NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTS MEDISIN

FASTLEGEORDNINGEN I KOMMUNER MED UNDER 20 000 INNBYGGERE

Nasjonalt senter for distriktsmedisin /
Boaittobealmedisiinna našunála guovddáš
UiT Norges arktiske universitet

Birgit Abelsen, Margrete Gaski og Helen Brandstorp

2016

FORORD

Fastlegeordningens intensjon er at alle som ønsker det skal få en fast allmennlege å forholde seg til og at forholdet mellom lege og pasient, så godt det lar seg gjøre, skal være stabilt over tid. Forutsetningene for å få til dette er blant annet tilfredsstillende legedekning og høy legestabilitet.

Stabil legedekning er en utfordring i enkelte kommuner, men vi har lite systematisert kunnskap som kan si noe om omfanget av utfordringene. Når faste leger mangler, blir vikarer løsningen. Vi vet imidlertid lite om bruken av legevikarer i allmennlegetjenesten.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)/ Boaittobealmedisiinna našunála guovddáš (BMNG) ønsker å styrke den forskningsbaserte kunnskapen om hvordan fastlegeordningen fungerer i distriktskommuner. Denne rapporten er et bidrag til dette. Undersøkelsen som rapporteres her, er initiert av NSDM/BMNG. Den gir innsikt i lokale varianter av fastlegeordningen og fastlegedekningen i distriktskommuner, og spesielt om bruken av legevikarer. Vår målsetting er å gjøre jevnlige datainnsamlinger om dette temaet for å kontinuerlig bygge ny kunnskap om legedekningen og legestabiliteten i distriktskommuner.

Alta, 01.08.2016
Birgit Abelsen
forskningsleder

INNHOLD

Sammendrag 1

1 Innledning 5

1.1 Noen nøkkeltall for FLO på landsbasis 6

1.2 Kontinuitet og stabilitet i FLO 8

1.3 Driftsformer i FLO 9

1.4 Spesialisering i allmennmedisin 12

1.5 Omfanget av vikarbruk i fastlegetjenesten 13

1.6 Kommunens inntekter og utgifter til FLO 15

2 Metode og datamateriale 17

2.1 Datainnsamlingen 17

2.2 Hva ville vi vite? 20

2.3 Dataanalysen 20

3 Resultater 23

3.1 Status i kommunene per 1.1.2015 23

3.2 Om situasjonen i kommunene i 2014 30

4 Oppsummering og diskusjon 34

Referanser 40

Vedlegg 41

SAMMENDRAG

Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere

Birgit Abelsen, Margrete Gaski og Helen Brandstorp

NSDM-rapport 2016

Denne rapporten handler om fastlegeordningen (FLO) i kommuner med under 20 000 innbyggere. Den gir kunnskap om hvordan driftsformene i FLO og spesialiseringsgraden blant fastleger varierer med kommunestørrelse og sentralitet. Den gir også kunnskap om det årlige rekrutteringsbehovet til fastlegetjenesten i disse kommunene og rekrutteringsutfordringene målt som legeløse lister, tilhørende vikarbruk, utlysninger og tilfang av søkere i berørte kommuner.

Datamateriale og metoder

Rapporten er basert på data fra en spørreundersøkelse som kartla status i kommunene per 1.1.2015, og situasjonen slik den var i 2014. Undersøkelsen var rettet mot de 374 kommunene i landet som per 1.1.2014 hadde under 20 000 innbyggere. Per 1.1.2015 var det 1 911 fastlegehjemler/-stillinger i kommunene som deltok i undersøkelsen. Dette tilsvarte 41,6 prosent av alle fastlegelister i Norge per 31.12.2014.

Undersøkelsen omfatter svar fra 96 prosent av kommunene og anses med dette å gi et representativ tidsbilde.

Datamaterialet ble samlet inn med et elektronisk spørreskjema. Det er analysert ved hjelp av frekvenstellinger, krysstabeller og tester for å avdekke statistisk signifikant sammenheng (assosiasjon) med henholdsvis kommunestørrelse og sentralitet og eventuelt styrkeforholdet mellom disse.

Under halvparten av driftsavtalene i henhold til hovedmodellen

Majoriteten av fastlegeavtalene i de undersøkte kommunene var basert på privat næringsdrift (78,7 prosent). Men under halvparten (44,8 prosent) var i henhold til hovedmodellen i FLO med ren privat næringsdrift. Nær en tredel (33,9 prosent) var private næringsdriftavtaler med en kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell, mens én av fem (20,1 prosent) hadde en driftsform basert på fast lønn. Driftsform varierte signifikant med innbyggertallet i kommunen og innbyggertallet hadde større betydning enn kommunens sentralitet. Drift basert på fast lønn var mest vanlig i kommuner med under 2 000 innbyggere (69,2 prosent), mens ren privat næringsdrift i form av hovedmodellen var mest vanlig i kommuner med mellom 10 000 og 20 000 innbyggere (72,1 prosent). Blant fastlegene med en privat næringsdriftsavtale var det 17,3 prosent som hadde en kommunal fastlønnstilling som utgjorde mer enn 7,5 timer per uke.

Intern variasjon i driftsformer innad i kommunen

Våre data viser at i drøyt halvparten av kommunene (54,5 prosent) hadde alle fastlegene samme driftsform, mens det i resten av kommunene (45,5 prosent) var ulike driftsformer blant fastlegene.

Behov for et utdanningsløft

Blant legene som hadde en fastlegeavtale i de undersøkte kommunene per 1.1.2015, var 53 prosent spesialister i allmennmedisin, 33,7 prosent var under spesialisering i allmennmedisin, mens de resterende 13,3 prosent hverken var spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Andelen spesialister i allmennmedisin økte signifikant både med kommunestørrelse og sentralitet. Nær én av fire fastleger i kommuner med under 2 000 innbyggere var hverken spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. For å møte kravet om at leger i klinisk kommunal virksomhet skal være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering, synes det å være behov for et utdanningsløft, særlig i de minste kommunene.

Rekrutteringsbehov i 2014: 192 nye fastleger

Undersøkelsen viser at det var behov for å rekruttere 192 nye fastleger til de undersøkte kommunene i 2014 for å dekke legeetterspørselen knyttet til alle overdragelser og nyetablerte fastlegehjemler. Det ble etablert 62 nye fastlegehjemler mens 130 lister ble overdratt fra en fastlege til en annen. For å sette rekrutteringsbehovet av fastleger i de undersøkte kommunene i perspektiv, så utgjorde 62 + 130 = 192 fastleger til sammenlikning drøyt 20 prosent av antallet turnuslegestillinger som ble lyst ut i Norge i 2014.

Legeløse lister assosiert med kommunens sentralitet

Per 1.1.2015 var det til sammen 62 legeløse lister blant kommunene som deltok i undersøkelsen. Disse utgjorde 3,2 prosent av det totale antallet fastlegehjemler/-stillinger i de undersøkte kommunene. De legeløse listene var fordelt på 50 ulike kommuner - 39 kommuner som hadde én liste, sju kommuner hadde to lister og tre kommuner hadde tre. Det er utvilsomt en større utfordring å mangle to eller tre fastleger for en kommune med under 2 000 innbyggere, enn det er for en noe større kommune å mangle én. Mer enn halvparten av de legeløse listene (36 lister) var å finne i de tre fylkene Nordland, Møre og Romsdal og Finnmark. Forekomsten av legeløse lister var ikke signifikant assosiert med kommunestørrelse, men signifikant assosiert med kommunenes sentralitet. Skillet går i hovedsak mellom sentrale kommuner med få legeløse lister og andre kommuner med relativt sett flere legeløse lister.

Nær tre av ti ledige hjemler hadde stått ledig i mer enn ett år

Av de 62 fastlegehjemlene/-stillingene som var ledige per 1.1.2015, hadde 18 (29 prosent) stått ledige i mer enn ett år. En stor majoritet (82,3 prosent) av de ledige hjemlene/stillingene var lyst ledig én eller flere ganger. Det var imidlertid ikke noe stort

tilfang av søkere. Ved siste gangs utlysning, var det i gjennomsnitt 4,3 søkere per hjemmel/stilling og i gjennomsnitt 1,8 søkere som ble vurdert som kvalifisert. De mest vanlige årsakene til at søkere ikke ble ansett som kvalifisert, var manglende språkferdigheter eller manglende turnustjeneste.

Mange korte vikariat i de små og i de usentrale kommunene

Undersøkelsen avdekket at i løpet av 2014 hadde 61 hjemler/stillinger fordelt på 42 kommuner stått uten fastlege i mer enn tre måneder av annen grunn enn at fastlegen var i permisjon (utdanning eller fødsel). Mer enn halvparten av disse hjemlene/stillingene (totalt 34) var igjen å finne i fylkene Nordland, Møre og Romsdal og Finnmark. De ledige hjemlene/stillingene ble dekket opp med vikarer engasjert av kommunen. Til sammen ble det engasjert mer enn 136 vikarer til for å dekke opp for legeløsheten i disse hjemlene/stillingene. Det er stor forskjell på våre tall og HELFOs tall når det gjelder registreringer om antallet vikarer som dekket opp for legeløse hjemler/stillinger i 2014. Det var statistisk signifikant sammenheng mellom varigheten på vikariatene og kommunestørrelse i den forstand at jo færre innbyggere det var i kommunen, jo kortere var vikariatene. Det var også statistisk signifikant sammenhengen mellom varigheten på vikariatene og sentralitet. En klar majoritet av vikariatene var å finne i de minst sentrale kommunene.

Vikarer fra byrå og fra utlandet

I 2014 var mer enn halvparten (54 prosent) av legene som vikarierte på legeløse lister i fastlegetjenesten, rekruttert fra et vikarbyrå og mer enn halvparten (52 prosent) var fast bosatt i utlandet. Blant de legene som kun vikarierte i kommunale legevakter, var to av tre fast bosatt i utlandet.

En av seks kommuner med under 20 000 innbyggere berørt av legeløshet

Våre data viser at 56 kommuner (16,6 prosent) av de som deltok i kartleggingen, hadde leid inn vikar til fastlegetjenesten eller kommunal legevakt i løpet av 2014. I tillegg til denne vikarbruken, kommer den ordinære vikarbruken blant fastleger som i hovedsak skyldes utdannings- og fødselspermisjoner.

Vår undersøkelse gir ikke grunnlag for å konkludere om omfanget av kommuner som har mer eller mindre kontinuerlige vikarstafetter gående. Til dette trengs det datainnsamling over tid.

1 INNLEDNING

Denne rapporten handler om fastlegeordningen (FLO) i kommuner med under 20 000 innbyggere. Den gir kunnskap om hvordan driftsformene i FLO og spesialiseringsgraden blant fastleger varierer med kommunestørrelse og sentralitet. Den gir også kunnskap om det årlige rekrutteringsbehovet til fastlegetjenesten i disse kommunene og rekrutteringsutfordringene målt som legeløse lister og tilhørende vikarbruk i berørte kommuner.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin skal ha spesiell oppmerksomhet rettet mot utviklingen av likeverdige og stabile helsetjenester for befolkningen i distriktene. I mangel av noen spesifikk definisjon på hva distriktene er, har vi satt grensen for inklusjon i denne studien ved kommuner med 20 000 innbyggere. Denne avgrensningen inkluderer alle distriktskommuner, men samtidig også en del sentrale kommuner.

Når faste leger mangler, blir vikarer løsningen. Det finnes i dag lite kunnskap om bruken av vikarer i fastlegetjenesten. Vi har anekdotisk kjennskap blant annet fra dagspressen om at det pågår vikarstafetter i enkelte kommuner, og at vekslingene i slike ofte foregår mellom leger med dårlige kunnskaper i norsk og om norske forhold, men vi har lite forskningsbasert kunnskap om dette. Figur 1 viser overskrifter og sitater fra en reportasjeserie om problematikken rundt fastlegemangel og vikarbruk som avisen VG hadde på vår-vinteren i 2014. Reportasjeserien avdekket mangler i den kollektive kunnskapen om vikarbruken i fastlegetjenesten som dels skyldes at man ikke har gode dataregistreringer på dette området.

Denne rapporten er basert på data fra en spørreundersøkelse som kartla status i kommunene per 1.1.2015 og situasjonen slik den var i 2014. Formålet med kartleggingen er å bedre kunnskapen om FLO slik den praktiseres i distriktskommuner. Spesielt skal den gi bedre innsikt om bruken av legevikarer.

Videre i denne innledningen vil vi etablere en kontekst for kartleggingen. Det gjør vi ved å presentere noen nasjonale nøkkeltall om FLO og ved å peke på noen forhold som antas å ha sammenheng med rekrutteringsutfordringer og ustabilitet i fastlegetjenesten. Her er det imidlertid ingen klare årsak-virkning forhold. I kapittel 2 presenteres metodiske forhold rundt datainnsamlingen for kartleggingen. I kapittel 3 presenteres resultatene fra kartleggingen. I kapittel 4 oppsummeres og diskuteres hovedfunnene i kartleggingen.

Figur 1: Eksempler på overskrifter og sitater fra VG vår-vinteren 2014.

1.1 Noen nøkkeltall for FLO på landsbasis

Ved utgangen av 2015 var det 4 585 leger som hadde en fastlegeavtale med en kommune [1]. Da FLO startet 1. juni 2001 var det med 3 585 fastleger. Mens antall fastleger har økt med 27,9 prosent fra FLOs start i 2001 til utgangen av 2015, har befolkningen økt med 15,5 prosent i samme periode.

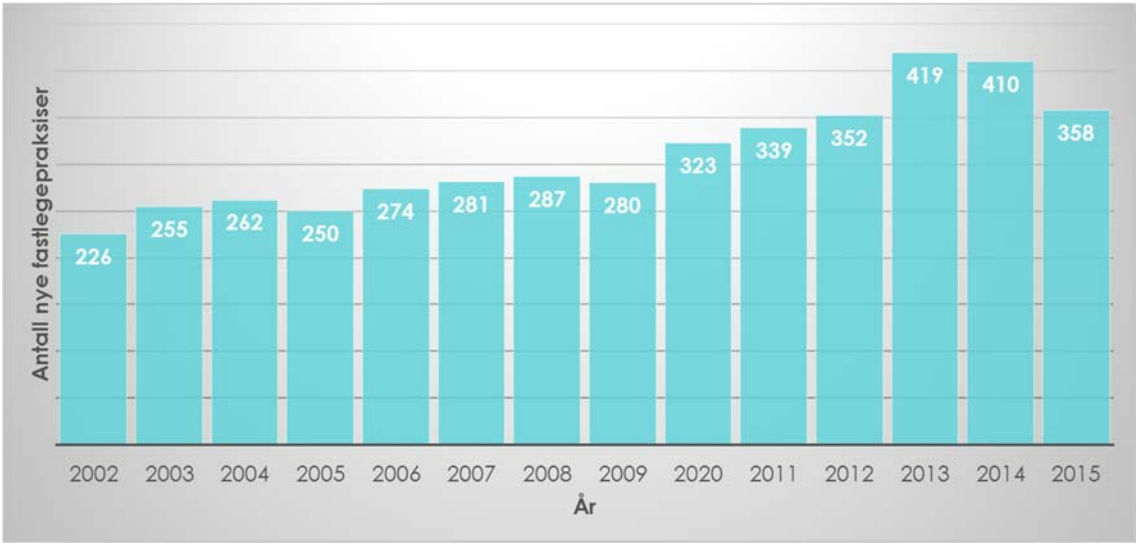
Blant fastlegene var det ved inngangen til 2015, 1 873 (40,9 prosent) kvinner og 2 712 (59,1 prosent) menn. Kvinneandelen blant fastleger har økt betydelig siden de første fastlegeavtalene ble inngått i 2001. Da var kvinneandelen 28,7 prosent [2]. Samtidig har andelen yrkesaktive kvinnelige leger mer enn doblet seg fra 2002 til utgangen av 2015 (økning på 102 prosent)[1].

Ved utgangen av 2015 viste styringsdata for FLO at gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste var 1 128 personer. Gjennomsnittlig listelengde har avtatt noe de senere år og var på sitt høyeste nivå ved utgangen av 2005 med 1 204 personer [1].

[1] http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Yrkesaktive-leger-i-Norge/

I følge styringsdata for FLO var kun 52 (1,1 prosent) lister uten lege (legeløse lister) ved utgangen av 2015 [1]. Til sammenlikning var det ved utgangen av 2001 registrert 164 lister uten lege. Det har med andre ord vært en betydelig nedgang i lister uten lege siden FLO ble etablert. Ved utgangen av 2015 var 0,6 prosent av befolkningen tilknyttet en liste uten lege.

Figur 2 viser utviklingen i nye fastlegepraksiser i perioden 2002 - 2015. Figuren er basert på styringsdata om FLO. Nye fastlegepraksiser omfatter overdragelser av hjemler/stillinger og nye hjemler/stillinger etablert i løpet av året. Antall nye fastlegepraksiser forteller om det årlige legerekrutteringsbehovet til ordningen. Abelsen og medarbeidere [2] har vist at få fastleger etablerer mer enn en fastlegeavtale, så tallene viser i hovedsak behovet for nyrekruttering av fastleger til ordningen. Figuren viser at det årlige antallet nye fastlegepraksiser har steget i perioden og var spesielt høyt i 2013 og 2014. Denne særegne økningen hadde trolig sammenheng med implementeringen av samhandlingsreformen. Behovet for å rekruttere til legeløse lister kommer i tillegg.



Figur 2: Antall nye fastlegepraksiser (rekruttering inn i fastlegeordningen). Kilde: Styringsdata, Helsedirektoratet.

1.2 Kontinuitet og stabilitet i FLO

Intensjonen med FLO er at alle som ønsker det skal få en fast allmennlege å forholde seg til og at forholdet mellom lege og pasient så godt det lar seg gjøre, skal være stabilt over tid. Forutsetningen for å få dette til er blant annet tilfredsstillende legedekning og høy stabilitet blant legene. Den forskningsbaserte evalueringen av fastlegereformen slo fast at FLO var en suksess og at stabiliteten blant legene generelt var høy de første årene med fastlegeordning [3].

Hetlevik og Gjesdal [4] viste med data fra 2009, at 78 prosent av pasientkonsultasjonene ble gjort av pasientens fastlege. Kontinuiteten mellom lege og pasient var høyest blant eldre pasienter (86 % blant de som var 60 år og eldre) og lavest blant unge pasienter (68 % blant de under 15 år) og i kommuner med under 10 000 innbyggere (68 %). Undersøkelsen inkluderte imidlertid bare 79 prosent av alle fastleger, dvs. de som ifølge forfatterne, drev en normal praksis i løpet av 2009. Den største gruppen som ble selektert bort var leger med mindre enn 10 måneders praksis i 2009 (totalt 476 (12 prosent) av 4063 fastleger). Dette var trolig leger som var ute av praksis i hovedsak for videreutdanning eller på grunn av barnefødsel. Det er grunn til å tro at pasientene på disse legenes liste ble møtt av en eller flere vikarer i løpet av 2009. Dersom disse hadde vært inkludert i undersøkelsen, ville kontinuiteten mellom lege og pasient vært lavere enn 78 prosent.

Abelsen og medarbeidere [2] viste at det er stor variasjon i varigheten av fastlegeavtaler og at varighet avhenger av legens kjønn og alder ved oppstart, listelengde og kommunestørrelse. I de 13 første årene med fastlegeordning (2001-2014) var median varighet av en fastlegeavtale nær 6 år. Varigheten var over tre ganger så lang i kommuner med 50 000 innbyggere eller mer (8,37 år), sammenliknet med i kommuner med under 2 000 innbyggere (2,75 år).

I de 13 første årene med fastlegeordning, var det totalt 1 091 pasientlister som i kortere eller lengre perioder ikke var knyttet til en navngitt lege med en fastlegeavtale (legeløse lister). Abelsen og medarbeidere [2] viste at en stor andel av de legeløse listene var å finne i kommuner med under 5 000 innbyggere (42 prosent). Slike legeløse lister er håndtert med innleie av vikarer over kortere eller lengre tid. Utfordringene med ustabilitet i fastlegetjenesten i de små kommunene var dermed i realiteten større enn det den mediane varigheten av fastlegeavtalene gir inntrykk av.

Ved utgangen av 2014 var det ifølge statistikk fra Helsedirektoratet [5], 67 lister uten lege (legeløse lister). Det framgår ikke av den publiserte statistikken i hvilke kommuner disse listene befant seg, eller om dette var lister som hadde vært uten lege over lengre tid. Det går heller ikke fram av statistikken i hvilke kommuner vikarstafetter eventuelt pågår. Det går an å lese ut av statistikken hvilke fylker som på det aktuelle tidspunktet var mest berørt av lister uten lege. I Finnmark var 8,5 prosent av listene uten lege, mens andelen i

Nordland var 6,6 prosent. Det neste fylket på lista var Nord-Trøndelag med en andel på 4 prosent. Til sammen sto 41 315 innbyggere på disse listene, noe som er en klar nedgang i forhold til innføringen av FLO i 2001 hvor 200 705 innbyggere stod på en liste uten fast lege.

Et av delprosjektene i evalueringen av FLO, handlet om utfordringer med lav legestabilitet i kommuner i Nord-Trøndelag og Finnmark [6]. Analysen avdekket at lokal oppfatning av legetjenesten som et kollektivt ansvar, et godt samarbeidsklima mellom leger og kommuneledelsen (administrativt og politisk), en godt organisert legevakt, nærhet til spesialisthelsetjenesten, samt incentivordninger (økonomiske og permisjonsordninger) var viktige forklaringsfaktorer for variasjoner i stillingsstabilitet kommunene imellom. Analysen viste også at lav legestabilitet var en belastning for pasienter. Andersen et al [7] fant i en tidligere undersøkelse med materiale fra Nord-Norge, at kommuner med ustabil legedekning hadde lengre avstand til sykehus enn de stabile, og at legene i de ustabile kommunene opplevde større arbeidsbelastning og faglig isolasjon, samt mangel på faglig nettverk.

TNS Gallup gjennomfører årlig en nasjonal undersøkelse for Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi), av brukertilfredshet med ulike kommunale tjenester. Legetjenesten er en av disse tjenestene. I 2003 sa 88 prosent seg fornøyd med tjenesten [1]. I 2015 var andelen fornøyde redusert til 75 prosent[2]. I kommuner med under 5 000 innbyggere var andelen fornøyde i 2015 nede i 73 prosent. Det er grunn til å anta at en høyere forekomst av legeløse og legeustabile lister i de minste kommunene kan bidra til å forklare at befolkningen der er noe mindre fornøyd med legetjenesten enn resten av befolkningen.

1.3 Driftsformer i FLO

Et hovedskille når det gjelder driftsform i FLO, går mellom avtaler basert på privat næringsdrift og avtaler basert på fast lønn. Privat næringsdrift er hovedmodellen for drift i FLO (jfr. fastlegeforskriften og annet sentralt avtaleverk[3]). Fastlegeavtaler som ikke er i henhold til hovedmodellen, *kan* være en indikasjon på at kommunen har utfordringer med å rekruttere og stabilisere leger til FLO med de vilkår hovedmodellen stiller. I et slikt perspektiv finner vi det interessant å kartlegge hvilke ulike driftsformer som praktiseres i kommuner med under 20 000 innbyggere.

1.3.1 Privat næringsdrift

Hovedmodellen

Hovedmodellen i FLO innebærer at fastlegen inngår en individuell avtale med kommunen om privat næringsdrift for å ivareta individrettet kurativt legearbeid for en definert

[2] http://www.difi.no/innbyggerundersokelsen

[3] ASA 4301 Statsavtalen, ASA 4310 Rammeavtale mellom KS og legeforeningen, SFS 2305 Særavtale mellom KS og legeforeningen.

listepopulasjon, kombinert med en kommunal deltidsstilling på inntil 7,5 timer for å gjøre *andre allmennlegeoppgaver*. *Andre allmennlegeoppgaver* kan omfatte allmennmedisinske og samfunnsmedisinske oppgaver.

Kommunen kan kreve at legen setter listetaket til minimum 1 500 innbyggere for fulltidspraksis[4] og minimum 500 innbyggere for deltidspraksis[5]. Fastlegene kan kreve kortere liste for å gjør *andre allmennlegeoppgaver* for kommunen og har rett til listereduksjon i enkelte andre tilfeller[6].

En fastlege som driver privat næringsdrift, får sin inntekt fra et årlig basistilskudd[7] (per-capita tilskudd) som kommunene betaler per innbygger på legens liste, fra statlige trygderefusjoner, fra pasienters egenandeler og fra den eventuelle kommunale deltidsstillingen. For den kommunale deltidsstillingen får fastlegen praksiskompensasjon for hver time de er fraværende fra egen praksis for å ivareta *andre allmennlegeoppgaver*. De får i tillegg fast lønn for de timene de jobber[8]. De kan alternativt få honorar for den kommunale deltidsstillingen. Honorar for legevakt kommer i tillegg.

Varianter av næringsdrift

Det er mulig for kommunen å inngå avtale med næringsdrivende fastleger om *andre allmennlegeoppgaver* i kommunen ut over 7,5 timer.

I kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere skal kommunen gi et utjamningstilskudd til næringsdrivende fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1 200 personer[9]. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskuddet for 1 200 personer og basistilskuddet for gjennomsnittlig listelengde i kommunen. Utjamningstilskuddet er dermed et likt beløp for alle fastleger i kommunen uavhengig av den enkeltes listelengde.

I en del kommuner foregår det et praktisk/økonomisk samarbeid om næringsdriftsavtalene ved at kommunen holder lokaler, utstyr, medisinske forbruksvarer og/eller hjelpepersonell mot at fastlegene betaler et månedlig eller årlig beløp for dette[10]. I enkelte kommuner praktiseres eksempelvis en såkalt «null-løsning» hvor de næringsdrivende fastlegene «betaler» for lokaler, utstyr, medisinske forbruksvarer og hjelpepersonell ved å gi avkall på basistilskuddet (per capita-tilskuddet) og eventuelt også utjamningstilskuddet. I realiteten innebærer disse ordningene en subsidiering av legenes

[4] Jfr. ASA 4301 punkt 2.3.1 og SFS 2305 punkt 4.1)
[5] Jfr. fastlegeforskriften § 34.
[6] Jfr. ASA 4310 punkt 10.7.
[7] Per 1.1.2016 var dette kr 427 per pasient per år.
[8] Lønnsnivået fastsettes lokalt i den enkelte kommune etter Hovedtariffavtalen kapittel 5.
[9] J.fr. §2.2 i Normaltariffen. http://normaltariffen.legeforeningen.no/normaltariff.xsp?id=&kap=kap4.3
[10] Det formelle grunnlaget for en slik prakis finnes i ASA 4310 punkt 8.2.

praksis fra kommunenes side, selv om bestemmelsene i sentrale avtaler tilsier at legen skal betale kostnadene fullt ut (Legetjenesten i kommunene – KS' kommentarer[11]).

Omfanget av de ulike variantene av næringsdriftsavtaler har man lite systematisert kunnskap om. I en utvalgsundersøkelse som ble gjennomført av Halvorsen og medarbeidere i 2009 blant alle landets fastleger [8], svarte imidlertid 75 prosent av respondentene at de drev ren privat næringsdrift, mens 18 prosent drev privat næringsdrift med en kommunal leieavtale (for lokaler, utstyr og/eller personell). De resterende hadde en form for fastlønnsavtale. Om lag 40 prosent av landets fastleger deltok i undersøkelsen.

1.3.2 Kommunalt tilsatt

Kommunen og fastlegen kan avtale at fastlegen skal ansettes i kommunen og få fast lønn. En fastlønnstilling omfatter vanligvis både listetilknyttet, individrettet kurativt legearbeid og *andre allmennlegeoppgaver*. Kommunen bestemmer i hovedsak innholdet i fastlønnstillingen, herunder hvor mye av fastlegens arbeidstid som skal gå med til å gjøre *andre allmennlegeoppgaver*.

Den fastlønnede legen får sin inntekt fra kommunen. Trygderefusjoner og egenandeler for pasientbehandling som den fastlønnede legen utfører, betales til kommunen. Dersom erklæringer som pasienten selv ber om, eller som utarbeides for trygdeetaten, forsikringsselskaper, politiet mv., gjøres i den kommunale arbeidstiden, skal honoraret tilfalle kommunen.

Lønnsnivået til fastleger på fastlønn skal, i henhold til sentralt avtaleverk, fastsettes lokalt i den enkelte kommune[12]. Lønnen reguleres da ved årlige lokale lønnsforhandlinger hvor det tas hensyn til lønnsutviklingen i tariffområdet og kommunens totale situasjon. Det kan avtales både generelle og individuelle tillegg. Ved lønnsfastsettelsen skal det bl.a. tas hensyn til stillingens kompleksitet og den enkelte ansattes kompetanse, ansvar, innsats, resultatoppnåelse og behov for å rekruttere og beholde arbeidstakere.

Varianter av fastlønn

I enkelte kommuner praktiseres en bonusordning ved at fastlønnede fastleger får hele eller deler av trygderefusjoner og pasientbetalinger fra eget arbeid med egne listeinnbyggere. Hovedtariffavtalen (kap. 3.6) åpner for slike bonusordninger som tiltak for å øke produktivitet/effektivitet eller brukerorientering.

KS har erfart at en del kommuner inngår avtaler med fastleger på fast lønn som avviker fra sentralt avtaleverk (Legetjenesten i kommunene – KS' kommentarer). Disse handler

[11] http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/arbeidsgiver/tariff-lov--og-avtaleverk/internettinfo_220216.pdf
[12] Etter Hovedtariffavtalens kapittel 5.

for eksempel om at tilsettingsavtalene har klausuler om lønnsregulering knyttet til endringer i normaltariffen for leger, 44 ukers årsverk som om legen var selvstendig næringsdrivende og omfattende permisjonsrettigheter som for eksempel "nordnorgevilkår[13]".

Styringsdata for FLO viser at 4,2 prosent av landets fastlege*praksiser* hadde fastlønn ved utgangen av 2015 [1]. Men omfanget av de ulike variantene av fastlønnsavtaler har man ikke særlig mye systematisert kunnskap om. Helsedirektoratets oversikt viser en jevn nedgang i andel fastlege*praksiser* med fastlønn, fra 10,5 prosent ved utgangen av 2001 [1]. Halvorsen og medarbeideres utvalgsundersøkelse på nasjonalt nivå blant landets fastleger [8] som også er referert over (kap. 1.3.1), viste at 4 prosent hadde fast lønn med bonusordning (tillegg), mens 3 prosent kun hadde fast lønn.

1.4 Spesialisering i allmennmedisin

Det er i dag store forskjeller i rammebetingelsene for legers spesialisering mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten. Mens fastleger i stor grad organiserer og finansierer spesialiseringsløpet selv [9], tilrettelegges det for spesialisering på en helt annen måten i helseforetakene hvor faste utdanningsstillinger nå gradvis implementeres.

Leger som ønsker å spesialisere seg innen allmennmedisin, må følge et strukturert utdanningsløp som i dag er normert til fem år. Ett av årene er sykehustjeneste. De øvrige fire årene består av allmennlegearbeid. Legen må gjennomføre kurs og motta veiledning gjennom å delta i kollegagrupper. Allmennleger må resertifisere seg hvert femte år for å forbli spesialist i allmennmedisin.

Fastlegers spesialisering i allmennmedisin kan bidra til å skape ustabilitet i fastlegetjenesten. Dette skyldes at fastlegen har fravær fra praksis i forbindelse med obligatoriske kurs og veiledning, og særlig i forbindelse med året i sykehustjeneste. Det antas at resertifiseringen av spesialister i allmennmedisin ikke skaper vesentlig ustabilitet.

Primærhelsemeldingen [10] hevder (uten noen spesifikk referanse) at om lag 57 prosent av fastlegene på landsbasis er spesialister i allmennmedisin og at denne andelen de senere årene har vært synkende. Videre at om lag 20 prosent av de øvrige fastlegene på landsbasis er under spesialisering. Styringsdata for FLO [1] viser imidlertid at andelen spesialister i allmennmedisin ved FLOs start i 2001 var 56,2 prosent. Det er ikke utarbeidet nye tall for hvor mange fastleger som er spesialister i allmennmedisin og samfunnsmedisin etter dette. Legeforeningen publiserer en liste over godkjente

[13] Et stimuleringstiltak for tidligere distriktsleger som ble videreført som personlige ordninger i 1984 og innebærer at legen har rett til 2 ukers tjenestefri per år og 4 måneders permisjon hvert tredje år så lenge vedkommende sitter i en tidligere distriktslegestilling.

spesialister i allmennmedisin (med navn, sted eller land). Det er imidlertid ikke laget noen oppsummering som viser antallet fordelt på kommuner eller fylker, og heller ikke omfanget av spesialister i allmennmedisin som praktiserer som fastleger.

Det er i dag ingen kommunale legeoppgaver som krever at legen skal være spesialist i allmennmedisin. Det er imidlertid grunn til å anta at kvaliteten på legearbeidet generelt er høyere dersom fastlegen er spesialist i allmennmedisin. Fastleger som er spesialister i allmennmedisin, henviser eksempelvis pasienter sjeldnere til spesialisthelsetjenesten enn fastleger som ikke er spesialister [11]. Spesialister i allmennmedisin utløser høyere refusjonstakster enn leger som ikke er spesialister. Primærhelsemeldingen refererer til at spesialiseringen i allmennmedisin i dag er å betrakte som et personlig konkurransefortrinn for legen [10]. Men varsler samtidig at regjeringen ønsker å stille krav om at alle leger som jobber klinisk i den kommunale helse og omsorgstjenesten, enten er spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering, og vil utrede konsekvensene av dette. Det tenkes her særlig på konsekvensene for rekruttering av leger til distriktene. Helseministeren annonserte i mai 2016 at Helse- og omsorgsdepartementet vil stille krav til spesialitet i allmennmedisin for å kunne jobbe som fastlege[14].

Vi har undersøkt hvordan situasjonen er i kommunene med hensyn til omfanget av fastleger som er spesialister i allmennmedisin og fastleger som er under spesialisering.

1.5 Omfanget av vikarbruk i fastlegetjenesten

Fastleger har selv ansvar for å ordne med vikar ved fravær. Retten til å bruke vikar er for fastlegene regulert i rammeavtalen mellom Legeforeningen og KS om FLO[15]. Fravær fra praksisen kan eksempelvis være forårsaket av spesialisering (jfr. kap 1.4), annen utdanning, barnefødsel, annet arbeid eller fritid.

Vi har innhentet tall som viser antall vikarperioder for fastleger i 2014 som er rapportert inn til HELFO. Slike vikarperioder identifiserer fastlegen, vikarlegen, start- og sluttdato og stillingsprosenten som vikarperioden omfatter. I 2014 hadde HELFO registrert 1 829 slike vikarperioder[16]. Dette er vikarperioder hvor hele eller deler av perioden omfatter 2014. Årsaken til vikariatet er ikke rapportert.

Tabell 1 gir en oversikt over varigheten av vikarperiodene (gjennomsnittlig og median antall måneder) fordelt i forhold til stillingsprosent. Tabellen viser at majoriteten (65 prosent) av vikarperiodene var for 100 prosent stilling. Forskjellen i gjennomsnitt og median varighet for vikarperiodene for 100 prosent stilling tyder på at det var stor

[14] http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/26/vil-kreve-at-alle-fastleger-blir-spesialister/
[15] ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS
[16] Datasettet fra HELFO inneholdt opprinnelig 1908 vikarperioder, men etter «vasking» av data (blant annet sletting av dobbeltregistreringer) sto vi igjen med 1 829.

variasjon i varigheten på vikarperiodene. Et mindretall av lange permisjoner, er med på å trekke gjennomsnittet opp.

De 1 829 vikarperiodene var knyttet til 1 314 ulike fastleger. Blant disse var det 928 fastleger (71 prosent) som bare hadde en vikarperiode, 264 fastleger (20 prosent) som hadde to vikarperioder, og 122 fastleger som hadde mellom tre og åtte vikarperioder, som omfattet 2014. De som hadde mer enn én vikarperiode, hadde i all hovedsak engasjert ulike vikarer i de ulike periodene. Noen hadde vikarperiodene rett etter hverandre i tid, andre hadde parallelle vikarperioder som totalt sett kunne være for full stilling, men som var splittet opp på to ulike vikarer (f.eks. en vikar i 40 prosent av stillingen og en annen vikar i 60 prosent).

Tabell 1: Varighet av fastlegers vikarperioder (gjennomsnittlig og median antall måneder) som omfatter 2014. Totalt og fordelt i forhold til vikarperiodens stillingsprosent.

Stillingsandelen som vikariatet omfatter	Antall vikarperioder	Prosentandel vikarperioder	Varighet av vikarperioder (måneder)	
			Gjennomsnitt	Median
≤ 20 prosent	219	12	13,4	11
<20-40] prosent	148	8	14,7	12
<40-60] prosent	207	11	11,6	7
<60-100> prosent	69	4	10,6	8
100 prosent	1 186	65	5,0	2
Totalt	**1 829**	**100**	**7,8**	**5**

Hensikten med å ta med tallene som viser den regulære vikarbruken blant fastleger, er å få fram at det å engasjere vikar for kortere eller lengre perioder er relativt vanlig i FLO. Dette er ikke noe som bare forekommer når en kommune mangler fastleger. Selv om fastlegen er stabil i sin stilling, kan bruken av vikarer oppfattes som ustabilitet for pasientene – også i kommuner som ikke har legeløse lister. Det er imidlertid ikke denne typen vikarbruk som er gjenstand for kartlegging i denne undersøkelsen. Vi er primært interessert i vikarbruken knyttet til de legeløse listene.

Vi ba derfor i tillegg HELFO om en oversikt over omfanget av vikariater som omfattet hele eller deler av 2014, hvor vikaren dekket opp for en liste uten navngitt lege. Datamaterialet vi fikk fra HELFO inneholdt totalt bare 35 vikariater som identifiserte den legeløse fastlegelisten, navn på vikaren, samt start- og sluttdato for vikariatet. De fleste (32 av 35 vikariater) var i finne i kommuner med under 20 000 innbyggere. Vår kjennskap til omfanget av legeløse lister og vikarbruk, tilsa at omfanget i 2014 reelt var større. Dette var en av grunnene til at vi valgte å undersøke vikarbruken knyttet til legeløse lister mer spesifikt i vår undersøkelse.

1.6 Kommunens inntekter og utgifter til FLO

Kommunen finansierer FLO gjennom sitt årlige rammetilskudd og skatteinntekter. Kommunen får i tillegg normalt innbetalingene av trygderefusjon og egenandeler fra virksomheten til fastlønnede leger (hvis ikke annet er avtalt jfr. kap. 1.1.2). Kommunen får også et særskilt tilskudd[17] for turnuslege(r) dersom kommunen tildeles turnuslege(r). I en del distriktskommuner er turnuslegen viktig arbeidskraft for driften av legetjenesten.

Kommunene refunderes ikke særskilt hverken for eventuelle utjamningstilskudd, subsidier som kommunen bidrar med til næringsdrivende leger, bonusavtaler eller andre goder til fastlønnede leger.

Med hovedmodellen for drift i FLO skal det i prinsippet ikke være noen kostnader med FLO utover basistilskuddet for kommunenes innbyggere. For en del kommuner er imidlertid finansieringsbyrden betydelig høyere enn basistilskuddet [6]. Heller ikke dette finnes det systematisert kunnskap om.

Kommuner med rekrutteringsutfordringer og/eller manglende stabilitet i fastlegetjenesten, med behov for kompetansehevende tiltak og/eller medisinsk-teknisk utstyr for å sikre nødvendig kvalitet i legevakttjenesten, kunne i perioden 2012 - 2015 søke Helsedirektoratet om tilskudd[18]. I 2016 er det ikke mulig for kommunene å søke slike midler. Kommunene måtte i sine søknader om tilskudd redegjøre for utfordringer relatert til allmennlegetjenesten og konkretisere hva slags tiltak de søkte midler til. I perioden 2012-2015 ble det gitt tilskudd på til sammen 122,25 millioner kroner til 183 ulike kommuner[19]. Disse kommunene representerte alle landets fylker. De fylkene som ble tildelt størst samlet tilskudd var Nordland, Hordaland og Rogaland. Blant de 183 kommunene som fikk tilskudd, hadde majoriteten (77,1 prosent) under 20 000 innbyggere. Men også mange store kommuner fikk tilskudd. I 2012 og 2013 ble det i hovedsak gitt tilskudd til opprettelse av nye fastlegehjemler/-stillinger[20]. Disse tilskuddene hadde klar sammenheng med implementeringen av samhandlingsreformen (1. januar 2012) og den nye fastlegeforskriften (1. januar 2013)[21]. Landets fem mest folkerike kommuner (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Bærum) fikk tilskudd til opprettelse av til sammen 50 nye fastlegehjemler (15,1 millioner kroner som tilsvarer 12,4 prosent av total tildeling i perioden 2012-2015). I 2014 og 2015 ble det i hovedsak

[17] I 2015 var turnustilskuddet kr 126 000 per turnuslege.
[18] Ordningen omtales som «Rekruttering av fastleger og kvalitetshevende tiltak i legevakt» på Helsedirektoratets nettside og er knyttet til kapittel 762, post 63 i statsbudsjettet.
[19] Personlig meddelelse fra Elin Johanne Sæter i Helsedirektoratet.
[20] Øvre grense for denne typen tildeling var kr 300 000 per ny fastlegehjemmel/-stilling.
[21] Se Prop. 1 S (2011–2012) og Prop. 1 S (2012–2013), utgiftskapitler: 700–783.

gitt tilskudd til kvalitetshevende tiltak i legevakt[22]. Hovedvekten av tilskudd ble gitt i 2013 (totalt 75 millioner).

[22] Øvre grense for slik tildeling var kr 500 000 per kommune.

2 METODE OG DATAMATERIALE

I denne delen beskrives metoden for og resultatet av datainnsamling, innholdet i datamaterialet og analysemetodene som ble benyttet.

2.1 Datainnsamlingen

Undersøkelsen var rettet mot de 374 kommunene i landet som per 1.1.2014 hadde under 20 000 innbyggere. Datamaterialet ble samlet inn med et elektronisk spørreskjema (Questback) i perioden februar - mai i 2015 (se vedlegg). Studien ble meldt til Personvernombudet for forskning (prosjekt 42125).

Spørreskjemaet ble pre-testet på 10 erfarne kommuneleger[23] og justert i henhold til deres innvendinger og innspill. Disse handlet både om anbefalinger mht. ordlyd og begrepsbruk i spørsmålene, samt konkrete innspill til spørsmål som burde inkluderes.

Vi ønsket i utgangspunktet at spørsmålene skulle besvares av en kommunelege. Vi brukte kommunenes nettsider og eget nettverk for å finne fram til epost-adresser til kommunelegene. I de tilfellene det ikke var mulig å finne fram til en kommunelege på denne måten, sendte vi spørreskjemaet til en helseleder med ansvar for legetjenesten i kommunen (som helse- og omsorgsleder, etatsleder eller liknende).

Invitasjonen om å delta i undersøkelsen ble sendt i form av en epost stilet til mottakeren (med stillingsbenevnelse og kommune). Den informerte kort om undersøkelsen og hensikten med den, at det ville ta ca. 5-15 minutter å svare på spørsmålene og at svar ble behandlet konfidensielt. Eposten inneholdt en link til det elektroniske spørreskjemaet. Vi ba om at eposten ble videresendt dersom andre i kommunen var bedre egnet enn mottakeren til å svare. I slike tilfeller ba vi om å få kopi av videresendelsen for å holde oversikt.

For å få en representativ og statistisk pålitelig undersøkelse, satte vi oss mål om å få inn så mange svar som mulig fra de 374 kommunene. Vi purret derfor systematisk etter ca. en uke inntil to ganger til hver person som hadde fått invitasjonen. I de tilfellene vi ikke fikk svar etter to purringer, sendte vi invitasjonen til en annen ansatt i kommunens helseledelse som vi antok kunne svare. Igjen purret vi inntil to ganger med ca. en ukes mellomrom, før vi i enkelte tilfeller måtte finne en ny ansatt i kommunen å sende invitasjonen og påfølgende purringer til etc. I sluttfasen av datainnsamlingen tok vi kontakt med kommunenes servicetorg per telefon for å finne fram til rette vedkommende som kunne svare på undersøkelsen. Det var ingen kommuner som svarte mer enn en gang på undersøkelsen.

[23] Vi bruker betegnelsen kommunelege i tråd med gjeldende lovverk (j.fr. § 5-5 i Lov om helse- og omsorgstjenester m.m.) I praksis brukes betegnelsen kommuneoverlege eller kommunelege 1 i mange kommuner.

Da vi satt sluttstrek for datainnsamlingen i slutten av mai, hadde vi fått inn 338 svar[24]. Det var svart på vegne av 359 kommuner. Dette ga en svarprosent på 96 (359 av totalt 374 kommuner). De fleste svar ble gitt om kun en kommune (se tabell 2). I de tilfellene det ble svart på vegne av flere kommuner, var legetjenesten i de angjeldende kommuner integrert i hovedsak i form av en interkommunal legetjeneste. I de tilfellene svaret omfatter mer enn én kommune, er kommunene i den videre analysen sett under ett og betraktes som én kommune.

Ett svar fra en kommune ble ekskludert fra den videre analysen pga. meget mangelfulle svar (nesten ingen spørsmål var besvart).

Tabell 2: Svar fordelt på antall kommuner det omfattet.

Svaret omfatter	Prosent	Antall
En kommune	95,9	324
To kommuner	3,0	10
Tre kommuner	0,6	2
Fire kommuner	0,3	1
Fem kommuner	0,3	1
Totalt	**100,1**	**338**

Tabell 3 viser svarene fordelt på fylker. I åtte av 19 fylker deltok samtlige kommuner i undersøkelsen. Sogn og Fjordane var med manglende svar fra tre kommuner, det fylket med lavest svarprosent (88 prosent) i undersøkelsen. På denne bakgrunn, antar vi at datamaterialet er representativt for kommuner med under 20 000 innbyggere.

[24] Det var 203 svar fra kommuneleger (60,1%), 106 svar fra kommunalledere (31,4%) og 29 svar fra andre med inngående kjennskap til legetjenesten i kommunen (8,6%).

Tabell 3: Svar fordelt på fylker.

Fylke	Kommuner totalt	Kommuner med svar	Svar-prosent	Kommuner med manglende svar
Finnmark	19	19	100	0
Troms	22	22	100	0
Nordland	42	42	100	0
Nord-Trøndelag	21	21	100	0
Sør-Trøndelag	24	22	92	2
Møre og Romsdal	33	31	94	2
Sogn og Fjordane	26	23	88	3
Hordaland	30	28	93	2
Rogaland	21	21	100	0
Vest-Agder	14	13	93	1
Aust-Agder	13	12	92	1
Telemark	16	15	94	1
Vestfold	9	9	100	0
Buskerud	15	15	100	0
Oppland	24	23	96	1
Hedmark	18	17	94	1
Akershus	13	13	100	0
Østfold	14	13	93	1
Totalt	**374**	**359**	**96**	**15**

Tabell 4 viser svarene fordelt på kommunegrupper delt inn etter innbyggertall. Denne inndelingen brukes i den videre analysen av datamaterialet. I de tilfellene svaret omfatter mer enn én kommune, er kommunene både her og i den videre analysen sett under ett og folketallet i dem slått sammen.

Tabell 4: Svar fordelt på kommunegrupper.

Kommunegruppe	Prosent	Antall
< 2 000 innbyggere	21,6	73
2 000 – 4 999 innbyggere	35,5	120
5 000 – 9 999 innbyggere	25,7	87
10 000 – 19 999 innbyggere	17,2	58
Totalt	**100,0**	**338**

2.2 Hva ville vi vite?

Spørsmålene som ble stilt, handlet om forhold ved den lokale FLO, herunder omfanget av legeløse lister og vikarbruk i kommunal regi i løpet av hele 2014 og per 1.1.2015.

For å kartlegge situasjonen per 1.1.2015 spurte vi om:

- Antall fastlegehjemler/-stillinger, antall fastlegekontor og antall fastleger
- Eksisterende driftsform(er)
- Antall spesialister i allmennmedisin og antall som aktivt holder på med slik spesialisering
- Antall ledige fastlegehjemler/-stillinger
    - Hvor lenge har disse stått ledig?
    - Er de lyst ledig?
    - Med hvilken driftsform
    - Antall ganger
    - Antall søkere ved siste utlysning
    - Antall søkere som ble ansett å være kvalifisert
    - Antall hjemler som dekkes av vikar engasjert av kommunen

For å kartlegge situasjonen i 2014 spurte vi om:

- Antall nyopprettede fastlegehjemler/-stillinger
- Antall listeoverdragelser
- Antall fastlegehjemler/-stillinger som sto ledig i mer enn 3 måneder
    - Antall vikarer engasjert av kommunen og lengden på vikariat
    - Hvordan vikarene ble rekruttert (vikarbyrå, egenrekruttering)
    - Hvorvidt vikarene var bosatt i Norge
- Type legevakt (kommunal/interkommunal)
  Hvis kommunal legevakt:
    - Antall vikarer i legevakt engasjert av kommunen
    - Antall av disse vikarene som var fast bosatt i Norge

2.3 Dataanalysen

Datamaterialet er analysert ved hjelp av frekvenstellinger og krysstabeller. Krysstabellene viser hvordan verdiene i sentrale variabler varierer med kommunestørrelse og sentralitet.

Kommunene er inndelt etter størrelse i fire kommunegrupper: < 2 000 innbyggere, 2 000 - 4 999 innbyggere, 5 000 – 9 999 innbyggere og 10 000 – 19 999 innbyggere.

Sentralitet er en indeks som beskriver kommunenes geografiske avstand fra tettsteder av ulik størrelse[25] [12]. Tettstedene er inndelt i tre nivå basert på folketall og tilbud av visse funksjoner. Sentralitetsindeksen har fire kommunekategorier: minst sentrale, mindre sentrale, noe sentrale og sentrale. Videre beskriver variabelen hvilke muligheter innbyggerne i en kommune har for arbeidsreiser til et tettsted.

I *sentrale* kommuner har et flertall av befolkningen inntil 75 minutters reisetid (for Oslo: 90 minutter) til et tettsteder på nivå 3. Et tettsted på nivå 3 skal ha funksjoner som: universitet eller høyskole, gode båt- og/eller togforbindelser, teater og større symfoniorkester, samt restauranter og hoteller av høy standard. Befolkningsstørrelsen i tettsted på nivå 3 skal være over 50 000.

Noe sentrale kommuner ligger innenfor 60 minutters reisetid fra et tettsted på nivå 2. Tettsteder på nivå 2 har en befolkning på mellom 15 000 og 50 000 og funksjoner som vinmonopol, sykehus osv. Tettstedet skal i tillegg være utgiversted for minst to dagsaviser.

Mindre sentrale kommuner har et flertall av befolkningen inntil 45 minutters reisetid til et tettsted på nivå 1. Tettsted på nivå 1 har et folketall på mellom 5 000 og 15 000, og skal være et «allsidig handelssentrum» samt et «allsidig arbeidssentrum».

De *minst sentrale* kommunene oppfyller ikke noen av de overnevnte kriteriene.

Tabell 5 viser hvordan kommunestørrelse er assosiert med sentralitet. Majoriteten av kommuner med under 5 000 innbyggere er blant de *minst sentrale* kommunene. Blant kommuner med mellom 5 000 og 9 999 innbyggere, er majoriteten *noe sentrale* eller *sentrale* kommuner. Mens majoriteten av de største kommunene er *sentrale* kommuner.

Tabell 5: Sammenhengen mellom kommunestørrelse og sentralitet blant deltakerne i undersøkelsen (n=337).

Sentralitet	Kommunestørrelse			
	Under 2 000	**2 000 - 4 999**	**5 000 - 9 999**	**10 000 - 19 999**
Minst sentrale	62,5	50,8	25,3	8,6
Mindre sentrale	12,5	12,5	11,5	15,5
Noe sentrale	9,7	18,3	26,4	12,1
Sentrale	15,4	18,3	36,8	63,8
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall	72	120	87	58

[25] http://www3.ssb.no/ItemsFrames.asp?ID=5285605&Language=nb&VersionLevel=ClassLevel

I analysen av datamaterialet er kji-kvadrat test benyttet for å teste om det er statistisk signifikant sammenheng (assosiasjon) mellom ulike aspekter ved fastlegetjenesten og henholdsvis kommunestørrelse og sentralitet. Videre er Gamma beregnet som et mål på styrken i disse sammenhengene (assosiasjonene). Gamma-verdiene er i neste omgang sammenliknet for å avgjøre hvilken sammenheng (kommunestørrelse eller sentralitet) som er sterkest.

3 RESULTATER

I dette kapitlet presenteres resultatene fra analysen av det innsamlede datamaterialet. Vi presenter først status i kommunene per 1.1.2015 og deretter situasjonen slik den var i 2014 med hovedvekt på omfanget av legeløse lister og vikarbruk.

3.1 Status i kommunene per 1.1.2015

Per 1.1.2015 var det 1 911 fastlegehjemler/-stillinger i kommunene som deltok i undersøkelsen. Dette tilsvarte 41,6 prosent av alle fastlegelister i Norge per 31.12.2014 [1]. Fastlegehjemlene/-stillingene i undersøkelsen omfattet 1 833 (95,9 prosent) eneavtaler mellom en kommune og en fastlege, 16 (0,8 prosent) deleavtaler mellom en kommune og flere fastleger, mens 62 (3,2 prosent) var fastlegehjemler/-stillinger som var ledige.

3.1.1 Driftsformer

Tabell 6 viser hvordan de 1 911 fastlegehjemlene/-stillingene var fordelt på ulike driftsformer. Majoriteten var basert på privat næringsdrift (78,7 prosent). Men under halvparten (44,8 prosent) var i henhold til hovedmodellen i FLO med ren privat næringsdrift, mens nær en tredel (33,9 prosent) var private næringsdriftavtaler med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell. Én av fem (20,1 prosent) hadde en driftsform basert på fast lønn.

Tabell 6 viser at en del fastleger (17,3 prosent) hadde private næringsdriftsavtaler med kommunale fastlønnstillinger på mer enn 7,5 timer per uke. Andelen med slike avtaler var høyere blant næringsdrivende fastleger med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell (10 prosent), enn blant de med en ren privat næringsdriftsavtale (7,3 prosent). Andelen med slike avtaler var også høyere i de mellomstore kommunene sammenliknet med de minst og mest folkerike kommunene.

For 22 (35,5 prosent) av de 62 fastlegehjemlene/-stillingene som sto ledig, var det ikke spesifisert noen driftsform. Det ble for noen av disse oppgitt at driftsformen var fleksibel og kunne tilpasses preferansene til en ny fastlege.

Tabell 6 viser videre at driftsform varierte signifikant med innbyggertallet i kommunen. Tabellen viser at andelen av legenes inntekt som er aktivitetsbasert øker med økt kommunestørrelse. Drift basert på fast lønn var mest vanlig i de minste kommunene (69,2 prosent), mens privat næringsdrift i henhold til hovedmodellen var mest vanlig i de største kommunene (66,1 prosent).

Tabell 7 viser hvordan driftsform varierte signifikant med kommunens sentralitet. Jo mer sentral kommune, jo større var innslaget av privat næringsdrift. Jo mindre sentral kommune, jo større var innslaget av driftsmodeller basert på fast lønn.

Kommunestørrelse var i større grad enn sentralitet assosiert med driftsform[26]. Dette har trolig i første rekke sammenheng med at de økonomiske insentivene i næringsdriftsavtaler er dårlig tilpasset kommuner med lavt innbyggertall.

Totalt sett var 20,1 prosent (384) av avtalene i de undersøkte kommunene basert på fast lønn.

I drøyt halvparten av kommunene (54,5 prosent) hadde alle fastlegene samme driftsform, mens det i resten av kommunene (45,5 prosent) var ulike driftsformer blant fastlegene.

Tabell 6: Fastlegehjemler/-stillinger fordelt på driftsform per 1.1.2015. Totalt og fordelt etter kommunestørrelse. Tall i prosent.

Driftsform	Antall innbyggere i kommunen				Totalt
	Under 2 000	2 000 - 4 999	5 000 - 9 999	10 000 - 19 999	
Privatpraksis I[1]	0,7	6,7	31,0	66,1	**37,5**
Privatpraksis II[2]	3,8	7,8	9,3	6,0	**7,3**
Privatpraksis III[3]	11,3	29,2	31,6	17,0	**23,9**
Privatpraksis IV[4]	10,5	19,8	11,4	3,4	**10,0**
Fast lønn med tillegg[5]	24,8	15,1	4,2	5,0	**8,4**
Fast lønn	44,4	19,8	10,3	2,5	**11,7**
Ikke spesifisert[6]	4,5	1,6	2,2	0,0	**1,2**
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Antall fastlegehjemler/-stillinger totalt	**133**	**435**	**580**	**763**	**1 911**
p-verdi < 0,001, Gamma = - 0,629					

[1] Hovedmodellen (legen holder selv lokaler, utstyr og hjelpepersonell) kombinert med kommunal fastlønnsstilling inntil 7,5 timer per uke.
[2] Hovedmodellen kombinert med fastlønnsstilling utover 7,5 timer per uke.
[3] Privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell kombinert med kommunal fastlønnsstilling inntil 7,5 timer per uke.
[4] Privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell kombinert med kommunal fastlønnsstilling utover 7,5 timer per uke.
[5] Tillegget utgjør en viss andel av egeninntjent pasientbetaling og/eller HELFO-refusjon.
[6] På grunn av at hjemmelen/-stillingen sto ledig på undersøkelsestidspunktet.

[26] $Gamma_{kommunestørrelse} = |-0,629| > Gamma_{sentralitet} = |-0,524|$

Tabell 7: Fastlegehjemler/-stillinger fordelt på driftsform per 1.1.2015. Totalt og fordelt etter kommunenes sentralitet. Tall i prosent.

Driftsform	Kommunenes sentralitet				Totalt
	Minst sentrale	Mindre sentrale	Noe sentrale	Sentrale	
Privatpraksis I[1]	6,4	28,9	37,0	63,8	**37,5**
Privatpraksis II[2]	3,7	4,8	7,0	10,9	**7,3**
Privatpraksis III[3]	34,7	33,3	32,4	8,6	**23,9**
Privatpraksis IV[4]	16,7	10,0	9,8	5,3	**10,0**
Fast lønn med tillegg[5]	17,6	6,2	5,5	3,9	**8,4**
Fast lønn	20,7	15,1	8,0	5,5	**11,7**
Ikke spesifisert[6]	0,2	1,7	0,3	2,0	**1,2**
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Antall fastlegehjemler/-stillinger totalt	**545**	**291**	**327**	**748**	**1 911**
p-verdi < 0,001, Gamma = - 0,524					

[1] Hovedmodellen (legen holder selv lokaler, utstyr og hjelpepersonell) kombinert med kommunal fastlønnsstilling inntil 7,5 timer per uke.
[2] Hovedmodellen kombinert med fastlønnsstilling utover 7,5 timer per uke.
[3] Privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell kombinert med kommunal fastlønnsstilling inntil 7,5 timer per uke.
[4] Privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell kombinert med kommunal fastlønnsstilling utover 7,5 timer per uke.
[5] Tillegget utgjør en viss andel av egeninntjent pasientbetaling og/eller HELFO-refusjon.
[6] På grunn av at hjemmelen/-stillingen sto ledig på undersøkelsestidspunktet.

3.1.2 Spesialister og leger under spesialisering i allmennmedisin

Det var totalt 1 849 fastleger i de undersøkte kommunene som hadde en ene- eller deleavtale med kommunen[27]. Tabell 8 viser at 979 (53 prosent) blant de 1 849 fastlegene var spesialist i allmennmedisin, 624 (33,7 prosent) var under aktiv spesialisering i allmennmedisin, mens 246 (13,3 prosent) hverken var spesialist eller under spesialisering. I noen tilfeller ble sistnevnte situasjon begrunnet med at fastlegen var nytilsatt og enda ikke innrullert i spesialiseringsløp, at de var i spesialisering i samfunnsmedisin, at spesialisering ikke var aktuelt og at tidligere spesialister i allmennmedisin ikke hadde resertifisert seg enten fordi de «ikke fant det regningssvarende» eller på grunn av langvarig sykdom.

I primærhelsemeldingen [10] hevdes som tidligere nevnt, at om lag 57 prosent av fastlegene på landsbasis er spesialister i allmennmedisin, mens 20 prosent er under

[27] Antall fastleger (1 849) avviker fra antall fastlegehjemler/-stillinger (1 911) fordi det var 62 legeløse lister.

spesialisering. Andelen spesialister i allmennmedisin i de undersøkte kommunene er i henhold til dette lavere, mens andelen under spesialisering er betydelig høyere. Denne forskjellen handler trolig i hovedsak om at fastlegene i de minste kommunene generelt er yngre enn det som er tilfelle på landsbasis. Tabell 8 viser at andelen spesialister i allmennmedisin øker signifikant med kommunestørrelse, mens andelen under aktiv spesialisering er så å si lik i kommuner med mellom 2 000 og 20 000 innbyggere, og høyest i de aller minste kommunene (< 2 000 innbyggere). Andelen som hverken er spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin, reduseres betydelig med økt kommunestørrelse.

Tabell 8: Fastleger fordelt etter grad av spesialisering i allmennmedisin per 1.1.2015. Totalt og fordelt etter kommunestørrelse. Tall i prosent.

Spesialiseringsgrad	Antall innbyggere i kommunen				Totalt
	Under 2 000	2 000 - 4 999	5 000 - 9 999	10 000 - 19 999	
Spesialist i allmennmedisin	40,5	47,1	54,9	56,6	53,0
Under aktiv spesialisering i allmennmedisin	34,7	33,8	33,8	33,6	33,7
Ikke spesialist/i spesialisering	24,8	19,1	11,3	9,8	13,3
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Antall fastleger	**121**	**408**	**557**	**763**	**1 849**
p-verdi < 0,001, Gamma = - 0,156					

Tabell 9 viser at andelen leger under spesialisering avtar med økt sentralitet. De *mindre sentrale* kommunene skiller seg positivt ut med en høy andel spesialister, mens de *noe sentrale* kommunene skiller seg negativt ut med en relativt høy andel som hverken er spesialister eller i spesialisering.

Sammenhengen mellom spesialiseringsgrad og sentralitet er noe sterkere enn mellom spesialiseringsgrad og kommunestørrelse[28]. Dette kan ha sammenheng med at det å være spesialist i allmennmedisin er et noe større konkurransefortrinn i sentrale kommuner enn i andre kommuner. Men det har trolig i første rekke sammenheng med at legene i de minst sentrale kommunene generelt er yngre enn legene i de sentrale kommunene.

[28] $Gamma_{kommunestørrelse}$ = |-0,156| < $Gamma_{sentralitet}$ = |-0,197|

Tabell 9: Fastleger fordelt etter grad av spesialisering i allmennmedisin per 1.1.2015. Totalt og fordelt etter kommunenes sentralitet. Tall i prosent.

Spesialiseringsgrad	Kommunens sentralitet				Totalt
	Minst sentrale	Mindre sentrale	Noe sentrale	Sentrale	
Spesialist i allmennmedisin	44,6	55,7	51,9	58,0	53,0
Under aktiv spesialisering i allmennmedisin	40,4	37,6	30,3	29,3	33,7
Ikke spesialist/i spesialisering	15,0	6,7	17,8	12,7	13,3
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Antall fastleger	**505**	**282**	**314**	**748**	**1 849**
p-verdi < 0,001, Gamma = - 0,197					

3.1.3 Ledige fastlegehjemler/-stillinger

De 62 ledige fastlegehjemlene/-stillingene var fordelt mellom 50 ulike kommuner. Blant disse var det 39 kommuner som hadde én hjemmel/stilling ledig, sju som hadde to og tre kommuner som hadde tre ledige hjemler/stillinger.

Tabell 10 viser at andelen ledige hjemler/stillinger var størst i kommuner med mellom 2 000 og 9 999 innbyggere. Det er imidlertid ingen statistisk signifikant sammenheng mellom ledighet i hjemler/stillinger og kommunestørrelse. Blant de sju kommunene med under 2 000 innbyggere som hadde ledige hjemler/stillinger, var det imidlertid to som hadde tre ledige og to som hadde to ledige. Det er utvilsomt en større utfordring for en kommune med under 2 000 innbyggere å mangle to eller tre fastleger, enn det er for en noe større kommune å mangle én.

Tabell 10: Hadde kommunen noen ledige fastlegehjemler/-stillinger per 1.1.2015? Totalt og fordelt etter kommunestørrelse. Tall i prosent.

Ledighet	Antall innbyggere i kommunen				Totalt
	Under 2 000	2 000 - 4 999	5 000 - 9 999	10 000 - 19 999	
Ja	9,7	16,9	18,4	12,1	14,9
Nei	88,9	83,1	80,5	87,9	84,5
Vet ikke	1,4	0	1,1	0	0,6
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Antall svar	**72**	**118**	**87**	**58**	**335**
p-verdi = 0,501, Gamma = - 0,080					

Tabell 11 viser at andelen kommuner med ledige hjemler/stillinger var størst blant de *noe sentrale* kommunene. Resultatene fra kjikvadrat testen viser at det er en signifikant sammenheng mellom ledighet i hjemler/stillinger og sentralitet. Skillet går i hovedsak mellom sentrale kommuner som hadde liten ledighet og de andre kommunene.

Tabell 11: Hadde kommunen noen ledige fastlegehjemler/-stillinger per 1.1.2015? Totalt og fordelt etter sentralitet. Tall i prosent.

Ledighet	Kommunens sentralitet				Totalt
	Minst sentrale	Mindre sentrale	Noe sentrale	Sentrale	
Ja	16,7	14,3	25,4	6,9	14,9
Nei	83,3	85,7	71,2	93,1	84,5
Vet ikke	0	0	3,4	0	0,6
Totalt	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Antall svar	**132**	**42**	**59**	**102**	**335**
p-verdi = 0,002, Gamma = 0,189					

De tre fylkene med flest ledige hjemler/stillinger, var Nordland (18), Møre og Romsdal (11) og Finnmark (7). Deretter kom Oppland og Vest-Agder (4), Troms, Nord-Trøndelag og Telemark (3), Sør-Trøndelag og Rogaland (2), Sogn og Fjordane, Aust-Agder, Buskerud, Vestfold og Hedmark (1).

Tabell 12 og 13 viser hvor lenge fastlegehjemlene/-stillingene hadde stått ledige per 1.1.2015 fordelt på henholdsvis kommunestørrelse og sentralitet. Av de 62 fastlegehjemlene/-stillingene var det 18 (29 prosent) som hadde stått ledig i mer enn ett år. Flertallet av disse var å finne i de *minst sentrale* kommunene. Nær halvparten av det totale antallet ledige hjemler/stillinger var også å finne i de *minst sentrale* kommunene.

Tabell 12: Hvor lenge har fastlegehjemmelen/-stillingen stått ledig? Totalt og fordelt etter kommunestørrelse.

Antall måneder ledig	Antall innbyggere i kommunen				Totalt antall
	Under 2 000	2 000 - 4 999	5 000 - 9 999	10 000 - 19 999	
Under 3 mnd	1	6	6	2	15
[3 – 6] mnd	5	1	6	1	13
<6 – 12] mnd	2	5	1	0	8
12 mnd eller lengre	4	6	7	1	18
Vet ikke	2	3	1	2	8
Antall hjemler/stillinger	**14**	**21**	**21**	**6**	**62**

Tabell 13: Hvor lenge har fastlegehjemmelen/-stillingen stått ledig? Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet.

Antall måneder ledig	Kommunens sentralitet				
	Minst sentrale	Mindre sentrale	Noe sentrale	Sentrale	Totalt antall
Under 3 mnd	4	3	5	3	15
[3 – 6] mnd	6	4	2	1	13
<6 – 12] mnd	5	2	1	0	8
12 mnd eller lengre	11	0	6	1	18
Vet ikke	4	0	2	2	8
Antall hjemler/stillinger	**30**	**9**	**16**	**7**	**62**

Tabell 14 og 15 viser at av de 62 ledige hjemlene/stillingene, hadde 51 (82,3 prosent) vært lyst ledige; henholdsvis en gang (14 hjemler/stillinger), to ganger (22 hjemler/stillinger), tre ganger (8 hjemler/stillinger) og fire ganger eller mer (7 hjemler/stillinger).

Tabell 14: Antall ganger de ledige fastlegehjemlene/-stillingene har vært lyst ledig. Totalt og fordelt etter kommunestørrelse.

Antall ganger utlyst	Antall innbyggere i kommunen				
	Under 2 000	2 000 - 4 999	5 000 - 9 999	10 000 - 19 999	Totalt antall
En gang	1	7	6	0	14
To ganger	5	7	6	4	22
Tre ganger	1	3	3	1	8
Fire ganger eller mer	1	2	4	0	7
Totalt	**10**	**17**	**18**	**6**	**51**

Tabell 15: Antall ganger de ledige fastlegehjemlene/-stillingene har vært lyst ledig. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet.

Antall ganger utlyst	Kommunens sentralitet				
	Minst sentrale	Mindre sentrale	Noe sentrale	Sentrale	Totalt antall
En gang	5	4	4	1	14
To ganger	11	2	6	3	22
Tre ganger	4	1	2	1	8
Fire ganger eller mer	4	1	2	0	7
Totalt	**24**	**7**	**14**	**5**	**51**

Blant de 51 hjemlene/stillingene som hadde vært lyst ledig, var 30 lyst ledig med driftsform basert på privat næringsdrift, mens 20 var lyst ledig med basis i fastlønn. I ett tilfelle var ikke driftsformen for den ledige hjemmelen/stillingen spesifisert. Av de 30 hjemlene/stillingene med driftsform basert på privat næringsdrift, var 24 lyst ledig mer enn én gang. Mens det blant de 20 hjemlene/stillingene med basis i fast lønn, var 12 som var lyst ledig mer enn én gang.

Ved siste gangs utlysning, var det til sammen 219 søkere på de 51 hjemlene/stillingene, dvs. i gjennomsnitt 4,3 søkere per hjemmel/stilling. Ved tre utlysninger var det ingen søkere. Samlet sett ble 90 søkere (41 prosent) vurdert som kvalifisert for hjemmelen/stillingen. I gjennomsnitt var det 1,8 kvalifiserte søkere per hjemmel/stilling. Ved 12 av utlysningene (24 prosent) var det ingen søkere som ble ansett som kvalifisert. I noen tilfeller opplyste respondenten om årsaken til at søker(e) ikke ble ansett å være kvalifisert. De mest vanlige årsakene var manglende språkferdigheter eller manglende turnustjeneste.

3.2 Om situasjonen i kommunene i 2014

3.2.1 Nye hjemler og overdragelser

I de undersøkte kommunene ble det i løpet av 2014 etablert 62 helt nye fastlegehjemler i til sammen 55 av kommunene som inngikk i undersøkelsen; 49 kommuner opprettet én hjemmel, fem opprettet to og en kommune opprettet tre. De nye hjemlene ble i hovedsak opprettet i kommuner med 5 000 innbyggere eller flere (48 av 62 hjemler).

Samme år ble 130 fastlegehjemler i til sammen 100 kommuner i undersøkelsen, overdratt fra en fastlege til en annen. De nye hjemlene ble også i hovedsak overdratt i kommuner med 5 000 innbyggere eller flere (95 av 130). De avsluttede fastlegepraksisene i de undersøkte kommunene utgjorde 47 prosent (130 av 276) av det totale antallet avsluttede praksiser på landsbasis i 2014.

Med overdragelser og nyetablerte fastlegehjemler var det behov for å rekruttere 192 nye fastleger til de undersøkte kommunene i 2014. Det er uklart om behovet for å rekruttere til fastlønnsstillinger kommer i tillegg. Noen av kommentarene som er gitt, kan tolkes slik at enkelte av de som har svart på vegne av kommunen, ikke har regnet med behovet for å rekruttere til fastlønnsstillinger når de ble spurt om overdragelse av fastlegehjemler. Denne uklarheten gjør at rekrutteringsbehovet kan ligge noe høyere enn 192 nye fastleger, men trolig ikke nevneverdig mye høyere.

3.2.2 Ledige fastlegehjemler/-stillinger og tilhørende vikarbruk

Respondentene ble spurt om noen fastlegehjemler/-stillinger i kommunen hadde stått ledig i mer enn tre måneder i løpet av 2014 av annen grunn enn at fastlegen hadde fødselspermisjon eller annen type permisjon (for eksempel i forbindelse med spesialisering). Fra 42 kommuner ble det svart bekreftende på spørsmålet og ledigheten

omfattet totalt 61 hjemler/stillinger. Blant de 42 kommunene, var det 25 som var identisk med kommuner, som rapporterte at de hadde én eller flere ledige fastlegehjemler/-stillinger per 1.1.2015 (se kap. 3.1.3).

Hjemlene/stillingene som hadde stått ledig i mer enn tre måneder i 2014, var fylkesvis fordelt slik: Nordland (19), Møre og Romsdal (8), Finnmark (7), Troms (5), Sogn og Fjordane (4), Oppland (3), Nord-Trøndelag, Hordaland, Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark, Buskerud (2), Hedmark og Rogaland (1).

De ledige hjemlene/stillingene ble dekket opp med vikarer engasjert av kommunen. Når det ikke er et tilstrekkelig antall leger i kommunen til at legene kan benytte kollegiale fraværsordninger, har kommunen plikt å skaffe vikar eller iverksette andre nødvendige tiltak for å avhjelpe legemangelen[29]. Tabell 16 viser at de 61 ledige hjemlene/stillingene ble dekket opp med mer enn 136 vikarer i 2014. Grunnen til at vi ikke vet nøyaktig hvor mange vikarer, var at svarskalaen for vikariat av ulik varighet stoppet ved *7 vikarer eller flere*. For én kommune var dette alternativet krysset av som antall vikariat av [0 – 3] måneders varighet. Tabell 16 viser vikariatene fordelt på ulik varighet og kommunestørrelse. Det var statistisk signifikant sammenheng mellom varigheten på vikariatene og kommunestørrelse i den forstand at jo færre innbyggere det var i kommunen, jo kortere var vikariatene.

Tabell 16: Antall vikariat i 2014 fordelt på vikariatlengde. Totalt og fordelt etter kommunestørrelse.

	Antall innbyggere				
Varighet av vikariat	**Under 2 000**	**2 000 - 4 999**	**5 000 - 9 999**	**10 000 - 19 999**	Totalt antall
[0 - 3] mnd	28	28	> 17*	0	> 73
<3 - 6] mnd	1	14	17	2	34
<6 – 9] mnd	3	6	8	2	19
<9 – 12] mnd	0	1	4	5	10
Antall vikariat totalt	**32**	**49**	**> 46**	**9**	**> 136**
p-verdi < 0,001, Gamma = 0,615 * Testen er beregnet med eksakt 17 i denne cellen.					

Tabell 17 viser vikariatene fordelt på ulik varighet og kommunens sentralitet. Det var statistisk signifikant sammenhengen mellom varigheten på vikariatene og sentralitet. En klar majoritet av vikariatene var å finne i de minst sentrale kommunene.

[29] ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS

Tabell 17: Antall vikariat i 2014 fordelt på vikariatlengde. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet.

Varighet av vikariat	Kommunens sentralitet				Totalt
	Minst sentrale	Mindre sentrale	Noe sentrale	Sentrale	
[0 - 3] mnd	> 48*	15	8	2	> 73
<3 - 6] mnd	24	2	6	2	34
<6 – 9] mnd	7	2	8	2	19
<9 – 12] mnd	5	0	5	0	10
Antall vikariat totalt	**> 84**	**19**	**27**	**6**	> 136
p-verdi = 006, Gamma = 0,284 * Testen er beregnet med eksakt 48 i denne cellen.					

Til de mer enn 136 vikariatene ble mer enn 73 vikarer rekruttert fra vikarbyrå, mens 53 vikarer ble rekruttert direkte av kommunen selv; 26 av disse vikarene var i en etablert vikarordning og hadde vikariert i kommunen gjentatte ganger. Av de 26 var 24 i en etablert vikarordning i en kommune med mellom 2 000 og 9 999 innbyggere, mens 14 var i en etablert vikarordning i de minst sentrale kommunene. Blant vikarene var det mer enn 71 som ikke var fast bosatt i Norge. For noen av disse var det angitt at de var bosatt i Sverige og Danmark.

3.2.3 Kommunal legevakt og vikarbruk

Blant kommunene i undersøkelsen, var det 69 som oppga at de hadde en kommunal legevakt, 256 som oppga at de hadde interkommunal legevakt og 10 kommuner som svarte *Annet* og beskrev at dette innebar at de hadde en blanding av kommunal og interkommunal legevakt ulike deler av døgnet eller uka. Tabell 18 og 19 viser at 17 (25 prosent) av kommunene som bare hadde kommunal legevakt, hadde engasjert vikar(er) kun for å ivareta legevakten i løpet av 2014. Bare tre av disse kommunene var blant de som hadde ledighet i fastlegestillinger i mer enn 3 måneder i 2014. Totalt var det 75 vikarer som kun ivaretok legevakt i disse kommunene. Av disse var 50 (67 prosent) vikarer som ikke var fast bosatt i Norge.

Tabell 18: Kjennetegn ved vikarbruken i 2014 i kommuner med kommunal legevakt. Totalt og fordelt etter kommunestørrelse.

Kjennetegn	Kommunestørrelse				
	Under 2 000	2 000 - 4 999	5 000 - 9 999	10 000- 19 999	Totalt antall
Antall kommuner med kommunal legevakt	19	28	14	8	**69**
Antall kommuner som har engasjert vikar(er) kun for legevakt	1	9	5	2	**17**
Antall vikarer engasjert kun til legevakt	4	31	36	4	**75**
Antall vikarer engasjert kun til legevakt som ikke var bosatt i Norge	3	15	32	0	**50**

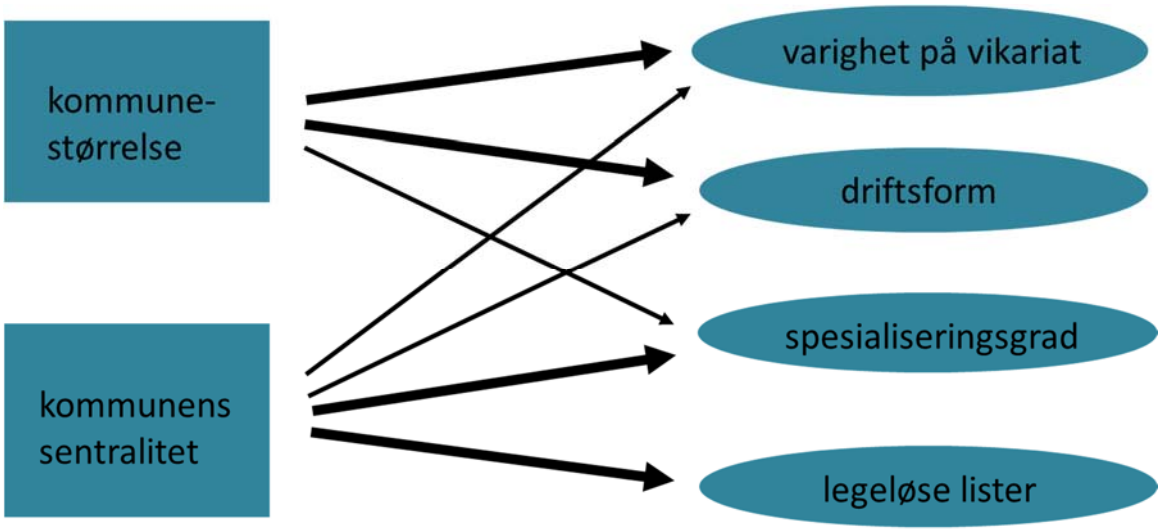
Tabell 19: Kjennetegn ved vikarbruken i 2014 i kommuner med kommunal legevakt. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet.

Kjennetegn	Kommunens sentralitet				
	Minst sentrale	Mindre sentrale	Noe sentrale	Sentrale	Totalt antall
Antall kommuner med kommunal legevakt	44	13	6	6	**69**
Antall kommuner som har engasjert vikar(er) kun for legevakt	9	2	3	3	**17**
Antall vikarer engasjert kun til legevakt	44	13	8	10	**75**
Antall vikarer engasjert kun til legevakt som ikke var bosatt i Norge	33	10	5	2	**50**

4 OPPSUMMERING OG DISKUSJON

Denne undersøkelsen omfatter svar fra 96 prosent av alle kommuner i Norge med under 20 000 innbyggere og anses med dette å gi et representativ tidsbilde av fastlegetjenesten i disse kommunene slik den var i 2014 og per 1.1.2015. Undersøkelsen omfatter 1 911 fastlegehjemler/-stillinger, som tilsvarte 41,6 prosent av landets fastlegehjemler/-stillinger.

Figur 3 oppsummerer de signifikante sammenhengene (assosiasjonen) som vi fant i undersøkelsen, mellom driftsform, spesialiseringsgrad, legeløse lister samt varighet på vikariat, og henholdsvis kommunestørrelse og kommunens sentralitet. Det er en tykk pil mellom kommunestørrelse og driftsform og en tynn pil mellom kommunens sentralitet og driftsform. Dette er for å tydeliggjøre at sammenhengen mellom kommunestørrelse og driftsform er sterkere enn mellom kommunens sentralitet og driftsform. Når det gjelder sammenhengen mellom spesialiseringsgrad i allmennmedisin blant fastlegene og henholdsvis kommunestørrelse og kommunens sentralitet, signaliserer tykkelsen på pilene at sammenhengen er sterkest mellom spesialiseringsgrad og kommunens sentralitet. Sammenhengene utdypes videre i teksten.



Figur 3: Signifikante sammenhenger (assosiasjoner) mellom driftsform, spesialiseringsgrad, legeløse lister samt varighet på vikariat, og henholdsvis kommunestørrelse og kommunens sentralitet.

Driftsformer

Undersøkelsen viser at per 1.1.2015 var under halvparten (44,8 prosent) av fastlegeavtalene i kommuner med under 20 000 innbyggere basert på hovedmodellen

for privat næringsdrift. For majoriteten av fastlegeavtalene kan det dermed være grunn til å anta at kommunen finansierte fastlegetjenesten med mer enn per capita-tilskuddet per innbygger. Vi har imidlertid ikke god nok informasjon fra vår undersøkelse til å kunne fastslå dette med sikkerhet og heller ikke data som kan si noe om finansieringsomfanget. I de undersøkte kommunene var 33,9 prosent av fastlegeavtalene basert på privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell (ifølge KS innebærer slik leieavtale vanligvis kommunal subsidiering), mens 20,1 prosent av avtalene var basert på fast lønn. Dette alternativet kan innebære kommunal subsidiering dersom den faste lønna overstiger per capita-tilskuddet og den andelen som tilfaller kommunen av legens inntjening i form av trygderefusjon og pasientbetaling. Vår antagelse er at den ofte gjør det, men vi har ikke undersøkt dette spesifikt her. Det er grunn til å anta at variasjonen i driftsformer som vi ser i kommuner med under 20 000 innbyggere er et uttrykk for en nødvendig tilpasning til og fleksibilitet i ordningen. De økonomiske aspektene ved dette bør undersøkes nærmere. Det vil også være interessant med nærmere studier av i hvilken grad fleksibel driftsform og internvariasjon i driftsformer er svar på rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer i FLO.

Driftsform varierte signifikant både med innbyggertall og kommunes sentralitet. Drift basert på fast lønn var mest vanlig i de minste kommunene, mens privat næringsdrift i henhold til hovedmodellen var mest vanlig i de største kommunene. Våre analyser tyder på at kommunestørrelse har større betydning enn sentralitet for valg av driftsform. Det er ikke overraskende at vi finner et stort innsalg av avtaler basert på fast lønn i de minste kommunene. Dette har sammenheng med at det kan være vanskelig i små kommuner å organisere legetjenesten med lange nok lister for et rimelig økonomisk utkomme for fastlegen med privat næringsdrift, spesielt hvis det er store avstander til andre tjenesteytere, slik at fastlegene i større grad må håndtere oppgaver som man andre steder slipper. Behovet for en legevaktordning der antallet vakter per leger er akseptabelt, kan også øke antall leger per capita. Det er nettopp dette (høy) fast lønn kompenserer for. Sammenlignet med privat næringsdrift innebærer fast lønn trolig som regel kommunal subsidiering, lik den vi finner i kommuner med subsidierte leieavtaler, men i en litt annen form. Valg av driftsform kan også ha sammenheng med rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer, men dette vet vi lite om. Det har heller ikke vært gjenstand for nærmere undersøkelse her.

Hvis vi bare regner med de som har fast lønn uten tillegg i vår undersøkelse, og regner om til antall avtaler, kommer vi til 223 avtaler. Dette antallet er noe høyere enn antallet som er rapporter å gjelde på landsbasis per 31.12.2014 og som framkommer i Helsedirektoratets styringsdatarapport [5]. I følge disse tallene hadde 201 fastlegepraksiser (4,2 prosent av det totale antall fastlegepraksiser i landet) fast lønn. Det er vanskelig å ha noen klar formening om hva denne ulikheten i antall mellom vår undersøkelse og Helsedirektoratets tall skyldes. Vi har ingen indikasjoner som tilsier at våre informanter har gitt oss unøyaktige opplysninger. Vi har heller ingen klar grunn til å

tvile på påliteligheten Helsedirektoratets tall utover at vi kjenner til at det kan gå ganske lang tid fra endringer skjer til kommuner sender inn oppdateringer til fastlegeregisteret. Det kan være slike forsinkelser som er årsak til den ulikheten vi har observert. Tallene tyder ellers på at det var få avtaler med fast lønn i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere. Det er videre verd å merke seg at Helsedirektoratets tall om fast lønn ikke synes å inkluderer fastlønnsavtaler med tillegg.

Grad av spesialisering

Blant de som hadde en fastlegeavtale per 1.1.2015, var 53 prosent spesialist i allmennmedisin, 33,7 prosent var under spesialisering i allmennmedisin, mens de resterende 13,3 prosent hverken var spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Spesialistandelen var marginalt lavere enn de 57 prosent som Primærhelsemeldingen [10] hevder var andelen på landsbasis. Andelen spesialister i allmennmedisin økte signifikant både med kommunestørrelse og sentralitet. Men mens andelen under spesialisering var tilnærmet den samme uavhengig av kommunestørrelse, var den en god del høyere i de minst sentrale kommunene sammenliknet med de sentrale. Våre analyser viser at sammenhengen mellom spesialiseringsgrad og sentralitet er noe sterkere enn mellom spesialiseringsgrad og kommunestørrelse. Dette kan ha sammenheng med at det å være spesialist i allmennmedisin er et større konkurransefortrinn i sentrale kommuner enn i andre kommuner. Det kan videre være slik at spesialisering er lettere å gjennomføre på normert tid i sentrale kommuner. Det kan for eksempel være lettere å pendle for å gjennomføre sykehustjenesten - eller kanskje sykehuset til og med ligger i kommunen. Videre trenger legene kanskje ikke reise så langt for å delta i møtene i det 2-årige gruppeveiledningsprogrammet. Et siste aspekt som spiller inn, er at legene i de minst sentrale kommunene generelt er yngre enn legene i de sentrale kommunene. Våre tall viser at mer enn én av ti fastleger i de undersøkte kommunene, og nær én av fire fastleger i de minste kommunene, hverken var spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Det betyr at det er behov for et utdanningsløft, særlig i de minste kommunene, for å møte kravet om at leger i klinisk kommunal virksomhet skal være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering.

Omfanget av legeløse lister

Per 1.1.2015 var det til sammen 62 legeløse lister blant kommunene som deltok i undersøkelsen. Disse utgjorde 3,2 prosent av det totale antallet fastlegehjemler/-stillinger i de undersøkte kommunene. Sett i forhold til at 67 lister ble rapportert å være legeløse på landsbasis ved utgangen av 2014 [5], tyder tallene på at legeløse lister i hovedsak forekom i kommuner med under 20 000 innbyggere. De legeløse listene var fordelt på 50 ulike kommuner - 39 kommuner hadde én liste, sju kommuner hadde to lister og tre kommuner hadde tre. Mer enn halvparten av de legeløse listene (36 lister) var å finne i de tre fylkene Nordland, Møre og Romsdal og Finnmark. Vår data avviker fra Helsedirektoratets rapport om situasjonen ved utgangen av 2014 [5] som oppga at om lag 20 prosent av de legeløse listene var i henholdsvis Finnmark, Nordland og Nord-

Trøndelag (se kap. 1.2). Forekomsten av legeløse lister var ikke signifikant assosiert med kommunestørrelse, men signifikant assosiert med kommunenes sentralitet. Noe overraskende, var det de *noe sentrale* kommunene som hadde høyest andel legeløse lister. Det er imidlertid snakk om små tall, så man skal være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner. Skillet går i hovedsak mellom sentrale kommuner med få legeløse lister og andre kommuner med relativt sett flere legeløse lister.

Varigheten av legeløse lister og tilfang av søkere

Av de 62 fastlegehjemlene/-stillingene som sto ledige per 1.1.2015 hadde nær to av tre hjemler/stillinger stått ledige i mer enn tre måneder og nær tre av ti stått ledige i mer enn ett år. Sett under ett, var flertallet av de ledige hjemlene/stillingene å finne i de *minst sentrale* kommunene. Nær 60 prosent av de ledige hjemlene/stillingene var lyst ledig mer enn én gang. Det var imidlertid et lavt tilfang av kvalifiserte søkere. Ved siste gangs utlysning var det i gjennomsnitt 1,8 søkere som ble vurdert som kvalifisert for de ledige hjemlene/stillingene.

Årlig rekrutteringsbehov av fastleger

Undersøkelsen viser at det med overdragelser og nyetablerte fastlegehjemler var behov for å rekruttere 192 nye fastleger til de undersøkte kommunene i 2014. For å sette rekrutteringsbehovet av fastleger i de undersøkte kommunene i perspektiv, så utgjorde dette drøyt 20 prosent av de 850 turnuslegestillingene som ble lyst ut i Norge i 2014 [13].

Vikarbruk i 2014

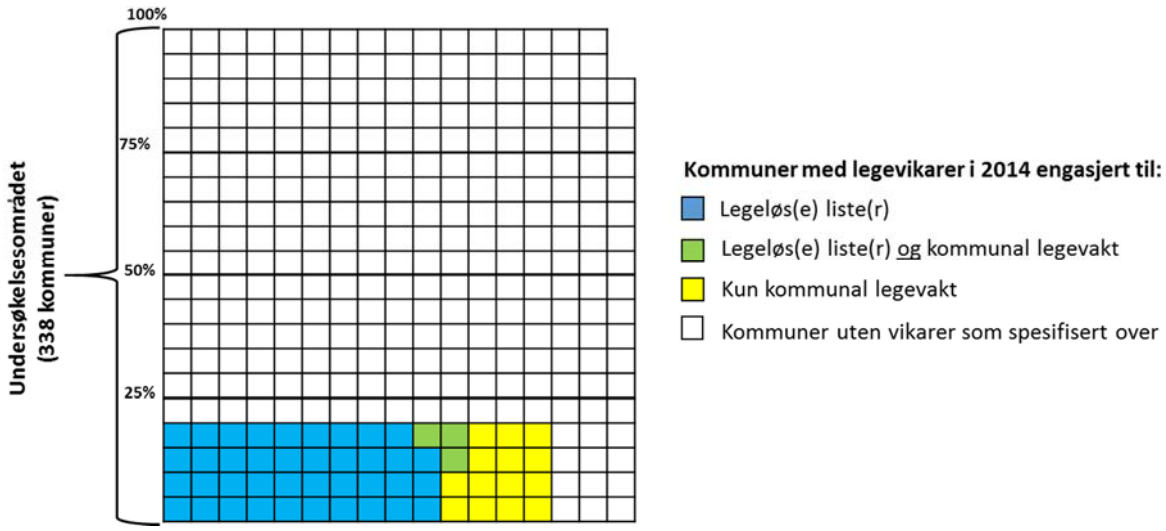
Figur 4 oppsummerer og illustrerer omfanget av legemangelen og tilhørende vikarproblematikk i de undersøkte kommunene som skyldtes mangel på faste leger i 2014. I tillegg til vikarbruken som er illustrert med figur 4, kommer den ordinære og ganske omfattende vikarbruken blant fastleger som fastleger primært organiserer selv, som i hovedsak skyldes utdannings- og fødselspermisjoner (se kap. 1.5). Figuren viser at 42 kommuner (12,4 prosent) av de som deltok i vår undersøkelse, hadde leid inn vikarer til lister som hadde vært uten fast lege i mer enn tre måneder i løpet av 2014. I tillegg hadde 17 kommuner leid inn vikarer til utelukkende å dekke opp kommunal legevakt i løpet av 2014. Tre av disse kommunene var i begge kategorier – de hadde både leid inn vikarer til legeløse lister som spesifisert over, og de hadde leid inn vikarer til den kommunale legevakten. Samlet sett var det 56 kommuner (16,6 prosent) i vår undersøkelse som hadde leid inn vikar for å dekke opp for legeløse lister og/eller kommunal legevakt i 2014.

I 2014 ble det til sammen engasjert mer enn 136 vikarer til for å dekke opp for de legeløse hjemlene/stillingene blant kommunene som inngikk i undersøkelsen. Dette er et tall som er langt høyere enn det antall vikariater som ble registret av HELFO (jfr. kap. 1.5). HELFOs oversikt viste at det bare var registrert 32 vikariater for å dekke opp for legeløse lister hele eller deler av 2014 i kommuner med under 20 000 innbyggere. Vi antar at det

er manglende rapportering fra kommunene til HELFO som er årsaken til ulikheten i våre tall og HELFOs tall på dette området. Det er imidlertid uheldig om HELFOs mangelfulle tall legges til grunn som nasjonal statistikk på dette området.

I følge vår undersøkelse var mer enn halvparten av de kommunalt innleide legene som vikarierte i fastlegetjenesten for å dekke opp for legeløse lister, rekruttert fra et vikarbyrå og mer enn halvparten var fast bosatt i utlandet. Blant de legene som kun var engasjert for å vikariere i kommunale legevakter, var to av tre fast bosatt i utlandet. Blant disse finnes det trolig både gode og mindre gode vikarleger. Vi har imidlertid ikke innhentet informasjon som kan si noe om kvaliteten på dem.

Vår undersøkelse gir ikke grunnlag for å konkludere om omfanget av kommuner som har mer eller mindre kontinuerlige vikarstafetter gående. Til dette trengs det datainnsamling over tid.



Figur 4: Kommuner med legevikarer engasjert til legeløse lister som hadde stått ledig i mer enn tre måneder, og til kommunal legevakt i 2014.

Metodiske betraktninger

Det er en utfordring å lage et godt spørreskjema til en kvantitativ undersøkelse om fastlegetjenesten hvor man kan være sikker på at alle som har svart på undersøkelsen, har samme forståelsen av alle spørsmålene som vi har formulert. Det skyldes at begrepsbruken blant respondentene ikke er entydig. Det brukes til dels ulike begrep avhengig av om man snakker om en privat fastlegeavtale eller et fastlønnet tilsettingsforhold mellom en fastlege og kommunen. Mange oppfatter en

fastlegehjemmel og en fastlegestilling som synonymer. Men ikke alle gjør det. Gjennom pilotundersøkelsen ble vi klar over at det var ulik forståelse rundt disse begrepene. Til vårt formål er en fastlegehjemmel og en fastlegestilling å betrakte som synonymer, og vi har prøvd å stille spørsmål som tydeliggjør denne forståelsen (se spørreskjema i vedlegg). Et liknende mangfold i begrepsbruken eksisterer rundt begrepet fastlegeavtale. Basert på svar fra denne undersøkelsen, kan det virke som om enkelte bruker begrepet fastlegeavtale kun om avtaler med basis i næringsdrift og ikke om fastlønnsstillinger. Denne forståelsen var vi ikke klar over på forhånd. Vi har derfor ikke hatt mulighet for å ta høyde for dette i vår undersøkelse, noe som kan ha introdusert mindre unøyaktigheter i tallmaterialet.

REFERANSER

1. Gaardsrud, P., *Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2015*. 2016, Helsedirektoratet: Oslo.
2. Abelsen, B., M. Gaski, H. Brandstorp, *Varighet av fastlegeavtaler.* Tidsskrift for den norske legeforening, 2015. **22**(135): p. 2045-9.
3. Sandvik, H., *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*. 2005, Norges forskningsråd: Oslo.
4. Hetlevik, Ø., S. Gjesdal, *Personal continuity of care in Norwegian general practice: A national cross-sectional study.* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2012. **30**: p. 214–221.
5. Gaardsrud, P., *Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2014*. 2015, Helsedirektortatet: Oslo.
6. Abelsen, B., U.-D. Karlsen Bæck, *Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag*. 2005, rapport nr 6, Norut Tromsø: Tromsø.
7. Andersen, F., et al., *Legemangelen i distriktene - nordnorske funn, nasjonale utfordringer.* Tidsskrift for den norske legeforening, 2001. **121**: p. 2732-5.
8. Halvorsen, P., S. Steinert, I. Aaraas, *Remuneration and organization in general practice: Do GPs prefer private practice or salaried positions?* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2012. **30**: p. 229–233.
9. Ingemann, I., et al., *Oppstartshåndbok i allmennmedisin. ALIS-utvalget.* . 2016, Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin: Oslo.
10. Meld. St. 26 (2014–2015), *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet: Oslo.
11. Ringberg, U., et al., *High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs gender and specialist qualification in family medicine, a study of 4350 consulations.* BMC Health Serv Res, 2013. **13:147**.
12. Rideng, A., *En inndeling av kommunene i Norge etter typer*. 1972 Statistisk sentralbyrå.: Oslo.
13. Helsedirektoratet, *Turnus for leger – statusrapport nr. 4: Søknadsrunden høsten 2014.* 2015, Helsedirektoratet: Oslo.

VEDLEGG

Undersøkelse om fastlegetjenesten og vikarbruk

1. Oppgi hvilke(n) kommune(r) du svarer på vegne av: _____

2. Oppgi din stilling i kommunen:

1	Kommuneoverlege
2	Helse- og sosialsjef, enhetsleder eller tilsvarende
3	Annet

Når det videre spørres om kommunen, omfatter dette alle kommunene du ev. svarer på vegne av.

3. Oppgi antall fastlegehjemler i kommunen pr 1.1.2015: ___

4. Oppgi hvor mange ulike fastlegekontor (lokaliteter) fastlegehjemlene er fordelt på:

1 2

3 4

5 eller flere

5. Oppgi antall fastleger som kommunen har en fastlegeavtale med pr 1.1.2015: ___

6. Ev. kommentar:

7. Oppgi antall ulike fastlegeavtaler som er i bruk i kommunen pr 1.1.2015:

Privatpraksis I (legen holder både lokaler, utstyr og hjelpepersonell selv): ____

Privatpraksis II (med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell): ___

Privatpraksis I kombinert med fastlønnsstilling utover 7,5 timer til offentlig legearbeid og/eller samfunnsmedisinske oppgaver: ___

Privatpraksis II kombinert med fastlønnsstilling utover 7,5 timer til offentlig legearbeid og/eller samfunnsmedisinske oppgaver: ___

Fastlønn med tillegg av en viss andel av egenandeler og/eller HELFO-refusjon: ___

Fastlønn uten tillegg som nevnt over: ___

8. Ev. kommentar

9. Oppgi antall fastleger i kommunen som er spesialist i allmennmedisin pr 1.1.2015: ___

10. Oppgi antall fastleger i kommunen som aktivt holder på med spesialisering i allmennmedisin: ___

11. Ev. kommentar:

12. Oppgi antall nye fastlegehjemler som ble etablert i kommunen i løpet av 2014: ___

13. Oppgi antall fastlegehjemler som ble overdratt fra én fastlege til en annen i løpet av 2014: ____

14. Oppgi antall turnusleger kommunen hadde i løpet av 2014: ___

15. Ev. kommentar:

16. Har noen fastlegehjemler/stillinger stått ledige i mer enn tre måneder i 2014 av annen grunn enn fødselspermisjon eller annen type permisjon?

Ja Nei Vet ikke

Hvis ja på spørsmål 16:

De neste spørsmålene dreier seg om fastlegehjemler/stillinger som har stått ledige (dvs hjemler uten fast tilsatt lege) av annen grunn enn fødselspermisjon eller annen type permisjon i mer enn tre måneder siste år (1.1.2014-31.12.2014).

17. Oppgi antall fastlegehjemler/stillinger som har stått ledige i perioden:

1 2 3 4 5 6 eller flere

18. Sett kryss som viser lengde på vikariat og antall forskjellige fastlegevikarer som har vært engasjert av kommunen i løpet av 2014 (flere kryss er mulig):

1	Under 1 mnd til og med 3 mnd
2	Mer enn 3 til og med 6 mnd
3	Mer enn 6 til og med 9 mnd
4	Mer enn 9 til og med 12 mnd

19. Hvis krysset av for Under 1 mnd til og med 3 mnd i spm. 18, oppgi antall vikarer:

1	1 vikar
2	2 vikarer
3	3 vikarer
4	4 vikarer
5	5 vikarer
6	6 vikarer
7	7 eller flere ulike vikarer
8	Vet ikke

20. Hvis krysset av for Mer enn 3 til og med 6 mnd i spm. 18, oppgi antall vikarer:

1	1 vikar
2	2 vikarer
3	3 vikarer
4	4 vikarer
5	5 vikarer
6	6 vikarer
7	7 eller flere ulike vikarer
8	Vet ikke

21. Hvis krysset av for Mer enn 6 til og med 9 mnd i spm. 18, oppgi antall vikarer:

1	1 vikar
2	2 vikarer
3	3 vikarer
4	4 vikarer
5	5 vikarer
6	6 vikarer
7	7 eller flere ulike vikarer
8	Vet ikke

22. Hvis krysset av for Mer enn 9 til og med 12 mnd i spm. 18, oppgi antall vikarer:

1	1 vikar
2	2 vikarer
3	3 vikarer
4	4 vikarer
5	5 vikarer
6	6 vikarer
7	7 eller flere ulike vikarer
8	Vet ikke

23. Hvor mange av vikarene ble rekruttert fra et vikarbyrå?

1	0
2	1
3	2
4	3
5	4
6	5
7	6 eller flere
8	Vet ikke

24. Hvor mange av vikarene ble rekruttert direkte av kommunen selv?

1	0
2	1
3	2
4	3
5	4
6	5
7	6 eller flere
8	Vet ikke

25. Hvor mange av vikarene inngikk i en etablert vikarordning?

En vikarordning er en ordning med en eller flere faste vikarer som har eksistert over tid.

1	0
2	1
3	2
4	3
5	4
6	5
7	6 eller flere
8	Vet ikke

26. Hvis vikarene ble rekruttert på annen måte, spesifiser:

27. Hvor mange av vikarene var ikke fast bosatt i Norge?

1	0
2	1
3	2
4	3
5	4
6	5
7	6 eller flere
8	Vet ikke

28. Ev. kommentarer

29. Hadde kommunen noen ledige fastlegehjemler/stillinger pr 1.1.2015?

1	Ja
2	Nei
3	Vet ikke

30. Oppgi antall ledige fastlegehjemler/stillinger pr 1.1.2015:

1	1
2	2
3	3
4	4 eller flere

Hvis svaret er 4 eller flere, vil vi ta kontakt pr telefon for å få vite mer om dette.

Hvis krysset av for 1, 2 eller 3 på spm. 30:

31. I hvor mange måneder har fastlegehjemmelen/-stillingen stått ledig? (Stilling 1)

De som har svart 2 eller 3 ledige stillinger vil få de følgende spørsmålene henholdsvis 2 eller 3 ganger (andre gang for Stilling 2, tredje gang for Stilling 3).

1	Under 3 mnd
2	3 til og med 6 mnd
3	6 til og med 12 mnd
4	12 mnd eller lengre
5	Vet ikke

32. Er Stilling 1 lyst ledig?

1	Ja
2	Nei
3	Vet ikke

33. Hvilken driftsform/organisering/avlønning er Stilling 1 lyst ut med?

1	Privat praksis
2	Privat praksis med kommunal leieavtale
3	Fastlønn med tillegg av andel av egenandeler og/eller trygderefusjon
4	Fastlønn uten tillegg
5	Annen driftsform

34. Ev. kommentar

35. Hvor mange ganger er Stilling 1 lyst ledig?

1	1
2	2
3	3
4	4 eller flere
5	Vet ikke

36. Hvor mange søkere var det sist gang Stilling 1 ble lyst ledig? ___

37. Hvor mange av disse søkerne ble ansett for å være kvalifisert? ___

38. Ev. kommentar:

Hvis krysset av for 2 eller 3 på spm. 30

39. I hvor mange måneder har Stilling 2 stått ledig?

1	Under 3 mnd
2	3 til og med 6 mnd
3	6 til og med 12 mnd
4	12 mnd eller lengre
5	Vet ikke

40. Er Stilling 2 lyst ledig?

1	Ja
2	Nei
3	Vet ikke

41. Hvilken driftsform/organisering/avlønning er Stilling 2 lyst ut med?

1	Privat praksis
2	Privat praksis med kommunal leieavtale
3	Fastlønn med tillegg av en andel av egenandeler og/eller trygderefusjon
4	Fastlønn uten tillegg
5	Annen driftsform

42. Ev. kommentar:

43. Hvor mange ganger er Stilling 2 lyst ledig?

1	1
2	2
3	3
4	4 eller flere
5	Vet ikke

44. Hvor mange søkere var det sist gang Stilling 2 ble lyst ledig? ___

45. Hvor mange av disse søkerne ble ansett for å være kvalifisert? ___

46. Ev. kommentar

Hvis krysset av for 3 på spm. 30

47. I hvor mange måneder har Stilling 3 stått ledig?

1	Under 3 mnd
2	3 til og med 6 mnd
3	6 til og med 12 mnd
4	12 mnd eller lengre
5	Vet ikke

48. Er Stilling 3 lyst ledig?

1	Ja
2	Nei
3	Vet ikke

49. Hvilken driftsform/organisering/avlønning er Stilling 3 lyst ut med?

1	Privat praksis
2	Privat praksis med kommunal leieavtale
3	Fastlønn med tillegg av en andel av egenandeler og/eller trygderefusjon
4	Fastlønn uten tillegg
5	Annen driftsform

51. Ev. kommentar:

52. Hvor mange ganger er Stilling 3 lyst ledig?

1	1
2	2
3	3
4	4 eller flere
5	Vet ikke

53. Hvor mange søkere var det sist gang Stilling 3 ble lyst ledig? ___

54. Hvor mange av disse søkerne ble ansett for å være kvalifisert? ___

55. Ev. kommentar

56. Hvilken type legevakt er det for kommunens innbyggere?

1	Kommunal legevakt
2	Interkommunal legevakt
3	Annet

Hvis krysset av for 1 på spm. 56:

57. Er det i løpet av 2014 engasjert vikar(er) kun for legevakten?

1	Ja
2	Nei
3	Vet ikke

Hvis Ja på spm. 57:

58. Oppgi antall forskjellige legevaktvikarer i løpet av 2014: ___

59. Oppgi antall av disse som ikke var fast bosatt i Norge: ____

60. Ev. Kommentar

Takk for at du deltok i undersøkelsen!