid/familie (Figur 7.6). Hele 83 prosent svarer at arbeidsbelastning i stor eller svært stor grad bidro til avgang, hvorav 67 prosent svarer i svært stor grad (Vedlegg A). Videre oppgir 74 prosent at manglende tid til fritid og familie i stor eller svært stor grad har bidratt til at de sluttet (Vedlegg A). Rammebetingelser som ikke ga rom for ønskede sosiale ordninger og rettigheter, avlønning som ikke stod i forhold til arbeidsmengde, samt administrativt arbeid knyttet til drift til legekantor synes også å ha bidratt til avgang hos flere (Figur 7.6). Avgangen angis i liten grad å skyldes mer interesse for et annet arbeidsområde, utfordringer knyttet til å få jobb et sted man vil bo eller få den praksisformen man ønsker.



FIGUR 7.6: GJENNOMSNITT FASTLEGER I EGEN HJEMMEL. SVAR ANGITT PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1=I SVÆRT LITEN GRAD, 5=I SVÆRT STOR GRAD

Nær halvparten av fastlegene ga ytterligere innspill til hvorfor de sluttet som fastlege i egen hjemmel eller fastlegevikar i fritekstsvar. Nesten alle oppgav at høy arbeidsbelastning hadde bidratt til deres avgang. Arbeidsbelastningen har medført omfattende kveldsarbeid og helgearbeid og gått utover livskvalitet og familieliv. Videre nevner flere at de økonomiske rammebetingelsene ikke står i forhold til arbeidsmengden, samt at store mengder administrativt arbeid har tynget deres hverdag. Noen oppgir at egen sykdom har medført at de må slutte som fastlege, grunnet økonomiske rammebetingelsene som ikke var kompatibel med langvarig fravær. Noen oppgir også at de føler seg låst i sin arbeidssituasjon, da de ikke får noen til å ta over ansvaret for sin liste, og stillingen således oppleves som «uoppsigelig». Tilbakemeldingene preges av fastleger med stor interesse og engasjement for sitt fagfelt, men som ser seg nødt til å slutte grunnet arbeidsbelastningen.

Sitater knyttet til hvorfor respondenten sluttet som fastlege

«Det er kun en grunn til at jeg sluttet: Arbeidsbelastningen som økte utover enhver akseptabel grense. Hadde aldri trodd jeg skulle gå ut av min praksis. Jeg elsket jobben. Men trenger å ha mer i livet mitt enn bare jobb.»

«De økonomiske rammene står ikke i forhold til arbeidsmengde. Muligheter for å ha færre pasienter er ikke tilstede da vi er avhengige av et visst volum for å ha driften gående.»

«Jeg hadde aldri planlagt å slutte som fastlege, men har kjent på den økende arbeidsmengden siste årene som gjelder veldig mange nå.»

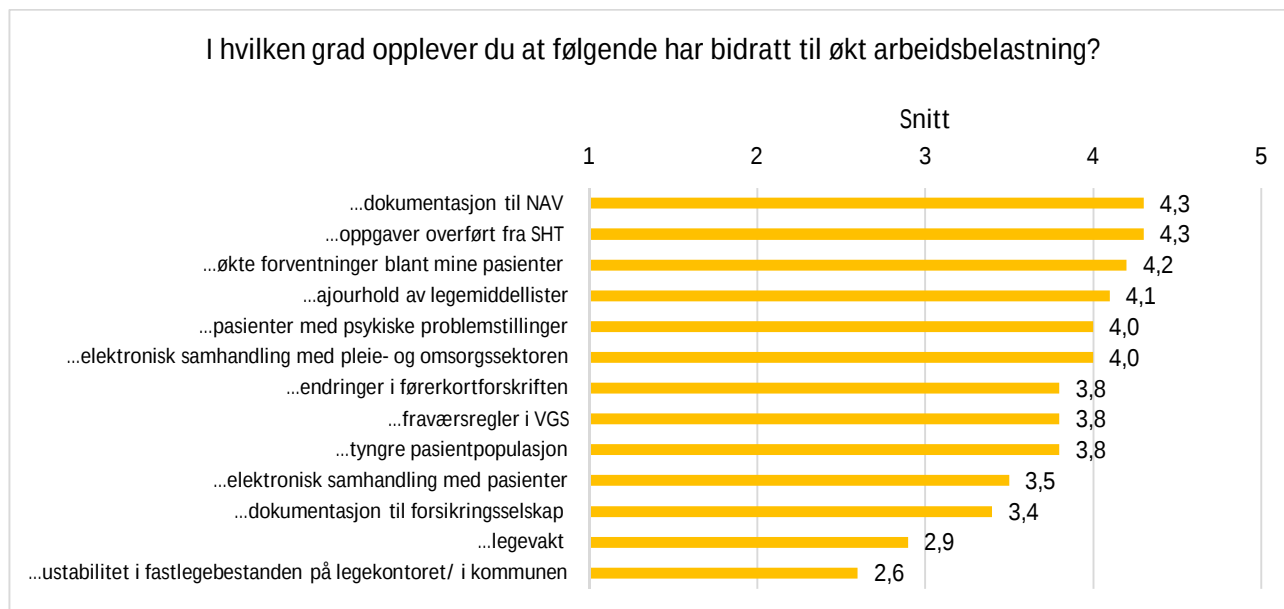
«Jeg sluttet fordi livet er for kort til å kastes bort på å jobbe seg ihjel.»

«Totalbelastningen ble for stor, gikk utover familie og venner. Alltid på jobb i form av at det ble umulig å være ajour.»

Fastlegene opplever at flere forhold i stor grad har bidratt til økt arbeidsbelastning

Fastlegene angir at flere forhold i stor grad har bidratt til økt arbeidsbelastning, og synes således å understøtte at summen av flere forhold bidrar til dette. Dokumentasjon til Nav, oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, ajourhold av legemiddellister og økte forventninger blant pasientene synes dog å ha bidratt i svært stor grad (Figur 7.7).

Flere opplever også administrativt arbeid knyttet til drift av legekantor som belastende; tilnærmet 50 prosent av fastlegene i egen hjemmel sier seg helt eller delvis uenig i at de er tilfreds med mengden administrativt arbeid knyttet til drift av legekantor (Vedlegg A).



FIGUR 7.7: GJENNOMSNITT FASTLEGER I EGEN HJEMMEL. SVAR ANGITT PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1=I SVÆRT LITEN GRAD, 5=I SVÆRT STOR GRAD

Fastlegers tidsbruk på ulike arbeidsoppgaver

For å kunne få en oversikt over hvilke legeoppgaver fastlegene har, samt et estimere omfanget av disse, ba vi dem angi i heltall hvor mange timer i uken de i snitt brukte på et utvalg arbeidsoppgaver. En tredel av respondentene oppgir en samlet arbeidstid med legearbeid mellom 40-49 timer i uken og litt over en tredel mellom 50-59 timer. Rundt 20 prosent oppgir over 60 timer. Median oppgitt arbeidstid er 50 timer i

uken Fastlønnede fastleger oppgir i snitt noe kortere arbeidstid; median arbeidstid er 45 timer i uken, mens 15 prosent en samlet arbeidstid på over 60 timer (Tabell 7.1).

Over 40 prosent av respondentene oppgir å ha offentlige legeoppgaver og median oppgitt tid er 6 timer i uken blant de som har oppgaven. Over 70 prosent av fastlønnede har offentlige legeoppgaver, mens henholdsvis 67 prosent av fastlegene med 8.2-avtaler og 38 prosent av de med ren næringsdrift oppgir å ha offentlige legeoppgaver. Fastlønnede har også i større grad samfunnsmedisinske oppgaver i kommunen, mens de med ren selvstendig næringsdrift har dette i minst grad.

Under halvparten av respondentene oppgir å ha legevakt med tilstedeværelse, 20 prosent har en bakvaktsfunksjon og under 15 prosent har legevakt med hjemmevakt. Fastleger med ren næringsdrift oppgir i minst grad å ha legevakt. 30 prosent av fastlegene i egen hjemmel deltar ikke i den kommunale legevakten, og ytterligere 30 prosent oppgir at de som regel gir bort vaktene (Vedlegg A).

Anslagsvis hvor mange timer i uken bruker du i gjennomsnitt på følgende arbeidsoppgaver?			
Samlet arbeidstid legearbeid i snitt per uke	Fastlege ren næringsdrift	Fastlege 8.2-avtale	Fastlønn
0-19 timer	1%	2%	3%
20-29	2%	3%	4%
30-39	7%	7%	11%
40-49	33%	31%	42%
50-59	37%	38%	23%
60-69	14%	11%	8%
70-79	4%	6%	2%
≥ 80	1%	2%	5%
Median timer (prosentandel som har oppgaven)			
Samlet arbeidstid legearbeid	50t (100%)	50t (100%)	45t (99%)
Pasientkonsultasjoner	30t (100%)	27t (100%)	25t (99%)
Pasientrelatert administrativt arbeid	10t (100%)	8t (99%)	8t (100%)
Administrasjon av egen praksis	2t (97%)	2t (86%)	2t (46%)
Offentlige legeoppgaver	5t (38%)	7t (67%)	7t (72%)
Samfunnsmedisinske oppgaver i kommune	4,5t (7%)	8t (24%)	8t (31%)
Bistilling med annet legearbeid enn nevnt over	4t (25%)	5t (22%)	4t (21%)
Legevakt med tilstedevakt	4t (44%)	6t (59%)	7t (53%)
Legevakt med hjemmevakt	4t (8%)	8t (30%)	15,5t (38%)
Legevakt, bakvakt	3t (16%)	5t (36%)	8t (38%)

TABELL 7.1 TIMEFORDELING PÅ ULIKE OPPGAVER. OPPGITT I SPØRREUNDERSØKELSE BLANT FASTLEGER

I fritekstfelt kunne respondentene utdype om andre forhold enn de vi ba de vurdere hadde bidratt til å øke arbeidsbelastningen, og 16 prosent gjorde dette. Fritekstsvarene understøtter at det er den samlede oppgaveøkningen knyttet til flere forhold som bidrar til den totale arbeidsbelastningen flere opplever. Videre nevner mange økte dokumentasjonskrav samt ønske om attester fra flere hold. Flere nevner det økende antall møter det forventes at legene deltar i. Økte krav til digitale tjenester, slik som e-konsultasjon, og generelt merarbeid knyttet til elektroniske løsninger som fungerer suboptimalt angis også å bidra. Den generelle forventningen om økt tilgjengelighet, og samhandling via flere kanaler oppgis også som belastende. Økonomisk usikkerhet, og økte utgifter nevnes også som momenter som øker arbeidsbelastningen, idet man må jobbe mer for å sikre økonomien.

Flere nevner også at det er belastende at det stadig kommer endringer i retningslinjer fra helsemyndighetens side, hvor flere oppgaver involverer fastlegen, samt å skulle holde seg oppdatert på disse. Mange nevner at administrativt arbeid, og drift av legekantor medfører en arbeidsbelastning, samt at ustabilitet i fastlegebestanden fører til en økt belastning på de som er igjen med å følge opp pasienter fra andres lister samt veilede uerfarne leger.

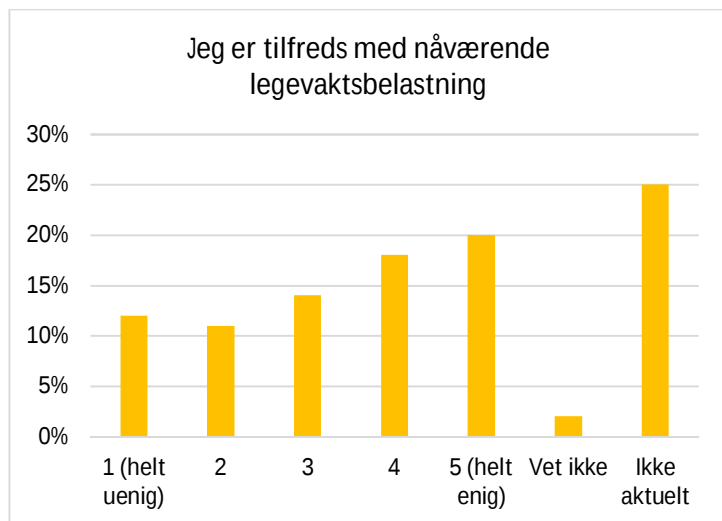
Flere utdyper forhold vi har bedt de vurdere. Vedrørende oppgaveøkning knyttet til psykiatri utdyper noen at de opplever at det er vanskeligere å få spesialisthelsetjenesten eller lokale behandlingstilbud til å ta imot pasientene, eller følge opp disse. Videre utdyper flere hva de opplever som belastende hva angår oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten. Her nevner de eksempler som at de blir bedt om å sykemelde på vegne av spesialisthelsetjenesten og henvise til utredninger på bakgrunn av funn gjort i spesialisthelsetjenesten. Flere nevner også at overføringen av kreftoppfølging ansees som belastende.

Ajourhold av legemiddellister nevnes også spesifikt som en oppgave som oppleves belastende, og flere nevner at det er tungvint å oppdatere multidose via manuelle rutiner. Respondentene utdyper videre hva de opplever som belastende hva angår forventninger fra pasienter, og det de opplever som at pasientene forventer at de skal yte service. Pasientene kommer ofte med ønsker om hva som skal gjøres basert på hva de har lest seg til, samt at de forventer at flere problemstillinger blir håndtert på en konsultasjon.

Legevakt synes ikke å være mest utslagsgivende for arbeidsbelastningen

Legevakt har tradisjonelt vært trukket frem som en faktor som har bidratt vesentlig til fastlegenes arbeidsbelastning. Dette synes ikke lenger å være tilfellet for majoriteten av fastlegene; 38 prosent av respondentene sier seg helt eller delvis enig i at de er tilfreds med nåværende legevaktsbelastning og 25 prosent angir at dette ikke er aktuelt. Videre har legevakt i mindre grad bidratt til økt arbeidsbelastning (Figur 7.7). Dette må imidlertid sees i sammenheng med at mange har redusert mengden legevakt for å redusere arbeidsbelastningen; hele 57 prosent av fastlegene i egen hjemmel angir at det har gjort nettopp dette, samt at 30 prosent oppgir at de ikke har legevakt og 27 prosent at de som regel gir bort vaktene. Reduksjonen i mengden legevakt kan ha bidratt til at mange leger nå er tilfreds med sin legevaktsbelastning (Figur 7.8).

Av fritekstfelt fremkommer det at legevakt fortsatt er belastende for noen leger og 22 prosent av respondentene er helt eller delvis uenig i at de er tilfreds med nåværende legevaktsbelastning. Fra regresjonsanalyser finner vi at leger er mindre tilfreds med legevaktsbelastningen dersom de oppgir høyere antall timer legearbeid i snitt per uke, dersom legene har færre års erfaring som fastlege samt leger som arbeider i større kommuner og usentrale kommuner.



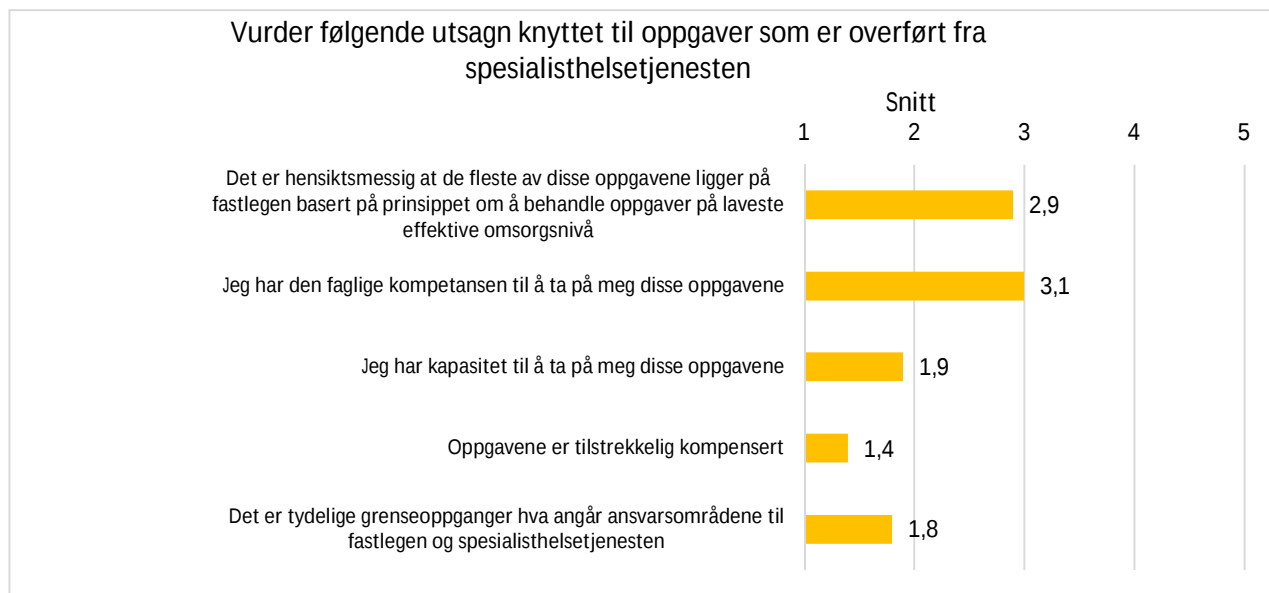
FIGUR 7.8: FASTLEGEVIKARER OG FASTLEGER I EGEN HJEMMEL

Forholdene ligger ikke til rette for graden av oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten

Fastlegene er delt i spørsmålet om det er riktig at oppgavene som er overført fra spesialisthelsetjenesten ligger på fastlegen ut ifra prinsippet om å behandle oppgaver på lavest mulige effektive omsorgsnivå; 1/3 sier seg enig, 1/3 stiller seg nøytral, og 1/3 er uenig i dette. Få mener imidlertid at de har kapasitet til å ta på seg disse oppgavene, idet 4/5 av respondentene sier seg helt eller delvis uenig i at de har kapasitet til dette. Grenseoppgangen mellom ansvarsområdene til fastlegen og spesialisthelsetjenesten oppfattes

dessuten som utydelige. Videre mener 90 prosent av fastlegene i egen hjemmel at oppgavene overført fra spesialisthelsetjenesten ikke er tilstrekkelig kompensert (Figur 7.9, Vedlegg A). Dette tyder på at fastlegene ikke synes at forholdene ligger til rette for oppgaveoverføringen.

Respondentene er også delt i om de har den faglige kompetansen til å ta på seg oppgavene som er overført fra spesialisthelsetjenesten, og 30 prosent av fastlegene i egen hjemmel sier seg helt eller delvis uenig i at de har kompetansen. Spredning i svarene kan påvirkes av at oppgavene som er overført er mange, av ulik art og varierer fra region til region.



FIGUR 7.9: GJENNOMSNITT FASTLEGER I EGEN HJEMMEL. SVAR PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1=I SVÆRT LITEN GRAD, 5=I SVÆRT STOR GRAD

Mange fastleger opplever at oppgaver de gjør i dag ikke burde ligge på fastlegen

Over halvparten av respondentene har gitt tilbakemeldinger i et fritekstfelt vedrørende om det er noen oppgaver de gjør i dag som de opplever ikke burde ligge på fastlegen.

Av oppgavene som nevnes hyppigst er førerkortvurderinger, attester i forbindelse med fravær i videregående skole, legeerklæringer og annen dokumentasjon til Nav, legeerklæringer til forsikringsselskap, tung psykiatri, sykemeldinger og oppfølging av disse, samt oppgaver fra spesialisthelsetjenesten inkludert kreftoppfølging.

Hva angår oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten nevnes spesifikt det som svært mange omtaler som «sekretærjobb for spesialisthelsetjenesten», herunder viderehenvisninger til undersøkelser basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten, samt kontroller, sykemeldinger og utskrivninger av resepter etter sykehusopphold eller polikliniske besøk. Videre nevnes oppdatering av multidoser og opprydning i reseptformidleren etter at pasientene har vært på sykehus.

Kreftoppfølging av ulike tilstander nevnes av mange som oppgaver som ikke bør ligge på fastlegen. Flere opplever at de ikke har kompetansen, samt at de ikke har kapasitet til å sette seg inn i de komplekse retningslinjene. Videre påpekes det at arbeidet kompliseres av at de ikke har systemene til å kunne kalle inn til kontroller langt frem i tid, eller med bestemte intervaller.

Mange nevner at de opplever at de sitter med oppfølgingen av tynge psykiatriske pasienter og/eller ruspasienter som de ikke burde sitte med. Dette skyldes at spesialisthelsetjenesten eller lokale behandlingstilbud enten ikke tar inn pasienten, har for lange ventetider eller avslutter oppfølgingen. Videre nevnes det at psykiatrien krever somatiske utredninger de opplever ikke burde ligge på fastlegen.

Flere nevner også den ekstra belastningen ved at pasienter skrives ut tidligere fra sykehuset, samt at fastlegen pålegges komplekse utredninger, oppfølging og utredning av komplekse tilstander som revmatologi, oppfølging etter transplantasjon, langt-kommet hjertesvikt og tung geriatri. Noen fastleger

nevner at de pålegges prosedyrer de ikke opplever bør ligge på dem, eksempelvis injeksjonsbehandling eller fjerning av større hudlesjoner. Prøvetaking og oppfølginger pålagt av avtalespesialister nevnes også.

Det er også enkelte som peker på en rekke administrative oppgaver ikke burde ligge på fastlegene, eksempelvis rekvirering av pasientreiser, attester i forbindelse med TT-kort.

På den andre side er det flere som påpeker at oppgavene de gjør i dag bør ligge på fastlegen eller at oppgavene som ligger på fastlegen stort sett bør ligge til fastlegen, men at det er den totale mengden oppgaver som er for stor til at fastlegene kan håndtere dette.

7.1.4 Fastlegenes vurdering av økonomiske rammebetingelser

For å vurdere forhold knyttet til fastlegenes økonomiske rammebetingelser, har vi sett nærmere på fastlegens opplevelse av sin inntekt og økonomisk trygghet i sin arbeidssituasjon, fastlegenes vurdering av sin listelengde samt deres vurdering av dagens finansieringsmodell.

Middels fornøyd med inntekt – mindre fornøyd med samsvar mellom inntekt og arbeidsmengde
Fastlegene i egen hjemmel er delt i hvor tilfreds de er med nåværende inntekt; 45 prosent er helt eller delvis enig, 27 prosent stiller seg nøytrale, mens 28 prosent er helt eller delvis uenig i at de er tilfreds med sin nåværende inntekt. Det er imidlertid forskjeller basert på avlønningsform; blant legene med fastlønn angir 68 prosent at de er tilfreds med sin nåværende inntekt, mens 61 prosent av de med 8.2-avtale og 40 prosent av de med ren næringsdrift angir det samme (Vedlegg A).

Majoriteten av fastlegene er imidlertid lite fornøyd med samsvaret mellom inntekt og arbeidsmengde; 66 prosent er helt eller delvis uenig i påstanden «jeg er tilfreds med min nåværende inntekt sett opp mot arbeidsmengde». Det er fastlegene med ren selvstendig næringsdrift som er minst tilfreds, idet 72 prosent angir at de er helt eller delvis uenig. Tilsvarende angir 52 prosent av de med 8.2-avtale og 35 prosent av fastlønnede at de ikke er tilfreds med inntekt opp mot arbeidsmengde.

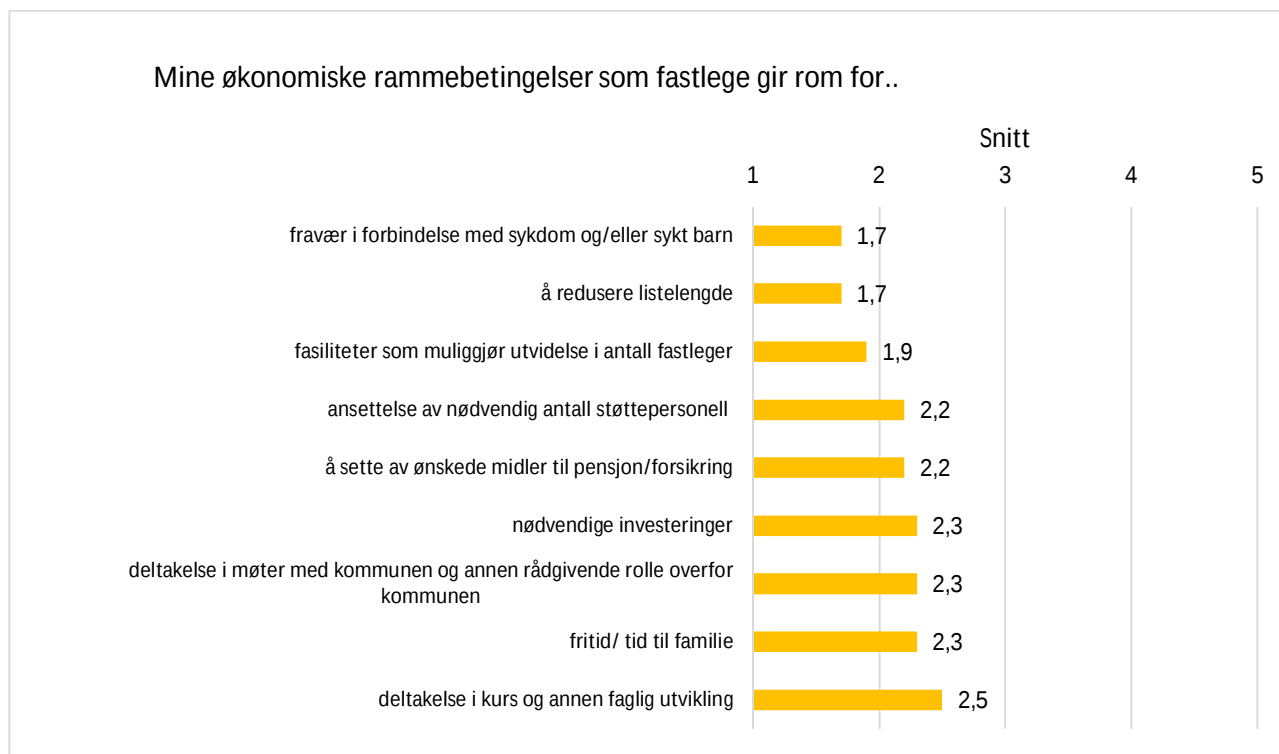
Økonomisk usikkerhet – sammenheng med avlønningsform, erfaring og spesialiststatus
Tilnærmet 40 prosent av fastlegene i egen hjemmel opplever i liten grad å ha økonomisk trygghet i sin arbeidssituasjon, mens 36 prosent sier seg helt eller delvis enig i at de har økonomisk trygghet (Vedlegg 1.1). Det er forskjeller mellom avlønningsformene; blant fastlegene med ren selvstendig næringsdrift er 44 prosent helt eller delvis uenig i å ha økonomisk trygghet, mens 26 prosent av fastlegene med 8.2-avtale svarer tilsvarende. Av de fastlønnede opplever 84 prosent å ha økonomisk trygghet.

Fra regresjonsanalyser finner vi at økonomisk usikkerhet er mest uttalt blant leger med ren næringsdrift, kortere erfaring som fastlege og ikke fullført spesialisering. Dette kan være et tegn på at legene i etableringsfasen, særlig opplever økonomisk usikkerhet. Vi finner en svak positiv sammenheng med antall konsultasjoner og oppgitt antall arbeidstimer, som kan skyldes at disse jobber mer for å kompensere for situasjonen. Fastleger i mer sentrale kommuner og fastleger med flere timer offentlige legeoppgaver i uken opplever å ha noe mer økonomisk trygghet.

Dagens økonomiske rammebetingelser gir begrensninger for flere viktige forhold
En stor andel av fastlegene i egen hjemmel vurderer at deres økonomiske rammebetingelser setter begrensninger for en rekke forhold (Figur 7.10). Det å ha 8.2-avtale synes å beskytte noe, mens fastlønn innebærer ytterligere beskyttelse mot at de undersøkte forholdene begrenses av økonomiske rammebetingelser (Vedlegg A). I denne sammenheng bør det nevnes at 8.2-avtale og fastlønn kan innebære at kommunen har det økonomiske ansvaret for noen av forholdene som undersøkes.

Av forholdene som undersøkes er det rom til å være hjemme med sykdom/sykt barn, rom til å redusere listelengde, samt fasiliteter som gjør det mulig å ta inn flere leger på legekantoret (Figur 7.10). Over 85 prosent av fastlegene med ren selvstendig næringsdrift er helt eller delvis uenig i at deres økonomiske rammebetingelser gir rom for fravær i forbindelser med sykdom og/eller sykt barn, hvorav over 65

prosent er helt uenig (Vedlegg A). Fastleger med færre år som fastlege opplever i større grad at det er lite rom for fravær



FIGUR 7.10: GJENNOMSNITT FASTLEGER I EGEN HJEMMEL. SVAR PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1=HELT UENIG, 5=HELT ENIG

Flertallet av fastlegene i egen hjemmel ønsker endringer av fordelingsnøkkelen mellom basistilskudd og aktivitetsbasert finansiering, da 61 prosent ønsker at basistilskuddet skal økes. Kun 5 prosent mener den aktivitetsbaserte finansieringen (takstene) bør utgjøre en større andel (Vedlegg A).

Differanse mellom passende listelengde av hensyn til arbeidsmengde/kvalitet og økonomi
Fastlegene angir at det er en betydelig differanse mellom passende listelengde av hensyn til arbeidsmengde/kvalitet og av hensyn til økonomisk trygghet innenfor dagens rammebetingelser. Oppgitt passende listelengde av hensyn til økonomisk trygghet er i snitt 51 prosent (ca. 400 pasienter) høyere enn oppgitt passende listelengde av hensyn til arbeidsmengde og kvalitet blant fastleger i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift og 4 kurative dager (Tabell 7.2). Tilsvarende differanse for fastlønnede leger er på 34 prosent (Vedlegg A).

Videre er det en differanse mellom oppgitt passende listelengde av hensyn til kvalitet og listelengden fastlegene har i dag. Fastlegene i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift som arbeider 4 kurative dager oppgir i snitt at en passende listelengde av hensyn til ønsket arbeidsmengde/kvalitet er ca. 250 pasienter (20 prosent) lavere enn den listelengden de har i dag. Tilsvarende differanse for fastlønnede er på 6 prosent (Vedlegg A).

I snitt oppgir fastleger med selvstendig næringsdrift som har 4 kurative dager på fastlegekontoret at en passende listelengde basert på ønsket arbeidsmengde og mulighet for å yte tjenester av god kvalitet er på 920 pasienter, dog er spredningen blant fastlegene stor. Fastleger i mer usentrale kommuner oppgir å ønske kortere listelengde. Fastleger med fastlønn ønsker kortere listelengde enn fastleger med ren næringsdrift. Vi finner ikke statistisk signifikant forskjell i ønsket listelengde mellom 8.2-avtaler og ren selvstendig næringsdrift. Videre ønsker fastleger som ikke har fullført spesialisering kortere listelengde enn de med spesialisering og lenger erfaring og kvinner ønsker kortere listelengde enn menn. Fastleger med flere oppgitte arbeidstimer per uke ønsker i større grad kortere listelengde (Vedlegg A).

Vurderinger knyttet til listelengde blant fastleger i egen hjemmel med næringsdrift og 4 oppgitte kurative dager	
«Gitt dine nåværende antall kurative dager, hva er passende listelengde basert på ønsket arbeidsmengde og mulighet for å yte tjenester av god kvalitet», snitt (SD)	920,1 (203,8)
«Gitt dine nåværende antall kurative dager, hva er passende listelengde basert på mulighet for å sikre økonomisk trygghet innenfor dagens rammebetingelser», snitt (SD)	1327,3 (298,1)
Gjennomsnitt listelengde basert på middelerdi i intervall, snitt (SD)	1122,8 (245,3)
Differanse mellom passende listelengde av hensyn til henholdsvis økonomisk trygghet og arbeidsmengde/kvalitet, snitt (SD)	407,3 (279,1)
Prosentvis differanse mellom passende listelengde av hensyn til henholdsvis økonomisk trygghet og arbeidsmengde/kvalitet, prosent	51%
Differanse mellom ønsket listelengde basert på arbeidsmengde/kvalitet og oppgitt listelengde, snitt (SD)	-249,0 (176,6)
Prosentvis differanse mellom ønsket listelengde basert på arbeidsmengde/kvalitet og oppgitt listelengde, snitt (SD)	-20%

TABELL 7.2: FASTLEGENE HAR OPPGITT NÅVÆRENDE LISTELENGDE I INTERVALLER PÅ 100 AV HENSYN TIL ANONYMITET. VI HAR TATT UTGANGSPUNKT I MIDDELERDIEN FOR INTERVALLT.

Funnene kan tyde på at fastlegene i egen hjemmel, især fastlegene med næringsdrift, ønsker å redusere listelengden av hensyn til passende arbeidsmengde og muligheten for å yte tjenester av den kvaliteten de ønsker, men mener de forhindres av hensynet til økonomisk trygghet. Dette understøttes av at 85 prosent av fastlegene med ren selvstendig næringsdrift er helt eller delvis uenig i at deres økonomiske rammebetingelser gjør det mulig for dem å redusere deres listelengde, mens 64 prosent av de med 8.2-avtale svarer det samme (Vedlegg A).

Selvstendig næringsdrivende fastleger med fire kurative dager angir at en passende listelengde i snitt ligger rundt 920 pasienter, som i snitt er 20 prosent lavere enn den listelengden de har i dag (Tabell 7.2).

Fastlegene angir at oppgaver som har tilkommet de siste årene er underfinansiert. Hele 84 prosent av fastlegene i egen hjemmel er helt eller delvis uenig i at oppgavene som har tilkommet de siste 3-5 årene er tilstrekkelig finansiert, hvorav 69 prosent er helt uenig (Vedlegg A). Tilsvarende er 89 prosent helt eller delvis uenig i at oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten er tilstrekkelig kompensert. Dette understøttes av frittekstsvaret; flere fastleger opplever at flere oppgaver ikke kompenseres og at takstene ikke har fullt utgiftsøkningene.

I frittekstfelt kunne fastlegene gi kommentarer til dagens finansiering av fastlegeordningen, og rundt 25 prosent valgte å gjøre dette. Innspillene understøtter at fastlegene opplever at basistilskuddet bør økes, og noen utdyper at dette må til for å sikre større økonomisk trygghet, sosiale ordninger og rettigheter og veie opp for deres økte faste utgifter, samt at basistilskuddet må opp for å understøtte muligheten for å redusere listelengden. Videre kommenterer også flere at takstene bør økes, at flere oppgaver ikke kompenseres, og at takstene ikke har fulgt utgiftsøkningen. Det stilles også spørsmålsteget ved hvordan avtalespesialister kan ha et betydelig høyere basistilskudd og samtidig ikke har samme pålagte krav hva angår utstyr, lokaler og ansatte.

Sitater knyttet til dagens finansiering av fastlegeordningen

«Vi må få bedre basistilskudd! Kutt gjerne takstene tilsvarende. Vi har en grei månedslønn når vi er friske og ikke har fravær, men vi har ingen økonomisk trygghet, ingen økonomisk mulighet for fravær og ingen økonomisk trygghet ved sykdom.»

«Man må arbeide over evne for å få en respektabel lønn, relatert til andre lønnsnivå i Norge.»

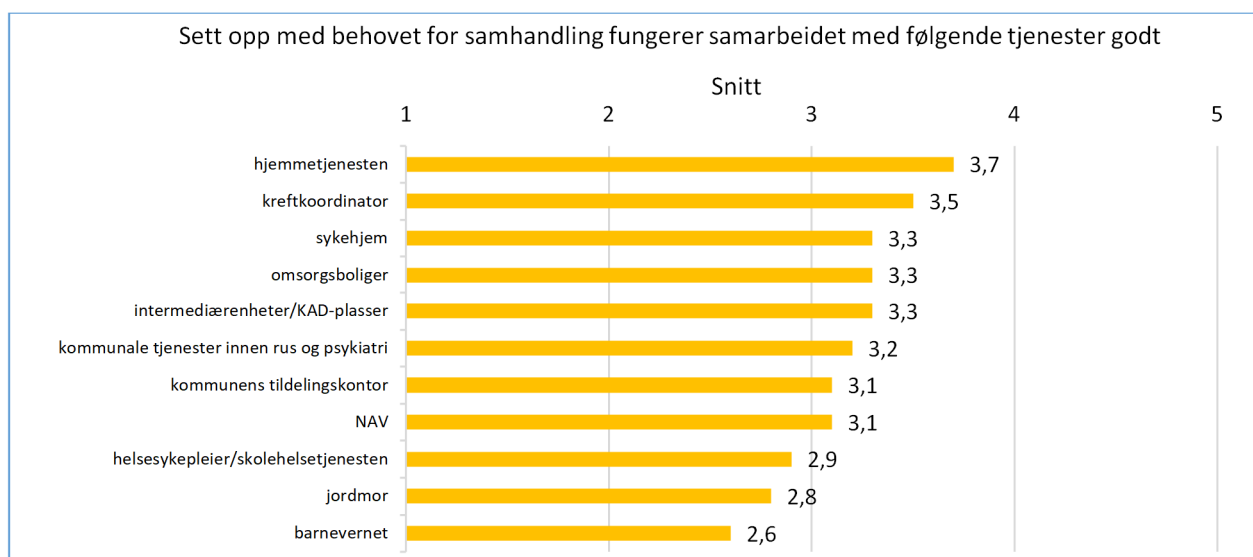
«En rekke arbeidsoppgaver kompenseres ikke av takstsystemet. Da må basistilskuddet økes om dette skal betales på noe vis.»

7.1.5 Fastlegenes vurdering av samarbeid med andre tjenester

For å evaluere samarbeidet mellom fastlegene og andre tjenester har vi sett nærmere på fastlegenes overordnede vurderinger av kvaliteten på samarbeidet med kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Det er gått noe mer i dybden rundt samarbeidet med hjemmetjenesten da dette er identifisert som en viktig kommunal samarbeidspartner.

Fastlegene vurderer samarbeidet med de fleste kommunale tjenester som middels bra. Overordnet vurderer fastlegene samarbeidet med de fleste kommunale helsetjenester som middels bra sett opp mot behovet for samhandling (Figur 7.11). Hjemmetjenesten er den kommunale aktøren fastlegen mener samarbeidet fungerer best med. Fastlegene er mellom nøytrale og positive til samarbeidet med Nav, intermedieenheter, omsorgsboliger, sykehjem, rus/psykiatri, da ca. 60 prosent er nøytral eller delvis enig i at samarbeidet fungerer godt. Fastlegene angir å være noe mer tilfreds med kommunens kreftkoordinator (Figur 7.11, Vedlegg A).

Det er samarbeidet med barnevernet flest fastleger oppgir at det er knyttet utfordringer til; av fastlegene i egen hjemmel angir 44 prosent at de er helt eller delvis uenig i at samarbeidet med barnevernet fungerer godt. Dermed er det samarbeidet med jordmor og helsesykepleier/skolehelsetjenesten flest fastleger angir at fungerer mindre godt (Figur 7.11).



FIGUR 7.11 GJENNOMSNIITT FASTLEGER I EGEN HJEMMEL, SVAR PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1=HELT UENIG, 5=HELT ENIG

Fastlegene er overordnet tilfreds med samarbeidet med hjemmetjenesten; 64 prosent av respondentene er helt eller delvis enig i at samarbeidet fungerer godt. Fastlegene opplever videre tilgjengeligheten til

hjemmetjenesten som god; 72 prosent sier seg helt eller delvis enig i dette. Videre tror majoriteten av fastlegene at hjemmetjenesten opplever deres tilgjengelighet som god (Vedlegg A).

Elektronisk samhandling som et tveegget sverd

Fastlegene mener PLO-meldingene bidrar til en effektiv samhandling med hjemmetjenesten, idet 70 prosent sier seg helt eller delvis enig i dette. Fastlegene er noe mer delt i spørsmålet om antallet PLO-meldinger oppleves håndterbart, samt om meldingene inneholder den informasjonen de trenger (Vedlegg A). Majoriteten av fastlegene svarer dog at elektronisk samhandling med pleie- og omsorgssektoren har bidratt til å øke deres arbeidsbelastning, idet 70 prosent svarer at dette har bidratt til å øke arbeidsbelastningen deres i stor eller svært stor grad. Det synes således at elektronisk samhandling er et tveegget sverd. Det bidrar til effektiv samhandling, men mengden meldinger kan være belastende og bidra til følelsen av alltid å skulle være tilgjengelig og aldri være ajour.

Dette understøttes av innspill fra fritekstfelt, her nevner flere at PLO-meldingene på den ene siden oppleves som et godt verktøy som har forenklet samarbeidet med pleie og omsorgssektoren. Det nevnes imidlertid at informasjonen i meldingene av og til er mangelfull, samt at det er mindre avklart hvordan disse meldingene skal brukes. Noen gir eksempelvis uttrykk for at de ofte mottar flere meldinger fra ulike sykepleiere om samme problemstilling, og at de av og til opplever at PLO-meldinger feilaktig blir brukt til å melde om akutte problemstillinger. Flere melder også om at totalmengden av meldinger kan oppleves som belastende. Flere fastleger etterlyser muligheten for elektronisk samhandling med de aktørene som ikke har dette, eksempelvis helsesykepleier og jordmor.

I fritekstsvaret hvor fastlegene kunne komme med ytterligere innspill til samhandling med andre kommunale tjenester utdyper flere av respondentene at det er et stort antall aktører fastlegen forventes å skulle samhandle med, og at dette i totalen blir for mye i en travel arbeidshverdag. Det nevnes også at det er vanskelig å ha oversikt over de tilbudene som finnes i kommunen. Dessuten nevnes det at samhandling er underfinansiert, og at det er manglende takster for dette. Et hyppig forekommende innspill er at samhandlingen med flere aktører oppleves som enveis, ved at aktøren etterspør noe fra fastlegen, men at tjenesten selv ikke yter samme tilgjengelighet eller gir informasjon tilbake.

I samhandlingen med hjemmesykepleien meldes det om et skifte, der tidligere fysiske møter er erstattet med elektroniske meldinger, og at dette kan ha hatt negative konsekvenser for samarbeidet. Noen melder at de har gjeninnført/beholdt fysiske møtepunkter med hjemmesykepleien og melder at dette har bedret samhandlingen og/eller redusert antall PLO-meldinger. Andre melder at de gjerne skulle hatt møter, men at det ikke er tid og ikke er tilstrekkelig kompensert. Fastlegene anerkjenner den jobben pleie- og omsorgssektoren legger ned, og ser at også disse har et stort arbeidspress.

Noen melder også om faste møtepunkter med andre tjenester, og at dette oppleves som nyttig. Fastleger i små kommuner beskriver at samarbeidet fungerer godt da de er lokalisert nære hverandre og kjenner hverandre.

I fritekstfeltene uttrykker noen fastleger hva de opplever er krevende med samhandlingen med barnevernet. De angir at barnevernet krever uttalelser fra fastlegen, ofte med korte frister, men at de opplever at dialogen er enveis, og at informasjon sjelden kommer fra barnevernet. Det meldes også om at særlig barnevernet bruker Altinn for å nå fastlegen og etterlyse uttalelser, og at dette ikke var en kanal fastlegen var klar over før de oppdaget henvendelsene. Fastlegene er også betenkt rundt bruk av denne kanalen i sikkerhetsøyemed.

Flere melder om at de opplever samarbeidet med Nav som krevende og belastende, og at de opplever tilgjengeligheten til Nav som dårlig. Igjen pekes det på en samhandling som er enveis, der de opplever at Nav krever mye av fastlegen med korte frister, men ikke selv er tilgjengelig når fastlegene har behov for dette, samt at de ikke sender informasjon fastlegen burde hatt. Det meldes eksempelvis om at Nav er dårlig til å besvare fastlegenes dialogmeldinger. Noen melder også om et stadig vanskeligere samarbeidsklima med Nav. Flere beskriver et skifte fra samarbeid med Nav til at Nav har blitt et

kontrollorgan. Noen utdyper at Nav fremstår arrogante eller setter spørsmålstegn ved fastlegenes uttalelser på feilaktig grunnlag.

Både for Nav og barnevern opplever fastlegen at det kan være situasjoner der instansene har misforstått sin taushetsplikt som medfører at fastlegene ikke får tilsendt informasjon de burde vite om.

Fritekstsvarene understøtter at de kommunene som har kreftkoordinator eller liknende opplever dette samarbeidet som positivt. Flere fastleger melder at de ønsker et kommunalt psykisk helsetilbud som i større grad kan avlaste arbeidet med psykiatri og rus.

Sitater knyttet til samhandling med andre tjenester

«Det er bra med samhandling, men tiden strekker ikke til i forhold til møter etc. Det stjeler for mye tid.»

«PLO-meldinger har gitt en ny og bedre hverdag når det gjelder samarbeid.»

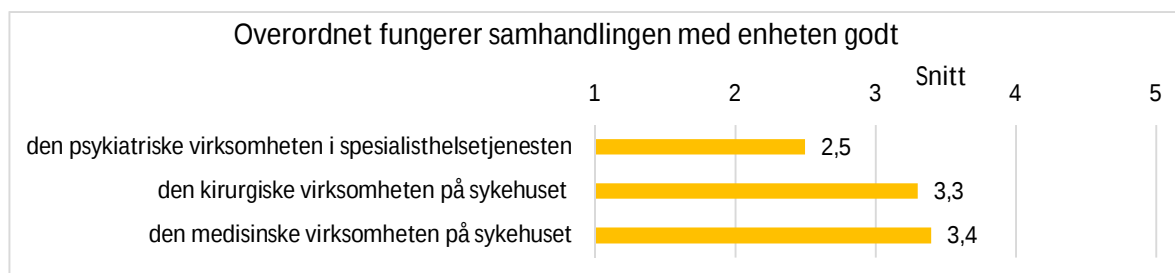
«Kort tjenestevei i liten kommune gjør det lokale samarbeidet enkelt.»

«Nav krever mye, korte frist og mange henvendelser, men fungerer dårlig andre veien, når vi har behov for kontakt med saksbehandler/ ber om møter osv.»

«Umulig å komme i kontakt med Nav.»

«Barnevernet ber om uttalelser, men vi får aldri noe andre veien. Med andre ord ikke noe samarbeid i det hele tatt.»

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten - samarbeidet med psykiatrien er mest utfordrende. Hovedvekten av fastlegene i egen hjemmel er nøytral eller delvis enig i at samarbeidet med den medisinske og kirurgiske virksomheten fungerer godt, da rundt 75 prosent av respondentene angir dette. Samarbeidet med den psykiatriske virksomheten i spesialisthelsetjenesten er mer utfordrende; 47 prosent av fastlegene svarer at de er helt eller delvis uenig i at samhandlingen med den psykiatriske virksomheten fungerer godt. Basert på gjennomsnittet av respondentenes vurderinger er det samarbeidet med den psykiatriske virksomheten som fungerer dårligst av alle tjenestene de er bedt vurdere samarbeidet med (Figur 7.12).



FIGUR 7.12 GJENNOMSNIITT FASTLEGER I EGEN HJEMMEL, SVAR PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1=HELT UENIG, 5=HELT ENIG

Fritekstsvar er med på å utdype hva fastlegene opplever som utfordrende med samarbeidet med psykiatriske virksomheter. Noen fastleger angir en økt arbeidsbelastning knyttet til psykiatriske pasienter. Videre nevner flere at de sitter med oppfølgingen av tyngre psykiatriske pasienter og/eller ruspasienter som de opplever at ikke burde sitte med eneansvar for. De angir at dette skyldes at spesialisthelsetjenesten enten ikke tar inn pasienten, har for lange ventetider eller avslutter oppfølgingen. Videre nevnes at psykiatrien krever somatiske utredninger de opplever ikke burde ligge på fastlegen (Vedlegg A).

Fastlegene i egen hjemmel er middels tilfreds med tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten, samt tiden det tar før de får epikrise. Majoriteten av fastlegene stiller seg nøytral eller delvis enig i at de får tak i spesialisthelsetjenesten innen rimelig tid ved behov, idet 66 prosent av fastlegene angir dette. Fastlegene synes videre å være middels tilfreds med tiden det tar før de får epikrise. Fastlegene er noe mer tilfreds med innholdet i epikrisen, da 55 prosent av fastlegene angir at de er helt eller delvis enig i at epikrisene inneholder den informasjonen de trenger.

7.1.6 Fastlegenes vurdering av kommunens oppfølging av fastlegeordningen

Fastlegene har fått spørsmål knyttet til kommunens oppfølging og ledelse, informasjonsdeling til dem som fastleger samt tilrettelegging for samarbeid. Flere av spørsmålene ble speilet i spørreundersøkelsen til kommunene, noe som muliggjorde en sammenligning av fastlegens og kommunens opplevelse knyttet til flere forhold.

Fastleger og kommunene har ulik vurdering av kommunens oppfølging av fastlegeordningen. Nå vi ser på fastlegenes opplevelse av sett opp mot kommunens opplevelse av de samme forholdene, finner vi at det for flere forhold er en markant forskjell i fastlegenes vurderinger, sett opp mot kommunens vurderinger av samme forhold. Især er dette markant for vurderinger knyttet til oppfølging av fastlegene (Tabell 7.3). Av fastlegene med næringsdrift svarer 61 prosent at kommunen i liten eller svært liten grad har god oppfølging av dem som fastlege, 37 prosent av fastlegene med fastlønn angir det samme. Både administrative ledere og kommuneoverleger angir i stor grad å være tilfreds med kommunens oppfølging av fastlegene (Tabell 7.3).

Også rundt hvorvidt kommunen informerer om forhold av betydning av legens virksomhet eller kommunale helsetilbud er det en forskjell i kommunenes og fastlegenes vurderinger. Oppsummert kan dette tyde på at det er en uheldig avstand mellom kommunene og fastlegene. Dette kan understøttes ved at fastlegene er middels tilfreds med samarbeidsklimaet mellom fastlegene og kommunen (Tabell 7.3). En mulig forklaring på de observerte forskjellene kan være at fastlegeordningen tradisjonelt har vært en tjeneste i primærhelsetjenesten som i stor grad har vært selvdreven og krevd lite oppfølging fra kommunen. Når fastlegens rammebetingelser endres, vil dette kunne medføre at fastlegen forventer mer av kommunen.

Fastlegene ønsker mer oppfølging av kommunen, men mener i liten grad det er behov for mer kommunal ledelse av dem. Det synes således at det kan være behov for en gjensidig forventningsavklaring rundt hvilken rolle kommunene skal ha ovenfor fastlegene, især i en situasjon hvor fastlegene ønsker mer oppfølging.

I hvilken grad vurderer du at?				
	Fastlege næringsdrift	Fastlege fastlønn	Kommune-overlege	Adm. leder
...kommunen har god oppfølging av deg som fastlege (/ av fastlegene i kommunen) (snitt)	2,2	3,0	3,9	4,1
...kommunen informerer om forhold som har betydning for din virksomhet (/den enkelte leges virksomhet) (snitt)	2,8	3,2	4,0	4,3
...kommunen informerer om viktige kommunale helsetilbud som du som fastlege (/ fastlegene) bør kjenne til (snitt)	2,9	3,4	4,1	4,4
...kommunen tilrettelegger for samarbeid mellom fastlegene og andre helse- og omsorgstjenester i kommunen (snitt)	2,7	3,3	3,6	4,1
...det er et godt samarbeidsklima mellom fastlegene og kommunal administrasjon/ledelse (snitt)	3,0	3,4	-	-

TABELL 7.3: GJENNOMSNITT FASTLEGER I EGEN HJEMMEL OG KOMMUNEOVERLEGE/ADMINISTRATIV LEDER, SVAR PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1=I SVÆRT LITEN GRAD, 5=SVÆRT STOR GRAD

Vurderinger knyttet til ledelse	
	Snitt
Jeg opplever at det er behov for mer kommunal ledelse av meg som fastlege	
Fastleger ren næringsdrift	2,2
Fastleger 8.2-avtale	2,3
Fastlønn	2,4
I hvilken grad vurderer du at kommunen har tilstrekkelig ledelse av de <u>fastlønnede</u> fastlegene sett opp mot kommunens behov for samarbeid, rådgiving og dekning av allmennlegeoppgaver	
Kommuneoverleger	3,3
Administrative ledere	3,5
I hvilken grad vurderer du at kommunen har tilstrekkelig ledelse av de <u>næringsdrivende</u> fastlegene sett opp mot kommunens behov for samarbeid, rådgiving og dekning av allmennlegeoppgaver	
Kommuneoverleger	3,7
Administrative ledere	3,9

TABELL 7.4: GJENNOMSNITT FASTLEGER I EGEN HJEMMEL OG KOMMUNEØVERLEGE/ADMINISTRATIV LEDER, SVAR PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1=I SVÆRT LITEN GRAD, 5=SVÆRT STOR GRAD/1=HELT UENIG, 5=HELT ENIG

Forskjeller i vurderingen av kommunen basert på avlønningsform og kommunekarakteristika

Vi finner at fastleger med selvstendig næringsdrift er signifikant mindre tilfreds med kommunens oppfølging enn fastleger med 8.2-avtale og fastlønn. Videre finner vi at fastleger med ren næringsdrift, sammenlignet med fastleger med 8.2-avtaler og fastlønn i mindre grad angir at 1) kommunen informerer dem om sentrale forhold, 2) i mindre grad er tilfreds med samarbeidsklimaet mellom fastlegene og kommunen og 3) i mindre grad angir at kommunen tilrettelegger for samarbeid mellom fastleger og andre kommunale tjenester. Det synes således som at avlønningsform er av betydning for relasjonen mellom fastleger og kommune, og at 8.2-avtaler kan bidra positivt til denne relasjonen.

For samtlige forhold vi har undersøkt som en indikasjon på relasjonen mellom fastleger og kommune, finner vi at dette slår signifikant mer negativt ut i usentrale kommuner. For samarbeidsklima mellom fastlegen og kommunen, og tilrettelegging av samarbeid mellom fastlegene og andre tjenester slår dette dessuten mer negativt ut i større kommuner. Dette kan ha sammenheng med innspill som har kommet både i intervjuer og som fritekstinnspill i kommuneundersøkelsen; små kommuner angir at de ofte har et godt samarbeidsklima fordi det er små forhold, som gjør at de kjenner hverandre godt, samt at tjenester ofte er samlokalisert.

I et fritekstfelt hadde respondentene mulighet til å komme med ytterligere innspill til kommunens oppfølging av dem som fastlege, og rundt 20 prosent av respondentene gjorde dette. Majoriteten av innspillene understøtter at fastlegen ikke er tilfreds med kommunens oppfølging, og utdyper også hva som ligger i dette. Svært mange skriver at kommunene har manglende forståelse for deres situasjon og yter liten støtte eller tilpasning dersom det er behov for det. Videre opplever mange at kommunen er lite lydhøre for fastlegenes ønsker og innspill rundt kommunale forhold. Mange melder om et dårlig samarbeid, og noen nevner at de i liten grad blir involvert i fora der fastlegen burde hatt en rolle. Noen etterlyser medarbeidersamtaler. Flere nevner at de opplever å være en satellitt blant de kommunale tjenestene, noe som gjør relasjonen til kommunen uavklart.

Flere nevner at de ikke vil ha mer kommunal styring/ledelse av dem som fastlege. De ønsker å beholde sin autonomi som de opplever som svært viktig. De vil ha samarbeid, men ikke styring.

Mange opplever at relasjonen er enveis, der kommunen først og fremst er opptatt av at fastlegene skal påta seg kommunale oppgaver. Noen nevner at kommunen ikke har imøtekommet deres ønske om i listereduksjon tross stor arbeidsbelastning. Av konkrete innspill til hva de skulle ønske kommunen kunne bistå med nevner flere at de ønsker mer bistand rundt å skaffe vikar.

Mange understreker at manglende kompensasjon ved kommunale møter er en vesentlig barriere for samhandling. Flere nevner dessuten at disse ofte legges til kveld, noe som gjør at mange ikke ser at de kan prioritere disse.

Noen nevner også at kommunen er dårlig til å informere om forhold fastlegen bør kjenne til. Det nevnes også av flere at de opplever at kommunen i liten grad tenker langsiktig rundt fastlegeordningen. Noen

setter også spørsmålstegn ved også om den kommunale ledelsen besitter kompetansen til å forvalte fastlegeordningen. Noen setter spørsmålstegn ved om kommunen er rette instans til å ha «sørge-for» ansvaret for fastlegeordningen. Mange mener at kommunene fraskriver seg ansvaret de har ovenfor fastlegeordningen, og overlater ansvaret til fastlegene. På den annen side er det flere som bemerker at det især er økonomiske utfordringer som hindrer kommunene i å forvalte fastlegeordningen på en god måte.

Noen nevner også at det er et svært godt samarbeid mellom dem og kommunen. Noen av disse begrunner dette med små forhold. Flere melder også om godt samarbeid med kommuneoverlegen.

7.1.7 Kvalitet i tjenesten

Kvalitet i tjenesten henger tett sammen med flere andre forhold som er omtalt tidligere i funnkapitlet. Vi vil i følgende avsnitt se nærmere på fastlegenes egen vurdering av faglig og organisatorisk kvalitet. Videre vil vi se nærmere på ventetid og tid per pasient.

Fastlegene er tilfreds med egen kvalitet på pasientbehandlingen

Fastlegene i egen hjemmel er tilfreds med egen kvalitet på pasientbehandlingen, idet 79 prosent angir at de er helt eller delvis enig i dette. Fastlegevikarene angir tilfredshet i noe mindre grad, men ikke større enn at forskjellene antagelig kan forklares av ulik erfaring.

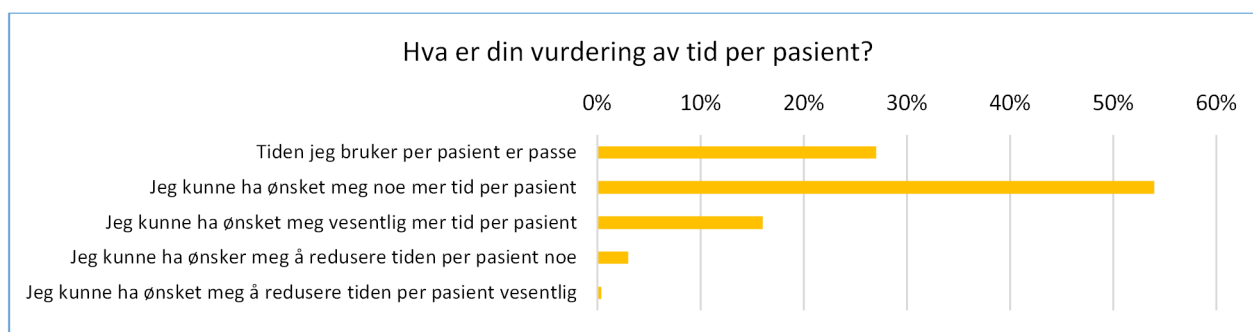
Arbeidsbelastning ser ut til å kunne påvirke faglig kvalitet, da 49 prosent av fastlegene som oppgir høyest arbeidsbelastning svarer at belastningen påvirker muligheten til å holde ønsket kvalitet på pasientbehandlingen.

Fastlegene er delt i deres oppfatting av om de har mulighet til å holde seg faglig oppdatert; ca. en tredjedel er uenig, en tredjedel stiller seg nøytral og en tredjedel er enig. Muligheten for faglig sparring vurderes som noe bedre, idet 56 prosent av fastlegene sier seg helt eller delvis enig i at de har gode muligheter for dette (Vedlegg A).

De fleste fastleger ønsker mer tid per pasient

Av fastlegene angir 70 prosent at de ønsker mer tid per pasient, hvorav 54 prosent ønsker noe mer og 16 prosent vesentlig mer tid per pasient (Figur 7.13). Fra regresjonsanalyser finner vi at de som oppgir høy arbeidsbelastning i større grad ønsker mer tid per pasient. Videre oppgir fastlegene med ren næringsdrift eller 8.2-avtale i større grad at de ønsker mer tid per pasient enn fastlønnede. Det gjør også de med færre års erfaring som fastlege og de med høyere oppgitt gjennomsnittlig arbeidstid per uke. De som ønsker seg mer tid per pasient er i noe mindre grad tilfreds med egen kvalitet på pasientbehandlingen.

I snitt angir fastlegene i egen hjemmel at de bruker 19,6 minutter per konsultasjon (Vedlegg A). De med ren næringsdrift har statistisk signifikant kortere konsultasjoner enn de med fastlønn (effekt på ca. 2 minutter) og de med 8.2-avtale (effekt på ca. 1,3 minutter). De som ønsker mer tid per pasient har også noe kortere konsultasjoner (effekt på ca. 0,6 minutter). Menn har kortere konsultasjoner enn kvinner (effekt på ca. 1 minutt), og de som er spesialist oppgir noe kortere konsultasjoner enn de som ikke har fullført spesialisering (effekt på ca. 0,5 minutter). Fastleger i sentrale kommuner har signifikant kortere konsultasjoner enn fastleger i mer usentrale kommuner (effekt på ca 1,2 minutter mellom de mest sentrale og minst sentrale kommunene).



FIGUR 7.13: FASTLEGER I EGEN HJEMMEL

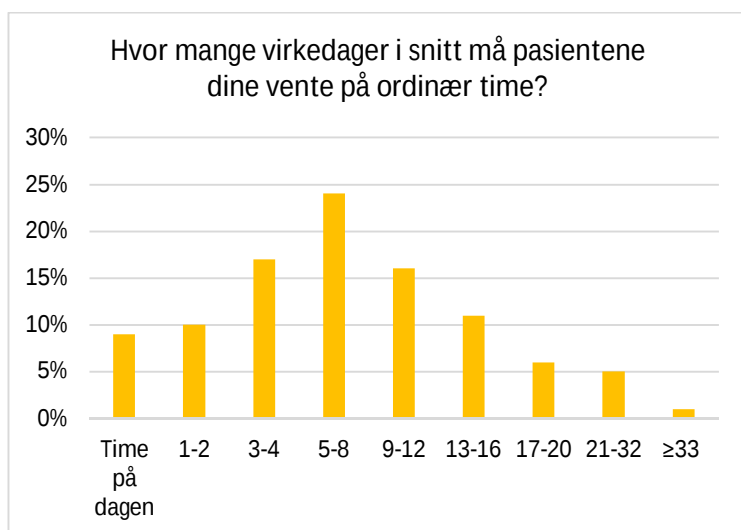
Fastlegene er ikke tilfreds med tilretteleggingen av spesialiseringen

Majoriteten av fastlegene under spesialisering er ikke tilfreds med tilretteleggingen av spesialiseringen eller muligheten for å prioritere kurs i forbindelse med spesialiseringen; 60 prosent av fastlegene som er under spesialisering eller ikke har påbegynt spesialisering er helt eller delvis uenig i at spesialiseringen i allmennmedisin er godt tilrettelagt (Vedlegg A). Videre svarer 65 prosent at de er helt eller delvis uenig i at det er gode muligheter for å prioritere kurs i forbindelse med spesialiseringen i allmennmedisin. Flere fastleger som ikke har fullført spesialiseringen svarer dessuten at de ikke er tilfreds med oppfølgingen og veiledningen som uerfaren fastlege (Vedlegg A).

Fastlegene som har fullført spesialiseringen i allmennmedisin oppgir noe bedre muligheter for å prioritere kurs for å vedlikeholde spesialiseringen, men fortsatt er det en betydelig andel som sier seg uenig i dette.

Ventetid på ordinær time er i gjennomsnitt 8 dager

I snitt oppgir fastlegene i egen hjemmel at de har en ventetid på 8 virkedager, dog er variasjonen stor, og tallet er et estimat idet fastlegene har angitt sin ventetid i intervaller. Hovedtyngden av fastleger angir en ventetid mellom 3-12 virkedager (Figur 7.14). Fra regresjonsanalyser finner vi at menn har kortere ventetid enn kvinner, de med ren næringsdrift og 8.2-avtale har kortere ventetid enn de med fastlønn, de som er ferdig spesialist har kortere ventetid enn de som ikke har fullført spesialisering, og de som har lengre erfaring har kortere ventetid enn de som har kortere erfaring. Vi finner ingen sammenheng med kommunestørrelse eller sentralitet når vi kontrollerer for avlønningsform.



FIGUR 7.14: FASTLEGER I EGEN HJEMMEL

Tid er barriere for å bedrive kontinuerlig kvalitetsarbeid

Majoriteten av fastlegene i egen hjemmel angir at det er etablert rutiner for internkontroll/styringssystem samt at det bedrives kontinuerlig kvalitetsarbeid, idet kun om lag 20 prosent svarer at slike rutiner er

etablert i liten grad (Vedlegg A). Fra regresjonsanalyser finner vi ingen sammenheng mellom avlønningsform, men vi finner vi en sammenheng mellom det å ha etablert rutiner for internkontroll og kontinuerlig kvalitetsarbeid og det å være flere fastleger på fastlegekontoret.

Fastlegene i egen hjemmel er mer delt i spørsmålet om det er klart hvordan kontinuerlig kvalitetsarbeid på legekantor skal bedrives, idet 1/3 svarer at dette i mindre grad fremstår klart og 1/3 svarer at dette fremstår klart (Vedlegg A).

Majoriteten av fastlegene mener imidlertid at det ikke er tid og ressurser til å drive kontinuerlig kvalitetsarbeid, idet 74 prosent svarer at det i liten grad er tid og ressurser til dette, hvorav 44 prosent i svært liten grad (Figur 7.15). Av regresjoner finner vi at fastlønnede angir å ha signifikant mer tid til kvalitetsarbeid enn de med ren selvstendig næringsdrift, samt at fastleger i sentrale kommuner og små kommuner i større grad angir å ha mer tid til dette. Dessuten angir de som er flere leger på kontoret og de som har en daglig leder som ikke er fastlege i større grad å ha tid til kvalitetsarbeid.



FIGUR 7.15: FASTLEGER I EGEN HJEMMEL

Fra fritestfeltet, som over 20 prosent av respondentene benyttet, fremstod manglende tid som den viktigste barrieren for å kunne bedrive internkontroll og kontinuerlig kvalitetsarbeid, idet halvparten av innspillene omhandlet dette. Fastlegene utdyper at slik situasjonen er nå, var de nødt til å prioritere pasientrettet arbeid fremfor administrativt kvalitetsarbeid. Videre understrekes det at arbeidet som gjøres i dag gjøres på fritid og helg, av fastleger som sterkt ønsker å ha gode rutiner, og således er med på å øke arbeidsbelastningen.

Videre fremgikk det av en betydelig andel av innspillene at fastlegene opplever at det å bedrive kvalitetsøkende arbeid er underfinansiert, og at dette burde underbygges med økonomiske insentiver dersom myndighetene ønsker at dette skal kunne prioriteres høyere av legekantorene.

Flere fastleger understreker at de opplever at kravene som stilles til legekantorene er for omfattende og byråkratiske, og at det stilles urealistiske forventninger til hva forholdvis små enheter som mange av legekantorene utgjør, kan etablere rutiner for og forventes å innfri. Flere frykter tilsyn i en situasjon der de opplever at de gjør det de makter for å holde høy kvalitet på pasientbehandling, men frykter at de kan tas på formelle krav.

Flere angir også at det er vanskelig å få oversikt over kravenes som stilles, og at det må legges ned betydelig tid for å få oversikt over feltet. De savner enklere retningslinjer og maler som legekantorene kan benytte, fremfor at hvert enkelt kontor skal utarbeide egne rutiner. Nye personvernforordninger har bidratt til å gjøre det enda vanskeligere å få oversikt.

I de tilfellene der kommunen driver legekantoret eller det foreligger 8.2-avtaler beskrives det av noen at det er uklart hva som er kommunens ansvar og hva som er legenes ansvar hva angår kvalitetsarbeid. Noen fastleger mener at kommunen må ta et større ansvar for kvalitetsarbeid på legekantor.

Av de som ga ytterligere kommentarer ytret 10 prosent at de benytter kvalitetssystemet Trinnvis. Noen er veldig tilfreds med dette, andre angir at de opplever løsningen som tung i bruk og at det blir for omfattende å følge denne til punkt og prikke. Mange sier at de ikke har tid til å følge opp Trinnvis slik de burde. Flere understreker at løsningen er dyr, og at det burde være støtteordninger for å bruke slike løsninger, dersom myndighetene ønsker at dette skal benyttes.

Flere beskriver at de har gode rutiner og prioriterer kvalitetsarbeid høyt på kontoret. Noen av disse utdyper imidlertid at dette er krevende økonomisk. På noen kontor har legene gått sammen for å lønne en lege for å ta et særskilt ansvar. Andre beskriver at de har gitt støttepersonell stort ansvar hva angår kvalitetsarbeid.

Sitater knyttet til internkontroll og kvalitetsarbeid ved legekantoret:

«Tiden strekker ikke til å kunne ivareta internkontroll og kvalitetsarbeid på en tilfredsstillende måte.»

«Dette kommer i annen hånd, all mental kapasitet er brukt opp på pasientrettet arbeid/adm. oppgaver og kontordrift forøvrig til at overskuddet til dette er tilstede. Det blir en dårlig samvittighet på toppen av annen belastning.»

«Internkontroll og kvalitetsarbeid etter forskrifter alt for komplisert og ressurskrevende, og kan ikke prioriteres fordi arbeidsbelastningen ellers er for stor.»

«Store krav til meget små enheter.»

«Dette er arbeid som bør honoreres, og ikke forventes å bli tatt som gratis dugnad.»

«Vi må få tilført mer midler, alle kravene og oppgavene som tilføres oss er ukompensert, vi betaler for det av egen lomme!»

«Økende offentlige krav er tidkrevende og belastende og innføres uten forståelse for hvordan fastlegehverdagen er.»

«Vi har innarbeidet gode rutiner men dette må gjøres i tillegg til alt annet. På kveld og helg.»

«Dette er et svært viktig arbeide som vi prioriterer for å kunne drive kvalitativt god behandling.»

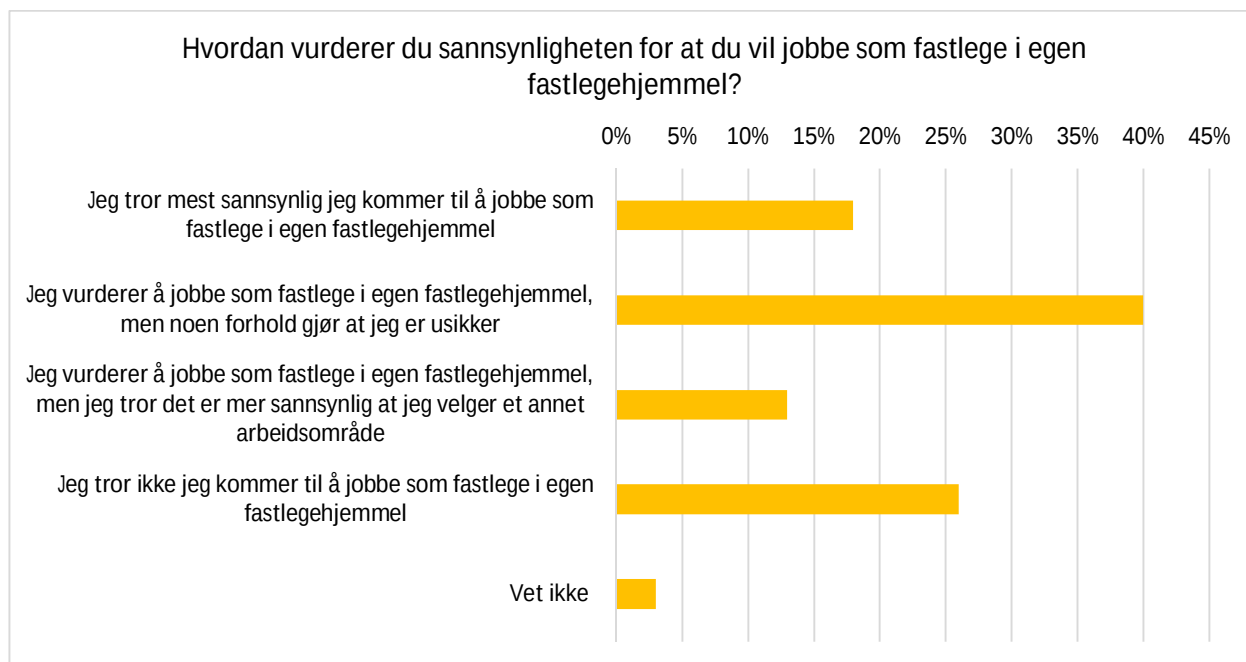
7.1.8 Utsiktene til rekruttering blant fastlegevikarer samt fastlegevikarenes vurdering av fastlegeyrket

Fastlegevikarer er en viktig kilde til rekruttering av fastleger i egen hjemmel, da dette er personer som har vist interesse for fagfeltet. Vi ønsket dermed å undersøke sannsynligheten for at fastlegevikarer ønsker å bli fastleger i egen hjemmel, og hva som skal til for å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt. Resultatene er i stor grad sammenfallende med resultatene fra spørreundersøkelsen til LIS1-legene/medisinstudenter, og understøtter disse funnene.

Forhold knyttet til fastlegeyrket bidrar til at fastlegevikarer er usikre på om de vil bli fastlege. Blant fastlegevikarene oppgir 18 prosent at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege i egen hjemmel, 40 prosent vurderer å jobbe som fastlege i egen hjemmel, men at noen forhold gjør at de er usikre, mens 26 prosent tror ikke de kommer til å jobbe som fastlege i egen hjemmel (Figur 7.16).

Det synes således som om forhold knyttet til fastlegeyrket forhindrer rekruttering av leger som i utgangspunktet kunne tenke seg dette. Dette understøttes av at 72 prosent sier seg helt eller delvis enig i

utsagnet «Jeg har interesse for fagfeltet, men forhold knyttet til det å være fastlege i egen hjemmel bidrar til at jeg heller vil være fastlegevikar» (Vedlegg A).



FIGUR 7.16

Økonomiske forhold er viktig for å øke attraktiviteten til fastlegeyrket

Av faktorene fastlegevikarene i størst grad angir kunne bidratt til å øke attraktiviteten til fastlegeyrket, er flere knyttet til økonomiske forhold og økonomisk sikkerhet, herunder lavere investeringskostnader, øke mulighetene for bedre sosiale ordninger og rettigheter samt mindre økonomisk usikkerhet ved selsvendig næringsdrift. En del svarer også at flere fastlønnsstillinger ville bidratt til å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt (Figur 7.17).

Reduksjon i arbeidsbelastning og administrative oppgaver vil øke attraktiviteten til fastlegeyrket
Etter forhold knyttet til økonomisk sikkerhet, er det forhold knyttet til fastlegenes arbeidsbelastning som er mest fremtredende hva angår å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt. Fastlegevikarene angir at redusert arbeidsbelastning, og en arbeidssituasjon som gir større rom for fritid og familie i stor grad ville bidratt til å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt. Videre er reduksjon av administrative oppgaver knyttet til drift av legekantor viktig for mange fastlegevikarer (Figur 7.17). Dette understøttes i fritekstsvaret; fastlegevikarene ønsker har først og fremst interesse for det pasientnære arbeidet, og store mengder administrativt arbeid er til hinder for dette.

Flere faglige forhold synes å være viktig for å øke attraktiviteten til fastlegeyrket

En spesialisering som er bedre tilrettelagt, samt økte muligheter for å holde seg faglig oppdatert er også faktorer som i stor grad angis å kunne øke attraktiviteten til fastlegeyrket (Figur 7.17).

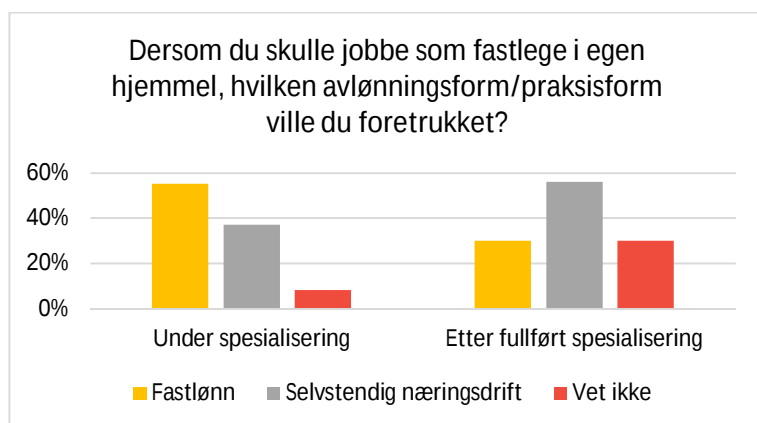
Det er sannsynlig at flere av faktorene fastlegevikarene opplever som barrierer ved fastlegeyrket bidrar til at fastlegevikarene velger å være fastlegevikarer fremfor å binde seg til en fastlegehjemmel.



FIGUR 7.17: GJENNOMSNIITT FASTLEGEVIKARER, SVAR ANGITT PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1= I SVÆRT LITEN GRAD, 5= I SVÆRT STOR GRAD

Ønske om fastlønn under spesialisering, men selvstendig næringsdrift etter spesialisering

Av fastlegevikarene ville 55 prosent foretrukket fastlønn dersom de skulle jobbet som fastlege i egen hjemmel under spesialisering, mens andelen som ønsker seg dette etter fullført spesialisering er 30 prosent. Etter fullført spesialisering ville 56 prosent foretrukket fastlønn dersom de skulle jobbet som fastlege i egen hjemmel (Figur 7.18).



FIGUR 7.18: FASTLEGEVIKARER

Over 30 prosent av fastlegevikarene utdypet i fritekstsvaret hva som skal til for å øke attraktiviteten til fastlegeyrket. Mange ga uttrykk for at økonomisk usikkerhet knyttet til fastlegeyrket er en barriere. Noen foreslår fastlønstillinger som løsning, andre viktigheten av at flere arbeidsoppgaver blir kompensert samt økt basistilskudd. Noen nevner også at kommunen bør avlaste økonomisk, eksempelvis ved å lønne personell og kompensere for deltakelse og utvikling. Som ledd i økonomisk usikkerhet, nevnes også at bedre sosiale ordninger og rettigheter bør på plass for å øke attraktiviteten. Høye investeringskostnader

knyttet til kjøp av hjemmel nevnes også av flere, og det pekes på at det fremstår usikkert å betale en høy sum i et marked der man er usikker på om man får igjen denne investeringskostnaden ved et senere salg. Det bemerkes at man således risikerer milliontap ved å skulle investere i en hjemmel på nåværende tidspunkt.

Flere nevner at den høye arbeidsbelastningen bidrar til at fastlegeyrket fremstår mindre attraktivt, særlig er dette ugunstig i en etableringsfase. Videre oppgis det at administrative oppgaver både knyttet til drift av legekantor samt knyttet til pasientrettet arbeid fremstår som en barriere. Flere utdyper at de ønsker først og fremst å drive med pasientrettet arbeid. Av noen nevnes også bedre tilrettelegging for forskning og fagutvikling, og flere nevner bedre tilrettelegging av spesialiseringsløpet som et viktig tiltak. Videre etterlyser noen bedre oppfølging som mindre erfarne leger, samt veiledning knyttet til hvordan man skal være selvstendig næringsdrivende, da dette ikke er noe man utdannes til. Noen opplever at «påtvungede» kommunale oppgaver også bidrar til å redusere attraktiviteten.

Sitater knyttet til hva som skal til for å øke attraktiviteten til fastlegeyrket

«Lavere kostnader ved drift og kjøp/salg av praksis. Økt basistilskudd på linje med avtalespesialister. Fritak fra kommunale oppgaver for de som ønsker, og fritak fra kommunalt legevaktsarbeid for de som ønsker det.»

«Arbeidsmengden må ned. Jeg kommer til å slutte snart om det ikke bedrer seg. Interessant jobb, ønsker å beholde alle oppgavene, men må da få færre oppgaver. Vanskelig å forene jobben med to små barn. Ingen tid til faglig oppdatering, dårlig timebetaling, lite rettigheter.»

«Bedre vilkår for å kombinere barn og fastlege. Jeg velger konsekvent ikke å eie en liste nå, fordi jeg som ung voksen er i etableringsfase med bolig og barn.»

«Arbeidsbelastningen står ikke i forhold til hverken avlønning eller sosiale behov. Man jobber flere kvelder i uken, samt helg, for å få unna administrativt arbeid... Dette er ikke forenelig med fritid/familie og er en stor belastning i etableringsfasen, der man ofte ønsker å rekruttere inn nye fastleger fra.»

«Høyere basistilskudd. Jeg har liten liste som jeg synes gir meg passe arbeidsmengde. Men de faste utgiftene er så høye, og basistilskuddet så lavt, at hvis jeg må være borte noen dager fra jobb, f.eks syke barn, er marginene så små at jeg nesten ikke får tatt ut lønn den måneden.»

«Det er lite fristende å kjøpe en hjemmel for 1,4 mill. du ikke vet om du får solgt igjen.»

«Mer tid til pasientene, mindre tid til administrative oppgaver.»

«Økt tilrettelegging for å få gjennomført spesialistutdanning og resertifisering i allmennmedisin, bl a økonomisk og med tanke på vikardekning for egen praksis ved fravær.»

7.1.9 Fastlegenes vurdering av hva som skal til for å styrke fastlegeordningen

På slutten av spørreundersøkelsen fikk fastlegene mulighet til å komme med generelle innspill til dagens fastlegeordning og hva de mener skal til for å styrke den. Totalt kom det inn 962 svar.

Hyppigst nevnt var følgende, som kan deles inn i tre hovedtemaer:

1. Redusert arbeidstid /arbeidsbelastning
 - a. Reduser listelengde/flere fastleger
 - b. Regulering av oppgaveoverføring
 - c. Reduser dokumentasjonskrav og administrativt arbeid

2. Minske økonomisk usikkerhet
 - a. Økt basistilskudd
 - b. Forbedre sosiale rettigheter
3. Bedre muligheter for faglig utvikling
 - a. Bedre tilrettelegging for kurs og faglig utvikling

Redusert arbeidstid/arbeidsbelastning

En stor andel av respondentene angir at arbeidsbelastningen er for høy. Flere trekker frem at fastlegeyrket må bli mer forenlig med familieliv og fritid.

Reduser listelengde/flere fastleger

Redusert listelengde og flere fastleger inn i fastlegeordningen er et tema som opptar svært mange fastleger i spørreundersøkelsen. Mange fastleger presiserer at endringen må skje parallelt med økt finansiering eller basistilskudd, slik at dette er økonomisk mulig for fastlegen. Flere foreslår å endre normtallet for et fullt kurativt årsverk fra 1500 til 1000 pasienter. Grunner som fastlegene trekker frem for kortere listelengden er at arbeidsbelastningen på nåværende tidspunkt er for høy, og at færre pasienter gir mulighet til bedre kvalitet. Flere leger etterlyser muligheten for å ha mer tid per pasient.

Regulering av oppgaveoverføring

En stor andel av respondentene angir at det stadig kommer nye oppgaver til dem fra spesialisthelsetjenesten, uten at de selv har vært involvert i prosessen. Noen ønsker å unngå en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, mens andre synes de nye oppgavene naturlig kan ligge på fastlegen så lenge de blir kompensert for det. Flere fastleger skriver at de må være involvert i prosessen før nye oppgaver blir overført til dem, og de ønsker en plan vedrørende hvilke oppgaver som skal ligge på fastlegen, eller en samarbeidsavtale mellom sykehus og fastleger om hvem som skal gjøre/følge opp hva. Noen skriver at de ønsker færre oppgaver per pasient.

Flere fastleger påpeker at de per nå føler seg som sekretærene til legene i spesialisthelsetjenesten, der fastlegene må skrive sykemelding på ukjente problemstillinger på vegne av sykehusleger, får pålegg om henvisning til andre sykehusavdelinger, må skrive rekvisisjoner på røntgen eller ta blodprøver som ledd i sykehusets vurdering.

Reduser dokumentasjonskrav og administrativt arbeid

Svært mange av fastlegene mener det er for mange administrative oppgaver og dokumentasjonskrav som ligger på dem som fastleger, og som stjeler tid fra kurativt arbeid. Spesielt trekker mange frem forsikringspapirer, førekortattester, Nav-skjemaer og sykeattester til videregående elever som tidstyver og unødvendige oppgaver som ikke tilhører allmennlegevirksomhet. Drift av legekantor er andre momenter som trekkes frem og som går ut over pasientrelatert arbeid.

Forslag for å redusere dokumentasjonskrav og administrativt arbeid:

- ▶ Sykemelding:
 - Sykemeldingssystemet må forenkles
 - Mulighet for å sykemelde via e-konsultasjon
 - Nav-leger som tar seg av alt sykmeldingsarbeidet
- ▶ Oppgaver som kan tas bort fra fastlegen: fornying av førerkort, legeerklæring ved sykefravær på skolen, mindre erklæringer og møter med Nav
- ▶ Oppgaver knyttet til privat helseforsikring bør ikke belaste offentlig helsevesen, men bekostes av forsikringsselskapene og deres kunder
- ▶ Innføre pasientens legemiddelliste
- ▶ Overordnet driftsorganisasjon

- ▶ Ekstravaktkontor i kommunen som alle legekantor kunne benyttet ved sykdom hos personale
- ▶ Egen HMS-person som har ansvar for flere legekantor
- ▶ At det utvikles en teknokratutdanning for en stilling knyttet til administrasjon av praksiser

Endringer i legevaktsordningen

Mange fastleger påpeker at det må gjøres endringer i legevaktsordningen. Flere påpeker at belastningen blir høy på toppen av annet arbeid. Forslag som har kommet inn er blant annet følgende:

- ▶ Obligatorisk legevakt fjernes
- ▶ Organisere legevakt på annen måte med egne legevaktstillinger
- ▶ Fastlønnet legevaktsordning
- ▶ Bedre honorert legevaktsordning
- ▶ Fullkompensert fri etter legevakt
- ▶ Legevakt inkludert i 100 prosent stilling

Minske økonomisk usikkerhet

Svært mange av respondentene angir at fastlegeordningen er underfinansiert eller at de ønsker bedre økonomiske rammebetingelser. Mange påpeker at det må tilføres mer ressurser i fastlegeordningen. Flere skriver at de nye oppgavene som har tilkommet fastlegene ikke kompenseres økonomisk. Flere påpeker at de ikke har råd til å bli syk, og mange etterspør bedre økonomisk trygghet. Flere fastleger mener at de som spesialister i allmennmedisin burde få samme kompensering som andre avtalespesialister.

Økt basistilskudd

Svært mange av fastlegene peker på økt basistilskudd som et tiltak som vil forbedre fastlegeordningen. Grunner som fastlegene trekker frem er at dette tillater listereduksjon og gjøre arbeidsmengden overkommelig. Andre skriver at de ønsker at en større andel av faste utgifter blir dekket, og at de ønsker mindre økonomisk risiko og større trygghet. Enkelte fastleger mener økt basistilskudd vil skape ineffektivitet i ordningen.

Flere fastleger tar til ordet for en knekkpunkt-løsning for basistilskudd, der man får et høyere basistilskudd for de første pasientene slik at man kan redusere listen, men mindre tilskudd utover et visst antall pasienter. De fleste fastlegene som foreslår en knekkpunktløsning, ønsker høyere basistilskudd for de 800-1000 første pasientene.

Bedre sosiale rettigheter

En stor andel av respondentene angir at de ønsker bedre sosiale rettigheter. Mange av dem begrunner det med mer trygget ved sykdom og fravær. Fastlegene etterspør sykepenger fra første dag, og at 16 karensdager ved egen sykdom må avskaffes. Flere ønsker lønnsgaranti ved fravær grunnet sykt barn. Flere trekker også frem at pensjonsordningen for fastleger er svært dårlig sammenlignet med sykehusleger, og ønsker seg pensjon- og sykepengerrettigheter på lik linje med sykehusleger.

Endringer i takstsystemet

Mange fastleger påpeker at det må gjøres endringer i takstsystemet. Flere etterlyser nye takster for arbeid de ikke får betalt for. Noen påpeker at det er ulik tyngde på lister, og at spesielt arbeid med rus- og psykiatriske pasienter bør honoreres bedre. Noen påpeker at takstsystemet må forenkles.

Forslag som har kommet inn er blant annet følgende:

- ▶ Forenkle normaltariffen
- ▶ Nye takster for ekstra arbeid som har tilkommet de siste årene
- ▶ Mulighet for å gjenta telefontakster flere ganger per dag
- ▶ Takster som fremmer forebyggende arbeid

- ▶ Takster for samhandling
- ▶ Betaling for pasientrelatert administrativt arbeid
- ▶ Langvarige konsultasjoner må finansieres bedre
- ▶ Kompensasjon for obligatoriske møter, som for eksempel allmennlegeutvalget
- ▶ Sykepleiere/helsearbeidere kan føre enkelte takster, for eksempel på diabetes eller blodtrykk
- ▶ Mulighet for å bruke kveldstakster etter kl. 1600 og i helger

Bedre tilrettelegging for kurs og faglig utvikling

En stor andel av respondentene angir at de ønsker bedre tilrettelegging for kurs, eller at de mangler tid til å holde seg faglig oppdatert. Flere skriver det er vanskelig å prioritere å dra på kurs når dette innebærer et stort økonomisk tap, og etterspør praksiskompensasjon som dekker driftsutgifter ved kurs. Flere etterspør også muligheten til å holde seg faglig oppdatert på dagtid uten tap av inntekt og mer tid til spesialisering.

Andre påpeker problemet med å få tak i vikarer i forbindelse med kursfravær, eller at etterslepet er stort når de kommer tilbake. En lege foreslår tilrettelegging for forskning på samme nivå som i andrelinjetjenesten, og at en slik satsning vil gi store samfunnsøkonomiske gevinster og være avgjørende for å få en bærekraftig helsetjeneste.

Øvrige innspill

Avlønningsform

Flere peker på at fastleger må ha – eller få tilbudet om – fastlønn. Andre påpeker at en slik ordning er for dyr eller trekker frem at autonomi i jobben er viktig for dem. Flere leger trekker frem ulike 8.2-avtaler – blant annet 0-avtale eller Nord-Norge permisjon – som gode tiltak.

Rekrutteringstiltak

En god del nevner ALIS – eller ALIS-liknende tiltak – som en god løsning for å få nye leger inn i fastlegeyrket. Flere peker på at det er nødvendig med god faglig veiledning i starten, og at god veiledning av fastlege på kontoret de første årene er viktig. Noen presiserer at veiledning og opplæring av unge kollegaer må avlønnes.

Flere tar opp temaet med kjøp og salg av praksiser, og at goodwill bør fjernes fra fastlegeordningen. Flere påpeker at de ikke ønsker å kjøpe seg sin egen arbeidsplass, eller at kjøp av praksis er en barriere som gjør det mindre fristende å starte opp som fastlege.

Vikarordningen

Flere trekker frem endringer i vikarordningen som tiltak for å bedre fastlegeordningen. Noen etterspør mulighet til å få hjelp fra kommunen til å få vikar ved ferieavvikling, kursing eller sykdom. Andre ønsker å kunne takste samme dag som vikar.

Flere påpeker at man kan ikke ha vikar den dagen man har kommunaloppgave ettersom Helfo ikke godkjenner refusjoner. Enkelte leger trekker frem muligheten til å ha flere leger på samme liste, eller foreslår mulighet til å ha ekstra vikar gående som "liberovikar" på store legesenter der legekontoret kan ta inn vikar som jobber på alle listene.

Deleliste

Flere trekker frem endringer i reglene for delelisten som tiltak for å bedre fastlegeordningen. Noen foreslår å øke de finansielle rammebetingelsene eller basistilskuddet, slik at lønnen ikke halveres når du åpner opp for deleliste. Andre trekker frem at man burde kunne starte med deleliste fra en tidligere alder enn 60 år, som er dagens grense.

Styrking av psykiatrien

Flere trekker frem styrking av psykiatrien som tiltak for å bedre fastlegeordningen. Noen peker på at det må et dedikert tilskudd til denne gruppen. Andre peker på at man må styrke det psykiatriske tilbudet i kommunen. Flere fastleger har pekt på at det er stor variasjon i listetyngde, og enkelte har foreslått at det derfor bør være valg om man ønsker tilskudd basert på listelengde eller antall timer på kontoret.

Styring av fastlegeordningen

Flere trekker frem at fastlegeordningen trenger tydeligere styring og en mer konkret plan. Forslag som har kommet inn er blant annet følgende:

- ▶ Nasjonale retningslinjer som omhandler fastlegens oppgaver, og der fastlegen må være involvert i utarbeidelsen
- ▶ Formalisert samhandling mellom kommuneoverlege og fastlegene
- ▶ Fastlegens ansvar og rolle i kommunens totale legevirkksomhet må bli klarere
- ▶ Ansvar for tilsyn og kvalitet må tydeligere defineres
- ▶ Opprette et fastlegeforetak som har overordnet ansvar for faglig kvalitet
- ▶ Formalisert samarbeid mellom kommuner og helseforetak som har plikt til å ta stilling til - og dokumentere - at samtlige overførte oppgaver kan behandles forsvarlig i kommuner
- ▶ Fastlegeside hvor myndighetene kommer med informasjon om fag og praktiske ting/retningslinjer/endringer

7.2 Spørreundersøkelse til kommunene

Kommunen har det overordnede ansvaret for at innbyggerne i kommunen tilbys legetjenester i tråd med nasjonale krav, samt å tilrettelegge for samarbeid mellom kommunen og fastlegene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Hensikten med spørreundersøkelsen er å evaluere kommunenes oppfattelse av forhold knyttet til kommunens «sørge-for» ansvar og rolle overfor fastlegeordningen, samarbeid mellom fastlegene og andre kommunale helse- og omsorgstjenester, samt status for fastlegeordningen sett fra kommunenes ståsted.

7.2.1 Hovedfunn

Resultatene fra spørreundersøkelsen til kommunene viser overordnet et bilde hvor kommunene jevnt over er fornøyd med en rekke forhold knyttet til sin rolle overfor fastlegeordningen. Det er et gjennomgående trekk at administrativ leder vurderer kommunens oppfølging av fastlegeordningen og fastlegene som bedre enn kommuneoverlegen. Dette kan skyldes at over halvparten av kommuneoverlegene også jobber som fastlege, og derfor vil svarene kunne bære preg av kommunens oppfølging sett fra fastlegens ståsted.

Kommunens oppfølging av fastlegeordningen

Kommunene vurderer at de ivaretar «sørge-for» ansvaret for fastlegeordningen slik dette fremgår i lover, forskrifter og avtaler, og vurderer også i nokså stor grad å ha de nødvendige virkemidlene til dette. Av innspill fra fritekstsvaret finner vi imidlertid at noen kommuner oppgir at rekrutteringsutfordringer gjør det utfordrende å ivareta «sørge-for» ansvaret, og/eller at det er behov for å benytte egne økonomiske virkemidler for å få det til i praksis. Jevnt over finner vi at de fleste kommunene selv vurderer å ha tilstrekkelig stillingsprosent for kommuneoverlege og administrativ ledelse til oppfølging av fastlegeordningen. Selv om vi også ser en ikke ubetydelig andel kommuner hvor denne ressursituasjonen oppleves utilstrekkelig, kan det tyde på at kommunene stort sett klarer å prioritere interne ressurser i tråd med sitt ambisjonsnivå for oppfølging av fastlegeordningen og ivaretagelse av «sørge-for» ansvaret.

Mange kommuner har ikke formalisert planer og strategier for allmennlegetjenesten. Vi finner at kun om lag 40 prosent av kommunen har utarbeidet en plan for legetjenesten. En større andel av kommunene

oppgir imidlertid at de har utarbeidet en oversikt over sentrale forhold knyttet til fastlegeordningen, hvor dette sannsynligvis inngår i annen dokumentasjon enn en eksplisitt plan for legetjenesten. Kommunene har i størst grad en oversikt over nåværende situasjon, men i mindre grad utarbeidet oversikt over mer fremoverrettede forhold som rekrutteringsstrategi, eller strategi for å sikre stabilitet i tjenesten. Kommuner med innslag av fastlønn og 8.2-avtaler har i større grad enn kommuner med ren næringsdrift utarbeidet oversikt over strategi for rekruttering og stabilitet. En forklaring kan være at 8.2-avtaler og fastlønn er virkemidler kommuner som har hatt utfordringer på dette feltet over lengre tid har benyttet, og at de derfor har hatt høyere behov for å jobbe systematisk på disse områdene.

En viktig mekanisme for både oppfølging og dialog mellom kommunene og fastlegene er de avtalebestemte utvalgene kommunen er pålagt å etablere og tilrettelegge for. Vi finner at rundt 80 prosent av kommunene har opprettet et samarbeidsutvalg, og over 80 prosent av disse har møter hvert halvår eller oftere. Kommunene vurderer at samarbeidsutvalget i stor grad synes å benyttes i henhold til intensjonen, men i mindre grad å bidra til innspill til samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten sammenlignet med de andre forholdene vi har undersøkt.

Videre finner vi at rundt 50 prosent av kommunene har opprettet et allmennlegeutvalg, men at ytterligere 30 prosent har et møteforum som fungerer som et allmennlegeutvalg. Møtehyppigheten er halvårig eller oftere for mer enn 80 prosent av kommunene som har et formelt allmennlegeutvalg. Blant kommunene som angir å ha et møte som fungerer som et allmennlegeutvalg er det ingen som har en møtehyppighet sjeldnere enn halvårig. Oppmøtet er også bedre i disse møtene sammenlignet med kommunene med formelle ALU-møter. En slik tilpasning er mest vanlig i små kommuner, og den høyere møtehyppigheten kan skyldes at disse møtene ofte er sammenfallende med koordinerende møter eller liknende på legekantorene i disse kommunene. For kommunene som har et formelt ALU angir 20 prosent et gjennomsnittlig oppmøte på under 50 prosent av fastlegene. Slik kommunene vurderer det synes allmennlegeutvalget i stor grad å benyttes i henhold til intensjonen. Kommunen oppgir imidlertid å ha fanget opp at fastlegenes arbeidsmengde påvirker deltagelse og engasjement på kommunale arenaer negativt.

Kommunene innhenter i nokså stor grad overordnet data om legekantorene slik som åpningstider, bemanning, og vikarbruk. Informasjon rundt fastlegenes aktiviteter slik som forskrivningspraksis, henvisningspraksis, hjemmebesøk og sykemeldingspraksis, innhentes derimot i mindre grad. Videre angir kommunene i stor grad å følge opp klagesaker, men følger kun i middels grad opp krav til interkontroll, kvalitetsforbedrende arbeid, eller innhenter tilstrekkelig med informasjon til styringsformål. Små kommuner, og kommuner med fastlønnede leger angir i større grad å innhente tilstrekkelig informasjon til styringsformål. Dette understøttes også av fritekstsvår: Små forhold og tett dialog bidrar til at kommunen opplever å ha god oversikt. Kommuner med kommunalt drevne legekantor angir at de til enhver tid har tilgang til informasjonen de trenger til styringsformål.

Kommunene synes overordnet ikke å ha store utfordringer knyttet til å få dekket legevakt. Enkelte kommuner kommenterer imidlertid at legevaksordningen fungerer i dag, men at den er sårbar. I denne sammenhengen trekkes det særlig frem at akuttmedisinforskriften kan gjøre legevaksituasjonen mer utfordrende på sikt. Rundt 80 prosent av kommunene angir at de inngår i en eller annen form for interkommunalt samarbeid om legevaksordning, og flere kommuner kommenterer at en velfungerende interkommunal legevakt har vært viktig for å sikre stabilitet og rekruttering av fastleger.

Relasjonen mellom fastlegene og kommunen

Vi finner også at kommunene er tilfreds både med informasjonsarbeidet til fastlegene og med sin oppfølging av fastlegene. Et viktig aber er derimot at de samtidig vurderer at fastlegene i noe mindre grad er fornøyd med oppfølgingen de får fra kommunen. Det kan således virke som at kommunen oppfatter at fastlegene har høyere forventninger til kommunen, enn det kommunen klarer å innfri. To tredjedeler av kommunene har i snitt møter med de enkelte legene i kommunen om deres virksomhet én gang i året eller oftere.

Av undersøkelsen finner vi også at majoriteten av kommunene opplever at fastlegene er tilfreds med sin arbeidssituasjon, men i mindre grad er tilfreds med sin arbeidsmengde. Flere kommuner kommenterer også skriftlig at de er klar over at fastlegene opplever økt arbeidsbelastning. De angir også at kommunen har merket symptomer på dette ved at fastlegene tar kontakt med ønske om å redusere listelengde eller redusere mengden allmennlegeoppgaver, eller at det er vanskeligere å få dem til å delta i møter.

Kommunene er også tilfreds med fastlegenes tilgjengelighet for dialog når det er behov for dette, men kommuner med kun næringsdrivende leger vurderer tilgjengeligheten som dårligere enn kommuner med kun fastlønnede leger. Av fritekstsvarene fremgår det at fastlegenes høye arbeidsbelastning samt at kommunen ikke har anledning til å kompensere fastlegene for tapt inntekt, er barrierer for involvering av fastlegene.

Kommunene er overordnet tilfreds med sin ledelse av fastlegene i kommunen sett opp mot sitt behov, men er noe mer tilfreds med ledelsen av de fastlønnede legene enn ledelsen av de næringsdrivende legene. Små kommuner er generelt mer tilfreds med ledelsen av sine næringsdrivende leger enn det større kommuner er. Av fritekstsvarene fremgår det at det ikke er tydelig hva slags rolle kommunen skal ha i styring og ledelse av de næringsdrivende legene. For kommunene er det videre en vanskelig balansegang mellom hvor mye styring og ledelse de kan ha overfor fastlegene - sett opp mot det å gi rom for fastlegenes autonomi. Især gjelder dette for de selvstendig næringsdrivende fastlegene. En utfordring kan være hvis dette skaper en for stor distanse mellom kommunen og fastlegene som gjør at fastlegene ikke blir tilstrekkelig integrert i den kommunale helsetjenesten.

Hva slags avlønningsformer som er i bruk i kommunen synes å være av betydning for relasjonen mellom kommunen og fastlegene. Kommuner som kun har selvstendig næringsdrift men med innslag av 8.2-avtale vurderer oppfølgingen av fastlegene som bedre enn kommuner med kun næringsdrift uten innslag av 8.2-avtaler. De vurderer også i større grad at kommunen informerer fastlegene om helsetilbud fastlegene bør kjenne til, følger opp om kontorene ivaretar krav til internkontroll og kvalitetsarbeid, og tror i større grad at fastlegene opplever kommunens oppfølging som god sammenlignet med kommuner med næringsdrift uten 8.2-avtaler. Det synes således som at bindingen som oppstår mellom fastlegene og kommunen ved at kommunen yter tjenester i forbindelse med lokaler/utstyr eller personell virker positivt inn på relasjonen. Fra kommunens ståsted kan dette skyldes at kommunen bruker mer av egne midler og dermed følger opp investeringen sin tettere, og det kan tenkes at eierskapet til tjenesten da blir større.

Kommunene med kun fastlønnede leger vurderer at de i større grad følger opp og informerer fastlegene, følger opp at fastlegekontorene driver interkontroll og kvalitetsarbeid, samt henter inn tilstrekkelig informasjon til styringsformål sammenlignet med kommuner med kun selvstendig næringsdrift. Disse kommunene vurderer også at fastlegene er mer tilgjengelig og er mer involvert i utarbeidelsen av samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Dette tyder på at fastlønnede leger er tettere knyttet til kommunen, og at kommunen i større grad involverer legene i kommunale oppgaver.

Kommunens vurdering av samarbeidet mellom fastlegene og andre tjenester

Kommunene vurderer at de legger godt til rette for samarbeid mellom fastlegene og de andre helse- og omsorgstjenestene i kommunen. De vurderer også at fastlegenes samarbeid med de fleste kommunale tjenestene fungerer bra eller i det minste tilfredsstillende, men at samarbeidet er noe mindre fungerende med barnevernet og spesialisthelsetjenesten. Kommunene rapporterer samtidig at fastlegene i mindre grad er involvert i utarbeidelse av helse- og omsorgsplaner, og samarbeidsplaner med spesialisthelsetjenesten. Her virker det å være et potensial for forbedring, og at kommunen kan bli flinkere til å involvere fastlegene rundt forhold som er av stor betydning for fastlegenes arbeidssituasjon.

Kommunens vurdering av finansieringen av fastlegeordningen

Undersøkelsen tyder på at kommunene mener at en nøkkelutfordring med fastlegeordningen er underfinansiering. De mener basistilskuddet må opp, og flere oppgir at dette vil kunne bidra til større økonomisk trygghet for legene, mulighet til å ha kortere liste og dermed lavere belastning. Dette vil igjen

gjøre yrket attraktivt og gjøre det enklere for kommunene å rekruttere og beholde leger. Av undersøkelsen finner vi også at majoriteten av respondentene i kommunene vurderer at dagens totalramme ikke er tilstrekkelig. Kommuner med kun fastlønnsavtaler og de som angir å ha rekrutteringsutfordringer vurderer i større grad at totalrammen ikke er tilstrekkelig. Et overveiende flertall av de som vurderer ordningen som underfinansiert, angir at basistilskuddet bør økes isolert sett eller i kombinasjon med takstene.

Selv om vår spørreundersøkelse ikke er en kartlegging, gir den et godt bilde av driftsformer for fastlegene. Både fastlønn og 8.2-avtaler er relativt utbredt i kommunene. Rundt 50 prosent av kommunene angir å ha fastlønnsavtaler og rundt 45 prosent av kommunene har selvstendig næringsdrift med en eller annen form for 8.2-avtale. Kun ca. 25 prosent av kommunene angir å bare ha selvstendig næringsdrift etter hovedmodellen (uten tilleggssytelser/8.2-avtaler), noe som understøtter at det er utbredt at mange kommuner har merutgifter til fastlegeordningen utover bevilget basistilskudd.

Majoriteten av kommunene vurderer at dagens takstsystem bidrar til kostnadseffektive helsetjenester, men i mindre grad samarbeid med spesialisthelsetjenesten og kommunens behov for samarbeid.

Kommunenes vurdering av dagens rekrutteringssituasjon

Rundt 40 prosent av kommunene angir at det er vanskelig å rekruttere kvalifiserte leger til hjemler i kommunen. Langvarige rekrutteringsutfordringer synes i hovedsak å ha vært et problem i usentrale kommuner, men en betydelig andel av mer sentrale kommuner oppgir at dette har blitt vanskeligere de siste årene. Vi finner dermed klare indikasjoner på at kommuner som tidligere ikke har hatt rekrutteringsutfordringer, opplever dette i økende grad.

Vi finner også at det er utbredt å bruke tiltak for å sikre rekruttering og stabilitet hvor lønnet deltakelse i møter, ulike former for subsidiering av legekantor og fastlønn er de vanligste tiltakene kommunene har iverksatt. Forekomsten av ulike former for tilleggssytelser er nokså sammenfallende med den oppgitte frekvensen av 8.2-avtaler, og synes dermed å understøtte forekomsten av dette.

7.2.2 Funn fra spørreundersøkelsen til kommunene

Over presenterte vi hovedfunnene fra vår spørreundersøkelse til kommunene, og våre vurderinger av disse funnene. I det følgende vil vi gå inn på de mest sentrale funn som underbygger dette. Vi gjør dette ved å belyse følgende temaer:

1. Kommunens oppfølging av fastlegeordningen
2. Relasjonen mellom kommunen og fastlegene
3. Kommunens vurdering av samarbeidet mellom fastlegene og andre tjenester
4. Kommunenes vurdering av finansieringen av fastlegeordningen
5. Kommunenes vurdering av dagens rekrutteringssituasjon

Deskriptiv statistikk for samtlige spørsmål i spørreundersøkelsen, samt regresjonsanalyser av utvalgte sammenhenger, fremgår av Vedlegg B. Når vi omtaler resultatene fra respondentene samlet, vil dette inkludere svarene fra både administrativ leder og kommuneoverlege i kommunene. Når vi omtaler svarene fra kommuneoverlege eller administrativ leder, eller svar basert på andre bakgrunnsvariabler vil dette spesifiseres. Svarene fra bydelene i Oslo inngår ikke i analysene for respondentene samlet, eller subkategoriene «kommuneoverlege» eller «administrativ leder». Vi har imidlertid gjort separate analyser av svarene fra bydelene i Oslo, og vi kommenterer spesifikt dersom disse avviker vesentlig fra svarene fra øvrige respondenter, eller der dette er relevant.

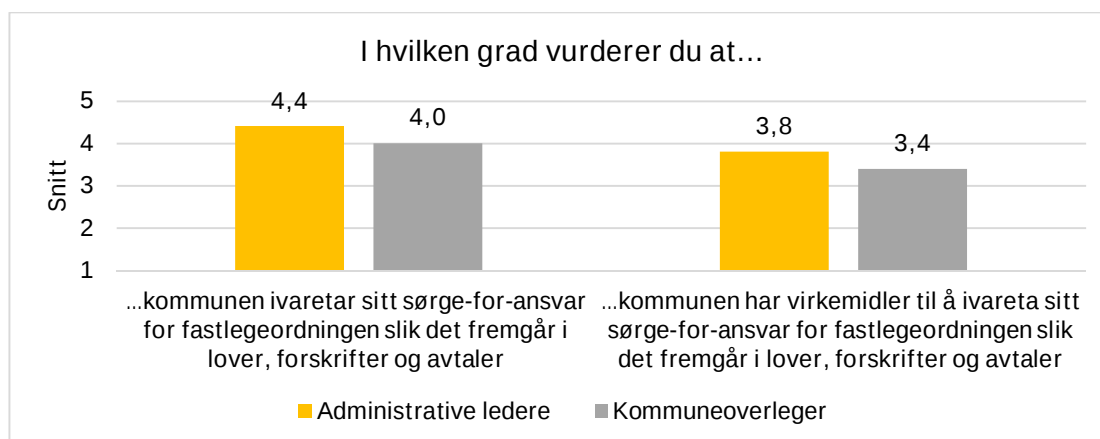
7.2.3 Kommunens oppfølging av fastlegeordningen

For å vurdere hvordan kommunen følger opp fastlegeordningen, har vi overordnet sett på kommunens vurdering av sin evne til å ivareta «sørge-for» ansvaret. Videre har vi undersøkt om det er nok ressurser til å følge opp fastlegeordningen i kommunen. Vi har sett på om kommunene har utarbeidet en legeplan, hvilke forhold rundt fastlegeordningen de har utarbeidet en oversikt over, samt hvilken informasjon kommunen innhenter om fastlegekontorene. Vi har også sett nærmere på bruk av allmennlegeutvalg og lokalt samarbeidsutvalg.

Kommunene vurderer i stor grad å ivareta «sørge-for» ansvaret

Kommunene vurderer overordnet at de i stor grad ivaretar sitt «sørge-for» ansvar for fastlegeordningen, idet respondentene i snitt svarer 4,4 på en skala fra 1 til 5. Kommuneoverlegene er mindre tilfreds med kommunens ivaretagelse av «sørge-for» ansvaret sammenlignet med administrative ledere (Figur 7.19), men også et betydelig flertall (75 prosent) av kommuneoverlegene mener kommunen ivaretar dette i stor eller svært stor grad (Vedlegg B). Vi finner ingen signifikante forskjeller basert på kommunestørrelse eller sentralitet.

Respondentene svarer i noe mindre grad at kommunen har virkemidlene til å ivareta «sørge-for» ansvaret (Figur 7.19), men majoriteten (67 prosent) av de administrative lederne angir at kommunen har virkemidler til å ivareta «sørge-for» ansvaret i stor eller svært stor grad, mens 47 prosent av kommuneoverlegene angir det samme (Vedlegg B).



FIGUR 7.19: GJENNOMSNITTLIG FOR KOMMUNEOVERLEGER OG ADMINISTRATIVE LEDERE (EKS. OSLO) SKALA 1-5, 1=HELT UENIG, 5=HELT ENIG.

I fritekstsvar valgte 10 prosent av respondentene å utdype kommunenes «sørge-for» ansvar og virkemidler. Det vanligste innspillet til kommunenes ivaretagelse av «sørge-for» ansvaret, er at dette påvirkes negativt av rekrutteringsutfordringer i kommunen. Flere skriver at de opplever kommunenes egne økonomiske virkemidler eller subsidiering av ordningen som virkemidler som er avgjørende for fastlegeordningen i kommunen, og flere nevner at begrenset økonomi i kommunen skaper utfordringer. Noen utdyper at de opplever at kommunen har få eller for dårlige virkemidler. Videre skriver noen at føringer i lover, forskrifter og avtaler er uklare og i noen tilfeller svært vanskelig å etterfølge. Noen nevner også at de ser at den nye akuttmedisinforskriften vil skape utfordringer for kommunen.

Sitater knyttet til kommunens «sørge-for» ansvar

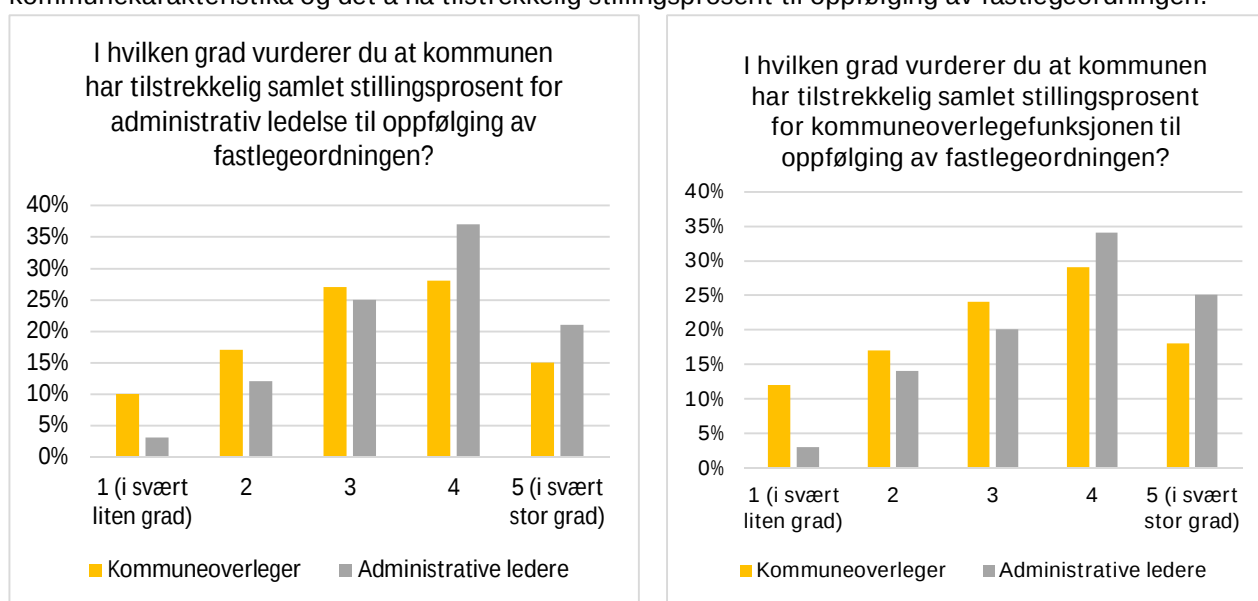
«Inntil for ca. ett år siden hadde vi full kontroll. Nå har vi store rekrutteringsproblemer!»

«De (kommunen) får ingen verktøy sentralt fra, men velger å bruke en del penger på det selv.»

Tilstrekkelig stillingsprosent i kommunen til oppfølging av fastlegeordningen i de fleste kommuner. Flertallet av de administrative lederne mener at kommunene har tilstrekkelig stillingsprosent for kommuneoverlege og administrativ ledelse til oppfølgingen av fastlegeordningen (Figur 7.20). Kommuneoverlegene mener dette i noe mindre grad: litt under halvparten mener kommunen har tilstrekkelig stillingsprosent for kommuneoverlege, 24 prosent stiller seg nøytrale og ca. 30 prosent mener kommunen har dette i liten eller svært liten grad (Vedlegg B).

Respondentene fra bydelene i Oslo kommune svarer i større grad at stillingsprosenten ikke er tilstrekkelig, både for bydelsoverlegefunksjonen og administrativ ledelse. Blant respondentene fra Oslo kommune, angir 43 prosent at de i liten eller svært liten grad har tilstrekkelig bydelsoverlegefunksjon til oppfølging av fastlegeordningen (Vedlegg B).

Kommunene som kun har selvstendig næringsdrivende leger uten 8.2-avtaler svarer i signifikant mindre grad å ha tilstrekkelig stillingsprosent for administrativ ledelse sammenlignet med kommuner som har innslag av fastlønn og/eller 8.2-avtaler. Ellers finner vi ikke noen sammenhenger mellom kommunekarakteristika og det å ha tilstrekkelig stillingsprosent til oppfølging av fastlegeordningen.



FIGUR 7.20: FORDELING KOMMUNEOVERLEGE OG ADMINISTRATIVE LEDERE (EKSKLUDERT OSLO)

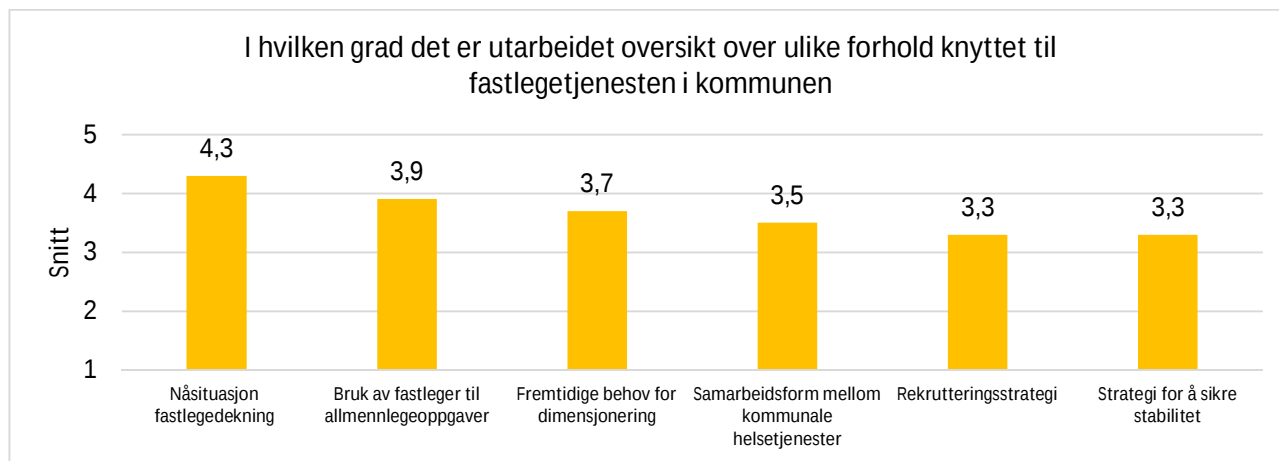
Mange kommuner mangler legeplan- flere har utarbeidet oversikt over forhold som omhandler fastlegetjenesten

Ca. 40 prosent av kommunene angir at det er utarbeidet en plan for legevirkksomheten i kommunen. Det er altså en betydelig andel av kommunene som ikke har utarbeidet en slik plan. Fra fritekstsvarene fremgår det at ytterligere 10 prosent at denne straks påbegynnes, er under utarbeidelse, eller inngår i andre planer.

Det at forhold knyttet til fastlegeordningen er inkludert i andre planer fremgår også i undersøkelsen: Av kommuneoverlegene oppgir 85 prosent at kommunen i stor eller svært stor grad har utarbeidet en oversikt over nåsituasjon når det gjelder fastlegedekning. Videre svarer 68 prosent at de i stor eller svært stor grad har en oversikt over bruken av fastleger til andre allmennlegeoppgaver. Kommuneoverlegene

angir i noe mindre grad at det er laget en oversikt over rekrutteringsstrategi for fastlegeordningen og strategi for å sikre stabilitet (Figur 7.21).

Vi finner at rekrutteringsstrategi og strategi for å sikre stabilitet er utarbeidet i signifikant mindre grad hos kommuner som kun har selvstendig næringsdrift uten 8.2-avtaler sammenlignet med kommuner som har innslag av 8.2-avtaler og/eller fastlønn. En mulig forklaring er at kommuner med innslag av 8.2-avtaler og/eller fastlønn ofte er distriktskommuner som i større grad har måttet gjøre tiltak for å rekruttere og stabilisere sin fastlegeordning, og i denne prosessen kan ha utarbeidet en oversikt over hvordan dette skal sikres. Vi finner imidlertid ikke en sammenheng med oppgitte rekrutteringsutfordringer.

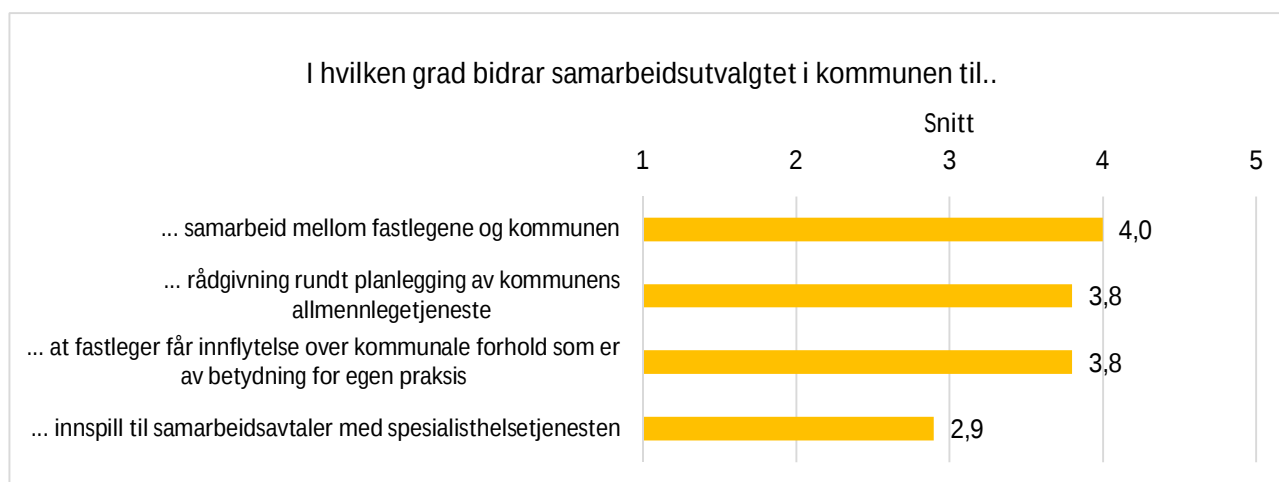


FIGUR 7.21: GJENNOMSNIITT KOMMUNEOVERLEGENE. SVAR ANGITT PÅ SKALA 1-5, 1= I SVÆRT LITEN GRAD 5= I SVÆRT STOR GRAD. SPØRSMÅLSTEKST ER FORKORTET FOR Å TILPASSES GRAF, FOR EKSAKT SPØRSMÅLSTILLING SE VEDLEGG B.

Samarbeidsutvalg er etablert i de fleste kommuner – brukes etter intensjonen

Både blant kommuneoverlegene og administrative lederne angir rundt 80 prosent at det er etablert et samarbeidsutvalg i kommunen. Større kommuner, samt mer sentrale kommuner har i større grad opprettet samarbeidsutvalg sammenlignet med mindre og mer usentrale kommuner. Rundt 80 prosent av kommuneoverlegene og 86 prosent av de administrative lederne angir dessuten at samarbeidsutvalget møtes halvårlig eller oftere (Vedlegg B).

Samarbeidsutvalget synes i stor grad å brukes i henhold til intensjonen, i det majoriteten av kommuneoverlegene og de administrative lederne angir at samarbeidsutvalget i stor grad bidrar til samarbeid mellom fastlegene og kommunen, rådgivning rundt kommunens allmennlegetjenester samt at fastleger får innflytelse på forhold av betydning for egen praksis. Utvalget synes imidlertid i mindre grad å bidra til innspill til samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten (Figur 7.22).



FIGUR 7.22: GJENNOMSNITT FOR RESPONDENTENE SAMLET (EKS. OSLO) SVAR ANGITT PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1= I SVÆRT LITEN GRAD, 5= I SVÆRT STOR GRAD

De fleste kommuner har allmennlegeutvalg eller liknende møter - brukes i henhold til intensjonen. De fleste kommunene har etablert et allmennlegeutvalg, eller har et forum som fungerer som et allmennlegeutvalg. Av kommuneoverlegene angir 53 prosent at et allmennlegeutvalg er etablert, og ytterligere 30 prosent at det ikke er etablert et offisielt allmennlegeutvalg, men at de har et møteforum som fungerer tilsvarende. Større kommuner har i større grad allmennlegeutvalg eller et møteforum som fungerer som allmennlegeutvalg.

Av kommuneoverlegene angir 88 prosent at allmennlegeutvalget møtes halvårlig eller oftere. En stor andel av kommuneoverlegene deltar i allmennlegeutvalgene; 54 prosent deltar i hele møtets varighet mens 26 prosent oppgir å delta i deler av møtet.

Deltagelsen i møtene synes å være akseptabel idet rundt 70 prosent av kommuneoverlegene angir at over halvparten av fastlegene stiller i ALU-møtene. Dog angir 20 prosent av kommuneoverlegene at i snitt under 50 prosent av fastlegene møter opp (Tabell 7.5).

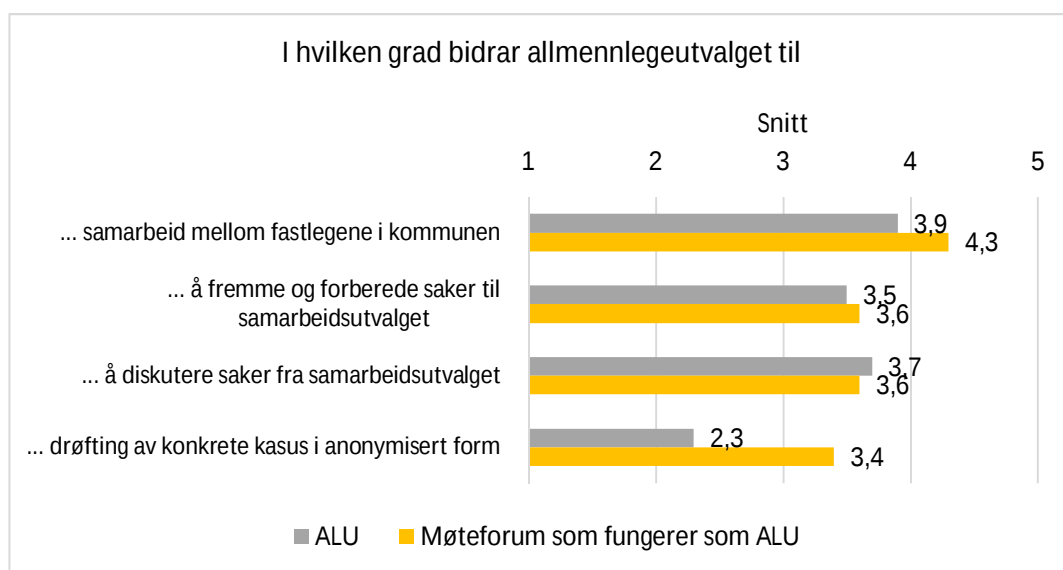
For møteforumet som fungerer som et allmennlegeutvalg er det ingen av kommuneoverlegene som angir en møtehyppighet sjeldnere enn en gang i halvåret, og 61 prosent angir at utvalget møtes månedlig eller oftere. Videre angir 94 prosent at kommuneoverlegen er tilstede i hele eller deler av møtet. Oppmøtet er godt i disse møteforumene, idet 82 prosent angir et oppmøte mellom 75-100 prosent, og 12 prosent et oppmøte mellom 50-74 prosent. Det høye oppmøte skyldes nok at slike møter ofte er sammenfallende med koordinerende møter mellom leger på fastlegekontoret.

Allmennlegeutvalget synes i stor grad å benyttes i henhold til intensjonen, idet majoriteten av kommuneoverlegene vurderer at allmennlegeutvalget i stor grad bidrar til samarbeid mellom fastlegene, at det fremmes og forberedes saker til samarbeidsutvalget, samt drøfting av saker til allmennlegeutvalget. Utvalget synes i mindre grad å drøfte konkrete kasus. Møteforum som fungerer som et allmennlegeutvalg synes å benyttes på samme måte som det formelle samarbeidsutvalget, men benyttes i større grad til også å diskutere konkrete kasus.

I gjennomsnitt, hvor høy andel av fastlegene stiller ved allmennlegeutvalg-møtene?

<25%	2 %
25 - 49%	18 %
50 - 74%	22 %
75 - 100%	49 %
Vet ikke	9 %

TABELL 7.5 SVAR KOMMUNEOVERLEGER

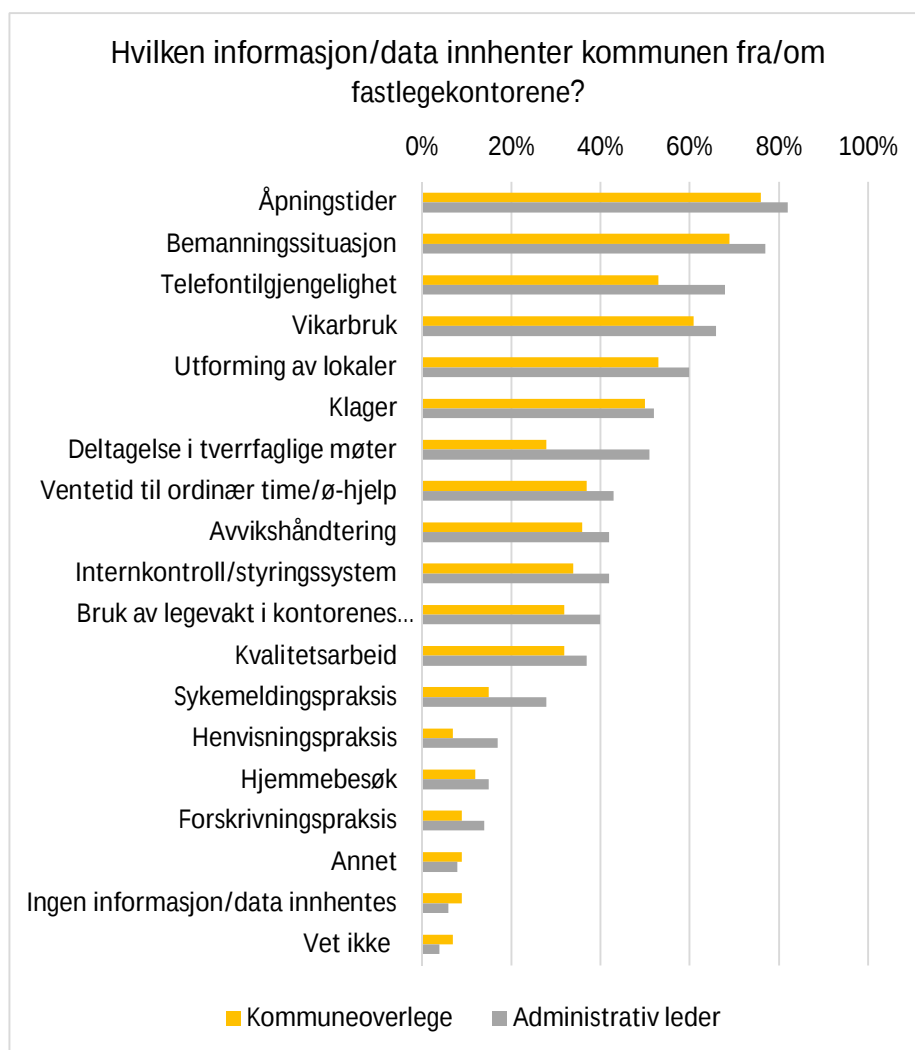


FIGUR 7.23 GJENNOMSNIITT FOR RESPONDENTENE SAMLET (EKS. OSLO), SVAR ANGITT PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1= I SVÆRT LITEN GRAD, 5= I SVÆRT STOR GRAD

Kommunene innhenter overordnet data om fastlegekontorene

De aller fleste administrative ledere oppgir at kommunene innhenter overordnet data om fastlegekontorene slik som åpningstider (82 prosent), bemanningssituasjon (77 prosent) og vikarbruk (66 prosent). Men en stor andel angir også at det innhentes informasjon om telefontilgjengelighet (69 prosent), utforming av lokaler (60 prosent) og klager (52 prosent). Rundt 40 prosent av de administrative lederne sier de innhenter informasjon om ventetider, internkontroll, avvikshåndtering og kvalitetsarbeid. Mens rundt 15 prosent innhenter informasjon rundt fastlegens aktiviteter slik som sykemeldings-, forskrivnings- og henvisningspraksis, samt hjemmebesøk (Figur 7.24).

Bydeler i Oslo angir i mindre grad å innhente informasjon rundt bemanningssituasjon, utforming av lokaler, klager, avvikshåndtering, interkontroll og kvalitetsarbeid, samt fastlegens aktiviteter, foruten hjemmebesøk. Oslo innhenter i større grad enn landet for øvrig informasjon om vikarbruk, telefontilgjengelighet og hjemmebesøk (Vedlegg B).



FIGUR 7.24 SVAR FRA KOMMUNEOVERLEGER OG ADMINISTRATIV LEDERE, AVKRYSSNING PÅ LISTE HVOR FLERE VALG VAR MULIG

I frivillig fritekstsvar fikk respondentene mulighet til å spesifisere eventuelle andre forhold rundt innhenting av informasjon. De fleste av innspillene gikk på at det ikke var en formell innsamling av flere nevnte forhold, men at kommunen likevel har kjennskap/tilgang til slik informasjon. Dette begrunnet de med at det er små forhold og tett dialog, eller at det ved kommunalt drevet legekontor vil være slik at kommunen til enhver tid vil ha tilgang til informasjonen de forespørres om de innhenter.

Sitater knyttet til innhenting av informasjon om fastlegekontorene

«Med 4 legesenter har vi så god oversikt uten å be om spesifikk informasjon»

«Det finnes bare et legesenter i kommunen, kommunen driver legesenteret - mye er kjent for kommunen uten at det innhentes data/statistikk»

Kommunene følger i middels grad opp krav til interkontroll og kvalitetsforbedrende arbeid. Respondentene vurderer i stor grad at kommunen følger opp klagesaker kommunen mottar om fastlegene (snitt 4,2), samt klagesaker som involverer fylkeslegen (snitt 4,0). Men respondentene er mer delt når det gjelder om kommunen innhenter tilstrekkelig informasjon fra fastlegekontorene til styringsformål (snitt 3,2), følger opp at fastlegekontorene bedriver kvalitetsforbedrende arbeid (snitt 3,0), samt følger opp at fastlegekontorene ivaretar krav til internkontroll (snitt 3,0) (Figur 7.25).

Bydelene i Oslo angir i mindre grad å innhente tilstrekkelig informasjon til styringsformål, følge opp om fastlegekontorene ivaretar krav til internkontroll, samt følge opp om fastlegekontorene bedriver kvalitetsforbedrende arbeid sammenlignet med kommunene for øvrig (Vedlegg B). Videre angir kommuner med fastlønn og/eller 8.2-avtaler at de i større grad følger opp om fastlegekontorene bedriver interkontroll og kvalitetsforbedrende arbeid.

Små kommuner angir i statistisk signifikant større grad at de innhenter tilstrekkelig informasjon til styringsformål, og kommuner med kun fastlønnede leger gjør dette i større grad enn de med kun selvstendig næringsdrift uten 8.2-avtaler. Kommuner som kun har selvstendig næringsdrivende leger følger også i mindre grad opp kvalitetsforbedrende arbeid og internkontroll sammenlignet med kommuner med innslag av fastlønn og/eller 8.2-avtaler.



FIGUR 7.25: GJENNOMSNIITT FOR RESPONDENTENE SAMLET (EKS. OSLO), SVAR ANGITT PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1= I SVÆRT LITEN GRAD, 5= I SVÆRT STOR GRAD

I frivillig fritekstsvar fikk respondentene mulighet til å utdype om de hadde eventuelle kommentarer til spørsmålene om innhenting av informasjon/oppfølging av fastlegeordningen. Flere av tilbakemeldingene gikk på klagesaker som involverer fylkesmannen. Flere kommuner skriver at de sjelden informeres om klagesaker som involverer fylkesmannen og noen utdype at de kun informeres dersom Fylkesmannen konkluderer at det har skjedd et brudd på Helsepersonellovgivningen. Noen skriver at de opplever det som problematisk at kommunene ikke nødvendigvis informeres om klagesaker om fastlegene i kommunen som involverer Fylkesmannen. Noen gir tilbakemelding om at de er små kommuner og sjelden opplever klagesaker, noe som gjør spørsmålene vanskelig å besvare.

Noen kommuner med fastlønnede leger eller der kommunen holder kontor bemerker at kontorene ansees å være en del av kommunen, og dermed følges dette naturlig opp av kommunen, og/eller at spørsmålene således oppleves som mindre relevante.

Sitater knyttet til innhenting oppfølging av fastlegeordningen

«Klagesaker til fylkesmannen får vi ikkje beskjed om dersom ikkje legen sjølv informerar oss - dette bør endrast!»

«Ang. klager som går til fylkesmannen, så er det en stor utfordring at leder ikke blir informert. Legen er ikke pliktig å informere leder, og fylkesmannen er ikke pliktig å informere leder»

«Fastlegekontoret i kommunen er kommunalt drevet. derfor er kvalitetsarbeid et felles anliggende.»

Interkommunal legevakt er utbredt- synes i stor grad å ha vært vellykket

Respondentene svarer i liten grad at det er vanskelig å få dekket vaktene på legevakten i kommunen (snitt 2,3). Vi finner ingen signifikante sammenhenger med sentralitet, kommunestørrelse eller avlønningsform som er i bruk i kommunen. Halvparten av respondentene tror imidlertid at endringer i akutforskriften vil gjøre det mer utfordrende å dekke vaktene på legevakten (snitt 3,5) (Vedlegg B).

På spørsmål om hvem som dekker legevaktene i kommunen oppgir ca. 40 prosent av kommuneoverlegene at leger som ikke er fastleger og ikke er engasjert via vikarbyrå er med å dekke legevaktene i kommunen, 8 prosent angir at kommunen benytter leger engasjert via vikarbyrå, og 21 prosent angir at de benytter seg av fast ansatte på legevakt. Ca. 20 prosent av kommunene har benyttet seg av goder eller bonusordninger for å dekke legevaktene i kommunen (Vedlegg B).

Over 80 prosent av kommunene oppgir å ha interkommunal legevakt. Blant kommunene som ikke har interkommunal legevakt svarer flertallet at et slikt samarbeid ikke var aktuelt, og i fritekstsvar utdyper ca. halvparten at dette skyldes geografiske forhold, og andre halvparten at dette skyldes politiske beslutninger. Noen beskriver også at legene i kommunen ikke ønsker dette eller at kommunen er godt tilfreds med dagens legevakt i kommunen, og at legene har en akseptabel vaktbelastning.

I frivillige fritekstsvar understreker flere betydningen av en godt fungerende interkommunal legevaktsordning og flere uttrykker bekymring rundt innføring av nye kompetansekrav. Ca. 35 prosent av respondentene benyttet fritekstsvar og majoriteten av innspillene gikk på å utdype hvordan legevakten var organisert i den aktuelle kommunen. Av innspillene som beskriver hvordan legevaktsordningen fungerer var det vanligste innspillet at kommunene opplever å ha en interkommunal legevaktsordning som fungerer godt. Noen utdyper at den interkommunale legevaktordningen har vært avgjørende for rekruttering og stabilitet og fastleger.

Flere ytrer bekymring rundt de nye kompetansekravene, og hvilke konsekvenser dette vil få for kommunens mulighet til å dekke opp legevaktene, noen nevner også de økonomiske implikasjonene det vil ha for kommunen. Noen utdyper at de i dag klarer å dekke opp legevakter ved bruk av vikarer som ikke fyller de nye kompetansekravene. Videre skriver noen at kravene stiller umulige krav til distriktskommunene.

Noen kommuner opplever legevaktsordningen i kommunen som sårbar, der ikke mye skal til for å gjøre legedekningen krevende. Noen utdyper at det er utfordrende med få leger som kan ta legevakt, eller at flere leger ikke ønsker å ta legevakter, især ikke nattevakter. Noen ytrer bekymring for en aldrende legestand, der flere leger som har tatt en betydelig andel av legevaktene nærmer seg en alder hvor de kan kreve vaktfritak. Noen utdyper at det har vært misnøye blant legene hva angår legevaktsbelastningen.

Noen kommuner ytrer at de har måttet gå over til en fastlønnsløsning for legevakt, eventuelt andre typer bonusordninger, for å øke attraktiviteten rundt å ta legevakter, og noen kommuner vurderer slike løsninger.

Sitater knyttet til legevaktsordningene i kommunen

«Stor interkommunal legevakt, som dermed reduserer vaktbelastninga for fastlegane er avgjerande for å sikre rekruttering, vaktbelastninga bør ikkje bli større.»

«Erfart at interkommunal løysing har hatt stabiliserande effekt og gitt kvalitetsheving.»

«Skal vi klare å holde på fastlegene må vi tilby en vaktordning de kan leve med... Ønsker klare krav til kommunene om arbeidstid, slik at legene skal ha fri dagen etter en legevakt. Slitne leger på jobb etter legevakt er en risiko!»

«Akuttmedisinforskriften stiller krav om økt nærhet og samtidig økte krav til kompetanse. For distriktkommuner er det krevende.»

«God og stabil ordning. Men om bakvaktsskravet med aktiv bakvakt innføres blir det en katastrofe for småkommunene!»

«Få av fastlegene i distriktet deltar i legevakten, anslår ca. 30%»

«Må leie inn vikarer også for å avlaste fastlegene i fht. vakthypighet. Blir svært vanskelig ilt neste tre år når en betydelig andel av legene (eksakt tall endret av hensyn til personvern) i kommunen er over 60 og kan kreve vaktfritak.»

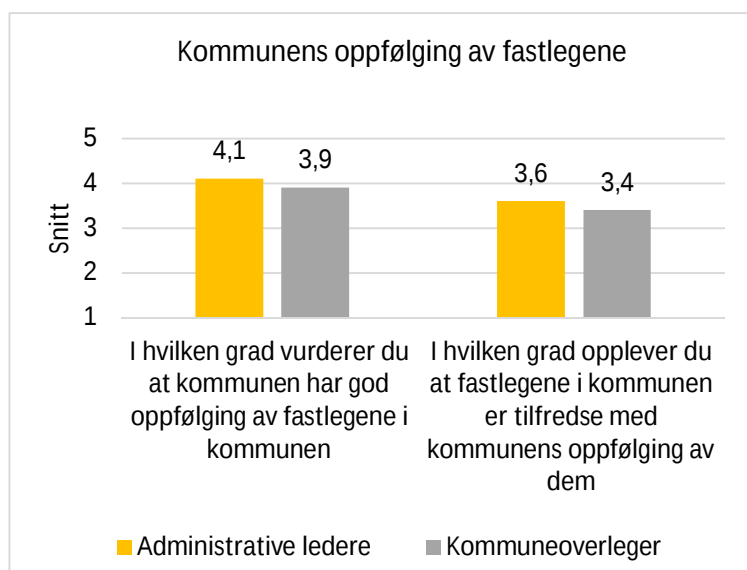
7.2.4 Relasjonen mellom kommunen og fastlegene

For å vurdere relasjonen mellom kommunen og fastlegene, har vi sett nærmere på hvordan kommunene vurderer at de følger opp fastlegene og hvordan de leder legene. Videre undersøkte forhold knyttet til involvering av fastlegene og hvordan kommunen vurderer fastlegenes tilgjengelighet. Videre ønsket vi å undersøke kommunenes inntrykk av fastlegenes arbeidssituasjon.

Kommunene vurderer at de har god oppfølging av fastlegene

Respondentene angir overordnet at kommunene har god oppfølging av fastlegene i kommunen (snitt 4,0). Vi finner ingen forskjeller basert på kommunestørrelse og sentralitet. Kommuner som kun har selvstendig næringsdrivende fastleger uten 8.2-avtaler vurderer imidlertid oppfølgingen som statistisk signifikant dårligere enn kommuner med innslag av 8.2-avtaler og/eller fastlønn. Kommuner som kun har fastlønnsavtaler er mest fornøyd med oppfølgingen.

Respondentene mener i noe mindre grad at fastlegene er tilfreds med kommunens oppfølging av dem (snitt 3,5), men overordnet svarer de at fastlegene er tilfreds med kommunens oppfølging. De administrative lederne vurderer at fastlegene er tilfreds i større grad enn kommuneoverlegene (Figur 7.26). Videre angir små kommuner i signifikant større grad at de opplever at fastlegene er tilfreds med oppfølgingen. Igjen mener kommuner med kun selvstendig næringsdrift uten 8.2-avtaler i mindre grad at de opplever at fastlegene er tilfreds med kommunens oppfølging sammenlignet med kommuner med en blanding av fastlønn og selvstendig næringsdrift.



FIGUR 7.26: GJENNOMSNIITT KOMMUNEOVERLEGER OG ADMINISTRATIVE LEDERE (EKS. OSLO), SKALA 1-5, 1= I SVÆRT LITEN GRAD, 5= I SVÆRT STOR GRAD.

Kommunene mener at de i stor grad informerer fastlegene om forhold som har betydning for den enkelte leges virksomhet, idet 87 prosent av de administrative lederne og 74 prosent av kommuneoverlegene angir at kommunen gjør dette i stor grad (Vedlegg B). De svarer videre at kommunen informerer om viktige kommunale helsetilbud som fastlegene bør kjenne til. Kommuner med kun selvstendig næringsdrift uten 8.2-avtaler svarer imidlertid i noe mindre grad enn kommuner med innslag av fastlønn og/eller 8.2-avtaler at de informerer fastlegene om viktige kommunale helsetilbud.

De fleste kommuner har møter med den enkelte lege én gang i året eller oftere

Basert på svaret fra kommunens administrative ledere fremgår det at 68 prosent av kommunene oppgir å ha møter mellom kommunen og den enkelte fastlege en gang i året eller oftere (Tabell 7.6). Tilsvarende tall for kommuneoverleger er 48 prosent. Forskjellen kan skyldes ulik kjennskap til slike møter, noe den høyere andelen «vet ikke» blant kommuneoverlegene kan være en indikasjon på, samt ulik definisjon av hva et slikt møte skal være. Basert på dette ser det ut til at mellom en tredjedel og halvparten av kommunene ikke har årlige møter med den enkelte legen om dens virksomhet.

I fritekstsvarene utdypes det at møter mellom fastlegene og kommunen forekommer, men sjelden er individuelt slik som spørsmålstillingen i spørreundersøkelsen antyder. Det kan derfor være at møter om legens virksomhet fremgår hyppigere enn det som fremgår av undersøkelsen.

I snitt, hvor ofte forekommer det møter mellom kommunen og den enkelte fastlege om legens virksomhet?			
	Kommuneoverleger	Administrative ledere	Oslo
En gang i halvåret eller oftere	30%	45%	14%
En gang i året	18%	23%	36%
En gang annethvert år eller sjeldnere	18%	17%	28%
Aldri	23%	11%	21%
Vet ikke	11%	4%	0%

TABELL 7.6

I frivillig fritekstsva valgte ca. 40 prosent av respondentene å komme med ytterligere innspill til kommunens oppfølging av fastlegene. Svarene indikerer at det er stor variasjon i hvordan oppfølgingen gjøres i de ulike kommunene, fra kommuner med ukentlige møter, til kommuner som kun har møter ad hoc eller på etterspørsel fra fastlegene. Noen respondenter utdypet at møtepunktene stort sett består i møter

i ALU eller LSU, skjer ved behov, eller at møtepunktene i stor grad skjer mellom kommuneoverlegene og fastlegene.

De fleste av disse innspillene var av positiv karakter og flere beskriver et samarbeid med hyppig dialog, og et godt samarbeid. Noen kommuner med fastlønnede leger beskriver at dette bidrar til tett oppfølging, og noen små kommuner utdyper at dette bidrar til små forhold og et nært samarbeid.

Noen antyder at kommunen burde bli bedre på å følge opp den enkelte fastlege, og noen nevner at dette også er diskutert. Andre skriver at det ikke er nok tid til å følge opp fastlegene, eller at fastlegene selv ikke kan avsette tid til dette.

Sitater knyttet til kommunens oppfølging av fastlegene

«Generelt et meget godt samarbeid mellom fastleger og kommunen.»

«Oppfølging nå med minst ukentlige samtaler med rådmann, som treffer alle fastleger.»

«Det er møter når det er behov vedrørende enkelt hendelser, samarbeid, avvik, oppgaveløsning mm.»

«Det er kun møter dersom fastlege tar kontakt.»

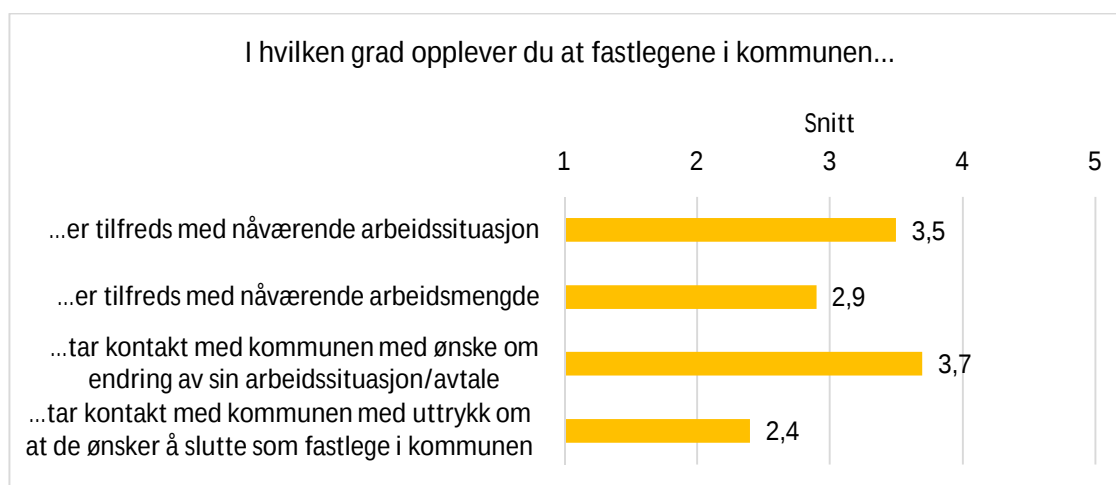
«Det har vært liten stillingsressurs avsatt til oppfølging av fastlegene. Det er ingen tradisjon på dette fra tidligere, og fastlegene er ikke veldig glade i å skulle avlevere data til kommunen. Siden ikke dette er spesifisert i avtaleverket, kan det være vanskelig å få ut.»

Kommunene vurderer at fastlegene ikke er tilfreds med sin arbeidsmengde

Majoriteten av respondentene mener fastlegene i stor eller svært stor grad er tilfreds med sin arbeidssituasjon (snitt 3,5). De opplever imidlertid i mindre grad at fastlegene er tilfreds med sin arbeidsmengde (snitt 2,9); 43 prosent av kommuneoverlegene og 36 prosent av de administrative lederne opplever at fastlegene i liten eller svært liten grad er tilfreds med nåværende arbeidsmengde.

En stor andel av respondentene opplever at fastlegene tar kontakt med kommunen med ønske om å endre sin arbeidssituasjon (snitt 3,7) idet 64 prosent av kommuneoverlegene angir at fastlegene i stor eller svært stor grad tar kontakt med kommunen med et slikt ønske og 68 prosent av de administrative lederne angir det samme (Figur 7.27).

Hele 20 prosent av kommunene oppgir at fastlegene i stor eller svært stor grad tar kontakt og uttrykker at de ønsker å slutte som fastlege (Vedlegg B).



FIGUR 7.27 GJENNOMSNIITT FOR RESPONDENTENE SAMLET (EKS. OSLO), SVAR PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1= I SVÆRT LITEN GRAD 5=I SVÆRT STOR GRAD

I frivillig fritekstsvar ga 35 prosent av respondentene ytterligere innspill til fastlegenes arbeidssituasjon. Majoriteten av innspillene preges av at fastlegene angir å ha økt arbeidsbelastning. Flere utdyper at dette er knyttet til oppgaveøkning, især oppgaveøkning knyttet til oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten. Noen utdyper at oppgaveøkningen er knyttet til økning i administrativt arbeid, eller at flere av oppgavene er oppgaver som fastlegene opplever at ikke bør ligge på fastlegen. Noen nevner at legevaktsbelastningen i kommunen bidrar til den opplevde totale arbeidsbelastningen. Noen opplever at fastlegene etterlyser mer tid til pasientnært arbeid. Noen nevner også at ustabilitet i legestanden, bidrar til å øke belastningen på de gjenværende legene. Noen angir at det er økte krav til fastlegen fra flere hold.

Hva angår konsekvenser av arbeidsbelastning angir flere respondenter at fastleger i økende grad tar kontakt og ønsker å redusere sin listelengde. Noen utdyper at noen fastleger ønsker å redusere sin listelengde for å redusere arbeidsbelastningen, men ikke opplever å ha de økonomiske rammebetingelsene til å kutte tilstrekkelig. Noen nevner at fastlegene ønsker å redusere i mengden legevakt og andre allmennlegeoppgaver.

Noen respondenter angir at fastlegeordningen i kommunen fungerer godt, og at de opplever at fastlegene er tilfredse, andre utdyper at det er stor variasjon blant fastlegen vedrørende hvordan de opplever sin nåværende arbeidssituasjon, samt at yngre leger kan ha andre forventinger til fastlegeyrket.

Sitater knyttet til fastlegenes arbeidssituasjon

«Fastlegene arbeider svært mye, mange av våre fastleger arbeider 80-100 timer/uke, de har fått overført en rekke oppgaver fra andre aktører (sykehus, NAV, skoler osv.) som oftest ikke honorerte.»

«Kommentarer fra fastlegen er at det er mykje oppfølgingsarbeid og dokumentasjon kring enkelt pasientar, mykje tid i samarbeid med andre instansar med store krav til kva fastlegen skal gjennomføre. Summen av dette bidreg til at legene opplever at dei har ei altfor stor arbeidsmengd.»

«Fastlegene har ein krevande arbeidssituasjon, med stadig nye oppgaver, og kommunen har ein viktig oppgave i å tilrettelegge for best mulig arbeidssituasjon»

«Vi er svært bekymret. 27 % av fastlegene i X har sluttet i løpet av et drøyt år, og alle skulle videre i annen jobb.»

«Ofte henvendelser om listereduksjon, i snitt har hver fastlege redusert sin liste m 120 pasienter siden 2014»

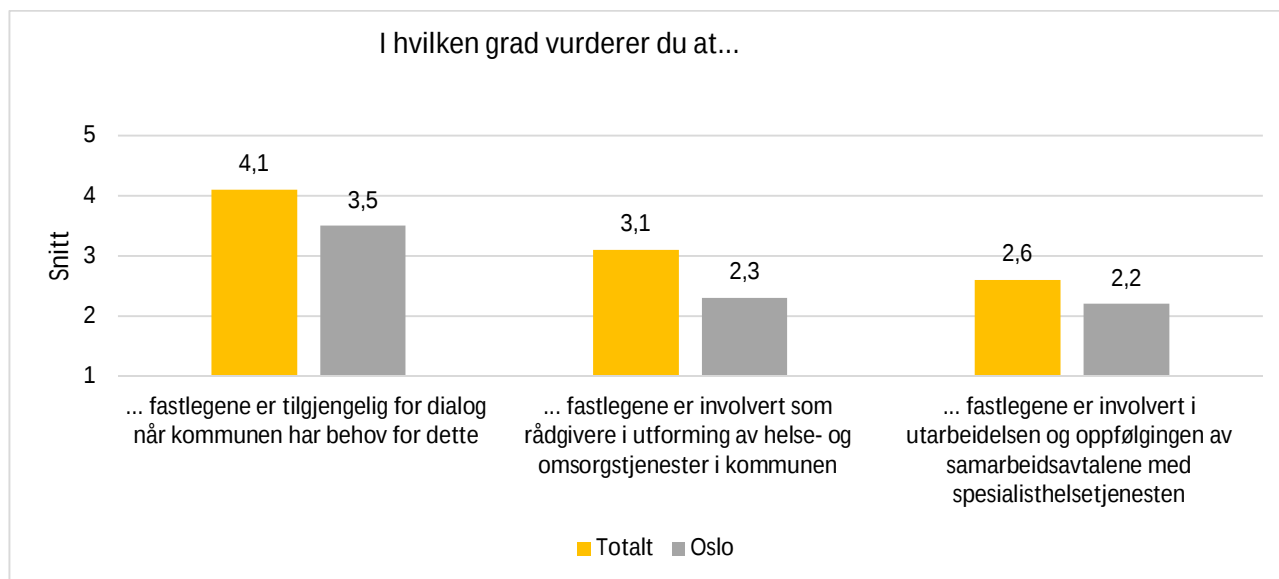
«Fastlegene i kommunen er svært ulike, og håndterer sin arbeidssituasjon svært ulikt.»

«Rosenrødt hos oss.»

Fastlegene er tilgjengelige for dialog- mindre involvert i utformingen av helse- og omsorgstjenester. Kommunene synes å være tilfreds med fastlegenes tilgjengelighet for dialog når kommunen har behov for det (snitt 4,1) (Figur 7.28). Kommuner med kun selvstendig næringsdrift uten 8.2-avtaler vurderer i snitt fastlegens tilgjengelighet som dårligere enn kommuner med kun fastlønnede fastleger.

Kommunene synes imidlertid å være mer delt hva angår hvorvidt fastlegene er involvert som rådgivere i utformingen av helse- og omsorgstjenester i kommunen (Figur 7.28). Respondentene fra bydelene i Oslo angir at fastlegene er involvert i mindre grad enn kommunene for øvrig (Figur 7.28). Ifølge kommunene er fastlegene i mindre grad involvert i utarbeidelsen og oppfølgingen av samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten (snitt 2,6). Også for dette forholdet angir respondentene fra bydelene i Oslo at fastlegene er involvert i mindre grad enn kommunene for øvrig (Figur 7.28). Videre finner vi at fastlegene

er signifikant mindre involvert i kommuner med kun selvstendig næringsdrift uten innslag av 8.2-avtaler, sammenlignet med kommuner med kun fastlønnede leger.

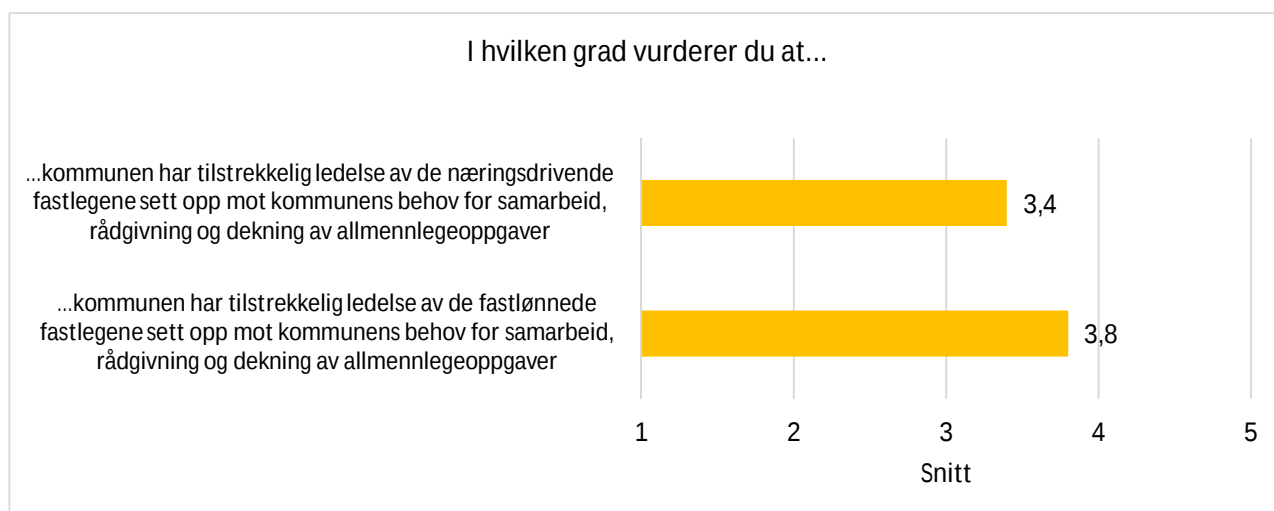


FIGUR 7.28: GJENNOMSNIITTLIG FOR RESPONDENTENE SAMLET (EKS. OSLO) SAMT OSLO, SVAR ANGITT PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1= I SVÆRT LITEN GRAD, 5= I SVÆRT STOR GRAD

I frivillig fritekstsvaret valgte ca. 10 prosent av respondentene å utdype spørsmålene knyttet til dialog og samarbeid mellom fastlegene og kommunen. Flere av innspillene går på at fastlegenes arbeidsmengde påvirker fastlegenes tilgjengelighet og deltakelse i ulike initiativer, samt at kommunen ønsker å involvere fastlegene, men at det er manglende interesse fra fastlegestanden. Noen nevner også at involvering av fastlegene begrenses ved at fastlegene ønsker kompensasjon for deltagelse, noe kommunen ikke har ressurser til å innfri. Noen nevner informative nettsider og nyhetsbrev som metoder de opplever har bidratt til god informasjon til fastlegene hva angår helsetilbud og informasjon som fastlegene burde kjenne til. Flere uttrykte at fastlegene mottar svært mye informasjon fra mange instanser, så noe av utfordring er å sikre at viktig informasjon fra kommunen når fastlegene.

Noe mer tilfreds med ledelsen av fastlønnede enn næringsdrivende fastleger

I snitt vurderer respondentene at kommunene har tilstrekkelig ledelse av de fastlønnede fastlegene (snitt 3,8), men i noe mindre grad å ha tilstrekkelig ledelse av de næringsdrivende legene (3,4) (Figur 7.29). Men majoriteten av respondentene angir at ledelsen er tilstrekkelig i stor eller svært stor grad. Små kommuner er i større grad tilfreds med ledelsen av de næringsdrivende fastlegene sammenlignet med større kommuner.

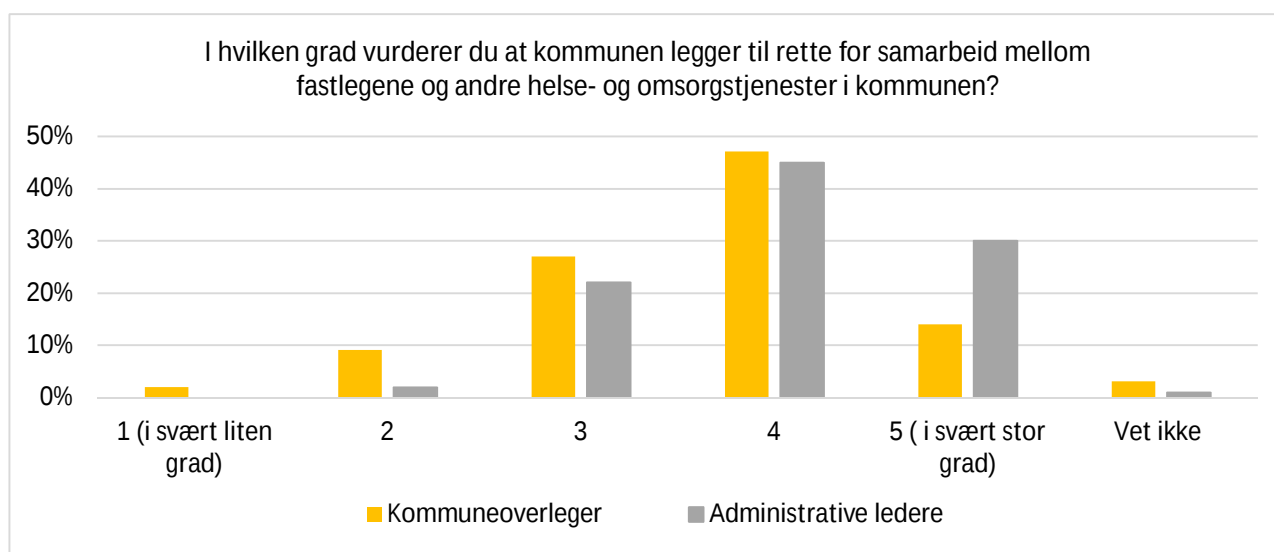


FIGUR 7.29: GJENNOMSNITT FOR RESPONDENTENE SAMLET (EKS OSLO) SVAR ANGITT PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1= I SVÆRT LITEN GRAD, 5= I SVÆRT STOR GRAD

Av fritekstsvar fremgår det at forståelsen av hvilken rolle kommunene har i ledelse av fastlegene kan ha påvirket hvordan respondentene svarer. Noen bemerker at begrepet ledelse er misvisende da kommunene ikke har arbeidsgiveransvar eller styringsrett slik det fremgår av avtaler, samt at det ikke er en definert leder av fastlegene i kommunen. Uklarheter rundt hvilken rolle kommunene skal ha ovenfor især de næringsdrivende legene kan derfor ha påvirket resultatet. Resultatet kan således være påvirket av at kommunene ikke opplever at de ikke formelt har en ledende rolle overfor de næringsdrivende legene. Noen respondenter uttrykker at privat næringsdrift vanskeliggjør styring og ledelse av legene.

7.2.5 Kommunens vurdering av samarbeidet mellom fastlegene og andre tjenester

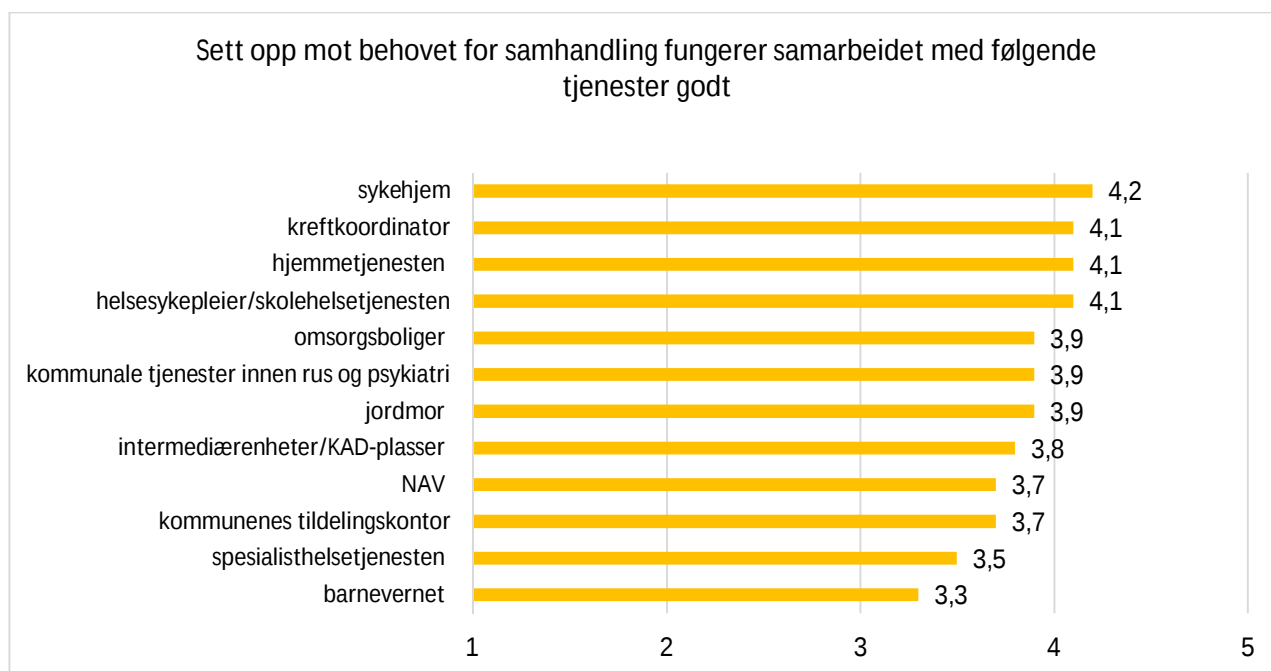
Respondentene vurderer at kommunen legger godt til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre helse- og omsorgstjenester i kommunen (snitt 3,8). De administrative lederne vurderer tilretteleggingen som bedre enn kommuneoverlegene, og hele 75 prosent av de administrative lederne vurderer at kommunen legger til rette for dette i stor eller svært stor grad (Figur 7.30).



FIGUR 7.30: FORDELING KOMMUNEØVERLEGE OG ADMINISTRATIVE LEDERE

Respondentene oppgir i hovedsak at samarbeidet fungerer godt mellom fastlegene og de fleste kommunale tjenester, men at samarbeidet er noe mindre fungerende med barnevernet og spesialisthelsetjenesten. Det er samhandlingen mellom fastlegene og henholdsvis sykehjem, kreftkoordinator helsesykepleier/skolehelsetjenesten og hjemmetjenesten som fungerer best ifølge kommunenes vurdering. Samhandlingen mellom fastlegene og barnevernet og spesialisthelsetjenesten angis å være noe mindre velfungerende (Figur 7.31). De administrative lederne er mer tilfreds med samhandlingen enn kommuneoverlegene. I denne sammenheng er det verdt å merke seg at tilnærmet 60 prosent av kommuneoverlegene også jobber som fastlege, og således vil ha fastlegens ståsted med i sin vurdering.

Respondentene fra bydelene i Oslo kommune vurderer generelt samarbeidet mellom fastlegene og andre tjenester som noe dårligere, sammenlignet med landet for øvrig.



FIGUR 7.31: GJENNOMSNIITT FOR RESPONDENTENE SAMLET (EKS. OSLO), SVAR PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1=HELT UENIG, 5=HELT ENIG

Av flere fritekstsvar fremgår at deres inntrykk er at samarbeidet fungerer godt. Noen av disse utdyper at små forhold og samlokalisering med flere tjenester bidrar til godt samarbeid, andre nevner at kommunalt ansatte leger bidrar til godt samarbeid med andre kommunale tjenester. Andre utdyper at samarbeidet fungerer godt på individnivå, men mindre godt på systemnivå.

Flere av innspillene går på at tidspress på fastlegene preger samarbeidet. Noen utdyper at samarbeid mellom fastlegen og andre tjenester preges av at fastlegen må prioritere kurativt arbeid på legekontoret. Andre legger vekt på at aktiviteter som kan bidra til økt samhandling ikke er tilstrekkelig finansiert.

Noen kommuner nevner at de har fanget opp at det er utfordringer rundt samarbeidet mellom fastlegene og Nav, samt at oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten påvirker samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Noen skriver at mulighet for elektronisk meldingsutveksling med flere tjenester ville bidratt til bedre samarbeid.

7.2.6 Kommunenes vurdering av finansieringen av fastlegeordningen

For å vurdere forhold knyttet til finansiering av fastlegeordningen, har vi sett nærmere på kommunens vurdering av totalrammen for finansiering, fordelingsnøkkelen mellom basistilskudd og aktivitetsstyrt finansiering, innretningen av takstsystemet samt hvilke avlønningsformer som er i bruk i kommunene.

Flertallet mener dagens fastlegeordning er underfinansiert og at basistilskuddet bør økes. Respondentene ble bedt om å vurdere utsagnet «totalrammen for fastlegeordningen er tilstrekkelig». I snitt svarer respondentene i snitt 2,1 og synes dermed i stor grad å være uenig i at totalrammen er tilstrekkelig. Blant kommuneoverlegene er 74 prosent helt eller delvis uenig i at totalrammen er tilstrekkelig, og 52 prosent av de administrative lederne angir det samme. Kommuner med kun selvstendig næringsdrift uten 8.2-avtaler angir i signifikant mindre grad at totalrammen er tilstrekkelig sammenlignet med kommuner med kun fastlønnsavtaler. Kommuner med rekrutteringsutfordringer vurderer også i mindre grad at totalrammen er tilstrekkelig.

Respondentene som var uenig i at totalrammen for finansiering er tilstrekkelig, ble stilt oppfølgingsspørsmål knyttet til hvilken komponent de opplever burde økes. Blant kommuneoverlegene angir 39 prosent at basistilskuddet bør økes, 58 prosent at både aktivitetsbasert finansiering og basistilskuddet bør økes, mens kun 1 prosent angir at det aktivitetsbaserte tilskuddet alene bør økes. Svarene er sammenlignbare for de administrative lederne. Oppsummert mener et overveiende flertall at basistilskuddet bør økes isolert sett eller sammen med takstene.

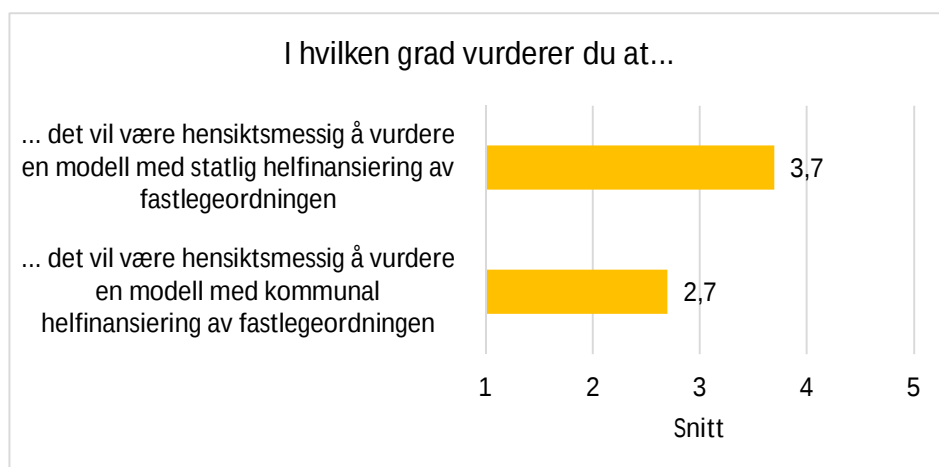
På spørsmålet om i hvilken grad fordelingsnøkkel mellom basistilskudd og aktivitetsbasert finansiering er hensiktsmessig svarer respondentene i snitt 2,7, dette antyder at majoriteten heller mot å være uenig i dette (Vedlegg B). Respondentene som svarte at de var helt eller delvis uenig i at fordelingsnøkkelen er hensiktsmessig ble stilt oppfølgingsspørsmål om hvordan fordelingsnøkkelen bør endres. Et overveiende flertall angir at basistilskuddet bør utgjøre en større andel, idet 98 prosent av kommuneoverlegene angir dette, og 92 prosent av de administrative lederne angir det samme.

Tilnærmet 60 prosent av kommuneoverlegene svarte at dagens nivå på basistilskudd i stor eller svært stor grad er til hinder for å rekruttere og beholde fastleger.

Mange kommuner er positive til statlig helfinansiering av fastlegeordningen

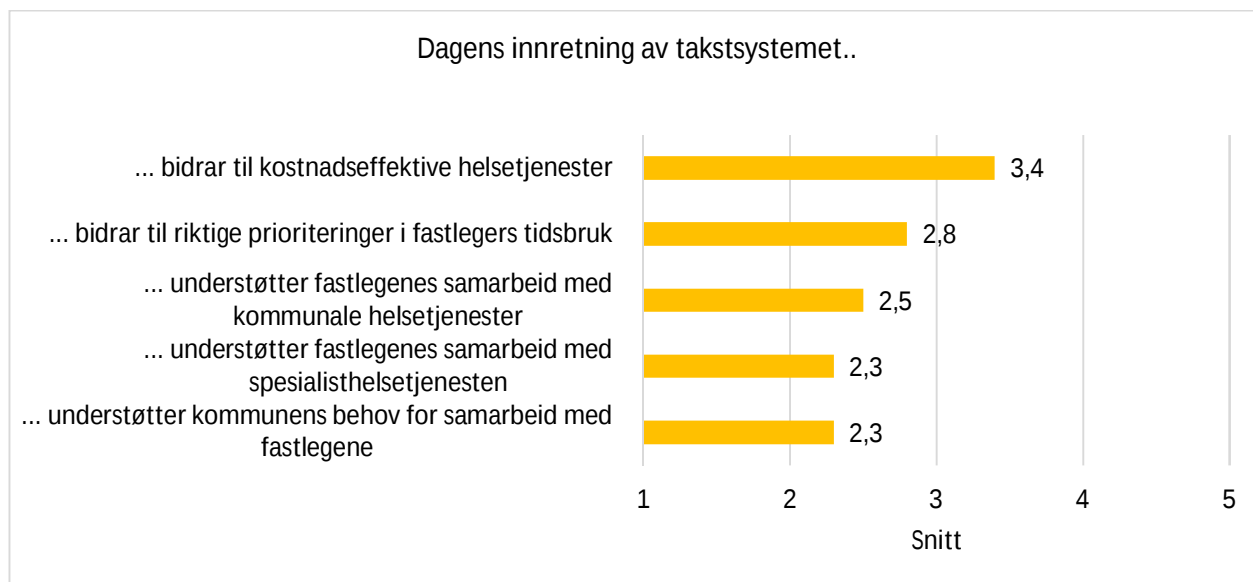
På spørsmål om det vil være hensiktsmessig å vurdere kommunal helfinansiering eller statlig helfinansiering av fastlegeordningen er respondentene i snitt mer positive til å vurdere statlig helfinansiering (Figur 7.32). Det er ikke signifikante forskjeller i svarene basert på kommunens størrelse og sentralitet. Oslo er mer positiv til kommunal helfinansiering sammenlignet med landet for øvrig.

Kommunene med kun næringsdrift uten 8.2-avtaler er signifikant mer positiv til helkommunal finansiering sammenlignet med kommunene som har 8.2-avtaler. Videre er kommunene med rekrutteringsproblemer siste 10 år noe overraskende mer positiv til helkommunal finansiering. En mulig teori er at dette skyldes at disse kommunene har tilpasset seg en situasjon der de forventer å benytte en del penger på sin fastlegeordningen utover basistilskuddet.



FIGUR 7.32: GJENNOMSNITT KOMMUNEOVERLEGER, SVAR ANGITT PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1= I SVÆRT LITEN GRAD, 5= I SVÆRT STOR GRAD

Takstsystemet bidrar i større grad til kostnadseffektivitet enn samarbeid med andre tjenester. Respondentene vurderte utsagn knyttet til dagens innretning av takstsystemet. De mente i nokså stor grad at dagens innretning bidrar til kostnadseffektive helsetjenester, men at dette i mindre grad understøtter fastlegenes samarbeids med spesialisthelsetjenesten, samt kommunens behov for samarbeid med fastlegene (Figur 7.33).



FIGUR 7.33: GJENNOMSNIITT FOR RESPONDENTENE SAMLET (EKS. OSLO), SVAR ANGITT PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1=HELT UENIG, 5= HELT ENIG

Flertallet av kommunene har fastlønn og/eller 8.2-avtaler

Basert på svaret fra administrative ledere, finner vi at rundt 25 prosent av kommunene har kun fastleger med ren næringsdrift uten 8.2-avtale, som innebærer at legen er arbeidsgiver og holder lokaler/utstyr selv. 28 prosent av kommunene oppgir å ha kun selvstendig næringsdrivende leger, men at noen eller alle fastlegene har kommunale ytelser som lokaler/utstyr og/eller personell, omtalt som 8.2-avtaler. En tredel av kommunene svarer at de har både næringsdrift (kan inkludere 8.2-avtaler) og fastlønn og 14 prosent av kommunene angir å ha kun fastlønn (Tabell 7.7).

Fastlønn og 8.2-avtaler er altså nokså utbredt; over 70 prosent av kommunene har avlønningsform som indikerer at kommunen har merutgifter knyttet til fastlegeordningen i kommunen utover bevilget basistilskudd. Fastlønn uten tillegg er noe mer utberedt enn fastlønn med tillegg av en viss andel av egenandeler og/eller Helfo-refusjon, og 21 prosent av de administrative lederne angir at kommunene har fastlønn med tillegg (Vedlegg B).

Bruk av fastlønn og 8.2-avtaler er særlig utbredt i de små kommunene; kun 5 prosent av de små kommunene har kun selvstendig næringsdrift uten innslag av 8.2-avtaler. Videre er 90 prosent av kommunene med kun fastlønnede små kommuner og ingen av dem er store kommuner. For de store kommunene angir 36 prosent at de har ren selvstendig næringsdrift uten bruk av 8.2-avtaler.

Kombinasjoner av avlønningsformer som er i bruk i kommunene				
	Kommunestørrelse i antall innbyggere			Total
	<5000	5000-19 999	≥ 20 000	
Både næringsdrift og fastlønn				
Kommuneoverleger (%)	27%	33%	43%	32%
Administrative ledere (%)	35%	25%	50%	33%
Kun fastlønn				
Kommuneoverleger (%)	35%	3%	0%	16%
Administrative ledere (%)	29%	3%	0%	14%
Kun næringsdrift, inkl. 8.2				
Kommuneoverleger (%)	30%	23%	11%	24%
Administrative ledere (%)	31%	31%	14%	28%
Kun ren næringsdrift				
Kommuneoverleger (%)	8%	41%	46%	29%
Administrative ledere (%)	5%	42%	36%	25%

TABELL 7.7

7.2.7 Kommunenes vurdering av dagens rekrutteringssituasjon

For å vurdere kommunens syn på rekruttering, har vi sett på kommunens vurdering av dagens rekrutteringssituasjon, samt hvordan denne har utviklet seg over tid. Videre har vi sett på hvilke tiltak kommunene har iverksatt for å rekruttere og beholde leger.

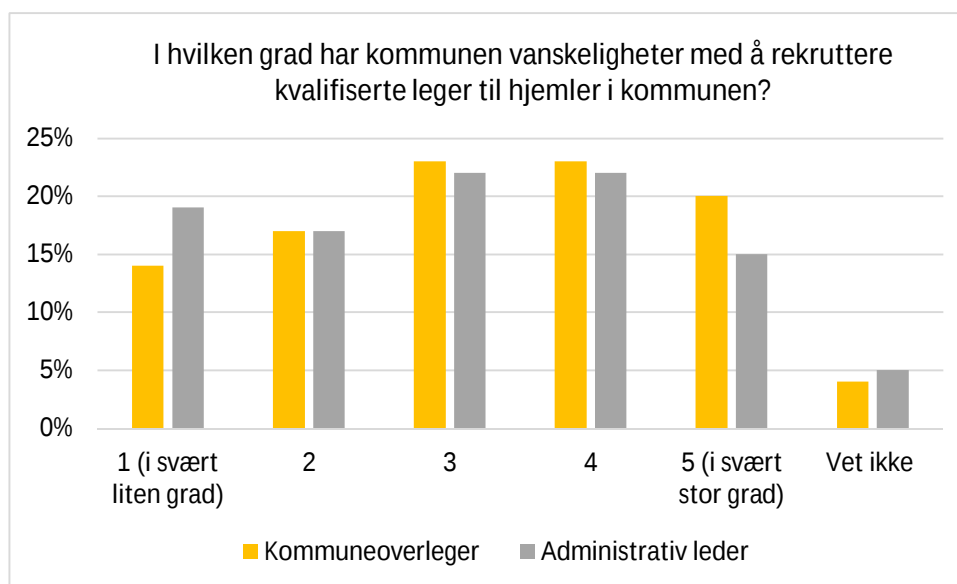
Rekrutteringsutfordringene øker i omfang og sprer seg til mer sentrale strøk

Blant kommuneoverlegene angir over 40 prosent at kommunen i stor eller svært stor grad har vanskelighet med å rekruttere kvalifiserte leger, i overkant av 20 prosent stiller seg nøytral, mens ca. 30 prosent svarer at kommunen i liten eller svært liten grad har hatt vanskelighet (Figur 7.34).

Usentrale kommuner oppgir i større grad vanskeligheter med å rekruttere kvalifiserte leger. Det gjør også større kommuner. Videre finner vi at kommuner med kun selvstendig næringsdrift men med innslag av 8.2- avtaler i signifikant mindre grad oppgir å ha rekrutteringsutfordringer enn kommuner med en blanding av fastlønn og selvstendig næringsdrift. Oslo kommune angir i mindre grad å ha rekrutteringsutfordringer sammenlignet med kommunene for øvrig.

Rundt 30 prosent av kommunene svarer at de i stor til svært stor grad har hatt vanskeligheter med å rekruttere kvalifiserte leger til kommunen det siste tiåret (Vedlegg B). Det gjelder i størst grad usentrale kommuner. Igjen oppgir kommuner med kun selvstendig næringsdrift men med innslag av 8.2- avtaler i mindre grad å ha hatt rekrutteringsutfordringer det siste tiåret enn kommuner med en blanding av fastlønn og selvstendig næringsdrift, samt kommuner med kun fastlønnede legger.

Det kan synes som om kommuner med 8.2-avtaler historisk sett har hatt mindre rekrutteringsutfordringer, og at dette muligens har vært stabiliserende, men at fastlønnsavtaler i større grad er assosiert med rekrutteringsutfordringer og er en respons på dette.

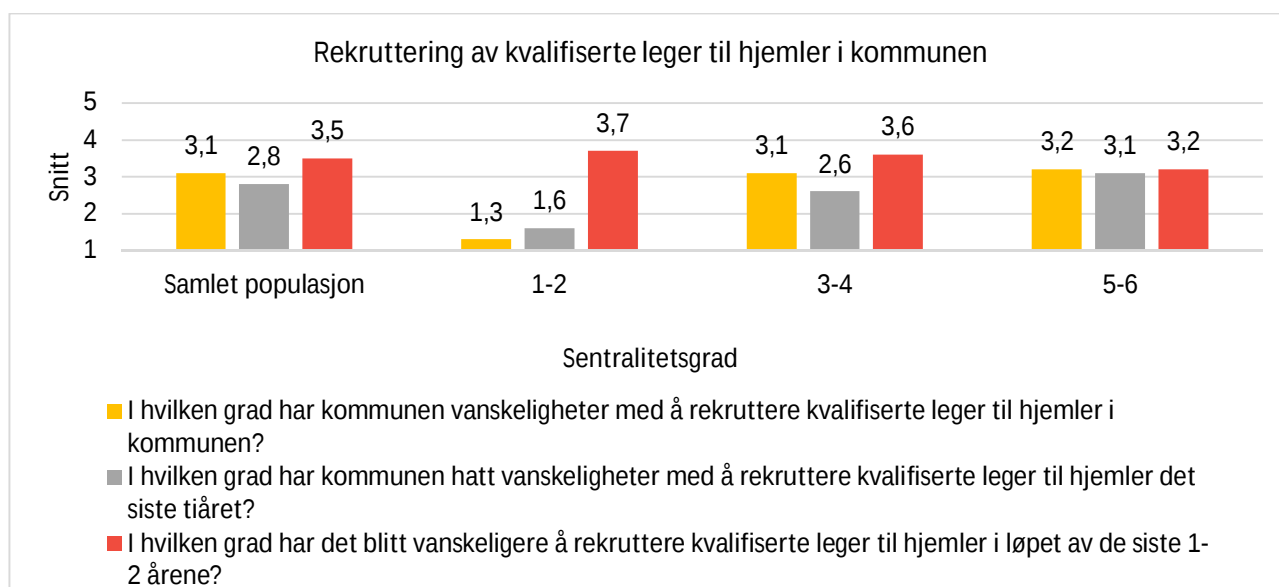


FIGUR 7.34: FORDELING KOMMUNEOVERLEGER OG ADMINISTRATIVE LEDERE

Flere kommuner angir at det har blitt vanskeligere å rekruttere kvalifiserte leger til hjemler i kommunen de siste 1-2 årene (snitt 3,5) (Figur 7.35, Figur 7.34). Store kommuner angir at rekruttering har blitt vanskeligere de siste 1-2 årene i signifikant større grad enn mindre kommuner. Vi finner ingen sammenheng med sentralitet.

Usentrale kommuner angir altså større rekrutteringsutfordringer enn mer sentrale kommuner, samt at de i større grad har hatt utfordringer over lengre tid. Det er imidlertid en utvikling mot at mer sentrale kommuner også opplever rekrutteringsutfordringer idet 60 prosent av de administrative lederne i de mest sentrale kommunene (Sentralitet 1-2, ekskludert Oslo) angir at dette har blitt vanskeligere i stor grad (Figur 7.35).

En kobling av svarene i vår undersøkelse mot legeforeningens undersøkelse blant kommunene om rekrutteringsproblemer viser at det er sterk korrelasjon mellom de som oppgir å ha rekrutteringsproblemer i VGs undersøkelse fra 2018, legeforeningens undersøkelse fra 2019 og de som oppgir å ha fått økte problemer de siste 1-2 årene i vår undersøkelse.



FIGUR 7.35: GJENNOMSNIITT FOR RESPONDENTENE SAMLET (EKS. OSLO) BRUTT NED PÅ SENTRALITETSDINDEKSEN TIL SSB

Noen kommuner har hjemler som er vanskelige å få besatt

Basert på fastlegehjemmelen som sist ble besatt i kommunen synes det som majoriteten av kommunene relativt raskt fikk besatt denne, idet over 70 prosent av administrative ledere svarer at hjemmelen var utlyst 6 måneder eller mindre, og 66 prosent svarer den ble besatt etter én utlysning. Dog angir 18 prosent at det tok mer enn 6 måneder, noe som således kan tyde på at de har hatt vansker med å besette denne. Usentrale kommuner oppgir i signifikant større grad at det tok lang tid før stillingen ble besatt. Kommuner med kun selvstendig næringsdrift uten 8.2-avtaler svarer også i større grad dette sammenlignet med kommuner med selvstendig næringsdrift med innslag av 8.2-avtaler (Vedlegg B).

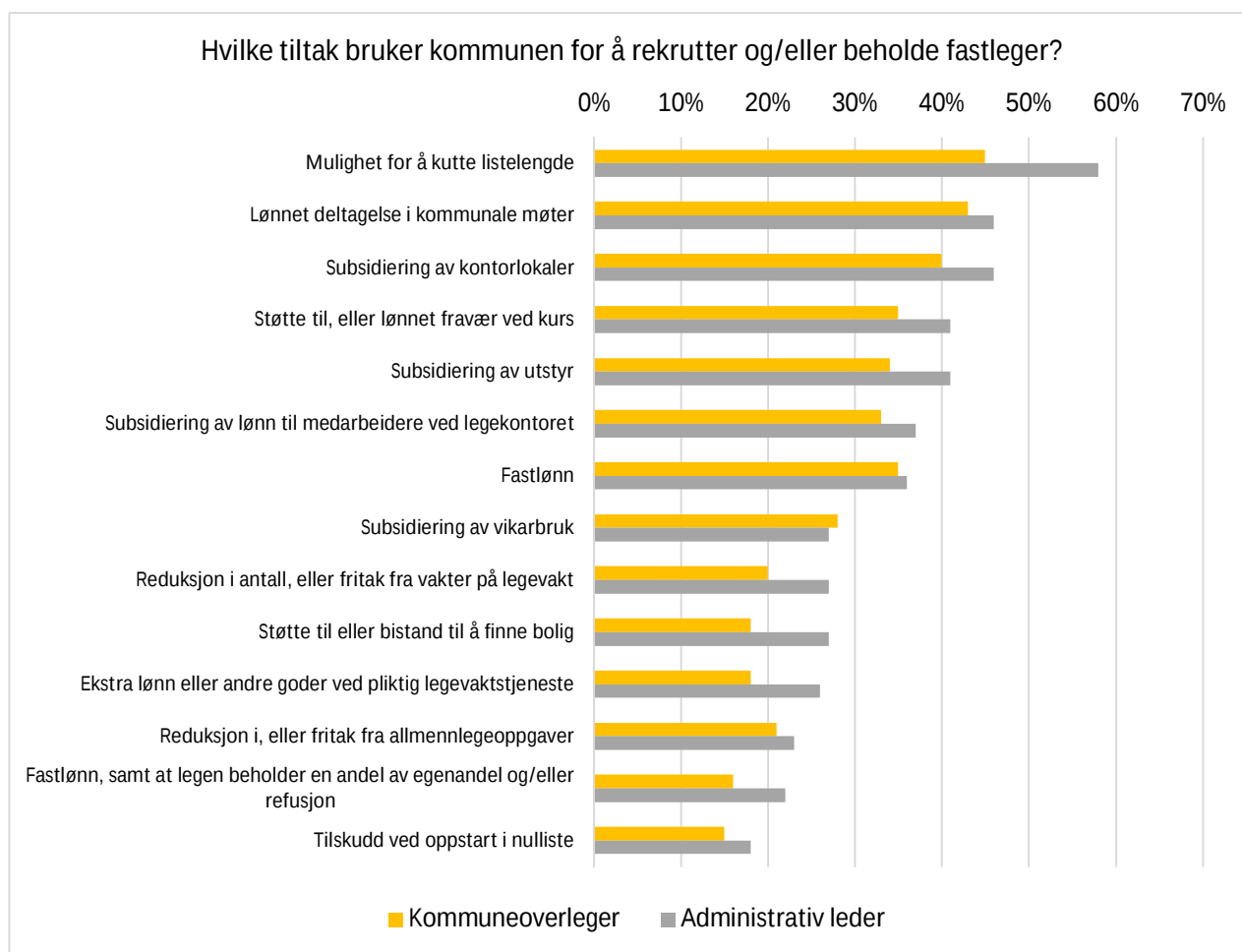
Kommunene ble også spurt om å oppgi lengste tid siden utlysning for hjemlene som for tiden lyses ut. Over 20 prosent av de administrative lederne svarer at hjemmelen har vært utlyst i mer enn 6 måneder og over 30 prosent at hjemmelen har vært utlyst tre ganger eller mer (Vedlegg B).

Avlønningsformen til sist besatte stilling var ren næringsdrift i ca. 35 prosent av tilfellene, næringsdrift med kommunale ytelser i ca. 30 prosent, fastlønn ca. 30 prosent, hvorav ca. 10 prosent fastlønn med tillegg. At kun 35 prosent av de sist besatte hjemlene i kommunene er næringsdrift der legen holder personell, utstyr og kontor selv understøtter at ordninger der kommunen må benytte frie midler er relativt utbredt.

Lønnet møtedeltagelse, subsidiering av legekontor og fastlønn som tiltak for rekruttering og stabilitet

Basert på svarene fra de administrative lederne finner vi at de vanligste tiltakene for å rekruttere og beholde fastleger er å legge til rette for kortere listelengde (58 prosent), etterfulgt av lønnet deltagelse i kommunale møter (46 prosent). Ulike former for subsidiering er også utbredt, herunder subsidiering av kontorlokaler (46 prosent), subsidiering av utstyr (41 prosent) og subsidiering av lønn til medarbeidere (37 prosent). Subsidiering av vikarbruk er også forholdsvis utbredt (27 prosent) (Figur 7.36). Omfanget av subsidiering er i tråd med andelen administrative ledere som angir at kommunen har en eller annen form for 8.2-avtale, og er således med på å utdype hva det er vanligst at inngår i en slik avtale. Av de administrative lederne angir dessuten 36 prosent at kommunen benytter fastlønn.

Av andre tiltak som er forholdsvis hyppig forekommende er reduksjon i antall vakter/fritak fra legevakt, reduksjon i mengde/fritak fra allmennlegeoppgaver, støtte eller bistand til å finne bolig, ekstra lønn eller goder ved pliktig legevaktstjenester. Frekvensen i bruk av tiltak oppgis gjennomgående å være høyere for de administrative lederne, men de samme tiltakene angis å være vanligst av kommuneoverlegene (Figur 7.36).



FIGUR 7.36: SVAR FRA KOMMUNEOVERLEGER OG ADMINISTRATIVE LEDERER (EKS OSLO) FIGUREN VISER ET UTDRAK AV DE VANLIGSTE TILTAKENE, FOR FULLSTENDIG LISTE SE VEDLEGG B

Rundt en tredjedel av kommunene ga ytterligere innspill til rekruttering av fastleger til kommunen i fritekstsvaret. De fleste av disse innspillene gikk på at kommunen opplever at rekrutteringssituasjonen er krevende. Noen utdyper at de dekker opp ledige hjemler de ikke får tilsatt ved å benytte vikarer. Videre er det flere kommuner som understreker at kommunen har vært nødt til å tilby mer ettertraktede avtaler slik som fastlønn, ALIS-liknende ordninger eller 8.2-avtaler for å få tilsatt fastleger i egen hjemmel, og at de merker etterspørselen etter slike avtaler fra søkerne. Noen utdyper at det er søkerne marked per nå, og at legene har mulighet til å fremforhandle gunstige avtaler slik rekrutteringssituasjonen er. Noen kommuner utdyper at de ikke har økonomisk mulighet til å tilby svært lukrative avtaler, men at de har forsøkt tiltak som korte listelengder eller god veiledning.

Noen av innspillene går på at kommunen opplever å ha god rekruttering. Noen utdyper at veldrevne legekontorer med godt rykte bidrar til dette. Noen kommuner opplever at de klarer å tilsette kvalifiserte leger i sine ledige hjemler, men at de har merket en tendens til at antall kvalifiserte søkere har gått ned. Noen understreker også at de har vært nødt til å senke kravene for å få tilsatt leger.

Noen kommuner nevner dessuten at de opplever vanskeligheter med å rekruttere vikarer når dette er påkrevd. Noen understreker at krav om at leger må ha gjennomført LIS1-tjeneste har gjort dette mer krevende. Noen nevner også at de opplever systemet med å få LIS1 til kommunen som uforutsigbart, da legene har mulighet til å trekke seg dersom et annet tilbud dukker opp. Andre understreker at svarene de har gitt er basert på at fastlegesituasjonen i kommunen har vært stabil, med leger som har vært ansatt i mange år, men at de ikke kan utelukke at de kunne hatt rekrutteringsutfordringer dersom de nå skulle ha ansatt nye leger.

Sitater knyttet til rekruttering av fastleger til kommunen

«Å få kvalifiserte, eksterne søkere er vanskelig.»

«Fastlegehjemlene er besatt av vikarer. Legene som er rekruttert ønsker ikke å forplikte seg fast.»

«Vi opplever søkere til hjemlene som lyses ut. Vi har som regel få søkere og ingen spesialister. Vi har valgt å inngå avtale med den som er best kvalifisert og hjelper til med å dekke kurs og legge til rette for spesialisering.»

«Påfallende forverret rekrutteringssituasjon siste 2 år for privat praksis, men stor etterspørsel etter fastlønnsstillinger.»

«Enkelt å rekruttere i vår kommune.»

7.3 Spørreundersøkelse til LIS1/legestudenter

For å få kunnskap om hva studenter og nyutdannede leger tenker er attraktive og mindre attraktive faktorer med fastlegeyrket, samt hva som er de viktigste barrierene mot å velge fastlegeyrket, har vi gjennomført en spørreundersøkelse blant utvalgte LIS1/legestudenter. I forkant av spørreundersøkelsen gjennomførte vi tre fokusgrupper, to blant LIS1-leger og én blant medisinstudenter på siste studieåret. Resultatene fra fokusgruppene ga viktig kunnskap, og ga også et grunnlag for utformingen av spørreundersøkelsen. Videre i dette delkapitlet rapporterer vi funn fra fokusgruppene og fra spørreundersøkelsen.

7.3.1 Hovedfunn

Resultatene fra fokusintervjuene og spørreundersøkelsen blant LS1-leger og medisinstudenter viser at interessen for allmennmedisin er stor. På tross av dette er det kun 9 prosent i vårt utvalg som svarer at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege. Det er imidlertid 34 prosent som angir at fastlegeyrket er noe de vurderer, men at det er forhold ved fastlegeyrket som gjør at de er usikre. Dersom det ikke gjøres tiltak som utbedrer forholdene LIS1-legene og studentene anser som barrierer, tyder resultatene fra våre undersøkelser på at rekrutteringen ikke vil dekke behovet for nye fastleger.

Vi finner at medisinstudenter og LS1-leger først og fremst oppfatter forhold knyttet til det pasientnære arbeidet som attraktivt; De liker kontinuiteten i lege- pasientforholdet og variasjonen i problemstillinger som følger med fastlegeyrket. Legestudenter og LS1-leger viser også interesse for å jobbe legevakt. Ved å forvalte yngre interesse for legevaktmedisin på en god måte, viser dette at det kan være gode utsikter for en god legevaktdekning fremover.

Videre fremgår det at autonomien knyttet til fastlegeyrket er attraktivt, samt muligheten fastlegeyrket gir for hovedsakelig å jobbe dagarbeid fremfor å jobbe turnus. Fokusgruppeintervjuer understøtter at det især er muligheten for dagarbeid som appellerer til en del yngre leger, da dette gir mulighet for å prioritere fritid og familie. Dette synes å være et viktig fortrinn sammenlignet med andre spesialiteter. Det pekes imidlertid på at dette fortrinnet er i ferd med å viskes ut ved at man i økende grad også jobber utenfor ordinær arbeidstid som fastlege. For fremtidig rekruttering vil det antagelig være viktig å ivareta dette fortrinnet, for ikke å miste yngre leger til andre spesialiteter. Det er også en stor grad av enighet om at lønnsforholdene er gode, eller i det minste akseptable. Av spørreundersøkelsen fremgår det at LIS1-leger og medisinstudenter anser følgende som barrierer for å velge fastlegeyrket:

- Høy arbeidsmengde, og en arbeidshverdag som i for stor grad preges av administrativt arbeid relativt til pasientnært arbeid.

- ▶ Et stort faglig ansvar helt fra man starter som fastlege, uten at forholdene ligger til rette for raskt å føle seg kapabel til å påta seg dette ansvaret. Herunder tilrettelegging av spesialisering, mulighetene for faglig utvikling og mulighetene for veiledning, sparring og rådgøring.
- ▶ Økonomisk usikkerhet, herunder bekymringer knyttet til høye investeringskostnader, inntjeningsgrunnlag ved selvstendig næringsdrift samt sosiale ordninger og rettigheter.
- ▶ Manglende fleksibilitet til teste fastlegeyrket uten å binde seg i for stor grad.

Vi finner også at oppfattelse av fastlegeyrket preges av omtale i medier og blant kollegaer. Negativ omtale kan således bidra til en slags «selvoppfyllende profeti» hva angår rekruttering.

Oppsummert fremgår det av både spørreundersøkelse og fokusgruppeintervjuene at LIS1-leger og studenter har behov for større trygghet enn det de oppfatter at de kan få som fastlege i dag. Dette gjelder særlig i etableringsfasen, der det både etterspørres økonomisk og faglig trygghet. I tillegg ønsker studenter og unge leger fleksibilitet til å kunne skifte spesialitet, bytte arbeidsmiljø eller flytte til et annet sted. Normal arbeidstid og tid til fritid og familie fremstår også som viktig for de som skal velge spesialitet. I tråd med at respondentene anser forhold knyttet til det pasientnære arbeidet som mest attraktivt med fastlegeyrket, ønsker de generelt mindre administrativt arbeid knyttet til både drift og pasientrettet arbeid.

Av undersøkelsen fremgår det at et fåtall ønsker seg selvstendig næringsdrift under spesialisering i allmennmedisin, men at en stor andel vurderer selvstendig næringsdrift på sikt. Dette understøtter hypotesen om at det er usikkerhetsmomenter ved selvstendig næringsdrift som er mindre attraktivt i en etableringsfase, men at det også er elementer ved selvstendig næringsdrift som appellerer til yngre leger. Videre fremgår det av både fokusgruppeintervjuer og fritekstsvarene fra spørreundersøkelsen at de har lite kjennskap om hva det innebærer å arbeide som selvstendig næringsdrivende. Dette kan ha påvirket svarene og vurderingene om næringsmodellen.

Basert på hva respondentene angir vil bidra til å øke attraktiviteten til fastlegeyrket synes det især viktig å gi den nødvendige faglige og økonomiske tryggheten i etableringsfasen, og samtidig opprettholde fortrinnene som gjør fastlegeyrket attraktivt sammenlignet med andre spesialiteter.

7.3.2 Funn fra spørreundersøkelsen til LIS1-leger/legestudenter

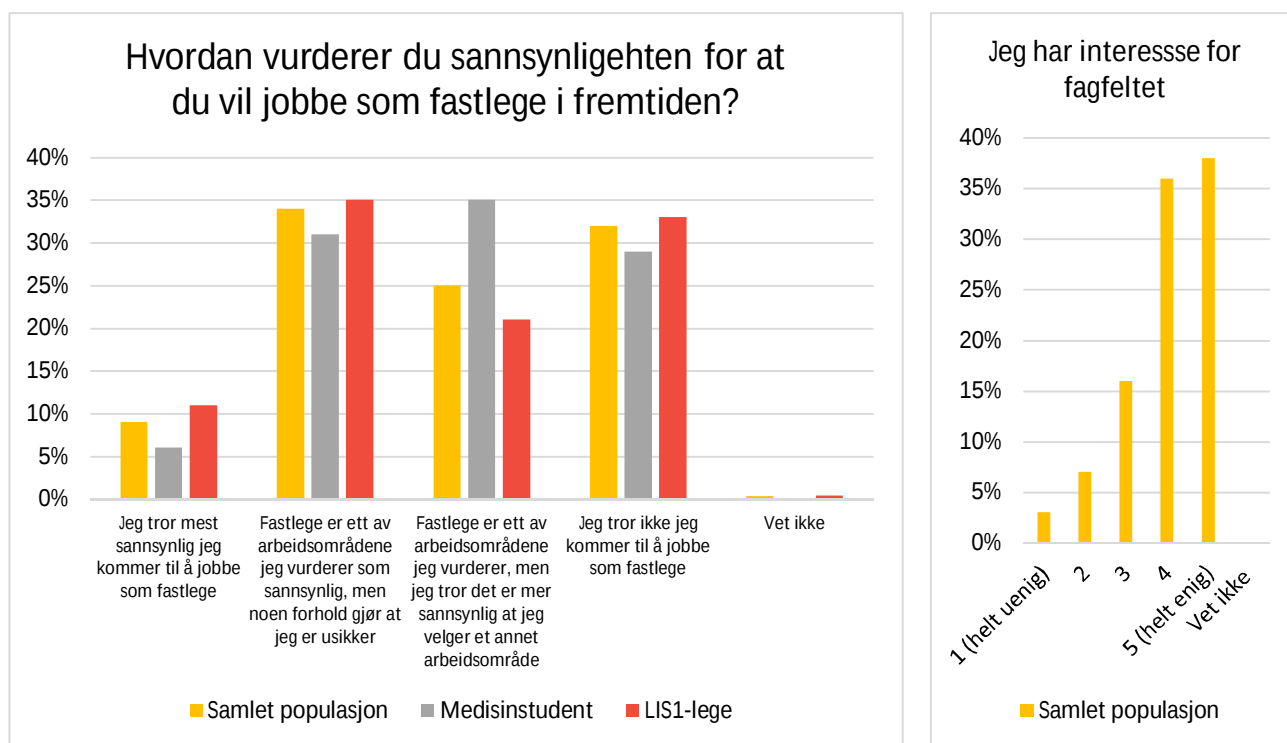
Over presenterte vi hovedfunnene fra spørreundersøkelsen og vurderinger knyttet til dette. Vi vil nå gå nærmere inn på de funnene som ligger til grunn for dette. Dette gjør vi gjennom å belyse følgende delspørsmål:

1. Hva er utsiktene til rekruttering til fastlegeyrket blant medisinstudenter og LIS1-leger?
2. Hva opplever medisinstudenter og LIS1 leger som attraktive faktorer ved fastlegeyrket og barrierer mot å velge fastlegeyrket?
3. Hvilken driftsform foretrekker medisinstudenter og LIS1 leger dersom de skal jobbe som fastlege?
4. Hva skal til for å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt for medisinstudenter og LIS1 leger?

7.3.3 Hva er utsiktene til rekruttering til fastlegeyrket blant medisinstudenter og LIS1-leger?

Av spørreundersøkelsen finner vi at respondentene har interesse for fagfeltet, idet 74 prosent av respondentene sier seg helt eller delvis enig i dette (Figur 7.37). Selv om kun 9 prosent angir at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege, svarer hele 34 prosent at fastlege er ett av arbeidsområdene de vurderer, men at noen forhold gjør at de er usikre.

Kvinner angir signifikant høyere interesse for fastlegeyrket, samt at de vurderer det som mer sannsynlig at de velger fastlegeyrket.



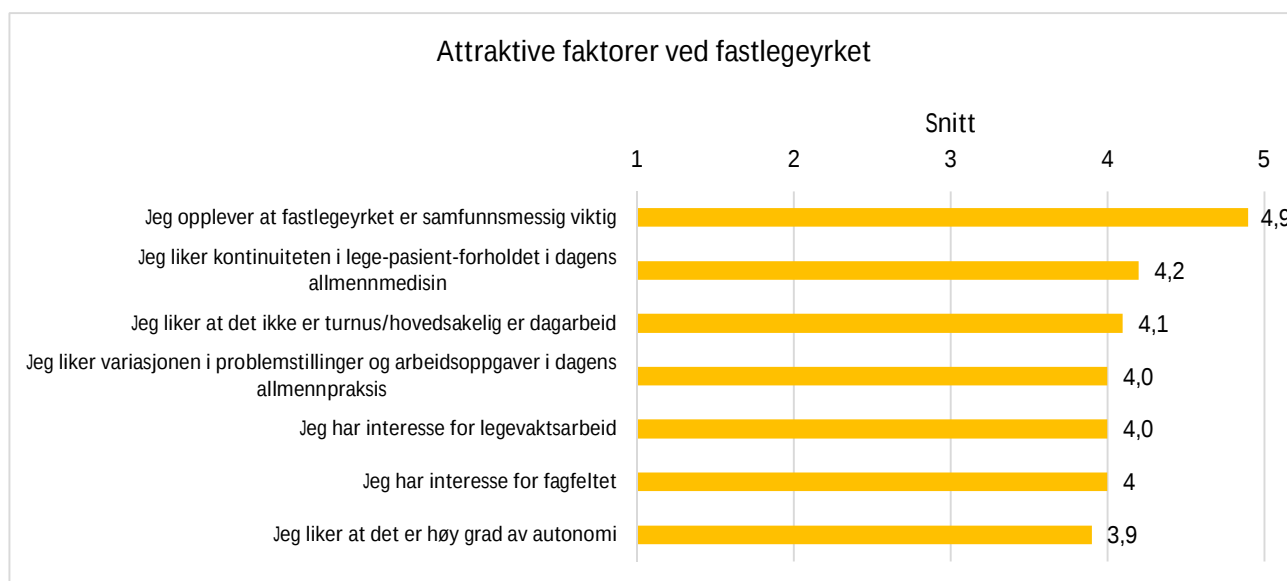
FIGUR 7.37: INTERESSE FOR FAGFELTET FASTLEGE, OG VURDERINGEN AV SANNSYNLIGHETEN FOR Å JOBBE SOM FASTLEGE

7.3.4 Hva opplever medisinstudenter og LIS1 leger som attraktive faktorer ved fastlegeyrket og barrierer mot å velge fastlegeyrket?

For å svare på hva studenter og LIS1-leger anser som attraktive og mindre attraktive faktorer ved fastlegeyrket ble respondentene i spørreundersøkelsen bedt om å vurdere ulike faktorer ved fastlegeyrket. For samtlige faktorer ble svarene angitt på en skala fra 1-5, hvor 1=helt uenig og 5=helt enig. Respondentene kunne også svare «vet ikke», og vil da ikke inngå i beregningen av gjennomsnitt.

Følgende figur oppsummerer de mest attraktive faktorene ved fastlegeyrket slik LIS1 og medisinstudenter i vår undersøkelse oppfatter det.

Følgende figur oppsummerer de mest attraktive faktorene ved fastlegeyrket slik LIS1 og medisinstudenter i vår undersøkelse oppfatter det.



FIGUR 7.38: ALLE RESPONDENTER, GJENNOMSNITT AV SVAR ANGITT PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1=HELT UENIG, 5=HELT ENIG

Faktorer knyttet til det pasientnære arbeidet oppleves som attraktivt

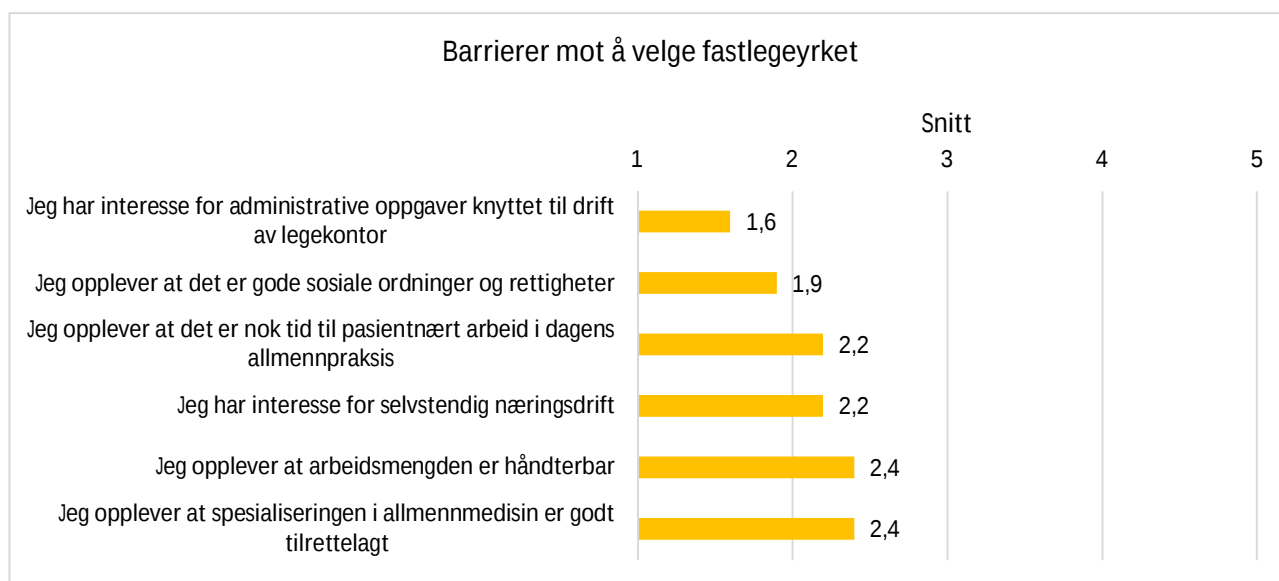
Av respondentene angir 80 prosent at de er helt eller delvis enig i at de liker kontinuiteten i lege pasient-forholdet, og 75 prosent at de er helt eller delvis enig i at de liker variasjonen i problemstillinger og arbeidsoppgaver (Vedlegg C). Respondentene har videre interesse for legevaktsarbeid, og 74 prosent er helt eller delvis enig i at de har interesse for dette, hvorav 42 prosent er helt enig. Hva angår andre allmennlegeoppgaver, er respondentene mer delt hva angår interessen for andre kommunale oppgaver som sykehjem, helsestasjon osv. (Vedlegg C). Interessen for legevaktsarbeid henger sammen med interessen for akuttmedisin som også fremkommer av undersøkelsen.

Liker autonomien og at det hovedsakelig er dagarbeid

Majoriteten av respondentene liker autonomien knyttet til fastlegeyrket og 68 prosent av respondentene sier seg helt eller delvis enig i dette (Figur 7.38). Videre er 74 prosent av respondentene helt eller delvis enig i at de liker at det hovedsakelig er dagarbeid (Figur 7.38). Fokusgruppeintervjuene viste at det for mange er muligheten til å kombinere legeyrket med familieliv og fritid som dagarbeid representerer som bidrar til å gjøre fastlegeyrket attraktivt. Flere av deltagerne fryktet imidlertid at den økte arbeidsbelastningen var i ferd med å undergrave denne fordelingen med fastlegeyrket.

Barrierer mot å velge fastlegeyrket

De minst attraktive faktorene ved fastlegeyrket er oppsummert under.



FIGUR 7.39: ALLE RESPONDENTER, GJENNOMSNITT AV SVAR ANGITT PÅ EN SKALA FRA 1-5, 1=HELT UENIG, 5=HELT ENIG

Administrativt arbeid og selvstendig næringsdrift oppfattes av mange som en barriere

Administrativt arbeid knyttet til drift av legekontor, fremstår som en vesentlig barriere for at LIS1-leger og medisinstudenter skal velge fastlegeyrket idet 84 prosent av respondentene er helt eller delvis uenig i at de har interesse for administrativt arbeid, hvorav 64 prosent er helt uenig. Av respondentene er 61 prosent helt eller delvis uenig i at de har interesse for selvstendig næringsdrift (Vedlegg C). Som vi skal se senere i undersøkelsen, kan den manglende interessen for selvstendig næringsdrift påvirkes av usikkerheten som dette representerer, især i en etableringsfase. Av fokusgruppeintervjuene og fremgikk det dessuten at studentene og LIS1 legene har manglende kjennskap til hva det innebærer å være selvstendig næringsdrivende.

Arbeidsmengden oppleves som høy med lite tid til pasientnært arbeid

Av respondentene er 55 prosent helt eller delvis uenig i at arbeidsmengden er håndterbar (Vedlegg C). Medisinstudentene angir i større grad enn LIS1-legene at de er uenig i at arbeidsmengden er håndterbar, idet 67 prosent av medisinstudentene sier seg helt eller delvis uenig i dette, sammenlignet med 51 prosent av medisinstudentene (Figur 7.39).

Majoriteten av respondentene er også uenig i at det er nok tid til pasientnært arbeid, og 60 prosent angir at de er helt eller delvis uenig i at det er nok tid til pasientnært arbeid i dagens allmennpraksis. Igjen angir medisinstudentene lavere scorer enn LIS1-leger (Vedlegg C). Differanser mellom LIS1-leger og medisinstudenter sin oppfattelse har antagelig sammenheng med at medisinstudentene sin vurdering i større grad er basert på inntrykket de får gjennom medier, bekjente og omtale på studiet, mens LIS1-legene sitt inntrykk i større grad er basert på egne erfaringer, og således er mer nyansert.

Lønnsforholdene oppfattes som akseptable- mindre tilfredshet med sosiale ordninger og rettighetene

Av respondentene er 50 prosent helt eller delvis enig i at de opplever lønnsforholdene som gode, mens 27 prosent stiller seg nøytral til dette (ekskludert respondentene som svarte «vet ikke») (Vedlegg C).

Respondentene er imidlertid mer negative til fastlegenes sosiale ordninger og rettigheter. Av respondentene angir 73 prosent at de er helt eller delvis uenig i at de opplever at fastlegeyrket har gode sosiale ordninger og rettigheter (ekskludert respondentene som svarte «vet ikke»).

Fokusgruppeintervjuene og fritekstsvaret understøtter at yngre leger opplever dagens sosiale ordninger og rettigheter knyttet til næringsdrift som en barriere, men at de opplever å mangle kunnskap rundt hva det innebærer å være selvstendig næringsdrivende. Svarene rundt sosiale ordninger og rettigheter kan således være påvirket av manglende kunnskap om næringsdriftsmodellen. Uavhengig av om svaret påvirkes av kjennskap til hvordan sosiale ordninger og rettigheter kan sikres som selvstendig

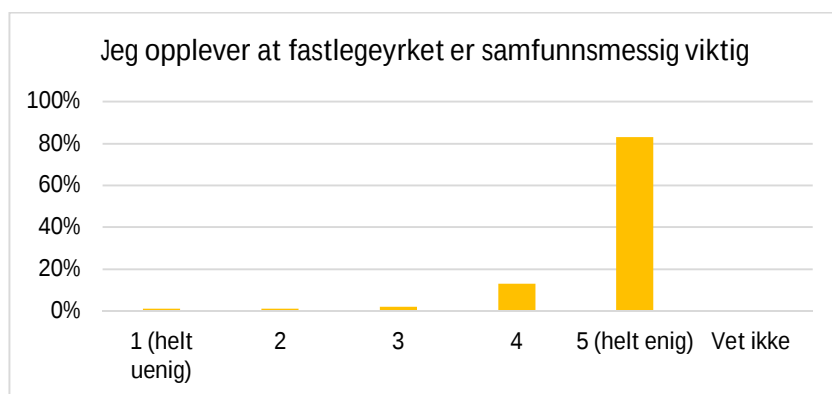
næringsdrivende, er det sannsynlig at inntrykket blant studenter og LIS1-legene har av dette, er en vesentlig barriere.

Flere av respondentene er uenig i at spesialiseringen er godt tilrettelagt

En annen barriere mot å velge fastlegeyrket kan synes å være opplevelsen av manglende tilrettelegging av spesialiseringen i allmennmedisin. En betydelig andel av respondentene har svart «vet ikke» hva angår hvorvidt spesialiseringen er godt tilrettelagt, men dersom vi ekskluderer respondentene som svarte «vet ikke» angir 55 prosent av respondentene at de er helt eller delvis uenig i at spesialiseringen i allmennmedisin er godt tilrettelagt, og 29 prosent stiller seg nøytral til dette (Vedlegg C). Respondentene er noe mer delt rundt opplevelsen av veiledningen som uerfaren fastlege/under spesialisering (Vedlegg C). Av fokusgruppeintervjuer fremkom det at noen oppfatter at spesialiseringen i allmennmedisin især skiller seg fra andre spesialiteter, ved at man sitter med ansvaret fra dag én, og at man har mindre mulighet for kontinuerlig konferering med en mer erfaren lege. Det oppleves som skremmende å skulle stå alene dersom man gjør feil. Dette understøttes også ved at en betydelig andel av respondentene er uenig i at ansvaret er håndterbart (Vedlegg C)

Fastlegeyrket oppleves som samfunnsmessig viktig

Respondentene er nokså enstemmige hva angår fastlegeyrkets betydning for samfunnet, idet 96 prosent er helt eller delvis enig i at fastlegeyrket er samfunnsmessig viktig, hvorav 83 prosent angir at de er helt enig (Figur 7.40). Respondentene er noe mer delt hva angår vurderingen av fastlegeyrkets status, idet 32 prosent angir at de er uenig, 40 prosent stilte seg nøytral, mens 28 prosent angir at de er helt eller delvis enig (Vedlegg C). Av fokusgruppeintervjuene fremgikk det at statusen til fastlegeyrket muligens påvirkes av at allmennmedisin får lite fokus de initiale år på medisinstudiet.



FIGUR 7.40: ALLE RESPONDENTER

Inntrykket av fastlegeyrket påvirkes av omtale i medier og blant kollegaer

Av medisinstudentene er 60 prosent helt eller delvis enig i at deres inntrykk av fastlegeyrket påvirkes av omtale i medier og blant kollegaer (Figur 7.41), 44 prosent av LIS1-legene svarer det samme. Det kan således synes som at negativ omtale i medier bidrar til å gjøre fastlegeyrket mindre attraktivt blant unge leger, især blant medisinstudenter. Dette understøttes også av fokusgruppeintervjuene hvor flere forteller at de har blitt frarådet å velge fastlegeyrket gitt nåværende situasjon, og at negativ belysning i media er med å påvirke yngre legers oppfatning.



FIGUR 7.41: MEDISINSTUDENTER

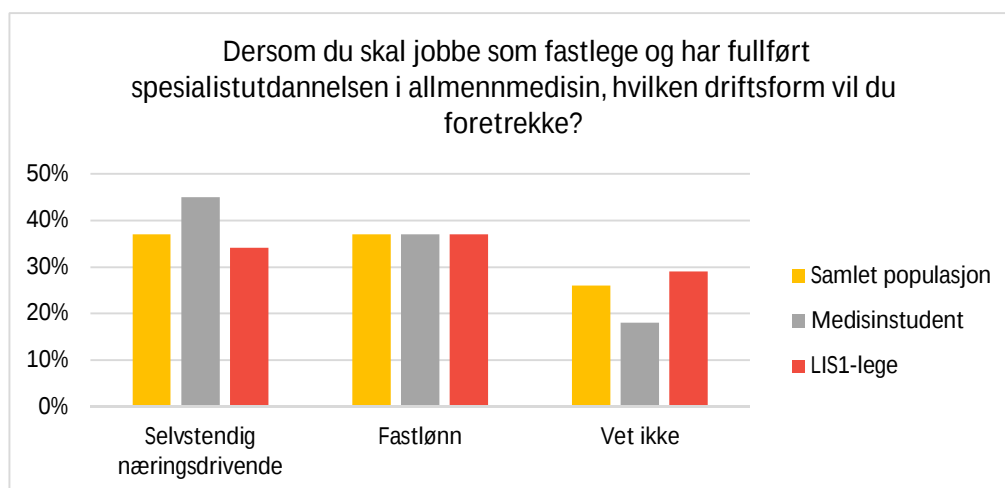
7.3.5 Hvilken driftsform foretrekker medisinstudenter og LIS1 leger dersom de skal jobbe som fastlege?

Driftsform fremstår som en vesentlig faktor som påvirker fastlegeyrket. Fokusgruppene og øvrige intervjuer antydte at ønsket driftsform kan variere basert på hvilken livssituasjon man er i, hvor ønsket om økonomisk sikkerhet er større i en etableringsfase. LIS1/studenter ble derfor spurt om hvilken driftsform de ville foretrukket mens de gjennomfører spesialistutdannelsen, samt hvilken driftsform de vil foretrekke etter gjennomført spesialistutdanning.

En betydelig andel av respondentene ville foretrukket fastlønn dersom de skulle jobbet som fastlege under spesialiseringen, mens selvstendig næringsdrift og fastlønn stiller likt hva angår foretrukket driftsform etter fullført spesialisering i allmennmedisin. Dette understøtter en hypotese om at økonomisk sikkerhet er viktigere i en inneledende etableringsfase, men at det også er elementer med selvstendig næringsdrift som appellerer til en del nyutdannede leger. Av respondentene angir 82 prosent at de ville foretrukket fastlønn mens de gjennomfører spesialistutdannelsen i allmennmedisin, mens 10 prosent ville foretrukket selvstendig næringsdrift. Fordelingen er lik hva angår LIS1-leger og medisinstudenter (Figur 7.42).

På spørsmålet om hvilken driftsform de ville foretrukket etter at de hadde fullført spesialiseringen i allmennmedisin er fordelingen annerledes, 37 prosent ville foretrukket selvstendig næringsdrift, 37 prosent ville foretrukket fastlønn mens 26 prosent har svart «vet ikke». En signifikant høyere andel av medisinstudentene ville foretrukket selvstendig næringsdrift etter fullført spesialisering, og 45 prosent angir dette, sammenlignet med 34 prosent av LIS1-legene. For fastlønn er fordelingen lik, så det er gruppen som angir «vet ikke» som er større hos LIS1-legene (Figur 7.42).

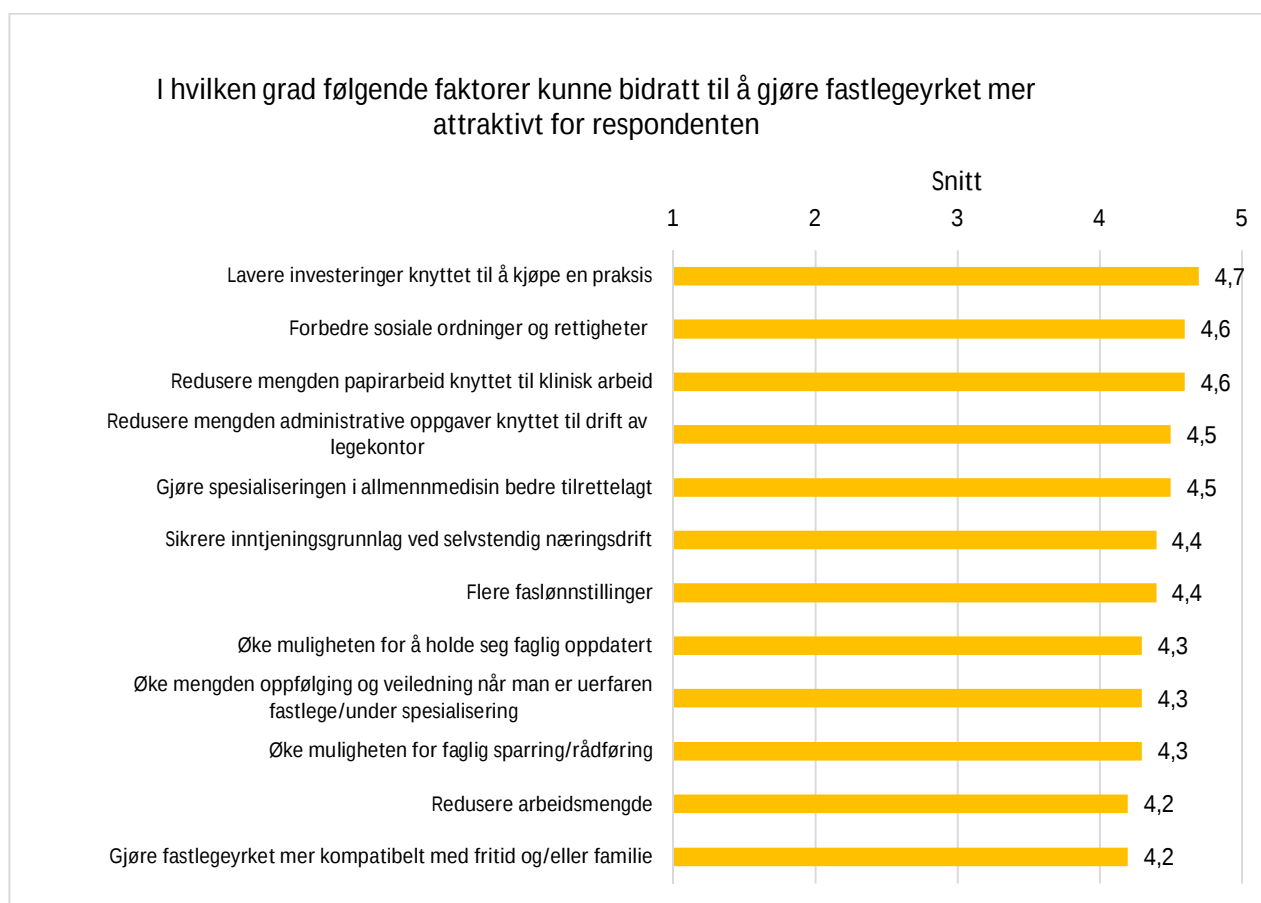
Videre finner vi at en signifikant større andel menn ville foretrukket selvstendig næringsdrift etter spesialisering, mens vi finner ingen sammenheng mellom kjønn og foretrukket driftsform under spesialisering.



FIGUR 7.42

7.3.6 Hva skal til for å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt for medisinstudenter og LIS1 leger?

Respondentene ble bedt om å gradere viktigheten av ulike faktorer som kan gjøre fastlegeyrket mer attraktivt. For samtlige faktorer ble svarene angitt på en skala fra 1-5, hvor 1=i svært liten grad og 5=i svært stor grad. Svarene er oppsummert i følgende figur. Respondenter som har svart «vet ikke» inngår ikke beregningen av gjennomsnitt.



FIGUR 7.43

Økonomiske forhold og økonomisk sikkerhet synes å være viktige faktorer for å øke attraktiviteten til fastlegeyrket

Av faktorene som i størst grad pekes på som bidragsyttere til å øke attraktiviteten til fastlegeyrket, er flere knyttet til økonomiske forhold og økonomisk sikkerhet, herunder lavere investeringskostnader, bedre sosiale ordninger og rettigheter, og sikrere inntjeningsgrunnlag ved selvstendig næringsdrift (Figur 7.43).

Av respondentene angir 89 prosent av respondentene at lavere investeringskostnader knyttet til å kjøpe en praksis i stor eller svært stor grad kunne bidra til å øke attraktiviteten til fastlegeyrket, hvorav 72 prosent i svært stor grad (Vedlegg C). I tråd med at respondentene opplever at fastlegeyrket er forbundet med dårlige sosiale ordninger og rettigheter, er forbedring av sosiale ordninger og rettigheter en annen faktor mange er opptatt av, og 84 prosent av respondentene angir at dette kunne bidra til å øke attraktiviteten i stor eller svært stor grad (Vedlegg C).

Sikrere inntjeningsgrunnlag ved selvstendig næringsdrift og flere fastlønnsstillinger er også faktorer en stor andel av respondentene anser som viktig for å øke attraktiviteten. Bedre lønnsforhold angis også av mange som en faktor som vil øke attraktiviteten.

Fritekstsvarene nyanserer hvorfor flere av respondentene ikke ønsker selvstendig næringsdrift, især i en etableringsfase. Yngre leger har betenkeligheter knyttet til den økonomiske usikkerheten det er å investere i en hjemmel, samt å ha tilstrekkelig inntjening til å dekke utgifter. Som selvstendig næringsdrivende må man selv sette av penger til forsikring og pensjon for å sikre sosiale ordninger og rettigheter. Dette ser ut til å bidra til at selvstendig næringsdrift oppfattes som økonomisk usikkert. Det fremgår også av undersøkelsen at flere opplever at det vil være gunstig å gjøre det mindre forpliktende å teste ut fastlegeyrket. Risikoen som følger med å investere i en hjemmel, og usikkerhetene rundt å få solgt i dagens marked kan forsterke opplevelsen av å binde seg til en spesialisering før man har hatt mulighet til å undersøke om det er et yrke man er sikker på at man vil satse på.

Reduksjon av administrative oppgaver angis å kunne øke attraktiviteten til fastlegeyrket

I tråd med at en stor andel av respondentene viser at de ikke har interesse for administrative oppgaver knyttet til drift av legekantor, svarer 86 prosent at det å redusere mengden administrative oppgaver knyttet til drift av legekantor vil bidra til å øke attraktiviteten til fastlegeyrket. Videre angir 88 prosent at det å redusere mengden papirarbeid knyttet til klinisk arbeid vil bidra til å øke attraktiviteten til fastlegeyrket, hvorav 70 prosent angir at dette kunne bidra i svært stor grad.

Manglende interesse for administrative oppgaver knyttet til drift av legekantor er også med på å nyansere hva respondentene opplever som mindre attraktivt ved selvstendig næringsdrift. Dette er videre med på å forklare hvorfor flere respondenter opplever at dagens fastlegeyrke er forbundet med for lite tid til pasientnært arbeid.

Mange opplever at å redusere arbeidsmengden vil bidra til å øke attraktiviteten til fastlegeyrket

Av respondentene angir 79 prosent at det å redusere arbeidsmengden tilknyttet fastlegeyrket vil bidra til å øke attraktiviteten til fastlegeyrket i stor eller svært stor grad (Vedlegg C). Dette understøttes av at det å gjøre fastlegeyrket mer kompatibelt med fritid/familie i tilsvarende grad angis å være viktig for å øke attraktiviteten til fastlegeyrket. Dette er også i tråd med at flere av respondentene angir at de opplever at fastlegenes arbeidsbelastning ikke er håndterbar. Gitt fokuset som har vært rundt den økende arbeidsbelastningen i fastlegeyrket, er det interessant å se at det å redusere arbeidsmengden ikke slår ut som den viktigste faktoren hva angår å øke attraktiviteten til fastlegeyrket.

Flere faglige forhold synes å være viktige for å øke attraktiviteten til fastlegeyrket

I tråd med at flere respondenter er av den oppfattelsen at spesialiseringen i allmennmedisin ikke er godt tilrettelagt, angir 88 prosent av respondentene at det å gjøre spesialiseringen i allmennmedisin bedre tilrettelagt vil øke attraktiviteten til fastlegeyrket for dem (Vedlegg C).

Videre er det å øke muligheten for å holde seg faglig oppdatert, øke mengden oppfølging og veiledning, samt muligheten for faglig sparring og rådgiving, faktorer som oppgis å være viktig for å øke attraktiviteten til fastlegeyrket (Figur 7.43). Dessuten angir flere av respondentene at de ser det som viktig at man forbedrer mulighetene for et sosialt arbeidsmiljø (Vedlegg C).

Frisvar understøtter funn fra spørreundersøkelsen

I et frivillig fritekstfelt fikk respondentene mulighet til å komme med andre innspill til hva som skal til for å øke attraktiviteten til fastlegeyrket. Innspillene understøtter de øvrige funnene fra spørreundersøkelsen, især forhold knyttet til økonomisk sikkerhet. Flere kommer med innspill knyttet til investeringskostnader ved å kjøpe en hjemmel. Respondentene som kommer med disse innspillene opplever det å kjøpe en hjemmel som en vesentlig barriere, noen utdyper at de ikke vet hva som ligger til grunn for prisen, at det gjør det å teste fastlegeyrket veldig forpliktende, samt at det er opplevd å være en vesentlig kostnad i en etableringsfase.

Det å redusere den økonomiske usikkerheten fremmes av flere som et bidrag til å øke attraktiviteten til fastlegeyrket, og mange er opptatt av at det å forbedre de sosiale ordningene og rettighetene vil være særs viktig for å øke attraktiviteten. Videre er flere opptatt av at flere fastlønnsstillinger, eventuelt en ALIS-liknende ordning ville bidratt til å øke attraktiviteten til fastlegeyrket. På den annen side er andre igjen bekymret for at fastlønn kan redusere den autonomiteten som er lukrativt med næringsdrift. Flere nevner også at fastlegene burde fått støtte til kurs i forbindelse med spesialisering i allmennmedisin, og noen nevner at spesialisering burde vært bedre tilrettelagt.

Mange fremhever videre at arbeidsmengden må reduseres, og at fastlegeyrket i dag preges av lange arbeidsdager. Noen fremhever at det å redusere listelengden vil bli viktig for å redusere arbeidsmengden, andre fokuserer på oppgaver fastlegen gjør i dag som de opplever kanskje ikke burde ligge hos fastlegen. De viser eksempelvis til oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten, især administrative oppgaver, omfattende papirarbeid knyttet til attester til Nav og fravær i videregående skole. Videre fremhever noen at det i større grad burde defineres hvilke oppgaver som skal ligge til fastlegeyrket.

Noen nevner også at bedre veiledning som ung lege, og større mulighet for å kunne fordype seg faglig ville bidra til å øke attraktiviteten. Andre understreker at de ved fastlegeyrket savner den følelsen av kollegialt fellesskap som de har ved et sykehus.

Noen er skeptiske til dagens takstsystem, de mener dette fører til uheldige insentiver om å ta unna pasienter, fremfor å gjøre arbeid av god kvalitet og ivareta sin portvakts funksjon. Andre kommenterer at en stor andel av arbeidet ikke er mulig å takste, og at dette er uheldig.

Noen nevner også at man ikke kommer utenom lønnsforhold. Gode lønnsforhold vil bidra til å øke fastlegeyrkets attraktivitet, og lønnen må være akseptabel selv med akseptabel arbeidstid.

Under fremgår noen av sitatene som eksemplifiserer innspillene som har kommet.

Sitater knyttet til hva som skal til for å øke attraktiviteten til fastlegeyrket

«Jeg opplever at det er utrolig vanskelig som nyutdannet lege å starte som fastlege fordi at 1. det er fryktelig dyrt og en stor investering som man ikke vet hva man betaler for. 2. det er ikke tilrettelagt for noen rettigheter for eksempel pensjon, foreldrepermisjon, og hvis man blir syk så er det et meget stort tap.»

«Trygge rammer sosialt og økonomisk i en fase av livet hvor de fleste yngre leger etablerer seg karriere- og familiemessig. Økt status.»

«Vi vil drive medisin, ikke administrasjon og bedriftsøkonomi. Primærhelsetjenesten kan ikke alene hvile på fastlegen, om det skal være så bør dagens primærhelsetilbud ekspanderes med flere støttespiller/leger i flere instanser.»

«Mer tid til pasientkontakt ift administrasjon. Fastlønn med bedre sosiale rettigheter, samt lavere/ingen etableringskostnader.»

«Har et stort ønske om å jobbe som fastlege, dersom det lar seg gjøre som samtidig småbarnsmor med tanke på tid, økonomi, ansvar osv. Håper på tilrettelagte utdanningsstillinger med fast lønn, sykeordninger, noen å «dele» ansvar med ved f.eks. sykdom, ferier, annet fravær. Forøvrig er arbeidet spennende, variert og det er flott å følge pasienter over tid.»

DEL III

Diskusjon og evaluering

Del III tar utgangspunkt i funnene som er gjort i del II. Her går vi dypere inn i fortolkningen av funnene og diskuterer disse opp mot hverandre, før vi vurderer opp mot evalueringsspørsmålene.

Kapittel 8 er et diskusjonskapittel hvor vi systematisk går gjennom hovedtemaene i evalueringen. Vi vurderer hva som fungerer godt, hva som fungerer mindre godt og hva som bør endres.

Kapittel 9 er en vurdering av fastlegeordningen mot evalueringskriteriene. Her ser vi på om ordningen over tid har hatt ønsket effekt, hvordan endrede rammebetingelser har påvirket ordningen, og om ordningen er bærekraftig sett opp mot dagens og fremtidens behov. Videre redegjør vi for våre konklusjoner og anbefalinger for ordningen videre.

8 Diskusjon

I dette kapitlet vil vi belyse evalueringens hovedtema basert på funnene som ble presentert i del II.

8.1 Kvalitet i tjenesten

8.1.1 Faglig kvalitet

Undersøkelsene viser at kommunene i liten grad følger opp medisinsk faglig kvalitet i legekantorene. I den grad det gjøres, er det kommuneoverlegen som står for dette. Samtidig har kommunen med sitt sørge-for ansvar, og på bakgrunn av kvalitetskontrollforskriften, et ansvar for at det drives kvalitetsarbeid også på legekantorene. Med dagens organisering og praktisering av fastlegeordningen, er kommunene likevel lite inne i dette arbeidet.

Fastlegene er opptatt av at det skal være god kvalitet på tjenestene. De bruker kvalitetssystemet Trinnvis og tilsvarende verktøy, har møteplasser og bedriver faglig sparring. Strukturert kvalitetsarbeid synes likevel å være et område som nedprioriteres når det i det daglige er for mange arbeidsoppgaver og pasienter som skal følges opp. Legene gir heller ikke inntrykk av at kommunen er en aktiv part i kvalitetsarbeidet, snarere snakkes det kun om praksisen ved legekantoret når temaet faglig kvalitet omtales, ikke om kommunens rolle i dette.

Samhandlingsreformen, i kombinasjon en medisinskfaglig teknologisk utvikling, har resultert i en omfattende oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, der fastlegene har en sentral rolle. Dette har gitt fastlegene oppgaver og ansvar som tidligere lå under spesialisthelsetjenesten, og som dermed også krever en form for spisskompetanse innenfor et bredt faglig spekter. Det er verdt å merke seg at fastlegene er delt i synet på om de har nødvendig kompetanse og kapasitet til å kunne følge opp alle spesialistområdene som i dag ligger på fastlegenes bord med en tilfredsstillende faglig kvalitet. Når mer avanserte og spesialiserte oppgaver overføres, og legenes kapasitet er sprengt, er det en risiko for at kvaliteten svekkes på enkelte områder. Når en stor andel av fastlegene selv mener at egen kompetanse knyttet til oppgaver som overføres fra spesialisthelsetjenesten ikke strekker til, og at rammebetingelsene ikke gjør det mulig å sette av tid til faglige oppdateringer og utviklingsarbeid i takt med kravene som følger oppgavene, kan det stilles spørsmål ved om fastlegeordningen i dag gir likeverdig tjenester over hele landet. Over tid er det vanskelig å se hvordan et vedvarende arbeidspress uten rom for faglig oppdatering vil kunne sikre ønsket kvalitet på samtlige oppgaver som i dag ønskes løst av fastlegen. Den medisinskfaglige utvikling går raskt, det er stadig mer som kan behandles og det blir stadig flere sykdommer man kan leve med som følge av medisinsk oppfølging. Flere og mer kompliserte lidelser kan i dag behandles i kommunene, noe som også gjøres. For at disse oppgavene skal kunne utføres med ønsket kvalitet kreves det både kompetanse og kapasitet i kommunehelsetjenesten. Når fastlegene ikke har kapasitet og tid til å holde seg faglig oppdatert, er det vanskelig å se hvordan kvaliteten i fastlegetjenesten kan opprettholdes over tid.

Fastlegeordningen representerer en liten del av kommunenes sørge-for ansvar målt i volum og ressursbruk. Faglig kvalitet kan derfor med fordel vurderes som en del av det samlede helsefaglige tilbudet i kommunene. Dette gjøres i svært begrenset grad i dag.

Det er også grunn til å stille spørsmål ved hvorvidt insentivene som følger av takstsystemet og finansieringsordningen i tilstrekkelig grad tar hensyn til kvalitet. Finansieringsformen påvirker blant annet hvordan portvokterrollen håndteres. Fastlønnede leger sykemelder i mindre grad enn legene med aktivitetsstyrt finansiering, og de henviser også i mindre grad videre til spesialisthelsetjenesten. For pasienten er ikke alltid mer bedre, samtidig bør terskelen for henvisninger videre i systemet være mest mulig lik. Takstsystemet stimulerer også til høy gjennomstrømning og en tett timeplan. For pasientene betyr dette at de kanskje må komme flere ganger dersom de har flere spørsmål, fremfor å få behandlet alt i sammenheng på samme konsultasjon. Selv om den medisinske og faglige kvaliteten er den samme, vil det

for pasienten kunne gi en dårligere opplevelse av kvalitet dersom de må møte flere ganger på ting som kunne vært behandlet under ett.

Dagens system og finansieringsordning stimulerer i stor grad til en høy gjennomstrømning og mange konsultasjoner, fremfor mer helhetlige konsultasjoner der lege og pasient får anledning til å se flere ting i sammenheng. For sterke insentiver til gjennomstrømming og korte konsultasjoner risikerer å gå ut over både kvaliteten og kostnadseffektiviteten i hver enkelt pasientbehandling. Den faglige kvaliteten i utøvelsen av pasientarbeidet påvirkes dermed av organisatoriske forhold som blant annet finansieringsordningen.

8.1.2 Organisatorisk kvalitet

Kommunene følger i større grad med på organisatoriske forhold som åpningstider, ferieavvikling, vikarer, klagesaker, ventetider på telefon og på ordinære timer og andre praktiske forhold enn på den medisinskfaglige kvaliteten i tjenestetutføringen. Det vises til eksempler der kommunen tar opp med fastlegene at ventetiden på ordinær time er for lang. Denne skal ifølge fastlegeforskriften normalt ikke være mer enn fem arbeidsdager. Spørreundersøkelsen til fastlegene viser imidlertid at hele 30 prosent av fastlegene opererer med over 8 virkedager, uten at dette synes å ha fått noen konsekvenser.

Kommunerepresentantene mener i stort at de henter inn en del relevant informasjon fra fastlegene. Det gis også uttrykk for at det fra kommunenes side er en høy bevissthet om fastlegenes arbeidspress, og at flere kommuner derfor er tilbakeholdne med å «bry» fastlegene med spørsmål og innhenting av informasjon fra virksomhetene. Rolle- og ansvarfordelingen mellom kommunene og fylkesmann/fylkeslege fremstår som noe uklar når det gjelder kvalitetsarbeid. Flere kommunerepresentanter viser til at det kan være åpnet tilsynssaker eller fremmet klager som følges opp av fylkeslegen, uten at kommunen som sitter med sørge-for ansvaret informeres eller involveres i sakene. Det stilles spørsmål ved hvordan kommunen i realiteten kan følge opp kvaliteten i kommunens fastlegetjeneste når de ikke informeres eller involveres i klagesaker som går til fylkeslegen.

Modellen med selvstendig næringsdrivende fastleger bidrar til å tilsløre kommunens ansvar for fastlegenes kvalitetsarbeid i egen praksis. Vi har ingen funn som tyder på at fastlegeordningen i vesentlig grad inngår i kommunenes øvrige kvalitetsarbeid, som gjøres som en del av sørge-for ansvaret. Der vi finner noen spor av at fastlegene er en del av det samlede kvalitetsarbeidet i kommunenes sørge-for ansvar, så finner vi også fastlønnede fastleger som i tillegg til listansvar også har andre kommunale allmennlegeoppgaver. Kommuneoverlegen har en sentral rolle i sørge-for ansvaret, men vi finner i liten grad at denne rollen brukes aktivt som en del av kommunens kvalitetsarbeid for hele sørge-for ansvaret.

Enkelte peker på at kommunene kunne fulgt opp retningslinjer og utskrivning av antibiotika og A/B-preparater i kommunen. Dette er målbare indikatorer som varierer på tvers av kommunene. Det kan likevel stilles spørsmål ved om denne type oppfølging bør gjøres på kommunalt nivå eller om dette er forhold som best kan følges opp på nasjonalt nivå. Fastlegene gir uttrykk for at kommunene i mindre grad følger dem opp på dette enn hva de selv gjør. På den annen side ønsker ikke legene enda flere dokumentasjonskrav de må følge opp. En del av kommunerepresentantene peker på det samme og sier de bruker andre kanaler, som for eksempel legekantorenes nettsider, for å hente inn relevant styringsinformasjon. Enkelte tar også runden rundt på legekantorene.

Konklusjon: Høy faglig kvalitet, men behov for organisatorisk og faglig utvikling for å sikre ønsket kvalitet fremover

Vi konkluderer med at strukturert kvalitetsarbeid er en oppgave som med fordel kan løftes. Det finnes i dag lite kunnskap på kommunalt og nasjonalt nivå om den medisinskfaglige kvaliteten i fastlegeordningen og de øvrige tjenestene som ligger under sørge-for ansvaret. Det finnes få kvalitetsindikatorer som sier noe om den medisinskfaglige kvaliteten i legekantorer. Det bør vurderes utviklet flere kvalitetsindikatorer eller styringsparametere som uttrykker noe om den faglige kvaliteten over tid – og på tvers av kommuner. Samtidig bør det vises varsomhet ved å utarbeide systemer som øker fastlegenes rapporteringskrav. En

mulig vei å gå er å etablere lett tilgjengelige prosedyredokumenter og maler for kvalitetsarbeid som gjøres tilgjengelig for både kommuner og fastleger. Det fremstår som lite hensiktsmessig at hvert legekontor og hver kommune selv må utarbeide prosedyrer, rutiner og krav som klargjør forventninger, ansvars- og rollefordeling på en god måte. Her mener vi det er et klart forbedringspotensial.

Basert på funnene i denne evalueringen er det neppe grunnlag for å kunne anta at mer dokumentasjon vil være kvalitetsfremmende. Derimot ser vi et stort behov for en tydeligere forventningsavklaring mellom fastlegene og kommunene. Det er også behov for en tydeligere ansvars- og rollefordelingen mellom fylkeslege og kommune. Hvis kommunene ikke involveres og/eller informeres om klager og tilsynssaker, er det vanskelig å se hvordan kommunene reelt sett skal kunne følge opp med tiltak som sikrer kvaliteten og reduserer risikoen for feil.

Fastlegeordningen ble utformet på en tid da fastlegens oppgavespekter var mer oversiktlig, og der oppgaver som i dag gjøres av fastlegen ble gjort i spesialisthelsetjenesten. Utviklingen fra 2001 har gitt mer spesialiserte medisinske oppgaver og en rekke oppgaver som krever dokumentasjon og arbeid som ligger et stykke unna det pasientnære arbeidet. Drift av det organisatoriske og tekniske rundt et legekontor er med andre ord vesentlig endret. Det er derfor grunn til stille spørsmål ved om det er hensiktsmessig at en fastlegepraksis med listeansvar nødvendigvis skal drifte legekantoret eller om eksempelvis kommunen bør drive kantoret og la legen være lege? Er det god bruk av knappe legeressurser å bruke legens tid til drift av IKT-systemer, innkjøp av kontorutstyr, dokumentasjon og rapportering – eller bør det tenkes nytt på dette området? Er det oppgaver som kan løses kvalitativt like godt eller bedre av andre enn leger med listeansvar? Og er det fastlegen selv som skal rapportere og dokumentere på alle fronter?

Våre undersøkelser viser at samarbeidspartnere gjennomgående mener at fastlegene leverer høy kvalitet i pasientarbeidet. Det er fastlegene selv som uttrykker størst bekymring for hvordan de over tid skal kunne opprettholde den kvaliteten de ønsker under et vedvarende høyt tidspress. Det at en vesentlig andel av fastlegene rapporterer at de ikke har det de selv mener er tilstrekkelig kompetanse, og heller ikke har tid til å oppdatere seg, er informasjon som bør tas på alvor. Uten et fastlegekorps som vurderer seg selv som tilstrekkelig kompetente og er trygge i oppgavene de utfører, så vil neppe fastlegeordningen slik vi kjenner den i dag kunne opprettholdes over tid.

8.2 Fastlegens arbeidssituasjon og rammebetingelser

8.2.1 Økonomi

Fastlegene rapporterer om at utgiftene til drift av et fastlegekontor har økt. Dette handler blant annet om økte kostnader og krav til utstyr og IKT, samt økte utgifter til lønn for ansatte ved legekantoret og pensjonsforpliktelser.

Flere oppgaver har kommet til som fastlegene mener de ikke får betalt for. Dette gjelder blant annet samhandlingen med spesialisthelsetjenesten og en god del papirarbeid. Utgiftene øker uten at inntektene øker tilsvarende, er en opplevelse fastlegene sitter med. Dette bekreftes delvis i SSBs undersøkelse av fastlegers inntekter og utgifter.

Flere fastleger ønsker større økonomisk trygghet. Flere ønsker et sosialt sikkerhetsnett; pensjon, sykepenger ved egen sykdom og barns sykdom. Enkelte er villig til å gå ned i lønn og over på fastlønn for å få dette. Enkelte kommuner viser til at fastleger går ned flere hundretusen kroner for å få en fastlønnstilling. Dette indikerer at økonomisk trygghet har en stor verdi for flere fastleger, samt muligens at inntektsmulighetene ikke er som de var uten å ha en svært lang pasientliste og lange arbeidsdager. Det kan også indikere at arbeidsbelastningen og ansvaret som følger med en fastlegepraksis ikke oppfattes å stå i forhold til inntjeningen som følger med praksisen. Samtidig verdsettes fritid og fleksibilitet høyere i dag enn da fastlegeordningen ble etablert.

Yngre, nyutdannede lege vil ikke kjøpe praksis samtidig som de etablerer seg med huslån og familieliv. Mange har høye studielån – både fordi medisinstudiet er langt og flere har studert utover ordinær videregående skole for å komme inn på studiet i utgangspunktet.

Våre funn peker klart i retning av dagens praksis for prising og omsetting av en fastlegepraksis er en barriere for unge nyutdannede leger som vurderer å bli fastlege. Vi finner også erfarne leger som foretrekker å arbeide som vikar, fremfor å investere i egen praksis. For å sikre rekrutteringen fremover er det nødvendig å se på praksisen med omsetting av legepraksiser og goodwill elementet. Dette er elementer av fastlegeordningen som det er mindre oppslutning om nå enn tidligere. Flere fastleger oppgir at de har problemer med å få solgt praksisen, og blir derfor i stillinger som de ønsker å forlate.

Når legene erfarer at det er vanskeligere å få solgt en praksis med en normalavkastning på investeringene som er gjort og kompetansen som er bygd opp, vil dette også bidra til at etterspørselen etter å kjøpe seg inn i en praksis går ned. Vi finner at både nyutdannede leger, studenter og vikarer vegrer seg for å kjøpe seg inn i en praksis eller å etablere seg som næringsdrivende fastlege. Inngangskostnadene og exit-mulighetene må her sees i sammenheng. Fleksibilitet til å skifte fra fastlege til annen legevirksomhet, eller flytte til en annen kommune, kombinert med en høy grad av økonomisk risikoaversjon og høyt arbeidspress for å sikre avkastning på å investere i en legepraksis, fremstår som en vesentlig barriere for å få nye fastleger til å etablere seg med næringsvirksomhet. Samtidig tyder våre funn på at fastlønnsavtalene og vilkårene som kan oppnås i denne type avtaler er blitt bedre enn de var da fastlegeordningen ble etablert, slik at differansen mellom fastlønn og næringsinntekt er blitt mindre – og for mange kanskje ikke verdt merbelastningen som følger med næringsdrift.

Et alternativ til kjøp av praksiser er for eksempel bruk av nullavtaler der kommunen driver legekantoret, flere fastlønnsstillinger og flere ALIS-stillinger med videre. Samtidig bidrar større utbredelse av dette til usikkerhet hos de etablerte legene. De frykter å ikke få solgt sin praksis, noe som igjen påvirker viljen til å kjøpe en praksis. Dette kan i seg selv bidra til økt ustabilitet i ordningen. Dersom flere leger skal over på fastlønn, nullavtaler og ALIS, er det nødvendig å se på overgangsordninger for de legene som er næringsdrivende i dag. Et alternativ er for eksempel at kommunene kjøper praksisen når de inngår andre type avtaler med nye fastleger. Vi har funn som viser at dette gjøres. Det vil likevel være et spørsmål om hva goodwillen da skal settes til, når den i praksis ikke har en markedsverdi så lenge «ingen» vil kjøpe praksisen.

Vi har også fått innsyn i erfaringer som viser at det kan være utfordringer i driften av et legekontor der kommunen eier en del av et felles legekontor sammen med selvstendig næringsdrivende leger. Kombinasjonen kommunalt eierskap og en (eller flere) fastlønnede leger i samme praksis og eierskap som næringsdrivende leger, fremstår som krevende. Kommunale lån, garantier og økonomisk risikoavlastning som gjør det mulig å etablere seg i en praksis, er andre tiltak vi har sett eksempler på. Vårt inntrykk er at flere kommuner både er kreative og frempå for å lete etter gode løsninger, men at det famles og letes etter den smarte løsningen som hver enkelt kommune makter å tilby innenfor rammebetingelsene som følger av geografisk beliggenhet, størrelse og kommuneøkonomi. Kommunene skal på den ene siden imøtekomme krav fra leger de ønsker å rekruttere, og som ikke ønsker å investere i en fastlegepraksis, samtidig som de skal sikre markedet og arbeidsbetingelsene for de etablerte fastlegene i kommunen. Lager de for gode fastlønnsavtaler eller 8.2 avtaler for nye leger, vil dette kunne gå ut over de etablerte fastlegene som også må forventes å kreve subsidier fra kommunen til drift av legekantorene på linje med det nye leger får.

Kommuner som har møtt rekrutteringsutfordringer og/eller som har en stor andel fastleger som har meldt behov for tiltak, sitter i stor grad med likeartede utfordringer. Samtidig er de også konkurrenter med hensyn til å få løst sine rekrutteringsutfordringer. Dette kan være en av flere forklaringer på at vi kun unntaksvis finner samarbeid på tvers av kommuner for å løse utfordringer med fastlegeordningen. Interkommunalt samarbeid om legevakt fremstår som en suksess, men samarbeid om øvrige allmennlegetjenester, herunder fastleger, i liten grad synes å forekomme.

Kombinasjonen av økte utgifter, mangel på sikkerhetsnett og økte oppgaver, gjør at flere er misfornøyde med dagens økonomiske situasjon og heller ønsker fastlønn/8.2-avtale. Det er flere leger som trekker frem at de har fått mer håndterlige arbeidsoppgaver og en bedre hverdag med fastlønn og 8.2-avtale. Selv om endringer i fastlegeordningen vil by på utfordringer, bør det ses på muligheten for å inngå ulike type avtaler med kommunen for å sikre rekruttering og stabilitet fremover. Det må hensyntas at den nye generasjonen fastleger har andre ønsker for tilknytningsform til kommunen enn tidligere generasjoner av fastleger har hatt. Det må også tas hensyn til at oppgavene som i dag tilligger en fastlege er vesentlig forskjellig fra da fastlegeordningen ble etablert. En utbredt bruk av 8.2 avtaler og fastlønn gjør også at kommunesektoren bærer en større kostnad ved fastlegeordningen enn det som opprinnelige var tenkt da ordningen ble etablert. Forventningene til kommunene og hvilke rammer og oppfølging skal tilby fastlegene er større i dag enn i 2001, uten at kommunene er kompensert eller tilført virkemidler som gjør at de kan svare ut alle forventningene.

8.2.2 Utvikling i oppgaver og ansvar

Fastlegene har fått flere oppgaver og større ansvar. Samhandlingsreformen har medført større ansvar og flere oppgaver til kommunene og fastlegene. Samtidig er institusjonstilbudet bygd ned i spesialisthelsetjenesten, antall liggedøgn i sykehusene har gått ned, mens den polikliniske behandlingen i sykehus har økt. Denne utviklingen fører til mer oppfølging i kommunene og hos fastlegene. Også i kommunene er målet at mer oppfølging og behandling skal skje i hjemmet, og ikke i institusjon. Dette betyr også mer oppgaver for fastlegene som har ansvar for stadig sykere pasienter som bor hjemme i kommunen. Enkelte fastleger gir også uttrykk for at de opplever seg delvis som poliklinikker uten å være satt i stand til å ta dette ansvaret. Flere syke pasienter som behandles hjemme øker også behovet for at fastlegene foretar flere hjemmebesøk. Dette passer ikke like godt inn i et system der flere, korte konsultasjoner er det som gir høyest økonomisk gevinst. Sykere pasienter i kommunene som skal følges opp i hjemmene, gjør også at andre tjenester i kommunen har et større behov for medisinsk faglig støtte som allmennleger besitter. Dette øker også presset på kommunenes fastleger og deres tilgjengelighet.

De økte oppgavene gir behov for mer utstrakt samhandling enn tidligere med aktører i spesialisthelsetjenesten, i øvrige helse- og omsorgstjenester, med Nav osv. Dette stiller store krav til fastlegenes kapasitet. Et stort ansvar og mange oppgaver er lagt ned til enkeltaktører, fastlegene, som det er svært krevende for dem å følge opp. Samtidig er det et stort potensial for helhetlig og sammenhengende tjenester, så lenge kapasiteten innenfor de ulike deltjenestene er tilstrekkelig. Andre aktørers tilbakemelding på fastlegene tyder på at kapasiteten i dag ikke er tilstrekkelig for å ivareta alle de oppgaver og krav som er lagt til fastlegene. Fastlegene arbeider svært lange dager for å svare ut det hele. Flere fastleger og andre aktører gir uttrykk for at kronikerne og de med omfattende problemstillinger ikke får den oppfølgingen de burde. Det samme gjelder pasienter innen rus og psykiatri, samt noen former for kreftoppfølging. Alt kan ikke løses i korte konsultasjoner på legekantoret.

Den enkelte fastlege står alene med et omfattende ansvar. Fastlegeordningen er individbasert i motsetning til andre helse- og omsorgstjenester hvor flere deler ansvaret og ansvaret er lagt til en organisasjon/tjeneste som en enhet innenfor spesialisthelsetjenesten, hjemmetjenesten i et distrikt, et bestemt sykehjem etc. Slik fastlegeordningen er utformet, der ansvaret er lagt på en enkelt lege, blir det sårbart. Det gir tidvis overarbeidede leger som tynges av ansvaret, og som ønsker seg en helt annen hverdag med mer tid til pasientbehandling og oppfølging av den enkelte pasient.

Enkelte fastleger oppgir at de ansetter faste vikarer som arbeider for dem ukentlig for å få det til å gå rundt. I praksis bygges det opp legeteam rundt pasientene på en pasientliste. Vi har også sett eksempler på legekantor som i praksis utøver en form for felleslister. Kommuneledelsen aksepterer dette, og legger i noen tilfeller langt på vei opp til dette, fordi de ser at det er nødvendig for at det skal gå rundt for den enkelte fastlege og for at fastlegene skal bli i jobben. I praksis utvanner vikarbruken og slike felleslister prinsippet om én pasient, én lege. På den andre siden gir det mindre slitne fastleger som får mulighet til å oppdatere seg faglig, og dermed muligens bedre kvalitet i tjenesten og større trygghet for å få hjelp ved

behov. Det kan også bidra til et noe større fagmiljø for den enkelte fastlege som igjen kan heve kvaliteten. For unge, uerfarne leger kan det også gi en større trygghet å være en del av et team der de slippe å sitte med eneansvar for en lang liste pasienter med ulike behov. Pasientene får et legeteam, kanskje med en hovedkontakt å forholde seg til.

8.2.3 Ledelse og drift av legekantor

Det finnes ulike modeller for ledelse og drift av fastlegekontorene. Det vises til flat ledelse, delt ledelse, egen administrativ leder som enten er en av fastlegene på kontoret, eller man har ansatt en sykepleier eller annen fagkompetanse for å ta lederansvaret. Det vises også til løsninger der kommunen drifter legekantoret. Variasjonen er stor med hensyn til hvordan kontorene ledes og driftes.

Blant fastlegene er det flere som viser til at et godt ledet legekantor som en av forklaringene på at de klarer å stå i jobben. Mange beskriver gode kollegiale fellesskap der man hjelper hverandre og sparrer. Sparringen oppgis som svært viktig. Slik sett synes praksiser med flere fastleger og eventuelt annet helsepersonell som et viktig element i en vellykket fastlegeordning.

Samtidig er fastlegekontorene jevnt over små enheter. Fastlegene opplever det nettopp også derfor som viktig at fastlegene selv er med å bestemme hvem som skal få en utlyst hjemmel. I forbindelse med at kommunen inngår avtale med en fastlege om drift av hjemmel, anses det som essensielt at fastleger som allerede er en del av kontoret lyttes til og får det siste ordet. Flere kommuneoverleger oppgir at dette gjøres i praksis, og at fastleger gjerne rekrutterer nye fastleger til kontoret gjennom sitt nettverk.

Et godt styrt og ledet legekantor er en viktig grunnpilar for en god fastlegeordning. Til dette kan det trenges flere ressurser og verktøy enn hva som er tilfellet i dag for å sikre nødvendig kapasitet og kvalitet. Gitt veksten i oppgaver og kompleksitet, kan det være nødvendig å utvikle bedre modeller for eksempel knyttet til kortere utdanningsløp og kurs for styring og ledelse av legekantorer.

Enkelte av fastlegene gir uttrykk for at de gjerne skulle hatt mer annet helsepersonell på legekantoret til å avlaste fastlegene. Økonomien oppgis å stå i veien for dette. For eksempel kan ikke helsesekretærene og sykepleiere takste for oppgaver de avlaster fastlegene med. Det vises også til gode erfaringer med psykolog, sykepleier og en rekke andre faggrupper som inngår i, eller samarbeider nært med et fastlegekantor. Gitt at det stadig er flere oppgaver og økt kompleksitet, kan det være nødvendig å utvide fastlegekontorene med personell som avlaster og støtter fastlegene. Finansieringsmodellen for fastlegeordningen bør understøtte en slik utvikling.

Økt kompleksitet over tid og økt behov for spesialisering medfører også nye krav til administrasjonen av legekantorene. Kompleksiteten i oppgaver og ansvar, gir muligens et større behov for styring og ledelse av det enkelte legekantor enn tidligere. Det gir også et større behov for oppfølging og dialog med kommunen – både på tjenestenivå og trolig også på administrativt nivå.

8.3 Kommunens rolle og hvordan de forvalter «sørge-for» ansvaret

8.3.1 Bakgrunnsinformasjon om kommunene

Alle kommuner skal ha en fastlegeordning. Hvordan dette er løst varierer imidlertid noe avhengig av kommunestørrelse og sentralitet. Store kommuner har mest næringsdrivende leger, mens mindre sentrale og små kommuner i større grad benytter fastlønn og 8.2-avtaler.

Det er også forskjell på hvor mange pasienter det er på listene. I mindre og usentrale kommuner har fastlegene gjerne kortere lister, men legevakt og andre kommunale allmennlegeoppgaver krever mer. Legevaktoppgavene er i en god del av kommunene i undersøkelsen løst gjennom interkommunalt samarbeid. Dette vurderer kommunerepresentantene og fastlegene som en god løsning. Kommuner som

ikke har interkommunal legevakt viser til geografiske avstander, samt politiske beslutninger som forklaring på hvorfor de ikke har dette. Fra intervjuene fremgår det at rekrutteringsutfordringen til fastlegeordningen så langt ikke synes å ha rammet legevaktordninger i samme grad. Dette gjelder riktignok interkommunale og litt større legevaktordninger der det er egne legevaktleger og andre leger enn fastleger som også inngår i legevaktordningen.

8.3.2 Organisering av fastlegepraksis

Kommunenes sørge-for ansvar består blant annet i et ansvar for å påse at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Til dette ansvaret tilhører å tilby en del spesifikke tjenester, herunder en fastlegeordning.

De aller fleste av de kommunale helse- og omsorgstjenester, som kommunen har et sørge-for ansvar for, utøves av kommunalt ansatte. For legetjenestene i kommunen er ikke dette regelen.

Blant de selvstendig næringsdrivende er det også ulik tilknytning til kommunen. En del utfører kommunale allmennlegeoppgaver ved sykehjem, helsestasjon og tilsvarende og har faste deltidsstillinger for dette arbeidet. En del av fastlegene har også avtaler der kommunen betaler husleie, drifter legekantoret og der annet helsepersonell ved legekantoret er kommunalt ansatte.

Organiseringen av fastlegeordningen kan således deles inn i tre hovedmodeller. Næringsdrift, fastlønn og en modell der kommunen står for driften av legekantoret. Næringsdrift er klart vanligst i sentrale kommuner med et større befolkningsgrunnlag, mens bruk av fastlønn gjør seg mer gjeldende i mindre sentrale strøk av landet. Næringsgrunnlaget synes slik sett å være av betydning for hvilken organisering som må velges for å kunne tilby forsvarlige allmennlegetjenester i kommunen – ordinære allmennlegetjenester og legevakt. Slik har det også vært historisk.

De ulike modellene synes å være av betydning når det gjelder styring og ledelse av fastlegeordningen, samt for hvor integrert fastlegeordningen er i øvrig helse- og omsorgstjeneste. De fastlønnede fastlegene befinner seg i den ene ytterkanten av skalaen, mens fastlegene på næringsdrift er mer fristilt fra kommunen.

Fastlegeordningen er i hovedsak organisert som næringsdrift. Det er ikke en direkte styring av fastlegen i den forstand at vedkommende er direkte underlagt kommuneledelsen. Dette synes å bidra til at kommunen blir noe mer distansert når det gjelder styring og ledelse av fastlegene. Fastlegene synes å være på en armlengdes avstand fra kommunen på grunn av organiseringen. Dette gjelder spesielt for legene som er selvstendige næringsdrivende uten 8.2 avtaler. Legene er i stor grad overlatt til seg selv. For mange fastleger oppleves dette uproblematisk. Av spørreundersøkelsen fremgår det at fastlegene ikke nødvendigvis vil styres og ledes tettere enn hva som er tilfellet i dag. Samtidig ønsker legen at kommunen kjenner til deres situasjon hva angår arbeidsbelastning og stiller opp for at fastlegens hverdag skal kunne gå rundt.

For å være sikre på at kommunen oppfyller sitt sørge-for ansvar kan den armlengdes avstanden som organiseringen av fastlegeordningen legger til rette for, være mer problematisk. Flere kommunerepresentanter har oppgitt at de samler inn noe data og har en del kontakt med fastlegene. Bildet er nyansert gjennom intervjuene. Flere representanter fra kommunene oppgir å ha lite kontakt med fastlegene. Dette gjelder spesielt vedkommende som har det administrative ansvaret for ordningen. Det er i stor grad kommuneoverlegen som har dialogen med fastlegene. Forholdet synes mer å bære preg av dialog enn styring og ledelse. Kommuneoverlegen er dessuten ofte fastlege selv og det er varierende hvorvidt vedkommende ser på seg selv som en del av kommunen – eller først og fremst som representant for fastlegene.

Kommunerepresentanter med stort innslag av næringsdrift opplever at de selv også i liten grad har myndighet, selv om de har ansvar. Kommunene mener de i liten grad kan kreve styringsinformasjon eller kan pålegge fastlegene oppgaver som for eksempel mer utstrakt samhandling, da det vil legge bør til

byrden og pålegge fastlegene oppgaver de ikke blir direkte honorert for. Enkelte gir uttrykk for et behov for å styre hvilke arenaer lege deltar i, hva de leverer av informasjon og hvordan de samarbeider; dette tilsier at kommunen burde hatt flere fastlønnede leger. De økonomiske rammene i kommunen tillater imidlertid ikke dette. Representantene for dette synet opplever slik sett å sitte med en organisering av fastlegeordningen som ikke understøtter deres behov.

Enkelte kommunerepresentanter oppgir for eksempel at de kan trenge en fastlege til i kommunen, men at det kan være vanskelig å få til fordi det ikke er ledige kontorer ved noen fastlegekontorer og kommunen mener det er uheldig å opprette solopraksis. Dagens innretning og organisering av fastlegekontorene blir slik sett til hinder for en god innretning på antall fastleger og kontorer i kommunen. Denne typen utfordringer er mindre krevende å løse opp når legene er fastlønnede og/eller kommunen eier og drifter legekontorene.

Kommunerepresentantene synes å engasjere seg mer i fastlegeordningen når rekrutteringen blir et problem. Dette er kanskje ikke så overraskende all den tid flere kommunerepresentanter først og fremst mener kommunen har et ansvar for at det finnes en fastlegeordning og at den er tilstrekkelig bemannet. Modellen med næringsdrift synes å innebære at et stort ansvar er overlatt til fastlegene og at kommunene i varierende grad følger opp hvordan legene ivaretar ansvaret og om hvorvidt de er satt i stand til å gjøre det.

Kommunene har også et ansvar for et tilstrekkelig samarbeid og integrering av fastlegene i øvrig helse- og omsorgstjeneste. Dette ansvaret synes kommunene i mindre grad å ta ifølge flere samarbeidspartnere. Modellen med næringsdrift og takster synes å stå i veien for samarbeidet. Organiseringen gjør at fastlegene oppleves å være noe på siden av øvrig helse- og omsorgstjenestene. Dette er igjen til hinder for god samhandling, kanskje ikke så mye om den enkelte pasient, som for samhandling på systemnivå for utvikling av det samlede tjenestetilbudet.

Tjenesten blir for individbasert på systemnivå. Dette kan gå utover helheten i tjenestene og oppleves problematisk sett fra hjemmetjenestene og spesialisthelsetjenesten. Mye blir opp til den enkelte fastlege – og den enkelte aktør hos samarbeidspartnere. Dette innebærer at det blir variasjoner mellom kommunene i hvordan samhandlingen fungerer og hvordan den løses. Dette bidrar til lokale løsninger hvor samarbeidsmøter legges til legenes kontor, og man ringer opp leger som ikke svarer på PLO-meldinger innen angitte frister. Hjemmetjenestene gir også uttrykk for å sitte med oversikt over hvilke leger som samhandler godt og ikke og prøver å lage løsninger som gjør at man kommer rundt dette. Samtidig gir samarbeidspartnere uttrykk for at mange fastleger er flinke, jobber svært mye og gjør så godt de kan innenfor dagens system.

Representanter fra spesialisthelsetjenesten mener kommunene ikke pålegger fastlegene å bidra til den samhandlingen som kommunen selv står ansvarlig for at gjennomføres gjennom samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Fastlegenes ansvar i samhandlingen med andre aktører og spesialisthelsetjenesten er heller ikke regulert i rammeavtalen, herunder i mønsteravtalen. Representanter fra spesialisthelsetjenesten opplever dette som problematisk. De får ikke fastlegene med seg på samarbeidsarenaer der dette er nødvendig for å tilrettelegge for felles gode tjenester.

Vår undersøkelse viser at de ulike organisasjonsmodellene gir ulik tilknytning til kommunen. Fastleger på fastlønn er bedre integrert i de kommunale tjenestene enn fastleger som er selvstendig næringsdrivende. Fastlønnede leger styres og ledes i større grad av kommunen enn næringsdrivende fastleger og samhandlingen er tettere og lettere å få til innad i kommunen, blant annet fordi takstene ikke i samme grad er avgjørende for fastlegenes mulighet/insentiv for samarbeid. 8.2-avtaler og nullavtaler har noe av den samme effekten. Samtidig opplever samarbeidspartnere at fastlegene uansett organisering har svært mye å gjøre og kan være krevende å få et nødvendig samarbeid med.

8.3.3 Finansiering

For de fleste tjenester er det en sammenheng mellom hvem som står ansvarlig for en tjeneste og hvem som finansierer denne. Slik er det i mindre grad innenfor fastlegeordningen. Kommunene betaler i utgangspunktet om lag 30 prosent av kostnadene for fastlegeordningen. Dette gir kommunene svakere insentiver med hensyn til å styre legene på aktivitet og samhandling. Kommunene opplever heller ikke å ha mulighet til dette da de ikke finansierer de enkelte tjenestene og økt styring på aktivitet kan måtte innebære tilleggsfinansiering.

Finansiering bidrar først og fremst til kostnadseffektive helsetjenester, og understøtter i mindre grad samarbeid med kommunene, med kommunale tjenester eller spesialist, mener kommunerepresentantene. Innretningen av takstsystemet oppleves ikke å bidra til samarbeid og riktig tidsbruk, men stimulerer til kostnadseffektivt. Vi stiller likevel et stort spørsmål ved om takstsystemet i for stor grad stimulerer til gjennomstrømning og korte konsultasjoner der pasienten må møte flere ganger på legekontoet for noe som i prinsippet både kunne og burde vært løst med ett besøk.

Det faktum at kommunene kun dekker 30 prosent av kostnadene ved fastlegeordningen, mens de dekker 100 prosent av kostnadene ved øvrige tjenestene under sørge-for ansvaret, gir også insentiver til å dytte oppgaver som andre tjenestesteder kunne utført over på fastlegen. Vi har ikke konkrete funn som underbygger at dette faktisk gjøres, men insentivet til denne type tilpasninger er opplagt til stede.

Kommuneundersøkelsen tyder på at flere av kommunerepresentantene mener problemene med fastlegeordningen i stor grad skyldes underfinansiering og dels innretningen av takster versus basistilskudd. Kommunerepresentantene mener basistilskuddet må opp. Fastlegene mener det samme. Dette vil ifølge disse aktørene bidra til større økonomisk trygghet for legene, mulighet til å ha kortere pasientliste og dermed lavere arbeidsbelastning. Dette vil gjøre yrket mer attraktivt og bidra til å gjøre det enklere å rekruttere og beholde leger. Et høyere basistilskudd, kan også bidra til at det blir lettere å få til nødvendig samhandling forutsatt at det økte basistilskuddet fører til at legene har færre pasienter på sine lister. Færre pasienter på listen, følges naturlig av det også må tilføres flere fastlegestillinger. Dersom listelengden skal opprettholdes, må oppgaver fjernes for at fastleger flest skal få en håndterlig arbeidsmengde.

Flere kommunerepresentanter mener det kunne være en fordel med flere fastlønnede leger. Da ville de fått den nødvendige myndigheten i større grad og kunne i større grad styre fastlegene. Flere mener et tettere samarbeid med hjemmetjenesten kunne vært en fordel og at flere brukere trenger hjemmebesøk. Men, mange av kommunerepresentantene oppgir å ikke ha økonomiske rammer for å ansette flere fastleger på fastlønn.

Andre kommunerepresentanter sier de nå planlegger for flere fastlønnede leger fordi de ellers ikke får rekruttert. Dette gjelder spesielt i mindre sentrale kommuner. Flere kommuner med fastlønnede opplever imidlertid at legene ikke har samme insentiver til å aktivt bruke takstsystemet, og at kommunene nok ikke får alle inntektene legene ville fått om de var selvstendige. Legene har ikke samme insentiv til å bruke tid på å lære seg å bruke takstsystemet for å generere inntekt. Dette kan gjøre det krevende for kommunene, som må finansiere mer av legetjenestene over kommunerammen. På den annen side er det fastlønnede leger som sier at de kjenner på at de må takste mest mulig, ellers vet de at kommunen taper penger på at de er på fastlønn. Med et system der inntekten til kommunen/fastlegene genereres av takster, har fastlegene insentiver til å takste, men insentivet er sterkere der det har direkte effekt på egen inntjening. Dette har naturlig nok betydning for fastlegenes tilpasning.

8.3.4 Kommunens oppfølging av fastlegene

Spørreundersøkelsene og intervjuene indikerer at fastlegene følges i mindre grad fra kommunens side enn øvrige ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Flere av kommunerepresentantene oppgir imidlertid at de styrer og leder de kommunalt ansatte fastlegene godt og tettere enn de næringsdrivende legene. Dette synes å ha sammenheng med selve organisasjonsmodellen, men det er trolig også av betydning at fastlønn

i større grad brukes i små kommuner med tettere og mer oversiktlige forhold. Også næringsdrivende fastleger i små kommuner følges tettere opp enn øvrig næringsdrivende fastleger.

Den individuelle avtalen som inngås mellom kommunen og de næringsdrivende fastlegene er lite detaljert med hensyn til hvilke oppgaver legene skal utføre. Avtalen speiler ikke øvrige krav på kommunen til samhandling og prioritering. Samtidig er det for kommunen vanskelig å legge oppgaver til eller ta oppgaver fra så lenge ordningen er regulert gjennom takstsystemet og avtaleverket. Dette er tatt opp som problematisk av enkelte kommunerepresentanter og samarbeidspartnere. Avtalen kunne vært utarbeidet slik at den påla sterkere føringer for samhandling, forebygging og proaktivitet overfor utsatte grupper spesielt enn det fastlegen i dag har muligheter til å følge opp. Når nye og mer krevende oppgaver som er knyttet til fastlegenes listansvar tillegges fastlegene, så er det gjerne de øvrige avtalefestede oppgavene som blir salderingsposten.

En ordning med utstrakt bruk av næringsdrift spiller trolig likevel inn på hva kommunene mener de kan stille av krav til fastlegene. Flere oppgir at de samler inn noe styringsdata som åpningstider, vikarbruk med mer. Fra intervjuene kan det virke som om kommunene er mer i tvil om hva denne oppgaven betyr for dem i fastlegeordningen. Det varierer hvor tett kontakt det er mellom fastlegene og kommunen. En del fastleger gir uttrykk for at det er svært liten kontakt med kommuneadministrasjonen.

Flere kommunerepresentanter har ment at det er behov for en tettere integrering av fastlegene i øvrig helse- og omsorgstjeneste, og at det iallfall er viktig at fastlegene kjenner til tilbud kommunene har som de kan henvise til eller som kan avlaste fastlegene. Flere fastleger synes å være av samme oppfatning. Kommunene uttrykker at de bruker LSU til å informere om tilbud kommunen har. De kan også informere i ALU, samt sender e-post og brev om det kommunale tilbudet. Noen har også egne nettsider hvor de samler nyttig informasjon for fastlegene. Andre steder etterlyser fastlegene en slik type informasjonskanal fordi de får så mye informasjon i flere kanaler, at det oppleves som krevende å holde oversikten. Enkelte kommuner viser også til samlokalisering av fastlegekontor og øvrige helse- og omsorgstjenester som gjør informasjonsflyten og utvekslingen enklere og bedre. Særlig på større steder synes denne informasjonsutvekslingen vanskeligere å få til. Dette gjør blant annet at gode lavterskeltilbud ikke benyttes fordi fastlegen ikke kjenner til dem. Både gode kanaler for informasjonsutveksling og fysiske møteplasser mellom kommune og fastlege synes i mange tilfeller å være mangelvare og til hinder for en god oppfølging av fastlegene og et best mulig felles tjenestetilbud. Fastlegene ønsker mer informasjon om kommunenes øvrige tilbud, mens kommunene i mange tilfelle erfarer at fastlegene ikke har tid til eller interesse for å sette seg inn i den informasjonen som gis.

Kommunene oppgir klager som det området de i størst grad følger med på. Ved klager innkaller kommuneoverlegen gjerne fastlegen til samtale. Er det alvorlige ting, meldes saken til Fylkesmannen. Kommunene oppgir imidlertid at det ikke er slik at de nødvendigvis får beskjed når en klage er sendt Fylkesmannen. Denne informasjonen etterlyser kommunen for å kunne følge enda bedre opp at innbyggerne i kommunen mottar forsvarlige legetjenester.

Kommunene følger ikke opp sine fastleger på samme måte som øvrig helse- og omsorgsarbeider i kommunen. Spesielt gjelder dette for de næringsdrivende fastlegene. Dette er et naturlig utslag av næringsdriftsmodellen og den todelte finansieringen. Samtidig kan dette bidra til at fastlegeordningen er for lite integrert i øvrig helse- og omsorgstjenestene, legenes kompetanse benyttes ikke i tilstrekkelig grad i utviklingen av tjenestene og legenes økte arbeidsmengde ikke er forstått tidligere.

8.3.5 Dialog og samarbeid

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene, legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre kommunale helse- og omsorgstjenester og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

De fleste kommuner har ALU og SLU eller arenaer som minner om dette, som skal legge til rette for samarbeid med kommunen blant annet. Disse virker å bidra til dialog og samarbeid selv om deltakelse og frekvens varierer. Et møtepunkt mellom kommune og fastlege fremstår nødvendig og nyttig. Dette spesielt der fastlegene er selvstendig næringsdrivende og ikke nødvendigvis har andre faste møteplasser med kommunen. På den annen side beskrives utbyttet litt som varierende; enkelte leger mener ALU er nyttig, mens andre nedprioriterer dette av tidshensyn. Konklusjonen fra spørreundersøkelsene er likevel at ALU og LSU fungerer etter intensjonen.

Det er en stor grad av enighet blant fastlegene og de kommunalt ansatte om at PLO-meldingene som er utviklet har bidratt til bedre samhandling. Samtidig er det flere aktører som gir uttrykk for et potensiale for bedre samarbeid digitalt og på annet vis. For å sikre bedre samhandling bør fokus rettes på bedring av kvaliteten på innholdet i PLO-meldingene og reduksjon av volumet av PLO-meldinger som er tidkrevende for fastlegene å besvare. Undersøkelsen tyder på at det ikke er viljen eller en oppfatning om at det ikke er behov som står i veien for nødvendig samhandling, men mangel på tid og honorering svarende til tiden som går med. Antallet meldinger blir u håndterlig for den enkelte fastlege. Systemet har ikke tatt tilstrekkelig inn over seg at det er en enkelt lege som skal sitte og håndtere meldinger fra en rekke tjenester for svært mange listeinnbyggere. PLO-meldingene kunne også med fordel være strukturert bedre for å gjøre dem enklere å behandle og følge opp.

Når det gjelder samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, gis det uttrykk for av fastlegene i svært liten grad er inne i utviklingen av dette på systemisk nivå gjennom utarbeiding av samarbeidsavtaler eller tilsvarende. Kommunene bruker ikke myndigheten sin til å få til nødvendig samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten om utvikling av det samlede tjenestetilbudet, selv om de har forpliktet seg til et samarbeid som etter representanter for spesialisthelsetjenestens mening, fordrer denne typen samarbeid. Dette kunne løses gjennom krav i den individuelle avtalen og takster, eller med fastlønnede leger som fikk dette som en arbeidsoppgave. Ytterligere samarbeid fordrer imidlertid trolig en mindre listepopulasjon.

Samarbeidet på klinisk nivå er bedre selv om det gis uttrykk for at det er vanskelig å få tak i hverandre og at det er utfordrende at det ikke finnes takster for dette samarbeidet. Enkelte fastleger uttrykker også at de opplever seg som «sekretærer» for spesialisthelsetjenesten. Dette indikerer at det ikke er én felles forståelse og praksis for hvilke oppgaver som legges til fastlegene fra spesialisthelsetjenesten. Sykemeldingspraksisen som beskrives av representanter for spesialisthelsetjenesten er for eksempel ulik. Enkelte viser til de skriver ut sykemeldingen når pasienten er hos dem, mens andre mener det er viktig at pasienten viderefører dialogen med fastlegen og ber derfor om at pasienten kontakter fastlegen for å få sykemelding også for tiden vedkommende har vært innlagt på sykehuset. En bedre grensedracting når det gjelder oppgaver og en forståelse for hverandres hverdag, vil trolig kunne bidra til bedre samhandling mellom de ulike aktørene.

8.3.6 Rekruttering

Kommuneundersøkelsen bekrefter at det er mange kommuner som sliter med å rekruttere og beholde fastleger. Enkelte sier i intervjuer at de får søkere, men at det er færre søkere enn det var tidligere.

For å sørge for tilstrekkelig med fastleger, er det flere kommuner som må ty til rekrutteringstiltak utover normale utlysninger. Enkelte viser til innføring av fastlønnsstillinger, mens bruk av 8.2-avtaler synes å være relativt utbredt og synes å ha effekt. Flere av fritekstsvarene i fastlegeundersøkelsen tyder på at fastleger som har gått over på 8.2-avtaler er svært fornøyde med dette.

Andre tiltak er lengre permisjon med jevne mellomrom, betalt deltakelse på kurs og møter med kommunen samt fritak for legevakt eller andre kommunale oppgaver.

Bruk av 8.2-avtaler synes å ha god effekt på rekrutteringen. Det samme er sagt om fastlønnsstillinger selv om dette er mindre utbredt som rekrutteringstiltak. Det vises spesielt til at unge nyutdannede leger ønsker fastlønnsstillinger og ikke det ansvaret det innebærer å drifte egen hjemmel.

Samtidig er det fastleger som uttrykker at det er vanskelig å få slippe andre kommunale legeoppgaver og legevakt fordi kommunen sliter med å ha for få fastleger og liten ekstra kapasitet på fastlegelistene. Dette kan være til hinder for rekruttering og stabilitet i ordningen på sikt. Flere små og usentrale kommuner har hatt utfordringer med å rekruttere lenge og har slik sett alltid måtte ha ulike tiltak for å rekruttere og beholde fastlegene sine. Det nye i dagens situasjon er at også sentrale kommuner opplever problemer med å rekruttere og beholde fastlegene sine.

8.4 Fastlegens vurdering av samarbeid med andre tjenester, og samarbeidspartners vurdering av samarbeid med fastlegene

Fastleger og fastlegens samarbeidspartnere på kommunalt og statlig nivå samhandler godt om behandling og oppfølging av pasienter. Samarbeidet om enkeltpasienter går relativt bra og de fleste kommunale samarbeidspartnere er fornøyde med fastlegens tidsbruk per pasient til tross for at rus- og psykiatrispasienter trekkes frem både av fastlegen og fastlegens samarbeidspartnere som pasientgrupper legen burde brukt mer tid på.

Våre funn viser at fastlegens tilgjengelighet påvirker samhandlingen med kommunale og statlige samarbeidspartnere. Dette kan i ytterste tilfelle påvirke kvaliteten i helsetjenestene som leveres til pasienter og brukere. Mangelen på nødvendig samhandling synes mer å være et spørsmål om kapasitet og avlønning enn vilje til samhandling. Samhandlingen mellom fastlegen og de kommunale samarbeidspartnere påvirkes også av den enkelte fastleges faginteresse og engasjement. Det er en stor utfordring at en fastlege, i form av å være et individ, har en rekke aktører som han eller hun bør samarbeidet med. I spesialisthelsetjenesten og i øvrige kommunale tjenester og Nav er ikke samarbeidet på samme måte knyttet til et individ, men til en institusjon.

Det synes å være utfordringer knyttet til samarbeid på systemnivå mellom fastlegen og kommunen, og videre mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Fastlegene er for eksempel lite involvert i utformingen av kommunale helse- og omsorgstjenester og i samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Kommunene bruker ikke handlingsrommet til å sørge for nødvendig samhandling. Samtidig er det vanskelig for kommunene å pålegge næringsdrivende fastleger samhandling, for eksempel ved møtedeltakelse, uten honorering.

Det finnes få skriftlige rutiner, prosedyrer og systemer for samhandling mellom fastlegen og de kommunale helseaktørene. Dette gjør at samarbeidet blir personavhengig og kan føre til ulike behandling og oppfølging av pasienter avhengig av aktørene. Videre har fastlegen og de kommunale samarbeidspartnere ulike forventninger til hverandre, som tyder på at det er behov for tydeligere avstemning av forventninger mellom partene. God og effektiv samhandling fordrer god dialog og gjensidig forståelse for hverandres fagfelt og hverdag. Målet bør være at samhandlingen mellom fastlegen og de kommunale samarbeidspartnere blir mindre individavhengig – og mer systemavhengig.

Samhandling gjennom bruk av PLO-meldinger har vist seg å være meget nyttig for både fastlege og de kommunale helseaktørene, dersom meldingene brukes riktig. Både fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten ønsker lignende elektroniske løsninger for samhandling. Videre, kan det synes å være en fordel med noe mer struktur rundt henvisningene som fastlegen sender til spesialisthelsetjenesten. Dette vil bidra til at samhandlingen mellom partene blir mindre individbasert, samt føre til bedre kvalitet på henvisningene.

9 Evaluering av fastlegeordningen – hva nå?

I dette kapitlet svarer vi på de overordnede evalueringsspørsmålene gitt i kravspesifikasjonen;

1. Har ordningen over tid hatt ønsket effekt?
2. Hvordan har endrede rammebetingelser påvirket ordningen sett fra ulike ståsted?
3. I hvor stor grad er dagens rammebetingelser bærekraftige med tanke på dagens og fremtidens behov for allmennlegetjenester til befolkningen?

For en nærmere beskrivelse av fastlegeordningens programteori og grunnlaget for å svare ut de tre evalueringsspørsmålene viser vi til kapittel 3 (del 1). Programteorien og resultatene fra evalueringens undersøkelser med tilhørende analyser gir det empiriske og faglige grunnlaget for å kunne besvare evalueringsspørsmålene (del 2). I dette kapitlet har vi holdt oss på et overordnet nivå, der vi har lagt vekt på å få frem hva som fungerer godt og hva som er utfordringer ved dagens ordning. Det vil si at vi i tillegg til å svare på om ordningen har hatt ønsket effekt, også belyser hvorfor ordningen har, eller eventuelt ikke har, eller har hatt, den ønskede effekten. Dette gjør vi blant annet ved å vurdere hvordan rammebetingelsene og endringer i disse har påvirket fastlegeordningen. Avslutningsvis drøfter vi hvorvidt fastlegeordningen er bærekraftig gitt dagens rammebetingelser, fremtidens behov for allmennlegetjenester til befolkningen, og ikke minst, sett i lys av utvikling i befolkningens etterspørsel etter helsetjenester.

Til slutt spør vi: Fastlegeordningen, hva nå?

For mer detaljerte funn og tematiske diskusjoner viser vi til grunnlaget for evalueringen i del 2 og diskusjonen i del 3.

9.1 Har ordningen over tid hatt ønsket effekt?

Utgangspunktet for å vurdere om fastlegeordningen over tid har hatt ønsket effekt er hentet fra fastlegeforskriften formålsparagraf der det heter:

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til.

I stort har man oppnådd formålet med fastlegeordningen; hver innbygger som ønsker det har fått sin fastlege. Innbyggerne er svært fornøyde med ordningen, og så godt som hele den norske befolkningen deltar i fastlegeordningen.

Fastlegereformen var en systemreform godt forankret i internasjonal forskning som viste at god tilgang til og fritt valg av en bestemt allmennlege over flere år gir bedre behandling, bedre helse, mer likeverdige tilbud og lavere helsekostnader for samfunnet. Reformen ga en klarere ansvars- og oppgavefordeling enn det som var tilfelle før reformen, og våre undersøkelser viser gjennomgående at det er klart hvem som skal kunne svare på spørsmål og sørge for at en pasient får nødvendige og koordinerte helsetjenester. Utfordringen er knapphet på tid og kapasitet, noe som særlig ser ut til å gjelde helse- og omsorgstjenesten i kommunene, inkludert fastlegen. Når fastlegenes tid ikke strekker til, og de øvrige aktørene som yter helse- og omsorgstjenester i kommunen heller ikke har kapasitet og tid til å tilpasse seg fastlegens hverdag, så utfordres LEON-prinsippet. For at dette prinsippet skal kunne gjelde, må primærhelsetjenesten ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å behandle og ivareta pasientene som det fra et samfunnsøkonomisk- og medisinskfaglig hensyn er hensiktsmessig å behandle på dette nivået. Fastlegereformen var et viktig bidrag til dette da reformen ble innført, men etter samhandlingsreformen fra 2012 begynte å virke, og stadig mer avanserte oppgaver både kan og bør behandles i primærhelsetjenesten, er kraften i fastlegeordningen svekket, med det resultat at ønskede effekter ikke i tilstrekkelig grad oppnås overalt, og heller ikke for alle pasientgrupper.

Vi konkluderer med at fastlegeordningen oppnår ønsket effekt mange steder, og at svært mange fastleger på individnivå sørger for ønsket effekt i sitt lege-pasientforhold. På systemnivå ser vi at stabiliteten i fastlegekorpset er på vei ned, og at det er store variasjoner på tvers av kommuner, og innad i de store kommunene. Når noen har muligheter til å knytte seg til en fastlege som er tilstede i kommunen i 10 år, 20 år eller mer, mens andre står på lister til fastleger med en forventet avtaletid i kommunen på under to år, da er det grunn til å stille spørsmål ved om fastlegeordningen gir likeverdige tjenester. Når fastlegenes oppgaver blir for mange, vil det også være pasientgrupper som ikke får den tiden og oppfølgingen de har behov for. Vi finner at fastlegene har utfordringer med å gi gode tjenester til kronikere, brukere med omfattende behov og til brukere med utfordringer innenfor rus og psykiatri. Fastlegeordningen kan ikke sies å ha hatt ønsket effekt for disse målgruppene, spesielt ikke etter øvrige tilbud på dette området er bygd ned, uten at noe annet er bygd opp.

Når fastlegen opplever at hverdagen blir for krevende, tiden ikke strekker til og de ikke har kapasitet til å levere den kvaliteten de ønsker og selv er komfortable med til sine pasienter, da trekker flere leger seg ut av yrket, noe statistikken bekrefter. Dermed er den viktigste suksessfaktoren i fastlegeordningen, kontinuiteten i lege-pasientforholdet og tilgjengelige allmennleger som pasientene fritt kan velge en fast lege blant og som følger de over år, brutt. Når det at flere fastleger går ut av yrket kombineres med at få studenter og yngre leger ønsker å gå inn i fastlegeyrket, så trues også legedekningen.

I stort er formålet med fastlegeordningen oppnådd i løpet av den perioden den har eksistert, men i smått er det mange forutsetninger for effekt som ikke er oppfylt. Det er også områder der ordningen på langt nær tilbyr det som kreves dersom likeverdige helsetjenester til hele befolkningen er målet. For enkelte pasientgrupper og områder kan det ikke konkluderes med at ønsket effekt oppnås i dag, selv om formålet i stort er oppnådd.

For å svare mer presist på om ordningen har hatt, og har ønsket effekt, tar vi i de neste avsnittene utgangspunkt i de utfordringene ordningene ble opprettet for å løse, og målene for ordningen slik disse fremkommer i lover og forskrifter, og ordningens avtaleverk (jf. kapittel 2). I vurderingene støtter vi oss på evalueringskriteriene presentert i kapittel 3.1, der kriteriene også er begrunnet.

9.1.1 Legedekning, rekruttering og en fast allmennlege å forholde seg til

For at alle personer bosatt i Norge skal få en fast allmennlege å forholde seg til, kreves det en tilstrekkelig legedekning over hele landet. Dette er også en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for at fastlegeordningen skal ha ønsket effekt. Fastlegeordningen skulle også gi bedre kontinuitet i lege-pasientforholdet samtidig som listepasientene ble gitt rett til å skifte fastlege inntil to ganger i år. Hvorvidt dette er oppfylt, og om fastlegeordningen har hatt ønsket effekt på disse områdene, er tema for de neste avsnittene.

Fastlegeordningen har lyktes med god legedekning

Et tilstrekkelig antall fastleger i kommunene er en forutsetning for at fastlegeordningen skal virke. Det er kommunene som gjennom sitt lovpålagte sørge for ansvar har ansvaret for at legedekningen er i tråd med intensjonene i ordningen. Vi finner at kommunene stort sett har klart å oppfylle sitt sørge for ansvar på dette området, i den forstand at de har fastleger til å ivareta ordningen. Fastlegeordningen er ikke suspendert i noen kommune de senere årene. Antall ubesatte fastlegestillinger/allmennlegestillinger ble kraftig redusert ved innføringen av fastlegeordningen. Evalueringen av fastlegeordningen for perioden 2001-2005 viser at det i juni 2005 var 3.882 fastlegehjemler totalt, hvorav 89 (2,3 prosent) var ledige. Ved utgangen av 2005 var antallet lister uten fast tilknyttet lege økt til 111 (2,9 prosent). Fra 2005 faller antall legeløse lister, med laveste registrerte nivå på 1 prosent i juni 2016 (jf. Figur 5.4).

Fastlegeordningen har dermed i en lang periode lyktes med å sikre en god legedekning i kommunene. Utviklingen fra 2016 kan tyde på at utviklingen på dette punktet har snudd. Statistikken viser en økning i antall legeløse lister fra midten av 2016, med en tydelig økning i løpet av 2018 fra 1,6 prosent til 2,0 prosent. Dette må betraktes som en dramatisk økning, selv om andelen lister som mangler fastlege

fremdeles er lav, og på et betydelig lavere nivå enn det som var tilfelle da fastlegeordningen ble innført. Gjennomsnittlig listelengden på de legeløse listene varierer fra i underkant av 500 innbyggere til nærmere 700 innbyggere, noe som innebærer at mellom 46.000 og 58.000 innbyggere stod på lister som manglet en fast lege i 2018.

Utviklingen som observeres i 2018 tyder på en akselererende utvikling i negativ retning, der stadig flere kommuner opererer med legeløse lister, der de er avhengig av vikarer for å sikre kommunens innbyggere den legedekningen de har krav på. Små, usentrale distriktskommuner hadde de største utfordringene med å rekruttere og beholde fastleger/allmennleger før ordningen ble opprettet, og det er også i denne kommunkategorien utfordringene med legeløse lister har vært størst i den perioden ordningen har eksistert.

Stabiliteten blant fastleger avtar med ulike muligheter til langvarige lege-pasientforhold. Stadig flere kommuner sliter med å rekruttere og beholde fastleger enn tidligere. Det nye er at også store og sentralt beliggende kommuner sliter med å beholde fastleger. Både fastleger og kommuner melder at legene i deres kommune ønsker å tre ut av ordningen, der arbeidsbelastningen er den viktigste årsaken til dette. Statistiske analyser av registerdata bekrefter at fastleger over hele landet er mer tilbøyelige til å slutte etter kort tid i yrket i dag enn de var for få år siden. Varigheten av fastlegeavtaler har gått ned i løpet av de siste årene. Dette gjelder for hele landet, men sannsynligheten for å slutte som fastlege etter kort tid er fremdeles klart størst i usentrale strøk. Median varigheten av en fastlegeavtale i 2014 var 5,9 år for hele landet, men kun 2,75 år i de minste kommunene med under 2000 innbyggere. I de største kommunene med over 50 000 innbyggere, var median varighet av en fastlegeavtale 8,37 år, altså tre ganger så lang varighet som i de minste kommunene (Brandstorp, Gaski, & Abelsen, 2015). En median varighet på 5,9 år for hele landet innebærer at halvparten av fastlegene i 2014 hadde vært fastlege kortere enn i 5,9 år. I de minste kommunene hadde halvparten hatt fastlegekontrakt i 2,75 år eller kortere. For pasientene speiles dette med at de har hatt tilsvarende, eller kortere, relasjon til fastlegen. I motsatt ende av skalaen finner vi de store, sentrale kommunene, der halvparten av fastlegene i 2014 hadde en fastlegeavtale som hadde vart i 8,37 år eller mer. En stor andel av befolkningen har dermed også hatt muligheten til å inngå et langt og stabilt forhold til en fastlege dersom de har kommet på listen til en stabil fastlege, og ikke selv har valgt å bytte.

Våre undersøkelser bekrefter at utskiftningsandelen hos fastleger har økt gjennom perioden 2001 til 2014, med en ytterligere økning i perioden 2010 til 2018. Dersom utviklingen for denne perioden fortsetter, vil 50 prosent av fastlegeavtalene være avsluttet innen fire år (jf. kapittel 5.1). Utskiftningsandelen og reduksjoner i varigheten på fastlegeavtalene gjelder generelt, men det er fremdeles store variasjoner på tvers av kommuner og innad i enkeltkommuner. Det er fremdeles en stor andel fastleger som har vært stabilt tilstede for kommunen og sine pasienter over lang tid, men kontraktens varigheter viser at det er en stor del av befolkningen som i realiteten ikke har muligheter til å ha den samme fastlegen over flere år, slik intensjonene bak fastleger med listeansvar er. Det er i store og sentralt beliggende kommuner vi finner høyest stabilitet, selv om det også innfor disse kommunene er områder med lav stabilitet blant fastlegene.

Fastlegeordningen har dermed lyktes med å sikre hele befolkningen tilgang på en allmennlege gjennom listesystemet, men har på langt nær lyktes med å skape langvarige lege-pasientforhold over hele landet. Ustabilitet ble pekt på som et problem i enkelte utkantkommuner i evalueringen av perioden 2001-2005 (Norges forskningsråd, 2016). Ustabiliteten har økt, og har spredd seg til flere kommuner, og er dermed et større problem for fastlegeordningen i dag enn det som var tilfelle ved forrige evaluering.

Flere kommuner sliter med rekruttering og økte rekrutteringskostnader

Med kortere varighet på fastlegekontraktene, følger det et hyppigere behov for å rekruttere nye fastleger til kommunen. Det bekreftes gjennom intervjuer og spørreundersøkelsene at dette er tilfelle. (jf. del 3). Med flere fastleger som går ut av yrket etter kort tid, så blir også konkurransen om både nyutdannede og mer erfarne fastleger større. Dette øker kommunenes rekrutteringsutfordringer og kostnadene knyttet til

å fylle fastlegehjemlene. Når da også en liten andel legestudenter og LIS1-leger (9 prosent) ønsker seg til fastlegeyrket slik dette fremstår i dag, utfordres den aller viktigste pilaren – legedekningen – i fastlegeordningen. Studenter og LIS1-leger som vegrer seg for å gå inn i fastlegeyrket har mange av de samme forklaringene til dette som vikarleger, og som også flere av de som ønsker å tre ut av fastlegeyrket oppgir.

Vikarbruken øker og utfordrer stabiliteten i ordningen

Ved utgangen av 2018 er det registrert 996 praksiser med vikar, mot 744 i mars 2017. Dette gir en vekst på 34 prosent i løpet av snau to år. Vekst i antall lister uten fast lege og økt vikarbruk henger sammen, og peker i samme retning som tallene fra våre øvrige undersøkelser og analyser som viser økende rekrutteringsproblemer og avtagende stabilitet blant fastlegene. Når nær 25 prosent av praksisene er registrert med vikarer, kan det stilles spørsmål ved hvor reelt det langvarige og faste lege-pasientforholdet er når pasienten ofte vil møte vikaren fremfor fastlegen.

Gruppepraksis, felleslister og ulike hybridmodeller brukes for å møte utfordringer

I likhet med evalueringen av perioden 2001 til 2005, finner vi at gruppepraksis med felleslister brukes som et virkemiddel for å sikre stabilitet og rekruttering i områder der legestabilitet har vært eller er en utfordring. Statistikken viser at antall praksiser, som er del av en fellesliste, er noenlunde konstant (320 til 380 praksiser som deltar i gruppepraksis). Våre undersøkelser kan tyde på at ikke alle som praktiserer felleslister er registrert med felleslister. Det viktige i denne sammenheng er uansett at denne formen for fastlegepraksis oppgis å fungere godt i en del kommuner, og også har vært brukt gjennom hele perioden fastlegeordningen har eksistert.

Bruk av faste vikarer, ukentlig eller i perioder, synes å være ett av flere tiltak fastleger tyr til for kunne håndtere arbeidsmengden. Dermed vannes kontinuiteten i lege-pasient-forholdet ut også i tilfeller der fastlegen beholder listen, men i praksis tilpasser seg for å dele på listeansvaret og oppgavene som følger med listen. Kommuner med rekrutteringsutfordringer har over lang tid benyttet felleslister der flere fastleger på ett kontor sammen betjener en felles pasientpopulasjon. I evalueringen fra perioden 2001 til 2005 vises det til at om lag 10 prosent av fastlegene da arbeidet i gruppepraksis med felleslister. Det vises også til at dette synes å bidra til stabilitet blant legene, samtidig som det gir befolkningen en form for stabilitet selv om hele eller deler av fastlegekorpset ikke er stabilt. Andelen registrerte praksiser som er en del av felleslister er gått noe ned, men våre undersøkelser trekker i retning av at det praktiseres flere former for formell eller uformell deling av pasienter. Faste vikarer som jobber på listen i en periode eller faste dager er ett eksempel på dette. Det vises også til gode erfaringer med å trekke andre helsefaglige profesjoner inn som en del av en gruppepraksis. Kontinuitet sikres da gjennom journal og dialog mellom fastlegene og annet helsepersonell, noe som gjør pasienten mindre sårbar ved utskiftning av fastleger, samtidig som fastlegens oppgaver blir mer håndterlige selv for en nyutdannet, uerfaren lege. Takstsystemet legger ikke til rette for denne type deling og organisering. Denne type løsninger synes dermed å være hyppigere ved bruk av fastlønnssavtaler og 8.2 avtaler enn ved rendyrkede næringsavtaler. I større praksiser der flere næringsdrivende leger driver sammen, vil det også være større rom for å dele på flere stillinger med ulike helsefaglig kompetanse. Flere tar til orde for dette, men rammebetingelsene i dagens ordning til å etablere denne type kontorer er ikke i tilstrekkelig grad til stede. Risikoen blir for høy – og dessuten har fastlegene allerede for mye å gjøre med begrenset tid, kapasitet og interesse for forretningsutvikling.

Våre undersøkelser viser en utstrakt og økende bruk av fastlønnssavtaler og ulike former for ekstraytelser fra kommunen (8.2-avtaler) for å bedre rekruttering og stabilitet. Vi finner en stor og variert bruk av 8.2 avtaler, og en rekke andre former for økonomisk smøring av fastlegeordningen fra kommunenes side. Hvorvidt det er fastlønn, avgrensede og forutsigbare oppgaver, fast arbeidstid eller risikoavlastningen som er forklaringen bak økende preferanser for fastlønn, fremstår som uklart. Observasjonen er uansett en økende bruk av fastlønn som virkemiddel for å lykkes i å rekruttere og beholde fastleger.

Med en mer utstrakt bruk av fastlønn og 8.2-avtaler, er kommunesektorens økonomiske bidrag til fastlegeordningen større i dag enn det som ble forutsatt da ordningen ble innført. Fastlegeordningen ble, som vist i kapittel 4.1.4, gjort uavhengig av kommuneøkonomien. Med økende knapphet på tilgjengelige fastleger, der det også er behov for å tilføre ressurser i form av avlastningstiltak, inntektssikring og en tettere oppfølging av fastlegene, er ikke lenger fastlegeordningen uavhengig av kommuneøkonomi. Kommunenes økonomiske handlingsrom varierer, noe som også gir ulike muligheter til å sikre rekruttering og en arbeidssituasjon for fastlegene som sikrer en god legedekning og stabilitet. Hensynet til likeverdig fastlegehelsetjenester utfordres.

Mulighetene til å bytte fastlege er redusert gjennom perioden

Andelen ledige listeplasser ved utgangen av 2018 var på 3,8 prosent. Ifølge Helsedirektoratet har andelen åpne fastlegelister ligget rundt 40 prosent de siste 10 årene. Ved utgangen av fjerde kvartal i 2018 var det hele 40 kommuner uten fastleger med åpne lister, og 94 kommuner hadde kun en fastlege med åpen liste. I tillegg viser vår undersøkelse til fastlegene at 43 prosent allerede har redusert antall listepasienter. Når vi ser dette i sammenheng med legeløse lister og en høy vikarbruk, er det grunn til å stilles spørsmål ved om retten til å bytte fastlege inntil to ganger per år gir en reell mulighet til å bytte til fastlege det forventningsmessig er mulig å opparbeide en langvarig relasjon til der legen kjenner pasienten. Uten reelle muligheter til å bytte fastlege har ikke pasientene i praksis de rettighetene som følger av lovbestemte pasientrettigheter.

Sammenliknet med situasjonen før fastlegeordningen ble etablert, var det registrert 18 kommuner uten leger med ledig kapasitet, og 85 kommuner der det var ledig kapasitet hos kun en fastlege. Per 31.12.2003 var det registrert 42 kommuner med bare en fastlegeavtale mens 52,7 prosent av fastlegelistene var åpne med mulighet for tilknytning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). Mulighetene til å kunne bytte, eller selv velge fastlege, fremstår dermed som svekket sammenliknet med forrige evalueringspunkt og utgangssituasjonen fra før ordningen ble etablert.

9.1.2 Tilgjengelighet, trygghet og LEON-prinsippet

Hovedoppgaven til fastlegen er å være tilgjengelig for pasientene på listen og gi tilbud om forebygging, undersøkelser og behandling i tråd med de behov som følger med den enkelte pasient. Med listesystemet fikk fastlegen et tydeligere ansvar for å prioritere egne pasienter – og å avvise andre pasienter. Fastlegen fikk også et tydeligere koordineringsansvar i behandlingsskjeden for egne listepasienter, noe som også krever tilgjengelighet for kunne samarbeide med andre helsetjenester. Samtidig er fastlegene en del av kommunens samlede helse- og omsorgstjenester. Lite koordinering på tvers av helsetjenester innad i kommunen og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten var blant utfordringene som var identifisert før fastlegeordningen ble etablert. Fastlegeordningen skulle også styrke tilbudet til kronikere og andre grupper med store og sammensatte behov, samt senke terskelen for grupper som i liten grad oppsøkte lege for å få nødvendig helsehjelp.

Tilgjengelighet og tjenestetilbud til utsatte grupper fortsatt en utfordring

Samarbeidspartnerne i dag vet hvilken fastlege de skal kontakte. Ansvarer er langt mer avklart enn det var tidligere. Samhandling er fortsatt en stor utfordring for mange tjenester, men fastlegeordningen bidrar til at man vet hvem man skal samarbeide med om den enkelte pasient i kommunen, og legger sånn sett til rette for et bedre samarbeid. Dette bidrar også til at fastlegen i prinsippet blir mer tilgjengelig for svake grupper med ulike barrierer knyttet til legehjelp. Utfordringen er knapphet på tid og høyt arbeidspress (jf. Kapittel 6 og 7).

Våre undersøkelser viser også at man fortsatt sliter med å gi gode tjenester til kronikere, brukere med omfattende behov og til brukere med utfordringer innenfor rus og psykiatri. Dette har ikke innføringen av fastlegeordningen klart å løse, selv om det var noe av målet. Utfordringen ble identifisert og konkludert som uløst i evalueringen av perioden 2001-2005, og fremstår fremdeles som uløst. En ordning som premierer mange og raske konsultasjoner, er ikke tilrettelagt for målgruppene med mer omfattende

behov. Finansieringssystemet legger ikke til rette for å ivareta dem med omfattende behov som trenger kontinuerlige oppfølging, lengre konsultasjoner og hjemmebesøk. Når oppgavene øker, og fastlegen tvinges til å prioritere tiden, og det samtidig er konkurranse om de enkle pasientene som passer i takstsystemet, så blir insentivene og handlingsrommet for å prioritere tilstrekkelig tid til de som trenger mye tid, svake.

Ved innføringen av fastlegeordningen var det et klart formulert formål å bidra til kontinuitet i lege-pasientforholdet, noe som spesielt vil komme folk med stort legebehov, som eksempelvis kronisk syke, pasienter med psykiske lidelser, funksjonshemmede og pasienter under habilitering/rehabilitering til gode. Både kommunene og fastlegene strekker seg for å imøtekomme utsatte grupper med et stort og kontinuerlig legebehov over tid, selv om takst og finansieringssystemet ikke er lagt opp for dette. Med en kraftig nedbygging av institusjoner og døgnplasser i spesialisthelsetjenesten, overføres stadig sykere pasienter til kommunenes helse- og omsorgstjenester der fastlegen har en nøkkelrolle. Verken kommunene eller fastlegeordningen er rigget eller finansiert for å kunne overta alle oppgavene som er overført fra spesialisthelsetjenesten. For fastlegenes del er også disse oppgavene kommet i tillegg på et område som evalueringen i 2005 identifiserte som uløst. Når vi da supplerer med en betydelig andel av fastlegene selv vurderer at de ikke har tilstrekkelig eller riktig kompetanse til å overta alle oppgavene som kommer fra spesialisthelsetjenesten, og heller ikke har tid til å oppdatere seg faglig slik at de til enhver tid er faglig oppdatert, nærmer vi oss også noe av kjerneproblematikken bak manglende rekruttering og økt slutttilbøyelighet blant fastlegene.

Lange ventetider også for de som trenger legehjelp iblant

For den delen av befolkningen som går til lege en gang iblant er det også en utfordring at belastningen på fastlegene bidrar til lange ventetider. Selv om befolkningen er fornøyd med fastlegeordningen, kan dette fort endre seg dersom man ikke får tilgang til lege når man trenger det fordi arbeidsbelastningen på den enkelte fastlege har blitt for stor. Hele 35 prosent av fastlegene oppgir selv en ventetid på 9 dager eller mer. I henhold til fastlegeforskriften skal pasienter i en normalsituasjon tilbys time i løpet av fem dager. Med en såpass stor andel fastleger som opererer med mer enn 9 dager, og som også er bevisst at de har denne ventetiden, tyder dette på at ordningen også er overbelastet for den relativt friske delen av befolkningen. Fastlegene slik ordningen er i dag klarer ikke ta unna eller svare på etterspørselen som følger med listene.

9.2 Hvordan har endrede rammebetingelser påvirket ordningen sett fra ulike ståsted?

Etter ordningen ble innført i 2001, har flere oppgaver blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene. Dette har forsterket utfordringene med å gi gode tjenester til kronikere, brukere med omfattende behov og til brukere med utfordringer innenfor rus og psykiatri. Ansvaret har blitt større, men finansieringen av legetjenester er fortsatt slik at det lønner seg med mange, raske konsultasjoner. Intensjonene i samhandlingsreformen er i liten grad fulgt opp med en finansieringsordning som hensyntar det økte ansvaret som kommunene og fastlegene har fått. Som en del av samhandlingsreformen ble det anslått et behov for 2.000 nye allmennleger i kommunen – en økning på nær 50 prosent. Dette er ikke fulgt opp og vi observerer at kapasiteten i fastlegetjenesten i dag er sprengt. Samhandlingsreformen fremstår i større grad som en overføringsreform på spesialisthelsetjenestens premisser. Intensjonen bak samhandlingsreformen er ikke oppfylt, da sykehusene har en større definisjonsmakt og i praksis definerer hvilke oppgaver som kan overføres til primærhelsetjenesten, uten at verken fastleger eller kommunehelsetjenesten for øvrig samhandler og finner frem til de beste løsningene gitt kompetanse og kapasitet i ulike behandlingsledd. Fastlegen får dermed ikke nødvendigvis en koordinerende rolle, utover det å sørge for at medisinalistene blir riktig, og at de rette dokumentene og opplysningene kommer på rett stedd. En stor andel fastleger re-innlegger

riktignok ukentlig utskrevde pasienter, men det kan neppe være det som skal være samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Økt arbeidsmengde har også gjort det mer krevende å få time hos fastlegene for dem med enklere utfordringer. Dette indikerer en svært presset ordning hvor fastlegene sliter med å komme a jour. Kommunehelsetjenesten har fått økte oppgaver som følge av samhandlingsreformen, og en demografisk utvikling med en aldrende befolkning der også flere innbyggere lever lengre med omfattende behov for helsehjelp. Med knappe økonomiske rammer og en massiv oppgaveøkning til kommunene, ligger det også et økonomisk insentiv hos kommunene for å legge oppgaver til fastlegen som kunne vært løst andre steder i kommunehelsetjenesten. Dette følger av at kommunene kun betaler om lag 30 prosent av kostnadene ved fastlegeordningen, mens de må dekke 100 prosent av de øvrige helsetjenestene som kommunene er pålagt.

Fastlegeordningen er på mange måter en «satellitt» i helse- og omsorgstjenestene på armlengdes avstand fra kommuneadministrasjonen. Dette blir særlig utfordrende i en situasjon der helse- og omsorgstjenestene i større grad må virke sammen for å kunne gi helhetlige pasientforløp og helhetlige tjenester. Uten en bedre integrering av fastlegeordningen i øvrig helse- og omsorgstjenestene, vil det bli krevende for kommunene å oppfylle sitt sørge-for-ansvar på best mulig måte innenfor gitte rammer. Den massive oppgaveoverføringen til kommunene, der det nå utføres det som var spesialiserte sykehus tjenester i sykehjem og hjemme hos brukeren, gjør også at kommunens øvrige helsetjenester har behov for tilgjengelige leger for hjemmesykepleien. Dette stiller krav til fastlegens tilgjengelighet og arbeidsinnsats. Det stiller også krav til den øvrige helse- og omsorgstjenesten, som har noen av de samme kapasitetsutfordringene som fastlegene melder om.

Det er en utfordring at samhandlingsreformen nettopp skal legge til rette for mer samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten uten at dette er tatt inn i rammeverket ved at fastlegene, som er pilaren når det gjelder legetjenester i kommunen, ikke er tatt inn i det systemiske og strategiske arbeidet med utviklingen av dette samarbeidet. Fastlegene har ikke fått noen synlig rolle i utviklingen av samarbeidsavtaler og det systematiske arbeidet om samhandling for å legge til rette for en riktig arbeidsdeling mellom kommune og spesialist – og for en god utvikling av tjenestene.

Det er en utfordring at primær- og spesialisthelsetjenestene ikke oppfattes som likestilte når så mye av ansvaret og oppfølgingen er lagt til fastlegene og kommunen. Resultatet av samhandlingsreformen har i større grad handlet om å overføre oppgaver til kommunen enn å samhandle om dem. Det er spesialisthelsetjenesten som har definisjonsmakten når det kommer til hvilke oppgaver og pasienter som skal følges opp hvor. Det er mulig at det er de rette oppgavene som er flyttet til kommunene, men dette synes å ha skjedd på bekostning av arbeidshverdagen til fastleger og muligens også annet helsepersonell i kommunen. Våre undersøkelser og analyser viser at dette er en avgjørende forklaringsfaktor bak de observerte utfordringene med å sikre rekruttering og stabilitet i fastlegeordningen.

Fastlegeordningen er også utsatt for en større konkurranse fra andre aktører av allmennlegetjenester enn det som har vært tilfelle tidligere. Det er i løpet av de siste årene vokst frem en rekke nye tilbud i form av nettleger, leger som tilbyr hjemmebesøk, videokonsultasjoner, private legevaktsordninger og andre legetjenester. Tilgjengeligheten for denne type tjenester er økt, og veksten i tilbudet viser også at det nødvendigvis må være en økende etterspørsel i befolkningen etter disse tjenestene. Konsekvensene for fastlegene er mange og går i litt ulike retninger. På den ene siden gir alternative tilbud en avlastning i form av at en del av befolkningen bruker andre alternativer enn fastlegen på en del enklere sykdomsforløp. På den andre siden viser det seg at konsultasjoner hos digitale leger ofte medfører at pasientene kommer til fastlegen etterpå for å få tatt prøver eller får henvisninger som er beordret av leger som ikke kjenner pasienten eller som er kjent med pasientens sykdomshistorie. Dette kan gi unødvendige undersøkelser og vil i mange tilfeller være en tidstyv for fastlegene i og med at koordineringsansvaret og oppgavene tilslutt havner hos fastlegen. Med innovative markedsaktører som konkurrerer om de «lønnsomme» pasientene, er det også kommet et vidt spekter med digitale løsninger som videokonsultasjoner og ulike målinger og tester som pasienten tar selv der resultatene automatisk går til en lege.

Tilbudsutviklingen generer dermed også en etterspørsel og økte forventninger blant befolkningen etter liknende løsninger og tilgjengelighet hos fastlegen. Et stadig økende antall fastleger tilbyr også videokonsultasjon og andre løsninger som gir legen økt tilgjengelighet. Dette kan spare tid på enkelte konsultasjoner, samtidig som økt tilgjengelighet på enkelte tjenester også kan føre til økt etterspørsel og bruk, noe som igjen utfordrer fastlegens kapasitet. Kommersielle aktører kan prise tjenestene og dermed bruke prismekanismer for å sikre samsvar mellom tilbud og etterspørsel. Hjemmebesøk kan eksempelvis prises så høyt at etterspørselen blir håndterbar for legene som tilbyr det. Fastleger har ikke den samme muligheten til å styre etterspørselen, men må betjene etterspørselen etter legetjenester som følger med pasientlisten. En utvikling der fastlegene må konkurrere med andre aktører på enkelte tjenester, samtidig som det forventes at fastlegen skal tilby videokonsultasjoner og komme på hjemmebesøk i stedet for at pasienten kommer til legen, vil øke presset på fastlegens kapasitet. Økt tilgjengelighet i den forstand at det blir lettere å få kontakt med legen, vil også lede til økt etterspørsel. Parallelt med denne utviklingen rapporterer fastlegene om stadig lavere terskel til å oppsøke fastlegen, og økende forventninger i befolkningen til hva fastlegen skal tilby.

Fastlegene viser også til en økende etterspørsel etter ulike attester og undersøkelser som genereres av helseforsikringer. Det kreves for eksempel helseattest for å få en forsikring, og det kreves også ofte en rekke undersøkelser og henvisninger til spesialisthelsetjenesten for å få utløst et erstatningsbeløp med sykdom og skade. I tillegg kommer krav og endringer fra andre sektorer. Fraværsgrensen og krav om sykemelding i videregående skole og førekortforskriftskriften er eksempler på oppgaver som havner på fastlegens bord, uten at det er gjennomført konsekvensutredninger i forkant. Dette er oppgaver som er kommet i tillegg, uten at andre ting er tatt ut eller kapasiteten blant fastlegene er økt.

I løpet av de snart 20 årene som fastlegeordningen har eksistert er det også blitt et mer komplekst regelverk med tilhørende dokumentasjonskrav fra Nav. Dette er et vesentlig bidrag til økt arbeidsbelastning med oppgaver som ikke alltid oppfattes som like meningsfulle som det pasientnære arbeidet. Våre undersøkelser viser gjennomgående en form for slitasje mellom Nav-kontorene og fastleger, der fastleger og Nav har ulike synspunkter på rolle og ansvarfordeling, og hva som er nødvendig og tilstrekkelig dokumentasjon til Nav. Samhandlingen og hvilke utfordringer som ligger mellom Nav og fastlegene viser et overraskende likt bilde i de kommunene vi har besøkt. Med stor variasjon i kjennetegn på kommunene, gir dette en klar indikasjon på at utfordringene mellom Nav og fastlegene med hensyn til hva som bidrar til økt arbeidsbelastning og slitasje er ganske entydig. Denne utfordringen fremstår dermed som løsbart med relativt enkle virkemidler.

Nedbygging av institusjoner og en særlig knapphet på tilbud innenfor rus og psykiatri sies også å ha påført fastlegene mer dokumentasjons- og papirarbeid. Selv med mye tid og arbeid for å henvise en pasient, så er avslagsprosenten høy. Lykkes det å få lagt inn en pasient, så skrives pasienten raskt ut igjen, og kommer tilbake til fastlegen med behov for en ny henvisning. Fastlegen rammes dermed dobbelt opp – papirarbeidet krever mer tid, og fastlegen blir sittende med pasienter som de selv mener har behov for en mer langvarig behandling og oppfølging enn det en fastlege har muligheter til å tilby. Det er også et tankekors at fastlegene har fått flere oppgaver på det området som evalueringen fra perioden 2001-2005 peker på som en av de største utfordringene.

9.3 Er dagens rammebetingelser bærekraftige?

Med økende rekrutteringsutfordringer og avgang fra fastlegeyrket, er ikke dagens rammebetingelser bærekraftige. Uten at det gjøres noe med den arbeidssituasjonen dagens fastleger opplever å stå i, er det trolig at fastlegeordningen vil svekke seg fremover. Det vil bli stadig vanskeligere å rekruttere og beholde fastlegene, og dermed utfordrende å gi forsvarlige legetjenester i kommunene. Når hovedutfordringen er at arbeidsbelastningen er blitt for høy, er det nødvendig med tiltak som demper arbeidspresset og avlaster fastlegene for å tilrettelegge for en bærekraftig tjeneste fremover.

Leger, som andre yrkesgrupper, ønsker i større grad fleksibilitet og mobilitet enn det som var tilfellet for 20 år siden. Kombinert med økonomisk risikoaversjon, og for en del nyutdannede leger kapitalbegrensninger, så synker etterspørselen etter fastlegepraksiser. Etablerte fastleger som ønsker å tre ut av yrket, enten for å gå av med alderspensjon, flytte til en annen kommune, eller arbeide i en annen legestilling, risikerer dermed ikke å få solgt praksisen til en pris som de selv mener gir en rimelig kompensasjon eller avkastning på investeringene som er gjort. Dermed får man multiplikatorvirkninger der manglende exit-muligheter virker på prisen og interessen for å investere i næringsvirksomhet. Når dette kombineres med et stort faglig ansvar og høyt arbeidspress, som også ofte kan sammenfalle i tid med etableringsfasen med familie, hjem og andre forpliktelser, så har vi et marked som ikke er i likevekt og som neppe heller løser seg selv uten tiltak. Dette er ikke en bærekraftig situasjon.

Tilgangen på fastleger er for lav, de som er i yrket, er der kortere enn tidligere, og oppgavene og forventningene til hva fastlegene skal gjøre, øker. Kommunene finansierer allerede i dag en god del mer av fastlegeordningen enn det som var tenkt i utgangspunktet. Samtidig har kommunene gjennom samhandlingsreformen fått overført oppgaver uten at finanseringen fullt ut har fulgt med. Kommunenes handlingsrom er dermed begrenset, og fastlegenes restkapasitet til å gi noe ekstra er brukt opp. Dette er ikke bærekraftig. Fastlegeordningen skulle i utgangspunktet være uavhengig av kommuneøkonomien. Det er den ikke i dag og flere kommuner må bruke frie midler for å få ordningen til å fungere. Dersom likeverdige tjenester er målet, er ikke fastlegeordningen slik den i dag er rigget bærekraftig for å sikre dette hensynet.

Oppsummert kan vi si at for at rammebetingelsene kan sies å være bærekraftige, må det være:

1. Tilstrekkelig mange som ønsker å være fastlege
2. De må yte tjenester av god kvalitet
3. Kommunene må være økonomisk og faglig i stand til å utøve ansvaret som følger av «sørge-for» ansvaret

Rekrutteringsproblemer i stadig flere kommuner og kortere varighet av fastlegeavtaler er tydelig symptomer på at ordningen ikke er bærekraftig. At færre ønsker å være fastlege skyldes i hovedsak økt arbeidsbelastning, økonomisk risiko og høye krav til det medisinskfaglige arbeidet som også for mange oppleves å være beheftet med en risiko for å gjøre feil, uten at det er støtte i systemet til verken å redusere risikoen for feil eller håndtere situasjonen dersom noe går galt. Dette siste skiller seg fra sykehuspraksis, der legen slipper å stå alene i vanskelige situasjoner.

Når det gjelder kvaliteten i tjenesten ser vi også indikasjoner på at dagens ordning ikke vil være bærekraftig over tid uten at det gjøres grep. Finansieringen av fastlegeordningen er dimensjonert ut ifra at fastlegene skal ha en sammensatt gruppe pasienter med ulike hyppighet og kompleksitet i sine behov for fastlegen. To utviklingstrekk er med på å utfordre denne balansen innenfor dagens økonomiske ramme: 1) at stadig sykere og eldre bor hjemme som følge av oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten, og justering fra sykehjemsutbygging til mer fokus på hjemmetjenester, 2) fremveksten av private aktører som i hovedsak tar «enkle» pasientkonsultasjoner som takstsystemet belønner relativt godt.

Forskning viser at fastlegene påvirkes av insentivene som ligger i dagens finansieringsordning med en relativt høy andel aktivitetsbasert finansiering (takster) (jf. kapittel 4.1.4). Fremveksten av private aktører gjør at fastlegene får sterkere konkurranse. Det kan føre til dårligere kvalitet i helsetjenesten gjennom at 1) fastlegene må prioritere hardere de arbeidsmetodene, oppgavene og pasientene som lønner seg økonomisk, 2) det over tid kan svekke kvaliteten på fastlegestanden fordi det blir mindre attraktivt å være fastlege og fordi fastlegene har mindre tid til kompetanseheving, 3) oppgavene ikke håndteres effektivt av riktig instans, men ender på fastlegens bord dersom verken spesialisthelsetjenesten eller private aktører ønsker oppgaven. Motsatt vil en overbelastet fastlege tendere til å henvise pasienter som i utgangspunktet kunne vært behandlet hos fastlegen. Takstsystemet påvirker hvilke pasienter som henvises.

Endringene vi ser med at stadig mer komplekse oppgaver forventes å skulle løses av fastlegen, og at de enkleste oppgavene i større grad håndteres av private aktører, tilsier at finansieringen av fastlegeordningen bør justeres for at fastlegene skal ha økonomiske insentiver og handlingsrom til å håndtere de oppgavene som bør ligge hos fastlegen.

9.4 Fastlegeordningen – hva nå?

Utgangspunktet for fastlegeordningen var identifiserte utfordringer i kommunenes primærhelsetjeneste og forskning som viser at en fast lege fører til reduserte kostnader, redusert mortalitet, forbedret helse, færre henvisninger og bedre pasienttilfredshet. Evalueringen fra perioden 2001-2005 viser ingen signifikante forandringer i varigheten på lege-pasientforholdet i større kommuner. Kontinuiteten var god før fastlegereformen, og var også god etter fastlegeordningen ble innført (Norges forskningsråd, 2006). I mindre og spredtbebygde områder ble situasjonen bedret, og da først og fremst ved at legedekningen over hele landet ble bedre. Snaue 20 år etter fastlegeordningen ble innført, er stabilitet i fastlegeordning i spill flere steder i landet. Selv om det fremdeles er en stor andel fastleger som har en stabil og langvarig praksis, er det nå flere store, sentrale kommuner som har erfaringer med kortvarige fastlegeavtaler. Legedekningen er fremdeles god, men med flere som går ut og færre som ønsker seg inn i yrket, så er ikke ordningen bærekraftig.

Et kontinuerlig og langvarig lege-pasientforhold omtales av flere som «juvelen i fastlegeordningen». Vi finner en bred enighet om at kontinuitet er viktig for så vel kvalitet som samfunnsøkonomisk effektivitet. Når denne kontinuiteten utfordres ved at fastlegeavtalenes varighet synker flere steder, og flere kommuner møter utfordringer med stabilitet blant fastlegene, er det grunn til å vurdere om det i større grad bør åpnes for andre måter å organisere fastlegetjenesten på enn listeansvar knyttet til enkeltleger. Selv om en fast lege med listeansvar videreføres som idealet, er det verdt å også bygge videre på erfaringene fra kommuner og praksiser som har funnet løsninger for å gi pasientene stabilitet selv om fastlegekorpset som sådan har utskiftninger og stadig kortere avtaleperioder. Funnene fra evalueringen fra 2005, og også våre funn, indikerer at dette bidrar til å styrke stabiliteten i en kommunes fastlegekorps i noen tilfeller.

Om vi kan anta at fastleger er som andre yrkesgrupper så må det forventes en større geografisk og faglig mobilitet, også blant de som velger fastlegeyrke. Fremfor å tviholde på det lange lege-pasientforholdet som det eneste riktige, bør det vurderes om stabilitet og effektene som ønskes oppnådd med en fast lege som kjenner pasienten gjennom år, kan oppnås med andre tiltak. Det er verdt å ta med seg at fastlegeordningen også omfatter snart 20 års erfaring med tiltak der kommunene gjennom ulike ordninger har funnet frem til løsninger som gir en grad av stabilitet også i tilfeller der legene skiftes hyppig.

Våre undersøkelser og funn sammenfaller i stor grad med evalueringen fra 2005, noe som indikerer at gruppepraksis og felleslister er en farbar vei å gå for en rekke kommuner der det er krevende å få leger til å slå rot. Pasientens behov for kontinuitet imøtekommes, samtidig som kravene til kompleksitet og spesialkompetanse på flere områder ivaretas. Fastlegen får en mer håndterlig arbeidshverdag og pasienten blir mindre rammet dersom en fastlege slutter, flytter eller går ut i permisjon (eksempelvis foreldrepermisjon, studiepermisjon mv.). Unge, uerfarne leger får en mykere og tryggere start der de deler ansvaret med mer erfarne leger. Legen får også mulighet til å teste både yrke og bosted før man inngår en livslang økonomisk forpliktelse og et varig lege-pasientforhold med et stort antall mennesker.

Den prekære utfordringen i dagens fastlegeordning er at et ikke tilstrekkelig antall leger ønsker å være fastleger med den arbeidsmengden, og for noen, økonomiske og faglige risikoen som følger med yrket. Dette kan teoretisk løses raskt ved å tilføre flere leger, men den praktiske delen av dette vil ta tid. Samtidig må mange etablere ordninger som trygger særlig unge leger, både økonomisk og faglig. Det er også et klart behov for en oppgaveavklaring og en vurdering av hva fastlegeordningen skal være, og hvem den er til for. Skal fastlegene fremdeles yte et tilbud som imøtekommer en stadig mer krevende befolknings etterspørsel etter ulike helsetjenester? Eller skal fastlegeordningen innrettes for å kunne

ivareta de som trenger det mest og som ikke ivaretas andre steder? Eller er svaret fortsatt, ja takk begge deler? Videre, i hvor stor grad forventes det at fastlegen skal være en del av kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester? Er det kommunen eller fastlegen som skal legge føringer i prioriteringen mellom å støtte hjemmesykepleieren, som også utfører mer avanserte oppgaver, eller sikre en høy gjennomstrømning med enkle pasienter som lar seg takste, og som det må forventes en stadig større konkurranse fra kommersielle allmennlegetjenester på?

9.4.1 Det haster med tiltak for å trygge bærekraften i fastlegeordningen

Uten tiltak vil fastlegeordningen svekkes. Evalueringen viser at fastlegeordningen på enkelte områder nærmer seg den situasjonen som gjaldt da fastlegeordningen ble etablert. Dette vil kunne gi et todelt helsetilbud på tvers av kommuner, innad i enkelte større kommuner, og på tvers av pasientgrupper. Identifiserte pasientgrupper som fastlegeordningen skulle gi et bedre tilbud til; kronikere, brukere med omfattende behov og til brukere med utfordringer innenfor rus og psykiatri, lykkes man ikke i tilstrekkelig grad med i dag. I senere tid er det for eksempel kommet omfattende pakkeforløp i kreftbehandlingen som skal følges opp i primærhelsetjenesten, samtidig som etterspørselen etter helsetjenester for den presumtivist «friske» delen av befolkningen øker. Fremveksten av kommersielle allmennleger som tilbyr legetjenester til denne gruppen, presser fastlegene til å konkurrere og tilby tilsvarende tjenester til egne listepasienter som ikke har råd eller mulighet til å oppsøke andre leger i markedet. Finansieringssystemet med listepasienter gjør også at fastlegene må konkurrere får å få et tilstrekkelig antall pasienter på listen til at basistilskuddet gir en bekvem og sikker inntekt. Samtidig stimulerer takstsystemet legene til å ha høy gjennomstrømning og mange konsultasjoner, noe som ikke nødvendigvis er forenelig med pasienter som har utfordringer som ikke kan takstes, men som trenger tid og kanskje også sammensatte tilbud. Med et svært detaljert takstsystem og et utall takster, er flere takster neppe veien å gå. Færre takster og en større tillit til fastlegens vurderinger av hva som er riktig, fremstår som en bedre vei å gå.

Vi finner en klar indikasjon på at det vil være formålstjenlig å få flere fastleger inn i ordningen, i noen tilfeller bør det også vurderes løsninger hvor det åpnes for at fastlegene i større grad kan samarbeide om listepopulasjonen, som et tillegg til grunntanken om å sikre et langsiktig forhold mellom pasient og en enkelt lege. Samtidig er det sannsynlig at annet personell bør inn for å avlaste fastlegene der deres kompetanse er vel så egnet som fastlegen sin. Det siste innebærer færre oppgaver på fastlegens bord, men krever i større grad samarbeid om den enkelte pasienten i den daglige legepraksisen. Dersom det ikke kommer flere leger inn, eller oppgaver ikke flyttes fra fastlegens bord, er sannsynligheten stor for at enda flere fastleger går ut av yrket, og at forutsetningene for at fastlegeordningen skal kunne gi ønskede effekter faller.

Antakelig er det nødvendig med flere grep for å snu trenden og sikre en bærekraftig fastlegeordning. På et overordnet nivå viser denne evalueringen at følgende tiltak kan være relevante og bør vurderes:

1. Fastlegene bør få kortere lister, og det bør gjøres en gjennomgang av hvilke oppgaver som bør ligge på fastlegens bord. Det er sannsynlig at flere oppgaver i større grad bør kunne håndteres av andre enn fastlegene.
2. Det bør være mulig for fastleger å bære en mindre økonomisk risiko. Dette kan oppnås på ulike måter, for eksempel gjennom 8.2-avtaler som også kan ha positive konsekvenser på relasjonen mellom fastlegene og kommunen. Et annet alternativ er at basistilskuddet økes. Det er naturlig å vurdere en løsning med basistilskudd i kombinasjon med et knekkpunkt eller gradert basistilskudd for å motvirke insentivet for lange lister.
3. Fastlegen må sikres kapasitet og kompetanse til å kunne utføre de oppgavene som tilfaller fastlegen.
4. Hvilke implikasjoner nye markedsaktører innen allmennlegetjenester har på fastlegeordningen bør utredes.

5. Kommunehelsetjenestens styrkeforhold i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten må forbedres slik at det i større grad blir samhandling og mindre grad en ren oppgaveoverføring på spesialisthelsetjenestens premisser.
6. Kommunene må settes i stand til å kunne følge opp oppgavene og ansvaret som følger av samhandlingsreformen, og også sikres virkemidler og rammer som gjør det mulig å ivareta fastlegen som en del av kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester.

I tillegg synes det nødvendig å ta grep ikke bare på fastlegens bord, men også i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Det bør vurderes om det er behov for:

- ▶ Øke standardiseringen av interaksjonen i interaksjon med spesialisthelsetjenesten?
- ▶ Bedre utnyttelse av handlingsrommet i kommunen for å legge til rette for samarbeid?
- ▶ Avklare ambisjonsnivået og forventningene til samarbeid i kommunene?
- ▶ Et bedre system rundt samarbeidet i kommunen utover PLO-meldinger? Behov for mer standardisering av PLO-meldinger og den digitale samhandlingen?

9.4.2 En systemrevisjon og forbedringer er påkrevd

Fastlegereformen var en systemreform der formålet var å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten. Ordningen har fungert og bidratt til bedre kvalitet i primærhelsetjenesten. Det kan være behov for en systemrevisjon med det formål å løse de utfordringene som fastlegeordningen aldri helt har klart å løse. Utfordringene på de krevende områdene er også blitt større, noe som tilsier at hele systemet bør gjennomgås, uten at man endrer på det som faktisk fungerer godt i dag.

Både kommunene og fastlegene strekker seg for å imøtekomme utsatte grupper med et stort, og kontinuerlig legebehov over tid, selv om takst og finansieringssystemet ikke er lagt opp for dette. Med en kraftig nedbygging av institusjoner og døgnplasser i spesialisthelsetjenesten, overføres stadig syke pasienter til kommunenes helse- og omsorgstjenester der fastlegen har en nøkkelrolle. Verken kommunene eller fastlegeordningen er rigget eller finansiert for å kunne overta alle oppgavene som er overført fra spesialisthelsetjenesten. For fastlegenes del er også disse oppgavene kommet i tillegg på et område som evalueringen i 2005 identifiserte som uløst. Når vi da supplerer med at en stor andel av fastlegene selv vurderer at de ikke har tilstrekkelig eller riktig kompetanse til å overta alle oppgavene som kommer fra spesialisthelsetjenesten, og heller ikke har tid til å oppdatere seg faglig slik at de til enhver tid er faglig oppdatert, så nærmer vi oss også noe av kjerneproblematikken bak manglende rekruttering og økt slutttilbøyelighet blant fastlegene.

En ordning som premierer mange og raske konsultasjoner, er ikke tilrettelagt for målgruppene med mer omfattende behov. Finansieringssystemet legger ikke til rette for å ivareta pasienter med omfattende behov som trenger kontinuerlige oppfølging og lengre konsultasjoner.

Skal arbeidsbelastningen ned har det betydning for dimensjoneringen av fastlegeordningen; det innebærer et behov for færre pasienter per fastlege og altså flere fastleger. Alternativt må oppgaver bort fra fastlegens bord ved at andre profesjoner, eller eventuelt andre allmennleger uten listeansvar, overtar noen av oppgavene.

10 Litteraturliste

- Aaraas, I., Steinert, S., & Halvorsen, P. (2012). Remuneration and organization in general practice: Do GPs prefer private practice or salaried positions? Hentet 07 25, 2019 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520417/>
- Abelsen, B., & Olsen, J. (2015). Young doctors' preferences for payment systems: the influence of gender and personality traits. *Human Resources for Health* 13, Article number: 69. Hentet fra <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0060-0>
- Abelsen, B., Gaski, M., & Brandstorp, H. (2016). Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. Hentet fra http://arkiv.nsdsm.no/filarkiv/File/rapporter/Rapport_Fastlegeordningen_NSDM_2016.pdf
- Abelsen, B., Olsen, J., Halvorsen, P., & Holte, J. (2015). General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations? *BMC Health Services Research* volume 15, Article number: 119. Hentet fra <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0777-4>
- Agenda Kaupang. (2016). Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/b3154b3436fd4c85beff563a69d17b11/rapport.pdf>
- ALIS-Nord. (2019, 03 13). Bakgrunn for prosjektet. Hentet fra <https://www.alis-nord.no/Bakgrunn/>
- ALIS-Nord. (u.d.). Status for ALIS-Nord, juni 2019 - 25 kommuner deltar i prosjektet. Hentet 07 24, 2019 fra [alis-nord.no: https://www.alis-nord.no/nyhetsarkiv/status-for-alis-nord-juni-2019-25-kommuner-deltar-i-prosjektet-article245-28.html](https://www.alis-nord.no/nyhetsarkiv/status-for-alis-nord-juni-2019-25-kommuner-deltar-i-prosjektet-article245-28.html)
- ALIS-Vest. (2019, 05). Hvordan går det med ALIS-Vest? Hentet fra [alisvest.wordpress.com: https://www.alisvest.wordpress.com/2019/05/29/hvordan-gar-det-med-alis-vest/](https://www.alisvest.no/2019/05/29/hvordan-gar-det-med-alis-vest/)
- Alvesson, M., & Skoldberg, K. (2018). *Reflexive Methodology New Vistas for Qualitative Research*. SAGE Publications. Hentet fra https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/88606_Reflexive_Methodology_Chapter_One.pdf
- Andreassen, A. (2019, 01 11). Selvstendig næringsdrivende? Nå blir sparing til pensjon enda gunstigere. Hentet fra [storebrand.no: https://www.storebrand.no/smartere-valg/artikkel/arbeidsliv/selvstendig-naeringsdrivende-na-blir-sparing-til-pensjon-enda-gunstigere](https://www.storebrand.no/smartere-valg/artikkel/arbeidsliv/selvstendig-naeringsdrivende-na-blir-sparing-til-pensjon-enda-gunstigere)
- Bakke, H. (2013). Den lange og krevende veien frem til Fastlegeordningen. Festskrift til Allmennlegeforeningens 75-årsjubileum. Hentet 07 23, 2019 fra beta.legeforeningen.no/contentassets/b060254dc1a449d4b7be30190521541a/festskrift-til-allmennlegeforeningens-75-ars-jubileum.pdf
- Bakken, I., Wensaas, K.-A., Furu, K., Grøneng, G., Stoltenberg, C., Øverland, S., & Håberg, S. (2017, 08 23). Legesøkning og legemiddeluttak etter innføring av nye fraværsregler. *Tidsskriftet*. Hentet 07 29, 2019 fra tidsskriftet.no/2017/08/originalartikkel/legesokning-og-legemiddeluttak-etter-innforing-av-nye-fravaersregler

- Barros, P. (2003). Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system. Journal of health economics 22.3, 419-443. Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167629602001194>
- Batenburg, R. (2018, Desember 2018). Verwachte toename regionale tekorten in huisartsenzorg vraagt om beleidsmaatregelen op maat. Hentet fra NIVEL: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/verwachte-toename-regionale-tekorten-huisartsenzorg-vraagt-om-beleidsmaatregelen-op-maat>
- Batenburg, R. (2019). Huisartsen besteden iets meer dan de helft van hun werktijd aan direct patiëntgebonden taken. Hentet fra Nivel: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/huisartsen-besteden-iets-meer-dan-de-helft-van-hun-werktijd-aan-direct-patientgebonden-taken>
- Bergmo, T., Jøsendal, A. V., Johnsen, E., Kolstrup, N., & Johansen, M. (2018). Multidose i e-resept - Sluttrapport: oppsummering av prosjektet. Rapportnummer 06-2018. Nasjonalt senter for e-helseforskning. Hentet 07.31.2019 fra https://ehealthresearch.no/files/documents/Prosjektrapporter/NSE-rapport_2018-06_Multidose_i_e-resept.pdf
- BMA. (2018a, Desember 7). Prescribing and the GP practice: Running a general practice. Hentet fra BMA: <https://www.bma.org.uk/advice/employment/gp-practices/service-provision/prescribing/advice-for-dispensing-gps/the-gp-practice/running-a-general-practice>
- BMA. (2018b, Desember 7). England will lose more than 600 GP practices by 2022 without urgent investment, BMA analysis reveals. Hentet fra BMA: <https://www.bma.org.uk/news/media-centre/press-releases/2018/may/england-will-lose-more-than-600-gp-practices-by-2022-without-urgent-investment-bma-analysis-reveals>
- BMA, NHS England. (2019). Investment and evolution: A five-year framework for GP contract reform to implement The NHS Long Term Plan. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/gp-contract-2019.pdf>: NHS UK.
- BMJ. (2018). Over 600 general practices will be lost by 2020 without more funding, BMA warns. BMJ.
- Brandstorp, H., & Seppola-Edvardsen, T. (2018a). Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-VEST. Hentet fra <https://www.nsd.no/wp-content/uploads/2018/04/NSDM-rapport-Utdanningsstillingeri-ALIS-Vest-April2018.pdf>
- Brandstorp, H., & Seppola-Edvardsen, T. (2018b). Del 2. Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest. NSDM. Hentet fra <https://alisvest.files.wordpress.com/2019/03/del-2.-utdanningsstillinger-i-allmennmedisin-alis-vest.-fokus-pc3a5-stabilisering-.pdf>
- Brandstorp, H., Gaski, M., & Abelsen, B. (2015). Varighet av fastlegeavtaler. Hentet fra <https://tidsskriftet.no>: <https://tidsskriftet.no/2015/12/originalartikkel/varighet-av-fastlegeavtaler>
- Brekke, K., Holmås, T., Monstad, K., & Straume, R. (2018). How does the type of remuneration affect physician behaviour? Fixed salary versus fee-for-service. SNF Working paper No 03/18.

- Brelin, P., Pahle, A., & Mjølstad, B. (2018, 10 31). Behov for ansvarlige aktører. Dagens Medisin. Hentet 07 30, 2019 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/10/31/behov-for-ansvarlige-aktorer/>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2010). Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal.
- Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies, N., & Wiesen, D. (2003). How to Improve Patient Care? – An Analysis of Capitation, Fee-for-Service, and Mixed Payment Schemes for Physicians,. Ruhr Economic Papers, No. 412, ISBN 978-3-86788-467-9, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI).
- Brugman, S., Maarud, J. W., Richter, J., Pran, E., Venjum, M. L., & Vøyvik, A. M. (u.å.). Veileder for implementering av pleie- og omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner.
- Bäck MA, C. J. (2015). The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. <http://doi.org/10.5334/ijic.2244>.
- Cederberg, J. (2018, July 5). Almedalen 2018: De vill se handling för utbildning och arbetsmiljö i primärvården. Hentet fra Läkartidningen: <http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/07/De-vill-se-handling-for-utbildning-och-arbetsmiljo-i-primarvarden/>
- Christiansen, T., & Sandvik, H. (2017, 11 28). Fastlegeordningen forvitrer – hva nå? Tidsskriftet. Hentet 07 29, 2019 fra <https://tidsskriftet.no/2017/11/kronikk/fastlegeordningen-forvitrer-hva-na>
- Close J, V. J. (2018). The Quality and Outcomes Framework (QOF) for.
- DIFI. (2017). Innbyggerundersøkelsen 2017 - Hva mener brukerne. Hentet 12 03, 2018 fra <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017/hva-mener-brukerne>
- Direktoratet for e-helse. (2018, 07). Konseptvalgutredning. Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Hentet fra <https://ehelse.no/publikasjoner/konseptvalgutredning-nasjonal-losning-for-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>
- Direktoratet for e-helse. (2019, 05 14). Multidose i e-resept. Hentet fra ehelse.no: <https://ehelse.no/prosjekt/multidose-i-e-resept>
- Direktoratet for forvaltning og IKT. (2017). Innbyggerundersøkelsen 2017. Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT.
- Doran, N. F. (2016). Lost to the NHS: a mixed methods study of why GPs leave practice early in England. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.
- Ellis, R., & McGuire, T. (1986). Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. Journal of health economics 5.2: 129-151. Hentet fra http://people.bu.edu/ellisrp/EllisPapers/1986_EllisMcGuire_JHE_MixedPayment.pdf
- Eriksen, I. (2018, 10 18). Hjemmelegene. NRK. Hentet 07 30, 2019 fra <https://www.nrk.no/troms/xl/hjemmelegene-1.14201963>
- Flottorp, S., Nyen, B., Hansen, T. E., Roksund, G., Sandvik, E., & Thesen, J. (2010). Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomhet og øvrige

- allmennlegetjenester. Notat. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra https://uni.no/media/manual_upload/Notat_2010_fastlegetjenester_kvalitetssystem_1.pdf
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Folketrygdloven. (1997). Lov om folketrygd (LOV-1997-02-28-19). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
- Forbrukerrådet. (2017a, 10 17). Fastlegetestens metode. Hentet fra <https://www.forbrukerradet.no/side/fastlegetestens-metode/>
- Forbrukerrådet. (2017b, 10 17). Test av fastlegekontor: – Frakoblede og utilgjengelige. Hentet fra <https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/test-av-fastlegekontor>
- Forbrukerrådet. (2018). Digital helsehverdag. Forbrukertrender 2018, del 1. Hentet fra <https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2018/04/20180417-ke-digital-helse-rapport.pdf>
- Forde I, N. C. (2016c). Primary care Review of Denmark. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Primary-Care-Review-of-Denmark-OECD-report-December-2016.pdf>: OECD.
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Forskrift om pasientrettigheter mv. (2012). Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen (FOR-2012-08-29-843). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-843>
- General Medical Council. (2018). The medical workforce. General Medical Council.
- Gertler, P., & Gaynor, M. (1995). Moral hazard and risk spreading in partnerships. RAND Journal of Economics, 591-613. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/2556008>
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I., Sutton, M., Leese, B., Giruffrida, A., & et al. (2001). Impact of Payment Method on Behaviour of Primary Care Physicians: A Systematic Review. J Health Serv Res Policy. 2001; 6:44-55.
- Government Offices of Sweden. (2016). Vision for eHealth 2025. <https://www.government.se/4a3e02/contentassets/b0fd09051c6c4af59c8e33a3e71fff24/vision-for-ehealth-2025.pdf>: Government Offices of Sweden.
- Gulliksen, S. (2018, 08 17). Unge vil ikke være fastleger. Avisa Nordland. Hentet fra Unge vil ikke være fastleger: <https://www.an.no/helsevesen/leger/nordland/unge-vil-ikke-vare-fastleger/s/5-4-835089>
- Hafstad, A. (2019, 03 20). Stadig vanskeligere å rekruttere fastleger. Dagens medisin. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no>: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/03/20/fastlegeordningen-vakler-mer-enn-noen-gang/>

- Health Europa. (2019, april 1). Enhanced data sharing and continuity of care in Denmark. Hentet fra Health Europa: <https://www.healtheuropa.eu/enhanced-data-sharing-and-continuity-of-care-in-denmark/90990/>
- Helfo. (2019, 03 01). Basistilskudd for fastlegeordningen i kommunene . Hentet fra helfo.no: <https://helfo.no/helseaktor/kommuner-og-fylkeskommuner/kommunen-og-legetjenesten/basistilskudd-for-fastlegeordningen-i-kommunene>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1997). Trygghet og ansvarlighet. (St.meld. nr. 23 (1996-97)). Hentet 09 25, 2018 fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-23_1996-97/id191061/
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999, 09 24). 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)). Hentet 09 25, 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-99-1998-99-/id160124/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2004). Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/rap/2004/0003/ddd/pdfv/232628-fastlegerapporten.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen. (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/contentassets/e683123127ec414ca71b73a776a8f532/fastlegeforskrift.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012, 11 30). Meld. St. 9: Én innbygger - én journal (2012-2013).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). Legemiddelmeldingen: Riktig bruk – bedre helse. (Meld. St. 28 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1e17b19947224def82e509ca5f346357/no/pdfs/stm201420150028000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017, Desember 1). <https://www.regjeringen.no/no>. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/trepartssamarbeidet-om-fastlegeordningen-reetableres/id2580555/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018a, 01 25). Oppdragsbrev - Tilleggsoppdrag 3 - Evaluering av fastlegeordningen. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/889319cb65664b63a9938b3273316033/2018/tilleggsoppdrag_evaluering_fastlegeordningen_250118.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018b). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2019. (Prop. 1 S (2018-2019)). Hentet 07 23, 2019 fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/e166b6e0a392456a9f0e84eecea2472f/no/pdfs/prp201820190001hodddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet & Direktoratet for e-helse. (2018). E-konsultasjon hos fastlege og legevakt. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/Rapport%20e-konsultasjon%20-%20Helsedir-%20E-helse.pdf/_/attachment/inline/597badf2-e478-4744-a9c5-7ed0eb6b677a:84604a3c7260d55cec2336507f3c7a504e5e29a

Helsedirektoratet. (2015). Multidose – Status og veien videre. Helsedirektoratet. Hentet 07 31, 2019 fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/multidose-status-og-veien-videre/Multidose%20-%20Status%20og%20veien%20videre.pdf/_/attachment/inline/0add0ffd-ba4e-44ed-8d6a-6689aea2a25c:58565565f58b19f0caa9816954407e98be851749/Multidose%20-%20Status%20og%20ve

Helsedirektoratet. (2017). Primærhelseteam – Kvalitet, Ledelse og Finansiering. Oslo.

Helsedirektoratet. (2018a). Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-kommune-og-spesialisthelsetjenesten/Leger%20i%20kommune-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/da39ed65-f77e-453e-b968-c7dc50c00328:e35719d53334b1ed7cad7ad736f4d6bd22f1339f/Leger%20i%20k

Helsedirektoratet. (2018b, Oktober 18). Hentet fra <https://www.fylkesmannen.no/globalassets/fm-trondelag/dokument-fmtl/helse-omsorg-og-sosialtjenester/tilskudd-til-rekruttering-av-fastleger.pdf>

Helsedirektoratet. (2019a, 04 30). Fastlegestatistikk. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/fastlegestatistikk>

Helsedirektoratet. (2019b, 05 02). Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam. Hentet 07 24, 2019 fra [helsedirektoratet.no: https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/pilot-for-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam](https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/pilot-for-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam)

Helsedirektoratet. (2019c, 04 26). Pågående utprøving av velferdsteknologiske løsninger. Hentet fra [helsedirektoratet.no: https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/pagaende-utproving-av-velferdsteknologiske-losninger](https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/pagaende-utproving-av-velferdsteknologiske-losninger)

Hernes, T. (2008). Understanding organization as process. Theory for a tangled world. Routledge.

Hetlevik, I. (1999, 10 10). Den fulle allmennmedisinske botten. Tidsskriftet. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/1999/10/redaksjonelt/den-fulle-allmennmedisinske-botten>

Holmen Innovative Solutions AS. (u.d.). Takster. Hentet 07 23, 2019 fra [apple.com: https://apps.apple.com/no/app/takster/id921399897](https://apps.apple.com/no/app/takster/id921399897)

Holter, H., & Kalleberg, R. (1996). Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Oslo: Universitetsforlaget.

- IF. (u.d.). Forsikring selvstendig næringsdrivende. Hentet fra if.no:
<https://www.if.no/bedrift/rad-og-tips/nyhetsbrev/selvstendig-naringsdrivende-dyrt-a-bli-syk>
- Ipsos & Samfunnsøkonomisk analyse. (2018). Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen.
- ISPOR. (2015). Denmark – Pharmaceuticals. Hentet fra ISPOR Improving healthcare decisions:
<https://tools.ispor.org/htaroadmaps/Denmark.asp>
- Iversen T, A. A. (2016). Coordination of health care in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, pp. 41-55.
- Jacobsen, D. (2015). Hvordan gjennomføre undersøkelser. 3. utgave. Cappelen Damm.
- Jervell, F. (2009). Om praksisoverdragelse - synspunkter på dagens ordning, goodwill og badwill. *Utposten*. Hentet 07 24, 2019 fra <https://www.utposten.no/asset/2009/2009-05-22-23.pdf>
- Johannessen, L. (2018, 06 26). Vedtok kjønnskvoltering på medisinstudiet. *Tidsskriftet*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/06/aktuelt-i-foreningen/vedtok-kjonnskvoltering-pa-medisinstudiet>
- Johnsen, N. A., & Rønning, O. (2018, 08 17). Kan bli mangel på fastleger i nord: – Det er et alvorlig problem. *NRK*. Hentet fra Kan bli mangel på fastleger i nord: – Det er et alvorlig problem: https://www.nrk.no/nordland/kan-bli-mangel-pa-fastleger-i-nord_-_det-er-et-alvorlig-problem-1.14168920
- Johnsen, T. M., Berge, V., Høivik, F., Agdestein, C., Grønseth, I. M., Krogh, H. H., . . . Sletten, T. D. (2018). Trønderopprørs fastlegeundersøkelse og helsemedarbeiderundersøkelse. Hentet fra <http://www.flo20.no/rapport-tronderopprors-fastlegeundersokelse-og-helsemedarbeiderundersokelse/>
- Juel, S. (2016, 10 29). Privat formue fra offentlig ordning. *Civita*. Hentet 07 24, 2019 fra <https://www.civita.no/2016/10/29/privat-formue-fra-offentlig-ordning>
- KS. (2018a, 11 15). Hvordan går det med fastlegeordningen? Hentet 07 24, 2019 fra ks.no:
<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/fastleger/hvordan-gar-det-med-fastlegeordningen/>
- KS. (2018b, 09 14). Nyskapande legevaktsamarbeid blir nasjonal pilot. Hentet fra ks.no:
<https://www.ks.no/regioner/ks-vest-Norge/nyskapande-legevaktsamarbeid-i-sogn-og-fjordane-blir-nasjonal-pilot/>
- Kværner, K. J. (2005, 04 21). Fastlegers oppfatning av samarbeidet med sykehjem. *Medisin og Vitenskap*, s. 2.
- Legeforeningen & Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). Protokoll mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Den norske legeforening . Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/a83122c716174350b3663b59f4fff174/protokoll---fastlegeordningen.pdf>
- Legeforeningen. (2015). Veileder for næringsdrivende leger. Hentet fra <https://legeforeningen.no/PageFiles/210691/Veileder%20næringsdrivende%20leger.pdf>
- Legeforeningen. (2018a). Normaltariff for fastleger og legevakt.

- Legeforeningen. (2018b). Kommentirutgave til normaltariffen kapittel II (oppdatert 12.11.2018). Hentet fra <https://beta.legeforeningen.no/>: <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/7adf34e1e0ee49b6bf10d525b417b4a4/2018/kommentarutgaven-til-normaltariffen-2018-2019.pdf>
- Legeforeningen. (2018c). Lånefond for privat legepraksis. Hentet 07 24, 2019 fra beta.legeforeningen.no: <https://beta.legeforeningen.no/medlemsfordeler/lanefond/lanefond-for-privat-legepraksis/>
- Legeforeningen. (2019a). Fastlegesituasjonen forverret, viser ny kartlegging. Hentet fra https://beta.legeforeningen.no: <https://beta.legeforeningen.no/nyheter/2019/fastlegesituasjonen-forverret-viser-ny-kartlegging/>
- Legeforeningen. (2019b). [legeforeningen.no](https://beta.legeforeningen.no/). Hentet fra Legestatistikk.
- Legeforeningen. (2019c). Normaltariff for fastleger og legevakt 2019-2020. Hentet fra https://normaltariffen.legeforeningen.no: <https://normaltariffen.legeforeningen.no/book/Fastlegetariffen-2019-XML-c/m-02>
- Legeforeningen. (2019d). Utviklingsplan for fastlegeordningen. Hentet 07 30, 2019 fra <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/88a40e68b11e44ea9d0853f7d1a3fd9b/utviklingsplan-fastlegeordningen-varuke-2019-full.pdf>
- Legeforeningen. (u.d.(a)). normaltariffen.legeforeningen.no. Hentet fra [Legeforeningen.no](https://normaltariffen.legeforeningen.no/): <http://normaltariffen.legeforeningen.no/normaltariff.xsp?id=&kap=kap2.1.3>
- Legeforeningen. (u.d.(b)). Overdragelse av praksis. Hentet 07 24, 2019 fra beta.legeforeningen.no: <https://beta.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/drift-av-legekantor/fastlege/overdragelse-av-praksis/#20242>
- Legeregnskap. (2018, 04 06). Inntekts- og kostnadsundersøkelse for driftsåret 2016 (IKU 2016) - Landets fastleger. Hentet 07 23, 2019 fra <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/6188c9892b084ec2a9bcffec1ee8e74/inntekts-og-kostnadsundersokelse-2016.pdf>
- LHV. (2018a). Onderzoek: door heel Nederland huisartsentekorten verwacht. Hentet fra LHV: <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/onderzoek-door-heel-nederland-huisartsentekorten-verwacht>
- LHV. (2018b). Research: GP shortages expected throughout the Netherlands. Hentet fra LHV: <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/onderzoek-door-heel-nederland-huisartsentekorten-verwacht>
- Lidal, I. B., Håvelsrud, K., Mathisen, M., & Vist, G. E. (2012). Listelengde og kvalitet i fastlegeordningen. Report from Kunnskapssenteret no. 01–2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra https://evalueringsportalen.no/evaluering/listelengde-og-kvalitet-i-fastlegeordningen/Rapport_2012_01_fastleger_listelengde.pdf/@inline
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Norsk Legeforening. 122: 2468-72.
- Markussen, S., & Røed, K. (2016). The Markt for Paid Sick Leave. IZA DP No. 9825.

- McGuire, T. (2000). Physician agency. I J. Newhouse, & A. Culyer, Handbook of health economics. Vol. 1 (ss. 461-536). Elsevier. Hentet fra https://people.emich.edu/jthornton/text-files/Econ436_article_McGuire_PhysicianAgency.pdf
- Miles, M., Huberman, M., & Saldaña, J. (2014). Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook. Edition 3. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Nav. (2019). Grunnbeløpet i folketrygden. Hentet 07 24, 2019 fra nav.no: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kontakt+NAV/Utbetalinger/Grunnbelopet+i+folketrygden>
- Newhouse, J. (1996). Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. Journal of economic literature 34.3, 1236-1263. Hentet fra https://www.jstor.org/stable/2729501?seq=1#page_scan_tab_contents
- NHS. (2015, January 26). £10 million investment boost to expand general practice workforce. Hentet fra NHS England: <https://www.england.nhs.uk/2015/01/boost-gp-workforce/>
- NHS England, BMA. (2019). A five-year framework for GP contract reform to. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/gp-contract-2019.pdf>: NHS England, BMA.
- NHS. (u.d.). National GP Retention Scheme. Hentet fra NHS England: <https://www.england.nhs.uk/gp/gpfv/workforce/retaining-the-current-medical-workforce/retained-doctors/>
- Nilsson, P. (2016). Fragmented health and social care in Sweden - a theoretical framework that describes the disparate needs for coordination for different patient and user groups. <https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2896/>.
- Nivel. (2017, January 30). News: Nivel. Hentet fra Omvang zorgvraag huisartsenpost weinig veranderd, urgentie neemt wel toe: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/omvang-zorgvraag-huisartsenpost-weinig-veranderd-urgentie-neemt-wel-toe>
- Nivel. (2018, May 17). News: Slight increase in GP consultation via telephone and e-mail. Hentet fra Nivel: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/lichte-stijging-huisartsenconsult-telefoon-en-e-mail>
- Norges forskningsråd. (2006). Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Norges forskningsråd. Hentet fra <https://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-fastlegereformen-2001-2005-sammenfatning-og-analyse-av-evalueringens-delprosjekter./Fastlege.pdf/@@inline>
- Norges forskningsråd. (2016). Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). Norges forskningsråd. Hentet 09 25, 2018 fra <https://www.forskningsradet.no/prognett-evasam/Forside/1253972204829>
- Nærø, A., & Sæther, A. (2017). Kampen om fastlegene. VG. Hentet 07 26, 2019 fra <https://www.vg.no/spesial/2017/fastleger/>
- OECD. (2016a). Health Care Quality Indicators. Hentet fra OECD.Stats: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=51880#>

- OECD. (2016b). Health policy in Sweden. <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Sweden-July-2016.pdf>: OECD.
- OECD. (2017a). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/a8756593-en.pdf?expires=1562748042&id=id&accname=guest&checksum=ACC4FA386A8E617ED0A6F2CA4254AE65>.
- OECD. (2017b). State of Health in the EU: Netherlands Country Health Profile. OECD.
- OECD. (2017c). State of Health in the EU: Sweden, Country Health Profile 2017. European Commission.
- Partssammensatt gruppe. (2019). Oppfølging etter protokoll av 1.10.2018. Hentet 07 24, 2019 fra <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/2306664f050848718351a00964d76a67/rapport-oppfolging-av-protokoll-1.10.18.-endelig.-pdf.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pawsey , R., & Tilley, N. (2014). Realist evaluation. Paper funded by the British Cabinet Office.
- PLO. (2018a). Mange solopraksis er samarbejdspraksis. Hentet fra <https://www.laeger.dk/sites/default/files/ploanalysemanagesolopraksiserssamarbejdspraksis.pdf>
- PLO. (2018b). PLO faktaark 2018. PLO.
- PLO. (2019a). PLO Analyse: Forslag til afbureaukratisering fra de praktiserende læger. PLO.
- PLO. (2019b, April 8). PLO Analysis: Every fourth practitioner is over 60 years of age. Hentet fra Læger Denmark: <https://www.laeger.dk/nyhed/plo-analyse-hver-fjerde-praktiserende-laeger-er-over-60-aar>
- PLO. (2019c). PLO faktaark 2018. https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2018.pdf.
- Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre. (2018, januar 14).
- Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti. (2017, januar 17). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b0b7f0fcf0f4d93bb6705838248749b/plattform.pdf>
- Rammeavtalen. (2011, 12 01). ASA 4310 – Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. Hentet 07 23, 2019 fra legeforeningen.no: <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Naringsdrivende/Fastleger-KS/Rammeavtalen-mellom-KS-og-Den-norske-legeforening-om-allmennpraksis-i-fastlegeordningen-i-kommunene/>
- Rebnord, I. K., Eikeland, O. J., Hunskaar, S., & Morken, T. (2018). Fastlegers tidsbruk. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/e65a3259728c4d7a966ae53664c74da6/fastlegers_tidsbruk_180306.pdf

- Rebnord, I., & Eikeland, O. (2018). Fastlegers tidsbruk - Tilleggsnotat 3. mai 2018. Hentet 07 29, 2019 fra <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/helse-og-omsorg/fastlegeordningen/rapport-tidsbruksundersokelse-tilleggsbestilling.pdf>
- Regeringskansliet. (2019, June 5). Fokus på tilgjengelighet i framtidens vård. Hentet fra Regeringen: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/06/fokus-pa-tillganglighet-i-framtidens-varld/>
- Regjeringen. (2019, 06 25). Fastlegeordningen styrkes med 180 millioner kroner. Hentet 07 24, 2019 fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fastlegeordningen-styrkes-med-180-millioner-kroner/id2661712/>
- Rijkers, L. (2019, January 24). Meer tijd voor de patiënt. Hentet fra LHV: <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/meer-tijd-voor-de-patient>
- Riksrevisjonen. (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Riksrevisjonen. (2018). Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis. (Dokument 3:4 (2017–2018)). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2017-2018/myndighetenes-arbeid-med-a-sikre-god-henvisningspraksis-fra-fastlegene-til-spesialisthelsetjenesten/>
- Rosen, R. (2018). Divided we fall: Getting the best out of general practice. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2018-02/nt-divided-we-fall-gp-web.pdf>.
- Rosta, J., & Gjerløy, O. (2016, September). Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994 – 2014. Tidsskriftet; Den norske legeforening.
- Rotar, A., Berg, M., Schäfer, W., Kringos, D., & Klazinga, N. (2018). Shared decision making between patient and GP about referrals from primary care: Does gatekeeping make a difference? PLOS, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0198729>.
- Samfunnsviterne. (u.d.). Rettigheter og plikter til arbeidstagere, frilanser, enkeltpersonbedrifter, aksjeselskaper og samvirkeforetak i Norge. Hentet 07 24, 2019 fra samfunnsviterne.no: <https://samfunnsviterne.no/FAQ/Arbeidsliv-og-karriere/Rettigheter-og-plikter>
- Sandvik, H. (. (2006). Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Norges forskningsråd. Hentet fra <https://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-fastlegereformen-2001-2005-sammenfatning-og-analyse-av-evalueringens-delprosjekter./Fastlege.pdf/@@inline>
- Scottish Government. (2017, Jan 5). Improving Together: A National Framework for Quality and GP Clusters in Scotland. Hentet fra scot.gov: <https://www.gov.scot/publications/improving-together-national-framework-quality-gp-clusters-scotland/pages/2/>
- Silverman, D. (2005). Doing Qualitative Research. SAGE Publications.
- SLF. (2018, February 23). Physical education is a concern of the whole community. Hentet fra SLF: <https://slf.se/nyheter/lakares-fortbildning-ar-en-angelagenhet-for-hela-samhallet/>

- Solstad, F., Nærø, A., & Sæther, A. (2017, 09 01). Fastlegeordningen: Ane Emaus (43) sier opp fastlegejobben: - Umulig å kombinere med et vanlig liv. VG. Hentet 07 24, 2019 fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/wWnmd/fastlegeordningen-ane-emaus-43-sier-opp-fastlegejobben-umulig-aa-kombinere-med-et-vanlig-liv>
- Sosial- og helsedepartementet. (1990). Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane. (St.meld. nr. 36 (1989-90)).
- Sripa P, H. B. (2019). Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. <https://bjgp.org/content/69/682/e294/tab-pdf>: British Journal of General Practice.
- Statens Offentliga Utredningar. (2018). English summary of the inquiry's second interim report (SOU 2018: 39). SOU.
- Statistisk sentralbyrå. (2017, 11 22). Ny sentralitetsindeks for kommunene. Hentet fra Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/ny-sentralitetsindeks-for-kommunene>
- Statistisk sentralbyrå. (2019a). Fastlegers inntekter og kostnader - Om etablering av et datamateriale. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/_attachment/382743?_ts=169d880e218
- Statistisk sentralbyrå. (2019b). Statistikkbanken. Hentet fra SSB: <https://www.ssb.no/statbank>
- Statistisk sentralbyrå. (2019c). Standard for kommuneinndeling. Hentet fra Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/131/korrespondanser/335>
- Statistisk sentralbyrå. (u.d.(a)). 10141: Konsultasjoner hos fastlegen, etter alder, kjønn og diagnose 2012 - 2018. Hentet 07 23, 2019 fra ssb.no: <https://www.ssb.no/statbank/table/10141/>
- Statistisk sentralbyrå. (u.d.(b)). 09535: Konsultasjoner hos fastlegen, etter alder og kjønn (F) 2010 - 2018. Hentet fra ssb.no: <https://www.ssb.no/statbank/table/09535/>
- Statistisk sentralbyrå. (u.d.(c)). 09492: Konsultasjoner hos fastlegen, etter alder og innvandringskategori 2010 - 2018. Hentet fra ssb.no: <https://www.ssb.no/statbank/table/09492>
- Statistisk sentralbyrå. (u.d.(d)). 09447: Spesialisthelsetjenesten. Kostnader inkl. helseforetakenes egenproduksjon, etter kostnadstype, funksjon og helseforetak 2006 - 2018. Hentet fra ssb.no: <https://www.ssb.no/statbank/table/09447/>
- Statistisk sentralbyrå. (u.d.(e)). Utgifter i kommunale helse- og omsorgstjenester. 1 000 kroner. Hentet fra ssb.no: <https://www.ssb.no/353214/utgifter-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester.1-000-kroner>
- Storvik, A. (2018, 11 29). Legeforeningen tar fastlegesak til retten. Dagens Medisin. Hentet 07 24, 2019 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/11/29/legeforeningen-tar-fastlegesak-til-retten/>
- Støfringsdal, K., Rasmussen, E., Nordstokke, O., Bang, A., Simonsen, A., Almenning, G., & Sunde-Tveit, S. (u.d.). Vestlandsheftet - Veileder for utbredelse av elektroniske meldinger mellom kommune, fastlege og helseforetak på Vestlandet.

- Sundheds- og Ældreministeriet. (2018). En læge tæt på dig: En plan for fremtidens almen praksis. Sundheds- og Ældreministeriet.
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2019a). Patienten først. Hentet fra APCO Worldwide: Patienten først
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2019b, January 18). More hands and greater job satisfaction. Hentet fra Regeringen: <https://www.regeringen.dk/nyheder/udspil-flere-haender-og-stoerre-arbejdsglaede/#>
- Surveyors, G. (u.d.). Primary Care Networks and what this means for GP premises. Hentet fra GP Surveyors: <https://www.gpsurveyors.co.uk/primary-care-networks-and-premises/>
- Sverdrup, S. (2013). Evaluering av tilbakefallskoordinatorne: en analyse av implementeringsprosessen. Diakonhjemmets Høgskole Rapport 2013/8.
- Sveriges läkarförbund . (2018, April 26). Läkarförbundet välkomnar KD:s utspel om en nationell primärvårdsreform . Hentet fra Sveriges läkarförbund : <https://slf.se/pressrum/lakarforbundet-valkomnar-kds-utspel-om-en-nationell-primarvardsreform/>
- Syvvertsen, J. O. (2018, 11 07). Det beste må ikke bli det nest bestes fiende. Dagens Medisin. Hentet 07 30, 2019 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/11/07/det-beste-ma-ikke-bli-det-nest-bestes-fiende/>
- Særavtalen. (2018). Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og turnusleger/LIS1 i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen. Hentet fra <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/KS/SFS-2305/>
- Sæther, A., & Nærø, A. F. (2017). Kampen om fastlegene. Hentet fra vg.no: www.vg.no/special/2017/fastleger/
- Tangvald-Pedersen, A. (2017, 06 22). Derfor vil ikke unge leger bli fastleger. VG. Hentet fra vg.no: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/dd2PEX/derfor-vil-ikke-unge-leger-bli-fastleger>
- Texmon, I. (2018, 07 09). Kortere pasientlister, lengre arbeidsdager? Hentet fra ssb.no: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kortere-pasientlister-lengre-arbeidsdager>
- Thagaard, T. (2013). Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitativ metode. Fagbokforlaget.
- The Commonwealth Fund. (2016). The Commonwealth Fund 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_events_2017_2016_symposium_presentation_for_mmd_webinar_5172017cfh.ppt.
- The Commonwealth Fund. (2017). International Profiles of Health Care Systems. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf. Hentet fra https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf

- The Health Systems and Policy Monitor. (2016). Health Systems in Transition (HiT) profile of Netherlands. Hentet fra The Health Systems and Policy Monitor: <https://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/livinghit.aspx?Section=2.3%20Organization&Type=Section>.
- The Health Systems and Policy Monitor. (2019a). Health Systems in Transition (HiT) profile of Sweden. Hentet fra The Health Systems and Policy Monitor: <https://www.hspm.org/countries/sweden25022013/livinghit.aspx?Section=5.1%20Public%20health&Type=Section>
- The Health Systems and Policy Monitor. (2019b). Health Systems in Transition (HiT) profile of United Kingdom. Hentet fra <https://www.hspm.org/countries/england11032013/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section>
- TNS Gallup & KS. (2015). KS Legetjenester i kommunene 2015: Tabellrapport. Hentet fra http://arkiv.nsd.m.no/filarkiv/File/rapporter/KS_20Legetjenester_20i_20kommunene_2031_03_2015.pdf
- Trønderopprøret. (2018). Fastlegeordningen 2.0. Hentet 07 23, 2019 fra Trønderopprøret: <http://www.flo20.no/>
- Tveita, J. (2015, 08 31). Hjelp! Selvstendig og arbeidsledig – hva nå, har jeg krav på dagpenger? Hentet 07 24, 2019 fra industrienergi.no: <https://www.industrienergi.no/2015/08/31/hjelp-selvstendig-arbeidsledig-na-krav-pa-dagpenger/>
- Uni Research Helse. (u.d.). Pilot legevakt. Hentet fra uni.no: <http://uni.no/nb/uni-helse/nasjonalt-kompetansesenter-for-legevaktmedisin/pilot-legevakt/>
- Vahidi, R., Mojahed, F., Jafarabadi, M., Gholipour, K., & Rasi, V. (2013). A Systematic Review of the Effect of Payment Mechanisms on Family Physicians Service Provision and Referral Rate Behavior. *Journal of Pakistan Medical Students* 3.1. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/280708333_A_Systematic_Review_of_the_Effect_of_Payment_Mechanisms_on_Family_Physicians_Service_Provision_and_Referral_Rate_Behavior
- Velden, LFJ (Lud) van der. (2017, August 31). Huisarts anno nu: vaker vrouw en minder vaak gevestigd. Hentet fra NIVEL: <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/huisarts-anno-nu-vaker-vrouw-en-minder-vaak-gevestigd>
- Vista Analyse. (2017). Fra bostøtte til programarbeid. Vista Analyse, rapport 2017/20, av Tyra Ekhaugen, Ingeborg Rasmussen, Sofie Skjeflo og Nina Bruvik Westberg.
- Vista Analyse. (2019). Evaluering av Bravo-leken. Vista Analyse, rapport 2019-15, av Ingeborg Rasmussen og Orvika Rosnes.
- Vårdanalys. (2017). Primärvården i Europa: En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse. Vårdanalys.
- West, N. (2016, November 14). Debate: Speaking! Primary care in sparsely populated areas. Hentet fra Läkartidningen - The medical magazine: <http://lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2016/11/Apropa-Primarvarden-i-glesbygder/>
- WHO. (2016). Integrated care models: an overview. WHO Regional Office for Europe.

- Wærnes, D. (2019, 03 21). Fastlegesituasjonen forverret, viser ny kartlegging. Hentet fra beta.legeforeningen.no:
<https://beta.legeforeningen.no/nyheter/2019/fastlegesituasjonen-forverret-viser-ny-kartlegging/>
- Zanaboni, P., & Makhlysheva, A. (2018). Bruk av e-konsultasjon mellom pasient og fastlege. Hentet 11 28, 2018 fra <https://ehealthresearch.no/files/documents/Faktaark/Faktaark-2018-03-Bruk-av-e-konsultasjon-mellom-pasient-og-fastlege.pdf>
- Zorginstituut Nederland. (u.d.). Alle verzeerde zorg onderwerpen - Huisarts (Zvw). Hentet fra Zorginstituut Nederland:
<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzeerde+zorg/h/huisarts-zvw>
- Øren, T. O. (2018). 200 flere LIS1-leger - NÅ! Fastlegen.no. Hentet fra <https://fastlegen.no>:
<https://fastlegen.no/artikkel/200-flere-lis1-leger-n%C3%A5>
- Øren, T. O. (2019). Hvorfor haster det ikke å redde fastlegeordningen, Bent Høie? Dagens medisin. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no>:
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/05/08/hvorfor-haster-det-ikke-a-redde-fastlegeordningen/>
- Østvold, R., Auensen, A., & Nærum, E. (2018). Digitale legetimer skyter fart. - Er det riktig behandling? Hentet fra https://www.accenture.com/t20180829T140637Z__w__/no-en/_acnmedia/PDF-85/Accenture-Digitale-Legetimer-Skyter-Fart-Report-2018.pdf

Vedlegg

Vedlegg A: Resultater fra spørreundersøkelser til fastleger

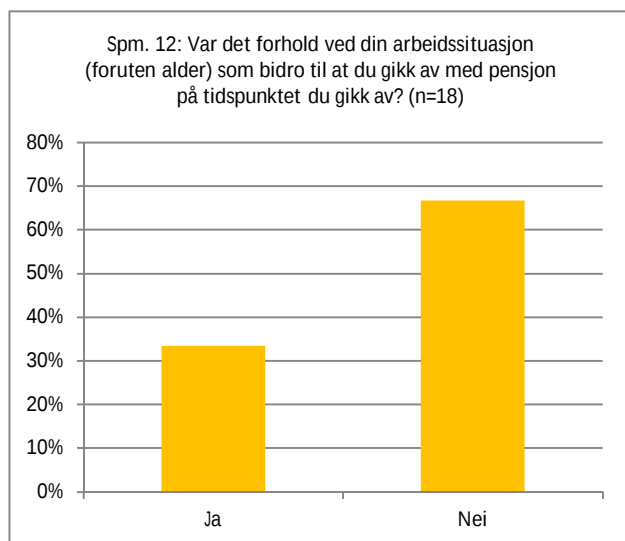
Beskrivelse av respondentene

Bakgrunnsvariabler	Totalt
Status arbeidssituasjon, n (%)	2548 (100 %)
Jobber som fastlege i egen hjemmel	2118 (83 %)
Jobber som fastlegevikar	211 (8 %)
Jobber som fastlege i egen hjemmel, for tiden ute i fravær/permisjon	107 (4 %)
Jobber som fastlegevikar, for tiden ute i fravær/permisjon	14 (1 %)
Sluttet som fastlege i egen hjemmel	77 (3 %)
Sluttet som fastlegevikar	21 (1 %)
Kjønn, n (%)	2548 (100 %)
Mann/kvinne	52 % / 48 %
Alder i år, n (%)	2548 (100 %)
26-30	125 (5 %)
31-40	918 (36 %)
41-55	918 (36 %)
56-67	527 (21 %)
≥ 68	60 (2 %)
Status spesialisering, n (%)	2548 (100 %)
Fullført	1550 (61 %)
Påbegynt	930 (36 %)
Ikke påbegynt	68 (3 %)
Tid som fastlege eller tilsvarende i år, n (%)	2546 (100 %)
0-4	712 (28 %)
5-9	551 (22 %)
10-19	677 (27 %)
≥ 20	606 (24 %)
Praksisform (for vikarer vil praksisform være praksisformen for hjemmelen man arbeider i), n (%)	2548 (100 %)
Selvstendig næringsdrift	2315 (91 %)
Fastlønn	231 (9 %)
Vet ikke/ikke aktuelt	2 (0 %)
Fordeling kommunestørrelse	2538 (100 %)
1	232 (9 %)
2	656 (26 %)
3	1650 (65 %)
Sentralitet	2538 (100 %)
1-2	1098 (43 %)
3-4	1134 (45 %)
5-6	306 (12 %)

Bakgrunnsvariabler for respondentene som har sluttet som fastlege i egen hjemmel eller fastlegevikar

Bakgrunnsvariabler	Samlet for respondenter som har sluttet	Sluttet fastlege egen hjemmel	Sluttet fastlege egen hjemmel ekskl. de som har gått av med pensjon	Sluttet fastlegevikar
Sluttet ved å gå av med pensjon ja/nei, n(%)	18 / 80	16 / 61	NA	2 / 19
Kjønn, n (%)	98 (100%)	77 (100%)	61 (100%)	21 (100%)
Mann/kvinne	52 / 46 (53% / 47%)	41 / 36 (53% / 47%)	27 / 34 (44%/56%)	11 / 10 (52% / 48%)
Alder i år, n (%)	98 (100%)	77 (100%)	61 (100%)	21 (100%)
26-30	9 (9%)	3 (4%)	3 (5%)	6 (29%)
31-40	39 (40%)	30 (39%)	30 (49%)	9 (43%)
41-55	22 (22%)	19 (25%)	19 (31%)	3 (14%)
56-67	18 (18%)	16 (21%)	9 (15%)	2 (10%)
≥68	10 (10%)	9 (12%)	0	1 (5%)
Status spesialisering ved sluttidspunkt, n (%)	98 (100%)	77 (100%)	61 (100%)	21 (100%)
Fullført	47 (48%)	43 (56%)	30 (49%)	4 (19%)
Påbegynt	44 (45%)	32 (42%)	31 (51%)	12 (57%)
Ikke påbegynt	7 (7%)	2 (3%)	0	5 (24%)
Tid som fastlege eller tilsvarende i år, n (%)	98 (100%)	77 (100%)	61 (100%)	21 (100%)
0-4	38 (39%)	23 (30%)	16 (26%)	15 (71%)
5-9	18 (18%)	16 (21%)	20 (33%)	2 (10%)
10-19	16 (16%)	14 (18%)	16 (26%)	2 (10%)
≥20	26 (27%)	24 (31%)	9 (15%)	2 (10%)
Praksisform i praksisen man arbeidet i n (%)	98 (100%)	77 (100%)	61 (100%)	21 (100%)
Selvstendig næringsdrift	87 (89%)	68 (88%)	53 (87%)	19 (90%)
Fastlønn	11 (11%)	9 (12%)	8 (13%)	2 (10%)
Vet ikke/ikke aktuelt	0	0	0	0
Fordeling kommunestørrelse	97 (100%)	76 (100%)	60 (100%)	21 (100%)
1	10 (10%)	7 (9%)	6 (10%)	3 (14%)
2	30 (31%)	22 (29%)	19 (32%)	8 (38%)
3	57 (59%)	47 (62%)	35 (58%)	10 (48%)
Sentralitet	97 (100%)	76 (100%)		21 (100%)
1-2	34 (35%)	26 (34%)	17 (28%)	8 (38%)
3-4	45 (46%)	36 (47%)	28 (47%)	11 (52%)
5-6	18 (19%)	16 (21%)	15 (25%)	2 (10%)

Bakgrunn for avgang blant respondentene som har sluttet ved å gå av med pensjon



Spm. 13: I hvilken grad bidrog følgende forhold til at du gikk av med pensjon på valgte tidspunkt? (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)								
N=6	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
Arbeidsbelastning (%)	0%	0%	0%	33%	67%	0%	0%	4,7 (0,5)
Avlønning som ikke stod i forhold til arbeidsmengde (%)	33%	0%	33%	17%	17%	0%	0%	2,8 (1,6)
Stort ansvar (%)	0%	17%	33%	33%	17%	0%	0%	3,5 (1,0)
Legevaktsbelastning (%)	33%	17%	0%	0%	17%	0%	33%	2,3 (1,9)
Adm. arbeid knyttet til drift av legekantor (%)	17%	17%	0%	33%	33%	0%	0%	3,5 (1,6)
Samarbeidsklima mellom kommunal ledelse/administrasjon (%)	50%	0%	17%	0%	33%	0%	0%	2,7 (2,0)
Ustabilitet i legetjenesten på kontoret/ i kommunen (%)	50%	17%	17%	17%	0%	0%	0%	2,0 (1,3)
Bekymring for at praksis skulle falle i verdi ved å vente med salg (%)	50%	17%	0%	0%	33%	0%	0%	2,7 (2,0)

Spm 14: I hvilken grad bidrog følgende sosiale forhold til at du gikk av med pensjon på valgte tidspunkt? (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)								
N = 6	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
Manglende mulighet for å jobbe deltid (%)	83%	0%	17%	0%	0%	0%	0%	1,3 (0,8)
Manglende mulighet for deleliste (%)	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1,0 (0)
Manglende fleksibilitet i arbeidstid (%)	33%	33%	17%	0%	17%	0%	0%	2,3 (1,5)
Manglende tid til fritid og/eller familie (%)	17%	33%	17%	17%	17%	0%	0%	2,8 (1,5)
Mangel på sosialt arbeidsmiljø (%)	67%	0%	33%	0%	0%	0%	0%	1,7 (1,0)

Bakgrunn for avgang blant respondentene som tidligere har jobbet som fastlege i egen hjemmel eller fastlegevikar

Spm. 16: I hvilken grad bidrog følgende forhold knyttet til fastlegenes arbeidssituasjon til at du sluttet som fastlege i egen hjemmel/fastlegevikar? (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)								
Total: N = 80, Egen hjemmel: N = 61, Fastlegevikar: N= 19	1	2	3	4	5	Vet ikke,	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
Arbeidsbelastning n (%)								
Totalt	5%	5%	6%	18%	63%	0%	4%	4,3 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	5%	5%	5%	16%	67%	0%	2%	4,4 (1,1)
Fastlegevikar	5%	5%	11%	21%	47%	0%	11%	4,1 (1,2)
Avlønning som ikke stod i forhold til arbeidsmengde n (%)								
Totalt	10%	18%	16%	21%	30%	0%	5%	3,5 (1,4)
Fastlege i egen hjemmel	11%	18%	16%	21%	31%	0%	2%	3,4 (1,4)
Fastlegevikar	5%	16%	16%	21%	26%	0%	16%	3,5 (1,3)
Stort ansvar (%)								
Totalt	18%	15%	24%	19%	21%	0%	4%	3,1 (1,4)
Fastlege i egen hjemmel	20%	18%	26%	16%	18%	0%	2%	3,0 (1,4)
Fastlegevikar	11%	5%	16%	26%	31%	0%	11%	3,7 (1,4)
Legevaktsbelastning (%)								
Totalt	29%	14%	15%	19%	13%	0%	11%	2,7 (1,5)
Fastlege i egen hjemmel	28%	15%	15%	20%	15%	0%	8%	2,7 (1,5)
Fastlegevikar	32%	11%	16%	16%	5%	0%	21%	2,4 (1,4)
Adm. arbeid knyttet til drift av legekantor (%)								
Totalt	19%	11%	15%	14%	29%	0%	13%	3,3 (1,6)
Fastlege i egen hjemmel	11%	10%	16%	18%	34%	0%	10%	3,6 (1,4)
Fastlegevikar	42%	16%	11%	0%	11%	0%	21%	2,0 (1,4)
Samarbeidsklima mellom kommunal ledelse/administrasjon (%)								
Totalt	31%	23%	9%	11%	15%	2%	10%	2,5 (1,5)
Fastlege i egen hjemmel	28%	21%	10%	15%	20%	0%	7%	2,8 (1,6)
Fastlegevikar	42%	26%	5%	0%	0%	5%	21%	1,5 (0,7)
Ustabilitet i legetjenesten på kontoret/ i kommunen (%)								
Totalt	44%	9%	20%	10%	10%	1%	6%	2,3 (1,4)
Fastlege i egen hjemmel	44%	10%	20%	10%	13%	0%	3%	2,4 (1,5)
Fastlegevikar	42%	5%	21%	11%	0%	5%	16%	2,0 (1,2)

Spm. 17: I hvilken grad bidrog følgende organisatoriske og økonomiske forhold til at du sluttet som fastlege i egen hjemmel/fastlegevikar? (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)								
Total: N = 80, Egen hjemmel: N = 61, Fastlegevikar: N= 19	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
Utfordringer knyttet til å få fastlegejobb et sted jeg ønsker å bo (%)								
Totalt	64%	5%	3%	6%	4%	0%	19%	1,5 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel	70%	3%	2%	4%	0%	0%	20%	1,3 (0,8)
Fastlegevikar	42%	11%	5%	11%	16%	0%	16%	2,4 (1,7)
Utfordringer knyttet til å få fastlegejobb et sted partner kan få jobb (%)								
Totalt	66%	4%	3%	1%	3%	1%	23%	1,3 (0,9)
Fastlege i egen hjemmel	64%	5%	2%	2%	3%	0%	25%	1,3 (1,0)
Fastlegevikar	74%	0%	5%	0%	0%	5%	16%	1,1 (0,5)
Utfordringer knyttet til å få fastlegejobb med den avlønningsform/praksisform jeg ønsker (%)								
Totalt	44%	14%	10%	10%	13%	0%	10%	2,3 (1,5)
Fastlege i egen hjemmel	43%	10%	11%	10%	15%	0%	11%	2,4 (1,6)
Fastlegevikar	47%	26%	5%	11%	5%	0%	5%	2,0 (1,3)
Økonomisk usikkerhet (%)								
Totalt	29%	10%	20%	19%	16%	0%	6%	2,8 (1,5)
Fastlege i egen hjemmel	31%	11%	18%	16%	16%	0%	7%	2,7 (1,5)
Fastlegevikar	21%	5%	26%	26%	16%	0%	5%	3,1 (1,4)
Lønnsnivå sammenlignet med alternative jobbmuligheter (%)								
Totalt	36%	11%	11%	16%	18%	3%	5%	2,6 (1,6)
Fastlege i egen hjemmel	34%	8%	11%	18%	20%	3%	5%	2,8 (1,6)
Fastlegevikar	42%	21%	11%	11%	11%	0%	5%	2,2 (1,4)
Rammebetingelser som ikke ga rom for ønskede sosiale ordninger og rettigheter (%)								
Totalt	15%	8%	11%	18%	40%	4%	5%	3,7 (1,5)
Fastlege i egen hjemmel	13%	7%	10%	18%	44%	3%	5%	3,8 (1,5)
Fastlegevikar	21%	11%	16%	16%	26%	5%	5%	3,2 (1,6)
Bekymring for at praksis skulle falle i verdi ved å vente med salg (%)								
Totalt	41%	5%	10%	8%	13%	0%	24%	2,3 (1,6)
Fastlege i egen hjemmel	44%	5%	13%	10%	13%	0%	15%	2,3 (1,6)
Fastlegevikar	32%	5%	0%	0%	10%	0%	53%	2,0 (1,7)

Spm. 18: I hvilken grad bidrog følgende faglige forhold til at du sluttet som fastlege i egen hjemmel/fastlegevikar? (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)								
Total: N = 80, Egen hjemmel: N = 61, Fastlegevikar: N= 19	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt,	Snitt (SD)
Mer interesse for en annen spesialisering/ annet arbeidsområde (%)								
Totalt	46%	11%	15%	11%	14%	0%	3%	2,3 (1,5)
Fastlege i egen hjemmel	53%	10%	16%	10%	10%	0%	2%	2,1 (1,4)
Fastlegevikar	26%	16%	11%	16%	26%	0%	5%	3,0 (1,6)
Manglende muligheter til å holde seg faglig oppdatert (%)								
Totalt	25%	16%	20%	24%	11%	0%	4%	2,8 (1,4)
Fastlege i egen hjemmel	25%	16%	21%	25%	10%	0%	3%	2,8 (1,4)
Fastlegevikar	26%	16%	16%	21%	16%	0%	5%	2,8 (1,5)
Manglende tilrettelegging av spesialisering i allmennmedisin (%)								
Totalt	29%	14%	14%	11%	17%	3%	13%	2,7 (1,6)
Fastlege i egen hjemmel	33%	16%	10%	11%	15%	0%	11%	2,5 (1,5)
Fastlegevikar	16%	5%	26%	11%	26%	5%	11%	3,3 (1,5)
Manglende oppfølging og veiledning som uerfaren fastlege/ under spesialisering (%)								
Totalt	41%	14%	11%	8%	11%	1%	14%	2,2 (1,5)
Fastlege i egen hjemmel	44%	15%	8%	7%	8%	2%	16%	2,0 (1,4)
Fastlegevikar	32%	11%	21%	11%	21%	0%	5%	2,7 (1,6)

Spm. 19: I hvilken grad bidrog følgende sosiale forhold til at du sluttet som fastlege i egen hjemmel/fastlegevikar? (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)								
Total: N = 80, Egen hjemmel: N = 61, Fastlegevikar: N= 19	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
Manglende mulighet for å jobbe deltid (%)								
Totalt	36%	10%	16%	11%	15%	1%	10%	2,5 (1,5)
Fastlege i egen hjemmel	33%	8%	15%	15%	20%	2%	8%	2,8 (1,6)
Fastlegevikar	47%	16%	21%	0%	0%	0%	16%	1,7 (0,9)
Manglende fleksibilitet i arbeidstid (%)								
Totalt	28%	23%	15%	10%	20%	0%	5%	2,7 (1,5)
Fastlege i egen hjemmel	28%	15%	15%	11%	26%	0%	5%	2,9 (1,6)
Fastlegevikar	26%	47%	16%	5%	0%	0%	5%	2,0 (0,9)
Manglende tid til fritid og/eller familie (%)								
Totalt	8%	9%	10%	11%	59%	0%	4%	4,1 (1,3)
Fastlege i egen hjemmel	7%	8%	8%	10%	64%	0%	3%	4,2 (1,3)
Fastlegevikar	11%	11%	16%	16%	42%	0%	5%	3,7 (1,4)
For dårlig sosialt arbeidsmiljø (%)								
Totalt	47%	14%	5%	15%	12%	0%	6%	2,3 (1,5)
Fastlege i egen hjemmel	44%	15%	7%	15%	15%	0%	5%	2,4 (1,6)
Fastlegevikar	58%	11%	0%	16%	5%	0%	11%	1,9 (1,4)
Språkbarrierer (%)								
Totalt	85%	1%	0%	0%	0%	0%	14%	1,0 (0,1)
Fastlege i egen hjemmel	85%	2%	0%	0%	0%	0%	13%	1,0 (0,1)
Fastlegevikar	84%	0%	0%	0%	0%	0%	16%	1,0 (0,0)

Beskrivelse av respondentene som for tiden arbeider som fastleger i egen hjemmel og fastlegevikarer

Oversikt over respondentene som for tiden arbeider som fastleger i egen hjemmel eller fastlegevikar. Basert på de som har fullført første matrise, og således inngår i analyser.			
Bakgrunnsvariabler	Totalt	Fastleger i egen hjemmel	Fastlegevikarer
Status arbeidssituasjon, n (%)	2450	2225 (100 %)	225 (100 %)
For tiden i arbeid	2329 (95%)	2118 (95%)	211 (94 %)
Ute i lengre fravær/permisjon	121 (5%)	107 (5%)	14 (6 %)
Kjønn, n (%)			
Mann/kvinne	1275 (52%) / 1174 (48%)	1179 (53%)/1046 (47%)	97 (43%) / 128 (57%)
Alder i år, n (%)			
26-30	116 (5%)	71 (3%)	45 (20%)
31-40	879 (36%)	757 (34%)	122 (54%)
41-55	896 (37%)	867 (39%)	29 (13%)
56-67	509 (21%)	498 (22%)	11 (5%)
≥ 68	50 (2%)	32 (1%)	18 (8%)
Status spesialisering, n (%)			
Fullført	1503 (61%)	1466 (66%)	37 (16%)
Påbegynt	886 (36%)	726 (33%)	160 (71%)
Ikke påbegynt	61 (2%)	33 (2%)	28 (12%)
Erfaring som fastlege eller tilsvarende i år, n (%)			
0-4	674 (28%)	509 (23%)	165 (73%)
5-9	533 (22%)	510 (23%)	23 (10%)
10-19	661 (27%)	648 (29%)	13 (6%)
≥ 20	580 (24%)	556 (25%)	24 (11%)
Praksisform, n (%)			
Selvstendig næringsdrift samlet/ren næringsdrift/8.2-avtale	NA	2044 (91%) / 1782 (80%)/262(12%)	NA
Fastlønn samlet/uten tillegg/med tillegg	NA	195(9%)/101 (5%) /94 (4%)	NA
Praksisform i hjemmelen man arbeider i n (%)			
Selvstendig næringsdrift	NA	NA	195 (87%)
Fastlønn	NA	NA	28 (12%)
Vet ikke/ikke aktuelt	NA	NA	2 (1%)
Type vikar, n (%)			
Fastlegevikar på legeløs liste	NA	NA	13 (6%)
Fastlegevikar for lege i lengre fravær/permisjon	NA	NA	125 (56%)
Fastlegevikar for fastlege som selv er i arbeid i egen hjemmel	NA	NA	43 (19%)
Fastlegevikar på flere lister/kontor	NA	NA	39 (17%)
Antall kurative dager, n (%)			
0-1,5	35 (1%)	17 (1%)	18 (8%)
2-3,5	589 (14%)	523 (24%)	66(29%)
4-5	1826 (75%)	1685 (76%)	141(63%)
Deleliste ja/nei, n(%)	NA	82 (4%) / 2143 (96%)	NA
Fastlegevikar i hjemmelen ja/nei, n(%)	NA	1956 (88%) / 269 (12%)	NA
Fordeling kommunestørrelse			
1	222 (9%)	198 (9%)	24 (11%)
2	626 (26%)	579 (26%)	47 (21%)
3	1593 (65%)	1442 (65%)	151 (68%)
Sentralitet			
1-2	1064 (44%)	966 (44%)	98 (44%)
3-4	1089 (45%)	996 (45%)	93 (42%)
5-6	288 (12%)	257 (12%)	31 (14%)

Spm. 29-32: Data på konsultasjoner og ventetid				
	Fastlege i egen hjemmel, n=2225	Ren næringsdrift	8.2-avtale	Fastlønn
I snitt hvor mange ordinære konsultasjoner har du anslagsvis i løpet av en full kurativ dag, snitt (SD)	17,3 (5,0)*	18,0 (4,9)	15,2 (4,2)	13,3 (3,8)
I snitt hvor mange ø-hjelps-konsultasjoner har du anslagsvis i løpet av en full kurativ dag, snitt (SD)	5,9 (2,8)**	6,2 (2,6)	4,9 (2,9)	4,3 (2,6)
I snitt hvor mange minutter bruker du anslagsvis per konsultasjon, snitt (SD)	19,6 (3,8)°	19,2 (3,6)	20,8 (3,8)	21,9 (4,5)
Hvor mange virkedager i snitt må pasientene dine vente på ordinær time&	8,0 (6,5)	7,8 (6,4)	8,3 (6,2)	10,1 (7,8)

*Av regresjoner finner vi at menn har signifikant flere konsultasjoner enn kvinner, fastleger med ren selvstendig næringsdrift har signifikant flere konsultasjoner sammenlignet med fastleger med fastlønn, og fastleger med 8.2-avtale, Signifikant flere konsultasjoner i sentrale kommuner, samt i små kommuner. Signifikant flere konsultasjoner med økende antall år som fastlege. Signifikant flere konsultasjoner med lengre listelengde. Ingen signifikant sammenheng med spesialiststatus. Signifikant flere konsultasjoner hos de som ønsker seg mer tid per pasient.

** Av regresjoner finner vi at menn har signifikant flere konsultasjoner enn kvinner, fastleger med ren selvstendig næringsdrift har signifikant flere konsultasjoner sammenlignet med fastleger med fastlønn, og fastleger med 8.2-avtale, Signifikant flere i små kommuner. Ingen signifikant sammenheng med spesialiststatus eller antall år som lege. Signifikant flere konsultasjoner hos de som ønsker seg mer tid per pasient.

° Av regresjoner finner vi at menn har signifikant kortere konsultasjoner enn kvinner, fastleger med ren selvstendig næringsdrift har signifikant kortere konsultasjoner enn de med fastlønn og de med 8.2-avtale, signifikant kortere konsultasjoner i sentrale kommuner, signifikant kortere konsultasjoner hos de som er spesialist. Ingen sammenheng med antall år som lege. Signifikant kortere konsultasjoner hos de som ønsker seg mer tid per pasient.

&Snittet er basert på en midtverdi av intervallet fastlegene har oppgitt. Av regresjoner finner vi at menn har signifikant kortere ventetid enn kvinner, fastlønnede har signifikant lengre ventetid enn de med ren næringsdrift eller 8.2-avtaler, signifikant kortere ventetid hos de som er ferdig spesialist og med økende erfaring som fastlege, signifikant lengre ventetid hos de som ønsker seg mer tid per pasient. Ingen signifikant sammenheng med kommunestørrelse eller sentralitet.

Spm. 29: I snitt hvor mange ordinære konsultasjoner har du anslagsvis i løpet av en full kurativ dag, frekvensfordeling				
Antall konsultasjoner, intervall	Fastlege i egen hjemmel, n=2229	Ren næringsdrift, n=1773	8.2-avtale, n=262	Fastlønn, n=194
0-9	3%	1%	4%	12%
10-14	27%	23%	44%	51%
15-19	36%	36%	37%	30%
20-24	24%	28%	12%	7%
25 eller over	10%	12%	4%	1%

Spm. 30: I snitt hvor mange ø-hjelps konsultasjoner har du anslagsvis i løpet av en full kurativ dag, frekvensfordeling				
Antall konsultasjoner, intervall	Fastlege i egen hjemmel, n=2236	Ren næringsdrift	8.2-avtale	Fastlønn
0-2	5%	2%	9%	18%
3-4	23%	19%	36%	43%
5-6	44%	45%	42%	31%
7-8	18%	21%	8%	5%
9-10	8%	9%	3%	0,5%
11-15	3%	3%	0,8%	0,5%
16-20	0,5%	0,5%	0,0%	1%
21 eller over	0,4%	0,3%	0,8%	0,5%

Spm. 32: Hvor mange virkedager i snitt må pasientene dine vente på ordinær time?				
Virkedager*	Fastlege i egen hjemmel, n=2239	Ren næringsdrift	8.2-avtale	Fastlønn
Time på dagen	9%	9%	11%	6%
1-2	10%	10%	9%	8%
3-4	17%	19%	13%	14%
5-8	24%	25%	24%	18%
9-12	16%	15%	16%	18%
13-16	11%	13%	15%	16%
17-20	6%	5%	9%	9%
21-32	5%	5%	3%	10%
33 eller over	0,7%	0,7%	0,0%	2%

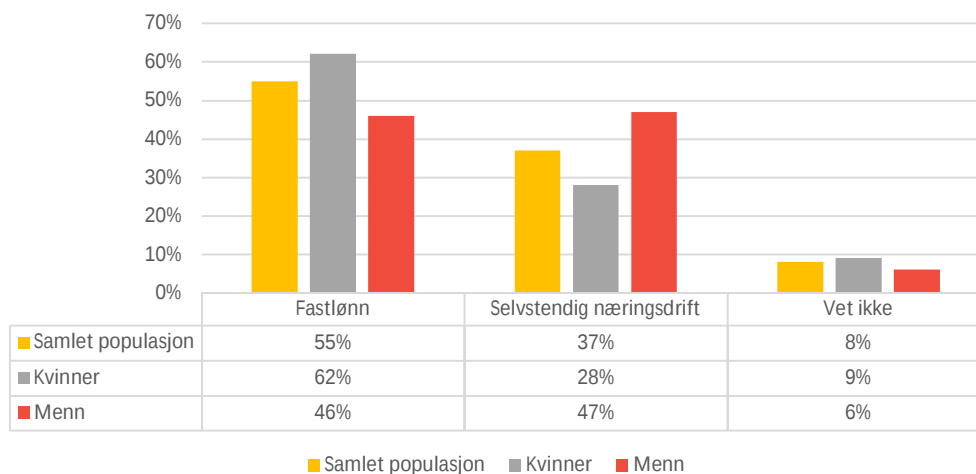
Spm. 33: Deltar du i den kommunale legevaksordningen?					
	Ren næringsdrift	8.2-avtale	Fastlønn	Fastlege i egen hjemmel, n=2239	Fastlegevikar, n=232
Ja	36%	61%	72%	42%	56%
Ja, men jeg gir som regel bort vaktene	32%	20%	14%	29%	11%
Nei	33%	18%	14%	30%	33%

Spm. 36: Anslagsvis hvor mange timer i uken bruker du i gjennomsnitt på følgende arbeidsoppgaver?						
	Totalt	Fastlege i egen hjemmel	Fastlege ren næringsdrift	Fastlege 8.2-avtale	Fastlønn	Fastlegevikar
Samlet arbeidstid legearbeid, snitt						
0-19 timer	2%	2%	1%	2%	3%	10%
20-29	3%	2%	2%	3%	4%	8%
30-39	8%	8%	7%	7%	11%	12%
40-49	33%	33%	33%	31%	42%	28%
50-59	35%	36%	37%	38%	23%	26%
60-69	13%	13%	14%	11%	8%	12%
70-79	4%	4%	4%	6%	2%	1%
≥80	2%	2%	1%	2%	5%	3%
Samlet arbeidstid legearbeid, median (andelen som har oppgaven)	50t (100%)	50t (100%)	50t (100%)	50t (100%)	45t (99%)	45t (99%)
Pasientkonsultasjoner, median (andelen som har oppgaven)	30t (100%)	30t (100%)	30t (100%)	27t (100%)	25t (99%)	28t (100%)
Pasientrelatert administrativt arbeid, median (andelen som har oppgaven)	10t (100%)	10t (100%)	10t (100%)	8t (99%)	8t (100%)	10t (99%)
Administrasjon av egen praksis, median (andelen som har oppgaven)	2t (89%)	2t (92%)	2t (97%)	2t (86%)	2t (46%)	1t (64%)
Offentlige legeoppgaver, median (andelen som har oppgaven)	6t (43%)	6t (44%)	5t (38%)	7t (67%)	7t (72%)	7t (29%)
Legevakt med tilstedevakt, median (andelen som har oppgaven)	5t (47%)	5t (47%)	4t (44%)	6t (59%)	7t (53%)	5t (47%)
Legevakt med hjemmevakt, median (andelen som har oppgaven)	7t (14%)	6t (13%)	4t (8%)	8t (30%)	15,5t (38%)	9t (19%)
Legevakt, bakvakt, median (andelen som har oppgaven)	4t (20%)	4t (20%)	3t (16%)	5t (36%)	8t (38%)	5t (13%)
Samfunnsmedisinske oppgaver i kommune, median (andelen som har oppgaven)	5t (10%)	6t (11%)	4,5t (7%)	8t (24%)	8t (31%)	1t (6%)
Bistilling med annet legearbeid enn nevnt over, median (andelen som har oppgaven)	4t (23%)	4t (24%)	4t (25%)	5t (22%)	4t (21%)	7t (14%)

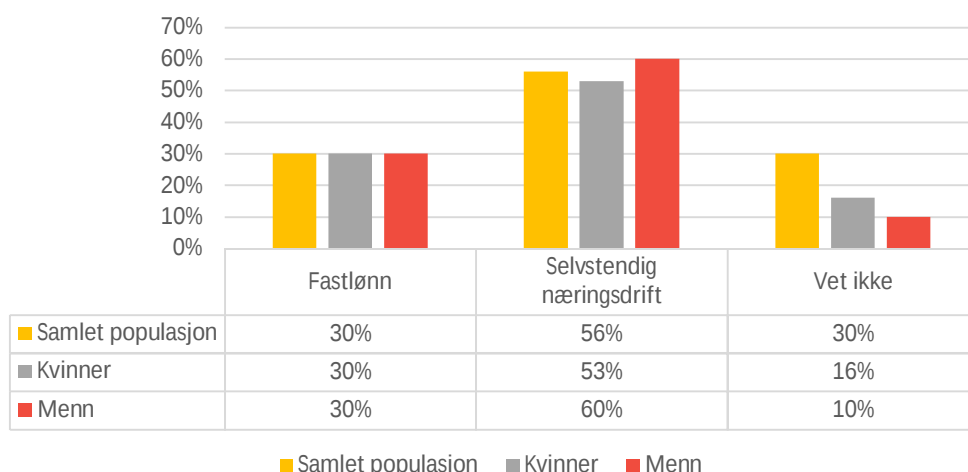
Spørsmål kun for fastlegevikarer

Spm. 37: Hvordan vurderer du sannsynligheten for at du vil jobbe som fastlege i egen fastlegehjemmel?	
	n (%)
Jeg tror mest sannsynlig jeg kommer til å jobbe som fastlege i egen fastlegehjemmel	41 (18%)
Jeg vurderer å jobbe som fastlege i egen fastlegehjemmel, men noen forhold gjør at jeg er usikker	89 (40%)
Jeg vurderer å jobbe som fastlege i egen fastlegehjemmel, men jeg tror det er mer sannsynlig at jeg velger et annet arbeidsområde	29 (13%)
Jeg tror ikke jeg kommer til å jobbe som fastlege i egen fastlegehjemmel	59 (26%)
Vet ikke	7 (3%)

Spm. 38: Dersom du skulle jobbet som fastlege i egen hjemmel, hvilken avlønningsform/praksisform ville du foretrukket mens du gjennomførte spesialistutdannelsen i allmennmedisin?



Spm 39: Dersom du skulle jobbet som fastlege i egen hjemmel, hvilken avlønningsform/praksisform ville du foretrukket etter fullført spesialistutdannelsen i allmennmedisin?



Spm. 40 Dersom du skulle jobbet som fastlege i egen hjemmel med fullt kurativt årsverk, hvilken listelengde ville vært passende basert på ønsket arbeidsmengde og mulighet for å yte tjenester av god kvalitet? (kun vikarer)

Listelengde, snitt (SD)	
500-799 (%)	13%
800-899 (%)	20%
900-999 (%)	17%
1000-1099 (%)	31%
1100-1299 (%)	13%
1300-1499 (%)	2%
≥1500	4%

Spm. 41: Vurder følgende utsagn knyttet til hvorfor du per nå jobber som fastlegevikar fremfor å jobbe som fastlege i egen hjemmel (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5= helt enig)

N=225	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
Jeg ønsker å teste fastlegeyrket som vikar før jeg beslutter om jeg vil jobbe som fastlege i egen hjemmel (%)	23	6	11	20	36	4%	3,4 (1,6)
Jeg har interesse for fagfeltet men forhold knyttet til å være fastlege i egen hjemmel, bidrar til at jeg heller vil være fastlegevikar (%)	10	6	8	15	57	4%	4,1 (1,4)

Spm. 42: Vurder følgende utsagn knyttet til hvorfor du per nå jobber som fastlegevikar fremfor å jobbe som fastlege i egen hjemmel (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5= helt enig)

N=225	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
Utfordringer knyttet til å få jobb i hjemmel et sted jeg ønsker å bo bidrar til at jeg jobber som fastlegevikar (%)	49%	9%	11%	10%	17%	3%	2,3 (1,6)
Utfordringer knyttet til å få jobb i hjemmel et sted der partner kan få jobb bidrar til at jeg jobber som fastlegevikar (%)	68%	8%	4%	6%	7%	6%	1,7 (1,3)
Utfordringer knyttet til å få jobb med den avlønningsformen/praksisformen jeg ønsker bidrar til at jeg jobber som fastlegevikar (%)	33%	8%	15%	19%	19%	6%	2,8 (1,6)

Spm. 43: I hvilken grad kunne følgende forhold knyttet til fastlegens arbeidssituasjon bidratt til å gjøre det mer attraktivt å jobbe som fastlege i egen hjemmel (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt i svært stor grad, 5= i svært liten grad)

N=225	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
Redusert arbeidsbelastning (%)	3%	4%	9%	16%	62%	0,5%	4%	4,4 (1,0)
Redusert legevaktsbelastning (%)	8%	17%	21%	14%	26%	4%	10%	3,4 (1,3)
Mindre administrative legeoppgaver knyttet til drift av legekontor (%)	4%	5%	10%	18%	52%	3%	8%	4,2 (1,1)
Mindre ansvar (%)	14%	18%	26%	17%	19%	1%	5%	3,1 (1,3)

Spm. 44: I hvilken grad kunne følgende forhold knyttet til økonomiske rammebetingelser bidratt til å gjøre det mer attraktivt å jobbe som fastlege i egen hjemmel (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt i svært stor grad, 5= i svært liten grad)

N=225	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
Høyere inntektsnivå (%)	6%	7%	18%	22%	45%	0,4%	2%	4,0 (1,2)
Inntekt som i større grad står i forhold til arbeidsmengde (%)	2%	2%	8%	14%	70%	3%	1%	4,5 (0,9)
Redusert økonomisk usikkerhet ved næringsdrift (%)	3%	2%	8%	16%	64%	4%	4%	4,5 (1,0)
Reduserte investeringskostnader knyttet til kjøp av praksis (%)	1%	2%	8%	11%	67%	4%	6%	4,6 (0,9)
Øke mulighetene for gode sosiale ordninger og rettigheter (%)	1%	3%	8%	19%	63%	3%	3%	4,5 (0,9)
Flere fastlønnsstillinger (%)	12%	10%	13%	12%	37%	12%	4%	3,6 (1,5)

Spm. 45: I hvilken grad kunne følgende sosiale forhold bidratt til å gjøre det mer attraktivt å jobbe som fastlege i egen hjemmel (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt i svært stor grad, 5= i svært liten grad)

N=225	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
Øke muligheten for å jobbe deltid (%)	12%	8%	17%	18%	38%	7%	3,7 (1,4)
Mer fleksibel arbeidstid (%)	12%	15%	21%	21%	29%	2%	3,4 (1,4)
Gjøre fastlegeyrket mer kompatibelt med fritid og/eller familie (%)	4%	4%	13%	14%	63%	2%	4,3 (1,1)
Bedre arbeidsmiljø (%)	22%	14%	25%	13%	21%	5%	3,0 (1,5)

Spm. 46: I hvilken grad kunne følgende faglige forhold bidratt til å gjøre det mer attraktivt å jobbe som fastlege i egen hjemmel (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt i svært stor grad, 5= i svært liten grad)

N=225	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
Øke muligheten for å holde seg faglig oppdatert (%)	4%	4%	13%	27%	50%	2%	4,2 (1,1)
Bedre oppfølging og veiledning når man er uerfaren fastlege/ under spesialisering (%)	4%	4%	15%	24%	50%	4%	4,2 (1,1)
Øke muligheten for faglige sparring/rådgøring (%)	4%	7%	17%	28%	41%	2%	4,0 (1,1)
Gjøre spesialiseringen i allmennmedisin bedre tilrettelagt (%)	1%	2%	11%	25%	56%	5%	4,4 (0,8)

Respondenter som er fastlegevikar i egen hjemmel eller fastlegevikar: Arbeidssituasjon og rammebetingelser

Spm. 48: Vurder følgende utsagn knyttet til din arbeidssituasjon og rammebetingelser (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5=helt enig)									
Total: N = 2446, Egen hjemmel: N = 2225, Fastlegevikar: N= 221	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)	
Jeg er tilfreds med egen kvalitet på pasientbehandlingen (%)									
Totalt	1%	3%	18%	59%	19%	1%	0%	3,9 (0,7)	
Fastlege i egen hjemmel	1%	3%	17%	59%	20%	1%	0%	4,0 (0,7)	
Fastlegevikar	0%	2%	33%	54%	11%	0%	0%	3,7 (0,7)	
Jeg er tilfreds med organiseringen av legekontoet, n (%)									
Totalt	2%	7%	20%	44%	26%	0%	0%	3,9 (1,0)	
Fastlege i egen hjemmel	2%	6%	20%	45%	27%	0%	0%	3,9 (0,9)	
Fastlegevikar	4%	11%	23%	38%	23%	0%	1%	3,7 (1,1)	
Jeg er tilfreds med mengden administrativt arbeid knyttet til drift av legekonto (%)									
Totalt	20%	28%	24%	14%	9%	1%	5%	2,6 (1,2)	
Fastlege i egen hjemmel	20%	29%	24%	14%	9%	0%	3%	2,6 (1,2)	
Fastlegevikar	19%	22%	21%	11%	5%	4%	18%	2,5 (1,2)	
Jeg har nok tid til pasientnært arbeid (%)									
Totalt	20%	31%	25%	16%	8%	0%	0%	2,6 (1,2)	
Fastlege i egen hjemmel	20%	31%	25%	16%	7%	0%	0%	2,6 (1,2)	
Fastlegevikar	12%	29%	24%	21%	14%	0%	0%	3,0 (1,2)	
Jeg er tilfreds med nåværende legevaktsbelastning (%)									
Totalt	12%	11%	14%	18%	20%	2%	25%	3,3 (1,4)	
Fastlege i egen hjemmel	13%	11%	13%	17%	20%	1%	25%	3,3 (1,4)	
Fastlegevikar	5%	7%	16%	24%	19%	4%	27%	3,6 (1,2)	
Ansaret er håndterbart (%)									
Totalt	8%	22%	32%	27%	10%	1%	0%	3,1 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel	8%	22%	31%	27%	10%	1%	0%	3,1 (1,1)	
Fastlegevikar	6%	13%	36%	29%	15%	0%	0%	3,3 (1,1)	

Spm. 49: Vurder følgende utsagn knyttet til dine økonomiske rammebetingelser (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5=helt enig)								
Total: N = 2446, Egen hjemmel: N = 2225, Fastlegevikar: N= 221	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
Jeg opplever å ha økonomisk trygghet i min arbeidssituasjon (%)								
Totalt	17%	22%	24%	19%	17%	0%	0%	3,0 (1,3)
Fastlege i egen hjemmel	17%	22%	24%	19%	17%	0%	0%	3,0 (1,3)
Fastlegevikar	17%	22%	26%	16%	17%	1%	1%	2,9 (1,3)
Ren næringsdrift	20%	24%	26%	18%	11%	0,1%	0%	2,8 (1,3)
8.2-avtale	11%	15%	21%	29%	24%	0,4%	0%	3,4 (1,3)
Fastlønn	3%	4%	9%	18%	66%	0%	1%	4,4 (0,9)
Jeg er tilfreds med min nåværende inntekt (%)								
Totalt	10%	18%	27%	28%	17%	0%	0%	3,2 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel	10%	18%	27%	29%	16%	0%	0%	3,2 (1,2)
Fastlegevikar	8%	19%	29%	24%	20%	1%	0%	3,3 (1,2)
Ren næringsdrift	11%	19%	29%	28%	12%	0%	0%	3,1 (1,2)
8.2-avtale	6%	11%	22%	36%	25%	0%	0%	3,6 (1,1)
Fastlønn	6%	12%	15%	26%	42%	0%	0%	3,9 (1,2)
Jeg er tilfreds med min inntekt sett opp mot arbeidsmengde (%)								
Totalt	39%	27%	17%	9%	8%	0%	0%	2,2 (1,3)
Fastlege i egen hjemmel	39%	27%	17%	9%	7%	0%	0%	2,3 (1,3)
Fastlegevikar	33%	26%	19%	10%	10%	1%	0%	2,3 (1,3)
Ren næringsdrift	43%	29%	17%	7%	5%	0%	0%	2,0 (1,1)
8.2-avtale	28%	24%	22%	17%	19%	0,4%	0%	2,6 (1,3)
Fastlønn	18%	17%	12%	20%	32%	1%	1%	3,3 (1,5)
Jeg opplever at oppgavene som har tilkommet de siste 3-5 årene er tilstrekkelig kompensert (%)								
Totalt	67%	15%	6%	2%	4%	3%	2%	1,5 (1,0)
Fastlege i egen hjemmel	69%	15%	6%	2%	4%	2%	2%	1,5 (1,0)
Fastlegevikar	50%	19%	5%	3%	3%	10%	10%	1,6 (1,0)

Spm. 49a: Regresjon «Jeg opplever å ha økonomisk trygghet i min arbeidssituasjon»			
	Koeffisient	95% KI	P verdi
Kommunestørrelse (gr. 1-6)	-0,09	(-0,16, -0,03)	0,004
Sentralitet (gr. 1-6)	-0,06	(-0,003, 0,12)	0,06
Avlønningsform			
Vikar vs. ren næringsdrift	0,39	(0,20, 0,62)	<0,001
Fastlønn vs. ren næringsdrift	1,45	(1,26, 1,69)	<0,001
8.2-avtale vs. ren næringsdrift	0,36	(0,17, 0,54)	<0,001
Fullført vs. ikke fullført spesialisering	0,30	(0,19, 0,43)	<0,001
Mann vs. kvinne	0,12	(0,02, 0,22)	0,02
Antall år som fastlege	0,03	(0,02, 0,03)	<0,001
Listelengde	0,03	(0,01, 0,05)	0,01
Timer legevakt i snitt per uke	-0,003	(-0,003, 0,03)	0,14
Timer offentlige legegøpger	0,01	(0,001, 0,03)	0,03
Deleliste	-0,18	(-0,46, 0,08)	0,18
Fastlegevikar i arbeid i hjemmelen	-0,01	(-0,17, 0,14)	0,89
Antall ordinære konsultasjoner	-0,01	(-0,02, 0,0001)	0,05
Antall ø-hjelp-timer	-0,04	(-0,06, -0,02)	<0,001
Antall kurative dager	-0,06	(-0,13, 0,01)	0,12
Oppgitt gjennomsnittlig arbeidstid	-0,01	(-0,02, -0,01)	<0,001

Spm. 50: Vurder følgende utsagn knyttet til dine sosiale forhold (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5=helt enig)								
Total: N = 2446, Egen hjemmel: N = 2225, Fastlegevikar: N= 221	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)	
Jeg har den fleksibiliteten i arbeidstid jeg ønsker (%)								
Totalt	11%	23%	30%	27%	9%	0%	3,0 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel	11%	23%	31%	26%	9%	0%	3,0 (1,1)	
Fastlegevikar	8%	22%	28%	28%	14%	1%	3,2 (1,2)	
Jeg har gode muligheter til å jobbe deltid dersom jeg ønsker det (%)								
Totalt	45%	22%	14%	9%	6%	4%	2,1 (1,2)	
Fastlege i egen hjemmel	46%	23%	14%	9%	5%	3%	2,0 (1,2)	
Fastlegevikar	30%	14%	14%	16%	15%	10%	2,7 (1,5)	
Jeg har nok tid til fritid og/eller familie (%)								
Totalt	35%	28%	19%	12%	6%	0%	2,3 (1,2)	
Fastlege i egen hjemmel	36%	29%	19%	12%	5%	0%	2,2 (1,2)	
Fastlegevikar	28%	20%	21%	17%	13%	2%	2,7 (1,4)	
Jeg har et godt sosialt arbeidsmiljø (%)								
Totalt	4%	7%	16%	34%	38%	0%	4,0 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel	4%	7%	16%	35%	38%	0%	4,0 (1,1)	
Fastlegevikar	4%	9%	19%	24%	43%	0%	4,0 (1,2)	

Spm. 51: Vurder følgende utsagn knyttet til fastlegeyrket og faglige forhold (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5=helt enig)								
Total: N = 2446, Egen hjemmel: N = 2225, Fastlegevikar: N= 221	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
Jeg har gode muligheter for å holde meg faglig oppdatert (%)								
Totalt	9%	26%	32%	24%	9%	0%	0%	3,0 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	10%	26%	32%	24%	9%	0%	0%	3,0 (1,1)
Fastlegevikar	8%	25%	31%	25%	11%	1%	0%	3,1 (1,1)
Jeg har gode muligheter for faglig sparring/rådføring (%)								
Totalt	4%	14%	25%	37%	19%	0%	0%	3,5 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	4%	14%	25%	37%	19%	0%	0%	3,5 (1,1)
Fastlegevikar	6%	12%	24%	38%	20%	0%	0%	3,5 (1,1)
Spesialiseringen i allmennmedisin er godt tilrettelagt (%)								
Totalt	22%	21%	23%	15%	7%	3%	8%	2,6 (1,2)
De som ikke har fullført spesialisering	33%	27%	22%	9%	5%	2%	2%	2,2 (1,2)
Det er god oppfølging og veiledning når man er uerfaren fastlege/ under spesialisering (%)								
Totalt	15%	21%	23%	13%	5%	5%	17%	2,7 (1,2)
Fastlegevikar	26%	25%	21%	11%	6%	4%	6%	2,4 (1,2)
De som ikke har fullført spesialisering	23%	26%	24%	13%	6%	4%	4%	2,5 (1,2)
Det er gode muligheter for å prioritere kurs i forbindelse med spesialisering i allmennmedisin (%)								
Totalt	25%	25%	17%	11%	6%	2%	14%	2,4 (1,2)
De som ikke har fullført spesialisering	36%	29%	15%	10%	6%	1%	2%	2,2 (1,2)
Det er gode muligheter for å prioritere kurs for å vedlikeholde spesialisering i allmennmedisin (%)								
Totalt	20%	21%	17%	13%	8%	4%	16%	2,6 (1,3)
De som har fullført spesialisering	21%	25%	23%	18%	11%	1%	1%	2,7 (1,3)

Spm. 52: Vurder følgende utsagn: Min nåværende arbeidsbelastning er håndterbar (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5= helt enig)						
	1	2	3	4	5	Snitt (SD)
Totalt, n=2222	17%	28%	31%	17%	7%	2,7 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel, n=2116	17%	29%	32%	17%	6%	2,7 (2,2)
Fastlegevikar, n=218	12%	22%	29%	23%	13%	3,0 (1,2)
Ren næringsdrift, n=1772	19 %	30 %	32 %	14 %	5 %	2,6 (1,1)
Næringsdrift med 8.2-avtale, n=258	12 %	26 %	31 %	23 %	8 %	2,9 (1,1)
Fastlønn, n=192	7 %	21 %	32 %	23 %	17 %	3,2 (1,2)

Spm. 52: Regresjon arbeidsbelastning			
	Koeffisient	95% KI	P verdi
Kommunestørrelse (gr. 1-6, 1 er minst)	-0,10	(-0,158, -0,0410)	<0,001
Sentralitet (gr. 1-6, 1 er mest sentral)	-0,09	(-0,149, -0,026)	0,006*
Praksisform			
Vikar vs. ren næringsdrift	0,56	(0,388, 0,731)	<0,001
Fastlønn vs. ren næringsdrift	0,58	(0,387, 0,872)	<0,001
8.2-avtale vs. ren næringsdrift	0,24	(0,065, 0,413)	0,007 ^a
Fullført vs. ikke fullført spesialisering	0,15	(0,045, 0,269)	0,006
Mann vs. kvinne	0,13	(0,038, 0,223)	0,006
Antall år som fastlege	0,01	(0,000, 0,106)	0,041*
Listelengde	-0,03	(-0,042, -0,009)	0,003*
Timer legevakt i snitt per uke	-0,003	(-0,014, 0,007)	0,506 [#]
Deleliste	0,341	(0,093, 0,589)	0,007*
Fastlegevikar i arbeid i hjemmelen	-0,079	(-0,222, 0,064)	0,280

*Faller bort når man korrigerer for arbeidstid

[#]Blir signifikant når man korrigerer for arbeidstid

^aFaller bort når korrigerer for antall konsultasjoner/antall kurative dager

Supplerende regresjoner: Lavere arbeidstid lavere antall ordinære konsultasjoner, lavere antall ø-hjelpskonsultasjoner, lavere antall kurative dager er signifikant assosiert med mer håndterbar arbeidsbelastning

Spm. 53: Har det skjedd en endring i arbeidsbelastningen din de siste 3-5 årene? (Alternativt etter at du startet som fastlege)					
	Den er uendret	Ja, den er redusert noe	Den er redusert vesentlig	Ja, den har økt noe	Ja, den har økt vesentlig
Totalt	8%	1%	1%	28%	62%
Fastlege i egen hjemmel, n=2222	6%	1%	1%	27%	65%
Fastlegevikar, n=218	28%	4%	2%	32%	34%
Ren næringsdrift, n=1772	4%	1%	1%	25%	69%
Næringsdrift med 8.2-avtale, n=258	10%	2%	1%	30%	57%
Fastlønn, n=192	16%	3%	3%	40%	39%

Spm. 53: Regresjon endring i arbeidsbelastning, basert på endring i arbeidsbelastning er håndtert som kontinuerlig variabel			
	Koeffisient	95% KI	P verdi
Kommunestørrelse (gr. 1-6)	0,05	(0,008, 0,086)	0,02
Sentralitet (gr. 1-6)	0,04	(-0,003, 0,079)	0,07
Praksisform			
Vikar vs. ren næringsdrift	-0,52	(-0,635, -0,408)	<0,001
Fastlønn vs. ren næringsdrift	-0,31	(-0,437, -0,175)	<0,001
8.2-avtale vs. ren næringsdrift	-0,97	(-0,212, 0,019)	0,10
Fullført vs. ikke fullført spesialisering	0,22	(0,149, 0,298)	<0,001
Mann vs. kvinne	-0,01	(-0,073, 0,049)	0,69
Antall år som fastlege	0,02 (per år)	(-0,010, 0,006)	0,17 [#]
Listelengde	0,02 (per intervall på 100)	(0,010, 0,032)	<0,001*
Timer legevakt i snitt per uke	0,01	(0,000-0,135)	0,05*
Deleliste	-0,41	(-0,577, -0,247)	<0,001
Fastlegevikar i arbeid i hjemmelen	0,13	(0,040, 0,231)	0,005

*Faller bort når man korrigerer for arbeidstid

[#]Blir signifikant når man korrigerer for arbeidstid

Supplerende regresjoner: Lengre arbeidstid, høyere antall ø-hjelpskonsultasjoner, høyere antall kurative dager er signifikant assosiert med en økt arbeidsbelastning

Spm. 54 I hvilken grad opplever du (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5=i svært stor grad)							
Total: N = 2440, Egen hjemmel: N = 2222, Fastlegevikar: N= 218	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
...arbeidsrelatert stress som går utover din livskvalitet, %							
Totalt*	3%	10%	19%	39%	29%	0%	3,8 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	3%	10%	19%	39%	30%	0%	3,8 (1,1)
Fastlegevikar	7%	11%	19%	38%	26%	0%	3,6 (1,2)
...stress knyttet til din ventetid til ordinær time, %							
Totalt#	15%	21%	24%	24%	15%	1%	3,0 (1,3)
Fastlege i egen hjemmel	14%	22%	25%	24%	15%	1%	3,0 (1,3)
Fastlegevikar	21%	16%	20%	23%	18%	2%	3,0 (1,4)
...stress knyttet til ajourhold av innkommende meldinger, %							
Totalt°	3%	8%	17%	37%	35%	0%	4,0 (1,0)
Fastlege i egen hjemmel	2%	7%	17%	38%	36%	0%	4,0 (1,0)
Fastlegevikar	5%	10%	21%	36%	28%	0%	3,7 (1,1)
...stress knyttet til at viktig informasjon kan glippe, %							
Totalt&	3%	10%	21%	34%	32%	0%	3,8 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	3%	11%	20%	34%	32%	0%	3,8 (1,1)
Fastlegevikar	4%	9%	22%	33%	32%	0%	3,8 (1,1)

*I regresjoner signifikant høyere score hos ren næring sammenlignet med 8.2-avtaler og sammenlignet med fastlønn, signifikant høyere score hos henholdsvis kvinner, lengre liste, høyere oppgitt arbeidstid per uke, flere ordinære konsultasjoner og flere ø-hjelpskonsultasjoner, og flere kurative dager. Ingen forskjeller basert på kommunekarakteristika.

#I regresjoner signifikant høyere score hos henholdsvis kvinner, høyere oppgitt arbeidstid per uke. Ikke assosiert med listelengde eller avlønningsform. Ingen forskjeller basert på kommunekarakteristika.

° I regresjoner signifikant høyere score hos ren næring sammenlignet med 8.2-avtaler, vikarer og sammenlignet med fastlønn, signifikant høyere score hos henholdsvis kvinner, høyere oppgitt arbeidstid per uke. Ingen forskjeller basert på kommunekarakteristika.

& I regresjoner signifikant høyere score hos ren næring sammenlignet med 8.2-avtaler, vikarer og sammenlignet med fastlønn, signifikant høyere score hos henholdsvis kvinner, lengre listelengde, høyere oppgitt arbeidstid per uke, samt flere kurative dager og antall ø-hjelpskonsultasjoner. Ingen forskjeller basert på kommunekarakteristika.

Spm. 55 Vurder følgende utsagn: Min nåværende arbeidsbelastning... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5=helt enig)							
Total: N = 1098, Egen hjemmel: N = 1023, Fastlegevikar: N= 75	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
...har bidratt til at jeg i større grad henviser tilstander som burde håndteres i primærhelsetjenesten (%)							
Totalt	7%	15%	24%	33%	20%	1%	3,4 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	7%	15%	24%	33%	19%	1%	3,4 (1,2)
Fastlegevikar	3%	15%	21%	35%	24%	3%	3,6 (1,1)
...har bidratt til at jeg ikke holder den kvaliteten jeg ønsker på pasientbehandlingen (%)							
Totalt	6%	15%	29%	32%	18%	1%	3,4 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	7%	14%	30%	31%	18%	0%	3,4 (1,1)
Fastlegevikar	0%	20%	21%	37%	19%	3%	3,6 (1,0)
...har bidratt til at jeg aktivt har undersøkt arbeidsmuligheter utenfor fastlegeyrket (%)							
Totalt	12%	8%	12%	20%	46%	1%	3,8 (1,4)
Fastlege i egen hjemmel	13%	9%	11%	21%	45%	1%	3,8 (1,4)
Fastlegevikar	8%	5%	19%	15%	48%	5%	3,9 (1,3)
...har påvirket min helse og livskvalitet (%)							
Totalt	2%	4%	16%	31%	46%	0%	4,2 (1,0)
Fastlege i egen hjemmel	2%	4%	15%	33%	46%	0%	4,2 (1,0)
Fastlegevikar	3%	8%	27%	23%	39%	1%	3,9 (1,1)

Spm. 56 I hvilken grad opplever du at følgende har bidratt til økt arbeidsbelastning... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5=i svært stor grad)								
Total: N = 2435, Egen hjemmel: N = 2217, Fastlegevikar: N= 218	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
...dokumentasjon til forsikringsselskap (%)								
Totalt	5%	13%	32%	31%	18%	1%	1%	3,4 (1,0)
Fastlege i egen hjemmel	5%	13%	32%	31%	17%	1%	0%	3,4 (1,0)
Fastlegevikar	4%	10%	25%	28%	22%	6%	4%	3,6 (1,1)
...dokumentasjon til NAV (%)								
Totalt	1%	3%	11%	37%	47%	1%	0%	4,3 (0,8)
Fastlege i egen hjemmel	1%	3%	12%	37%	47%	0%	0%	4,3 (0,8)
Fastlegevikar	1%	3%	8%	34%	50%	4%	1%	4,3 (0,8)
...endringer i førerkortforskriften (%)								
Totalt	3%	8%	21%	36%	31%	1%	0%	3,8 (1,0)
Fastlege i egen hjemmel	3%	8%	21%	36%	31%	1%	0%	3,8 (1,0)
Fastlegevikar	5%	9%	22%	31%	28%	5%	0%	3,7 (1,1)
...fraværsregler i VGS (%)								
Totalt	4%	10%	22%	30%	34%	0%	0%	3,8 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	3%	10%	22%	31%	33%	0%	0%	3,8 (1,1)
Fastlegevikar	4%	9%	17%	27%	40%	2%	2%	3,9 (1,2)
...legevakt (%)								
Totalt	12%	14%	22%	12%	9%	2%	29%	2,9 (1,3)
Fastlege i egen hjemmel	12%	14%	22%	12%	9%	2%	29%	2,9 (1,3)
Fastlegevikar	12%	15%	20%	13%	9%	8%	23%	2,9 (1,3)
...oppgaver overført fra SHT (%)								
Totalt	1%	3%	13%	36%	46%	1%	0%	4,3 (0,8)
Fastlege i egen hjemmel	1%	3%	12%	37%	47%	1%	0%	4,3 (0,8)
Fastlegevikar	1%	4%	19%	34%	38%	4%	4%	4,1 (0,9)
...pasienter med psykiske problemstillinger (%)								
Totalt	2%	5%	19%	36%	37%	1%	0%	4,0 (1,0)
Fastlege i egen hjemmel	2%	5%	19%	36%	36%	1%	0%	4,0 (1,0)
Fastlegevikar	2%	4%	17%	29%	44%	5%	0%	4,1 (1,0)
...økte forventninger blant mine pasienter (%)								
Totalt	1%	4%	16%	35%	43%	1%	0%	4,2 (0,9)
Fastlege i egen hjemmel	1%	4%	16%	36%	42%	1%	0%	4,2 (0,9)
Fastlegevikar	2%	2%	12%	30%	49%	4%	1%	4,3 (0,9)
...tyngre pasientpopulasjon (%)								
Totalt	3%	9%	22%	32%	31%	2%	1%	3,8 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	3%	9%	22%	33%	31%	1%	0%	3,8 (1,1)
Fastlegevikar	5%	6%	17%	26%	38%	6%	3%	4,0 (1,1)
...ajourhold av legemiddellister (%)								
Totalt	1%	5%	16%	34%	42%	1%	0%	4,1 (0,9)
Fastlege i egen hjemmel	1%	5%	16%	34%	43%	1%	0%	4,1 (0,9)
Fastlegevikar	2%	6%	16%	36%	37%	3%	1%	4,0 (1,1)
...elektronisk samhandling med pleie- og omsorgssektoren (%)								
Totalt	2%	8%	19%	34%	36%	1%	0%	4,0 (1,0)
Fastlege i egen hjemmel	1%	8%	19%	34%	36%	1%	0%	4,0 (1,0)
Fastlegevikar	3%	6%	22%	37%	29%	3%	0%	3,9 (1,0)
...elektronisk samhandling med pasienter (%)								
Totalt	6%	13%	25%	24%	24%	2%	7%	3,5 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel	6%	13%	25%	24%	24%	1%	7%	3,5 (1,2)
Fastlegevikar	5%	11%	21%	28%	27%	3%	5%	3,7 (1,2)
...ustabilitet i fastlegebestanden på legekontoret/ i kommunen (%)								
Totalt	29%	19%	15%	13%	15%	3%	7%	2,6 (1,5)
Fastlege i egen hjemmel	29%	20%	15%	13%	15%	2%	6%	2,6 (1,5)
Fastlegevikar	22%	13%	17%	13%	15%	10%	11%	2,8 (1,5)

Spm. 57 Vurder følgende utsagn knyttet til oppgaver som er overført fra spesialisthelsetjenesten (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5=helt enig)							
n Totalt=2417, fastleger i egen hjemmel=2200, vikar=217	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
Det er hensiktsmessig at de fleste av disse oppgavene ligger på fastlegen basert på prinsippet om å behandle oppgaver på laveste effektive omsorgsnivå (%)							
Totalt	13%	22%	30%	24%	10%	2%	2,9 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel	12%	22%	30%	24%	10%	2%	2,9 (1,2)
Fastlegevikar	15%	28%	30%	17%	7%	2%	2,7 (1,1)
Jeg har den faglige kompetansen til å ta på meg disse oppgavene (%)							
Totalt	7%	24%	35%	25%	9%	1%	3,0 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	7%	23%	35%	26%	9%	1%	3,1 (1,1)
Fastlegevikar	11%	27%	38%	16%	7%	1%	2,8 (1,1)
Jeg har kapasitet til å ta på meg disse oppgavene (%)							
Totalt	42%	37%	15%	4%	2%	0,3%	1,9 (0,9)
Fastlege i egen hjemmel	42%	37%	15%	4%	2%	0,3%	1,9 (0,9)
Fastlegevikar	38%	37%	18%	5%	3%	0,5%	2,0 (1,0)
Oppgavene er tilstrekkelig kompensert (%)							
Totalt	70%	20%	5%	2%	2%	2%	1,4 (0,8)
Fastlege i egen hjemmel	70%	19%	5%	2%	2%	1%	1,4 (0,8)
Fastlegevikar	59%	21%	9%	6%	2%	4%	1,7 (1,0)
Det er tydelige grenseoppganger hva angår ansvarsområdene til fastlegen og spesialisthelsetjenesten (%)							
Totalt	44%	34%	14%	4%	2%	2%	1,8 (1,0)
Fastlege i egen hjemmel	45%	34%	14%	4%	2%	2%	1,8 (1,0)
Fastlegevikar	41%	33%	16%	5%	3%	3%	1,9 (1,0)

Spm. 59/25: Vurderinger knyttet til listelengde basert på fastlege i egen hjemmel med næringsdrift, 4 oppgitte kurative dager, ekskludert deleliste og vikar som jobber på listen	
Beskrivelse	
Spm 59a «Gitt dine nåværende antall kurative dager, hva er passende listelengdebaseret på ønsket arbeidsmengde og mulighet for å yte tjenester av god kvalitet», snitt (SD)	920,1 (203,8)
Spm 59b «Gitt dine nåværende antall kurative dager, hva er passende listelengde basert på mulighet for å sikre økonomisk trygghet innenfor dagens rammebetingelser», snitt (SD)	1327,3 (298, 1)
Gjennomsnitt listelengde basert på middelvei i intervall, snitt (SD)*	1122,8 (245,3)
Differanse mellom passende listelengde av hensyn til henholdsvis økonomisk trygghet og arbeidsmengde/kvalitet, snitt (SD)	407,3 (279,1)
Prosentvis differanse mellom ønsket listelengde basert på arbeidsmengde/kvalitet og oppgitt listelengde, snitt (SD)	51,1 %
Differanse mellom ønsket listelengde basert på arbeidsmengde/kvalitet og oppgitt listelengde, snitt (SD)	-249,0 (176,6)
Prosentvis differanse mellom ønsket listelengde basert på arbeidsmengde/kvalitet og oppgitt listelengde, snitt (SD)	-20,1%

Spm. 59a: Angitt passende listelengde basert på ønsket arbeidsmengde og mulighet for å yte tjenester av god kvalitet Fastleger med næringsdrift, 4 oppgitte kurative dager, ekskludert deleliste og vikar som jobber på listen	
Mann	953,1 (177,9)
Kvinne	884,9 (220,8)
Ren selvstendig næringsdrift	
Totalt	935,0 (201,8)
Mann	972,8 (217,3)
Kvinne	896,2 (176,8)
8.2-avtale	
Totalt	807,5 (183,3)
Mann	822,8 (200,2)
Kvinne	786,8 (158,3)
Sentralitet (ekskludert de med fastlønn)	
1	1038,5 (229,1)
2	955,5 (185,4)
3	903,8 (185,5)
4	814,0 (164,6)
5	800,0 (206,7)
6	814,3 (267,3)

Spm. 59a: Angitt passende listelengde basert på ønsket arbeidsmengde og mulighet for å yte tjenester av god kvalitet Fastleger med fastlønn og 4 oppgitte kurative dager, ekskludert deleliste og vikar som jobber på listen	
Totalt	736,1 (153,4)
Mann	813,2 (143,2)
Kvinne	694,3 (143,2)

Spm. 59/25/28: Vurderinger knyttet til listelengde basert på fastlege i egen hjemmel med næringsdrift, alle oppgitte kurative dager, ekskludert deleliste og vikar som jobber på listen

Beskrivelse, n=1717	
Spm 59a «Gitt dine nåværende antall kurative dager, hva er passende listelengde basert på ønsket arbeidsmengde og mulighet for å yte tjenester av god kvalitet», snitt (SD)	919,1 (240,7)
Spm 59b «Gitt dine nåværende antall kurative dager, hva er passende listelengde basert på mulighet for å sikre økonomisk trygghet innenfor dagens rammebetingelser», snitt (SD)	1321 (350,9)
Gjennomsnittlig antall kurative dager, snitt (SD)	4,1 (0,6)
Gjennomsnitt listelengde basert på middelvei i intervall, snitt (SD)*	1164 (202,5)
Prosentvis differanse mellom ønsket listelengde basert på arbeidsmengde/kvalitet og oppgitt listelengde, snitt (SD)	49%
Prosentvis differanse mellom ønsket listelengde basert på arbeidsmengde/kvalitet og oppgitt listelengde, snitt (SD)	-19%

Spm. 59/25/28: Vurderinger knyttet til listelengde basert på fastlege i egen hjemmel med fastlønn, alle oppgitte kurative dager, ekskludert deleliste og vikar som jobber på listen

Beskrivelse, n=182	
Spm 59a «Gitt dine nåværende antall kurative dager, hva er passende listelengde basert på ønsket arbeidsmengde og mulighet for å yte tjenester av god kvalitet, snitt» (SD)	654,7 (205,9)
Spm 59b «Gitt dine nåværende antall kurative dager, hva er passende listelengde basert på mulighet for å sikre økonomisk trygghet innenfor dagens rammebetingelser», snitt (SD)	876 (393,9)
Gjennomsnittlig antall kurative dager, snitt (SD)	3,6 (0,9)
Gjennomsnitt listelengde basert på middelvei i intervall, snitt (SD)*	728 (272,2)
Prosentvis differanse mellom ønsket listelengde basert på arbeidsmengde/kvalitet og oppgitt listelengde, snitt (SD)	34%
Prosentvis differanse mellom ønsket listelengde basert på arbeidsmengde/kvalitet og oppgitt listelengde, snitt (SD)	-6%

Spm. 59: Regresjon på angitt passende listelengde basert på ønsket arbeidsmengde og mulighet for å yte tjenester av god kvalitet, n=2173

	Koeffisient	95% KI	P verdi
Kommunestørrelse (gr. 1-6)	-2,50	(-13,6, 8,6)	0,7
Sentralitet (gr. 1-6)	-52,7	(-64,3, -41,2)	<0,001
Praksisform			
Fastlønn vs. ren næringsdrift	-84,4	(-120,8, -47,9)	<0,001
8.2-avtale vs. ren næringsdrift	-28,1	(-60,4, 4,24)	0,09
Fullført vs. ikke fullført spesialisering	28,5	(7,8, 49,2)	0,007
Mann vs. kvinne	60,0	(42,8, 77,3)	<0,001
Antall år som fastlege	3,2 (per år)	(2,3, 3,3)	<0,001
Timer legevakt i snitt per uke	1,28	(-0,7, 3,3)	0,2
Timer offentlige legeoppgaver i snitt per uke	0,68	(-1,6, 3,0)	0,6
Deleliste	75,7	(120,9, 146,3)	0,001
Fastlegevikar i arbeid i hjemmelen	6,5	(-19,6, 32,7)	0,625
Antall kurative dager	426,0	(120,9, 146,3)	<0,001

*Når legger til oppgitt gjennomsnittlig arbeidstid per uke, finner vi en sammenheng mellom høy oppgitt arbeidstid og ønske om kortere listelengde (p<0,001)

Spm. 60: Har du i løpet av de siste 3-5 årene tatt kontakt med kommunen og meldt at du ønsker å slutte i din hjemmel? N=2199

Ja, har tatt kontakt og meldt at jeg ønsker å slutte i hjemmelen jeg nå er i arbeid i	10 %
Ja, i forbindelse med at jeg slutet i en hjemmel jeg tidligere var i arbeid i	5 %
Nei	85 %

Spm. 60: Har du i løpet av de siste 3-5 årene tatt kontakt med kommunen og meldt at du ønsker å slutte i din hjemmel? N=2199	
	Ja, har tatt kontakt og meldt at jeg ønsker å slutte i hjemmelen jeg nå er i arbeid i
Alder	
26-30	2%
31-35	13%
36-40	20%
41-45	19%
46-50	11%
51-55	6%
56-60	5%
Ikke spesialist/spesialist	36%/64%
Kommunestørrelse	
1-2	16%
3-4	29%
5-6	55%
Sentralitet kommune	
1-2	33%
3-4	47%
5-6	19%
Antall år som fastlege	
0-4	18%
4-9	30%
10-19	28%
20 og over	24%

Spm. 62: Har du iverksatt noen tiltak de siste 3-5 årene for å redusere din arbeidsbelastning? I så fall hvilke? N=2195	
Tiltak	%
Har ikke hatt behov for tiltak	5%
Har ikke iverksatt noen tiltak	11%
Har startet i en annen fastlegehjemmel med en annen avtale	4%
Har redusert min listelengde	43%
Har redusert antall kurative dager	19%
Har redusert mengden offentlige legeoppgaver (helsestasjon, tilsynslege osv.)	33%
Har redusert mengden legevakt	57%
Har redusert deltidsstilling med samfunnsmedisinske oppgaver i kommunen	4%
Har redusert bistilling (utover offentlige legeoppgaver, legevakt, samfunnsmedisinske oppgaver)	10%
Har ansatt fastlegevikar som jeg dele den kurative praksisen med	11%
Har fått deleliste	2%
Har satt av hele eller deler av virkedager til administrativt arbeid	33%
Har ansatt støttepersonell som kan avlaste mine administrative oppgaver	11%
Har ansatt helsepersonell (eksempelvis sykepleier eller psykolog) som kan avlaste noen av mine faglige oppgaver	5%
Annet (vennligst spesifiser)	21%

Internkontroll og kvalitetsarbeid

Spm. 64 I hvilken grad... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)							
	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
...har legekontoret rutiner for internkontroll/styringssystem (kontinuerlig prosess for å sikre at aktiviteter er i tråd med gjeldende lover og forskrifter) (%)							
Totalt	7%	13%	29%	31%	15%	6%	3,4 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	6%	13%	30%	32%	15%	4%	3,4 (1,1)
Fastlegevikar	12%	10%	21%	17%	10%	30%	3,0 (1,3)
...bedrives det kontinuerlig kvalitetsarbeid ved legekontoret (%)							
Totalt	7%	17%	31%	27%	14%	4%	3,3 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	6%	18%	32%	27%	15%	2%	3,3 (1,1)
Fastlegevikar	10%	14%	23%	20%	10%	22%	3,1 (1,2)
...fremstår det klart hvordan kontinuerlig kvalitetsarbeid ved et legekontor skal bedrives n (%)							
Totalt	12%	21%	28%	23%	11%	5%	3,0 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel	11%	21%	29%	24%	11%	3%	3,0 (1,2)
Fastlegevikar	15%	21%	20%	13%	7%	25%	2,7 (1,2)
...er det tid og ressurser til å drive kontinuerlig kvalitetsarbeid på legekontoret (%)							
Totalt	43%	29%	16%	6%	2%	4%	1,9 (1,0)
Fastlege i egen hjemmel	44%	30%	16%	6%	2%	2%	1,9 (1,0)
Fastlegevikar	30%	19%	20%	8%	2%	21%	2,2 (1,1)

Spm. 65 Hva er din vurdering av tid per pasient?			
57	Totalt	Fastleger i egen hjemmel	Fastlegevikar
Tiden jeg bruker per pasient er passe	27%	27%	32%
Jeg kunne ha ønsket meg noe mer tid per pasient	54%	54%	52%
Jeg kunne ha ønsket meg vesentlig mer tid per pasient	16%	16%	13%
Jeg kunne ha ønsket meg å redusere tiden per pasient noe	3%	3%	2%
Jeg kunne ha ønsket meg å redusere tiden per pasient vesentlig	0,4%	0,4%	0,5%

Finansiering av fastlegeordningen

Spm. 67 Innenfor dagens totalramme, anser du at dagens fordelingsnøkkelen med ca. 30% basistilskudd og ca. 70% aktivitetsbasert finansiering er hensiktsmessig?				
	Fastleger i egen hjemmel, n=2181	Ren næringsdrift, n=1747	8.2-avtale, n=253	Fastlønn, n=181
Ja, fordelingsnøkkelen bør forbli som den er	14%	14%	19%	7%
Nei, aktivitetsbasert finansiering bør utgjøre en større andel	5%	4%	14%	5%
Nei, basistilskuddet bør utgjøre en større andel	61%	67%	38%	41%
Vet ikke	19%	15%	30%	47%

*Signifikant sammenheng mellom å ønske mer tid per pasient og avlønningsform: de med ren næringsdrift eller 8.2-avtale, ønsker dette i større grad enn fastleger med fastlønn, signifikant sammenheng med antall år som fastlege; de med kortere erfaring ønsker i større grad mer tid per pasient. Signifikant sammenheng med oppgitt gjennomsnittlig arbeidstid per uke; de med høyere oppgitt arbeidstid ønsker i større grad mer tid per pasient. Det er også en signifikant sammenheng mellom det å angi høy arbeidsbelastning og det å ønske mer tid per pasient. Sammenheng mellom det å ønske mer tid per pasient, og det å være mindre tilfreds med egen kvalitet på pasientbehandlingen Svak sammenheng mellom det å ønske mer tid per pasient og det å være fastlege i en mindre kommune. Av sammenhengene er avlønningsform og arbeidsbelastning de største forklaringsvariablene.

Spm. 68: Mine økonomiske rammebetingelser som fastlege... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5= helt enig)								
N ren næringsdrift=1747, 8.2-avtale=253, fastlønn=181	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
a...gir rom for nødvendige investeringer (utstyr, IKT osv) (%)								
Totalt	22%	33%	24%	11%	3%	1%	7%	2,4 (1,1)
Ren næringsdrift	24%	36%	25%	11%	3%	1%	0,3%	2,3 (1,0)
8-2-avtale	10%	25%	26%	9%	2%	0,6%	0,6%	2,5 (1,0)
Fastlønn	7%	13%	14%	14%	9%	7%	38%	3,1 (1,3)
b...gir rom for deltakelse i kurs og annen faglig utvikling (%)								
Totalt	24%	32%	24%	12%	7%	0%	1%	2,5 (1,2)
Ren næringsdrift	27%	34%	25%	10%	4%	0,2%	0,2%	2,3 (1,1)
8-2-avtale	13%	33%	28%	17%	8%	0,5%	0,8%	2,8 (1,1)
Fastlønn	4%	13%	9%	18%	43%	1%	12%	3,9 (1,3)
c...gir rom for deltakelse i møter med kommunen og annen rådgivende rolle overfor kommunen (%)								
Totalt	28%	31%	20%	11%	6%	1%	3%	2,3 (1,2)
Ren næringsdrift	31%	32%	20%	10%	2%	1%	1%	2,2 (1,1)
8-2-avtale	22%	33%	22%	13%	5%	1%	5%	2,4 (1,1)
Fastlønn	5%	12%	14%	19%	35%	1%	13%	3,8 (1,3)
d...gir rom for ansettelse av nødvendig antall støttepersonell ved legekantoret (%)								
Totalt	28%	29%	22%	9%	3%	1%	8%	2,2 (1,1)
Ren næringsdrift	32%	32%	23%	9%	2%	0,4%	0,7%	2,2 (1,1)
8-2-avtale	15%	18%	17%	7%	4%	2%	37%	2,5 (1,2)
Fastlønn	9%	14%	14%	10%	13%	6%	34%	3,1 (1,4)
e...gir rom for fasiliteter som muliggjør utvidelse i antall fastleger (%)								
Totalt	37%	27%	15%	5%	3%	3%	10%	1,9 (1,0)
Ren næringsdrift	41%	30%	15%	4%	2%	3%	5%	1,9 (1,0)
8-2-avtale	25%	18%	12%	5%	2%	5%	34%	2,1 (1,1)
Fastlønn	19%	17%	11%	11%	7%	7%	29%	2,5 (1,4)
f...gir rom for fravær i forbindelse med sykdom og/eller sykt barn (%)*								
Totalt	58%	21%	8%	4%	5%	1%	4%	1,7 (1,1)
Ren næringsdrift	63%	21%	7%	2%	2%	0,5%	3%	1,5 (0,9)
8-2-avtale	44%	29%	12%	4%	4%	1%	5%	1,9 (1,1)
Fastlønn	7%	11%	12%	16%	41%	4%	11%	3,9 (1,3)
g...gir rom for fritid/ tid til familie								
Totalt	30%	31%	23%	11%	4%	0%	1%	2,3 (1,1)
Ren næringsdrift	32%	33%	24%	8%	2%	0,3%	0,2%	2,2 (1,0)
8-2-avtale	26%	29%	20%	18%	5%	0,4%	1%	2,4 (1,2)
Fastlønn	12%	13%	25%	21%	19%	2%	7%	3,2 (1,3)
h...gir rom for å redusere listelengde								
Totalt	53%	25%	11%	4%	3%	1%	4%	1,7 (1,0)
Ren næringsdrift	59%	25%	9%	2%	2%	0,5%	1,4%	1,6 (0,9)
8-2-avtale	38%	26%	16%	9%	3%	1%	8%	2,1 (1,1)
Fastlønn	14%	15%	17%	11%	9%	11%	23%	2,8 (1,3)
i...gir rom for å sette av ønskede midler til pensjon/forsikring								
Totalt	32%	29%	21%	9%	5%	1%	2%	2,2 (1,2)
Ren næringsdrift	36%	31%	22%	8%	3%	0,6%	0,6%	2,1 (1,1)
8-2-avtale	36%	31%	21%	7%	3%	0,6%	0,6%	2,6 (1,2)
Fastlønn	8%	9%	13%	18%	28%	4%	20%	3,7 (1,4)

*Ved regresjon finner vi signifikant lavere score ved ren næringsdrift sammenlignet med fastlønn og 8.2, avtale, færre år som lege, det å ikke ha deleliste, oppgitt høyere antall timer arbeid per uke, det å jobbe flere kurative dager

Spm. 69: Vurder følgende utsagn om dagens innretning av takstsystemet... Dagens innretning av takstsystemet (normaltariffen)... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1=helt uenig, 5=helt enig)									
N total=2393, næringsdrift=2000, fastlønn=181, vikar=212	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)	
...understøtter at jeg har høy pasientgjennomstrømning (%)									
Totalt	4%	8%	22%	28%	25%	11%	2%	3,7 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	4%	8%	23%	28%	26%	10%	1%	3,7 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	4%	8%	16%	24%	24%	16%	9%	3,7 (1,2)	
Fastlegevikar	5%	8%	17%	28%	21%	18%	3%	3,7 (1,2)	
...understøtter at jeg håndterer de oppgavene som bør håndteres i primærhelsetjenesten fremfor å henvise (%)									
Totalt	18%	28%	28%	15%	4%	6%	1%	2,6 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	18%	29%	30%	14%	4%	5%	0%	2,5 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	15%	22%	27%	19%	3%	9%	6%	2,7 (1,1)	
Fastlegevikar	19%	23%	26%	14%	4%	13%	1%	2,4 (1,1)	
...understøtter at jeg yter pasientbehandling av god kvalitet (%)									
Totalt	12%	23%	36%	19%	5%	5%	1%	2,8 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	11%	24%	37%	19%	5%	4%	1%	2,8 (1,0)	
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	11%	17%	38%	18%	4%	8%	6%	2,9 (1,0)	
Fastlegevikar	20%	19%	23%	17%	7%	12%	2%	2,7 (1,2)	
...understøtter mitt samarbeid med kommunal ledelse/administrasjon (%)									
Totalt	34%	28%	20%	7%	2%	6%	3%	2,1 (1,0)	
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	35%	29%	21%	6%	2%	5%	2%	2,0 (1,0)	
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	27%	27%	19%	8%	1%	10%	9%	2,1 (1,0)	
Fastlegevikar	32%	18%	21%	8%	5%	15%	2%	2,2 (1,2)	
...understøtter mitt samarbeid med kommunale helsetjenester (%)									
Totalt	17%	28%	31%	17%	3%	3%	1%	2,6 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	17%	29%	31%	17%	3%	3%	1%	2,6 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	16%	23%	26%	17%	6%	7%	6%	2,7 (1,2)	
Fastlegevikar	20%	19%	30%	17%	4%	7%	3%	2,6 (1,2)	
...understøtter mitt samarbeid med spesialisthelsetjenesten (%)									
Totalt	49%	23%	16%	7%	2%	3%	1%	1,9 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	49%	24%	16%	6%	2%	3%	0%	1,9 (1,0)	
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	45%	23%	11%	6%	3%	7%	6%	1,8 (1,1)	
Fastlegevikar	46%	15%	17%	11%	3%	8%	1%	2,0 (1,2)	
...understøtter min koordinerende rolle overfor pasienten (%)									
Totalt	33%	29%	23%	8%	3%	4%	1%	2,1 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	33%	30%	24%	8%	3%	2%	0%	2,1 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	30%	27%	24%	6%	2%	7%	6%	2,1 (1,0)	
Fastlegevikar	33%	23%	19%	9%	4%	11%	0%	2,2 (1,2)	
...understøtter at jeg bedriver forebyggende arbeid (%)									
Totalt	33%	30%	21%	9%	3%	3%	1%	2,1 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	35%	31%	21%	8%	3%	2%	0%	2,1 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	31%	27%	19%	9%	2%	6%	6%	2,1 (1,1)	
Fastlegevikar	25%	23%	25%	13%	4%	8%	1%	2,4 (1,2)	
...understøtter at jeg drar på hjemmebesøk (%)									
Totalt	19%	21%	26%	22%	8%	2%	1%	2,8 (1,2)	
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	20%	22%	27%	22%	7%	2%	0%	2,7 (1,2)	
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	17%	19%	25%	19%	9%	4%	7%	2,8 (1,3)	
Fastlegevikar	17%	16%	25%	20%	12%	7%	2%	2,9 (1,3)	
...understøtter mitt arbeid med tyngre pasientgrupper (eksempelvis rus, psykiatri, skrøpelige eldre, multimorbide, kroniske lidelser) (%)									
Totalt	35%	31%	19%	9%	4%	2%	1%	2,1 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	36%	32%	18%	9%	3%	2%	0%	2,1 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	28%	27%	21%	12%	3%	4%	6%	2,3 (1,1)	
Fastlegevikar	32%	24%	20%	12%	5%	6%	0%	2,3 (1,2)	

Spm. 70 Har du forsøkt å selge praksisen din de siste 3 årene?	
N=2181	Fastleger i egen hjemmel
Nei	86%
Ja, har solgt praksis	4%
Ja, men har ikke lyktes med å selge min praksis	3%
Ikke aktuelt/har fastlønn	7%

Spm. 71-73. Spørsmål til de som har solgt sin hjemmel	
N=91	Fastleger i egen hjemmel
Spm. 71 Hvor lang tid gikk det fra første utlysning av hjemmelen til praksisen ble solgt?	
1 måned eller mindre	14%
2-3 måneder	29%
4-6 måneder	29%
7-12 måneder	21%
13-24 måneder	7%
>24 måneder	1%
Spm. 72 Hvor mange ganger var hjemmelen tilhørende din praksis utlyst?	
1	65%
2	18%
3	11%
4	1%
5	0%
6	1%
7 eller flere	0%
Vet ikke	4%
Spm. 73 Endte det med at kommunen kjøpte din praksis?	
Ja	9%
Nei	91%

Spm. 75-77. Spørsmål til de som foreløpig ikke har lyktes med å selge sin hjemmel	
N=55	Fastleger i egen hjemmel
Spm. 75 Hvor lang tid har det gått siden første utlysning av hjemmelen?	
1 måned eller mindre	21%
2-3 måneder	15%
4-6 måneder	15%
7-12 måneder	24%
13-24 måneder	7%
>24 måneder	18%
Spm. 76 Hvor mange ganger har hjemmelen tilhørende din praksis utlyst?	
1	38%
2	29%
3	16%
4	4%
5	0%
6	0%
7 eller flere	0%
Vet ikke	13%
Spm. 77 Hvorfor har ikke hjemmelen blitt tilsatt (flere kryss er mulig)?	
Mangel på kvalifiserte søkere	73%
Mangel på enighet om pris	9%
Annet	24%
Spm. 78 Har du forsøkt å få kommunen kjøpte din praksis?	
Ja	35%
Nei	65%

Kommunens oppfølging av fastleger og fastlegeordningen

Spm. 80 I hvilken grad vurderer du at... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5=i svært stor grad)								
N total=2385, næringsdrift=1992, fastlønn=181, vikar=212	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
.....kommunen har en god oppfølging av deg som fastlege (%)*.#								
Totalt	35%	25%	22%	13%	3%	2%	1%	2,2 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	36%	25%	23%	12%	2%	1%	0%	2,2 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	15%	22%	19%	31%	9%	3%	1%	3,0 (1,2)
Fastlegevikar	41%	20%	14%	9%	3%	8%	4%	2,0 (1,2)
...kommunen informerer om forhold som har betydning for din virksomhet (%)*.#								
Totalt	17%	23%	27%	24%	5%	2%	1%	2,8 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	17%	24%	29%	24%	5%	1%	0%	2,8 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	10%	17%	22%	38%	9%	3%	2%	3,2 (1,2)
Fastlegevikar	24%	25%	21%	16%	5%	6%	4%	2,5 (1,2)
...kommunen informerer om viktige kommunale helsetilbud som du som fastlege bør kjenne til (%)*.#,º								
Totalt	15%	21%	30%	26%	7%	1%	0%	2,9 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	14%	22%	31%	26%	7%	1%	0%	2,9 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	8%	13%	22%	41%	13%	1%	2%	3,4 (1,1)
Fastlegevikar	26%	24%	24%	15%	6%	4%	1%	2,5 (1,2)
...det er et godt samarbeidsklima mellom fastlegene og kommunal administrasjon/ledelse (%)*.#,º								
Totalt	15%	17%	27%	27%	12%	3%	0%	3,0 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	15%	18%	28%	28%	11%	1%	0%	3,0 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	12%	10%	24%	35%	18%	1%	0%	3,4 (1,2)
Fastlegevikar	18%	14%	23%	17%	9%	17%	1%	2,8 (1,3)
...kommunen tilrettelegger for samarbeid mellom fastlegene og andre helse- og omsorgstjenester i kommunen)*.#,º								
Totalt	16%	26%	30%	20%	5%	3%	0%	2,7 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	17%	27%	31%	19%	4%	2%	0%	2,7 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	8%	14%	27%	36%	13%	2%	1%	3,3 (1,1)
Fastlegevikar	19%	23%	20%	16%	6%	16%	1%	2,6 (1,2)
...kommunen har god organisering av legevakt, #,º								
Totalt	10%	12%	19%	29%	19%	4%	8%	3,4 (1,3)
Fastlege i egen hjemmel med selvstendig næringsdrift	10%	12%	19%	30%	18%	3%	8%	3,4 (1,3)
Fastlege i egen hjemmel med fastlønn	9%	11%	19%	28%	27%	4%	2%	3,6 (1,3)
Fastlegevikar	5%	12%	20%	23%	24%	8%	8%	3,6 (1,2)

*Signifikant sammenheng med avlønningsform (ren næringsdrift i mindre grad enn 8.2-avtaler og fastlønn)

#Signifikant sammenheng med sentralitet (usentrale kommuner mindre grad)

°Signifikant sammenheng med størrelse (større kommuner i mindre grad)

For alle regresjoner korrigert for, sentralitet, størrelse, avlønningsform, kjønn, spesialiseringsstatus, antall år som fastlege

Spm. 81: Vurder følgende utsagn: Det er behov for mer kommunal ledelse av meg som fastlege (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5= helt enig)							
Total: N= 2385, fastlege i egen hjemmel: N=2173, fastlegevikar: N=212	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
Totalt	34%	20%	20%	10%	5%	12%	2,2 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel	35%	20%	20%	10%	5%	10%	2,2 (1,2)
Fastlegevikar	24%	13%	19%	11%	6%	27%	2,5 (1,3)

Spm. 82 Hvor ofte forekommer det møter mellom deg og kommunen om din virksomhet? (eventuelt medarbeidersamtale ved fastlønn)				
Fastleger total: N=2173, ren næring: 1740, 8.2: N=252 fastlønn: N=181	Fastleger i egen hjemmel	Ren næringsdrift	8.2-avtale	Fastlønn
Aldri	42%	46%	31%	16%
En gang annethvert år eller sjeldnere	20%	20%	17%	19%
An gang i halvåret eller oftere	24%	22%	31%	36%
En gang i året	14%	12%	21%	28%

Spm. 83 Prioriterer du deltagelse i allmennlegeutvalget i kommunen?				
Fastleger total: N=2173, ren næring: 1740, 8.2: N=252 fastlønn: N=181	Fastleger i egen hjemmel	Ren næringsdrift	8.2-avtale	Fastlønn
Ja	63%	64%	64%	48%
Av og til	20%	23%	10%	14%
Nei	11%	12%	8%	9%
Ikke aktuelt da det ikke er etablert allmennlegeutvalget i kommunen	6%	2%	19%	28%

Spm. 84 I hvilken vurderer du at allmennlegeutvalget i kommunen bidrar til... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)							
	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
...samarbeid mellom fastlegene i kommunen (%)	5%	12%	29%	36%	15%	3%	3,4 (1,1)
...å fremme og forbedre saker til samarbeidsutvalget (%)	6%	13%	28%	34%	14%	6%	3,4 (1,1)
...å diskutere saker fra samarbeidsutvalget (%)	5%	13%	28%	34%	13%	6%	3,4 (1,1)
...drøfting av konkrete kasus til samarbeidsutvalget (%)	45%	22%	15%	7%	4%	8%	2,0 (1,2)

Spm. 86 Vurder følgende utsagn om samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5=helt enig)								
N total=2379, egen hjemmel=2168, vikar=211	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)	
Overordnet fungerer samhandlingen med den medisinske virksomheten på sykehuset godt (%)								
Totalt	3%	12%	36%	41%	7%	0%	3,4 (0,9)	
Fastlege i egen hjemmel	3%	12%	36%	41%	7%	0%	3,4 (0,9)	
Fastlegevikar	2%	10%	32%	46%	9%	1%	3,5 (0,9)	
Overordnet fungerer samhandlingen med den kirurgiske virksomheten på sykehuset godt (%)								
Totalt	4%	15%	38%	36%	7%	0%	3,3 (0,9)	
Fastlege i egen hjemmel	4%	15%	38%	36%	6%	0%	3,3 (0,9)	
Fastlegevikar	5%	13%	35%	37%	8%	2%	3,2 (1,0)	
Overordnet fungerer samhandlingen med den psykiatriske virksomheten i spesialisthelsetjenesten godt (%)								
Totalt	20%	33%	29%	15%	3%	1%	2,5 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel	20%	32%	29%	15%	3%	0%	2,5 (1,1)	
Fastlegevikar	16%	38%	27%	15%	2%	3%	2,5 (1,0)	
Ved behov for rådgivning eller avklaring får jeg tak i spesialisthelsetjenesten innen rimelig tid (%)								
Totalt	6%	17%	30%	35%	11%	0%	3,3 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel	6%	18%	30%	36%	10%	0%	3,3 (1,1)	
Fastlegevikar	8%	16%	29%	30%	17%	0%	3,3 (1,2)	
Jeg får tilsendt epikriser tidsnok								
Totalt	8%	20%	31%	33%	8%	0%	3,1 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel	8%	20%	31%	33%	8%	0%	3,1 (1,1)	
Fastlegevikar	8%	18%	35%	32%	6%	0%	3,1 (1,0)	
Epikrisene inneholder den informasjonen jeg trenger								
Totalt	2%	12%	31%	46%	8%	0%	3,5 (0,9)	
Fastlege i egen hjemmel	2%	12%	31%	47%	8%	0%	3,5 (0,9)	
Fastlegevikar	3%	10%	35%	43%	9%	0%	3,5 (0,9)	

Spm. 87 Vurder følgende utsagn om samarbeidet med hjemmetjenesten (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5=helt enig)								
N total=2379, egen hjemmel=2168, vikar=211	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
Samarbeidet med hjemmetjenesten fungerer godt (%)								
Totalt	2%	7%	27%	47%	17%	0%	0%	3,7 (0,9)
Fastlege i egen hjemmel	2%	7%	27%	47%	17%	0%	0%	3,7 (0,9)
Fastlegevikar	2%	6%	29%	41%	17%	3%	2%	3,7 (0,9)
Jeg får tak i hjemmetjenesten når jeg har behov for det (%)								
Totalt	1%	6%	19%	44%	28%	1%	0%	3,9 (0,9)
Fastlege i egen hjemmel	1%	6%	19%	44%	28%	1%	0%	3,9 (0,9)
Fastlegevikar	2%	5%	21%	39%	27%	6%	1%	3,9 (0,9)
Jeg tror hjemmetjenesten oppfatter min tilgjengelighet som god (%)								
Totalt	2%	7%	22%	43%	19%	7%	0%	3,8 (0,9)
Fastlege i egen hjemmel	2%	7%	21%	44%	20%	6%	0%	3,8 (0,9)
Fastlegevikar	3%	5%	25%	36%	13%	16%	2%	3,6 (1,0)
PLO-meldingene bidrar til effektive samhandling med hjemmetjenesten (%)								
Totalt	4%	8%	18%	37%	33%	0%	0%	3,9 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	4%	8%	19%	37%	33%	0%	0%	3,9 (1,1)
Fastlegevikar	4%	7%	18%	37%	30%	3%	1%	3,9 (1,1)
Antall PLO-medinger er håndterbar (%)								
Totalt	9%	17%	27%	29%	17%	1%	1%	3,3 (1,2)
Fastlege i egen hjemmel	9%	18%	27%	28%	17%	0%	0%	3,3 (1,2)
Fastlegevikar	7%	10%	22%	34%	20%	4%	3%	3,5 (1,2)
PLO-meldingene inneholder den informasjonen jeg trenger (%)								
Totalt	7%	22%	35%	27%	9%	1%	0%	3,1 (1,1)
Fastlege i egen hjemmel	7%	22%	35%	27%	9%	0%	0%	3,1 (1,1)
Fastlegevikar	8%	19%	32%	28%	9%	2%	2%	3,3 (1,1)
Det er behov for flere fysiske møter med hjemmetjenesten								
Totalt	17%	24%	24%	18%	12%	4%	1%	2,9 (1,3)
Fastlege i egen hjemmel	17%	24%	24%	19%	12%	3%	1%	2,9 (1,3)
Fastlegevikar	18%	23%	23%	12%	10%	12%	1%	2,7 (1,3)

Spm. 88 Vurder følgende utsagn om samarbeidet med kommunale helsetjenester Sett opp mot behovet for samhandling... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= helt uenig, 5=helt enig)									
N total=2379, egen hjemmel=2168, vikar=211	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)	
...fungerer samarbeidet med helsesykepleier/skolehelsetjenesten godt (%)									
Totalt	12%	20%	26%	20%	8%	8%	6%	2,9 (1,2)	
Fastlege i egen hjemmel	12%	21%	26%	20%	8%	8%	5%	2,9 (1,2)	
Fastlegevikar	11%	19%	21%	13%	9%	17%	10%	2,9 (1,2)	
...fungerer samarbeidet med jordmor godt (%)									
Totalt	15%	23%	27%	20%	8%	5%	3%	2,8 (1,2)	
Fastlege i egen hjemmel	15%	24%	27%	20%	8%	4%	2%	2,8 (1,2)	
Fastlegevikar	12%	19%	25%	21%	5%	11%	6%	2,9 (1,1)	
...fungerer samarbeidet med barnevernet godt (%)									
Totalt	16%	27%	32%	13%	3%	7%	1%	2,6 (1,0)	
Fastlege i egen hjemmel	16%	28%	33%	14%	3%	6%	1%	2,6 (1,0)	
Fastlegevikar	9%	19%	28%	11%	5%	25%	3%	2,8 (1,1)	
...fungerer samarbeidet med kommunale tjenester innen rus og psykiatri godt (%)									
Totalt	7%	18%	31%	30%	10%	2%	1%	3,2 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel	7%	18%	31%	31%	11%	2%	1%	3,2 (1,1)	
Fastlegevikar	9%	19%	33%	20%	8%	9%	3%	3,0 (1,1)	
...fungerer samarbeidet med sykehjem godt (%)									
Totalt	5%	12%	32%	29%	11%	5%	6%	3,3 (1,0)	
Fastlege i egen hjemmel	5%	12%	32%	29%	11%	4%	6%	3,3 (1,0)	
Fastlegevikar	4%	10%	27%	25%	10%	18%	7%	3,4 (1,0)	
...fungerer samarbeidet med omsorgsboliger godt (%)									
Totalt	4%	12%	33%	31%	9%	7%	4%	3,3 (1,0)	
Fastlege i egen hjemmel	4%	12%	33%	32%	9%	6%	4%	3,3 (1,0)	
Fastlegevikar	4%	11%	29%	22%	7%	20%	6%	3,2 (1,0)	
...fungerer samarbeidet med kreftkoordinator godt (%)									
Totalt	5%	10%	21%	26%	17%	14%	7%	3,5 (1,2)	
Fastlege i egen hjemmel	6%	10%	21%	27%	17%	13%	7%	3,5 (1,2)	
Fastlegevikar	4%	8%	19%	21%	12%	28%	8%	3,5 (1,1)	
...fungerer samarbeidet med kommunens tildelingskontor godt (%)									
Totalt	7%	16%	28%	25%	7%	13%	4%	3,1 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel	8%	16%	28%	26%	7%	11%	4%	3,1 (1,1)	
Fastlegevikar	3%	15%	26%	13%	7%	30%	6%	3,1 (1,0)	
...fungerer samarbeidet med fastlegene og intermediærenheter/KAD- plasser (eller liknende) godt (%)									
Totalt	8%	14%	29%	29%	15%	4%	2%	3,3 (1,2)	
Fastlege i egen hjemmel	8%	14%	29%	30%	15%	3%	1%	3,3 (1,2)	
Fastlegevikar	9%	10%	26%	23%	13%	13%	5%	3,2 (1,2)	
...fungerer samarbeidet med NAV godt (%)									
Totalt	9%	17%	36%	30%	8%	1%	0%	3,1 (1,1)	
Fastlege i egen hjemmel	9%	17%	36%	30%	8%	0%	0%	3,1 (1,1)	
Fastlegevikar	9%	15%	37%	29%	7%	2%	1%	3,1 (1,0)	

Organisering av legekantor

Spm. 90a Hvor mange leger arbeider ved ditt legekantor som fastlege i egen hjemmel (n=2164)	
Antall leger	Prosent
0	0,05%
1	3,37%
2	12,43%
3	19,78%
4	21,81%
5	17,56%
6	12,38%
7	6,56%
8	2,13%
9	1,06%
10	1,20%
11	0,42%
12	0,37%
13	0,28%
14	0,37%
15	0,18%
16	0,05%

Spm. 90b Hvor mange leger arbeider ved ditt legekantor som fastlegevikar på legeløs liste (n=2166)	
Antall leger	Prosent
0	89,34
1	8,96
2	1,34
3	0,14
4	0,09
5	0,09
9	0,05

Spm. 90c Hvor mange leger arbeider ved ditt legekantor som fastlegevikar for fastlege i lengre fravær (n=2164)	
Antall leger	Prosent
0	72,92
1	21,35
2	4,76
3	0,60
4	0,23
5	0,09
6	0,05

Spm. 90d Hvor mange leger arbeider ved ditt legekantor som fastlegevikar for fastlege i egen hjemmel som selv er i arbeid i hjemmelen (n=2164)	
Antall leger	Prosent
0	84,33
1	13,26
2	1,66
3	0,28
4	0,23
5	0,23

Spm. 90e Hvor mange leger arbeider ved ditt legekontor som turnuslege (n=2164)	
Antall leger	Prosent
0	61,46
1	36,09
2	2,31
3	0,05
5	0,05
8	0,05

Spm. 92 Hvilke av disse beskrivelsene om ledelse passer best for ditt legekontor (flere kryss mulig)? (vil summe seg til mer enn 100% da flere valg er mulig)			
N=2239	Ren næringsdrift	8.2-avtale	Fastlønn
Legekontoret har en daglig leder som er fastlege	63 %	33 %	32 %
Legekontoret har en daglig leder som ikke er fastlege	5 %	40 %	39 %
Ved legekontoret er det flat struktur	29 %	24 %	19 %
Fastlegene på kontoret har fordelt lederfunksjoner seg i mellom	69 %	18 %	5 %
Vet ikke	0 %	3 %	3 %
Annet	2 %	8 %	14 %

Spm. 92: Kombinasjoner av svar på spørsmålet «Hvilken av disse beskrivelsene om ledelse passer best for ditt legekontor?»			
	Ren næringsdrift	8.2-avtale	Fastlønn
Daglig leder ikke fastlege	3 %	33 %	35 %
Fastlege daglig leder	20 %	22 %	25 %
Fastlege daglig leder & fordelt lederfunksjoner	26 %	6 %	3 %
Fastlege daglig leder & flat struktur & fordelt lederfunksjon	17 %	2 %	1 %
Flat struktur & fordelt lederfunksjoner	7 %	2 %	0 %
Flat struktur	3 %	10 %	11 %
Annet (dvs. andre kombinasjoner avkryssing enn overnevnte kategorier)	24 %	25 %	25 %
Totalt	100 %	100 %	100 %

Vedlegg B: Funn spørreundersøkelse til kommuner

Bakgrunnsinformasjon

Bakgrunnsinformasjon				
Bakgrunnsvariabler kommune	Totalt	Kommuneoverlege	Administrativ leder	Norge
Antall svar (inkl. flere kommuner per respondent)	394	217	194	
Antall respondenter (ekskl. flere kommuner per respondent)	382	205	194	
Antall kommuner med minst ett svar, inkludert flere kommuner per respondent, n	291	215	191	
Antall kommuner med minst ett svar, inkludert én kommune per respondent, n	283	203	191	
Sentralitetsindeks, n (%)				
1	3 (1%)	2 (1%)	3 (2%)	2%
2	21 (7%)	18 (8%)	12 (6%)	6%
3	48 (16%)	41 (19%)	34 (18%)	15%
4	77 (26%)	55 (26%)	55 (29%)	25%
5	88 (30%)	63 (29%)	56 (29%)	28%
6	54 (19%)	36 (17%)	31 (16%)	24%
Antall innbyggere				
<5000	136 (47%)	99 (42%)	85 (45%)	52%
5000 –20 000	112 (38%)	89 (41%)	77 (40%)	34%
>20 000	43 (15%)	36 (17%)	29 (15%)	14%
Jobber som fastlege (n=203)				
Ja	NA	116 (57%)	NA	
Nei	NA	87 (43%)	NA	
Jobber som fastlege i flere kommuner (n=203)				
Ja	NA	58 (28%)	NA	
Nei	NA	145 (72%)	Na	
Stilling (n=185)				
Rådmann	NA	NA	4 (2%)	
Kommunalsjef	NA	NA	52 (28%)	
Kommunaldirektør	NA	NA	0 (0%)	
Helsesjef	NA	NA	28 (15%)	
Etatsjef	NA	NA	6 (3%)	
Enhetsleder eller tilsvarende	NA	NA	69 (37%)	
Annet	Na	Na	29 (15%)	

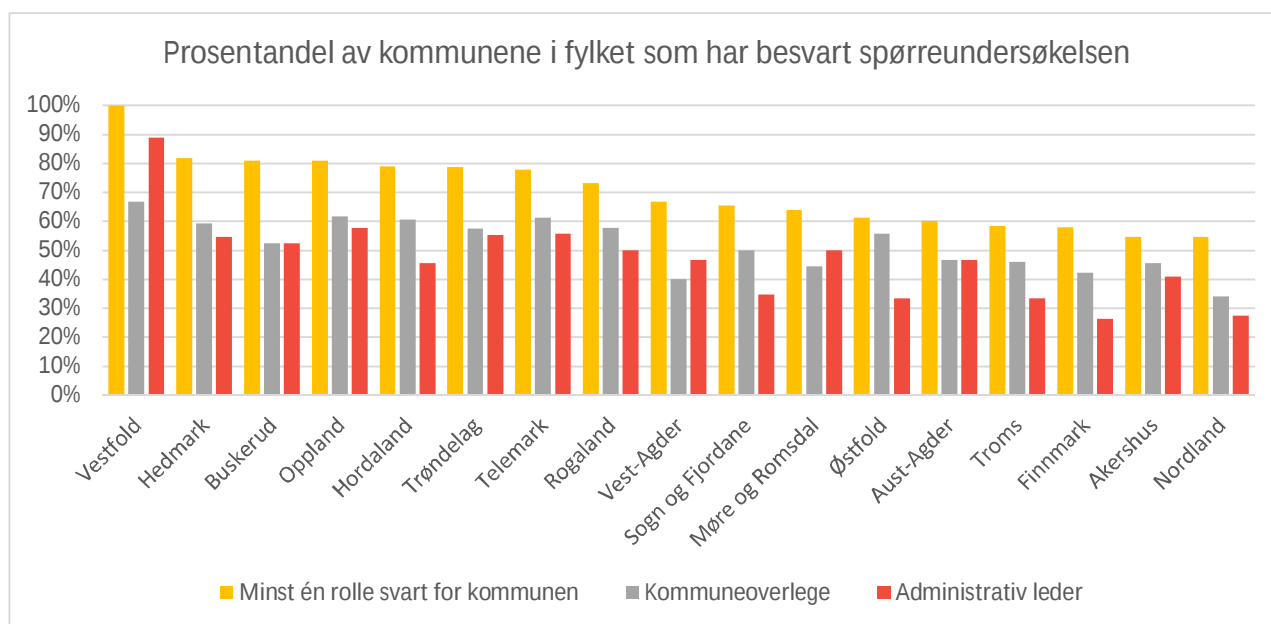
Oslo svar:

- Jobber som fastlege (n=8): ja=1 (13%), nei=7
- Jobber som fastlege i flere kommuner (n=8): ja=1 (13%), nei=7
- Stilling admin.leder (n=6): annet=4, assisterende bydels..=1, avdelingsdirektør=1

Representativitet

Fordelingen i utvalget hva angår kommunestørrelse, sentralitet, fylke og fastlegenes avlønningsform synes overordnet å være sammenlignbar med fordelingen i kommune-Norge, og understøtter således undersøkelsens representativitet. Som det fremgår av tabellen over er de mest sentrale kommunene (kategori 1) og de minst sentrale kommunene (kategori 6) noe underrepresentert. Små kommuner på under 5000 innbyggere er noe underrepresentert, mens mellomstore kommuner på mellom 5000 og 20 000 innbyggere, og til en viss grad store kommuner med over 20 000 innbyggere, er noe overrepresentert. Over halvparten av kommunene i hvert fylke har deltatt. De tre nordligste fylkene og Akershus har de laveste responsratene (se figur).

Kommuner med kun fastlønnede fastleger er videre noe underrepresentert, sammenliknet med kommuner med både fastlønnede og selvstendig næringsdrivende og kommuner med bare selvstendig næringsdrivende; Over 70 prosent av kommunene med næringsdrivende leger har svart på undersøkelsen, mens en noe lavere andel av kommunene med kun fastlønnede leger har svar (54 prosent).



Databehandling og analyser

Besvarelsene ble knyttet opp mot kommune på bakgrunn av kommunen respondenten selv oppgir å svare på vegne av. Noen respondenter har oppgitt at de svarer på vegne av flere kommuner. Dette ble håndtert ved å duplisere denne respondentens svar, og knytte svaret opp mot bakgrunnsvariabler for disse kommunene. Videre ble responsene på vegne av flere kommuner kodet slik at analyser kunne gjøres ved å inkludere alle kommunene, kun inkludere kommunen invitasjonen opprinnelig ble sendt til, eller ekskludere alle responsene.

For å inngå svarprosenten har respondenten måttet besvare første spørsmål etter bakgrunnsvariabler. I de tilfellene hvor det forelå to besvarelser for samme rolle i en kommune, er den besvarelsen som har kommet lengst talt med i analysene. I de tilfellene hvor det foreligger to fullstendige besvarelser for samme kommune, har begge med i beregning av gjennomsnittlig respons, men kun den ene er tatt med i regresjonsanalyser og frekvenstabeller slik at én kommune ikke får større vekt enn de andre.

I analysene der vi ser på resultatene samlet, i resultatene omtalt som «total», inngår svarene både fra administrativ leder og kommuneoverlege. I disse svarene inngår ikke besvarelse fra bydelene i Oslo, da dette ville ført til en for stor vektning av resultatene fra Oslo kommune. Gjennomgående presenteres derfor resultatene for Oslo kommune separat.

Analysene ble utført ved hjelp av IBM SPSS Statistics versjon 24 og Stata/SE 14.2.

Kommunens «sørge-for» ansvar for fastlegeordningen

Spm. 8: I hvilken grad vurderer du at du som kommuneoverlege... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)							
Kommuneoverlege Oslo: N=8. Kommuneoverlege resten av landet: N=190	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
...har en rådgivende rolle overfor fastlegeordningen i kommunen (%)							
Oslo	0%	13%	0%	13%	75%	0%	4,5 (1,0)
Resten av landet	2%	4%	10%	25%	58%	1%	4,3 (1,0)
...har en ledende rolle overfor fastlegeordningen i kommunen (%)							
Oslo	13%	0%	0%	50%	38%	0%	4,1 (1,0)
Resten av landet	12%	15%	24%	26%	22%	1%	3,3 (1,3)
...har tilstrekkelig påvirkning på kommunale forhold som angår fastlegeordningen (%)							
Oslo	0%	13%	25%	38%	35%	0%	3,8 (1,0)
Resten av landet	5%	15%	24%	38%	21%	1%	3,5 (1,1)

Spm. 9: I hvilken grad vurderer du at... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)							
Total: N=391. Kommuneoverleger: N=216. Administrativ leder: N=191. Oslo: N=14	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
...kommunen ivaretar sitt «sørge-for» ansvar for fastlegeordningen slik det fremgår i lover, forskrifter og avtaler (%)							
Total (eks. Oslo)	1%	2%	13%	43%	40%	1%	4,2 (0,8)
Kommuneoverleger	1%	4%	18%	47%	29%	1%	4,0 (0,9)
Administrativ leder	1%	1%	8%	39%	52%	1%	4,4 (0,7)
Oslo	0%	7%	7%	64%	21%	0%	4,0 (0,8)
...kommunen har virkemidler til å ivareta sitt «sørge-for» ansvar for fastlegeordningen slik det fremgår i lover, forskrifter og avtaler (%)							
Total (eks. Oslo)	5%	12%	25%	35%	22%	2%	3,6 (1,1)
Kommuneoverleger	6%	15%	30%	32%	15%	1%	3,4 (1,1)
Administrativ leder	3%	8%	20%	38%	29%	2%	3,8 (1,0)
Oslo	0%	14%	36%	21%	29%	0%	3,6 (1,1)

Spm. 10: I hvilken grad vurderer du at... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)								
Total: N=375. Kommuneoverleger: N=202. Administrativ leder: N=190. Oslo: N=14	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
...kommunen har god oppfølging av fastlegene i kommunen (%)								
Total (eks. Oslo)	1%	3%	19%	49%	28%	0%	0%	4,0 (0,8)
Kommuneoverleger	2%	4%	20%	50%	24%	0%	0%	3,9 (0,9)
Administrativ leder	0%	2%	17%	50%	31%	0%	1%	4,1 (0,7)
Oslo	0%	7%	14%	79%	0%	0%	0%	3,7 (0,6)
...kommunen har tilstrekkelig samlet stillingsprosent for kommuneoverlegefunksjonen til oppfølging av fastlegeordningen (%)								
Total (eks. Oslo)	7%	15%	22%	31%	22%	0%	2%	3,4 (1,2)
Kommuneoverleger	12%	17%	24%	29%	18%	0%	0%	3,2 (1,3)
Administrativ leder	3%	14%	20%	34%	25%	0%	4%	3,6 (1,1)
Oslo	7%	36%	29%	29%	0%	0%	0%	2,8 (1,0)
...kommunen har tilstrekkelig samlet stillingsprosent for administrativ ledelse til oppfølging av fastlegeordningen								
Total (eks. Oslo)	7%	15%	27%	32%	18%	1%	0%	3,4 (1,2)
Kommuneoverleger	10%	17%	27%	28%	15%	1%	0%	3,2 (1,2)
Administrativ leder	3%	12%	26%	37%	21%	1%	1%	3,6 (1,1)
Oslo	0%	29%	29%	36%	7%	0%	0%	3,2 (1,0)
...kommunen har tilstrekkelig ledelse av de fastlønnede fastlegene sett opp mot kommunens behov for samarbeid, rådgivning og dekning av allmennlegeoppgaver (%)								
Total (eks. Oslo)	2%	5%	13%	27%	17%	0%	36%	3,8 (1,0)
Kommuneoverleger	2%	5%	10%	27%	14%	0%	41%	3,7 (1,0)
Administrativ leder	1%	4%	15%	26%	20%	1%	34%	3,9 (1,0)
Oslo	0%	7%	7%	0%	0%	0%	86%	2,5 (0,7)
...kommunen har tilstrekkelig ledelse av de næringsdrivende fastlegene sett opp mot kommunens behov for samarbeid, rådgivning og dekning av allmennlegeoppgaver (%)								
Total (eks. Oslo)	6%	10%	26%	32%	10%	1%	15%	3,4 (1,1)
Kommuneoverleger	7%	12%	25%	32%	9%	1%	14%	3,3 (1,1)
Administrativ leder	3%	8%	28%	32%	12%	1%	15%	3,5 (1,0)
Oslo	0%	14%	64%	7%	14%	0%	0%	3,2 (0,9)

Spm. 11: Er det utarbeidet plan for legevirksomheten i kommunen?				
Total: N=377. Kommuneoverleger: N=203. Administrativ leder: N=191. Oslo: N=14	Total	Kommuneoverleger	Administrativ leder	Oslo
Ja	39%	42%	38%	57%
Nei	54%	50%	57%	43%
Vet ikke	7%	8%	5%	0%

Spm. 12: I hvilken grad har fastlegene i kommunen vært involvert i utarbeidelsen av plan for legevirksomheten i kommunen? (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)							
Total: N=148. Kommuneoverleger : N=85. Administrativ leder: N=72. Oslo: N=8	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
Total (eks. Oslo)	2%	6%	26%	35%	23%	9%	3,8 (1,0)
Kommuneoverleger	4%	7%	31%	28%	25%	6%	3,7 (1,1)
Administrativ leder	1%	4%	22%	40%	21%	11%	3,8 (0,9)
Oslo	0%	0%	0%	63%	38%	0%	4,4 (0,5)

Spm. 13: I hvilken grad er det i kommunen utarbeidet oversikt over... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)							
Total: N=370. Kommuneoverleger : N=215. Administrativ leder: N=191. Oslo: N=14	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
...nåsituasjonen hva angår fastlegedekning (%)							
Total (eks. Oslo)	3%	3%	7%	31%	55%	1%	4,3 (1,0)
Kommuneoverleger	4%	4%	5%	29%	56%	1%	4,3 (1,0)
Administrativ leder	2%	2%	8%	33%	55%	1%	4,4 (0,9)
Oslo	0%	0%	0%	43%	57%	0%	4,6 (0,5)
...fremtidige behov for dimensjonering av fastlegetjenesten (%)							
Total (eks. Oslo)	5%	9%	20%	38%	26%	3%	3,7 (1,1)
Kommuneoverleger	6%	10%	15%	39%	25%	4%	3,7 (1,2)
Administrativ leder	4%	7%	24%	35%	28%	2%	3,8 (1,1)
Oslo	0%	14%	7%	50%	29%	0%	3,9 (1,0)
...rekrutteringsstrategi for fastlegeordningen (%)							
Total (eks. Oslo)	9%	14%	32%	29%	14%	3%	3,3 (1,1)
Kommuneoverleger	11%	13%	29%	32%	15%	2%	3,3 (1,2)
Administrativ leder	6%	15%	36%	29%	12%	3%	3,3 (1,1)
Oslo	0%	14%	14%	57%	14%	0%	3,7 (0,9)
...strategi for å sikre stabilitet i fastlegeordningen (%)							
Total (eks. Oslo)	8%	12%	30%	34%	15%	2%	3,4 (1,1)
Kommuneoverleger	11%	13%	25%	34%	16%	2%	3,3 (1,2)
Administrativ leder	4%	11%	36%	34%	13%	2%	3,4 (1,0)
Oslo	0%	21%	29%	29%	21%	0%	3,5 (1,1)
...bruken av fastleger til andre allmennlegeoppgaver i tjenesten (%)							
Total (eks. Oslo)	3%	6%	20%	37%	31%	2%	3,9 (1,0)
Kommuneoverleger	4%	6%	20%	38%	30%	2%	3,9 (1,0)
Administrativ leder	3%	6%	19%	35%	35%	2%	4,0 (1,0)
Oslo	0%	21%	29%	29%	21%	0%	3,5 (1,1)
...samarbeidsform mellom kommunale helsetjenester n (%)							
Total (eks. Oslo)	3%	8%	30%	38%	19%	2%	3,7 (1,0)
Kommuneoverleger	5%	9%	31%	36%	16%	3%	3,5 (1,0)
Administrativ leder	1%	6%	29%	40%	22%	2%	3,8 (0,9)
Oslo	0%	14%	29%	43%	14%	0%	3,6 (0,9)

Spm. 14: Hvilken informasjon/data innhenter kommunen fra/om fastlegekontorene?				
Total: N=372. Kommuneoverleger : N=201. Administrativ leder: N=188. Oslo: N=14	Total (eks. Oslo) (%)	Kommuneoverlege (%)	Administrativ leder (%)	Oslo (%)
Ingen informasjon/data innhentes	7%	9%	6%	7%
Vet ikke	6%	8%	4%	0%
Åpningstider	78%	76%	81%	86%
Bemanningssituasjon	73%	69%	77%	43%
Utforming av lokaler	56%	53%	60%	36%
Vikarbruk	64%	61%	66%	86%
Telefontilgjengelighet	60%	53%	68%	79%
Ventetid til ordinær time/ø-hjelp	39%	34%	43%	36%
Internkontroll/styringssystem	38%	34%	42%	14%
Kvalitetsarbeid	34%	32%	37%	14%
Avvikshåndtering	39%	36%	42%	29%
Klager	52%	50%	52%	43%
Henvissningspraksis	12%	7%	17%	7%
Forskrivningspraksis	11%	9%	14%	7%
Sykemeldingspraksis	22%	15%	28%	0%
Hjemmebesøk	14%	12%	15%	36%
Deltagelse i tverrfaglige møter	39%	28%	51%	14%
Bruk av legevakt i kontorenes åpningstid av pasienter som tilhører legekontoret	37%	32%	40%	0%
Annet	9%	9%	8%	14%

Spm. 15: I hvilken grad vurderer du at kommunen ... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)							
Total: N=370. Kommuneoverleger : N=215. Administrativ leder: N=189. Oslo: N=14	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
... innhenter tilstrekkelig med informasjon fra fastlegekontorene til styringsformål (%)							
Total (eks. Oslo)	8%	19%	28%	26%	12%	6%	3,2 (1,2)
Kommuneoverleger	10%	19%	26%	26%	11%	7%	3,1 (1,2)
Administrativ leder	8%	20%	27%	29%	12%	4%	3,2 (1,1)
Oslo	14%	29%	43%	14%	0%	0%	2,6 (0,9)
... følger opp at fastlegekontorene ivaretar krav til internkontroll/styringssystem (%)							
Total (eks. Oslo)	13%	22%	27%	25%	10%	3%	3,0 (1,2)
Kommuneoverleger	18%	24%	22%	25%	8%	4%	2,8 (1,2)
Administrativ leder	9%	21%	31%	26%	12%	2%	3,1 (1,2)
Oslo	14%	50%	21%	7%	7%	0%	2,4 (1,1)
... følger opp at fastlegekontorene driver kvalitetsforbedrende arbeid (%)							
Total (eks. Oslo)	14%	19%	29%	24%	11%	3%	3,0 (1,2)
Kommuneoverleger	19%	20%	27%	22%	7%	5%	2,8 (1,2)
Administrativ leder	11%	17%	31%	26%	14%	1%	3,2 (1,2)
Oslo	14%	50%	21%	7%	7%	0%	2,4 (1,1)
... følger opp klagesaker kommunen mottar om fastlegene (%)							
Total (eks. Oslo)	2%	2%	12%	35%	44%	6%	4,2 (0,9)
Kommuneoverleger	2%	3%	14%	34%	40%	7%	4,2 (0,9)
Administrativ leder	3%	1%	9%	36%	47%	4%	4,3 (0,9)
Oslo	0%	0%	0%	43%	50%	7%	4,5 (0,5)
... følger opp klagesaker om fastlegene som involverer fylkesmannen (%)							
Total (eks. Oslo)	5%	5%	11%	27%	40%	12%	4,0 (1,2)
Kommuneoverleger	7%	7%	14%	24%	32%	16%	3,8 (1,3)
Administrativ leder	5%	3%	8%	30%	46%	9%	4,2 (1,1)
Oslo	0%	14%	7%	36%	29%	14%	3,9 (1,1)

Spm. 16: I snitt, hvor ofte forekommer det møter mellom kommunen og den enkelte fastlege om legens virksomhet?				
Total: N=369. Kommuneoverleger: N=201. Administrativ leder: N=185. Oslo: N=14	Total (eks. Oslo)	Kommuneoverleger	Administrativ leder	Oslo
En gang i halvåret eller oftere	38%	30%	45%	14%
En gang i året	21%	18%	23%	36%
En gang annethvert år eller sjeldnere	17%	18%	17%	29%
Aldri	17%	23%	11%	21%
Vet ikke	8%	11%	4%	0%

Fastlegens arbeidssituasjon og rammebetingelser

Spm. 18: I hvilken grad vurderer du at fastlegene i kommunen ... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)							
Total: N=369. Kommuneoverleger : N=200. Administrativ leder: N=185. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
... er tilfredse med nåværende arbeidssituasjon (%)							
Total (eks. Oslo)	4%	11%	26%	43%	15%	1%	3,5 (1,0)
Kommuneoverleger	4%	12%	25%	42%	14%	1%	3,5 (1,0)
Administrativ leder	3%	11%	27%	42%	15%	2%	3,6 (1,0)
Oslo	0%	15%	31%	46%	8%	0%	3,5 (0,9)
... er tilfredse med nåværende arbeidsmengde (%)							
Total (eks. Oslo)	13%	27%	26%	27%	7%	1%	2,9 (1,1)
Kommuneoverleger	13%	30%	27%	21%	7%	1%	2,8 (1,1)
Administrativ leder	11%	25%	23%	34%	6%	2%	3,0 (1,1)
Oslo	0%	31%	46%	23%	0%	0%	2,9 (0,8)
... er tilfredse med kommunens oppfølging av dem (%)							
Total (eks. Oslo)	2%	10%	29%	38%	10%	9%	3,5 (0,9)
Kommuneoverleger	3%	12%	30%	35%	11%	9%	3,4 (1,0)
Administrativ leder	1%	8%	30%	42%	10%	10%	3,6 (0,8)
Oslo	0%	8%	50%	25%	8%	8%	3,4 (0,8)
... tar kontakt med kommunen med ønske om endring av sin arbeidssituasjon/avtale (%)							
Total (eks. Oslo)	7%	10%	15%	43%	23%	2%	3,7 (1,2)
Kommuneoverleger	7%	10%	18%	46%	18%	2%	3,6 (1,1)
Administrativ leder	8%	11%	11%	41%	27%	2%	3,7 (1,2)
Oslo	0%	0%	31%	54%	15%	0%	4,5 (0,5)
... tar kontakt med kommunen med uttrykk om at de ønsker å slutte som fastlege i kommunen (for utenom naturlig avgang) (%)							
Total (eks. Oslo)	32%	19%	19%	14%	7%	10%	2,4 (1,3)
Kommuneoverleger	30%	18%	21%	16%	6%	11%	2,4 (1,3)
Administrativ leder	35%	21%	17%	12%	7%	8%	2,3 (1,3)
Oslo	33%	25%	8%	17%	17%	0%	3,9 (1,1)

Dialog og samarbeid mellom fastleger og kommunen

Spm. 20 og 21: Lokalt samarbeidsutvalg i kommunen				
Er det etablert (lokalt) samarbeidsutvalg i kommunen? (%)	Total: N=367	Kommuneoverleger: N=201	Administrativ leder: N=183	Oslo: N=13
Ja	81%	81%	81%	100%
Nei	18%	18%	16%	0%
Vet ikke	1%	1%	2%	0%
Hvor ofte møtes samarbeidsutvalget i kommunen? (%)	Total: N=297	Kommuneoverleger: N=163	Administrativ leder: N=150	Oslo: N=13
Månedlig eller oftere	6%	7%	5%	0%
Annenhver måned	7%	7%	7%	8%
Kvartalsvis	34%	35%	34%	46%
Halvårlig	35%	31%	39%	46%
Årlig	11%	14%	10%	0%
Sjeldnere enn én gang per år	4%	6%	2%	0%
Vet ikke	2%	1%	2%	0%

Spm. 22: I hvilken grad bidrar samarbeidsutvalget i kommunen til ... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)							
Total: N=297. Kommuneoverleger : N=163. Administrativ leder: N=150. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
... samarbeid mellom fastlegene og kommunen (%)							
Total (eks. Oslo)	3%	2%	17%	45%	31%	2%	4,0 (0,9)
Kommuneoverleger	4%	3%	17%	45%	29%	1%	3,9 (1,0)
Administrativ leder	1%	2%	15%	46%	34%	2%	4,1 (0,8)
Oslo	0%	0%	15%	62%	15%	8%	4,0 (0,6)
... rådgivning rundt planlegging av kommunens allmennlegetjeneste (eksempelvis legevakt, offentlig legearbeid, rekruttering og vikarbruk) (%)							
Total (eks. Oslo)	3%	6%	20%	42%	27%	2%	3,8 (1,0)
Kommuneoverleger	3%	9%	21%	40%	25%	1%	3,7 (1,1)
Administrativ leder	2%	3%	18%	43%	31%	3%	4,0 (0,9)
Oslo	0%	8%	8%	62%	15%	8%	3,9 (0,8)
... at fastleger får innflytelse over kommunale forhold som er av betydning for egen praksis (%)							
Total (eks. Oslo)	2%	6%	23%	48%	19%	2%	3,8 (0,9)
Kommuneoverleger	3%	8%	23%	49%	15%	2%	3,7 (0,9)
Administrativ leder	0%	5%	23%	47%	23%	2%	3,9 (0,8)
Oslo	0%	8%	23%	54%	15%	0%	3,8 (0,8)
... innspill til samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten (%)							
Total (eks. Oslo)	14%	23%	26%	22%	8%	7%	2,9 (1,2)
Kommuneoverleger	19%	28%	22%	16%	9%	5%	2,7 (1,2)
Administrativ leder	10%	16%	32%	27%	7%	8%	3,1 (1,0)
Oslo	15%	15%	23%	23%	15%	8%	3,1 (1,4)

Spm. 23-25, 27-29 og 31: Allmennlegeutvalg i kommunen				
Spm 23: Er det etablert allmennlegeutvalg i kommunen? (%)	Total (eks. Oslo): N=365	Kommuneoverl eger: N=201	Administrati v leder: N=181	Oslo: N=13
Ja	50%	53%	50%	100%
Nei, med det er et møteforum som fungerer som et allmennlegeutvalg	30%	31%	27%	0%
Nei	17%	15%	18%	0%
Vet ikke	4%	2%	6%	0%
Spm 24: Hvor ofte møtes allmennlegeutvalget i kommunen? (%)	Total (eks. Oslo): N=181	Kommuneoverl eger: N=106	Administrati v leder: N=90	Oslo: N=13
Månedlig eller oftere	15%	11%	20%	0%
Annenhver måned	17%	17%	16%	0%
Kvartalsvis	35%	43%	30%	31%
Halvårlig	17%	16%	18%	62%
Årlig	2%	2%	2%	0%
Sjeldnere enn én gang per år	4%	5%	2%	0%
Vet ikke	9%	6%	12%	8%
Spm 25: Deltar kommuneoverlege i allmennlegeutvalgets møter? (%)	Total (eks. Oslo): N=178	Kommuneoverl eger: N=104	Administrati v leder: N=89	Oslo: N=13
Ja, i hele møtenes varighet	54%	54%	54%	46%
Ja, men ikke i hele møtenes varighet	26%	26%	27%	54%
Nei	17%	19%	15%	0%
Vet ikke	3%	1%	4%	0%
Spm 27: I gjennomsnitt, hvor høy andel av fastlegene i din kommune stiller ved allmennlegeutvalg-møtene? (%)	Total (eks. Oslo): N=181	Kommuneoverl eger: N=106	Administrati v leder: N=90	Oslo: N=13
< 25%	1%	2%	0%	8%
25-49%	14%	28%	11%	8%
50-74%	23%	22%	29%	54%
75-100%	48%	49%	43%	23%
Vet ikke	14%	9%	17%	0%
Spm 28: Du har angitt at det er etablert et møteforum som fungerer som et allmennlegeutvalg Hvor ofte møtes møteforumet? (%)	Total (eks. Oslo): N=108	Kommuneoverl eger: N=61	Administrati v leder: N=48	Oslo: N=0
Månedlig eller oftere	50%	61%	38%	
Annenhver måned	8%	7%	10%	
Kvartalsvis	17%	18%	15%	
Halvårlig	13%	10%	17%	
Årlig	4%	3%	4%	
Sjeldnere enn én gang per år	1%	0%	2%	
Vet ikke	7%	2%	15%	
Spm 29: Deltar kommuneoverlege i møteforumet?	Total (eks. Oslo): N=107	Kommuneoverl eger: N=60	Administrati v leder: N=48	Oslo: N=0
Ja, i hele møtenes varighet	81%	87%	75%	
Ja, men ikke i hele møtenes varighet	6%	7%	4%	
Nei	8%	7%	10%	
Vet ikke	5%	0%	10%	
Spm 31: I gjennomsnitt, hvor høy andel av fastlegene i din kommune stiller i møteforumet? (%)	Total (eks. Oslo): N=108	Kommuneoverl eger: N=61	Administrati v leder: N=48	Oslo: N=0
< 25%	2%	2%	2%	
25-49%	2%	2%	2%	
50-74%	9%	11%	6%	
75-100%	76%	82%	69%	
Vet ikke	11%	3%	21%	

Spm. 26: I hvilken grad bidrar allmennlegeutvalget i kommunen til ... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)							
Total: N=181. Kommuneoverleger: N=106. Administrativ leder: N=90. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
... samarbeid mellom fastlegene i kommunen (%)							
Total (eks. Oslo)	3%	6%	16%	34%	30%	11%	3,9 (1,1)
Kommuneoverleger	5%	7%	17%	29%	37%	6%	3,9 (1,1)
Administrativ leder	1%	4%	13%	41%	23%	17%	4,0 (0,9)
Oslo	0%	0%	23%	46%	23%	8%	4,0 (0,7)
... å fremme og forberede saker til samarbeidsutvalget (%)							
Total (eks. Oslo)	6%	12%	19%	30%	24%	10%	3,6 (1,2)
Kommuneoverleger	8%	14%	18%	25%	30%	4%	3,5 (1,3)
Administrativ leder	2%	11%	19%	36%	16%	17%	3,6 (1,0)
Oslo	8%	8%	8%	46%	15%	15%	3,6 (1,2)
... å diskutere saker fra samarbeidsutvalget (%)							
Total (eks. Oslo)	4%	5%	19%	36%	24%	11%	3,8 (1,1)
Kommuneoverleger	7%	7%	20%	34%	27%	6%	3,7 (1,2)
Administrativ leder	0%	3%	19%	40%	21%	17%	4,0 (0,8)
Oslo	8%	0%	8%	54%	15%	15%	3,8 (0,8)
... drøfting av konkrete kasus i anonymisert form (%)							
Total (eks. Oslo)	19%	15%	13%	10%	10%	33%	2,6 (1,4)
Kommuneoverleger	29%	19%	13%	8%	9%	22%	2,3 (1,4)
Administrativ leder	12%	10%	10%	13%	10%	44%	2,9 (1,4)
Oslo	15%	31%	23%	0%	0%	31%	3,1 (1,4)

Spm. 30: I hvilken grad bidrar møteforumet til ... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)							
Total : N=108. Kommuneoverleger : N=60. Administrativ leder: N=47.	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
... samarbeid mellom fastlegene i kommunen (%)							
Total (eks. Oslo)	0%	2%	8%	44%	34%	11%	4,3 (0,7)
Kommuneoverleger	0%	2%	10%	46%	39%	3%	4,3 (0,7)
Administrativ leder	0%	2%	6%	44%	27%	20%	4,2 (0,7)
... å fremme og forberede saker til samarbeidsutvalget (%)							
Total (eks. Oslo)	5%	10%	16%	30%	16%	24%	3,6 (1,1)
Kommuneoverleger	5%	8%	24%	29%	19%	15%	3,6 (1,1)
Administrativ leder	4%	11%	6%	32%	13%	34%	3,6 (1,2)
... å diskutere saker fra samarbeidsutvalget (%)							
Total (eks. Oslo)	6%	8%	17%	31%	14%	24%	3,5 (1,1)
Kommuneoverleger	5%	8%	20%	34%	17%	15%	3,6 (1,1)
Administrativ leder	6%	6%	13%	30%	11%	34%	3,5 (1,1)
... drøfting av konkrete kasus i anonymisert form (%)							
Total (eks. Oslo)	18%	5%	8%	26%	19%	25%	3,3 (1,5)
Kommuneoverleger	18%	7%	10%	27%	28%	10%	3,4 (1,5)
Administrativ leder	17%	2%	4%	26%	7%	43%	3,1 (1,5)

Spm. 32. I hvilken grad vurderer du at ... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)								
Total: N=362. Kommuneoverleger : N=201. Administrativ leder: N=181. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
... kommunen informerer legene om forhold som har betydning for den enkelte leges virksomhet (%)								
Total (eks. Oslo)	0%	4%	12%	46%	34%	2%	1%	4,1 (8,1)
Kommuneoverleger	1%	6%	16%	46%	28%	1%	2%	4,0 (0,9)
Administrativ leder	0%	2%	7%	49%	39%	2%	1%	4,3 (0,7)
Oslo	0%	15%	23%	46%	15%	0%	0%	3,6 (1,0)
... kommunen informerer fastlegene om viktige kommunale helsetilbud som fastlegene bør kjenne til (%)								
Total (eks. Oslo)	0%	3%	12%	46%	38%	1%	0%	4,2 (0,8)
Kommuneoverleger	0%	5%	15%	47%	32%	1%	1%	4,1 (0,8)
Administrativ leder	0%	2%	7%	46%	45%	1%	0%	4,4 (0,7)
Oslo	0%	0%	15%	62%	23%	0%	0%	4,1 (0,6)
... fastlegene er tilgjengelig for dialog når kommunen har behov for dette (%)								
Total (eks. Oslo)	2%	4%	15%	43%	36%	0%	0%	4,1 (0,9)
Kommuneoverleger	2%	3%	17%	44%	35%	0%	0%	4,1 (0,9)
Administrativ leder	2%	4%	12%	43%	38%	1%	0%	4,1 (0,9)
Oslo	0%	8%	46%	38%	8%	0%	0%	3,5 (0,8)
... fastlegene er involvert som rådgivere i utforming av helse- og omsorgstjenester i kommunen (%)								
Total (eks. Oslo)	9%	22%	29%	25%	13%	1%	0%	3,1 (1,2)
Kommuneoverleger	13%	25%	30%	21%	8%	1%	1%	2,8 (1,2)
Administrativ leder	6%	19%	26%	29%	18%	1%	0%	3,3 (1,2)
Oslo	15%	46%	31%	8%	0%	0%	0%	2,3 (0,9)
... fastlegene er involvert i utarbeidelsen og oppfølgingen av samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten (%)								
Total (eks. Oslo)	19%	25%	21%	17%	7%	6%	4%	2,6 (1,2)
Kommuneoverleger	26%	27%	18%	15%	6%	5%	3%	2,4 (1,2)
Administrativ leder	15%	22%	24%	21%	7%	6%	5%	2,8 (1,2)
Oslo	31%	23%	31%	8%	0%	0%	8%	2,2 (1,0)

Spm. 33: Har kommunen benyttet seg av sanksjoner overfor fastlegene i kommunen de siste 5-6 årene?				
Total: N=362. Kommuneoverleger: N=201. Administrativ leder: N=178. Oslo: N=13	Total (eks. Oslo)	Kommuneoverleger	Administrativ leder	Oslo
Ja	9%	8%	10%	23%
Nei	78%	81%	75%	46%
Vet ikke	13%	11%	15%	31%

Finansiering av fastlegeordningen

Spm. 36. Vurder følgende utsagn: Totalrammen for finansiering av fastlegeordningen er tilstrekkelig (%) (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)								
Total N=362. Kommuneoverleger : N=201. Administrativ leder: N=178. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)	
Total (eks. Oslo)	35%	29%	14%	8%	5%	9%	2,1 (1,2)	
Kommuneoverleger	44%	30%	6%	6%	5%	8%	1,9 (1,1)	
Administrativ leder	25%	28%	22%	10%	5%	11%	2,4 (1,2)	
Oslo	8%	46%	38%	0%	0%	8%	2,3 (0,7)	

Spm. 37: Du har angitt at du opplever at dagens totalramme ikke er tilstrekkelig. Hvilken komponent anser du at bør økes?				
Total N=231. Kommuneoverleger: N=150. Administrativ leder: N=93. Oslo: N=7	Total (eks. Oslo)	Kommuneoverleger	Administrativ leder	Oslo
Den aktivitetsbaserte finansieringen bør økes	2%	1%	4%	0%
Basistilskuddet bør økes	38%	39%	35%	43%
Begge bør økes	55%	58%	53%	57%
Vet ikke	5%	3%	8%	0%

Spm. 38. Vurder følgende utsagn:
Innenfor dagens totalramme er fordelingsnøkkelen med ca 30% basistilskudd og ca 70% aktivitetsbasert finansiering hensiktsmessig... (%) (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)

Total: N=362. Kommuneoverleger : N=201. Administrativ leder: N=178. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
Total (eks. Oslo)	10%	27%	22%	14%	5%	22%	2,7 (1,1)
Kommuneoverleger	15%	27%	20%	15%	6%	16%	2,6 (1,2)
Administrativ leder	5%	26%	24%	13%	5%	28%	2,8 (1,0)
Oslo	15%	23%	31%	15%	0%	15%	2,5 (1,0)

Spm. 39: Du har angitt at du opplever at dagens fordelingsnøkkel ikke er hensiktsmessig. Hvordan anser du at fordelingsnøkkelen bør endres?

Total: N=131. Kommuneoverleger: N=85. Administrativ leder: N=53. Oslo: N=5	Total (eks. Oslo)	Kommuneoverleger	Administrativ leder	Oslo
Aktivitetsbasert finansiering bør utgjøre en større andel	2%	1%	4%	0%
Basistilskuddet bør utgjøre en større andel	95%	98%	92%	100%
Vet ikke	2%	1%	4%	0%

Spm. 40. Vurder følgende utsagn om dagens innretning av takstsystemet (normaltariffen):
(Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)

Dagens innretning av takstsystemet...

Total: N=358. Kommuneoverleger: N=200. Administrativ leder: N=175. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
... bidrar til kostnadseffektive helsetjenester (%)							
Total (eks. Oslo)	4%	16%	26%	27%	15%	13%	3,4 (1,1)
Kommuneoverleger	4%	18%	22%	32%	21%	4%	3,5 (1,1)
Administrativ leder	3%	13%	29%	22%	11%	22%	3,3 (1,1)
Oslo	0%	23%	62%	0%	15%	0%	3,1 (1,0)
... bidrar til riktige prioriteringer i fastlegers tidsbruk (%)							
Total (eks. Oslo)	7%	28%	33%	16%	4%	13%	2,8 (1,0)
Kommuneoverleger	8%	32%	33%	20%	5%	3%	2,8 (1,0)
Administrativ leder	5%	23%	34%	11%	4%	22%	2,8 (1,0)
Oslo	15%	54%	31%	0%	0%	0%	2,2 (0,7)
... understøtter kommunens behov for samarbeid med fastlegene (%)							
Total (eks. Oslo)	25%	28%	23%	11%	2%	12%	2,3 (1,1)
Kommuneoverleger	31%	29%	17%	13%	2%	8%	2,2 (1,1)
Administrativ leder	20%	25%	28%	10%	1%	17%	2,4 (1,0)
Oslo	23%	46%	31%	0%	0%	0%	2,1 (0,8)
... understøtter fastlegenes samarbeid med kommunale helsetjenester (%)							
Total (eks. Oslo)	18%	26%	27%	14%	3%	11%	2,5 (1,1)
Kommuneoverleger	21%	27%	25%	18%	4%	6%	2,5 (1,1)
Administrativ leder	17%	24%	29%	12%	1%	17%	2,5 (1,0)
Oslo	23%	39%	23%	15%	0%	0%	2,3 (1,0)
... understøtter fastlegenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten (%)							
Total (eks. Oslo)	25%	21%	25%	9%	1%	19%	2,3 (1,1)
Kommuneoverleger	34%	23%	22%	10%	2%	11%	2,1 (1,1)
Administrativ leder	16%	18%	28%	7%	1%	29%	2,4 (1,0)
Oslo	17%	42%	25%	0%	0%	17%	2,1 (0,7)

Spm. 41. I hvilken grad vurderer du at dagens nivå på basistilskuddet er til hinder for å rekruttere og beholde fastleger? n (%)
(Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)

Total: N=359. Kommuneoverleger: N=200. Administrativ leder: N=176. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
Total (eks. Oslo)	6%	10%	21%	24%	20%	19%	3,5 (1,2)
Kommuneoverleger	6%	8%	16%	29%	29%	13%	3,8 (1,2)
Administrativ leder	6%	13%	28%	19%	10%	24%	3,2 (1,1)
Oslo	8%	0%	31%	38%	15%	8%	3,6 (1,1)

Spm. 42. I hvilken grad vurderer du at.. (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)							
Total: N=356. Kommuneoverleger : N=199. Administrativ leder: N=174. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
... det vil være hensiktsmessig å vurdere en modell med kommunal helfinansiering av fastlegeordningen (%)							
Total (eks. Oslo)	26%	15%	17%	15%	14%	13%	2,7 (1,5)
Kommuneoverleger	30%	15%	18%	14%	14%	11%	2,6 (1,5)
Administrativ leder	23%	13%	16%	16%	16%	17%	2,8 (1,5)
Oslo	8%	8%	0%	62%	8%	15%	3,6 (1,1)
... det vil være hensiktsmessig å vurdere en modell med statlig helfinansiering av fastlegeordningen (%)							
Total (eks. Oslo)	12%	6%	12%	21%	33%	16%	3,7 (1,4)
Kommuneoverleger	16%	6%	14%	23%	28%	13%	3,5 (1,5)
Administrativ leder	8%	5%	10%	19%	37%	21%	3,9 (1,3)
Oslo	8%	15%	23%	23%	15%	15%	3,3 (1,3)

Kommunens vurdering av samarbeidet mellom fastlegene og samarbeidspartnere

Spm. 43. I hvilken grad vurderer du at kommunen legger til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre helse- og omsorgstjenester i kommunen? (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)							
Total: N=358 Kommuneoverleger : N=200 Administrativ leder: N=175. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
Total (eks. Oslo)	1%	5%	24%	46%	22%	2%	3,8 (0,9)
Kommuneoverleger	2%	9%	27%	47%	14%	3%	3,6 (0,9)
Administrativ leder	0%	2%	22%	45%	30%	1%	4,1 (0,8)
Oslo	0%	0%	46%	38%	15%	0%	3,7 (0,8)

Spm. 44. Vurder følgende utsagn om samarbeid mellom fastlegene og kommunale tjenester, samt spesialisthelsetjenesten... (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad) Sett opp mot behovet for samhandling...								
Total : N=358. Kommuneoverleger : N=200. Administrativ leder: N=175. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt	Snitt (SD)
... fungerer samarbeidet mellom fastlegene og <u>spesialisthelsetjenesten</u> godt (%)								
Total (eks. Oslo)	0%	7%	33%	43%	6%	11%	1%	3,5 (0,7)
Kommuneoverleger	0%	7%	33%	49%	5%	5%	1%	3,6 (0,7)
Administrativ leder	0%	7%	34%	34%	7%	17%	1%	3,5 (0,8)
Oslo	0%	8%	46%	23%	0%	23%	0%	3,2 (0,6)
... fungerer samarbeidet mellom fastlegene og <u>helsesykepleier/skolehelsetjenesten</u> godt (%)								
Total (eks. Oslo)	1%	3%	19%	43%	31%	2%	1%	4,1 (0,8)
Kommuneoverleger	1%	3%	23%	47%	25%	2%	0%	3,9 (0,8)
Administrativ leder	1%	2%	15%	41%	38%	2%	1%	4,2 (0,8)
Oslo	0%	15%	15%	62%	0%	8%	0%	3,5 (0,8)
... fungerer samarbeidet mellom fastlegene og <u>jordmor</u> godt (%)								
Total (eks. Oslo)	2%	7%	18%	39%	26%	6%	3%	3,9 (1,0)
Kommuneoverleger	3%	9%	23%	43%	18%	3%	2%	3,7 (1,0)
Administrativ leder	1%	6%	12%	37%	33%	7%	3%	4,1 (0,9)
Oslo	0%	0%	38%	38%	0%	23%	0%	3,5 (0,5)
... fungerer samarbeidet mellom fastlegene og <u>barnevernet</u> godt (%)								
Total (eks. Oslo)	3%	13%	32%	30%	7%	13%	3%	3,3 (1,0)
Kommuneoverleger	4%	18%	38%	28%	5%	8%	1%	3,1 (0,9)
Administrativ leder	3%	8%	23%	34%	10%	17%	5%	3,5 (1,0)
Oslo	8%	23%	38%	15%	0%	15%	0%	2,7 (0,9)
... fungerer samarbeidet mellom fastlegene og <u>kommunale tjenester innen rus og psykiatri</u> godt (%)								
Total (eks. Oslo)	0%	6%	24%	44%	24%	2%	1%	3,9 (0,8)
Kommuneoverleger	0%	8%	28%	43%	19%	1%	1%	3,8 (0,9)
Administrativ leder	0%	3%	18%	46%	29%	2%	1%	4,0 (0,8)
Oslo	0%	8%	54%	38%	0%	0%	0%	3,3 (0,6)
... fungerer samarbeidet mellom fastlegene og <u>hjemmetjenesten</u> godt (%)								
Total (eks. Oslo)	0%	2%	13%	51%	32%	1%	1%	4,1 (0,7)
Kommuneoverleger	0%	2%	13%	55%	29%	1%	1%	4,1 (0,7)
Administrativ leder	0%	3%	13%	46%	36%	2%	1%	4,2 (0,8)
Oslo	0%	0%	31%	69%	0%	0%	0%	3,7 (0,5)
... fungerer samarbeidet mellom fastlegene og <u>sykehjem</u> godt (%)								
Total (eks. Oslo)	1%	4%	10%	42%	37%	1%	5%	4,2 (0,8)
Kommuneoverleger	1%	4%	13%	43%	34%	1%	4%	4,1 (0,9)
Administrativ leder	1%	3%	6%	43%	38%	2%	7%	4,3 (0,8)
Oslo	0%	0%	31%	23%	0%	23%	23%	3,4 (0,5)
... fungerer samarbeidet mellom fastlegene og <u>omsorgsboliger</u> godt (%)								
Total (eks. Oslo)	1%	5%	21%	41%	25%	4%	4%	3,9 (0,9)
Kommuneoverleger	1%	7%	24%	36%	25%	4%	4%	3,8 (0,9)
Administrativ leder	1%	3%	17%	45%	25%	5%	6%	4,0 (0,8)
Oslo	0%	15%	38%	31%	0%	8%	8%	3,1 (0,8)
... fungerer samarbeidet mellom fastlegene og <u>kreftkoordinator</u> godt (%)								
Total (eks. Oslo)	1%	2%	1%	32%	27%	11%	16%	4,1 (0,8)
Kommuneoverleger	1%	3%	16%	30%	25%	11%	16%	4,0 (0,9)
Administrativ leder	1%	2%	7%	35%	29%	10%	17%	4,2 (0,8)
Oslo	0%	0%	31%	54%	0%	8%	8%	3,6 (0,5)
... fungerer samarbeidet mellom fastlegene og <u>kommunenes tildelingskontor</u> godt (%)								
Total (eks. Oslo)	1%	7%	23%	36%	14%	6%	12%	3,7 (0,9)
Kommuneoverleger	2%	10%	24%	35%	11%	8%	12%	3,5 (0,9)
Administrativ leder	0%	3%	21%	39%	19%	4%	13%	3,9 (0,8)
Oslo	0%	8%	23%	54%	0%	8%	8%	3,5 (0,7)
... fungerer samarbeidet mellom fastlegene og <u>intermediærenheter/KAD-plasser</u> godt (%)								
Total (eks. Oslo)	3%	7%	24%	35%	24%	5%	3%	3,8 (1,0)
Kommuneoverleger	4%	6%	25%	39%	21%	4%	2%	3,7 (1,0)
Administrativ leder	1%	7%	22%	31%	27%	7%	4%	3,9 (1,0)
Oslo	0%	15%	15%	31%	0%	23%	15%	3,3 (0,9)
... fungerer samarbeidet mellom fastlegene og <u>NAV</u> godt (%)								

Total (eks. Oslo)	1%	6%	28%	32%	17%	12%	4%	3,7 (0,9)
Kommuneoverleger	2%	7%	31%	30%	17%	10%	4%	3,6 (1,0)
Administrativ leder	0%	6%	23%	33%	17%	15%	5%	3,8 (0,9)
Oslo	0%	25%	33%	25%	0%	17%	0%	3,0 (0,8)

Rekruttering og stabilitet

Spm. 46. I hvilken grad har kommunen vanskeligheter med å rekruttere kvalifiserte leger til hjemler i kommunen? (%) (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)								
Total: 358, Kommuneoverleger: 200 Administrativ leder: N=175. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)	
Total (eks. Oslo)	16%	17%	23%	22%	18%	5%	3,1 (1,3)	
Kommuneoverleger	14%	17%	23%	23%	20%	4%	3,2 (1,3)	
Administrativ leder	19%	17%	22%	22%	15%	5%	3,0 (1,4)	
Oslo	54%	15%	15%	8%	8%	0%	2,0 (1,4)	

Spm. 47. I hvilken grad har kommunen hatt vanskeligheter med å rekruttere kvalifiserte leger til hjemler i kommunen det siste tiåret? (%) (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)								
Total: N=358. Kommuneoverleger: N=200. Administrativ leder: N=175. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)	
Total (eks. Oslo)	24%	19%	20%	19%	13%	5%	2,8 (1,4)	
Kommuneoverleger	23%	19%	21%	20%	15%	3%	2,9 (1,4)	
Administrativ leder	26%	20%	18%	18%	11%	7%	2,7 (1,4)	
Oslo	62%	15%	0%	8%	0%	15%	1,5 (0,9)	

Spm 48. I hvilken grad har det blitt vanskeligere å rekruttere kvalifiserte leger til hjemler i kommunen i løpet av de siste 1-2 årene? (%) (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)								
Total: N=358 Kommuneoverleger : N=200. Administrativ leder: N=175. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)	
Total (eks. Oslo)	14%	12%	13%	22%	28%	11%	3,5 (1,4)	
Kommuneoverleger	14%	10%	14%	25%	30%	10%	3,5 (1,4)	
Administrativ leder	13%	14%	13%	20%	26%	14%	3,4 (1,4)	
Oslo	15%	31%	31%	15%	8%	0%	2,7 (1,2)	

Spm 49. I hvilken grad vurderer du at endringen fra gammel turnusordning til søknadsbasert LIS1-ordning kan påvirke mulighetene for rekruttering negativt? (%) (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)								
Total: N=358 Kommuneoverleger :N=200. Administrativ leder: N=175. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)	
Total (eks. Oslo)	14%	14%	22%	10%	8%	31%	2,7 (1,3)	
Kommuneoverleger	18%	13%	25%	11%	9%	25%	2,7 (1,3)	
Administrativ leder	11%	16%	18%	9%	9%	37%	2,8 (1,3)	
Oslo	31%	15%	31%	8%	0%	15%	2,2 (1,1)	

Spm. 50. Hvilke tiltak bruker kommunen å rekruttere og/eller beholde fastleger? (flere kryss er mulig)				
Total: N=358 Kommuneoverleger: N=200. Administrativ leder: N=175. Oslo: N=13	Total (eks. Oslo)	Kommuneoverl eger	Administrativ leder	Oslo
Ingen tiltak	9%	12%	6%	46%
Vet ikke	3%	3%	2%	0%
ALIS eller ALIS-liknende ordning	18%	21%	14%	0%
Fastlønn	36%	35%	36%	0%
Fastlønn, samt at legen beholder en andel av egenandel og/eller refusjon	18%	16%	22%	8%
Subsidiering av kontorlokaler	43%	40%	46%	0%
Subsidiering av utstyr	38%	34%	41%	0%
Subsidiering av lønn til medarbeidere ved legekontoet	36%	33%	37%	8%
Subsidiering av vikarbruk	28%	28%	27%	0%
Støtte til, eller lønnet fravær ved kurs	38%	35%	41%	0%
Lønnet deltagelse i kommunale møter	45%	43%	46%	38%
Ekstra lønn eller andre goder ved pliktig legevaktstjeneste	22%	18%	26%	0%
Ekstra fridager/permisjon med lønn	14%	13%	16%	0%
Tilskudd ved oppstart i nullliste	15%	15%	18%	0%
Bonusavtaler	4%	3%	5%	0%
Dele ledige hjemler i flere hjemler	7%	4%	11%	8%
Reduksjon i antall, eller fritak fra vakter på legevakt	22%	20%	27%	0%
Reduksjon i, eller fritak fra allmennlegeoppgaver	21%	21%	23%	0%
Bistand i forbindelse med lån ved overtagelse av hjemmel	2%	2%	3%	0%
Mulighet for å kutte listelengde	50%	45%	58%	38%
Tilbud om utvidet veiledning	16%	16%	17%	0%
Bistand med å finne lokaler til praksis	11%	10%	12%	0%
Støtte til eller bistand til å finne bolig	22%	18%	27%	0%
Garanti for barnehageplass	11%	13%	10%	0%
Bistand med å finne jobb til partner	10%	9%	11%	0%
Annet	10%	10%	9%	8%

Spm. 51. Kryss av for de typene av lønnsform av fastlegehjemler som er i bruk i kommunen (flere kryss er mulig, kryss av for alternativene som samsvarer best)				
Total: N=358. Kommuneoverleger : N=200. Administrativ leder: N=178. Oslo: N=13	Total (eks. Oslo)	Kommuneoverl eger	Administrati v leder	Oslo
Selvstendig næringsdrift (legen er arbeidsgiver og holder lokaler/utstyr selv)	48%	50%	49%	100%
Selvstendig næringsdrift med kommunale ytelser (kommunen yter tjenester som lokaler/utstyr og/eller personell – noen steder omtalt som «8.2-avtale»)	44%	42%	46%	0%
Fastlønn uten tillegg	31%	35%	26%	8%
Fastlønn med tillegg av en viss andel av egenandeler og/eller Helfo-refusjon	17%	14%	21%	8%
Vet ikke	1%	2%	1%	0%
Annet	2%	1%	3%	0%

Spm. 52-54. Fastlegehjempler				
Spm 52. Hvor mange fastlegehjempler er for tiden utlyst i kommunen? (%)	Total (eks. Oslo): N=358	Kommuneoverleger: N=200	Administrativ leder: N=175	Oslo: N=13
Ingen	64%	60%	71%	31%
1	18%	20%	15%	46%
2	9%	10%	8%	15%
3	4%	6%	1%	0%
4	2%	2%	2%	0%
5	1%	1%	1%	0%
6	0%	0%	1%	0%
7	0%	1%	0%	0%
8	1%	0%	1%	0%
9	0%	0%	0%	0%
10 eller flere	0%	1%	0%	8%
Vet ikke	1%	1%	0%	0%
Spm 53. Blant fastlegehjemlene som for tiden er utlyst, hva er den lengste tiden siden første utlysning? (%)	Total (eks. Oslo): N=127	Kommuneoverleger: N=80	Administrativ leder: N=50	Oslo: N=9
1 måned eller mindre	35%	35%	40%	56%
2-3 måneder	21%	20%	20%	33%
4-6 måneder	13%	10%	16%	0%
7-12 måneder	14%	16%	10%	11%
13-24 måneder	9%	9%	8%	0%
>24 måneder	2%	1%	4%	0%
Vet ikke	6%	9%	2%	0%
Spm 54. Blant fastlegehjemmelene som for tiden er utlyst, hva er det høyeste antallet utlysninger på én hjemmel? (%)	Total (eks. Oslo): N=127	Kommuneoverleger: N=80	Administrativ leder: N=50	Oslo: N=9
1	35%	35%	38%	67%
2	23%	21%	24%	33%
3	19%	19%	18%	0%
4	9%	9%	8%	0%
5	2%	0%	4%	0%
6	1%	0%	2%	0%
7 eller flere	1%	0%	2%	0%
Vet ikke	12%	16%	4%	0%

Spm. 55-57: Fastlegehjemmelen				
Spm 55. For fastlegehjemmelen som sist ble besatt i kommunen: Hvor lang tid gikk det fra første utlysning til hjemmelen ble besatt? (%)	Total (eks. Oslo): N=357	Kommuneoverleger: N=200	Administrativ leder: N=174	Oslo: N=13
1 måned eller mindre	16%	18%	14%	15%
2-3 måneder	36%	37%	36%	54%
4-6 måneder	20%	20%	20%	23%
7-12 måneder	12%	10%	15%	0%
13-24 måneder	3%	3%	2%	0%
>24 måneder	2%	2%	1%	0%
Vet ikke	13%	13%	11%	8%
Spm 56. For fastlegehjemmelen som sist ble besatt i kommunen: Hvor mange ganger ble fastlegehjemmelen utlyst? (%)	Total (eks. Oslo): N=357	Kommuneoverleger: N=200	Administrativ leder: N=174	Oslo: N=13
1	63%	61%	66%	100%
2	16%	17%	16%	0%
3	8%	10%	5%	0%
4	1%	1%	2%	0%
5	1%	0%	1%	0%
6	0%	0%	0%	0%
7 eller flere	0%	0%	0%	0%
Vet ikke	12%	12%	11%	0%
Spm. 57. For fastlegehjemmelen som sist ble besatt i kommunen: Hvilken avlønningsform ble det inngått avtale om? (%)	Total (eks. Oslo): N=357	Kommuneoverleger: N=200	Administrativ leder: N=174	Oslo: N=13
Selvstendig næringsdrift (legen er arbeidsgiver og holder lokaler/utstyr selv)	35%	39%	34%	100%
Selvstendig næringsdrift med kommunale ytelser (kommunen yter tjenester som lokaler/utstyr og/eller personell – noen steder omtalt som «8.2-avtale»)	28%	24%	30%	0%
Fastlønn uten tillegg	22%	24%	20%	0%
Fastlønn med tillegg av en viss andel av egenandeler og/eller Helfo-refusjon	10%	10%	11%	0%
Vet ikke	2%	1%	2%	0%
Annet	2%	2%	2%	0%

Legevaktsordningen i kommunen

Spm 59. I hvilken grad er det vanskelig å få dekket vaktene på legevakten? (%) (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)							
Total: N=356. Kommuneoverleger: N=200. Administrativ leder: N=173. Oslo: N=13	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
Total (eks. Oslo)	28%	30%	18%	13%	3%	7%	2,3 (1,1)
Kommuneoverleger	32%	32%	19%	11%	3%	4%	2,2 (1,1)
Administrativ leder	26%	29%	16%	16%	3%	10%	2,3 (1,2)
Oslo	23%	15%	8%	0%	0%	54%	1,7 (0,8)

Spm 60. I hvilken grad tror du endringer i forbindelse med den nye akuttmedisinforskriften vil gjøre det mer utfordrende å dekke vaktene på legevakten? (%) (Svar angis på en skala fra 1-5, der 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad)							
Total: N=356. Kommuneoverleger : N=200. Administrativ leder: N=173. Oslo: N=9	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
Total (eks. Oslo)	8%	11%	21%	26%	25%	9%	3,5 (1,2)
Kommuneoverleger	10%	11%	21%	30%	25%	5%	3,5 (1,3)
Administrativ leder	6%	12%	21%	23%	25%	13%	3,6 (1,2)
Oslo	23%	15%	8%	0%	0%	54%	3,0 (1,4)

Spm. 61-64: Legevakter				
Spm 61. Hvem dekker legevaktene i kommunen? (flere kryss er mulig) (%)	Total (eks. Oslo): N=356	Kommuneoverl eger: N=200	Administrati v leder: N=173	Oslo: N=13
Fastleger	99%	100%	97%	69%
Fast ansatte på legevakt	22%	22%	25%	54%
Leger engasjert via vikarbyrå	8%	8%	9%	0%
Leger som ikke er engasjert via vikarbyrå, som ikke er fastleger	35%	41%	31%	38%
Vet ikke	2%	1%	3%	38%
Spm 62. Har dere i løpet av 2018 benyttet dere av ekstra goder eller andre bonusordninger for å få dekket legevakter? (%)	Total (eks. Oslo): N=356	Kommuneoverl eger: N=200	Administrati v leder: N=173	Oslo: N=13
Ja	19%	21%	17%	0%
Nei	71%	74%	67%	62%
Vet ikke	10%	5%	16%	38%
Spm 63. Er det interkommunal legevakt i kommunen?	Total (eks. Oslo): N=356	Kommuneoverl eger: N=200	Administrati v leder: N=173	Oslo: N=13
Ja	83%	84%	82%	0%
Nei	17%	16%	17%	85%
Vet ikke	1%	1%	1%	15%
Spm. 64. Er det aktuelt for kommunen å inngå et samarbeid om interkommunal legevakt? (%)	Total (eks. Oslo): N=61	Kommuneoverl eger: N=33	Administrati v leder: N=31	Oslo: N=11
Ja	23%	15%	32%	0%
Nei	41%	55%	29%	64%
Kanskje	33%	27%	35%	0%
Vet ikke	3%	3%	3%	36%

Oversikt over regresjoner

For å undersøke om det er systematiske forskjeller i svarene mellom små og store kommuner, sentrale og usentrale eller kommuner med ulike avtaleformer blant sine fastleger, er det gjennomført lineære regresjoner på de fleste spørsmålene. I standard-regresjonen er følgende variable benyttet som forklaringsvariable: kommunens sentralitet og størrelse, avlønningsformen i kommunen (inndelt i fire kategorier), samt hvilken rolle som har svart i kommunen (henholdsvis administrativ leder eller kommuneoverlegen).

For enkelte spørsmål har vi i tillegg gjennomført regresjonsanalyser med flere forklaringsvariable, eksempelvis om kommunen har lave frie disponible inntekter, er netto-fraflyttingskommune eller har oppgitt å ha rekrutteringsproblemer (spm. 46, 47 og 48 i spørreundersøkelsen).

Kommunene er inndelt i følgende kategorier etter avlønningsform: 1) kun næringsdrivende uten 8.2-avtaler, 2) kun næringsdrivende med innslag av 8.2-avtaler (noen eller alle har 8.2-avtale), 3)

blandingskommuner, det vil si at det er både fastlønnede og selvstendig næringsdrivende fastleger i kommunen, 4) rene fastlønnskommuner, det vil si samtlige fastleger er fastlønnede.

Kommunene er inndelt i seks sentralitetskategorier og seks størrelseskategorier, basert på SSBs standardinndeling. Kommuner med lave frie disponible inntekter er angitt av KOSTRA-gruppene. Netto-fraflyttingskommuner er operasjonalisert til kommuner som ifølge SSBs nøkkeltall har hatt negativ netto innflytting i 2017 og/eller 2018.

Tabellen under gir en oversikt over hvilke spørsmål som er analysert med standardregresjonen og om det var utslag på forklaringsvariablene sentralitet, størrelse og avlønningsform med signifikansnivå på minimum 5 prosent. Ev. forskjeller mellom svarene til kommuneoverleger og administrative ledere er ikke angitt i tabellen, av hensyn til oversiktighet. Der det i tillegg til standardregresjonen er gjennomført regresjoner med flere forklaringsvariable, fremgår resultatet av kommentar-kolonnen lengst til høyre i tabellen.

Oversikt regresjoner gjennomført på kommuneundersøkelsen				
K. er forkortelse for kommune.				
Spørsmål	Sentralitet	Størrelse	Avlønningsform	Kommentar og tilleggsvariable
8.3				Ingen sign. forskjell
9.1				Ingen sign. forskjell
9.2				Ingen sign. forskjell
10.1			K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig	
10.2				Ingen sign. forskjell
10.3			K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig	
10.4			Rene fastlønnskommuner og blandingskommuner mer enig enn k. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtaler.	
10.5		Mindre k. mest enig		
11			K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig enn blandingskommuner	
13.2				Ingen sign. forskjell. Rekrutteringsutfordringer heller ikke signifikant forklaringsvariabel.
13.3			K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig	Rekrutteringsutfordringer ikke signifikant forklaringsvariabel.
13.4			K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig	Rekrutteringsutfordringer ikke signifikant forklaringsvariabel.
15.1		Mindre k. mest enig	K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig enn rene fastlønnskommuner	
15.2			K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig	
15.3			K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig	
18.2		Mindre k. mest enig	K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig enn rene fastlønnskommuner og k. med kun næringsdrivende og innslag av 8.2-avtaler.	
18.3		Mindre k. mest enig	K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig enn k. med kun næringsdrivende og innslag av 8.2-avtaler	
18.4			K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig enn rene fastlønnskommuner og blandingskommuner	
18.5		Større k. mest enig		
20	Sentrale k. mest enig	Større k. mest enig		
23		Større k. størst grad		Større kommuner har i større grad enten ALU eller et liknende forum

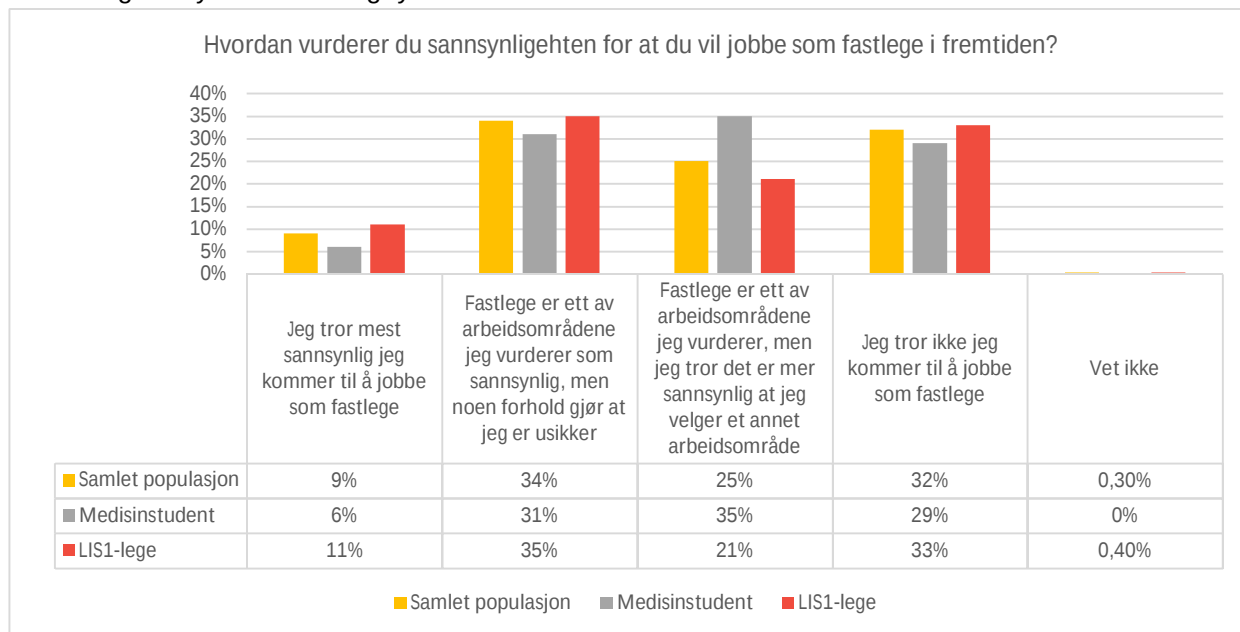
32.1				Ingen sign. forskjell
32.2			K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig	
32.3			K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig enn rene fastlønnskommuner	
32.4				Ingen sign. forskjell
32.5			K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig enn rene fastlønnskommuner	
36			K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale <u>mindre</u> enig enn rene fastlønnskommuner	K. med rekrutterings-utfordringer er i <u>mindre</u> grad enig. Lave frie disponible inntekter ikke utslagsgivende.
42.1			K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale mer enig enn k. med kun næringsdrivende og innslag av 8.2-avtaler	K. med rekrutterings-utfordringer siste 10 år mer enig. Lave frie disponible inntekter ikke utslagsgivende.
42.2				Rekrutteringsproblemer eller lave frie disponible inntekter ikke utslagsgivende.
43				Ingen sign. forskjell
44.1				Ingen sign. forskjell
46	Usentrale k. mest enig	Større k. mest enig	Blandingskommuner mer enig enn k. med kun næringsdrivende og innslag av 8.2-avtaler	Lave frie disponible inntekter og netto-fraflyttingskommune ikke utslagsgivende.
47	Usentrale k. mest enig		Fastlønnskommuner og blandingskommuner mer enig enn k. med kun næringsdrivende og innslag av 8.2-avtaler	Lave frie disponible inntekter og netto-fraflyttingskommune ikke utslagsgivende.
48		Større k. mest enig		Lave frie disponible inntekter og netto-fraflyttingskommune ikke utslagsgivende.
53				Lengre tid blant k. med rekrutteringsutfordringer
55	Usentrale k. lengre tid		K. med kun næringsdrivende uten 8.2-avtale lengre tid enn k. med kun næringsdrivende og innslag av 8.2-avtaler	
59				Ingen sign. forskjell
60				Ingen sign. forskjell

Vedlegg C: Funn spørreundersøkelse til medisinstudenter og LIS1-leger

Bakgrunnsinformasjon

Bakgrunnsvariabler			
	Total	LIS1-leger	Studenter
Antall, n	355	251	104
Studie-/jobbsituasjon, n (%)			
Medisinstudent siste semester	104 (29%)		
Lege, for tiden i kommunehelsedelen av LIS1	213 (60%)		
Lege, fullført kommunehelsedelen av LIS1	38 (11%)		
Kjønn, n (%)			
Mann/kvinne	139 (39%)/ 216 (61%)	98 (39%)/153 (61%)	41 (39%)/ 63(61%)
Gjennomført praksisperiode i kommunehelsetjenesten, n (%)			
Ja/nei			104 (100%)/ 0 (0%)
Alder i år, n (%)			
<25	16 (5%)		16 (15%)
25-29	209 (59%)	142 (57%)	67 (64%)
30-34	102 (29%)	85 (34%)	17 (16%)
35-39	22 (6%)	19 (8%)	3 (3%)
≥40	6 (2%)	5 (2%)	1 (1%)
Studiested			
UiO	113 (32%)	54 (22%)	59 (57%)
UiT	35 (10%)	35 (14%)	
NTNU	49 (14%)	49 (20%)	
UiB	56 (16%)	11 (4%)	45 (43%)
Studiested utenfor Norge	102 (29%)	102 (41%)	

Vurderinger knyttet til fastlegeyrket



Spm. 7: Vurder følgende utsagn om fastlegeyrket og faglige forhold (Svar angis i en skala fra 1-5, der 1= Helt uenig, 5= Helt enig)							
Alle respondenter; n =353 Medisinstudenter; n=104 LIS1-leger; n=249	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt (SD)
Jeg har interesse for fagfeltet, (%)							
Alle respondenter	3%	7%	16%	36%	38%	0%	4,0(1,0)
Medisinstudenter	1%	4%	19%	34%	42%	0%	4,1(0,9)
LIS1-leger	3%	9%	15%	37%	36%	0%	3,9(1,1)
Jeg opplever at det er gode muligheter for å holde seg faglig oppdatert, n (%)							
Alle respondenter	7%	20%	35%	24%	11%	1%	3,1(1,1)
Medisinstudenter	5%	19%	34%	29%	10%	4%	3,2(1,0)
LIS1-leger	10%	29%	37%	15%	8%	2%	3,1(1,1)
Jeg opplever at det er gode muligheter for å fordype seg i et interessefelt, n (%)							
Alle respondenter	9%	30%	33%	19%	7%	3%	2,8(1,1)
Medisinstudenter	6%	35%	21%	29%	3%	7%	2,9(1,0)
LIS1-leger	10%	29%	37%	15%	8%	2%	2,8(1,1)
Jeg opplever at det er god veiledning som uerfaren fastlege/under spesialisering i allmennmedisin, n (%)							
Alle respondenter	13%	20%	24%	21%	8%	14%	2,9(1,2)
Medisinstudenter	10%	19%	29%	13%	3%	26%	2,7(1,0)
LIS1-leger	13%	20%	22%	25%	10%	10%	3,0(1,2)
Jeg opplever at spesialiseringen i allmennmedisin er godt tilrettelagt, n (%)							
Alle respondenter	28%	21%	21%	10%	1%	28%	2,4(1,1)
Medisinstudenter	15%	20%	17%	10%	1%	37%	2,4(1,1)
LIS1-leger	20%	22%	23%	10%	1%	25%	2,4(1,1)
Jeg opplever at det er gode muligheter for faglig sparring/rådføring, n (%)							
Alle respondenter	9%	24%	28%	24%	10%	6%	3,0(1,1)
Medisinstudenter	10%	25%	27%	20%	4%	14%	2,8(1,1)
LIS1-leger	8%	24%	28%	25%	12%	3%	3,1(1,2)

Independent sample t-test			
	Mann, snitt SD	Kvinne, snitt (SD)	P-verdi
Jeg har interesse for fagfeltet	3,9 (1,0)	4,1 (1,0)	0,047

Independent sample t-test			
	Studiested i Norge, snitt SD	Studiested utenfor Norge, snitt (SD)	P-verdi
Jeg har interesse for fagfeltet	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0,89

Spm. 8: Vurder følgende utsagn om fastlegens arbeidsoppgaver (Svar angis i en skala fra 1-5, der 1= Helt uenig, 5= Helt enig)							
Alle respondenter; n =352 Medisinstudenter; n=104 LIS1-leger; n=248	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt(SD)
Jeg liker variasjonen i problemstillinger og arbeidsoppgaver i dagens allmennpraksis, n (%)							
Alle respondenter	3%	6%	17%	36%	39%	0%	4,0(1,0)
Medisinstudenter	1%	3%	17%	36%	43%	0%	4,1(0,9)
LIS1-leger	4%	7%	17%	36%	37%	0%	4,0(1,1)
Jeg liker at det er mindre akuttmedisin enn i spesialisthelsetjenesten, n (%)							
Alle respondenter	27%	27%	23%	12%	10%	1%	2,5(1,3)
Medisinstudenter	16%	28%	31%	11%	13%	2%	2,7(1,2)
LIS1-leger	31%	26%	20%	13%	9%	1%	2,4(1,3)
Jeg har interesse for kommunale oppgaver som sykehjem og helsestasjon osv., n (%)							
Alle respondenter	21%	19%	25%	23%	11%	0%	2,8(1,3)
Medisinstudenter	14%	23%	25%	26%	13%	0%	3,0(1,2)
LIS1-leger	25%	18%	25%	21%	11%	0%	2,8(1,3)
Jeg har interesse for legevaktsarbeid, n (%)							
Alle respondenter	5%	7%	15%	31%	42%	0,3%	4,0(1,1)
Medisinstudenter	2%	8%	14%	34%	43%	0%	4,1(1,0)
LIS1-leger	6%	7%	16%	30%	41%	0,4%	3,9(1,2)
Jeg har interesse for administrative oppgaver knyttet til drift av legekontor, n (%)							
Alle respondenter	64%	20%	9%	6%	1%	0,3%	1,6(0,9)
Medisinstudenter	66%	19%	10%	4%	1%	0%	1,5(0,9)
LIS1-leger	62%	20%	9%	7%	1%	0,4%	1,6(1,0)
Spm. 9: Vurder følgende utsagn om fastlegens arbeidssituasjon (Svar angis i en skala fra 1-5, der 1= Helt uenig, 5= Helt enig)							
Alle respondenter; n =352 Medisinstudenter; n=104 LIS1-leger; n=248	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt(SD)
Jeg liker kontinuiteten i lege-pasient-forholdet i dagens allmennmedisin, n (%)							
Alle respondenter	2%	3%	14%	33%	47%	1%	4,2(0,9)
Medisinstudenter	1%	2%	10%	27%	60%	0%	4,4(0,8)
LIS1-leger	2%	4%	16%	35%	42%	1%	4,1(1,0)
Jeg opplever at arbeidsmengden er håndterbar, n (%)							
Alle respondenter	26%	29%	33%	15%	4%	4%	2,4(1,1)
Medisinstudenter	33%	34%	22%	5%	0%	7%	2,0(0,9)
LIS1-leger	23%	28%	22%	19%	5%	3%	2,5(1,2)
Jeg opplever at det er nok tid til pasientnært arbeid i dagens allmennpraksis, n (%)							
Alle respondenter	31%	29%	24%	11%	2%	2%	2,2(1,1)
Medisinstudenter	34%	38%	20%	5%	0%	4%	2,0(0,9)
LIS1-leger	30%	26%	26%	14%	3%	1%	2,3(1,1)
Jeg opplever at ansvaret er håndterbart, n (%)							
Alle respondenter	11%	23%	35%	24%	5%	2%	2,9(1,1)
Medisinstudenter	11%	26%	39%	17%	3%	5%	2,7(1,0)
LIS1-leger	11%	22%	34%	27%	6%	0,4%	3,0(1,1)
Jeg liker at det er høy grad av autonomi, n (%)							
Alle respondenter	3%	6%	19%	40%	28%	4%	3,9(1,0)
Medisinstudenter	3%	4%	21%	46%	18%	8%	3,8(0,9)
LIS1-leger	2%	7%	19%	38%	32%	2%	3,9(1,0)

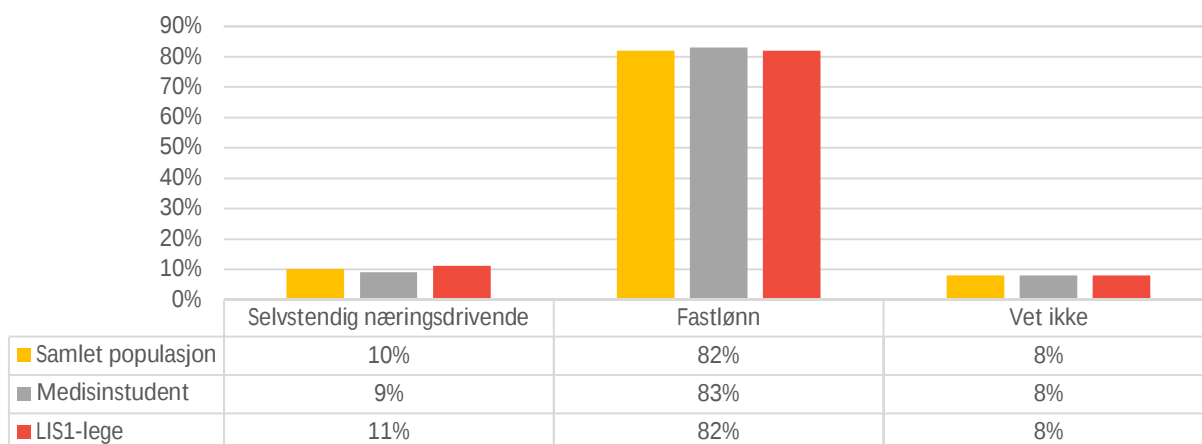
Spm. 10: Vurder følgende utsagn om fastlegeyrket og organisatoriske forhold (Svar angis i en skala fra 1-5, der 1= Helt uenig, 5= Helt enig)							
Alle respondenter; n =351 Medisinstudenter; n=103 LIS1-leger; n=248	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt(SD)
Jeg opplever at lønnsforholdene er gode, n (%)							
Alle respondenter	7%	13%	25%	29%	16%	11%	3,4(1,2)
Medisinstudenter	5%	11%	24%	26%	15%	19%	3,4(1,1)
LIS1-leger	8%	15%	25%	30%	39%	7%	3,4(1,2)
Jeg opplever at det er gode sosiale ordninger og rettigheter, n (%)							
Alle respondenter	38%	21%	14%	6%	2%	20%	1,9(1,1)
Medisinstudenter	38%	20%	10%	4%	0%	28%	1,7(0,9)
LIS1-leger	28%	21%	16%	7%	2%	17%	2,0(1,1)
Jeg opplever at det er godt sosialt arbeidsmiljø, n (%)							
Alle respondenter	6%	15%	31%	29%	16%	4%	3,3(1,1)
Medisinstudenter	4%	18%	34%	26%	9%	10%	3,2(1,0)
LIS1-leger	7%	14%	29%	29%	19%	1%	3,4(1,2)
Jeg opplever at det er fleksibel arbeidstid, n (%)							
Alle respondenter	9%	19%	29%	29%	11%	4%	3,2(1,1)
Medisinstudenter	7%	18%	32%	28%	6%	9%	3,1(1,0)
LIS1-leger	10%	19%	27%	29%	13%	2%	3,2(1,2)
Jeg liker at det ikke er turnus/hovedsakelig er dagarbeid, n (%)							
Alle respondenter	5%	7%	13%	25%	49%	1%	4,1(1,2)
Medisinstudenter	3%	3%	14%	29%	49%	3%	4,2(1,0)
LIS1-leger	7%	8%	13%	23%	49%	0,4%	4,0(1,2)
Jeg opplever at det er mulighet for å jobbe deltid, n (%)							
Alle respondenter	9%	15%	22%	27%	11%	17%	3,2(1,2)
Medisinstudenter	8%	14%	23%	27%	9%	19%	3,2(1,1)
LIS1-leger	10%	15%	21%	27%	12%	16%	3,2(1,2)
Jeg har interesse for selvstendig næringsdrift, n (%)							
Alle respondenter	40%	20%	17%	14%	5%	4%	2,2(1,3)
Medisinstudenter	41%	18%	19%	13%	5%	5%	2,2(1,3)
LIS1-leger	40%	21%	17%	14%	6%	3%	2,3(1,3)

Spm. 11: Vurder følgende utsagn om fastlegeyrkets status og posisjon (Svar angis i en skala fra 1-5, der 1= Helt uenig, 5= Helt enig)							
Alle respondenter; n =350 Medisinstudenter; n=102 LIS1-leger; n=248	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt(SD)
Jeg opplever at fastlegeyrket er samfunnsmessig viktig, n (%)							
Alle respondenter	1%	1%	2%	13%	83%	0%	4,9(0,6)
Medisinstudenter	1%	0%	2%	11%	86%	0%	4,8(0,6)
LIS1-leger	0,4%	1%	2%	14%	82%	0%	4,8(0,6)
Jeg opplever at fastlegeyrket har høy status, n (%)							
Alle respondenter	7%	24%	40%	23%	5%	2%	2,9(1,0)
Medisinstudenter	6%	24%	37%	28%	5%	1%	3,0(1,0)
LIS1-leger	8%	24%	41%	21%	4%	2%	2,9(1,0)
Mitt inntrykk av fastlegeyrket påvirkes av omtale i medier og blant kollegaer, n (%)							
Alle respondenter	6%	5%	33%	33%	16%	7%	3,5(1,1)
Medisinstudenter	3%	1%	31%	43%	17%	5%	3,7(0,9)
LIS1-leger	8%	7%	33%	29%	15%	8%	3,4(1,1)

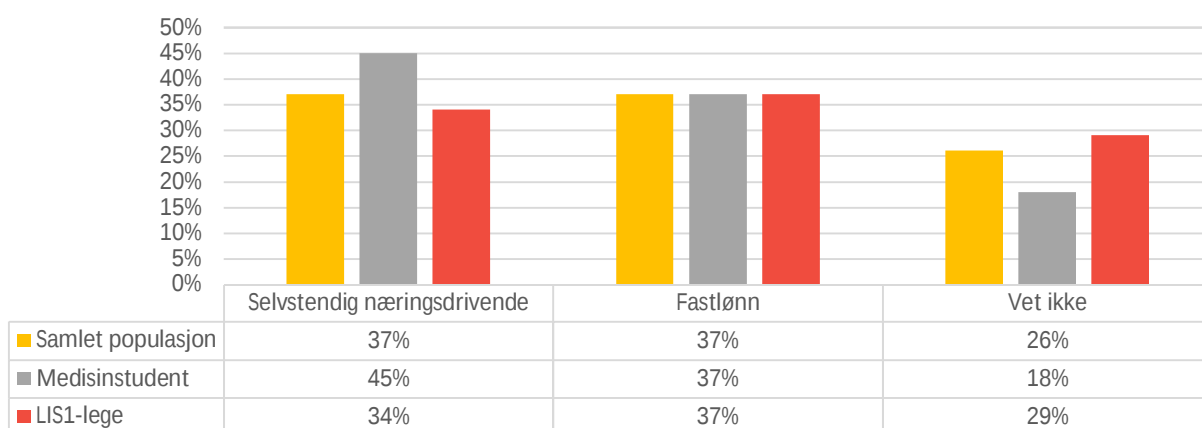
Spm. 12: Vurder følgende utsagn om fastlegeyrket og private forhold (Svar angis i en skala fra 1-5, der 1= Helt uenig, 5= Helt enig)							
Alle respondenter; n =350 Medisinstudenter; n=102 LIS1-leger; n=248	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt(SD)
Jeg opplever at det er tid til fritid og/eller familie, n (%)							
Alle respondenter	9%	19%	31%	31%	8%	3%	3,3(1,1)
Medisinstudenter	15%	23%	37%	17%	3%	6%	2,7(1,0)
LIS1-leger	6%	17%	29%	36%	10%	2%	3,3(1,1)
Jeg opplever at jeg kan få jobb som fastlege et sted jeg ønsket å bo, n (%)							
Alle respondenter	5%	9%	16%	31%	28%	11%	3,9(1,1)
Medisinstudenter	6%	14%	15%	36%	18%	12%	3,5(1,2)
LIS1-leger	4%	7%	17%	28%	33%	11%	3,9(1,1)

Spørsmål knyttet til driftsform

Spm.13: Dersom du som nyutdannet lege skal jobbe som fastlege, hvilken driftsform vil du foretrekke mens du gjennomfører spesialistutdannelsen i allmennmedisin?



Spm. 14: Dersom du skal jobbe som fastlege og har fullført spesialistutdannelsen i allmennmedisin, hvilken driftsform vil du foretrekke?



Spm. 13-14: Vurderinger knyttet til ønsket driftsform

Dersom du som nyutdannet lege skal jobbe som fastlege, hvilken driftsform vil du foretrekke mens du gjennomfører spesialistutdannelsen i allmennmedisin?	Selvstendig næringsdrift (%)	Fastlønn (%)	Vet ikke
Mann	13%	77%	10%
Kvinne	8%	85%	7%
Dersom du skal jobbe som fastlege og har fullført spesialistutdannelsen i allmennmedisin, hvilken driftsform vil du foretrekke?			
Mann	42%	37%	20%
Kvinne	33%	37%	30%

Vurderinger knyttet til fastlegeordningens attraktivitet

Spm. 15: I hvilken grad kunne følgende faglige forhold bidratt til å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt for deg? (Svar angis i en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)							
Alle respondenter; n =347 Medisinstudenter; n=102 LIS1-leger; n=245	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt(SD)
Øke muligheten for å holde seg faglig oppdatert, n (%)							
Alle respondenter	2%	2%	12%	33%	49%	2%	4,3(0,9)
Medisinstudenter	1%	1%	23%	34%	37%	4%	4,1(0,9)
LIS1-leger	2%	2%	8%	32%	54%	2%	4,4(0,9)
Øke muligheten for å spesialisere seg innen et interessefelt, n (%)							
Alle respondenter	2%	6%	20%	31%	35%	5%	4,0(1,0)
Medisinstudenter	1%	6%	24%	31%	32%	6%	3,9(1,0)
LIS1-leger	3%	6%	19%	31%	37%	5%	4,0(1,1)
Øke mengden oppfølging og veiledning når man er uerfaren fastlege/under spesialisering, n (%)							
Alle respondenter	2%	3%	15%	25%	52%	3%	4,3(1,0)
Medisinstudenter	1%	1%	17%	24%	54%	4%	4,4(0,9)
LIS1-leger	2%	4%	15%	27%	51%	2%	4,2(1,0)
Øke muligheten for faglig sparring/rådføring, n (%)							
Alle respondenter	1%	4%	13%	29%	51%	3%	4,3(0,9)
Medisinstudenter	1%	2%	16%	28%	50%	4%	4,3(0,9)
LIS1-leger	1%	4%	12%	29%	51%	2%	4,3(0,9)
Gjøre spesialiseringen i allmennmedisin bedre tilrettelagt, n (%)							
Alle respondenter	1%	1%	9%	20%	60%	11%	4,5(0,8)
Medisinstudenter	0%	0%	12%	21%	50%	18%	4,5(0,7)
LIS1-leger	1%	1%	8%	20%	62%	8%	4,5(0,8)
Mer undervisning om allmennmedisin og drift av allmennpraksis på studiet, n (%)							
Alle respondenter	8%	13%	26%	18%	30%	6%	3,5(1,3)
Medisinstudenter	7%	15%	30%	19%	27%	3%	3,4(1,2)
LIS1-leger	8%	12%	24%	18%	31%	7%	3,6(1,3)

Spm. 16: I hvilken grad kunne følgende forhold knyttet til fastlegens arbeidssituasjon bidratt til å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt for deg? (Svar angis i en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)							
Alle respondenter; n =346 Medisinstudenter; n=102 LIS1-leger; n=244	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt(SD)
Redusere mengden ansvar, n (%)							
Alle respondenter	7%	16%	27%	25%	22%	3%	3,4(1,2)
Medisinstudenter	7%	14%	37%	17%	22%	4%	3,3(1,2)
LIS1-leger	7%	17%	23%	29%	22%	3%	3,4(1,2)
Redusere arbeidsmengde, n (%)							
Alle respondenter	4%	4%	12%	28%	51%	1%	4,2(1,0)
Medisinstudenter	0%	3%	14%	28%	52%	3%	4,3(0,8)
LIS1-leger	5%	5%	11%	30%	51%	1%	4,2(1,1)
Redusere legevaktsbelastningen, n (%)							
Alle respondenter	18%	25%	25%	17%	12%	4%	2,8(1,3)
Medisinstudenter	17%	29%	21%	17%	19%	7%	2,7(1,3)
LIS1-leger	19%	23%	27%	16%	14%	2%	2,8(1,3)
Redusere mengden administrative oppgaver knyttet til drift av legekantor, n (%)							
Alle respondenter	1%	3%	9%	17%	69%	2%	4,5(0,8)
Medisinstudenter	2%	2%	9%	19%	69%	0%	4,5(0,9)
LIS1-leger	0,4%	3%	9%	17%	68%	3%	4,5(0,8)
Redusere mengden papirarbeid knyttet til klinisk arbeid, n (%)							
Alle respondenter	1%	2%	9%	18%	70%	0%	4,6(0,8)
Medisinstudenter	1%	0%	8%	17%	75%	0%	4,6(0,7)
LIS1-leger	0,4%	3%	10%	19%	68%	0%	4,5(0,8)

Spm. 17: I hvilken grad kunne følgende organisatoriske forhold bidratt til å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt for deg? (Svar angis i en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)							
Alle respondenter; n =346 Medisinstudenter; n=102 LIS1-leger; n=244	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt(SD)
Gjøre det mindre forpliktende å teste ut fastlegeyrket, n (%)							
Alle respondenter	3%	10%	19%	68%	39%	10%	4,0(1,1)
Medisinstudenter	4%	3%	15%	30%	37%	11%	4,1(1,1)
LIS1-leger	5%	7%	17%	22%	39%	10%	3,9(1,2)
Bedre lønnsforhold, n (%)							
Alle respondenter	4%	6%	19%	22%	46%	5%	4,1(1,1)
Medisinstudenter	4%	6%	21%	22%	40%	8%	4,0(1,1)
LIS1-leger	4%	5%	18%	22%	48%	3%	4,1(1,1)
Lavere investeringer knyttet til å kjøpe en praksis, n (%)							
Alle respondenter	1%	1%	6%	17%	72%	4%	4,7(0,7)
Medisinstudenter	1%	1%	6%	21%	68%	4%	4,6(0,7)
LIS1-leger	0,4%	1%	6%	15%	73%	4%	4,7(0,7)
Sikrere inntjeningsgrunnlag ved selvstendig næringsdrift, n (%)							
Alle respondenter	3%	2%	8%	22%	58%	8%	4,4(0,9)
Medisinstudenter	2%	5%	8%	25%	54%	7%	4,3(1,0)
LIS1-leger	3%	1%	8%	21%	60%	8%	4,5(0,9)
Flere fastlønnsstillinger, n (%)							
Alle respondenter	4%	3%	8%	13%	67%	4%	4,4(1,1)
Medisinstudenter	6%	3%	9%	17%	61%	5%	4,3(1,2)
LIS1-leger	4%	3%	8%	12%	70%	4%	4,5(1,0)
Forbedre sosiale ordninger og rettigheter (pensjonsrettigheter, rettigheter ved sykdom osv.), n (%)							
Alle respondenter	1%	1%	6%	16%	68%	8%	4,6(0,8)
Medisinstudenter	1%	2%	7%	20%	63%	8%	4,5(0,8)
LIS1-leger	1%	1%	6%	14%	71%	8%	4,7(0,7)

Spm. 18: I hvilken grad kunne følgende øvrige forhold bidratt til å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt for deg? (Svar angis i en skala fra 1-5, der 1= i svært liten grad, 5= i svært stor grad)							
Alle respondenter; n =344 Medisinstudenter; n=102 LIS1-leger; n=242	1	2	3	4	5	Vet ikke	Snitt(SD)
Forbedre mulighetene for et sosialt arbeidsmiljø, n (%)							
Alle respondenter	2%	6%	20%	33%	38%	3%	4,0(1,0)
Medisinstudenter	3%	3%	29%	26%	33%	6%	3,9(1,0)
LIS1-leger	1%	7%	16%	36%	39%	1%	4,1(1,0)
Øke mulighetene for å jobbe deltid, n (%)							
Alle respondenter	11%	9%	21%	25%	28%	6%	3,5(1,3)
Medisinstudenter	7%	4%	20%	25%	40%	5%	3,9(1,2)
LIS1-leger	12%	12%	22%	25%	23%	6%	3,4(1,3)
Øke fleksibiliteten i arbeidstid, n (%)							
Alle respondenter	4%	9%	17%	31%	36%	4%	3,9(1,1)
Medisinstudenter	3%	8%	17%	35%	31%	6%	3,9(1,1)
LIS1-leger	4%	10%	18%	29%	37%	6%	3,9(1,1)
Gjøre fastlegeyrket mer kompatibelt med fritid og/eller familie, n (%)							
Alle respondenter	4%	4%	11%	23%	55%	2%	4,2(1,1)
Medisinstudenter	2%	1%	12%	19%	65%	2%	4,5(0,9)
LIS1-leger	5%	5%	11%	25%	51%	2%	4,1(1,1)

Vedlegg D: Økende slutttilbøyelighet blant fastleger

- ▶ **Bakgrunn:** Kontinuitet i forholdet mellom fastlege og pasient er et sentralt mål i fastlegeordningen. Høy utskifting av fastleger regnes som uheldig for kvaliteten i tjenesten. I tillegg kan høy utskifting være et symptom på at fastlegene er misfornøyd i jobben og skape rekrutteringsutfordringer for kommunen. Vi har derfor undersøkt om sannsynligheten for å slutte som fastlege etter kort tid har økt i løpet av det siste tiåret.
- ▶ **Materiale og metode:** Undersøkelsen omfatter fastlegeavtalene inngått mellom 2010-2018, totalt 2925 hjemler, hvorav 937 var avsluttet innen 2019. Weibulls regresjon er benyttet for å estimere sluttessannsynligheten for ulike grupper, samt utviklingen over tid.
- ▶ **Resultater:** Sannsynligheten for å slutte etter kort tid som fastlege har økt i løpet av de siste ti årene. Sluttessannsynligheten er, og har lenge vært, høyere i usentrale enn sentrale kommuner, men har økt overalt det siste tiåret.

Dataene

Basert på en empirisk analyse av fastlegeregisteret har vi undersøkt om sannsynligheten for å slutte som fastlege etter kort tid har økt i løpet av det siste tiåret. Fra Helsedirektoratet har vi fått tilgang på fastlegeregisteret for årene 2010-2019. Vi har blant annet følgende informasjon om hver fastlegeavtale per 1. januar hvert år: fastlegens kjønn, alder, om fastlegen er spesialist i allmennmedisin, tidspunkt for avtaleinngåelse, avtalekommune, listelengde, om fastlegen har fellesliste, deleliste, gruppe- eller solopraksis, samt om legen er fastlønnet eller selvstendig næringsdrivende¹. Ved å bearbeide datasettet har vi et paneldatasett med en observasjon per fastlegeavtale per år fra 2010-2018, med informasjon om fastlegeavtalen opphører innen januar året etter, om fastlegen har hatt flere fastlegeavtaler samme år eller flere avtaler i løpet av 2010-2019. Vi har også inkludert informasjon om avtalekommunen, herunder gruppert kommunene etter sentralitet og kommunestørrelse.

Studien er avgrenset til å studere sluttessannsynligheten blant avtaler opprettet f.o.m. 2010. Totalt inneholder datasettet 2925 hjemler, hvorav 937 av hjemlene var avsluttet innen 2019. Det er et paneldatasett med 10 484 observasjoner totalt ila. 2010-2018. Tabellen under viser gjennomsnittsverdien for utvalgte variable i datasettet.

Oversikt datasett

Variable	Gjennomsnitt for populasjonen
Året avtalen ble opprettet	2014
Alder ved avtaleinngåelse	36 år
Andel spesialister i allmennmedisin (siste gang observert)	29 %
Andel menn	51 %
Andel fastlønnede	14 %
Listelengde	982 personer
Andel gruppepraksis	93 %
Andel felleslister	9 %
Varighet av avtalen per siste gang observert	4 år
Andel avtaler som avsluttes innen 2019	32 %

¹ Ifølge Helsedirektoratet har registreringen av om avtalene er fastlønnsavtaler vært mangelfull før oppryddingen i 2017. Samtlige avtaler som er registrert som fastlønnsavtaler i 2018 er følgelig antatt å være fastlønnsavtaler fra oppstart. Avtaler som har opphørt før 2018 har vi ingen mulighet til å kontrollere om er feilaktig registrert som selvstendig næringsdrivende.

Andel avtaler som avsluttes, der fastlegen begynner i ny hjemmel innen 1 år	6 %
Andel avtaler der avtalen avsluttes etter å ha overlappet med annen avtale som fortsetter	2 %
Andel avtaler der fastlegen har flere avtaler i perioden 2010-2019, men ikke samtidig	21 %
Andel avtaler der fastlegen samtidig har en annen avtale (typisk kun deler av tiden avtalen varer)	6 %
Sentralitet (1-6, der 6 er minst sentral)	3,4
Størrelse (1-3, der 3 er over 20 000 innbyggere)	2,3

Modellen

I denne artikkelen tar vi sikte på å vise sannsynligheten for å slutte som fastlege i et lite tidsintervall etter et visst tidspunkt gitt at en ikke har sluttet før dette tidspunktet. Denne betingete sannsynligheten kalles en hasardrate. Et problem med slike varighetsanalyser er at en ikke observerer mulige hendelser før og etter analyseperioden. Modellen vi benytter prøver å ta noe hensyn til dette ved at den antar at det er både en venstre og høyresensorering i forløpsdataene.

La X_{it} være en vektor av variabler som er observert for individ i på tidspunkt t .

La T være varighet av tid som fastlege. Denne varigheten av tid som fastlege er en stokastisk variabel med en kumulativ fordeling $F(X_{it}, t)$. Grunnen til dette er at det er flere variabler enn de vi observerer som kan bestemme varigheten av tid som fastlege. Likning (1) angir sannsynligheten for at denne varigheten, T , er mindre eller lik en observert varighet t . Sannsynligheten for at varigheten T er større enn den observerte varigheten er gitt i likning (2). F -funksjonen er den kumulative sannsynlighetsfunksjonen

$$Pr(T \leq t) = F(X_{it}, t)$$

Og

$$Pr(T > t) = 1 - F(X_{it}, t)$$

Den tilhørende tetthetsfunksjonen er $f(X_{it}, t)$.

Sannsynligheten for at legen slutter i fastlegejobben i et lite intervall etter den observerte perioden t , gitt at legen har overlevd i den stillingen inntil da, er hasardraten, $h(X_{it}, t)$:

$$h(X_{it}, t) = \frac{f(X_{it}, t)}{1 - F(X_{it}, t)}$$

I estimeringen av denne hasardraten vil vi bruke Weibull-modellen. I denne modellen antas det at

$$h(X_{it}, t) = \frac{f(X_{it}, t)}{1 - F(X_{it}, t)} = \alpha t^{\alpha-1} \exp(-\alpha X_{it} \beta)$$

Modellen antar at varigheten er gamma fordelt. De koeffisientene vi vil estimere er α og vektoren β .

Fra likning (4) ser vi at sannsynligheten for å slutte som fastlege i et lite tidsintervall etter den observerte perioden t , gitt at en ikke har sluttet før t , øker etter hvert som den observerte tiden går når $\alpha > 1$.

Omvendt hvis $\alpha < 1$. Hvis $\alpha = 1$, så sannsynlighet for å slutte om ett år uavhengig av hvor mange år man har jobbet som fastlege.

Fra likning (4) ser vi videre at hvis en av koeffisientene i vektoren β er positiv, vil den variabelen som er knyttet til denne koeffisienten øke sannsynligheten for å slutte som fastlege ved det observerte tidspunktet.

Estimater av hasardratemodellen

Modellen er estimert i STATA. Det er benyttet en sannsynlighetsmaksimeringsmetode (Weibull regresjon). Det betyr at vi har gitt modellen vår den beste sjansen til å forklare de data vi observerer. Tabell 2 oppsummerer resultatene. [95% Conf.interval] betyr at det er 95 prosent sjanse for at den sanne verdien på en koeffisient er i dette intervallet. Dekker dette intervallet verdien 0 så kan vi ikke forkaste at den sanne verdien på en koeffisient er lik null. Estimaten presentert her er beregnet basert på Weibull-regresjon, men hovedkonklusjonene er robuste for andre metoder, eksempelvis Cox-regresjon.

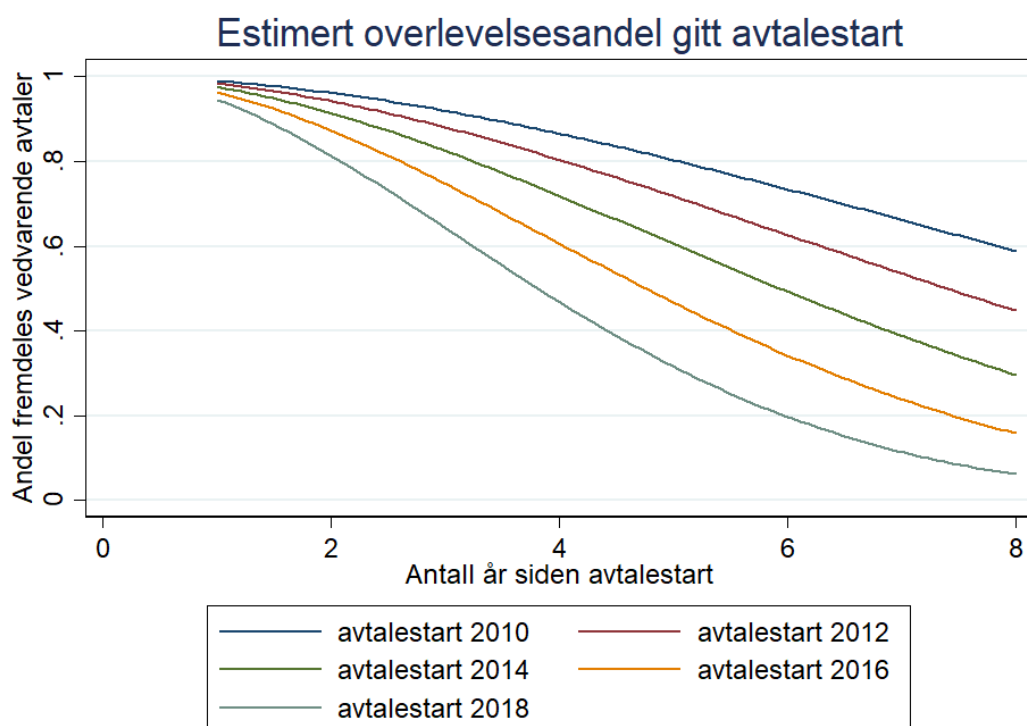
Variabler	β :koeffisienter	Estimater	[95% Conf.interval]	
Avtale start år>2009 (nedskalert ved å trekke fra 2000)	β_1	0.208	0.168	0.247
Mann=1, =0 ellers	β_2	-0.002	-0.134	0.129
Spesialist=1, =0 ellers	β_3	-0.633	-0.821	-0.445
Fastlønn=1,=0 ellers	β_4	-1.183	-1.412	-0.954
Sentralitet; 1 (Oslo),,,6	β_5	0.295	0.213	0.377
Kommunestr, 1,2,3	β_6	0.024	-0.115	0.162
Alder ved avtalestart (sammenliknet med avtaler inngått f.o.m. fylte 50 år):				
0-31 år	β_7	-0.319	-0.570	-0.068
32-35	β_8	-0.510	-0.778	-0.241
36-42	β_9	-0.340	-0.608	-0.072
43-49	β_{10}	-0.357	-0.663	-0.051
Listelengde (nedskalert ved å dele på 1000)	β_{11}	-1.132	-1.371	-0.893
Fellesliste	β_{12}	0.335	0.121	0.549
Gruppepraksis	β_{13}	-0.548	-0.760	-0.337
Avtalen erstattes av en annen overlappende avtale=1, =0 ellers	β_{14}	1.587	1.299	1.876
Fastlegen har flere avtaler ila 2010-2019, men ikke overlappende =1 , =0 ellers	β_{15}	0.805	0.662	0.949
Konstant	β_0	-5.554	-6.458	-4.650
Varighetsavhengighet	α	1.879	1.778	1.986
Antall observasjoner	10 484			
Log likelihood	-1946.4877			

Resultater og tolking

Figuren under illustrerer et av hovedresultatene fra Weibull-analysen; en større andel av fastlegene slutter etter kort tid nå enn før. Antall år fra avtalestart måles langs den horisontale aksene. Andelen avtaler som fremdeles er vedvarende ved det tidspunktet kan leses av på den vertikale aksene. Den øverste kurven viser den estimerte overlevelsesandelen blant fastlegeavtalene inngått i 2010; fire år etter avtalesoppstart har andelen fremdeles vedvarende avtaler falt til ca. 0,85. Det vil si at ca. 15 prosent av fastlegene med oppstart i 2010 sluttet innen 4 år.² Den nederste kurven viser den estimerte overlevelsesandelen blant fastlegeavtalene inngått i 2018; fire år etter avtalesoppstart har andelen fremdeles vedvarende avtaler falt til under 0,5, som vil si at over 50 prosent av fastlegene med oppstart i 2018 estimeres å slutte innen 4

² FIGUREN ER BASERT PÅ ESTIMATENE FRA WEIBULL-REGRESJONSANALYSEN OG VIL AVVIKE NOE FRA FAKTISKE SLUTTEANDELER PER ÅR.

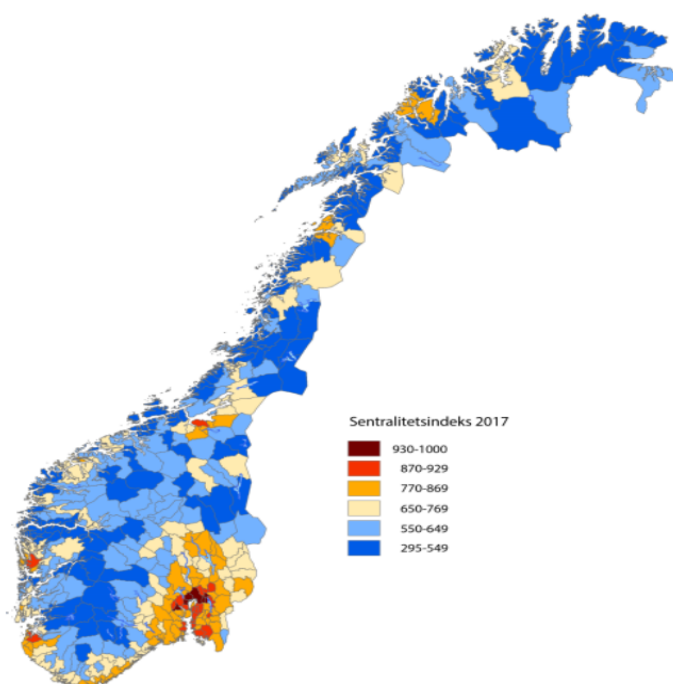
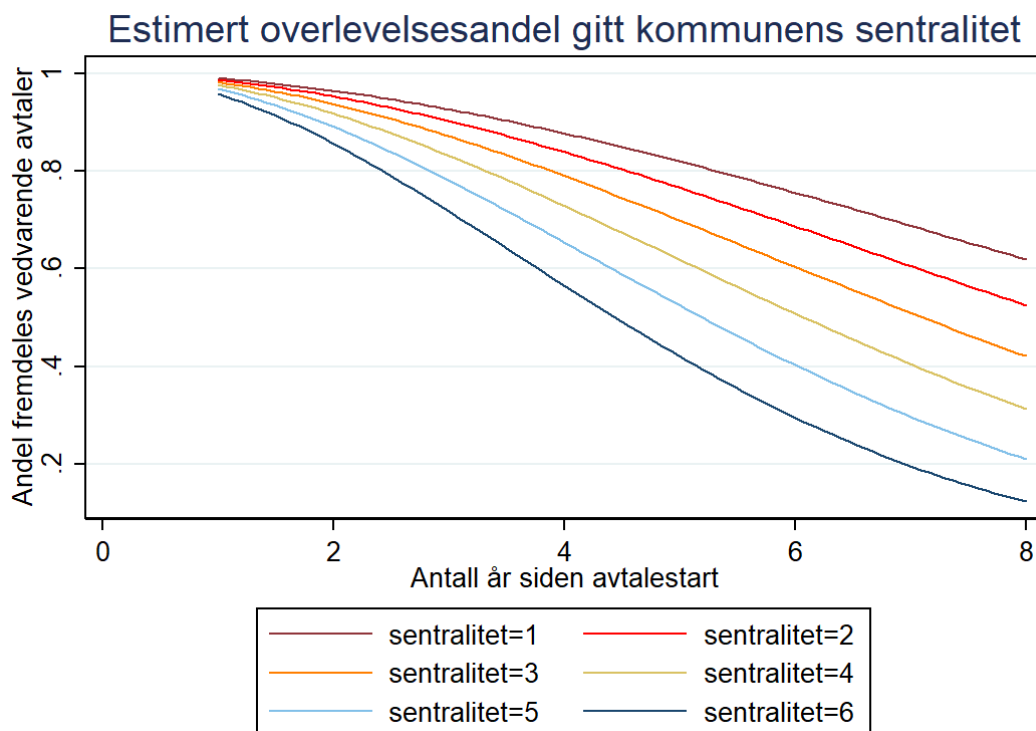
år. Den empiriske analysen basert på registerdata for fastlegeavtaler inngått mellom 2010-2018 finner altså en betydelig økning i sluttetilbøyeligheten blant fastleger i løpet av perioden.



Fra tabell 2 ser vi at sannsynligheten for å slutte som fastlege kort tid etter oppstart har økt det siste tiåret (fordi $\beta_1 > 0$). Det er ikke signifikant forskjell mellom kvinner og menn (jf. at konfidensintervallet til β_2 inneholder 0). Sluttessannsynligheten er lavere blant spesialister enn ikke-spesialister. Vi finner også at fastlønnede fastleger har lavere sluttessannsynlighet en selvstendig næringsdrivende.

Videre er sannsynligheten for å slutte høyere i usentrale strøk enn sentrale. Kommunestørrelse gir derimot ikke et signifikant utslag når vi kontrollerer for sentralitet – det er altså sentralitet og ikke kommunestørrelse som er utslagsgivende for sluttessannsynligheten.

Figuren under illustrerer den store forskjellen mellom sentrale og usentrale kommuner i varigheten av fastlegeavtalene; seks år etter avtaleinngåelsen gjenstår kun 30 prosent av fastlegeavtalene i sentralitetsgruppe 6, mens over 60 prosent gjenstår i sentralitetsgruppe 1, 2 og 3, ifølge de estimerte overlevelsesandelene. Norgeskartet viser den geografiske fordelingen av de seks sentralitetsgruppene benyttet i analysen.



Figuren viser kommunene etter sentralitetssklasse. Kilde: SSB. Kartgrunnlag: Kartverket.

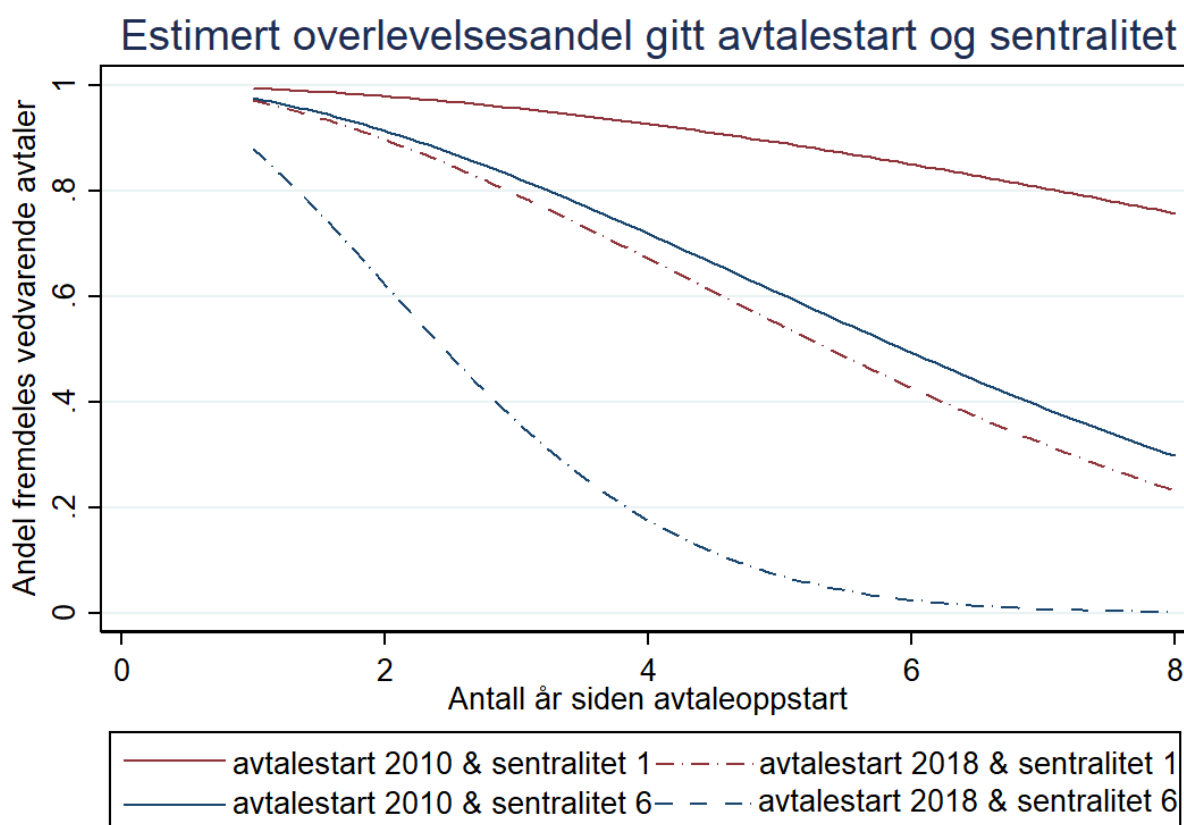
Det kontrolleres for alderen til legen ved avtaletidspunktet, blant annet for å ta hensyn til pensjonering. Som det fremgår av tabell 2 er den estimerte sluttensannsynligheten høyere blant fastleger med avtaler inngått da legen var 50 år og eldre, særlig sammenliknet med fastleger med avtaleinngåelse i tidlig 30-årene. Siden undersøkelsen kun inkluderer avtaler inngått f.o.m. 2010, vil kun fastlegene som har inngått avtale som 50-åring eller eldre være ved pensjonsalder i løpet av undersøkelsesperioden.

Sluttessannsynligheten minker med økende listelengde. Den er også lavere i gruppepraksis enn solo praksis. I analysen kontrolleres det også for om det er en fellesliste, om fastlegen har to hjemler parallelt hvor den ene avtalen erstattes av en annen overlappende avtale samt om fastlegen har flere fastlegeavtaler i løpet av 2010-2019 som ikke overlapper.

Varighetsavhengigheten α er større enn 1, som betyr at sannsynligheten for å slutte øker over tid fra oppstartstidspunktet.

Figuren under illustrerer den betydelige forskjellen i estimert varighet mellom avtaler inngått i 2010 og avtaler inngått i 2018, samt forskjellen mellom usentrale kommuner (sentralitet 6) og sentrale kommuner (sentralitet 1). De heltrukne linjene viser avtalene inngått i 2010, mens de stiplede linjene viser avtalene inngått i 2018. Den øverste heltrukne linjen og den øverste stiplede linjen viser den estimerte overlevelsesandelen til avtaler i de mest sentrale kommunene (Oslo med fem nabokommuner samt Drammen), mens den nederste heltrukne og den nederste stiplede linjen viser den estimerte overlevelsesandelen til fastlegeavtaler i de minst sentrale kommunene.

Figuren illustrerer at sluttetilbøyeligheten har økt både i sentrale og usentrale kommuner det siste tiåret. Sluttetilbøyeligheten i de mest sentrale kommunene i dag er omtrent som sluttessannsynligheten var i de minst sentrale kommunene i 2010.



Vedlegg E: Intervjuguide til fastleger

Introduksjon

- ▶ Hva er din bakgrunn, hvor lenge du har vært fastlege og hvor lenge du har vært fastlege ved dette legekantoret?

- ▶ Hvilken avtale har du med kommunen?
 - o Hvordan opplever du at avtalen du har med kommunen fungerer?
 - o Fastlønn eller næringsdrivende
 - o Fastlønn med/uten tillegg fra kommunen
 - o Næringsdrivende med/uten avtale for lokaler, utstyr eller personell
- ▶ Overordnet, hva mener du fungerer godt med dagens fastlegeordning?
- ▶ Overordnet, hva mener du er utfordringene med dagens fastlegeordning?

FASTLEGENS ARBEIDSSITUASJON OG RAMMEBETINGELSER

Ledelse og drift av fastlegekontorer

- ▶ Hvordan er legekantoret organisert? (fordeling av oppgaver ift IKT, lab, personale)
 - o Hvem jobber ved legekantoret? (antall leger, helsesekretærer, sykepleier, vikarer)
- ▶ Hvordan ledes legekantoret?
 - o Hvordan opplever du at dagens organisering av legekantoret fungerer?
- ▶ Hvem eier legekantoret – kommunen eller fastlegene?

Utvikling i oppgaver og ansvar

- ▶ Hvordan opplever du det å være fastlege i dagens fastlegeordning?
 - o Har du noen gang vurdert å slutte som fastlege?
- ▶ Hvordan opplever du "koordineringsrollen" som du har for innbyggerne på listen din?
 - o Hva kunne gjort arbeidet med denne rollen lettere?
- ▶ Hvordan vil du beskrive listen din? (antall, pasientgrupper, bruker/bruker ikke fastlegen)
 - o Hva er bakgrunnen for listelengden din?
- ▶ Hvordan opplever du at arbeidsbelastningen din er nå?
 - o I hvilken grad opplever du at arbeidsbelastningen har økt over tid?
 - o Hva mener du kan være årsaker til dette?
 - o Hvilke oppgaver opplever du er mest belastende?
 - o Hvilke tiltak mener du kan redusere oppgaveøkningen? (økonomiske, organisatoriske, strukturelle, bemanning, samhandling osv.)
- ▶ Hvilke oppgaver opplever du har tilkommet? (evt bortfalt)
 - o Er dette oppgaver du kan føre takst på?
- ▶ Er det noen oppgaver du gjør i dag som du mener ikke bør ligge på deg som fastlege?
 - o I hvilken grad opplever du å ha nok tid per pasient?
 - o Er det noen pasientgrupper du ikke får gjort den jobben du ønsker ovenfor?
 - o Hvilke kommunale oppgaver har du? (f.eks. legevakt, helsestasjon, skole, fengsel osv.)
 - o Hvordan opplever du belastningen av dine kommunale oppgaver/ legevakt?
 - o Er du tilfreds med hvordan legevaktsarbeidet er organisert i kommunen?

Økonomi

- ▶ Hvilke tanker gjør du deg om dagens finansieringsordning av fastlegeordningen?
 - o Hvilke tiltak mener du kunne gjort finansieringsordningen bedre?
- ▶ I hvilken grad opplever du økonomisk trygghet i jobben din?
 - o F.eks. basistilskudd, penger ved månedstart, fravær egen/barns sykdom o.l.
- ▶ Hvordan opplevde ut den økonomiske risikoen da du startet som fastlege?
- ▶ Hvordan er mulighetene for å gjennomføre investeringer på legekantoret, f.eks. i kurs, utstyr, IKT og ansettelser? (økonomi, og legekantoret vs. kommunen)
- ▶ Opplever du at det er noen arbeidsoppgaver som er underfinansiert i dagens ordning?

Elektroniske tjenester

- ▶ Hvilke elektroniske tjenester tilbyr dere pasientene? (f.eks. timebestilling, SMS, elektronisk betaling, e-konsultasjon)
 - o Har dere planer om ytterligere investeringer i elektroniske tjenester i fremtiden?
- ▶ Har bruken av elektroniske tjenester gitt redusert eller økt arbeidsmengde?
- ▶ Hvilke erfaringer har dere med e-konsultasjon til pasienter? (melding/ video)

- o Dersom dere ikke har dette, har dere planer om å anskaffe det i fremtiden?
- ▶ Hvordan påvirker private tjenester og nye digitale løsninger deg som fastlege?

KVALITET I TJENESTEN

Medisinskfaglig og organisatorisk kvalitet

- ▶ Hvordan arbeider dere med internkontroll på legekantoret?
 - o Hvordan følger evt kommunen opp krav til internkontroll på legekantoret?
- ▶ Hvordan arbeider dere med kvalitetsarbeid på legekantoret?
 - o Hvem på legekantoret har ansvar for kvalitetsforbedring?
 - o Hvordan følger evt kommunen opp krav til kvalitetsforbedring på legekantoret?
 - o Hva er evt hindringer for å drive med kvalitetsforbedring på legekantoret?
- ▶ Hvilke rutiner har dere for avvikshåndtering på legekantoret?
- ▶ Hvilke rutiner har dere for å hente inn pasienterfaringer på legekantoret?
 - o Hvordan er din tilgjengelighet ift: Øyeblikkelig hjelp og ventetid ordinær time
- ▶ Hvilke rutiner har dere for å gjennomgå evt klager fra pasienter/pårørende?
- ▶ Hvordan er mulighetene for faglig utvikling for deg som fastlege?
- ▶ Hvordan er mulighetene for faglig sparring?

KOMMUNENS ROLLE OG HVORDAN DE FORVALTER «SØRGE-FOR» ANSVARET

Kommunens oppfølging av fastlegene

- ▶ Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom kommunen og fastlegene?
- ▶ Hvordan opplever du at kommunen styrer og leder fastlegeordningen?
- ▶ Hvordan er informasjonsflyten fra kommunen til fastlegene om kommunale tilbud som fastlegene bør kjenne til?

Dialog og samarbeid

- ▶ Hvordan fungerer allmennlegeutvalget (ALU) i kommunen?
 - o Hvilke saker behandles typisk i ALU?
 - o Prioriterer du å delta her? Hvorfor/hvorfor ikke?
- ▶ Hvordan fungerer lokalt samarbeidsutvalg (LSU) i kommunen?
- ▶ Hvordan involveres fastlegene i oppfølging av samarbeidsavtalene med SHT?
- ▶ Hvordan følger kommunen deg opp som fastlege? (en-til-en samtale)

Rekruttering

- ▶ Hva er ditt inntrykk av hvordan kommunen jobber med rekruttering av fastleger?
 - o Er fastlegene involvert i rekrutteringsarbeidet?
 - o I hvilken grad opplever du at kommunen sikrer stabilitet i fastlegetjenesten?
 - o Hva mener du at bør gjøres annerledes fremover for å rekruttere fastleger?

SAMARBEID MED SAMARBEIDSPARTNERE OG ANDRE TJENESTER

Kommunale helsetjenester

- ▶ Hvordan opplever du, som fastlege, samarbeidet med andre kommunale helsetjenester?
 - o Hvilke kommunale aktører samhandler du mest med?
 - o Hvilke kommunale aktører burde du hatt et tettere samarbeid med?
- ▶ Hvordan opplever du tilgjengeligheten til kommunale helsetjenester når du har behov for avklaringer og samarbeid?
 - o Hva kunne gjort samarbeid og kontakt enklere?
 - o Hvordan tror du kommunale samarbeidspartnere oppfatter din tilgjengelighet?
 - o Er det etablert arenaer for samhandling mellom fastlegene og andre kommunale helsetjenester?
- ▶ Hvordan vurderer du kvaliteten på epikriser, PLO-meldinger og annen skriftlig informasjon fra samarbeidspartnere? (tilstrekkelig)
 - o Hva gjør du om det du mottar mangler informasjon?
 - o I hvilken grad opplever du at det er forskjeller mellom ulike samarbeidspartner?
 - o Hvilke tiltak mener du kunne gjort utveklings av informasjon/journaldata bedre?

- ▶ Hvordan skjer informasjonsutveksling med ulike samarbeidsparter?
 - o Er det effektivt nok?

Spesialisthelsetjenesten

- ▶ Hvordan opplever du, som fastlege, samarbeidet med spesialisthelsetjenesten?
- ▶ Hvordan opplever du tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten når du har behov for avklaringer og samarbeid?
 - o Hva kunne gjort samarbeid og kontakt enklere?
 - o Hvordan tror du spesialisthelsetjenesten oppfatter din tilgjengelighet?
- ▶ Hvordan vurderer du kvaliteten på epikriser og evt annen skriftlig informasjon fra SHT? (tilstrekkelig)
 - o Hva gjør du om det du mottar mangler informasjon?
 - o I hvilken grad opplever du at det er forskjeller mellom ulike avdelinger/områder?
 - o Hvilke tiltak mener du kunne gjort utveklings av informasjon/journaldata bedre?
- ▶ Hvordan skjer informasjonsutveksling med ulike spesialisthelsetjenesten?
 - o Er det effektivt nok?

AVSLUTNING

- ▶ Hvis du kunne endret noe med dagens fastlegeordning, hva skulle det vært?
- ▶ Er det noe vi ikke har spurt deg om som du mener det er viktig for oss å høre?

Vedlegg F: Intervjuguide til kommunen

Introduksjon:

- ▶ Hva er din bakgrunn, din rolle i kommunen og hvor lenge du har hatt denne stillingen?
- ▶ Hvilken rolle har du mot fastlegene i kommunen?

KOMMUNENS ROLLE OG HVORDAN DE FORVALTER «SØRGE-FOR» ANSVARET

- ▶ Hvordan opplever du at fastlegeordningen fungerer i kommunen?
 - o Kommunalt og fastlegeperspektivet
- ▶ Hvordan mener du at kommunen er rustet til å utøve «sørge-for» ansvaret for fastlegetjenesten?
- ▶ Hvordan er ressurssituasjonen i kommunen ift administrativ og medisinsk faglig ledelse?
 - o Hvor stor er kommuneoverlegen(e)s stilling? (bør økes/reduseres)
- ▶ Hvordan er legevakt organisert i kommunen? (legevakt/ interkom. legevakt/ har ikke)
 - o Hvordan fungerer dette?
 - o Dersom kommunen ikke har interkommunal legevakt, har dette vært diskutert og hva er evt barrierer?
- ▶ Er det ledige fastlegehjemler i kommunen?
 - o Hva har vært forsøkt for å få hjemlene besatt?
- ▶ Hvordan er vikarbruken i kommunen?
 - o Er kommunen involvert i å skaffe vikar?
 - o I hvilken grad opplever dere å få tak i de vikarene dere trenger?
 - o Ressursperspektiv og økonomisk perspektiv
- ▶ Overordnet, hva mener du fungerer godt med dagens fastlegeordning?
- ▶ Overordnet, hva mener du er utfordringene med dagens fastlegeordning?

Dialog og samarbeid

- ▶ Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom kommunen og fastlegene?
 - o Hva består dette samarbeidet i?
- ▶ Hvordan styrer og leder kommunen fastlegeordningen?
 - o Hvordan tror du fastlegene opplever kommunens rolle i ledelse av fastlegene?
- ▶ Hvordan er informasjonsflyten fra kommunen til fastlegene om kommunale tilbud som fastlegene bør kjenne til?
- ▶ Hvordan er allmennlegeutvalget (ALU) organisert i kommunen?
 - o Hvordan brukes ALU?
 - o Hvilke saker behandles typisk i ALU?
- ▶ Hvordan er lokalt samarbeidsutvalg (LSU) organisert i kommunen?
 - o Hvordan brukes LSU?
 - o Hvilke saker behandles typisk i LSU?
- ▶ Hvordan involveres fastlegene i oppfølging av samarbeidsavtalene med SHT?
 - o Hva mener du kommunen kunne gjort annerledes?
- ▶ I hvilken grad opplever du at fastlegene er tilgjengelige når kommunen trenger det?
- ▶ Hvordan bruker kommunen fastlegene som faglige rådgivere i planlegging og utforming av kommunenes helsetjenester?

Rekruttering

- ▶ Hvordan vil du beskrive rekrutteringen av fastleger i kommunen? (er fastleger involvert?)
 - o Hvordan har rekrutteringssituasjonen endret seg over tid?
 - o Hva utfordrer kommunen ift å tiltrekke seg de fastlegene dere ønsker?
- ▶ Hvordan jobber kommunen med rekruttering av fastleger?
 - o Hvilke kriterier legges til grunn for utvelgelse av fastleger ved rekruttering?
 - Opplever dere å få kvalifiserte søkere?
- ▶ Hva gjør kommunen for å sikre stabilitet i fastlegetjenesten?

- ▶ Hvilke tiltak har kommunen igangsatt for å bedre rekrutteringen? (fungert/ ikke fungert/ evt annerledes)

Kommunens oppfølging av fastlegene

- ▶ Hvilke dokumenterte planer har kommunen for oppfølging av fastlegetjenesten?
 - o F.eks. strategidokument, plan for legetjenesten
 - o Hva er innholdet i denne planen?
- ▶ Hvordan følger kommunen opp den enkelte fastlege?
- ▶ Hva innhenter kommunen av informasjon og data fra fastlegekontorene?
 - o F.eks. åpningstider, bemanning/vikarbruk, henvisningspraksis, telefontid, tilgjengelighet, ventetid ø-hjelp og ordinær time
 - o Hvordan følger kommunen opp om fastlegene ivaretar krav til interkontroll?
 - o Hvordan følger kommunen opp om fastlegene ivaretar krav til kvalitet i legekantorene?
 - o Hva er barrierene for å innhente informasjon fra legekantorene?
 - o Hvordan gir kommunen tilbakemelding til fastlegene på data de leverer?
 - o Hvilke konsekvenser får det for legekantoret om data ikke leveres til kommunen?
- ▶ Hvordan følger kommunen opp når fastlegene får klager fra brukere (formelle klagesaker som følges opp av Fylkesmannen)

FASTLEGENS ARBEIDSSITUASJON OG RAMMEBETINGELSER

Utvikling i oppgaver og ansvar

- ▶ Hvor tilfreds opplever du at fastlegene er med sin arbeidssituasjon?
- ▶ Hvordan opplever du at arbeidsbelastningen til fastlegene i kommunen er?
 - o I hvilken grad opplever du at arbeidsbelastningen har økt over tid?
 - o Hva mener du kan være årsaker til det?
 - o Hvilke tiltak mener du kan redusere oppgaveøkningen? (økonomiske, organisatoriske, strukturelle, bemanning, samhandling osv.)
- ▶ I hvilken grad tror du at listelengden til den enkelte fastlege skaper arbeidspress?

Økonomi

- ▶ Hvilke tanker gjør du deg om dagens finansieringsordning av fastlegeordningen?
 - o Hvilke tiltak mener du kunne gjort finansieringsordningen bedre?
- ▶ Hvilke avtaler har dere med fastlegene i kommunen? (variasjon)
 - o I hvilken grad opplever du at fastlegene er fornøyde med disse avtalene?
- ▶ Fordel/ulempe med avtalene – rekruttering, stabilitet, utgifter for kommunen
 - o Hvem eier legekantoret – kommunen eller fastlegene?
 - o Hvordan tas beslutninger om investeringer, f.eks. i kurs, utstyr, IKT, ansettelser? (legekantoret vs. kommunen)

Elektroniske tjenester

- ▶ Har kommunen en rolle i fastlegekantorenes valg av IKT-løsninger?

SAMARBEID MED SAMARBEIDSPARTNERE OG ANDRE TJENESTER

- ▶ Hvordan opplever du samarbeidet mellom fastlegene og kommunale helsetjenester?
 - o F.eks. arena for samhandling
- ▶ Hvordan tilrettelegger kommunen for samarbeid mellom de kommunale helsetjenestene?
- ▶ Hvordan tilrettelegger kommunen for samarbeid mellom fastlegene og SHT?

AVSLUTNING

- ▶ Hvis du kunne endret noe med dagens fastlegeordning, hva skulle det vært?
- ▶ Er det noe vi ikke har spurt deg om som du mener det er viktig for oss å høre?

Vedlegg G: Intervjuguide til kommunale samarbeidspartnere

Introduksjon

- ▶ Hva er din bakgrunn, hvilken stilling har du og hvor lenge har du hatt denne stillingen?
- ▶ Kan du fortelle om en vanlig dag på jobben?

Dialog og samarbeid med fastlegene

- ▶ Hvilken rolle har du mot fastlegene i kommunen?
- ▶ Hva består samarbeidet mellom deg og fastlegen i?
 - Hvor tilfreds er du med samhandlingen med fastlegene?
- ▶ Overordnet, hva mener du fungerer godt med dagens fastlegeordning?
- ▶ Overordnet, hva mener du er utfordringene med dagens fastlegeordning?
- ▶ I din stilling, når trenger du å komme i kontakt med fastlegen?
 - I løpet av en vanlig dag, hvor ofte trenger du å kontakte fastlegene?
 - I løpet av en vanlig uke, hvor ofte trenger du å kontakte fastlegene?
- ▶ Når du trenger å komme i kontakt med fastlegen, hvordan gjør du det?
 - Telefon
 - Elektronisk kommunikasjon
 - Møte
 - Annet
- ▶ I hvilken grad opplever du at samhandlingen med fastlegen er rask nok?
- ▶ Hva mener du kunne gjort samarbeidet med fastlegene lettere?
- ▶ Hvordan oppfatter du at tilgjengeligheten til fastlegen i kommunen er?
 - I hvilken grad opplever du at dette har endret seg over tid?

KUN NOEN

- ▶ Opplever du at fastlegene i kommunen har nok tid per pasient?
- ▶ Hvilke tilbakemeldinger får du fra dine bruker/pasienter/pårørende på fastlegens tilgjengelighet?
 - Opplever du at enkelte brukergrupper ikke får tilstrekkelig oppfølging av fastlegen sett opp imot deres behov?
- ▶ Hva er konsekvensen av at fastlegen ikke har nok tid til pasienten?
- ▶ I hvilken grad er det utarbeidet skriftlige rutiner og prosedyrer for hvordan du skal samhandle med fastlegen i kommunen?
 - Hvem er utarbeidet rutinene og prosedyrene?
 - Hvordan lærer man om rutinene/ prosedyrene?
 - I hvilken grad opplever du at rutinene/ prosedyrene blir fulgt?
 - Hva skjer om rutinene/prosedyrene ikke følges?
- ▶ Hvordan vurderer du kvaliteten på skriftlig informasjonsutvekslingen med fastlegene f.eks. henvisninger, PLO-meldinger o.l.?
 - I hvilken grad opplever du at innholdet i informasjonen fra fastlegen er tilstrekkelig?
 - I hvilken grad opplever du at innholdet i informasjonen fra fastlegen er trygg nok?
 - Hva gjør du om det du mottar mangler informasjon?
- ▶ Hva mener du ville gjort utveklings av informasjon/journaldata bedre?
- ▶ I hvilken grad mener du at du og fastlegene bør ha mer kontakt?

Kommunens oppfølging av fastlegene

- ▶ Hvordan opplever du samarbeidet mellom de kommunale helsetjenestene i kommunen?
 - o I hvilken grad legger kommunen til rette for samarbeid mellom de kommunale helsetjenestene i kommunen?
 - I hvilken grad opplever du at fastlegene kjenner til deres tjenestetilbud?
 - o Er det etablert arenaer for å legge til rette for samhandling?

Rekruttering

- ▶ Hvordan påvirker stabiliteten i kommunens fastlegeordningen arbeidet ditt?
- ▶ Hvordan påvirker vikarbruk i kommunene arbeidet ditt?
 - o Påvirkes kvalitet i behandling, språk, kommunikasjon

AVSLUTNING

- ▶ Hvis du kunne endret noe med dagens fastlegeordning, som ville gjort din arbeidshverdag enklere, hva skulle det vært?
- ▶ Er det noe vi ikke har spurt deg om som du mener det er viktig for oss å høre?

Vedlegg H: Intervjuguide til spesialisthelsetjenesten: Samhandlingsdirektør/PKO

Introduksjon

- ▶ Hva er din bakgrunn, hvilken stilling har du?
- ▶ Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
- ▶ Kan du fortelle om hva du gjør på jobben?

Dialog og samarbeid med fastlegene

- ▶ Hvilken rolle har du mot fastlegene? (evt kommunen, helsesjef, tillitsvalgte o.l.)
 - o Hvilken rolle har avdelingen du jobber ved mot fastlegene?
- ▶ Hva består samarbeidet mellom deg og fastlegen i?
- ▶ Overordnet, hvor tilfreds er du med samhandlingen med fastlegene?

- ▶ Overordnet, hva mener du fungerer godt med dagens fastlegeordning?
- ▶ Overordnet, hva mener du er utfordringene med dagens fastlegeordning?

- ▶ Hvordan er samhandlingsavdelingen ved helseforetaket rigget? (antall PKO, roller o.l.)
- ▶ Hvordan opplever du dagens ressursituasjon for å jobbe med og tilrettelegge for samhandling?
- ▶ KUN PKO: I hvilken grad mener du at stillingsprosenten din er tilstrekkelig for å tilrettelegge for samhandling?
- ▶ I hvilken grad opplever du at fastlegene kjenner til og bruker PKO-rollen?

- ▶ I din stilling, når er du i kontakt med fastlegene?
 - o I løpet av en vanlig dag, hvor ofte er du i kontakt med fastlegene?
 - o I løpet av en vanlig uke, hvor er du i kontakt med fastlegene?
- ▶ KUN PKO: Når du trenger å komme i kontakt med fastlegene, hvordan gjør du det?
 - o Telefon
 - o Elektronisk kommunikasjon
 - o Møte
 - o Annet
- ▶ Hvordan kommer fastlegene i kontakt med deg?

- ▶ Hvordan jobber du/dere for å bedre samhandlingen mellom fastlegene og sykehuset?
 - o Hvordan jobber dere for å skape helhetlige og godt koordinerte pasientforløp for pasientene?
 - o Hvordan jobber dere for å skape god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og helseforetaket?

- ▶ I hvilken grad opplever du at samhandlingen mellom fastlegene og SHT er rask nok?
- ▶ Hva mener du kunne gjort samarbeidet mellom fastlegene og SHT lettere?

- ▶ I hvilken grad opplever du at samhandlingen mellom kommunene som dere samhandler med er forskjellig?
 - o Hva mener du er årsakene til dette?
 - o Kan du komme med et eksempel?
- ▶ Hva er konsekvensen for pasientene av at SHT og fastlegene ikke samhandler nok?
- ▶ I hvilken grad mener at fastlegene og SHT bør ha mer kontakt?

- ▶ Hvordan oppfatter du at tilgjengeligheten til fastlegene er mot aktører i SHT?
 - o Hvordan har dette endret seg over tid?

- ▶ Hvordan opplever du at SHTs tilgjengelighet ovenfor fastlegene er?
- ▶ I hvilken grad er det utarbeidet skriftlige rutiner og prosedyrer for hvordan fastlegene skal samhandle med SHT?
 - o Hvem har utarbeidet rutinene og prosedyrene?
 - o Hvordan lærer hhv fastlegene og SHT om rutinene/ prosedyrene?
 - o I hvilken grad opplever du at rutinene/ prosedyrene blir fulgt?
 - o Hva skjer om rutinene/prosedyrene ikke følges?
- ▶ I hvilken grad opplever du at oppgavefordelingen mellom fastlegene og SHT er tydelig?
- ▶ Har du erfart at fastlegene uttrykker frustrasjon over oppgaver de mener sykehuset kunne gjort selv?
 - o Kan du komme med et eksempel på dette?
 - o Hvordan har dette endret seg over tid?
- ▶ I hvilken grad opplever du at fastlegene henviser for mye eller for lite?
 - o Hva gjør du dersom du får henvendelser om dette?

Kommunens oppfølging av fastlegene

- ▶ I hvilken grad opplever du at kommunene involverer fastlegene i oppfølgingen av samarbeidsavtaler med SHT?
 - o Hvilket samarbeidsorgan/fora har dere i helseforetaket? (f. eks: overordnet samarbeidsorgan eller regionalt samarbeidsorgan)
 - o Hva er typisk SHTs rolle her?
 - o Hva er typisk fastlegenes rolle her?
 - o Hva er typisk kommunenes rolle her?
- ▶ Er det behov for flere arenaer for samhandling mellom SHT og fastlegene?
 - o Gjelder dette for noen spesifikke områder eller avdelinger?
- ▶ I hvilken grad opplever du at fastlegene kjenner til SHTs tjenestetilbud?
 - o Hva er konsekvensen av at fastlegene evt ikke kjenner til SHTs tjenestetilbud?

Rekruttering

- ▶ Hvordan påvirker stabiliteten i fastlegeordningen arbeidet ditt?
- ▶ Hvordan påvirker vikarbruk arbeidet ditt?

AVSLUTNING

- ▶ Hvis du kunne endret noe med dagens fastlegeordning, hva skulle det vært?
- ▶ Er det noe vi ikke har spurt deg om som du mener det er viktig for oss å høre?

Vedlegg I: Intervjuguide til spesialisthelsetjenesten: Somatisk/psykiatrisk avdeling

Introduksjon

- ▶ Hva er din bakgrunn, hvilken stilling har du?
- ▶ Hvor lenge har du hatt denne stillingen?
- ▶ Kan du fortelle om hva du gjør på jobben?

Dialog og samarbeid med fastlegene

- ▶ Hvilken rolle har du mot fastlegene?
- ▶ Hva består samarbeidet mellom deg og fastlegene i?
- ▶ Overordnet, hvor tilfreds er du med samhandlingen med fastlegene?

- ▶ Overordnet, hva mener du fungerer godt med dagens fastlegeordning?
- ▶ Overordnet, hva mener du er utfordringene med dagens fastlegeordning?

- ▶ I din stilling, når er du i kontakt med fastlegene?
 - o I løpet av en vanlig dag, hvor ofte er du i kontakt med fastlegene?
 - o I løpet av en vanlig uke, hvor er du i kontakt med fastlegene?

- ▶ Når du trenger å komme i kontakt med fastlegene, hvordan gjør du det?
 - o Telefon
 - o Elektronisk kommunikasjon
 - o Møte
 - o Annet
- ▶ Hvordan kommer fastlegene i kontakt med deg?
 - o Hvilke muligheter har fastlegene til å sende deg elektroniske meldinger med forespørsler, tilleggsopplysninger til henvisninger eller liknende?

- ▶ I hvilken grad opplever du at samhandlingen med fastlegene er rask nok?
- ▶ Hva mener du kunne gjort samarbeidet med fastlegene lettere?

- ▶ Hvordan oppfatter du at tilgjengeligheten til fastlegene er?
 - o I hvilken grad opplever du at dette har endret seg over tid?
- ▶ Hvordan opplever du at din tilgjengelighet ovenfor fastlegene er?
- ▶ Hvordan tror du fastlegene oppfatter din/avdelingens tilgjengelighet?

- ▶ Hvordan vurderer du kvaliteten på skriftlig informasjonsutvekslingen fra fastlegene?
 - o I hvilken grad opplever du at innholdet i informasjonen fra fastlegene er tilstrekkelig?
 - o Hva gjør du om det du mottar mangler informasjon?
- ▶ Hva syns du om kvaliteten på innholdet i informasjonen som sendes til fastlegene?
 - o Når mottar fastlegene epikrisene?
 - o I hvilken grad mener du at fastlegene får informasjonen de trenger fra dere raskt nok?
 - o Hva gjør fastlegene dersom de mangler informasjon?
- ▶ I hvilken grad opplever du at fastlegene henviser for mye eller for lite?

- ▶ Hva mener du ville gjort utveksling av informasjon/journaldata bedre?
- ▶ I hvilken grad mener du at du og fastlegene bør ha mer kontakt?

- ▶ I hvilken grad er det utarbeidet skriftlige rutiner og prosedyrer for hvordan du skal samhandle med fastlegene?
 - o Hvem har utarbeidet rutinene og prosedyrene?

- o Hvordan lærer man om rutinene/ prosedyrene?
- o I hvilken grad opplever du at rutinene/ prosedyrene blir fulgt?
- o Hva skjer om rutinene/prosedyrene ikke følges?

- ▶ Opplever du at fastlegene har nok tid per pasient?
 - o Opplever du at enkelte brukergrupper ikke får tilstrekkelig oppfølging av fastlegen sett opp imot deres behov?
 - o Hva er konsekvensen av at fastlegen ikke har nok tid til pasienten?
- ▶ Opplever du at dere har nok kapasitet mot pasientene?

- ▶ Opplever du at oppgavefordelingen mellom dere og fastlegene er tydelig?
- ▶ Har du noen gang opplevd å få en oppgave tilbake fra fastlegene med beskjed om at de ikke er utfører av denne oppgaven?
 - o Kan du komme med et eksempel på dette?
 - o Hvordan har dette endret seg over tid?
- ▶ Opplever du at fordelingen av oppgavene mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene er god/formålstjenlig?
- ▶ Opplever du at det er forskjeller mellom kommunene hvordan de samhandler med dere?

- ▶ I hvilken grad opplever du at fastlegene kjenner til deres tjenestetilbud i SHT?
 - o Hva er konsekvensen av at fastlegene evt ikke kjenner til deres tjenestetilbud?
- ▶ Er det behov for flere arenaer for samhandling mellom din avdeling/SHT og fastlegene?

Rekruttering

- ▶ Hvordan påvirker stabiliteten i fastlegeordningen arbeidet ditt?
- ▶ Hvordan påvirker vikarbruk arbeidet ditt?

AVSLUTNING

- ▶ Hvis du kunne endret noe med dagens fastlegeordning, hva skulle det vært?
- ▶ Er det noe vi ikke har spurt deg om som du mener det er viktig for oss å høre?

Vedlegg J: Intervjuguide til helsesekretær

Introduksjon

- ▶ Hva er din bakgrunn, hvilken stilling har du og hvor lenge har du hatt denne stillingen?
- ▶ Hvordan ser en vanlig arbeidsdag ut for deg?

Dialog og samarbeid med fastlegene

- ▶ Hvilken rolle har du mot fastlegene i kommunen?
- ▶ Hva består samarbeidet mellom deg og fastlegen i?
 - o Hvor tilfreds er du med samhandlingen med fastlegene?
- ▶ Overordnet, hva mener du fungerer godt med dagens fastlegeordning?
- ▶ Overordnet, hva mener du er utfordringene med dagens fastlegeordning?
- ▶ Hvilket ansettelsesforhold har du? (privat ansatt ved legesenteret eller i kommunen)

FASTLEGENS ARBEIDSSITUASJON OG RAMMEBETINGELSER

Ledelse og drift av fastlegekontorer

- ▶ Hvordan er legekontoret organisert? (fordeling av oppgaver ift IKT, lab, personale)
 - o Hvem jobber ved legekontoret? (antall leger, helsesekretærer, sykepleier, vikarer)
- ▶ Hvordan ledes legekontoret?
- ▶ Hvem eier legekontoret – kommunen eller fastlegene?

Utvikling i oppgaver og ansvar

- ▶ Hvordan opplever du arbeidsmengden til fastlegene ved legekontoret nå?
 - o I hvilken grad opplever du at arbeidsbelastningen har økt over tid?
 - o Hva mener du kan være årsaker til dette?
 - o Hvilke tiltak mener du kan redusere oppgaveøkningen? (økonomiske, organisatoriske, strukturelle, bemanning, samhandling osv.)
- ▶ Er det noen oppgaver du mener ikke bør ligge på fastlegene?
 - o I hvilken grad opplever du at fastlegene har nok tid per pasient?
- ▶ Hvilke tilbakemeldinger får du fra brukere/pasienter/pårørende på fastlegens tilgjengelighet?
 - o Hva er konsekvensen av at fastlegen ikke har nok tid til pasienten?

Økonomi

- ▶ Hvilke tanker gjør du deg om dagens finansieringsordning av fastlegeordningen?
 - o Hvilke tiltak mener du kunne gjort finansieringsordningen bedre?
- ▶ Hvordan er mulighetene for å gjennomføre investeringer på legekontoret, f.eks. i kurs, utstyr, IKT og ansettelser? (økonomi, og legekontoret vs. kommunen)

Elektroniske tjenester

- ▶ Hvilke elektroniske tjenester tilbyr dere pasientene? (f.eks. timebestilling, SMS, elektronisk betaling, e-konsultasjon)
 - o Har dere planer om ytterligere investeringer i elektroniske tjenester i fremtiden?
- ▶ Har bruken av elektroniske tjenester gitt redusert eller økt arbeidsmengde?
- ▶ Hvilke erfaringer har dere med e-konsultasjon til pasienter? (melding/ video)
 - o Dersom dere ikke har dette, har dere planer om å anskaffe det i fremtiden?
- ▶ Hvordan påvirker private tjenester og nye digitale løsninger deg som fastlege?

KVALITET I TJENESTEN

Medisinskfaglig og organisatorisk kvalitet

- ▶ Hvordan arbeider dere med internkontroll på legekontoret?
 - o Hvordan følger evt kommunen opp krav til internkontroll på legekontoret?
- ▶ Hvordan arbeider dere med kvalitetsarbeid på legekontoret?

- o Hvem på legekantoret har ansvar for kvalitetsforbedring?
- o Hvordan følger evt kommunen opp krav til kvalitetsforbedring på legekantoret?
- o Hva er evt hindringer for å drive med kvalitetsforbedring på legekantoret?
- ▶ Hvilke rutiner har dere for avvikshåndtering på legekantoret?
- ▶ Hvilke rutiner har dere for å hente inn pasienterfaringer på legekantoret?
- ▶ Hvordan er din tilgjengelighet ift: Øyeblikkelig hjelp og ventetid ordinær time
- ▶ Hvilke rutiner har dere for å gjennomgå evt klager fra pasienter/pårørende?

KOMMUNENS ROLLE OG HVORDAN DE FORVALTER «SØRGE-FOR» ANSVARET

Kommunens oppfølging av fastlegene

- ▶ Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom kommunen og fastlegene?

Rekruttering

- ▶ Hva er ditt inntrykk av hvordan kommunen jobber med rekruttering av fastleger?
 - o I hvilken grad opplever du at kommunen sikrer stabilitet i fastlegetjenesten?
 - o Hva mener du at bør gjøres annerledes fremover for å rekruttere fastleger?

SAMARBEID MED SAMARBEIDSPARTNERE OG ANDRE TJENESTER

Kommunale helsetjenester

- ▶ Hvordan opplever du samarbeidet mellom fastlegene og kommunale helsetjenester?
- ▶ Hvordan opplever du tilgjengeligheten til kommunale helsetjenester når fastlegen har behov for avklaringer og samarbeid?
- ▶ Hvordan opplever du tilgjengeligheten til fastlegen når kommunale helsetjenester har behov for avklaringer og samarbeid?
- ▶ Hva er din rolle i samarbeidet mellom fastlegen og de kommunale helsetjenestene?
 - o Hvordan har denne endret/ utviklet seg over tid?

Spesialisthelsetjenesten

- ▶ Hvordan opplever du samarbeidet mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten?
- ▶ Hvordan opplever du tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten når fastlegen har behov for avklaringer og samarbeid?
- ▶ Hvordan opplever du tilgjengeligheten til fastlegen når spesialisthelsetjenesten har behov for avklaringer og samarbeid?
- ▶ Hva er din rolle i samarbeidet mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten?
 - o Hvordan har denne endret/ utviklet seg over tid?

AVSLUTNING

- ▶ Hvis du kunne endret noe med dagens fastlegeordning, hva skulle det vært?
- ▶ Er det noe vi ikke har spurt deg om som du mener det er viktig for oss å høre?

Vedlegg K: Kravspesifikasjon

EVALUERINGSOPPDRAG FASTLEGEORDNINGEN

Beskrivelse av leveransen/kravspesifikasjon og tildelingskriterier

1.0 Innledning og bakgrunn

Stortinget har besluttet at fastlegeordningen skal evalueres. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker en bred evaluering. Formålet med evalueringen er å få kunnskap om status og utfordringer for fastlegeordningen i dag sett fra ulike ståsted. Evalueringen må beskrive hva som fungerer godt, hva som er utfordringer med dagens ordning og hva som bør endres. Utgangspunktet for vurderingene vil være fastlegenes samfunnsoppdrag, slik dette fremgår av lover, forskrifter og avtaleverket som rammer inn ordningen. Samtidig bør evalueringen belyse om dagens fastlegeordning samsvarer med dagens og morgendagens behov for og forventninger til fastlegetjenester i befolkningen, i kommunene og hos myndighetene.

Fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001. Formålet med fastlegeordningen den gang var å sikre innbyggerne bedre tilgjengelighet hos allmennlegene ved å gi innbyggerne rett til å stå på liste hos en fast allmennlege. Kommunene var og er pålagt å sørge for tilstrekkelig kapasitet ved å inngå fastlegeavtale med nok allmennleger til å oppfylle formålet herunder mulighet for å bytte fastlege og at pasientene skulle kunne få en "second opinion" hos en annen fastlege.

Fastlegeordningen skal bidra til bedre samhandling om pasientene på alle plan, riktigere bruk av legevakt og spesialisthelsetjenesten.

I den reviderte fastlegeforskriften av 29. august 2012 ble kommunens overordnede ansvar for kvaliteten i ordningen presisert og funksjons- og kvalitetskravene til fastlegenes virksomhet utdypet.

De organisatoriske rammene for fastlegeordningen og prinsippene for finansieringen av den, har stort sett vært uendret siden den ble innført.

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) kartlagt hvordan fastleger bruker sin tid på ulike arbeidsoppgaver og pasientgrupper «[Tidsundersøkelsen](#)». Undersøkelsen omfatter kartlegging av hvordan fastleger fordeler sin tid på ulike arbeidsoppgaver og pasientgrupper, på blant annet kurativ fastlegepraksis, allmennlegeoppgaver i kommunen, legevakt og andre legeoppgaver. Undersøkelsen gir et bilde av fastlegenes tidsbruk i dagens fastlegepraksis.

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsbrev av 23. januar 2018 bedt Helsedirektoratet anskaffe en evaluering av fastlegeordningen gjennom en åpen anbudskonkurranse.

Evalueringsoppdraget er delt i to oppdrag, ett til Folkehelseinstituttet og ett til Helsedirektoratet. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet er bedt om å ha en dialog i gjennomføringen for å sikre at de to deloppdragene utfyller hverandre.

I dette oppdraget vil det være mulig for leverandøren å bruke underleverandører, hvis er behov for å innhente ytterligere kompetanse.

1.1 Oppdragets innhold

Evalueringen som skal gjennomføres, må ta utgangspunkt i de krav, føringer, forventninger og mål med fastlegeordningen som har ligget til grunn i den perioden ordningen har eksistert. Har ordningen over tid hatt ønsket effekt? Hvordan har endrede rammebetingelser påvirket ordningen sett fra ulike ståsted? I hvor stor grad er dagens rammebetingelser bærekraftige med tanke på dagens og fremtidens behov for allmennlegetjenester til befolkningen?

De viktigste temaene evalueringen skal belyse, er:

- Kvalitet i tjenesten
- Fastlegenes arbeidssituasjon og rammebetingelser
- Kommunens rolle og hvordan de forvalter "sørge-for" ansvaret

- Samarbeidspartneres vurdering av samarbeid med fastlegene
- Fastlegenes vurdering av samarbeidet med andre tjenester

Disse punktene er nærmere utdypet nedenfor.

Evalueringen må beskrive fakta, men også belyse de ulike gruppenes vurdering av status, endringer over tid, utfordringer og behovet for endring, herunder mulige tiltak.

Leverandøren må samordne arbeidet med andre pågående utviklingsprosjekter i perioden.

Gjennom en analyse av de variasjoner som finnes, og de synspunkter som fremkommer, bør evalueringen gi informasjon om hvilke faktorer og virkemidler som forklarer variasjon/funn, og som bidrar til henholdsvis gode/mindre gode resultater. Det er ønskelig at leverandøren kan gi noen anbefalinger om virkemidler for å forbedre ordningen og skape en fastlegeordning som møter dagens og morgendagens behov og forventninger.

Etter at evalueringen foreligger, vil HOD gjennom dialog med partene og vanlige beslutningsprosesser, vurdere virkemidler og tiltak.

Oppdraget skal søke å finne svar på følgende:

Kvalitet i tjenesten

Faglig og organisatorisk kvalitet på fastlegenes tjenester skal beskrives og hvis mulig sammenliknes med tilsvarende tjenester i andre land.

Faglig kvalitet kan omfatte de medisinskfaglige ytelsene til pasienter. Organisatorisk kvalitet gjelder tilrettelegging av helse- og omsorgstjenestens ytelser, inkludert kontinuitet, koordinering og ressursutnyttelse. Leverandøren bør ta utgangspunkt i organiseringen av fastlegeordningen, pasientsikkerhet, rettferdig fordeling av tjenester og lege-pasientforholdet. Leverandøren skal gjøre rede for status for kvalitetsutvikling i tjenesten, hvem som står for kvalitetsutvikling i fastlegeordningen fastlegekontorene i dag, og utfordringer og muligheter for kvalitetsutviklingen i allmennmedisin. Dette vil omfatte både fastlegen og kommunen.

Leverandøren skal bruke data som enkelt kan hentes ut fra allerede tilgjengelige kilder. Eksisterende forskning på området bør også brukes. Leverandøren skal sammenligne organisering og kvalitet i fastlegetjenesten i Norge med andre sammenlignbare land på de områder det lar seg gjøre. Det må også beskrives de organisatoriske faktorer som gjør at allmennlegeordningene i de ulike landene ikke uten videre kan sammenlignes.

Pasientopplevd kvalitet som er pasientens opplevelser og vurdering av helsevesenets ytelser, inkludert kommunikasjon, informasjon, koordinasjon og kontinuitet ivaretas av FHI [«Rapport fra Kunnskapssenteret»](#) og [«Notat fra Kunnskapssenteret»](#).

Fastlegenes arbeidssituasjon og rammebetingelser

Evaluering av fastlegens arbeidssituasjon og rammebetingelser omfatter effekter av dagens organisering, finansieringsmodell, oppgavemengde, arbeidsformer, listelengde, digitalisering, og samhandling.

Hvilke endringer i organiseringen ønsker fastlegene seg for egen praksis for å heve kvaliteten på arbeidet og for å imøtekomme krav i lov/forskrift.

Evalueringen bør belyse både fakta og fastlegenes vurderinger, herunder forskjeller mellom fastleger i små og store kommuner, nyansatte, unge versus eldre og erfarne, fastlønnte og næringsdrivende, kvinner og menn mv.

Oppdraget skal finne svar på fastlegenes arbeidssituasjon og rammebetingelser med vekt på følgende forhold:

- Økonomi

- Økonomi i og finansiering av fastlegeordningen bør belyses så langt det lar seg gjøre, spesielt de forhold som ikke dekkes av inntekts- og kostnadsundersøkelsen partene gjennomfører;
 - o herunder utviklingen i økonomien i fastlegeordningen (makro) sett i forhold til andre deler av helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten
 - o utviklingen i basistilskudd mot refusjoner
 - o andre tilskudd/subsidiering fra kommunen (8.2-avtaler e.l.)
 - o mulighet for å gjennomføre nødvendige investeringer
 - o egenkapital/soliditet, og ev. andre relevante forhold ved økonomien i ordningen.

- Utvikling i oppgaver og ansvar

- Årsaken til oppgaveøkning, som følge av samhandlingsreformen, men også som følge av andre krav, tiltak, utvikling i aldring, sykdom, medisinsk og teknologisk utvikling og annen utvikling av tjenestene.
- Grunnlag for valg av listestørrelse
- Oppgaveportefølje og oppgavemengde, som type oppgaver, herunder legevakt, og endringer over tid, og forventinger fastlegene møter fra omgivelsene.
- Oppgaveporteføljen i forhold til arbeidsbelastning og søke å beskrive hva som er de viktigste oppgavene, hva som er mest belastende og hva man ikke ser som ønskelig å videreføre av oppgaver.
- Hvorfor har legen ev mer, eller mindre, arbeid enn det som er ønskelig.
- Oppgaver som er redusert og ev. årsaker til dette.
- Hvilke oppgaver mener legen at andre kan overta.
- Mulighet for å holde seg faglig oppdatert.
- Systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, f.eks. samarbeid med SKIL³.

- Ledelse og drift av legekantor

- antall år som fastlege og allmennlege
- antall år som allmennlege i någjeldende praksis
- fast ansatt/næringsdrift, listelengde, spesialist/ikke spesialist/under spesialisering
- antall leger og legeårsverk ved legekantoret (herunder antall vikarer og vikarårsverk)
- antallet helsesekretærer og årsverk/annet personell og årsverk (bakgrunn for disse)
- Antall sykepleiere og årsverk
- oppgavedelingen på legekantoret
- om legekantoret eies av kommunen
- organiseringen av kantoret (AS, ledelse mv.)
- IKT-løsninger ved fastlegekantoret
- hvilke elektroniske tjenester tilbys pasientene
- omfanget av andre kommunalt pålagt oppgaver

³ <https://www.skilnet.no/omoss/>

- annet legearbeid
- organiseringen av og deltakelse i legevakt
- opplever fastlegen at kommunen systematiserende tilrettelegger for god rekruttering og stabilitet i sin kommune.
- Har de rutiner for internkontroll, ref. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

Kommunens rolle og hvordan de forvalter "sørge-for" ansvaret

Oppdraget skal finne svar på hvordan kommunen organiserer styring og oppfølging av fastlegepraksisene, med vekt på følgende forhold:

- Bakgrunnsinformasjon om kommunene
 - Kommunestørrelse (f.eks. kilde SSB ⁴).
 - Antallet fastleger og turnusleger i kommunen.
- Organisering av fastlegepraksis
 - Kommunen syn på hvilke effekter dagens organisering av fastlegeordningen har, og effekter av regulering og finansieringsmodell. Hva de mener fungerer godt, hva de opplever som utfordringer og hvilke endringer de ser behov for. Hva er forskjeller mellom små og store kommuner, og forskjell på kommuner i sentrale strøk og i distrikt.
- Kommunens oppfølging av fastlegene
 - Hvordan kommunen følger opp om fastlegene ivaretar krav til internkontroll og kvalitet, f.eks. hvordan kommunen innhenter data fra fastlegene for å vurdere om de følger kravene i fastlegeforskriften, og hvordan tilbakemeldinger gis til fastlegene.
 - Finnes det en plan for oppfølging av fastlegeordningen i kommunen, f.eks. utarbeidet legeplan ⁵.
 - Hvordan følger de opp når fastlegene får klager fra brukere, ev formelle klagesaker som følges opp av Fylkesmennene, jfr. tilsynsmyndighetenes klagesystem NESTOR.
 - Hvordan informerer kommunen fastlegene om sin ledelsesaktivitet, og om kommunale tilbud som fastlegene bør kjenne til og bruke mm.
- Dialog og samarbeid
 - Ledelse av og samarbeid med fastlegene og hvordan organiseres dette gjennom bruk av Allmennlegeutvalget (ALU) og Lokalt samarbeidsutvalg (LSU), stillingsbrøk for kommunelege mm.
 - Involveres fastlegene i oppfølging av samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten og ev. hvordan.
 - Opplever kommunene at fastlegene deltar/er tilgjengelige for dialog når kommunen trenger det.

⁴ https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/_attachment/225199?_ts=14ce4c230d0

⁵ <https://www.asker.kommune.no/globalassets/samfunnsutvikling/strategiske-planer/legeplan-2016-2019.pdf>

- Bruker kommunen fastlegene som faglige rådgivere i kommunenes helhetlige planlegging/utforming av tjenestene og på hvilken måte.
- Hvordan er fastlegene tatt inn som deltagere i ulike fora i kommunene.
- Tilrettelegger kommunen for systematisk samarbeid mellom fastlegene og de øvrige tjenestene og i så fall hvordan
- Rekruttering
 - Hva er det samlede utfordringsbildet nå og i tiden fremover.
 - Hvordan jobber kommunene konkret med rekruttering
 - Hvordan jobber man for å få søkere til stillinger og hvilke kriterier legges til grunn ved utvelgelse.
 - Har kommunen utfordringer med rekruttering og stabilitet (turnover, bruk av vikarer, ledige hjemler osv.)
 - Har kommunen iverksatt tiltak for å bedre rekruttering og stabilitet, ev hvilke tiltak. Har kommunen konkrete erfaringer med, eller målinger som viser at tiltak virker eller ikke virker.

Samarbeidspartneres vurdering av samarbeid med fastlegene

Andre kommunale tjenesters og helseforetakenes opplevelse av samarbeidet med fastlegene. Viktige samarbeidspartnere bør inngå, herunder sykehus, omsorgstjenesten, helsestasjon- og skolehelsetjenesten, jordmor og kommunalt psykisk helsetilbud mv. I tillegg er koordinerende funksjoner som f.eks. kreftkoordinator og demenskoordinator også viktige samhandlingspartnere.

Oppdraget skal finne svar på samarbeidspartneres vurdering av tjenesten:

med vekt på følgende forhold:

- Er det utarbeidet skriftlige rutiner og prosedyrer for samhandling og i hvor stor grad disse blir fulgt opp.
- Får de tak i fastlegene når de trenger det for avklaringer og annet samarbeid.
- Utveksles informasjon og journaldata på en tilstrekkelig, rask og trygg måte.
- Samarbeidspartneres vurdering av kvalitet på henvisninger, epikriser og pleie- og omsorgsmeldinger mm.

Fastlegenes vurdering av samarbeidet med andre tjenester

Fastlegenes opplevelse av samarbeid med andre tjenester herunder sykehus, omsorgstjenesten, helsestasjon- og skolehelsetjenesten, jordmor og kommunalt psykisk helsetilbud mv. I tillegg er koordinerende funksjoner som f.eks. kreftkoordinator og demenskoordinator også viktige samhandlingspartnere. Det kan også være relevant å trekke inn andre tjenesteområder og aktører i kommunen som f.eks. NAV, barnevern og frivillig sektor.

Oppdraget skal finne svar på fastlegenes opplevelse av samarbeid med de andre kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten, med vekt på følgende forhold:

- Får fastlegene tak i de andre kommunale tjenester og helseforetak, når de trenger det for avklaringer og annet samarbeid.
- Opplever de at informasjon og journaldata utveksles på en tilstrekkelig, rask nok og trygg måte.
- Fastlegenes vurdering av kvalitet på henvisninger, epikriser og pleie- og omsorgsmeldinger.

1.2 Arbeidsform

Evalueringen bør bygge på det som finnes av foreliggende data og kunnskap inkl. registerdata, rapporter og forskning, både nasjonal og internasjonal mv. Relevant her er evalueringen som ble gjort av fastlegeforsøket og evalueringen Norges forskningsråd (NFR) gjennomførte etter innføringen fra 2006.

Det må gjennomføres en systematisk litteraturgjennomgang. I tillegg må leverandør hente inn ny kunnskap for å belyse problemstillingene.

Fylkeslegen vil kunne være en av flere viktige informanter i forbindelse med innhenting av informasjon.

Vi ber om at leverandør i tilbudsbrevet skisserer hvordan målene med evalueringen skal gjennomføres. Det er ønskelig at leverandør bidrar til å tolke og presisere evalueringsoppdraget, samt komme med forslag til metode, bruk av datakilder og innfallsvinkel for evalueringen.

1.3 Økonomiske rammer

Evalueringsoppdragets økonomiske ramme er begrenset oppad til kr. 13,5 millioner eks. mva. Budsjettet fordeles over 2 år, med kr 9 millioner for 2018 og 4,5 millioner for 2019.

Oppdraget kan påbegynnes fra snarest mulig etter kontraktsinngåelse, men senest 10.08.2018. Sluttrapport skal ferdigstilles innen 1.9.2019.

Det tas forbehold om Stortingets bevilgning til evalueringen for 2019.

1.4 Opsjon

Dersom det skulle oppstå behov for å få utredet andre temaer/problemstillinger som har sammenheng med evalueringsoppdraget, men som ikke kan anses omfattet av avtalen (kravspesifikasjon og tilbud), skal Helsedirektoratet ha opsjon på dette. Det samme gjelder tilgrensede prosjekter.

Dette arbeidet skal i så fall avtales skriftlig og utføres til gjeldende timepriser.

Størrelsen på en ev. opsjon er vanskelig å estimere, men det antas at den vil kunne bli inntil kr. 3 millioner ekskl. mva. Dette kommer i så fall i tillegg til beløpet som er beskrevet i pkt. 1.3.

1.5 Annet

Det må utarbeides avtaler om innhenting av data og bruk av personopplysninger mellom leverandør og annen part, når leverandør er valgt og databehov er avklart.

2. Leveransen

2.1. Oppdragsgivers behov

Det vil være behov for både kvalitative og kvantitative kartlegginger for å kunne belyse problemstillingene ovenfor. Det oppfordres til og gis mulighet for, at flere leverandører kan samarbeide om et tilbud. Tilbyder skal beskrive metodevalg og begrunnelse i søknaden, samt beskrive hvilke datakilder som skal benyttes.

Rapporten og all dokumentasjon skal utarbeides på norsk og leveres i en elektronisk utgave, som kan gjøres om til pdf-filer for senere trykking og publisering etter behov. Intervjuene skal gjennomføres på norsk. Helsedirektoratet har rettighetene til datamaterialet, og eventuell bruk utenom oppdraget skal avklares med Helsedirektoratet.

Leverandør må organisere seg slik at fremdrift i evalueringsarbeidet sikres, ved at tidsfrister overholdes og at det som leveres er kvalitetssikret med hensyn til både form, språk og innhold.

Det vises for øvrig til punkt 1.1 Oppdragets innhold.

Det forutsettes at leverandøren samordner og avgrenser oppdraget i forhold til oppdraget departementet har gitt til Folkehelseinstituttet

Helsedirektoratet ønsker følgende målepunkter og leveranser:

- Helsedirektoratet har gjennomført en kartlegging av hvordan fastleger fordeler sin tid på ulike arbeidsoppgaver og pasientgrupper i 2017, jfr pkt. 1, [«Tidsundersøkelsen»](#). Vi ber om at dataene fra dette prosjektet legges til grunn i evalueringen.
- Leverandøren må sikre at de to deloppdragene fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet utfyller hverandre. Det forutsettes at leverandøren samordner og avgrenser oppdraget i forhold til oppdraget departementet har gitt til Folkehelseinstituttet, jfr. pkt. 1.0.
- Sluttrapport sendes til Helsedirektoratet innen 1. september 2019.
- Det bes om at Helsedirektoratet får oversendt utkast til sluttrapport for gjennomsyn før leveransetidspunktet. Dette etter nærmere avtale. Resultater fra evalueringen må presenteres på et seminar eller eventuelt et møte.
- Rapporten og all dokumentasjon skal utarbeides på norsk og leveres i en elektronisk utgave, som kan gjøres om til pdf-filer for senere trykking og publisering etter behov. Intervjuene skal gjennomføres på norsk. Helsedirektoratet har rettighetene til datamaterialet, og eventuell bruk utenom oppdraget skal avklares med Helsedirektoratet.
- Leverandør må organisere seg slik at fremdrift i evalueringsarbeidet sikres, ved at tidsfrister overholdes og at det som leveres er kvalitetssikret med hensyn til både form, språk og innhold.
 - HOD vil i 2018 reetablere et trepartssamarbeid med partene (KS og Legeforeningen). Dette skal fungere som referansegruppe for evalueringen. Det er lagt opp til at leverandøren deltar på enkelte møter med referansegruppen.
 - Det vil bli lagt opp til jevnlig møter med Helsedirektoratet og leverandør, for å være i dialog om evalueringsoppdraget. KS og Legeforeningen inviteres inn ved behov.

Det vises for øvrig til punkt 1.0 Oppdragets innhold.

Krav til tilbudet

Tilbudet må inneholde:

- Leverandørens vurdering/forståelse av oppdraget/oppdragsgivers behov, slik det er beskrevet.
- Forslag til løsning og beskrivelse av valg av metode for å besvare de spørsmålsstillinger evalueringen skal gi svar på, samt utfordringer og problemstilling knyttet til oppdraget.
- En beskrivelse av hvordan leverandør vil legge opp arbeidet med oppdraget for å sikre at evalueringen gir svar på de ønskede spørsmålsstillingene.
- Komplette bemanningsplan for oppdraget med navn og rollefordeling. CV'er og referanser fra ev lignende oppdrag, må vedlegges.
- Spesifisert gjennomføringsplan med kostnadsoversikt totalt og pr år, som en del av fremdriftsplanen for de ulike del-aktivitetene med informasjon om totalpris, timepris og timeforbruk.
- Utgifter relatert til oppdraget som ikke er spesifikt angitt i tilbudet, må dekkes innenfor de oppgitte kostnadene.

2.3. Lenker og vedlegg

- Rapport med kartlegging av hvordan fastleger bruker sin tid på ulike arbeidsoppgaver og pasientgrupper, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm), [«Tidsundersøkelsen»](#).
- Evaluering av fastlegeordningen, 2001 til 2005, Norges forskningsråd, [«Rapport om evalueringen»](#)
- [St. meld. nr. 23 \(1996-97\)](#) Trygghet og ansvarlighet - Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen
- [Ot.prp. nr. 99 \(1998-99\) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover \(fastlegeordningen\)](#)

-
- Pasientopplevd kvalitet som er pasientens opplevelser og vurdering av helsevesenets ytelser, inkludert kommunikasjon, informasjon, koordinasjon og kontinuitet ivaretas av FHI [«Rapport fra Kunnskapssenteret»](#) og [«Notat fra Kunnskapssenteret»](#).

EY | Assurance | Tax | Transactions | Advisory

Om EY

EY er en ledende global aktør innen revisjon, skatt og avgift, transaksjoner og rådgivning. Gjennom kontinuerlig fokus på kvalitet bygger vi tillit i kapitalmarkedene og i økonomier over hele verden. Gjennom å utvikle gode ledere som forplikter seg til å levere det vi lover bidrar vi til å bygge et bedre arbeidsliv for våre ansatte, kunder og lokalsamfunn.

Ernst & Young AS inngår i det globale nettverket til Ernst & Young, og kan referere til en eller flere av medlemmene av Ernst & Young Global Limited, der hvert medlem er en egen juridisk enhet. Ernst & Young Global Limited, er et britisk selskap med begrenset ansvar og leverer ingen tjenester til kunder. For mer informasjon, se www.ey.com/no

© 2019 Ernst & Young AS

All Rights Reserved