



## Forvaltningsrevisjon | Bergen kommune

### Kapasitet og dekning i fastlegeordningen

November 2022

«Forvaltningsrevisjon av kapasitet og  
dekning i fastleageordningen»

November 2022

Rapporten er utarbeidet for Bergen  
kommune av Deloitte AS.

Deloitte AS  
Postboks 6013 Postterminalen, 5892  
Bergen  
tlf: 55 21 81 00  
[www.deloitte.no](http://www.deloitte.no)  
[forvaltningsrevisjon@deloitte.no](mailto:forvaltningsrevisjon@deloitte.no)

# Sammendrag

## Innledning

Deloitte har i samsvar med bestilling fra kontrollutvalget i Bergen kommune gjennomført en forvaltningsrevisjon av kapasitet og dekning i fastlegeordningen i Bergen kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Bergen kommune i sak 108/21 8. desember 2021.

Formålet med prosjektet har vært å undersøke i hvilken grad og hvordan Bergen kommune arbeider med å sikre tilstrekkelig kapasitet og dekning i fastlegeordningen. I gjennomføringen av forvaltningsrevisjonen har Deloitte gjennomført intervjuer med ansatte og ledere i Bergen kommune, med fastleger (både eksisterende og fastleger som har sagt opp), med Pasient- og brukerombudet og med Legeforeningen i Hordaland. Det er også gjennomført en spørreundersøkelse som er sendt ut til fastleger i Bergen kommune. Videre har Deloitte gjennomgått sentral dokumentasjon og statistikk. Deloitte har også gjennomført en stikkprøvekontroll av fastlegenes tilgjengelighet, der vi har ringt 40 utvalgte fastlegekontor for å undersøke tidspunkt for første mulige legetime og svartid på telefon.

I avsnittene under sammenfatter vi våre viktigste funn og vurderinger for hver hovedproblemstilling. Vi vil først gi en kort omtale av fastlegeordningen og utfordringsbildet.

## Om fastlegeordningen og utfordringsbildet

Fastlegeordningen ble etablert i 2001. Fastlegeordningen skal gi innbyggere allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, samt sikre at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til (forskrift om fastlegeordning i kommunene § 1). Fastlegeordningen er hjemlet i lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen, og er med dette en av de lovpålagte helsetjenestene kommunen har ansvar for å sikre (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1).

De siste årene har ordningen vært under press, og mange kommuner opplever rekrutteringsutfordringer. Regjeringen viser til at for få nyutdannede leger vil inn i ordningen, samtidig som at mange vurderer å slutte eller allerede har sluttet.

Også i Bergen kommune er fastlegeordningen presset, og i perioder har det ikke vært en eneste fastlegeliste med ledig plass. Utfordringene er godt kjent, og det har de siste årene vært en rekke mediasaker om manglende fastlegekapasitet i Bergen kommune. Statsforvalteren omtaler fastlegesituasjonen som krevende på Vestlandet.<sup>1</sup>

Regjeringen varslet i august 2022 at det vil bli gjort en gjennomgang av fastlegeordningen, og har nedsatt et ekspertutvalg som skal gi konkrete forslag til tiltak for å styrke fastlegeordningen slik at alle får en fastlege å gå til, samt å gjøre ordningen bærekraftig over tid. Ifølge regjeringen er det nå mer enn 175 000 innbyggere nasjonalt som står uten fastlege.

Regjeringen viser til at det vil bli gjort grep allerede i statsbudsjettet for 2023, men at de store utfordringene ikke løses på ett statsbudsjett og at ekspertutvalget skal gi innsikt i hvilke tiltak som på litt lengre sikt vil treffe målrettet og løse utfordringene. Ekspertutvalget skal gi konkrete forslag både til organisering og finansiering av ordningen, samt vurdere om det er oppgaver som kan løses av annet personell under ledelse av fastlegen eller tas ut av ordningen. I tillegg skal utvalget vurdere endringer i utdanningsløpet for spesialisering, og endringer i legevakt for å redusere vaktbelastningen. Foreløpig rapport fra ekspertutvalget skal leveres innen 1. desember 2022, og rapport med endelige vurderinger og anbefalinger innen 15. april 2023.<sup>2</sup>

I forbindelse med statsbudsjettet for 2023, er det foreslått styrking av fastlegeordningen med 690 millioner kroner i 2023, med en helårsvirkning på 920 millioner. Regjeringen legger blant annet opp til en styrking av fastlegenes basistilskudd fra 1. mai 2023, og viser til at de med dette legger til rette for at fastleger kan ha kortere lister uten å tape inntekt.<sup>3</sup>

## Hva kjennetegner fastlegeordningen i Bergen kommune med hensyn til kapasitet og tilgjengelighet til fastlege?

Undersøkelsen viser at **kapasiteten** i fastlegeordningen i Bergen kommune over tid har vært for lav. Kommunen har som mål å ha 5 prosent listeledighet til enhver tid, men har over lang tid vært langt unna dette målet. Siden januar 2021 har den høyeste listeledigheten vært på 0,6 prosent, og i perioder både i 2021 og i 2022 har det vært 0 prosent listeledighet, dvs. ingen ledige plasser på fastlegelister i kommunen.

Både i 2020, 2021 og i 2022 har det vært innbyggere som har stått uten fastlege. Dette er brudd på § 4 i forskrift om fastlegeordningen som sier at kommunen har ansvar for å organisere en fastlegeordning med tilstrekkelig kapasitet.

<sup>1</sup> Statsforvalteren i Vestland: [Krevjande fastlegesituasjon i Vestland](#). Publisert 20.04.2022

<sup>2</sup> Regjeringen: [Ekspertutvalg skal gjennomgå fastlegeordningen](#). Publisert 11.08.2022.

<sup>3</sup> Regjeringen: [Historisk satsing på fastlegeordninga](#). Publisert 06.10.2022

Kommunen klarer følgelig heller ikke å sikre pasient- og brukerrettighetene jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen § 2 om retten til å stå på liste hos fastlege. Manglende tilgang til fastlege medfører risiko for at pasienter ikke får nødvendig oppfølging og helsehjelp.

Selv om kommunen opplyser at alle innbyggere i Bergen kommune per august 2022 har en fastlege, enten i Bergen kommune eller i andre kommuner, er ikke kapasiteten tilstrekkelig til at det er mulig å bytte fastlege slik regelverket legger opp til. Dette gjelder både innbyggere som har fastlege i annen kommune og som ønsker å bytte til en fastlege i Bergen kommune, og innbyggere som har fastlege i Bergen kommune og som ønsker å bytte til en annen fastlege i Bergen kommune. Regelverket sier at kommunen må sørge for at den totale kapasiteten i ordningen er stor nok til å sikre pasient- og brukerrettighetene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen § 2, § 6 og § 7, noe som blant annet innebærer at kapasiteten må være stor nok til at mulighetene for å bytte fastlege er til stede. Slik Deloitte vurderer det, har ikke Bergen kommune tilstrekkelig kapasitet til å ivareta disse pasient- og brukerrettighetene.

Mangel på leger fører også til at det er vanskelig å skaffe vikar til fastleger som har rettmessig grunn til fravær. Ifølge rammeavtalen mellom KS og Den Norske Legeforening har legen rett til å innta vikar ved fravær fra praksis. Det fremgår av rammeavtalen at kommunen plikter å skaffe vikar eller iverksette andre nødvendige tiltak for å avhjelpe legemangelen dersom det er «midlertidig legemangel». Undersøkelsen viser at flere fastleger opplever at kommunen ikke yter tilstrekkelig bistand til å skaffe vikar når fastlegene har rettmessig grunn til langtidsfravær (for eksempel ved fødselspermisjon). Kommunen på sin side viser til at de prøver å skaffe vikar når det er behov, samt også prøver å legge til rette på andre måter ved fravær. Deloitte mener at kommunen bør tydeliggjøre hvordan de kan bistå med å skaffe vikar, ev. hvilke andre tiltak som kan settes i verk dersom det ikke er mulig å finne vikar.

Deloitte har også undersøkt fastlegenes **tilgjengelighet**, under dette tilgjengelighet for pasientene til time og å få kontakt med fastlegekontoret per telefon. Ettersom fastlegene ofte er første kontakt med helse- og omsorgstjenesten i et pasientforløp, er dette en tjeneste som generelt bør ha god tilgjengelighet. Basert på funnene i undersøkelsen er det Deloittes vurdering at fastlegenes tilgjengelighet ikke alltid er i samsvar med bestemmelsene om at listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og **normalt** innen fem arbeidsdager. Både stikkprøvegjennomgangen og spørreundersøkelsen som er gjennomført viser at flere fastleger/fastlegekontor ikke har mulighet til å tilby konsultasjon innen fem dager slik regelverket sier. Undersøkelsen viser dessuten at en betydelig andel fastleger ikke opplever at de samlet sett klarer å ivareta sine oppgaver som fastlege. Departementet understreker i sin kommentar til regelverket at det «kun unntaksvis» skal være mer enn fem dagers ventetid. Departementet anerkjenner at det kan være perioder hvor det kan være lenger ventetid, eksempelvis fordi kommunen over lenger tid har hatt problemer med å rekruttere fastleger. I denne situasjonen mener Deloitte at det er viktig at kommunen følger med på i hvilken grad fastlegene klarer å etterleve funksjons- og tilgjengelighetskrav som er stilt i regelverket. Dette for å sikre at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester, hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf. kap. 4 i fastlegeforskriften om funksjons- og kvalitetskrav. I tredje ledd i § 7 i fastlegeforskriften, står det at kommunens ansvar for kvalitet i den kommunale allmennlegetjenesten gjelder uavhengig av om tjenestene ytes av ansatte leger eller det inngås avtaler med selvstendig næringsdrivende leger om å yte helsetjenestene.

Ifølge regelverket skal systemet for mottak av telefonhenvendelser innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter. I merknader til forskrift om fastlegeordningen er det presisert at systemet for mottak av telefonhenvendelser, og kapasiteten i dette, må innrettes slik at kravet kan oppfylles på arbeidsdager med normal pågang. Deloitte's undersøkelse viser at en betydelig andel av fastlegene ikke besvarte telefonanrop innen to minutter (37 %). Intervju viser at utfordringer med å nå gjennom på telefon til enkelte fastlegekontor er en kjent problemstilling for kommunen. Deloitte mener dette viser at fastlegene ikke har organisert seg på en måte som sikrer at henvendelser alltid blir besvart i samsvar med tidskravet i regelverket. Det å etterleve dette kravet trenger ikke nødvendigvis være knyttet til fastlegens egen kapasitet, eller mangel på sådan, ettersom det i mange tilfeller er slik at det ikke er fastlegen selv som besvarer telefonhenvendelser.

Deloitte mener videre at det i dagens situasjon der fastlegekapasiteten er presset og der fastlegene heller ikke alltid er like tilgjengelige (på telefon og mulighet til time) som i en normalsituasjon, kan være grunn til å følge med på omfanget av klager og hva disse handler om for å ha oversikt over utfordringsbildet. Deloitte mener også at kommunen bør vurdere å etterspørre informasjon om klager som er sendt til Statsforvalteren.

### **I hvilken grad har Bergen kommune hatt tilstrekkelig oversikt over og vurdert fastlegekapasiteten over tid?**

Bergen kommune har ikke en oppdatert plan for legetjenester der det tydelig fremkommer legebehovet i kommunen (på kort og lang sikt) og hvordan kommunen skal sikre tilstrekkelig rekruttering for å møte behovet. Gjeldende plan har ikke blitt revidert fordi kommunen avventer avklaringer om hva som vil skje med fastlegeordningen nasjonalt.

Undersøkelsen viser at mål om listeledighet ikke nås. Selv om antallet fastleger har økt de siste årene, fortsetter listeledigheten å gå nedover, og perioder er listeledigheten på 0 prosent. Anslag og mål som er satt, fremstår dermed ikke realistiske i praksis. Kommunen har gjort vurderinger av kapasitetsbehov årlig i forbindelse med budsjettarbeid, og det er gjort anslag/satt mål både for listeledighet og for antall fastleger. Dette blir opplyst å være basert på SSB sine tall for demografi i Bergen kommune og tidligere beregninger om at en med ca. 6-7 nye hjemler per år vil holde tritt med befolkningsveksten. Kommunen har ikke systematisk hentet inn styringsinformasjon knyttet til listelengde, ventelister, gjestepasienter med mer, og Deloitte stiller derfor spørsmål ved om kommunens vurderinger av kapasitet er gjort på et tilstrekkelig grunnlag.

Deloitte merker seg at kommunen i forbindelse med verifiseringen kommenterer at det grunnleggende problemet er mangel på leger, og ikke mangel på styringsinformasjon. Deloitte er enig med kommunen i at den grunnleggende utfordringen er mangel på leger, men mener likevel at det er viktig å bruke styringsinformasjonen til å belyse hvor omfattende utfordringen er, og vil kunne bli fremover. Dette vil kunne ha betydning for hvor omfattende tiltakene må være.

Deloitte merker seg at kommunen i verifiseringen av rapporten opplyser at det arbeides med å lage en modell for fremtidige beregninger, og at det også arbeides med å utvikle dashboard for alle enheter. Dette kan være hensiktsmessige tiltak som legger til rette for å kunne gjøre gode vurderinger.

Deloitte mener videre at kommunen har gjort et viktig grep med å styrke de administrative ressursene til å følge opp fastlegeordningen, men vil peke på at det fortsatt er arbeid som blir satt på vent, slik som arbeidet med å ferdigstille en langsiktig målstrategi. Avdeling for fastlegeordningen har heller ikke hatt kapasitet til å jevnlig og systematisk innhente styringsdata om fastlegeordningen, og flere har pekt på at avdelingen ikke har kapasitet til stort mer enn «brannslukking». Deloitte finner dermed grunn til å stille spørsmål ved om Bergen kommune, gitt dagens utfordringsbilde, har tilstrekkelige ressurser til å følge opp fastlegeordningen. Kommunen viser til at pandemien har krevd alle ressurser i kommunens helse- og omsorgstjenester de siste årene, og at det i denne situasjonen ville vært uansvarlig å bruke ressurser på analyse og utviklingsarbeid med tanke på en fastlegekrise som er et nasjonalt problem. Deloitte anerkjenner at kommunen har stått i en krevende situasjon med pandemien, men vil fremheve at det er viktig at kvalitetsforbedringsarbeid blir tatt opp igjen nå.

### **Har kommunen satt i verk hensiktsmessige tiltak for å sikre tilstrekkelig fastlegedekning?**

Bergen kommune har i 2021 og 2022 iverksatt flere tiltak for å styrke fastlegeordningen. Fastlegenes tillitsvalgte har vært sentrale i utarbeidelsen av disse tiltakene, noe vi mener har vært viktig for å sikre at fastlegene blir hørt når det gjelder tiltak som berører dem. Videre viser spørreundersøkelsen som revisjonen har gjennomført at flere av tiltakene blir vurdert som nyttige av fastlegene i Bergen kommune. Basert på dette, mener Deloitte at tiltakene som skal bidra til å sikre tilstrekkelig fastlegedekning i Bergen kommune fremstår som gode. Samtidig har flere av tiltakene kun virket kort tid og det er derfor viktig at kommunen fremover evaluerer systematisk hvor godt de fungerer. Deloitte vil også påpeke at undersøkelsen viser at det er variasjon i legenes vurderinger av tiltakenes hensiktsmessighet. En høy andel av fastlegene etterlyser også tiltak knyttet til økning av basistilskudd og listereduksjon, samt at en betydelig andel også har pekt på behov for fritak eller midlertidig fritak fra legevakt og/eller kommunal bistilling.

Deloitte mener imidlertid at det ikke er tilfredsstillende at en stor andel av kommunens fastleger (51 % av de som har svart på spørreundersøkelsen) ikke opplever å ha fått informasjon om tiltakene som er iverksatt gjennom tiltakspakken. Kommunen har etter Deloitte vurdering ikke en samlet og lett tilgjengelig oversikt over tiltakene og tilhørende retningslinjer og kriterier for tildeling der det er aktuelt. En slik oversikt vil bidra til å sikre at legene får nødvendig kjennskap til de tiltak som er rettet mot dem og er avgjørende for at de blir tatt i bruk i tilstrekkelig grad.

Deloitte mener også at Bergen kommune må identifisere tiltak for å bedre samarbeidet med fastlegene, basert på at flere fastleger både i intervju og i spørreundersøkelsen viser til at samarbeidet ikke er godt nok. Bergen kommune viser også til at en stor andel fastleger velger å ikke være til stede i allmennlegeutvalget, på tross av møteplikt for alle fastleger. Deloitte mener det er grunn til å stille spørsmål ved om allmennlegeutvalget fungerer tilfredsstillende som

samarbeidsarena, når så mange fastleger velger å ikke møte opp. Enkelte av legene kommer i undersøkelsen med innspill til hvordan samarbeidet kan styrkes, og peker blant annet på involvering i arbeidsgrupper og bydelsvise møter som tiltak.

### **I hvilken grad gjennomfører kommunen sluttsamtaler med fastleger som sier opp fastlegeavtalen for å kartlegge hva som er årsakene til oppsigelsen?**

Deloitte har fått opplyst at Bergen kommune tidligere har hatt få ressurser til å håndtere fastlegeordningen, og at gjennomføring av sluttsamtaler ikke har vært et prioritert arbeid tidligere. Det opplyses imidlertid at kommunen per i dag har tett dialog med de som er på vei ut av praksisen sin, og at alle fastleger som sier opp avtalen blir kalt inn til samtale hos kommunen. Deloitte får opplyst at det totalt er 16 oppsigelser som skyldes andre årsaker enn pensjonsavgang, sykdom eller dødsfall de siste fire årene.

Selv om kommunen viser til at de som regel er godt kjent med årsakene til oppsigelser, mener Deloitte samtidig at samtalene som blir gjennomført med leger som sier opp ikke er strukturert som tilfredsstillende sluttsamtaler ved at de i liten grad kartlegger og systematiserer sluttårsaker. Deloitte mener at kommunen bør vurdere å utarbeide rutiner som sikrer at dette blir gjort, og vil også peke på at sluttsamtaler kan være en god måte å innhente innspill til bruk i evaluering av kommunens tiltak for å styrke fastlegeordningen, og ev. for å få innspill til nye tiltak.

Over en fjerdedel av kommunens fastleger er over 60 år og nærmer seg pensjonsalder. I undersøkelsen peker flere fastleger på at kommunen ikke har en plan for å håndtere dette eller har dialog med fastlegene dette gjelder. Deloitte mener det kan være hensiktsmessig at kommunen tar kontakt med fastleger som nærmer seg pensjonsalder for dialog om hvor lenge disse legene ser for seg å stå i arbeid, og hvordan det kan tilrettelegges for overdragelse av praksis til ny lege. Flere har i undersøkelsen pekt på at yngre/nyetablerte fastleger ofte ønsker seg kortere lister sammenlignet med erfarne leger, og at hjemler med lange pasientlister kan være vanskelig å få søkere til. Deloitte mener derfor at kommunen i alle fall bør ha oversikt over hvilke fastlegehjemler som betjenes av fastleger som innen relativt kort tid ser for seg pensjonsavgang, hva som er listelengden på aktuelle lister, samt ev. også legge en plan for hvilke tiltak som er nødvendige for å gjøre disse hjemlene attraktive i markedet når fastlegen slutter slik at kapasiteten opprettholdes.

### **Hvordan sikres innbyggere som ikke får tilgang til fastlege (listeplass) et legetilbud, og gis det informasjon om alternative tilbud i påvente av listeplass?**

Kommunen henviser til at innbyggere som ikke har fastlege i Bergen og som har behov for helsehjelp må kontakte legevakten, men medgir også at legevakten kan avvise pasienter som ikke har akutt behov for hjelp. Unntaksvis er det gitt bistand til innbyggere ved å tilby en time på et av kommunens kommunale legekontor. Deloitte mener det er alvorlig at det har vært innbyggere som har stått uten fastlege i perioder både i 2020, 2021 og i 2022. Som omtalt over, er dette brudd på § 4 i forskrift om fastlegeordningen som sier at kommunen har ansvar for å organisere en fastlegeordning med tilstrekkelig kapasitet. Kommunen klarer følgelig heller ikke å sikre pasient- og brukerrettighetene jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen § 2 om retten til å stå på liste hos fastlege. Manglende tilgang til fastlege medfører risiko for at pasienter ikke får nødvendig oppfølging og helsehjelp.

Bergen kommune informerer på sine nettsider om utfordringer med kapasiteten, og at man kan velge fastlege i en annen kommune eller kontakte legevakten om man ikke har fastlege og har behov for hjelp. Innbyggere henstilles også til å sjekke fastlegelistene ofte. Innbyggere blir altså i stor grad bedt om selv å følge med på kapasiteten. Deloitte mener denne informasjonen kan være vanskelig tilgjengelig for en del innbyggere, særlig sårbare grupper og innbyggere med dårlige digitale ferdigheter. Det er også eksempler på at innbyggere har mistet fastlegen sin uten å få umiddelbart beskjed om dette fra Bergen kommune. Innbyggerne har dermed i perioder vært uten fastlege uten å ha blitt informert om dette. Innbyggerne blir først informert i det de får plass på en ny liste, enten hos en fastlege eller liste uten fast lege. Deloitte mener at Bergen kommune bør vurdere om kommunen selv bør sende ut informasjon til de som mister fastlegen sin og som ikke umiddelbart får tilbudt en ny, slik at disse blir kjent med hvor de skal henvende seg inntil ny fastlege er tilbudt.

Deloitte vil også understreke at det ikke nødvendigvis er tilfredsstillende å tilby innbyggere plass på liste uten fast lege, selv om dette per se sikrer at innbyggeren står på en liste og at innbyggeren har fått informasjon om byttet. Helsetilsynet viser til at innbyggere som står på liste uten fast lege i realiteten ikke får innfridd sin rett til fastlege. Det pekes på at dette er alvorlig fordi en stabil lege-pasient-relasjon for mange er en viktig forutsetning for at kvaliteten og pasientsikkerheten i behandlingstilbudet skal kunne ivaretas på en god måte, og at det er risiko for at innbyggere ikke får nødvendig helsehjelp når det ikke foreligger mulighet til å ha en stabil relasjon til en lege.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Helsetilsynet: [Preset fastlegesituasjon har konsekvenser for pasientene – gjennomgang av tilsynserfaringer](#). Rapport 3/2022. Juni 2022.

## Konklusjon

Bergen kommune har de siste årene ikke klart å sikre tilstrekkelig kapasitet og dekning i fastlegeordningen. Kommunen har kommet i en situasjon der det ikke er mulig å sørge for pasient- og brukerrrettigheter om rett til å bytte fastlege for kommunens innbyggere og i perioder også rett til fastlege. Denne utfordringen gjelder imidlertid ikke bare Bergen kommune, og nasjonale myndigheter har nedsatt et ekspertutvalg som skal komme med forslag både til organisering og finansiering av ordningen.

Bergen kommune har like fullt fortsatt et lovpålagt ansvar for fastlegeordning og å sørge for at personer som ønsker det, får et fastlegetilbud. Lav listeledighet kombinert med høy gjennomsnittsalder for fastlegene, mange leger som nærmer seg pensjonsalder, samt at en høy andel leger opplyser at de har vurdert å slutte som fastlege, viser at kommunen er svært sårbar fremover med hensyn til å kunne ivareta sitt ansvar om å sikre et fastlegetilbud til sine innbyggere i samsvar med regelverket. Deloitte mener Bergen kommune må få på plass en oppdatert plan for legetjenester der det tydelig fremkommer hva som er fastlegebehovet i kommunen (på kort og lang sikt) og hvordan kommunen skal sikre tilstrekkelig rekruttering for å møte behovet. Gitt situasjonen der både kapasiteten og tilgjengeligheten til fastlegene er presset, er det også etter Deloitte vurdering viktig at kommunen følger med på i hvilken grad fastlegene klarer å etterleve funksjons- og tilgjengelighetskrav som er stilt i regelverket. Dette for å sikre at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester, hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf. kap. 4 i fastlegeforskriften om funksjons- og kvalitetskrav. Videre mener vi at det blir viktig å evaluere og eventuelt justere tiltakene Bergen kommune har iverksatt for å styrke fastlegeordningen, for å sikre at tiltakene treffer og har ønsket effekt.

Basert på det som kommer frem i undersøkelsen kommer Deloitte med noen anbefalinger til Bergen kommune. Disse går frem av kapittel 8, *Konklusjon og anbefalinger*.

# Innhold

1	Innledning	12
2	Om fastlegeordningen	14
3	Kapasitet og tilgjengelighet i fastlegetjenesten	19
4	Oversikt over og vurdering av fastlegekapasiteten	35
5	Tiltak for å sikre tilstrekkelig fastlegedekning	41
6	Sluttsamtaler	59
7	Tilbud og informasjon til innbyggere uten fastlege	61
8	Konklusjon og anbefalinger	66
	Vedlegg 1: Høringsuttalelse	68
	Vedlegg 2: Revisjonskriterier	70
	Vedlegg 3: Sentrale dokumenter og litteratur	74



# Detaljert innholdsfortegnelse

1	Innledning	12
1.1	Bakgrunn	12
1.2	Formål og problemstillinger	12
1.3	Metode	12
1.3.1	Dokumentanalyse	12
1.3.2	Intervju	12
1.3.3	Spørreundersøkelse	13
1.3.4	Stikkprøvegjennomgang	13
1.3.5	Verifiseringsprosesser	13
1.4	Revisjonskriterier	13
2	Om fastlegeordningen	14
2.1	Innledning	14
2.1.1	Begreper	14
2.1.2	Om fastlegeordningen	15
2.1.3	Finansering av fastlegeordningen	16
2.1.4	Statlig gjennomgang av fastlegeordningen i 2022 og 2023	16
2.1.5	Organisering av fastlegeordningen i Bergen kommune	17
3	Kapasitet og tilgjengelighet i fastlegetjenesten	19
3.1	Problemstilling	19
3.2	Revisjonskriterier	19
3.2.1	Kommunens ansvar for fastlegeordning	19
3.2.2	Rett til fastlege	19
3.2.3	Nærmere om tilgjengelighetsbestemmelser	19
3.2.4	Fastlegens oppgaver	20
3.2.5	Fastlegens rett til fravær og kommunens plikter knyttet til å skaffe vikar	20
3.3	Datagrunnlag	20
3.3.1	Kapasitet i fastlegeordningen	21
3.3.2	Utsatte bydeler og enkeltgrupper	23
3.3.3	Tilgjengelighet i fastlegeordningen	24
3.3.4	Fastlegenes vurdering av kapasitet og tilgjengelighet	26
3.3.5	Legevaktsarbeid og kommunal bistilling	27
3.3.6	Fraværdekning og bruk av vikarer	30
3.3.7	Vikar ved oppsagte hjemler	33
3.4	Vurdering	33
4	Oversikt over og vurdering av fastlegekapasiteten	35
4.1	Problemstilling	35
4.2	Revisjonskriterier	35
4.3	Datagrunnlag	35
4.3.1	Kommunens oversikt over og vurdering av fastlegekapasiteten	35
4.4	Vurdering	40
5	Tiltak for å sikre tilstrekkelig fastlegedekning	41
5.1	Problemstilling	41
5.2	Revisjonskriterier	41

5.2.1	Kommunens ansvar for tilstrekkelig antall leger	41
5.2.2	Samarbeid	41
5.3	Datagrunnlag	41
5.3.1	Tiltakspakke for å styrke fastlegeordningen	41
5.3.2	Samarbeid mellom kommunen og fastlegene	55
5.3.3	Dialog med eksterne aktører om fastlegeordningen	57
5.4	Vurdering	57
6	Sluttsamtaler	59
6.1	Problemstilling	59
6.2	Revisjonskriterier	59
6.3	Datagrunnlag	59
6.3.1	Oversikt over årsaker til at fastleger slutter	59
6.3.2	Sluttsamtaler ved oppsigelser	60
6.4	Vurdering	60
7	Tilbud og informasjon til innbyggere uten fastlege	61
7.1	Problemstilling	61
7.2	Revisjonskriterier	61
7.3	Datagrunnlag	61
7.3.1	Tilbud og informasjon til innbyggere uten listeplass	61
7.4	Vurdering	65
8	Konklusjon og anbefalinger	66
	Vedlegg 1: Høringsuttalelse	68
	Vedlegg 2: Revisjonskriterier	70
	Vedlegg 3: Sentrale dokumenter og litteratur	74
<b>Figurer</b>		
	Figur 1: Byrådsavdeling for helse og omsorg - Bergen kommune	17
	Figur 2: Organisering - Enhet for allmennmedisin	18
	Figur 3: Oversikt over telefonanrop som ble besvart før og etter to minutter (n=40)	24
	Figur 4: Gjennomsnittlig ventetid på ordinær time	26
	Figur 5: Fastlegenes vurdering av hvor tilgjengelige de er for pasientene på sin liste	27
	Figur 6: Fastlegenes vurdering av hvorvidt de har nok tid til hver pasientkonsultasjon	27
	Figur 7: Fastlegenes vurdering av egen kapasitet	29
	Figur 8: Fastlegenes vurdering av hvorvidt de klarer å ivareta sine oppgaver	30
	Figur 9: Kollegial fraværdekning	31
	Figur 10: Tilgjengelighet på vikarer ved langtidsfravær	31
	Figur 11: Kommunens hjelpelighet med å skaffe vikarer ved langtidsfravær	32
	Figur 12: Fastlegenes svar på hvorvidt de har vurdert å slutte som fastlege i kommunen de siste årene	36
	Figur 13: Fastlegenes vurdering av kommunens informasjon om tiltakspakkene	43
	Figur 14: Fastlegenes vurdering av tiltak rettet mot eksisterende fastleger	47
	Figur 15: Skjermdump fra en utlyst ledig fastlegehjemmel i Årstad bydel. Hentet 31.08.2022 fra legejobber.no	48
	Figur 16: Fastlegenes vurdering av tiltak rettet mot rekruttering	50
	Figur 17: Fastlegenes vurdering av tiltak rettet mot ALIS	51
	Figur 18: Fastlegenes gjennomsnittlige vurdering av kommunens tiltak for å styrke fastlegeordningen	53
	Figur 19: Fastlegenes opplevelse av hvorvidt kommunen har iverksatt hensiktsmessige tiltak for å rekruttere nye leger	54
	Figur 20: Fastlegenes opplevelse av hvorvidt kommunen har iverksatt hensiktsmessige tiltak for å beholde eksisterende fastleger	54
	Figur 21: Fastleger som har sluttet av andre årsaker enn pensjon/sykdom	59

Figur 22: Skjermbilde fra Bergen kommunes nettsider, hentet 15.02.2022	63
Figur 23: Skjermdump fra Bergen kommunes nettsider, 08.08.2022.	63
Figur 24: Skjermdump fra Bergen kommunes nettsider, 08.08.2022.	64

## Tabeller

Tabell 1: Oversikt over antall henvendelser om fastlegeordningen til pasient- og brukerombudet i Vestland, kontor Bergen.	21
Tabell 2: Listelengde, listeledighet og antall lister i Bergen kommune i 2021 og 2022	21
Tabell 3: Antall gjestepasienter i og fra Bergen kommune – oversikt mottatt av Bergen kommune i januar 2022	23
Tabell 4: Legedekning per bydel i Bergen kommune (per januar 2022)	23
Tabell 5: Antall virkedager til første ledige ordinære timer hos legekantor (n=39)	25

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Deloitte har gjennomført en forvaltningsrevisjon av kapasitet og dekning i fastlegeordningen i Bergen kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Bergen kommune i sak 108/21 8. desember 2021.

## 1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med prosjektet har vært å undersøke i hvilken grad og hvordan Bergen kommune arbeider med å sikre tilstrekkelig kapasitet og dekning i fastlegeordningen.

Med bakgrunn i formålet har følgende problemstillinger blitt undersøkt:

1. Hva kjennetegner fastlegeordningen i Bergen kommune med hensyn til kapasitet og tilgjengelighet til fastlege?
  - a. Snitt listelengde
  - b. Antall personer på venteliste<sup>5</sup>
  - c. Antall innbyggere uten tilgjengelig fastlege
  - d. Tilgjengelighet (telefon og timebestilling)
2. I hvilken grad har Bergen kommune hatt tilstrekkelig oversikt over og vurdert fastlegekapasiteten over tid?
3. Har kommunen satt i verk hensiktsmessige tiltak for å sikre tilstrekkelig fastlegedekning?
  - a. I hvilken grad opplever tidligere og eksisterende fastleger at dette er treffsikre og hensiktsmessige tiltak?<sup>6</sup>
4. Hvordan sikres innbyggere som ikke får tilgang til fastlege (listeplass) et legetilbud, og gis det informasjon om alternative tilbud i påvente av listeplass?
5. I hvilken grad gjennomfører kommunen sluttsamtaler med fastleger som sier opp fastlegeavtalen for å kartlegge hva som er årsakene til oppsigelsen?
  - a. I hvilken grad er informasjon fra eventuelle sluttsamtaler brukt til å utvikle og iverksette hensiktsmessige tiltak for å ivareta kapasiteten?

## 1.3 Metode

Oppdraget er utført i samsvar med gjeldende standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001) og kvalitetssikret i samsvar med kravene til kvalitetssikring i Deloitte Policy Manual (DPM).

Oppdraget er gjennomført i tidsrommet januar 2022 til november 2022.

### 1.3.1 Dokumentanalyse

Rettsregler og kommunale vedtak har blitt gjennomgått og benyttet som revisjonskriterier. Videre har informasjon om Bergen kommune og fastlegeordningen blitt samlet inn og analysert. Innsamlet dokumentasjon har blitt vurdert opp mot revisjonskriteriene.

### 1.3.2 Intervju

For å få supplerende informasjon til de skriftlige kildene, har Deloitte gjennomført intervju med utvalgte personer i Bergen kommune som er involvert i eller har et ansvar knyttet til kapasitet og dekning i fastlegeordningen. Dette omfatter tidligere<sup>7</sup> byråd for eldre, helse og frivillighet, kommunaldirektør ved byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet, etatsdirektør for etat for helsetjenester, samt enhetsleder for enhet for allmenntilrettelse, og

<sup>5</sup> Dette var ikke en del av den opprinnelige prosjektplanen, men Deloitte har lagt til punktet for å belyse ventelistesituasjonen i kommunen.

<sup>6</sup> Problemstilling 3a stod opprinnelig under problemstilling 5, men er flyttet til problemstilling 3 for å gi en best mulig presentasjon av data i rapporten.

<sup>7</sup> Beate Husa gikk av som byråd for eldre, helse og frivillighet etter at KrF gikk ut av byrådet i Bergen 22. august 2022. Nå består byrådet i Bergen av Arbeiderpartiet, Miljøpartiet De Grønne og Venstre. Ny byråd for helse og omsorg er Ruth Grung (Ap). I forbindelse med endring i byrådet ble også navnet på byrådsavdelingen endret fra byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet til byrådsavdeling for helse og omsorg.

avdelingsleder og rådgiver ved avdeling for fastlegeordningen. I tillegg har Deloitte intervjuet pasient- og brukerombudet i Vestland, en tillitsvalgt fastlege, syv nåværende og tidligere fastleger, samt styreleder ved Hordaland legeförening. Deloitte har til sammen gjennomfört 14 intervju med totalt 17 personer.

### 1.3.3 Spørreundersökelse

Deloitte har gjennomfört en kort spørreundersökelse for fastleger i Bergen kommune. Spørsmålene omhandlet blant annet hvordan fastlegene vurderer egen kapasitet og tilgjengelighet, hvordan de opplever kommunen som avtalepart, hvilke erfaringer fastlegene har med tiltak kommunen har satt i verk og om fastlegene har innspill til tiltak som bør vurderes for å sikre tilstrekkelig fastlegedekning i kommunen. Spørreundersökelsen ble sendt ut til alle fastlegene i kommunen gjennom kommunens kontaktkanaler (felles epostliste). Totalt 128 personer har svart på spørreundersökelsen, og det var totalt 252 fastleger i Bergen kommune på utsendelsestidspunktet. Antall svar tilsier at rundt 51 % prosent av fastlegene i kommunen har besvart undersökelsen.<sup>8</sup>

### 1.3.4 Stikkprövegjennomgang

For å undersøke tilgjengeligheten til fastleger i Bergen kommune, har Deloitte ringt et tilfeldig utvalg på 40 fastlegekontor for å undersøke hvor tilgjengelig fastlegen/fastlegekontoret er på telefon. I stikkprövegjennomgangen ble det også undersøkt fastlegens/fastlegekontorets tilgjengelighet med hensyn til første mulige legetime. Alle bydeler er dekket i utvalget.

### 1.3.5 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju er sendt til de som er intervjuet for verifisering og det er informasjon fra de verifiserte intervjureferatene som er benyttet i rapporten.

Datadelen av rapporten er sendt til kommunen for verifisering, og det er gjort noen justeringer i rapporten basert på tilbakemelding i forbindelse med verifisering av datagrunnlaget. Rapporten er deretter sendt på høring til byråd for helse og omsorg for uttalelse. Byrådets høringsuttalelse finnes som vedlegg til rapporten (vedlegg 1).

## 1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som forvaltningsrevisjonsobjektet skal bli vurdert opp mot. Kriteriene er utledet fra autoritative kilder i samsvar med kravene i gjeldende standard for forvaltningsrevisjon. I dette prosjektet er revisjonskriteriene i hovedsak hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om fastlegeordningen. Kriteriene er nærmere presentert innledningsvis under hvert tema, og i Vedlegg 2.

---

<sup>8</sup> Deloitte gjør oppmerksom på at det er noe usikkerhet rundt svarprosenten da spørreundersökelsen er sendt ut som en lenke via en epost fra kommunen, og der svarlenken ikke er koblet til unike epostadresser. Det er derfor teoretisk mulig å svare på undersökelsen flere ganger, ettersom svaret ikke kobles til en unik epostadresse. Årsaken til at spørreundersökelsen ble distribuert som lenke via en felles utsendelse fra kommunen er at Deloitte ikke har hatt tilgang til epostadressene til den enkelte fastlege. Deloitte har fölgelig heller ikke hatt mulighet til å kontrollere hvem undersökelsen er sendt til.

## 2 Om fastlegeordningen

### 2.1 Innledning

#### 2.1.1 Begreper

For å gi leseren en kort forklaring til ulike begreper som brukes i rapporten, har vi valgt å innledningsvis inkludere en begrepsliste. Flere av begrepene er gjengitt eller basert på begreper fra en rapport fra Helsedirektoratet.<sup>9</sup> I tillegg har vi inkludert enkelte andre begreper som vi mener vil være relevante for rapportens lesere å kjenne til.

**ALIS:** Allmennlege i spesialisering

**Allmennlege:** Lege som utøver allmennmedisinsk virksomhet. Fra 1. mars 2017 må leger som ansattes eller inngår avtale med kommunen (fastlege, lege på kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven) være spesialister i allmennmedisin eller være under spesialisering for å bli dette, ev. ha godkjenning som allmennpraktiserende lege<sup>10</sup>. Se nærmere omtale av kompetansekrav og unntak fra slike i vedlegg 3.

**Basistilskudd:** Tilskudd som utbetales legene per registrerte person per år på legens fastlegeliste. Fra 1. mai 2020 ble det innført et knekkpunkt i basistilskuddet. Basistilskuddet utgjør 675 kroner (653 før 1. juli 2022) per listeinnbygger inntil 1000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1001 og opptil 2500 utgjør basistilskuddet 544 kroner per listeinnbygger.

**Fastlege:** Fastlege er en lege som inngår fastlegeavtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende. Ifølge forskrift om fastlegeordning i kommunene skal fastlegen dekke allmennlegeoppgaver for de personene vedkommende fastlege har på sin liste.

**Fastlegeliste:** Oversikt over hvilke listeinnbyggere fastlegen har ansvar for

**Fastlegehjemmel og praksis:** En fastlegehjemmel og en fastlegepraksis er to ulike ting, men henger sammen ved kjøp/overdragelse av praksis. Kommunen er ansvarlig for å lyse ut og tildele ledige *fastlegehjemler*, og tildeling av fastlegehjemler er en offentligrettslig prosess. Vedtak om tildeling er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Salg av *praksis* er derimot en privatrettslig prosess mellom fratredende og tiltredende lege. I dagligtalen skilles det ikke alltid mellom disse begrepene, og det kan eksempelvis være snakk om å «selge en fastlegehjemmel», men det er praksisen som selges, ikke hjemmelen.

Rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen gir fratredende lege rett til å selge praksisen til lege som har fått tildelt fastlegehjemmelen. Overdragelse av praksis er som nevnt en privatrettslig avtale mellom fratredende og tiltredende lege, og kommunen er ikke part i avtalen. Overdragelsesbetingelsene, under dette verdien av praksisen, må avtales mellom partene. Dersom partene ikke blir enige om prisen på praksis, fastsettes prisen av nemnd opprettet av Legeforeningen. Ved salg av praksis skilles det mellom materielle verdier som inventar og utstyr på den ene siden, og opparbeidet praksis, også omtalt som *goodwill*, på den andre siden. Goodwill beregnes blant annet ut ifra kontinuitet, type praksis (gruppe- eller solo), driftsresultatet, attraktivitet/beliggenhet, stabilitet og vekst i pasientgrunnlag mv.<sup>11</sup>

**8.2-avtale:** Er en slags kombinasjonsavtale der legen er selvstendig næringsdrivende, men der kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv. som legen betaler for. Begrepet 8.2 kommer av at denne typen avtale er omtalt under punkt 8.2 i rammeavtalen mellom KS og Den norske Legeforening.

**LIS:** Lege i spesialisering (uavhengig av spesialitet).

**LIS-1:** Lege i spesialisering del 1.

**Listeinnbygger:** En person som er tilknyttet en fastlegeliste.

<sup>9</sup> En rekke av begrepene er gjengitt fra og/eller i stor grad basert på begrepslisten i [Helsedirektoratets årsrapport om handlingsplan for allmennlegetjenesten](#) (2021).

<sup>10</sup> har godkjenning som allmennpraktiserende lege etter § 8 i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon eller § 10 i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits.

<sup>11</sup> Den norske legeforening: [Overdragelse av praksis](#)

**Listelengde:** Antall innbyggere på fastlegeliste. Det er i forskrift om fastlegeordningen satt et listetak på 2500 personer. Et listetak lavere enn 500 personer må avtales med kommunen. Listen anses lukket når antall innbyggere på listen har nådd fastsatt listetak. Nasjonalt har gjennomsnittlig listelengde gått nedover siden etableringen av fastlegeordningen. Helsedirektoratet viser til at gjennomsnittlig og median listelengde fortsetter å gå ned i første kvartal 2022, slik den har gjort over lang tid. Yngre fastleger har kortere lister enn eldre fastleger og kvinner har i gjennomsnitt noe kortere lister enn mannlige fastleger.<sup>12</sup>

**Liste uten fast lege:** Ubesatt fastlegeliste, noe som innebærer at listeinnbyggerne tas hånd om av vikarleger eller av andre fastleger gjennom kollegial fraværdeknning.

**Kollegial fraværdeknning:** Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening legger opp til at legen skal delta i kollegiale ordninger/vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen, dvs. at legene vikarierer/dekker for hverandre. Fravær inntil 8 uker i året dekkes av slik kollegial fraværdeknning eller egen vikar.

**Midlertidig legemangel:** Ifølge rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening anses det å være midlertidig legemangel «... dersom det ikke er et tilstrekkelig antall leger i kommunen til at legen kan benytte kollegiale fraværdeknninger ved ordinært fravær eller vikar ved langvarig fravær».<sup>13</sup> Videre står det under dette punktet i rammeavtalen at «Kommunen plikter å skaffe vikar eller iverksette andre nødvendige tiltak for å avhjelpe legemangelen».

**Nullhjemmel/nullliste:** Nyopprettet hjemmel uten pasientliste. I motsetning til når man overdrar en etablert praksis, vil man ved oppstart i nyopprettet hjemmel ikke ha en pasientliste, og pasientlisten må bygges opp. Disse nye hjemlene kalles gjerne nullister eller nullhjemler.

**Veiledning:** Veiledning er ett av de pedagogiske virkemidlene i spesialistutdanningen. Alle leger i spesialisering skal ha veiledning. Veiledning foregår utenom selve yrkesutøvelsen, som planlagt utdanningsaktivitet.<sup>14</sup> Den som gir veiledning blir omtalt som veileder i spesialistutdanningen.

**Supervisjon:** Til forskjell fra veiledning, som er planlagt aktivitet fristilt fra hverdagen, er supervisjon integrert i det vanlige arbeidet. Supervisjon er fortløpende tilbakemelding i det kliniske arbeidet, eksempelvis fra kollegaer og annet helsepersonell. I spesialistutdanningen brukes betegnelsen supervisor om den som gir supervisjon.<sup>15</sup>

## 2.1.2 Om fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble etablert i 2001. Fastlegeordningen skal gi innbyggere allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, samt sikre at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til (forskrift om fastlegeordning i kommunene § 1). Fastlegeordningen er hjemlet i lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen, og er med dette en av de lovpålagte helsetjenestene kommunen har ansvar for å sikre (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1).

De siste årene har ordningen vært under press, og mange kommuner opplever rekrutteringsutfordringer. Regjeringen viser til at for få nyutdannede leger vil inn i ordningen, samtidig som at mange vurderer å slutte eller allerede har sluttet.<sup>16</sup> En evaluering<sup>17</sup> gjennomført av EY og Vista analyse i 2019 på oppdrag fra Helsedirektoratet peker på at fastlegeordningen i en lang periode lykkes med å sikre en god legedekning i kommunene, men at det fra 2016 kan tyde på at utviklingen har snudd. Det vises til en økning i antall legeløse lister fra midten av 2016, som ifølge evalueringen tyder på en utvikling i negativ retning, der stadig flere kommuner opererer med legeløse lister der de er avhengige av vikarer for å sikre innbyggerne den legedekningen de har krav på.<sup>18</sup> I evalueringen vises det videre til at stadig flere kommuner sliter med å rekruttere og beholde fastleger enn tidligere, og at statistiske analyser av registerdata bekrefter at fastleger over hele landet er mer tilbøyelige til å slutte etter kort tid i yrket i dag enn de var for få år siden. Det er både en økning i utskiftningsandelen hos fastleger og en reduksjoner i varigheten på fastlegeavtalene. Dette innebærer økt vikarbruk og utfordrer stabiliteten i ordningen. Evalueringen peker også på at muligheten til å bytte fastlege er blitt redusert.<sup>19</sup>

<sup>12</sup> Helsedirektoratet: [Handlingsplan for allmennlegetjenesten – årsrapport 2021](#)

<sup>13</sup> Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening, punkt 6.3.

<sup>14</sup> Tidsskrift for den norske legeforening: [Veiledning eller supervisjon](#). Publisert 12.08.2018.

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Regjeringen: [Fastlegeordningen styrkes](#). Publisert 08.11.2021.

<sup>17</sup> EY og Vista Analyse. [Evaluering av fastlegeordningen](#). 2019.

<sup>18</sup> EY og Vista Analyse. [Evaluering av fastlegeordningen](#). 2019, s. 199-200.

<sup>19</sup> Ibid, s. 201-202.

Også i Bergen kommune er fastlegeordningen presset, og i perioder har det ikke vært en eneste fastlegeliste med ledig plass. Utfordringene er godt kjent, og det har de siste årene vært en rekke mediasaker om manglende fastlegekapasitet i Bergen kommune. Statsforvalteren omtaler fastlegesituasjonen som krevende på Vestlandet.<sup>20</sup>

I mai 2020 lanserte regjeringen en handlingsplan for allmennlegetjenesten for perioden 2020-2024, med mål om å styrke, utvikle og bevare en fastlegeordningen som gir pasientene allmennlegetjenester av høy kvalitet.<sup>21</sup> Handlingsplanen inneholder 17 tiltak.

Helsedirektoratet har ansvar for oppfølgingen av handlingsplanen, og har gitt Oslo Economics og Universitetet i Oslo ved institutt for helse og samfunn, i oppdrag å gjennomføre en følgeevalueringen av handlingsplanen. Første evalueringsrapport, utgitt i mai 2022, viser til at ni tiltak er iverksatt etter lanseringen av handlingsplanen, mens syv er pågående og ett er satt på vent. Evalueringen peker på at det fortsatt er betydelige rekrutteringsutfordringer og behov for å utvikle fastlegeordningen, og at det i det videre arbeidet med handlingsplanen er behov for å tilrettelegge for bedre arbeidsvilkår for eksisterende fastleger og få flere leger inn i fastlegeordningen.

### 2.1.3 Finansiering av fastlegeordningen

Hovedmodellen i fastlegeordningen er basert på privat næringsdrift. Fastlegen er selvstendig næringsdrivende, og fastlegevirksomheten blir finansiert gjennom tre hovedkomponenter:

- basistilskudd utbetalt fra kommunen (per registrert person på legens liste). Kommunene har full kostnadsdekning for disse utbetalingene gjennom inntektssystemet fra staten. Kommunene mottar datagrunnlag for utbetalingene til fastlegene gjennom månedlige rapporter fra Helfo (Fastlegeregisteret).<sup>22</sup>
- folketrygdrefusjon (statlig)
- pasientbetaling (egenandeler fra pasienter)

I utgangspunktet skal fastlegeordningen finansieres gjennom hovedmodellen som er beskrevet over. I Bergen er de fleste fastleger private næringsdrivende jf. denne hovedmodellen. Ifølge KS er det likevel ikke uvanlig at kommuner tilbyr andre løsninger utover hovedmodellen. En rapport fra KS viser til at 81 % av landets 356 kommuner subsidierte fastlegeordningen utover den ordinære hovedmodellen i 2021. Den vanligste måten å subsidiere ordningen på, er ifølge KS bruk av fastlønn. Dette innebærer at kommunen selv ansetter fastlegen og bidrar med økonomiske midler utover det kommunen får kompensert fra staten.<sup>23</sup> Slike tiltak kan for eksempel være aktuelle i tilfeller der det ikke er søkere til ledige fastlegehjemler i næringsdrift.

Helseøkonomisk analyse AS har på oppdrag for KS utarbeidet en rapport<sup>24</sup> om finansiering av fastlegeordningen, herunder mekanismer, utfordringer, muligheter og løsninger. Bakgrunnen for oppdraget er ifølge rapporten de store forskjellene mellom kommunene med hensyn til forutsetningene for drift av en fastlegetjeneste med stabil legedekning, og at mange kommuner erfarer at det per i dag ikke er reell fullfinansiering<sup>25</sup> av driften av fastlegeordningen. KS anslår i sin rapport (Ipsos, KS FOU og Samfunnsøkonomisk analyse, 2020) at kommunene i 2019 hadde mer enn 500 millioner kroner i utgifter til fastlegeordningen utover den kompensasjonen kommunene får gjennom de spesifikke overføringene for å drive denne tjenesten.

### 2.1.4 Statlig gjennomgang av fastlegeordningen i 2022 og 2023

Regjeringen varslet i august 2022 at det vil bli gjort en gjennomgang av fastlegeordningen, og har nedsatt et ekspertutvalg som skal gi konkrete forslag til tiltak for å styrke fastlegeordningen slik at alle får en fastlege å gå til, samt å gjøre ordningen bærekraftig over tid. Ifølge regjeringen er det nå mer enn 175 000 innbyggere nasjonalt som står uten fastlege.

Regjeringen viser til at det vil bli gjort grep allerede i statsbudsjettet for 2023, men at de store utfordringene ikke løses på ett statsbudsjett og at de derfor har nedsatt ekspertutvalget for å kunne få kunnskap om hvilke tiltak som på litt lengre sikt vil treffe målrettet og løse utfordringene. Ekspertutvalget skal gi konkrete forslag både til organisering og finansiering av ordningen, samt vurdere om det er oppgaver som kan løses av annet personell under ledelse av fastlegen eller tas ut av ordningen. I tillegg skal utvalget vurdere endringer i utdanningsløpet for

<sup>20</sup> Statsforvalteren i Vestland: [Krevjande fastlegesituasjon i Vestland](#). Publisert 20.04.2022

<sup>21</sup> Regjeringen: [Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert](#). Publisert 11.05.2020.

<sup>22</sup> Rapport fra arbeidsgruppe med deltakere fra KS, Den norske legeförening, Oslo kommune og Helsedirektoratet: [Vurdering av alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen](#) (2019), s. 21-22.

<sup>23</sup> KS. *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelse*. 2020

<sup>24</sup> KS: [Finansiering av fastlegeordningen](#) (2021).

<sup>25</sup> Med begrepet «fullfinansiering av fastlegeordningen» menes en situasjon der det er mulig for kommunen å drifte fastlegeordningen ved å betale fastlegene ordinært basistilskudd basert på per capita satsen i fastlegeordningens «hovedmodell».

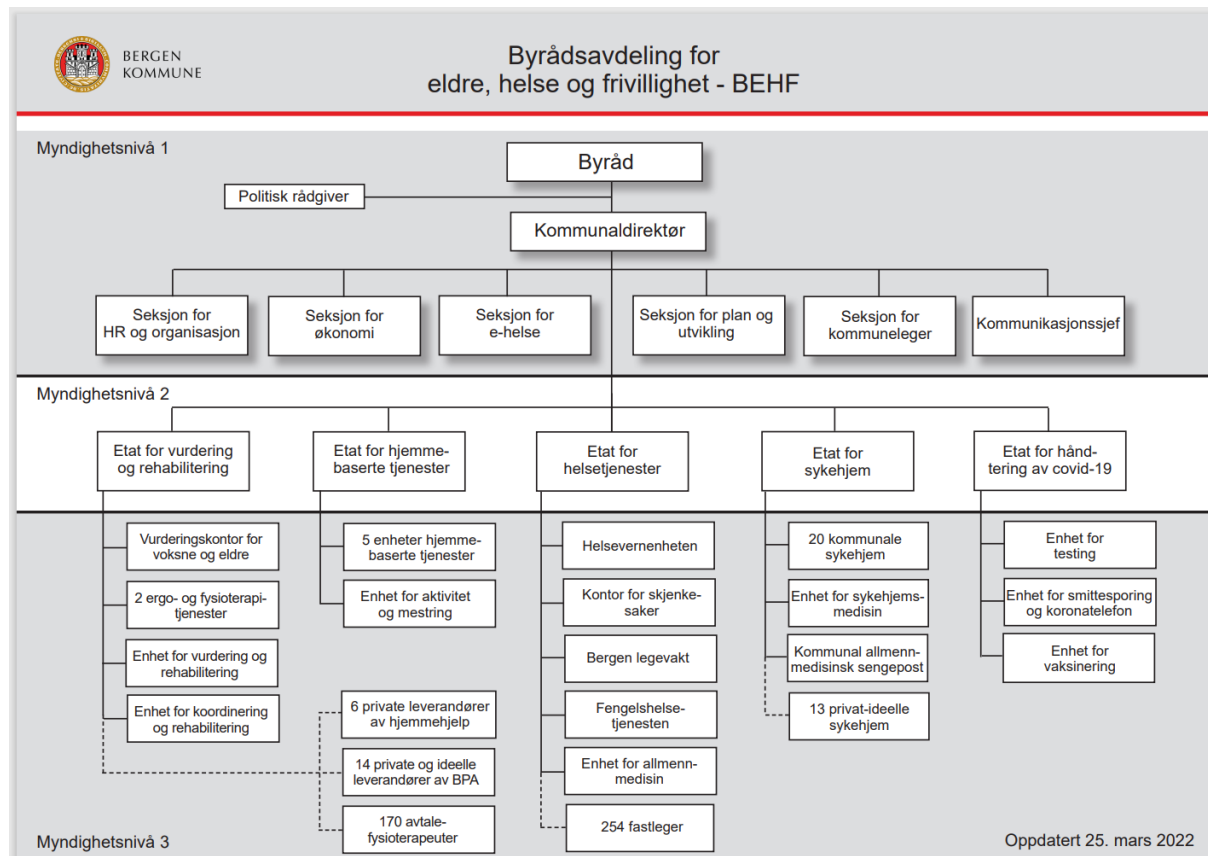


spesialisering, og endringer i legevakt for å redusere vaktbelastningen. Foreløpig rapport fra ekspertutvalget skal leveres innen 1. desember 2022, og rapport med endelige vurderinger og anbefalinger innen 15. april 2023.<sup>26</sup>

### 2.1.5 Organisering av fastlegeordningen i Bergen kommune

Etat for helsetjenester, i byrådsavdeling for helse og omsorg, har ansvar for fastlegeordningen i Bergen kommune. Oppfølgingen av fastlegene ligger til enhet for allmennmedisin. Se organisasjonskartet under.

Figur 1: Byrådsavdeling for helse og omsorg - Bergen kommune

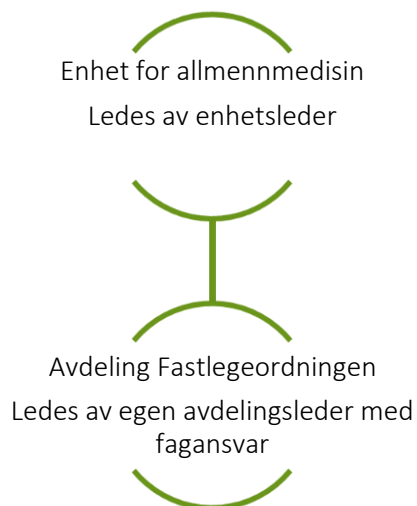


Deloitte får opplyst at **enhet for allmennmedisin** ble etablert i mars 2020, og at enheten fortsatt er i en oppbygningsfase. Før mars 2020 var fastlegeordningen organisert direkte under etatsdirektør for helsetjenester, der 2,5 saksbehandlere direkte underlagt etatsdirektøren hadde ansvar for å administrere fastlegeordningen. Det oppstod imidlertid et behov for å skille disse oppgavene ut i en egen enhet, ettersom oppfølging av fastlegeordningen blir opplyst å innebære stor grad av personalarbeid knyttet til avtaleinngåelser, permisjon og sykdom. I 2021 ble enheten styrket med ytterligere ett årsverk som er dedikert til arbeid med fastlegeordningen. Per 2022 er det 3,5 årsverk som arbeider med fastlegeordningen, ikke medregnet enhetsleder. På avdelingen arbeider både overlege, jurist og ansatt med helseøkonomiutdanning.

Enhet for allmennmedisin ledes av en enhetsleder, og Deloitte får opplyst at stillingen ble tilført i forbindelse med etableringen av enheten i mars 2020. Da enhet for allmennmedisin ble opprettet, ble det samtidig opprettet en egen avdeling med ansvar for fastlegeordningen. Avdelingen ledes av en avdelingsleder som kun har fagansvar. Deloitte får opplyst at enheten i utgangspunktet skulle bestå av to avdelinger: avdeling for fastlegeordningen og avdeling for allmennleger i spesialisering (ALIS). Enheten består p.t. likevel bare av avdeling for fastlegeordningen med tilhørende avdelingsleder med fagansvar. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, opplyser kommunen at det planlegges å lyse ut en stilling som fagansvarlig for spesialiseringsordningen. Per i dag har enhetsleder for allmennmedisin ansvar for ALIS-kontor, turnusleger i kommunen og allmennlegespesialiseringen. Enhetsleder har også personalansvar for alle ansatte i enheten. Se organisasjonskartet under.

<sup>26</sup> Regjeringen: [Ekspertutvalg skal gjennomgå fastlegeordningen](#). Publisert 11. august 2022.

Figur 2: Organisering - Enhet for allmenmedisin



**Avdeling for fastlegeordningen** har ansvar for å følge opp kommunens fastleger, under dette næringsdrivende fastleger (de fleste fastleger i Bergen er næringsdrivende). Til avdelingens ansvarsområde ligger blant annet rekruttering av selvstendig næringsdrivende leger, innsetting av vikarer, opprettelse av nullhjemler, oppfølging av avtaler og informasjonsvirksomhet ut mot fastlegene. Avdelingen behandler også klagesaker som omhandler organisatoriske forhold ved legekantorene, eksempelvis tilgjengelighet på telefon, ventetid på time eller klager knyttet til at pasienter har blitt flyttet til en ny liste. Medisinskfaglige klager håndteres ikke av kommunen, men av Statsforvalteren.

# 3 Kapasitet og tilgjengelighet i fastlegetjenesten

## 3.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling med underproblemstillinger:

*Hva kjennetegner fastlegeordningen i Bergen kommune med hensyn til kapasitet og tilgjengelighet til fastlege?*

*Under dette:*

- a) Snitt listelengde
- b) Antall personer på venteliste<sup>27</sup>
- c) Antall innbyggere uten tilgjengelig fastlege
- d) Tilgjengelighet (telefon og timebestilling)

## 3.2 Revisjonskriterier

### 3.2.1 Kommunens ansvar for fastlegeordning

Etter helse og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning, jf. § 3-2 nr. 4.

Kommunens ansvar for fastlegeordning er nærmere regulert i forskrift om fastlegeordning i kommunen. I følge § 4 i forskriften skal kommunen organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2. Kommunen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen.

I merknader til forskrift om fastlegeordning i kommunen presiseres følgende om § 4 andre ledd:

Andre ledd presiserer at kommunen, for å oppfylle sitt ansvar etter første ledd, må sørge for at et tilstrekkelig antall fastleger deltar i fastlegeordningen. Kommunen må sørge for at den totale kapasiteten i ordningen er stor nok til å sikre pasient- og brukerrettighetene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen § 2, § 6 og § 7. Kapasiteten må blant annet være stor nok til at mulighetene for å bytte fastlege er tilstede. Det må også være kapasitet nok til å sikre mulighet for en «second opinion»

Etter § 34 i forskriften kan ikke fastlegen ha flere enn 2 500 personer på sin liste. Et listetak lavere enn 500 personer må avtales med kommunen. Listen anses lukket når antall innbyggere på listen har nådd fastsatt listetak.

### 3.2.2 Rett til fastlege

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos en fastlege, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2. Retten til å stå på liste innebærer at man har rett til å bli prioritert av fastlegen, under dette at det skal være mulig å få legetime hos fastlegen innen fem dager, samt å nå legekantoret gjennom telefon for rådgivning og forespørsler<sup>28</sup>.

### 3.2.3 Nærmere om tilgjengelighetsbestemmelser

Det går frem av fastlegeforskriften § 21, andre ledd, at

Fastlegen skal prioritere listeinnbyggerne ut ifra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og normalt innen fem arbeidsdager.

<sup>27</sup> Dette var ikke en del av den opprinnelige prosjektplanen, men Deloitte har lagt til punktet for å belyse ventelistesituasjonen i kommunen.

<sup>28</sup> Merknader til forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordninger, § 2.

I merknader til forskrift om fastlegeordningen blir det presisert at det kun unntaksvis skal være mer enn fem dagers ventetid, men at det i enkelte situasjoner eller perioder kan være lenger ventetid, for eksempel fordi kommunen over lengre tid har hatt problemer med å rekruttere fastleger til ledige hjemler.

Videre skal systemet for mottak av telefonhenvendelser innrettes slik at 80 % av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter. Det går også frem at fastlegen skal kunne motta timebestilling elektronisk.

### 3.2.4 Fastlegens oppgaver

Fastlegeordningen, inkludert fastlegens oppgaver, er nærmere regulert i rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen samt forskrift om fastlegeordningen. Grovt sett kan oppgavene deles inn legens behandlede (kurative) virksomhet samt administrasjon i forbindelse med dette, annet kommunalt legearbeid (begrenset til 7,5 timer pr uke ved fulltids virksomhet), samt plikt til deltakelse i legevakt.

### 3.2.5 Fastlegens rett til fravær og kommunens plikter knyttet til å skaffe vikar

Rammeavtalen som er inngått mellom KS og Den norske legeforening inneholder bestemmelser knyttet til legens fravær og vikarbruk.

Av punkt 5.8 i rammeavtalen går det fram at dersom avtaleinnehaver (fastlegen) på grunn av død eller alvorlig sykdom uten forvarsel blir ute av stand til å ivareta pasientliste, kan gjenværende leger i gruppepraksis midlertidig overta ansvaret for vedkommendes pasienter, herunder motta basistilskudd, frem til overdragelse. Dersom gjenværende leger ikke ønsker dette, plikter kommunen å skaffe vikar i praksisen.

Videre omtaler rammeavtalen kommunens plikt til å skaffe vikar ved midlertidig legemangel. I punkt 6.3 i avtalen står det at «det ansees å være midlertidig legemangel dersom det ikke er et tilstrekkelig antall leger i kommunen til at legen kan benytte kollegiale fraværsordninger ved ordinært fravær eller vikar ved langvarig fravær. Kommunen plikter å skaffe vikar eller iverksette andre nødvendige tiltak for å avhjelpe legemangelen».

Rammeavtalen regulerer også legens rett til fravær og rett til å innta vikar ved fravær av praksis. Rammeavtalen sier blant annet at legen har rett til fravær på grunn av videreutdanning, etterutdanning og forskning (punkt 13.2), fravær på grunn av fagforeningsarbeid eller offentlige verv/oppgaver (punkt 13.3), fravær pga egen sykdom eller egne barns sykdom (punkt 13.4), fravær pga svangerskap, fødsel og adopsjon (punkt 13.5), fravær pga verneplikt eller siviltjeneste (punkt 13.6).

I punkt 14 i rammeavtalen står det følgende om vikar ved fravær av praksis :

Legen har rett til å innta vikar ved fravær fra praksis. Inntak av vikar skal meddeles kommunen. Kommunen yter ikke særskilt basistilskudd til vikaren. Det økonomiske oppgjøret mellom legen og vikaren er kommunen uvedkommende. Dersom legen ikke selv stiller vikar kan dette i fravær utover 8 uker gjøres av kommunen. I slike tilfeller utbetales basisgodtgjørelsen til vikaren.

Fravær inntil 8 uker i året dekkes av kollegial fraværsordning eller egen vikar

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

## 3.3 Datagrunnlag

Det har over lengre tid vært utfordrende å sikre tilstrekkelig fastlegedekning i Bergen kommune, samt også nasjonalt. En rekke mediasaker i 2021 og 2022 har omtalt kapasitetsutfordringer i fastlegeordningen, innbyggere som står uten fastlege og vikarbruk ved legekantorene.<sup>29, 30, 31 32</sup>

Pasient- og brukerombudet i Vestland har også de siste årene mottatt en rekke henvendelser fra pasienter i Bergen som tyder på at ordningen er under press. Tabell 1 viser antallet henvendelser pasient- og brukerombudet har mottatt som omhandler fastlegeordningen i Bergen kommune, og tallene viser at antall henvendelser er økende. Det går frem av intervju med pasient- og brukerombudet at henvendelsene om fastlegeordningen blant annet omhandler manglende oppfølging/tilgjengelighet, utsatte møter og ventetid på henvisninger.

<sup>29</sup> Bergens Tidende: [No er det ikkje ein einaste ledig fastlege i Bergen: Geir \(57\) fekk plass på «liste utan fast lege» \(bt.no\)](#)

<sup>30</sup> Bergens Tidende: [No er det ledige fastlegar i Bergen. Men langt frå nok. \(bt.no\)](#)

<sup>31</sup> Bergens Tidende: [Bergen klarer ikkje å rekruttere nok fastlegar. No legg byrådet millionar i tiltakspakke. \(bt.no\)](#)

<sup>32</sup> Bergens Tidende: <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/qW2bEg/ingen-ledige-fastlegar-naar-tusenvis-av-studentar-gjer-sitt-inntog-eg-har-gitt-opp>

Tabell 1: Oversikt over antall henvendelser om fastlegeordningen til pasient- og brukerombudet i Vestland, kontor Bergen.

Årstall	Antall henvendelser
2016	65
2017	74
2018	79
2019	94
2020	111
2021	137

Kilde: Pasient- og brukerombudet

Bergen kommune har ikke opplyst hvor mange formelle klager kommunen selv har mottatt de siste årene som omhandler fastlegeordningen. Kommunen opplyser at de ikke har oversikt over hvor mange klager som ev. er sendt til Statsforvalter. Kommunen viser til at formelle klager som de selv mottar blir lagret i kommunen sitt saksbehandlingssystem, og at kommunen således har oversikt, selv om den kanskje ikke oppleves som lett tilgjengelig. Kommunen kommenterer i verifiseringen at fastlegene driver selvstendige virksomheter og selv er pliktig å etterleve internkontrollbestemmelsene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, som blant annet sier at virksomheten skal ha oversikt over klager. Videre kommenteres det fra kommunen at det er en gjennomgående utfordring å vite når en tilbakemelding er en mishagsytring og når en henvendelse skal oppfattes som en formell klage. I verifiseringen blir det opplyst at klager som kommer til kommunen vurderes og følges opp individuelt.

### 3.3.1 Kapasitet i fastlegeordningen

Antall fastleger i Bergen kommune har variert de siste to årene, fra 243 fastleger i januar 2021 til 256 fastleger i september 2022. Det har altså vært en økning i antallet leger, men samtidig har gjennomsnittlig listelengde (pr lege) gått ned i samme periode, jf. tabellen under.

Tabell 2: Listelengde, listeledighet og antall lister i Bergen kommune i 2021 og 2022

	Ledige plasser på åpne lister	Listeledighet (prosent)	Antall lister (fastleger)	Gjennomsnittlig listelengde
Januar 2021	1801	0,61%	243	1226
Februar 2021	484	0,16%	243	1222
Mars 2021	151	0,05%	243	1222
April 2021	756	0,25%	244	1220
Mai 2021	318	0,11%	243	1221
Juni 2021	140	0,05%	243	1218
Juli 2021	985	0,33%	243	1218
August 2021	720	0,24%	245	1210
September 2021	391	0,13%	247	1199
Oktober 2021	34	0,01%	248	1195

November 2021	0	0,00%	248	1191
Desember 2021	0	0,00%	249	1185
Januar 2022	402	0,14%	251	1179
Februar 2022	205	0,07%	251	1179
Mars 2022	427	0,14%	252	1178
April 2022	192	0,07%	254	1160
Mai 2022	215	0,07%	255	1152
Juni 2022	0	0,00%	255	1153
Juli 2022	2	0,00%	255	1153
August 2022	0	0,00%	256	1145
September 2022	135	0,05%	256	1143

Kilde: Bergen kommune

Tabell 2 viser videre at listeledigheten over tid har vært lav i kommunen. Listeledigheten sier hvor stor andel av det samlede antall fastlegeplasser i Bergen kommune som er ledig. I intervju med enhetsleder ved enhet for allmennmedisin blir det vist til at kommunen over lengre tid har hatt som mål å ha 5 prosent listeledighet til enhver tid<sup>33</sup>, slik at det alltid skal være mulig å bytte fastlege innad i egen bydel. Listeledigheten har imidlertid blitt målt siden 2008, og har på det høyeste vært på 3 prosent. Fra januar 2021 har listeledighet vært langt unna dette, og er i perioder både i 2021 og 2022 nede i 0 prosent.

0 prosent listeledighet innebærer at det ikke er noen ledige plasser på åpne lister. Det er da verken mulig å få fastlege (for de som ikke har fastlege) eller bytte fastlege (for de som har fastlege, men som ønsker å bytte til en annen). I intervju blir det pekt på at det har blitt vanskeligere å bytte fastlege de siste årene som følge av lav listeledighet.

Bergen kommune fører ikke statistikk over antall personer på **venteliste**, og opplyser at det er HelseNorge som oppgir ventelistetall til den enkelte lege. Kommunen viser likevel til at ventelistene per august 2022 er på rundt 16.000 personer. Kommunen presiserer at personer på venteliste ikke representerer antall personer uten fastlege i Bergen, men total av personer som ønsker å bytte fastlege, både innenfor kommunen og fra andre kommuner.

Deloitte har etterspurt oversikt over hvor mange personer som ikke har, eller i perioder ikke har hatt, fastlege i kommunen de siste tre årene. Kommunen opplyser følgende:

- Våren 2020 var det ca. 2000 pasienter som ikke hadde fastlege i ca. to måneder
- Høsten 2021 var det 2000 pasienter som ikke hadde fastlege i en til to måneder
- Våren 2022 var det 1050 pasienter som ikke hadde fastlege i vel en halv måned

Det omtales i mediasaker sommeren 2022 at det manglet leger på jobb på Bergen Helsehus legekontor (kommunalt legekontor), og at 2000 pasienter var berørt og i realiteten stod uten fastlege.<sup>34 35</sup> Kommunen bekrefter i verifiseringen at det var enkelte dager der det ikke var leger til stede. Kommunen opplyser at tre leger tilbydde seg å hjelpe og at disse fremdeles er ansatt. Det blir vist til at dette bedret situasjonen betraktelig.

Per august 2022 får Deloitte opplyst at alle innbyggere har et tilbud om fastlege enten i Bergen kommune eller i nabokommuner. Den 30. august 2022 var det ifølge HelseNorge fem ledige plasser blant fastleger i Bergen

<sup>33</sup> Vi finner blant annet mål om listeledighet på 5 prosent omtalt i [protokoll fra komite for helse og sosial](#) i februar 2009.

<sup>34</sup> Bergens Tidende: [Krise på kommunens fastlegekontor – 2000 pasienter er rammet](#). Publisert 15. juni 2022.

<sup>35</sup> Bergens Tidende: [Har løyst krisa på dei kommunale legekontora](#). Publisert 20. juli 2022

kommune (disse fem plassene er ledig hos en og samme lege). Det er altså kun en fastlege i Bergen kommune som har ledig plass.

Kommunen opplyser at det ikke er uvanlig at innbyggere har fastlege i en annen kommune enn bostedskommunen. Som det går frem av Tabell 3, kommer 26 899 av innbyggerne på fastlegelister i Bergen fra andre kommuner.

Tabell 3: Antall gjestepasienter i og fra Bergen kommune – oversikt mottatt av Bergen kommune i januar 2022

<b>Antall gjestepasienter fra andre kommuner til Bergen kommune</b>	26 899
<b>Antall gjestepasienter fra Bergen kommune til andre kommuner</b>	16 153
<b>Netto</b>	10 747

Per januar 2022 utgjorde gjestepasienter fra andre kommuner 9 prosent av alle som står på en fastlegeliste i Bergen. Tilsvarende har 16 153 av innbyggerne i Bergen kommune fastlege i en annen kommune. Dette utgjør nesten 6 prosent av innbyggerne i Bergen kommune.

Deloitte gjør oppmerksom på at tallene er fra januar 2022 og kan ha endret seg siden.

### 3.3.2 Utsatte bydeler og enkeltgrupper

Dokumentasjon fra Bergen kommune viser at fastlegedekningen varierer mellom bydeler. Se Tabell 4. Laksevåg har blant annet langt færre fastleger enn bydeler med tilsvarende antall innbyggere, som Åsane og Fana. Høyest legedekning er det i Bergenhus.

Lengde på venteliste varierer også mellom bydelene, der Åsane har lengst venteliste med 2793 personer, og Arna har kortest venteliste med 1137 personer per januar 2022.

Tabell 4: Legedekning per bydel i Bergen kommune (per januar 2022)

Bydel	Innbyggere	Fastleger	Ledige plasser	Antall på venteliste	Gj.snitt av antall innbyggere på listen
Arna	13 899	13	0	1137	895
Bergenhus	42 804	58	70	2068	1 263
Fana	43 557	30	191	1197	1 231
Fyllingsdalen	30 204	26	0	1327	1 204
Laksevåg	40 518	20	0	1902	1 269
Ytrebygda	29 875	27	0	1324	1 282
Årstad	42 386	45	3	1324	1 117
Åsane	41 788	32	0	2793	1 140
<b>Totalt</b>	<b>285 031</b>	<b>251</b>	<b>269</b>	<b>13072</b>	<b>1 192</b>

I intervju pekes det også på at det er ulik kapasitet i bydelene, og der det vises til at bydeler som Fana, Bergenhus og Årstad har bedre kapasitet enn Arna og Laksevåg. Samtidig kommenterer enkelte det at det kan være vanskelig å avdekke eventuell reell ulik kapasitet i bydelene. Dette skyldes at det er få ledige fastleger i kommunen, og

følgelig blir ledige plasser raskt fylt opp uavhengig av hvor legekantoret ligger. Det blir opplyst at det ikke er uvanlig at innbyggere velger en fastlege i en annen bydel enn den bydelen de selv bor i.

I intervju blir det pekt på ulike årsaker til at kapasiteten i bydelene varierer. En forklaring er at kapasitetsutfordringene til dels er tilfeldige. Det vises som eksempel til Laksevåg, der fem fastleger sluttet på kort tid av ulike grunner, deriblant dødsfall og pensjonsavgang. Deloitte får opplyst av enhetsleder ved enhet for allmennmedisin at to av listene i bydelen forble ubetjente fra august til november 2021 da det ikke var mulig å få kjøper eller vikar til disse hjemlene. Det blir opplyst at det ble satt i verk tiltak for å sikre at pasientene ivaretas ved det kommunale legekantoret Bergen helsehus, men at det likevel har medført behandlingsetterslep for mange pasienter.

Samtidig vises det også til at bydelenes demografi kan være en annen forklaring på kapasitetsutfordringer i enkelte bydeler. I bydeler med høy andel eldre, eller bydeler med opphopning av levekårsutfordringer, kan eksempelvis ha mer krevende lister å drifte. Det blir vist til at disse listene dermed også er mer krevende å omsette til en ny fastlege.

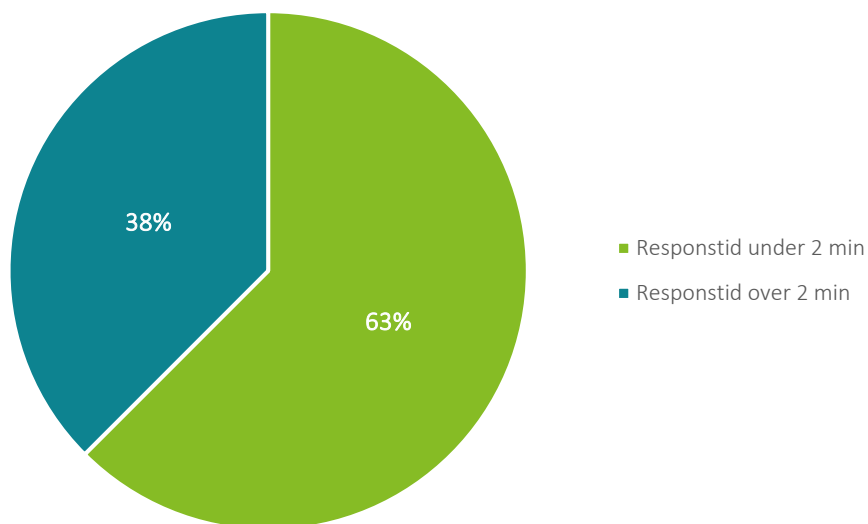
Kommunen opplyser i intervju at det jobbes med å sikre at innbyggerne har nærhet til fastlegen sin, og har iverksatt tiltak for å sikre bedre kapasitet totalt sett og egne tiltak for å sikre bedre kapasitet i bydel Arna og bydel Laksevåg. I august 2022 opplyser kommunen at Arna har fått økt fastlegekapasiteten med to nye hjemmelshavere på ledige hjemler, som har økt listen sin, mens Laksevåg ikke har fått flere fastleger. Se nærmere omtale av tiltak for å styrke fastlegeordningen i kapittel 5.

### 3.3.3 Tilgjengelighet i fastlegeordningen

Deloitte har gjennomført stikkprøvekontroller for å undersøke tilgjengeligheten til fastleger i Bergen kommune. 40 fastlegekontor i kommunen ble tilfeldig valgt ut<sup>36</sup>, og deretter oppringt. Alle fastlegekontorene ble oppringt én gang i tidsrommet 19.-21. januar på ulike tidspunkt, både tidlig formiddag, rett før og rett etter lunsj, og mot slutten av telefonens åpningstid.

Deloitte's stikkprøvegjennomgang viser at bare 63 prosent av telefonanropene ble besvart innen to minutter<sup>37</sup>. Responstiden varierte fra 2 sekunder på det korteste til 7 minutter og 3 sekunder på det lengste.

Figur 3: Oversikt over telefonanrop som ble besvart før og etter to minutter (n=40)



For anropene med responstid på *over to minutter*, var gjennomsnittlig ventetid fire minutter og 3 sekunder. I to av samtalene med responstid på over to minutter ble det i forhåndsinnsplte telefonmeldinger annonsert at det kunne være lenger svartid på telefon enn vanlig grunnet sykdom ved fastlegekontoret.

<sup>36</sup> De 40 undersøkte legekantorene ble tilfeldig trukket blant alle legekantorene i Bergen. Utvalget omfatter legekantor fra alle bydelene, og varierer i størrelse. Det minste legekantoret i utvalget består av én lege, mens det største består av åtte leger.

<sup>37</sup> Tiden er målt fra første ringesignal, det vil si etter en eventuelt forhåndsinnsplte telefonsvarer. Deloitte har ikke registrert at noen av fastlegekontorene har hatt en mulighet for automatisk tilbakeringing.



I intervju med representanter fra avdeling for fastlegeordningen blir det vist til at telefontilgjengeligheten til fastlegekontorene varierer. Avdelingen opplyser at de erfarer at det kan være utfordrende å få tak i enkelte fastlegekontor på telefon. Både avdelingen og pasient- og brukerombudet forteller om henvendelser fra innbyggere som opplever at det er vanskelig å komme gjennom til fastlegekontoret på telefon. I et møtereferat fra Legenes samarbeidsutvalg (LSU, se nærmere omtale i kap. 5) i mai 2022 går det også frem at Bergen legevakt i økende grad ringer enhet for allmennmedisin og melder om pasienter som oppsøker legevakten pga. redusert tilgjengelighet<sup>38</sup> på legekantor. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten opplyser kommunen at det ikke systematisk innhentes informasjon om fastlegekontorenes telefontilgjengelighet, men at avdeling fastlegeordningen tar kontakt med legekantoret dersom de får melding fra pasient som ikke kommer gjennom på telefon.

Stikkprøvegjennomgangen viser videre at fastlegekontorenes åpningstid på telefon varierer mellom 3 timer på det korteste og 6 timer og 15 minutter på det lengste<sup>39</sup>. Kommunen har opplyst at det ikke er satt felles minimumskrav til åpningstider på telefon utover fastlegeforskriften. Fastlegeforskriften § 21 sier at fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid, men omtaler ikke åpningstid på telefon spesifikt. Kommunen opplyser at det ved inngåelse av avtale med ny lege, stilles det krav til åpningstid på telefon og kontor ihht. åpningstiden til det gjeldende fastlegekontoret som fastlegen skal jobbe ved. Seks av de oppringte legekantorene oppgir å ha redusert åpningstid på fredager (åpningstiden varierer mellom 2-3 timer), og tre legekantor er i tillegg helt stengt for telefonhenvendelser på fredager.

32 av de 40 undersøkte fastlegekontorene hadde mulighet for elektronisk timebestilling, enten via Helsenorge, Pasientsky eller via SMS. Hos halvparten av de 32 legekantorene ble muligheten for elektronisk timebestilling informert om i en forhåndsinnspilt telefonsvarer og på fastlegekontoret sine nettsider. For den resterende halvparten var det kun informasjon om elektronisk timebestilling på fastlegekontoret sine nettsider.

I intervju med Pasient- og brukerombudet blir det pekt på at personer med dårlige norskkunnskaper og/eller med dårlige digitale ferdigheter har størst utfordringer med å komme i kontakt med fastlegen sin. Særlig eldre innbyggere opplever at det kan være vanskelig å bestille time på nett.

I stikkprøvekontrollen ble de oppringte fastlegekontorene videre spurt om når deres første ledige *ordinære* time var. På nesten halvparten av legekantorene var det mulig å få en ordinær time samme eller påfølgende dag. Om lag 90 prosent av de spurte legekantorene hadde en tilgjengelig ordinær time innen fem virkedager. På legekantoret med lengst ventetid var det 18 virkedager til første ledige ordinære time.

Tabell 5: Antall virkedager til første ledige ordinære timer hos legekantor (n=39)<sup>40</sup>

Antall virkedager	Antall legekantor
Samme dag	5
1 virkedag	13
2 virkedager	5
3 virkedager	5
4 virkedager	4
5 virkedager	3
6 eller flere virkedager	4

I stikkprøvekontrollen etterspurte Deloitte dato for første ledige ordinære time hos hvilken som helst fastlege på fastlegekontoret. I flere av samtalen ble det påpekt at ventetiden varierte blant fastlegene. Mens en lege på et

<sup>38</sup> Deloitte er ikke kjent med om dette gjelder tilgjengelighet per telefon eller til time.

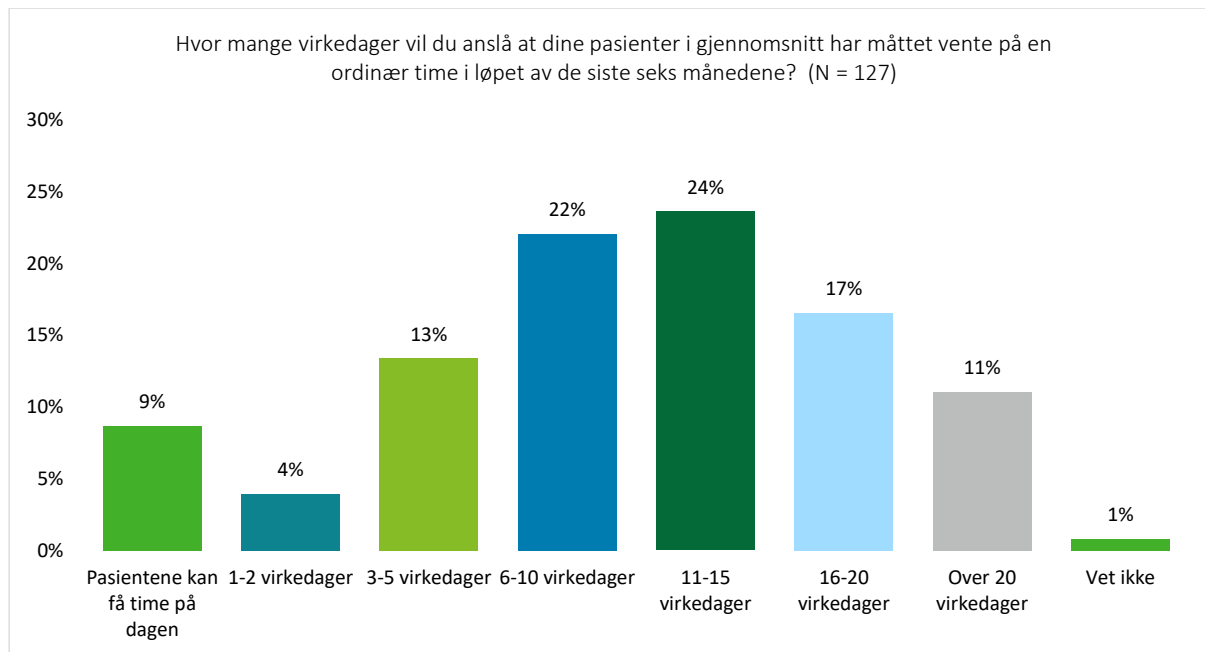
<sup>39</sup> Det var ikke mulig å finne informasjon om åpningstider hos åtte av legekantorene, hverken på internett eller via telefonsvarer.

<sup>40</sup> Ett legekantor ønsket ikke å oppgi tidspunkt for første ledige ordinære time grunnet lang ventetid på telefonen. Dette var det samme legekantoret som hadde lengst ventetid i stikkprøvekontrollen (7 minutter og 3 sekunder).

legekantor kunne ha tilgjengelige timer samme eller neste dag, kunne andre leger på samme kontor ha opptil tre til fire ukers ventetid.

Spørreundersøkelsen som er sendt til fastlegene i Bergen kommune viser at ventetiden kan være lenger enn stikkprøvekontrollen indikerer. Som illustrert i Figur 4, svarer kun 26 prosent av fastlegene som svarte på undersøkelsen at deres pasienter i gjennomsnitt kan få en ordinær time innen 5 eller færre virkedager. Samtidig oppgir 74 prosent av legene at deres pasienter må vente over 5 virkedager.

Figur 4: Gjennomsnittlig ventetid på ordinær time



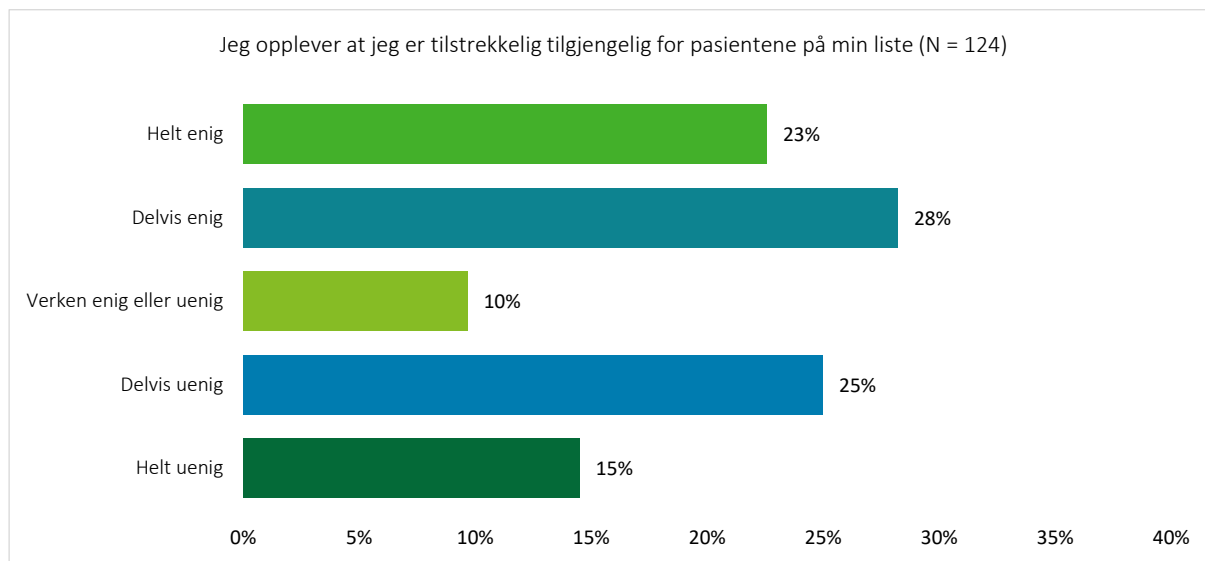
Pasient- og brukerombudet viser i intervju til at de får henvendelser om at ventetiden ved enkelte legekantor kan være fire uker. Det påpekes at lang ventetid kan medføre at sykdomstilstander eller oppfølgingsbehov hos pasienter ikke blir fanget opp raskt nok.

I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten viser kommunen til at de aller fleste legekantor har tilbud om akutt timer slik at kritiske tilstander håndteres, men at det ofte er det avstand mellom det pasientene forventer og det fastlegene faktisk klarer å utføre. Kommunen peker også på at bestemmelsen i fastlegeforskriftens § 21 om å gi tilbud om konsultasjon, er «så tidlig som mulig, og *normalt* innen fem arbeidsdager». Det blir kommentert at situasjonen kommunen står i, ikke anses som normal, og det blir vist til at det i departementets kommentar til bestemmelsen er nevnt som eksempel på unntakssituasjon at kommunen over lengre tid har hatt problemer med å rekruttere fastleger til ledige hjemler.

### 3.3.4 Fastlegenes vurdering av kapasitet og tilgjengelighet

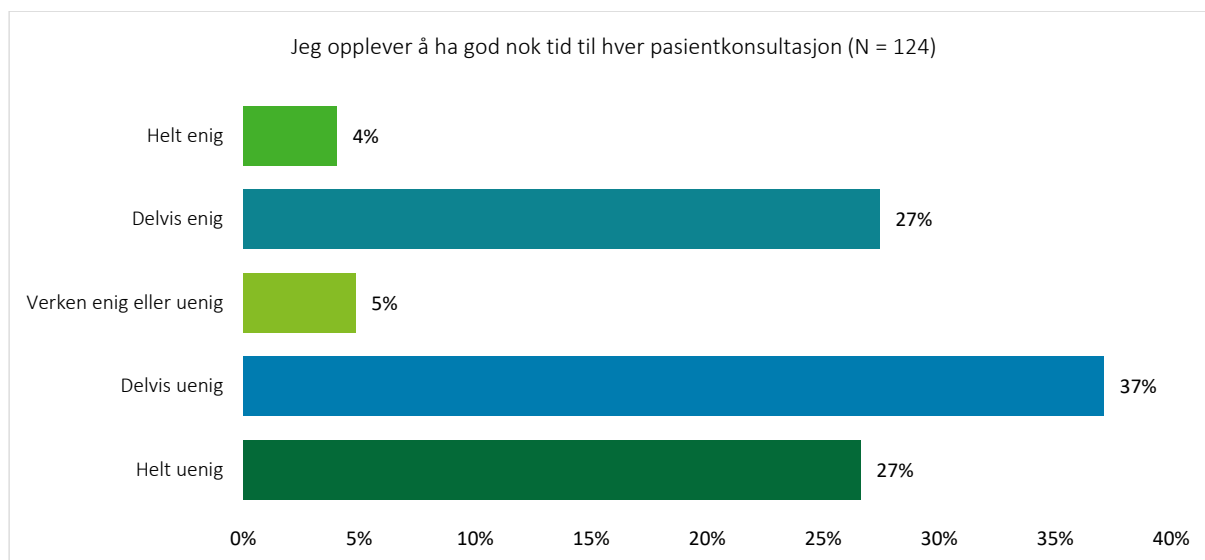
I spørreundersøkelsen ble fastlegene spurt hvordan de selv vurderte egen kapasitet og tilgjengelighet. Om lag halvparten av legene mener de er tilstrekkelig tilgjengelig for pasientene på sin liste, mens to av fem leger er uenige i dette. Som illustrert i Figur 5, oppgir 51 prosent av fastlegene at de er helt eller delvis enig i at de er tilstrekkelig tilgjengelig for pasientene på sin liste. 40 prosent er helt eller delvis uenig i samme påstand.

Figur 5: Fastlegenes vurdering av hvor tilgjengelige de er for pasientene på sin liste



Mange fastleger opplever ikke å ha god nok tid til hver pasientkonsultasjon. Kun 4 prosent av fastlegene som svarte på spørreundersøkelsen er helt enig i at de har god nok tid, mens 27 prosent svarer at de er helt uenige. Se figuren under.

Figur 6: Fastlegenes vurdering av hvorvidt de har nok tid til hver pasientkonsultasjon



I intervju med fastleger i kommunen, blir det påpekt av samtlige at arbeidsbelastningen til fastlegene er svært høy, noe som gjør det utfordrende å følge opp alle arbeidsoppgavene. Det blir av flere også vist til at arbeidsbelastningen særlig har økt etter innføringen av elektroniske konsultasjoner, som innebærer at det blir gjennomført flere konsultasjoner per dag. Flere trekker også frem at det er en utvikling der befolkningen stadig stiller større krav til helsetjenester, og at fastlegenes oppgaver dermed øker. I intervju påpeker flere fastleger at det nå er langt flere oppgaver knyttet til hver enkelt pasient. Fastlegene har blant annet ansvar for bestilling av undersøkelser, gjennomføring av prøver og oppfølging av pasienter. Som eksempel på den økte arbeidsbelastningen, viser en av fastlegene til at mens man tidligere kunne motta 13-14 henvendelser som måtte følges opp etter en helg, er det nå vanlig å motta 30-40 henvendelser etter en dags fravær. Flere viser også til at siden fastlegene som regel utfører pasientkonsultasjoner på dagtid, må administrativt arbeid ofte følges opp på kveldstid.

### 3.3.5 Legevaksarbeid og kommunal bistilling

Fastlegene i Bergen kommune har plikt til å ta vakter ved legevakten samt plikt til kommunal deltidstilling (eksempelvis deltidstilling ved helsestasjon), i tillegg til å ivareta pasientene på sin liste. Det er likevel kun

halvparten av legene som har en kommunal deltidsstilling, av ulike årsaker. 1 av 3 leger tar heller ikke vakter ved kommunal legevakt (jf. Figur 7). Kommunen opplyser i intervju at det kan kreves unntak fra plikten til legevaktsarbeid og kommunal bistilling, for eksempel grunnet alder, graviditet eller oppstart i ny hjemmel. Særlig nyutdannede fastleger ønsker ofte fritak fra kommunal bistilling i oppstart i ny praksis, og kommunen kan innvilge dette i inntil 1 år. Kommunen opplyser at det fremover er ønskelig å avgrense fritak fra kommunal bistilling til et halvt år.

Både i intervju og i spørreundersøkelsen er det flere som peker på utfordringer med å ta vakter ved legevakten og ha kommunale bistillinger. Hovedutfordringen er knyttet til høy arbeidsbelastning.

Deloitte får opplyst at de tillitsvalgte for næringsdrivende fastleger med bakgrunn i diskusjoner i legenes allmennlegeutvalg, har brakt inn for samarbeidsutvalget mellom legene og kommunen<sup>41</sup> at det er ønskelig å opprette faste nattevaktstillinger ved legevakten i kommunen. Det blir vist til at det er en stor belastning for fastlegene å være pålagt nattevakter ved legevakten samtidig som de må håndtere en stor arbeidsmengde på dagtid. For å sikre mindre belastning for fastlegene, samt for å bidra til mer kontinuitet og kvalitet ved legevakten, er det ønskelig med faste nattevaktstillinger ved legevakten.

Deloitte får videre opplyst at honoraret på nattevaktstillinger på legevakten ble økt i 2019 som følge av at leger på nattevakt også tok ansvar for øyeblikkelig hjelp døgnenhet ved kommunen. Avtalen var i utgangspunktet tidsbegrenset, men ble forlenget under pandemien. Deloitte får opplyst at avtalen utløp 31.03.22, og i intervju i februar blir det vist til at kommunen ikke lenger har utfordringer med ubesatte nattevakter på legevakten.

I intervju med ledelsen ved byrådsavdelingen i juni 2022 blir det vist til at fastleger i Bergen kommune er pliktig til å ta vakter ved legevakten, men at belastningen ikke vurderes å være for høy. Deloitte får opplyst at vaktbelastningen er 1-2 vakter i måneden. Kommunen jobber likevel med å redusere belastningen, og i byrådsplattformen står det at «Byrådet vil også øke fastlegenes kapasitet til pasientarbeid ved å se på tiltak som kan lette arbeidsbyrden, for eksempel vurdere endringer i nattevaktsplikten på legevakten.» Ledelsen i byrådsavdelingen påpeker at de blant annet har vurdert muligheten for å ansette faste nattevakter, men at det per i dag ikke er mulig å fjerne fastlegenes plikt til å delta i legevaktsarbeid på natt.

Legeforeningen viser til at fastlegene er svært godt kvalifisert til å ta legevakter, og at legevakten og kommunen trenger gode spesialister, men fremhever at det er viktig å legge til rette for at fastleger kan jobbe legevakt uten å måtte ta det på toppen av en travel allmennpraksis.

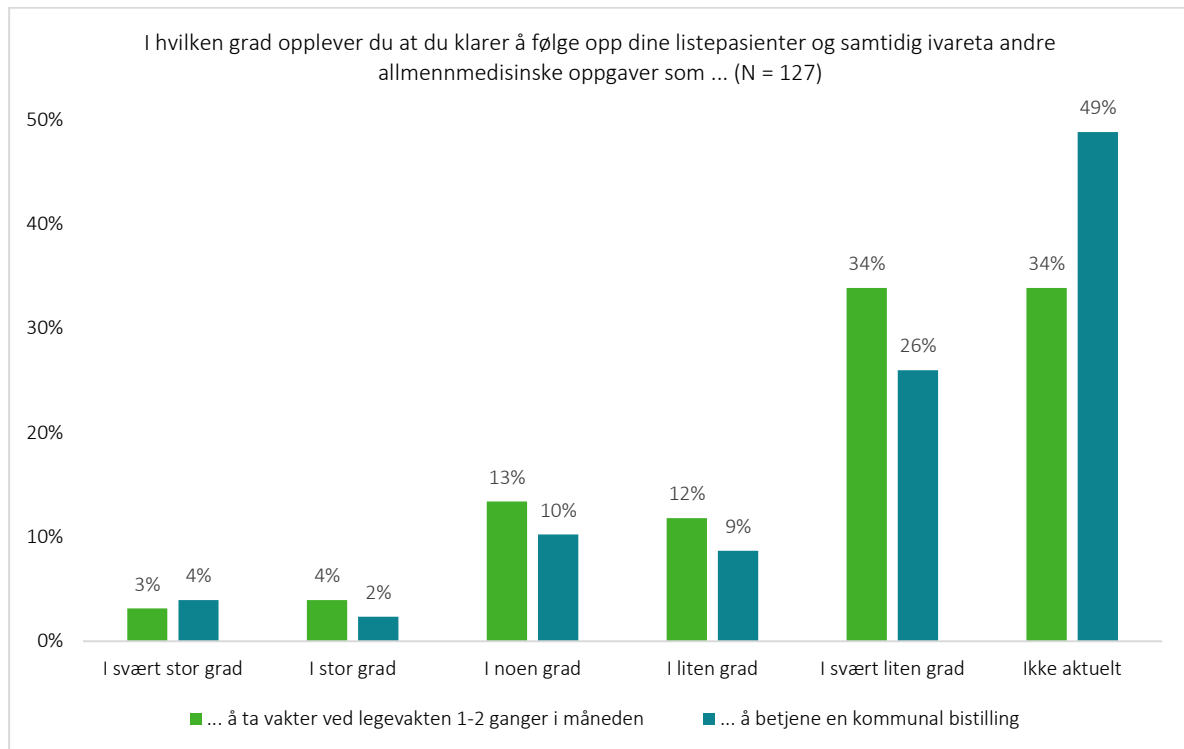
En av legene vi har intervjuet viser til at det å ansette faste legevaktsleger ikke trenger å være en permanent løsning, men at det kan være formålstjenlig i dagens fastlegekrise fordi det avlaster de fastlegene som allerede er utslitte og tenker å si opp sin fastlegehjemmel, samt også rekrutterende med tanke på unge ALIS-leger med bl.a. små barn. Samtidig bemerkes det at det er et krav om 40 legevakter for å bli godkjent spesialist. Det påpekes videre at om legevaktsarbeid er frivillig, vil de som ønsker det kunne ta vakter etter behov.

Mange av fastlegene som deltar i legevaktarbeid og/eller betjener en kommunal bistilling, opplever at de i liten og svært liten grad klarer å følge opp sine listepasienter i tillegg. Det er også flere fastleger som opplever at det er utfordrende å ta vakter ved legevakten i tillegg til å følge opp listepasienter, sammenlignet med å betjene en kommunal bistilling. Se figuren under.

---

<sup>41</sup> Legenes samarbeidsutvalg, LSU, er nærmere omtale i kapittel 5

Figur 7: Fastlegenes vurdering av egen kapasitet



I spørreundersøkelsen fikk fastlegene mulighet til å utdype hva som gjorde at de ikke alltid klarer å følge opp sine listepasienter og samtidig ta vakter ved i legevakten og/eller betjene en kommunal bistilling. 87 av fastleger valgte å utdype hvorfor, og blant disse peker flest (62 fastleger) på at årsaken er at den totale arbeidsbelastningen blir for stor.

De fleste av fastlegenes kommentarer omhandler legevakten. Flere fastleger viser til at de må arbeide en full dag i egen praksis før de gjennomfører legevakten på kvelds- eller nattestid. Det medfører at fastlegene kan jobbe fra klokken 08 til 23 på dager med legevakt. I tillegg har fastlegene liten tid til å hente seg inn i etterkant av en vakt, fordi å ta fri fra egen praksis medfører økt ventetid for pasientene. I fritekstfeltet peker også en del fastleger på at å ta vakter ved legevakten eller betjene en kommunal bistilling krever ytterligere kvelds- og helgejobbing ut over det de allerede har som følge av sitt arbeid som fastlege. I spørreundersøkelsen beskriver to fastleger det slik:

*«Fastlegejobben krever kveldsjobbing nærmest hver dag for å ta unna papirarbeid og E-konsultasjoner. Det blir ikke mulig å fullføre papirarbeidet når legevaksarbeidet kommer i tillegg. Da må papirarbeidet gjøres i helgene i stedet. Jeg hadde en liten bistilling, men jeg klarte da ikke å holde kontroll på papirarbeidet og måtte derfor si opp denne stillingen.»*

*«Har lang venteliste på ordinær time og for dårlig kapasitet til å følge opp mine listepasienter som må benytte private legetjenester og legevakt. Mye som burde vært tatt på time skjer via telefon eller e-konsultasjoner. Dersom jeg ikke trengte å ha kommunal bistilling og legevakt ville jeg hatt mer tid til å ivareta mine oppgaver som fastlege og bedre tilgjengelighet for mine pasienter. Jeg har forsøkt å redusere listen med naturlig avgang for å bedre tilgjengeligheten, men når pasientene ikke har fastleger å bytte til og blir stående på venteliste hos andre, reduseres den veldig sakte.»*

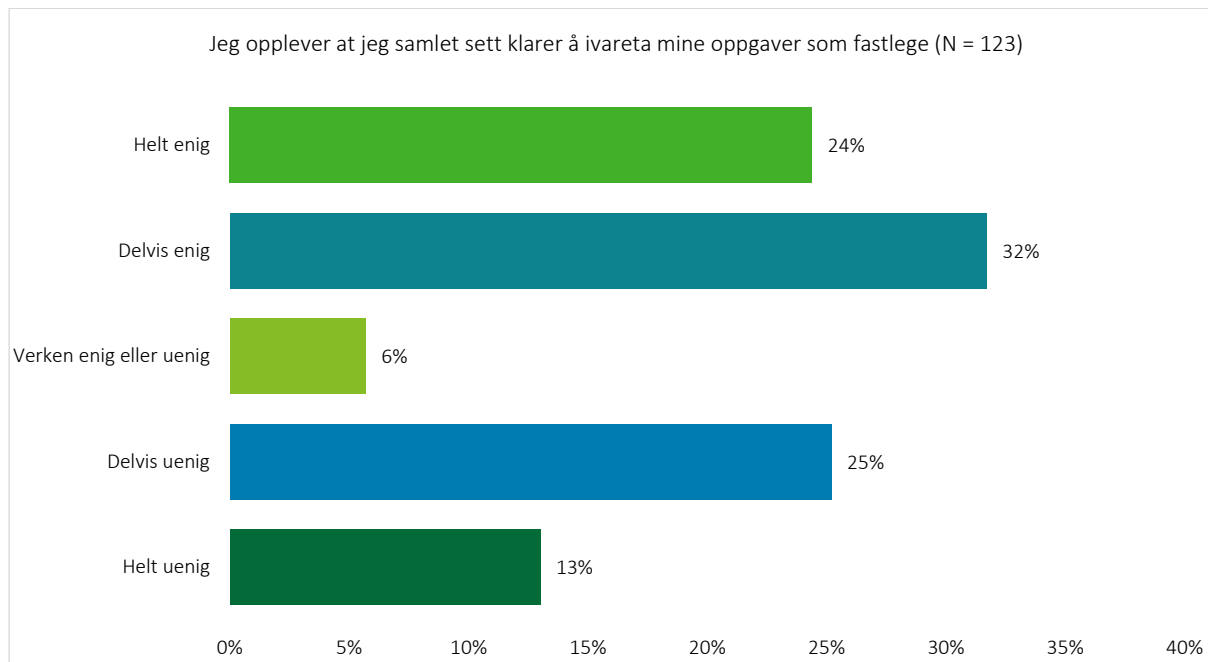
Det påpekes også i intervju at flere fastleger forsøker å si fra seg kvelds- og nattevakter ved legevakten, fordi disse er vanskelige å kombinere med en stilling som 100 prosent næringsdrivende fastlege. Det vises til at enkelte fastleger må ta fri en dag fra praksis for å ta vakter ved legevakten, noe som medfører lengre ventetid for fastlegens pasienter. Videre påpekes det også at det er mindre attraktivt å ta vakter ved legevakten sammenlignet med å jobbe i egen praksis, ettersom inntjeningen er dårligere og arbeidstiden mer ubeleilig. I tillegg blir det vist til at siden honoraret for vaktene nå har blitt redusert med 30 prosent, medfører dette at leger som tidligere overtok ledige vakter, nå finner bedre avtaler i andre kommuner.

I intervju med fastleger, er det flere som viser til at organiseringen av legevaksarbeidet oppleves som lite formålstjenlig og/eller at fastlegene ikke får påvirke organisering av vaktene selv om fastlegene har ansvar for å bemanne en stor del av vaktene på legevakt.<sup>42</sup>

I spørreundersøkelsen og intervju poengterer også flere fastleger at det å ha en kommunal bistilling (eksempelvis ved helsestasjon) er utfordrende grunnet høy arbeidsmengde. Enkelte påpeker også at den kommunale bistillingen oppleves som dårlig utnyttelse av tid og kapasitet, der man som lege har lite å gjøre de dagene man er på jobb i den kommunale bistillingen.

Mange fastleger opplever at de ikke klarer å ivareta sine oppgaver. To av fem fastleger som har svart på spørreundersøkelsen opplever ikke at de samlet sett klarer å ivareta sine oppgaver som fastlege<sup>43</sup>. Se figuren under.

Figur 8: Fastlegenes vurdering av hvorvidt de klarer å ivareta sine oppgaver



### 3.3.6 Fraværdekning og bruk av vikarer

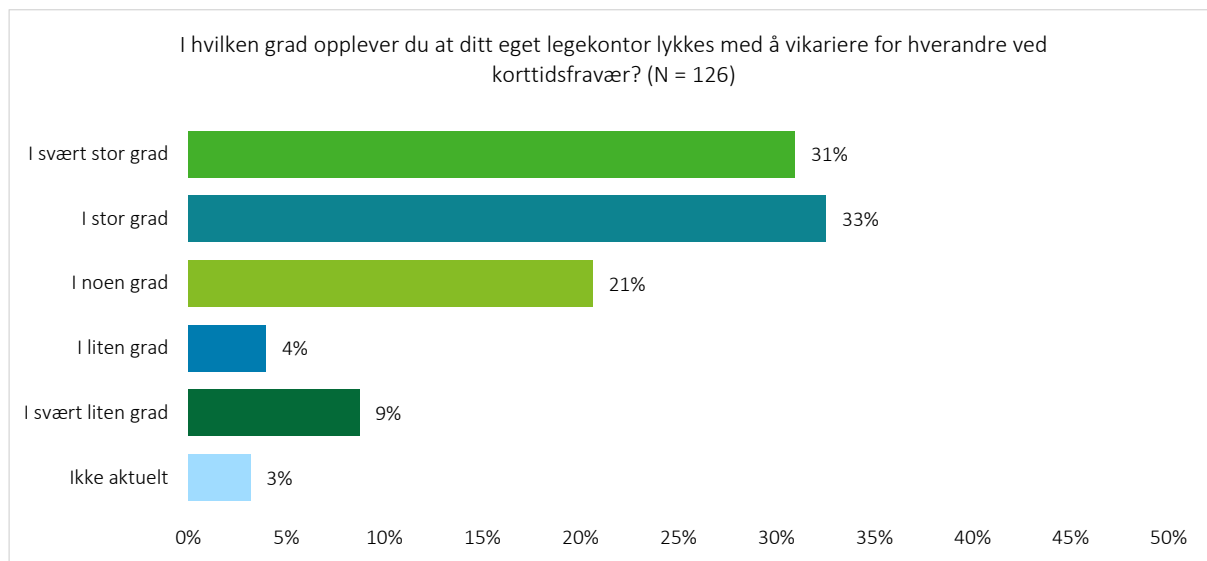
I henhold til rammeavtalen for fastlegeordningen<sup>44</sup> skal fravær inntil åtte uker i året dekkes av kollegaer («kollegial fraværdekning»). Selv om de fleste fastlegene opplever at den kollegiale fraværdekningen fungerer godt, som illustrert i Figur 9, er det likevel totalt over en tredjedel av legene som ikke mener at deres legekontor i svært stor eller stor grad lykkes med å vikariere for hverandre ved korttidsfravær.

<sup>42</sup> Deloitte presiserer at det ikke er gjennomført intervju med ledelse/ansatte ved legevakten, og Deloitte kan ikke uttale seg om forholdene ved legevakten ettersom organisering og drift av legevakt ikke har vært del av denne forvaltningsrevisjonen. Når vi likevel har valgt å omtale legevaksarbeidet her, er dette utelukkende fordi en rekke av legene har pekt på at det er utfordrende å ivareta denne oppgaven og samtidig ivareta sine listepasienter.

<sup>43</sup> 38 prosent svarer at de er helt eller delvis uenig i at de klarer å ivareta sine oppgaver som fastlege

<sup>44</sup> Rammeavtale mellom KS og Den norske legeförening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene

Figur 9: Kollegial fraværdekning

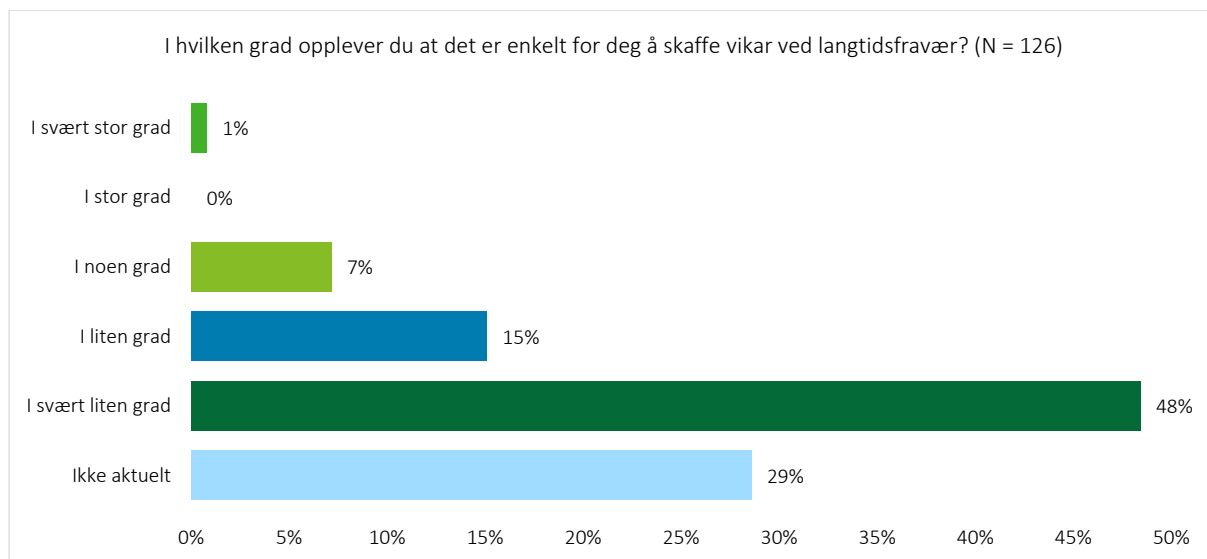


I intervju påpekes det at dersom en lege er syk en dag eller er borte fra praksis pga. kommunale oppgaver, er ikke slikt fravær regulert i avtaleverket. I intervju viser flere fastleger til at det likevel er vanlig å betjene kollegaers listepasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp disse dagene.

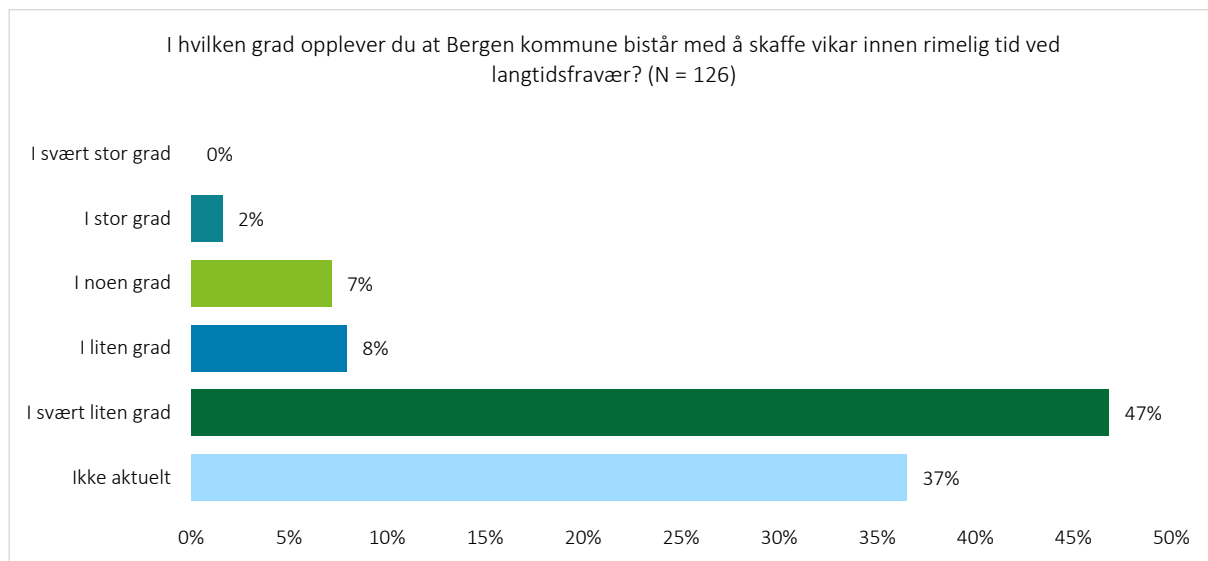
Når det gjelder lengre fravær ved for eksempel foreldrepermisjon, blir det påpekt at mange fastlegekontor ønsker å finne en vikar selv, for å sikre at vikaren er kvalifisert og passer inn i arbeidsmiljøet på kontoret. Representanter fra kommunen opplever likevel at de den senere tiden har hatt en økning av fastlegekontor som ber kommunen om hjelp til fraværdekning. De mener dette i stor grad skyldes at det er utfordrende å få tak i nok vikarer.

Svært få av fastlegene som har svart på spørreundersøkelsen opplever at det selv er enkelt å skaffe vikar ved langtidsfravær, og svært få opplever at Bergen kommune bistår med å skaffe vikar innen rimelig tid ved langtidsfravær. Se figur 10 og 11.

Figur 10: Tilgjengelighet på vikarer ved langtidsfravær



Figur 11: Kommunens behjelpelighet med å skaffe vikarer ved langtidsfravær



I et åpent kommentarfelt i spørreundersøkelsen fikk fastlegene anledning til å skrive utdypende kommentarer om vikarbruk i kommunen. 43 fastleger gjorde dette. Over halvparten (25 fastleger) kommenterer at det er svært få vikarer i kommunen, og dermed vanskelig å dekke sykefravær eller planlagt permisjon. Flere påpeker også at tilgjengelige vikarer mangler relevant erfaring og kompetanse. I intervju blir det vist til at konsekvensene av at det ikke er mulig å skaffe vikar blant annet er at fastleger ikke får mulighet til å ta ut foreldrepermisjon eller gjennomføre pensjonsavgang som planlagt. En fastlege beskriver konsekvensene på følgende vis:

*«Jeg var i foreldrepermisjon i år X<sup>45</sup>, og hadde knapt søkere, ingen reelle på vikariat, var heldig som fikk vikar likevel. Kontaktet kommunen, men det var ingen konkret hjelp å få derfra. Tenker i etterkant det var flaks at jeg fikk vikar, ellers måtte jeg nok ha avlyst permisjon. Måtte derfor sikre oss med barnehageplass under permisjonstiden, ekstra utgift, men måtte til da det var stor sannsynlighet for å ikke kunne ta ut permisjon»*

Flere (14 fastleger) kommenterer også i spørreundersøkelsen at kommunen i for liten grad er i forkant og planlegger for å bidra til å skaffe vikarer. Det påpekes at kommunen legger ansvaret for å skaffe vikar på fastlegen selv eller fastlegens kollegaer. En fastlege kommenterer:

*«Ansvar for å skaffe vikar bør kommunen ta langt mer på alvor da det er svært belastende for alle parter å ikke klare å skaffe vikar. Kommunen er ansvarlig for å sikre sine innbyggere tilgang til fastlege. Den enkelte fastlege kan selvsagt selv skaffe vikar, men når man ikke får tak i vikar må kommunen gjøre det. Det er ikke greit for noen at lister er uten vikar. Arbeidsoppgavene hopper seg opp svært raskt og man kan ikke forvente at kolleger tar seg av dette.»*

I intervju med avdeling for fastlegeordningen blir det vist til at kommunen tidligere har vært lite involvert i rekruttering av vikarer, men ettersom Bergen kommune for tiden opplever mangel på vikarer, ber mange fastlegekontor kommunen om hjelp til fraværdekning. Kommunen opplyser at det i slike tilfeller settes inn vikar fra vikarbyrå, enten fast eller i "nordsjøturnus". Kommunen opplyser at de har en rammeavtale med vikarbyråene Reflect og Dedicate, men erfarer at byråene i liten grad skaffer kvalifiserte kandidater. Som følge av dette har kommunen tatt i bruk vikarbyrå som ikke omfattes av rammeavtalen.

Kommunen viser til at andre tiltak blir vurdert i tilfeller der det er utfordrende å skaffe vikar. Et alternativ er at kollegaer på legekantoret dekker opp for fraværet, og at kommunen kompenserer fastlegene ved å dekke driftskostnadene for praksisen. Et annet alternativ er at kommunen kan gjøre en avtale med legevakten om at de må være oppmerksomme på at det kan være ekstra henvendelser fra pasienter i en periode.

I intervju kommenterer flere fastleger at det hadde vært ønskelig at kommunen opprettet et system som sikrer vikarer ved fravær, eksempelvis en vikarpool med fastleger som kan benyttes både ved planlagt og uforutsett fravær.

<sup>45</sup> Årstall og andre opplysninger er tatt bort fra utsagnet



### 3.3.7 Vikar ved oppsagte hjemler

Deloitte får opplyst at det per august 2022 er 19 ledige fastlegehjemler inkludert to kommunale i kommunen. To av hjemlene er nylig oppsagt, og to hjemler betjenes fortsatt av hjemmelshaver. Kommunen opplyser at per juni var 15 hjemler betjent av vikar.

Deloitte har også etterspurt informasjon om ledige hjemler og vikarbruk tre år tilbake i tid. Til dette opplyser kommunen at det har vært en økning i antall ledige hjemler de siste tre årene, men har ikke gitt konkret oversikt over antall ledige hjemler og vikarbruk tilbake i tid. Ved inngangen til 2022 var det ifølge kommunen 13 ledige hjemler. Den gangen var det også utfordrende å få nye leger til å overta praksis og løsning ble som nå, at hjemmelen betjenes av vikar og/eller hjemmelshaver betjener hjemmelen utover oppsigelsen. Deloitte får opplyst at en av disse 13 hjemlene som var ledige ved inngangen til 2022 fortsatt er besatt av vikar.

Enkelte peker også på at det nå som følge av fastlegemangel er svært gunstig å jobbe som vikar, der man kan «velge og vrake» i jobber med gode vilkår, og at dette ikke motiverer til å kjøpe egen praksis.

Det blir også kommentert at selv om det blir innsatt vikar for en fastlege som har sagt opp, sikrer dette ikke pasientene en *fast* lege. Flere uttrykker bekymring for dette med hensyn til at pasientene ikke har en fastlege som følger dem opp, men at vikarer betjener listene.

Det blir også vist til at vikarenes kompetanse og erfaring kan være varierende. Her blir det vist til at det under Covid-19-pandemien ble innført et unntak fra forskriften om kompetansekrav for leger som gjør at kommunen kan ha vikar uten spesialisering i allmenmedisin i lenger enn et år. I intervju med representant for Legeforeningen blir det pekt på som bekymringsfullt at kommunen baserer seg på mange vikarer som ikke er spesialister eller under utdanning.

## 3.4 Vurdering

Undersøkelsen viser at **kapasiteten** i fastlegeordningen i Bergen kommune over tid har vært for lav. Kommunen har som mål å ha 5 prosent listeledighet til enhver tid, men har over lang tid vært langt unna dette målet. Siden januar 2021 har den høyeste listeledigheten vært på 0,6 prosent, og i perioder både i 2021 og i 2022 har det vært 0 prosent listeledighet, dvs. ingen ledige plasser på fastlegelister i kommunen.

Deloitte mener det er alvorlig at det har vært innbyggere som har stått uten fastlege i perioder både i 2020, 2021 og i 2022. Dette er brudd på § 4 i forskrift om fastlegeordningen som sier at kommunen har ansvar for å organisere en fastlegeordning med tilstrekkelig kapasitet. Kommunen klarer følgelig heller ikke å sikre pasient- og brukerrettighetene jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen § 2 om retten til å stå på liste hos fastlege. Manglende tilgang til fastlege medfører risiko for at pasienter ikke får nødvendig oppfølging og helsehjelp.

Selv om kommunen opplyser at alle innbyggere i Bergen kommune per august 2022 har en fastlege, enten i Bergen kommune eller i andre kommuner, er ikke kapasiteten tilstrekkelig til at det er mulig å bytte fastlege slik regelverket legger opp til. Dette gjelder både innbyggere som har fastlege i annen kommune og som ønsker å bytte til en fastlege i Bergen kommune, og innbyggere som har fastlege i Bergen kommune og som ønsker å bytte til en annen fastlege i Bergen kommune. Regelverket sier at kommunen må sørge for at den totale kapasiteten i ordningen er stor nok til å sikre pasient- og brukerrettighetene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen § 2, § 6 og § 7, noe som blant annet innebærer at kapasiteten må være stor nok til at mulighetene for å bytte fastlege er til stede. Slik Deloitte vurderer det, har ikke Bergen kommune tilstrekkelig kapasitet til å ivareta disse pasient- og brukerrettighetene.

Mangel på leger fører også til at det er vanskelig å skaffe vikar til fastleger som har rettmessig grunn til fravær. Ifølge rammeavtalen mellom KS og Den Norske Legeforening har legen rett til å innta vikar ved fravær fra praksis. Det fremgår av rammeavtalen at kommunen plikter å skaffe vikar eller iverksette andre nødvendige tiltak for å avhjelpe legemangelen dersom det er «midlertidig legemangel». Undersøkelsen viser at flere fastleger opplever at kommunen ikke yter tilstrekkelig bistand til å skaffe vikar når fastlegene har rettmessig grunn til langtidsfravær (for eksempel ved fødselspermisjon). Kommunen på sin side viser til at de prøver å skaffe vikar når det er behov, samt også prøver å legge til rette på andre måter ved fravær. Deloitte mener at kommunen bør tydeliggjøre hvordan de kan bistå med å skaffe vikar, ev. hvilke andre tiltak som kan settes i verk dersom det ikke er mulig å finne vikar.

Deloitte har også undersøkt fastlegenes **tilgjengelighet**, under dette tilgjengelighet for pasientene til time og å få kontakt med fastlegekontoret per telefon. Ettersom fastlegene ofte er første kontakt med helse- og omsorgstjenesten i et pasientforløp, er dette en tjeneste som generelt bør ha god tilgjengelighet. Basert på funnene i undersøkelsen er det Deloitte vurdering at fastlegenes tilgjengelighet ikke alltid er i samsvar med bestemmelsene om at listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og **normalt** innen fem arbeidsdager. Både stikkprøvegjennomgangen og spørreundersøkelsen som er gjennomført viser at flere fastleger/fastlegekontor ikke har mulighet til å tilby konsultasjon innen fem dager slik regelverket sier. Undersøkelsen viser dessuten at en betydelig andel fastleger ikke opplever at de samlet sett klarer å ivareta sine oppgaver som fastlege. Departementet understreker i sin kommentar til regelverket at det «kun unntaksvis» skal være mer enn fem dagers ventetid. Departementet anerkjenner at det kan være perioder hvor det kan være lenger ventetid, eksempelvis fordi kommunen over lenger tid har hatt problemer med å rekruttere fastleger. I denne situasjonen mener Deloitte at det er viktig at kommunen følger med på i hvilken grad fastlegene klarer å etterleve funksjons- og tilgjengelighetskrav som er stilt i regelverket. Dette for å sikre at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennelegetjenester, hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf. kap. 4 i forskriften om funksjons- og kvalitetskrav. I tredje ledd i § 7 i fastlegeforskriften, står det at kommunens ansvar gjelder uavhengig av om tjenestene ytes av ansatte leger eller det inngås avtaler med selvstendig næringsdrivende leger om å yte helsetjenestene.

Ifølge regelverket skal systemet for mottak av telefonhenvendelser innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter. I merknader til forskrift om fastlegeordningen er det presisert at systemet for mottak av telefonhenvendelser, og kapasiteten i dette, må innrettes slik at kravet kan oppfylles på arbeidsdager med normal pågang. Deloitte undersøkelse viser at en betydelig andel av fastlegene ikke besvarte telefonanrop innen to minutter (37 %). Intervju viser at utfordringer med å nå gjennom på telefon til enkelte fastlegekontor er en kjent problemstilling for kommunen. Deloitte mener dette viser at fastlegene ikke har organisert seg på en måte som sikrer at henvendelser alltid blir besvart i samsvar med tidskravet i regelverket. Det å etterleve dette kravet trenger ikke nødvendigvis være knyttet til fastlegens egen kapasitet, eller mangel på sådan, ettersom det i mange tilfeller er slik at det ikke er fastlegen selv som besvarer telefonhenvendelser.

Deloitte mener videre at det i dagens situasjon der fastlegekapasiteten er presset og der fastlegene heller ikke alltid er like tilgjengelige (på telefon og mulighet til time) som i en normalsituasjon, kan være grunn til å følge med på omfanget av klager og hva disse handler om for å ha oversikt over utfordringsbildet. Deloitte mener også at kommunen bør vurdere å etterspørre informasjon om klager som er sendt til Statsforvalteren.

# 4 Oversikt over og vurdering av fastlegekapasiteten

## 4.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling:

*I hvilken grad har Bergen kommune hatt tilstrekkelig oversikt over og vurdert fastlegekapasiteten over tid?*

## 4.2 Revisjonskriterier

Forskrift om fastlegeordning i kommunene omtaler kommunens ansvar for å sørge for at det er et tilstrekkelig antall leger i fastlegeordningen (jf. § 4). I kommentarene til lovteksten blir det presisert at:

Kommunen må sørge for at den totale kapasiteten i ordningen er stor nok til å sikre pasient- og brukerrettighetene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen § 2, § 6 og § 7. Kapasiteten må blant annet være stor nok til at mulighetene for å bytte fastlege er tilstede. Det må også være kapasitet nok til å sikre mulighet for en «second opinion».

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, tredje ledd, omtales kommunene sitt ansvar for å blant annet planlegge, evaluere og korrigere helse- og omsorgstjenestene de tilbyr sine innbyggere. Dette ansvaret omfatter blant annet fastlegeordningen (§ 3-2).

Internkontrollpliktene, under dette plikten til styringssystemet, plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere er nærmere regulert i en egen forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Etter forskriften skal kommunen blant annet ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering, samt innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene, jf. §§ 6 a og 6 b. Videre skal kommunen kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres, jf. § 8 a.

I forskrift om fastlegeordning i kommunene, omtales kommunens ansvar for kvalitet i den kommunale allmennlegetjenesten. I § 7 står det at:

Kommunen skal sørge for at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester, hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf. kapittel 4.

Kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og § 4-2 og at tjenestene er i tråd med krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivningen og i forskrifter gitt med hjemmel i disse lovene.

Kommunens ansvar gjelder uavhengig av om tjenestene ytes av ansatte leger eller det inngås avtaler med selvstendig næringsdrivende leger om å yte tjenestene

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

## 4.3 Datagrunnlag

### 4.3.1 Kommunens oversikt over og vurdering av fastlegekapasiteten

#### Kommunens oversikt over fastlegekapasiteten

Deloitte har fått opplyst at Bergen kommune har ført statistikk over listeledighet i kommunen siden 2008. Som omtalt i kapittel 3, er kommunens mål å ha 5 prosents listeledighet, men kommunen har vært langt fra å nå denne målsetningen i måleperioden, og listeledigheten har vært synkende.

Deloitte har også mottatt oversikt fra kommunen over gjennomsnittlig listelengde, antall personer på venteliste, antall solgte hjemler (2019-2021), antall gjestepasienter, antall fastleger over 60 år og legedekning per bydel. Dette er likevel *ikke* data som samles inn systematisk/årlig, noe som ifølge kommunen skyldes manglende kapasitet til dette i avdeling for fastlegeordningen. Kommunen har imidlertid en database over fastlegene som kan gi svar på alder på fastlegene, under dette holde oversikt over fastleger over 60 år. Deloitte får opplyst i intervju at 26

prosent av fastlegene i Bergen kommune er over 60 år per desember 2021. Gjennomsnittlig alder på fastlegene er 48 år.<sup>46</sup>

Kommunen kommenterer i verifiseringen at de mener at de har gode styringsdata, og opplyser videre at de etablerer nye dashbord løsninger for alle enhetene sine i disse dager. Videre peker kommunen på at de mener at det grunnleggende problemet ikke er tilgang på styringsinformasjon, men mangel på leger.

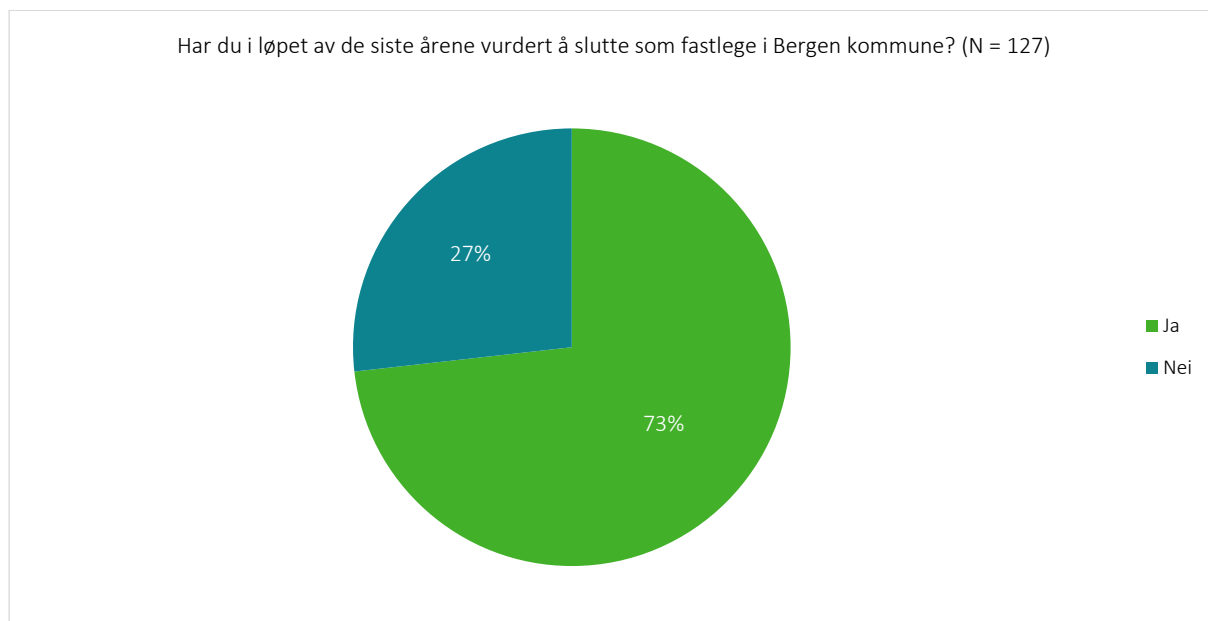
#### Potensielle utfordringer knyttet til fastlegedekningen fremover

I intervju påpeker både representanter fra kommunen og fastleger at det er utfordrende at mange leger nærmer seg pensjonsalder. Eldre fastleger har i snitt hatt lange lister og stor arbeidsbelastning, mens yngre leger ønsker mindre arbeidsbelastning og kortere pasientlister. Det innebærer at avgående leger som pensjonerer seg ofte må erstattes av et større antall leger for å ivareta det samme antallet listepasienter.

I intervju peker flere fastleger på at kommunen i liten grad adresserer utfordringene knyttet til at en høy andel fastleger nærmer seg pensjonsalder. Fastlegene opplever at kommunen i for liten grad er i forkant og tar initiativ til å planlegge for eller bistå det enkelte legekantor med å legge en plan for overdragelse av praksis til ny lege sammen med legene som skal pensjonere seg. En av legene viser til at enkelte leger har måttet jobbe noen år lenger enn ønsket fordi det har vært utfordrende å finne søkere til å overta hjemmelen. Manglende søkere til hjemmelen innebærer at legen som ønsker å gå av med pensjon heller ikke får solgt praksisen sin, og legen vil da fortsatt ha et eierskap i og økonomiske forpliktelser knyttet til selve praksisen. Også i spørreundersøkelsen er det enkelte som kommer med eksempler på fastleger som ikke har fått gå av med pensjon som ønsket.

I intervju kommenterer flere fastleger at kommunen vil stå i en utfordrende situasjon dersom mange fastleger slutter samtidig som at en høy andel fastleger avgår med pensjon. I intervju med fastleger påpekes det at arbeidspresset mange fastleger opplever, gjør at de vurderer å slutte. Spørreundersøkelsen Deloitte har gjennomført viser at 73 prosent av fastlegene som har svart på undersøkelsen har vurdert å slutte som fastlege i Bergen kommune i løpet av de siste årene (jf. Figur 12).

Figur 12: Fastlegenes svar på hvorvidt de har vurdert å slutte som fastlege i kommunen de siste årene



Fastleger som svarte at de har vurdert å slutte, ble bedt om å svare på hva som er hovedårsaken til at de har vurdert å slutte. Flest peker på arbeidsrelaterte årsaker som grunn til at de har vurdert å slutte som fastlege, men

<sup>46</sup> I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, gir kommunen følgende kommentar: Kommunen har oversikt over alle fastlegehjemler. Vi har oversikt over demografiutvikling gjennom SSB sine framskrivninger. Det vi ikke har oversikt over er hvem som kan tenke seg å flytte, blir syke, blir fratatt retten til å praktisere som lege osv. Vi har gjennom gjestepasientoppjøret mulighet til å finne ut hvor mange utenbys borgere som har fastlege i Bergen. Ettersom det er fritt valg av fastlege i Norge, så kan en spørre seg om denne informasjonen fremstår som lite relevant for hvordan vi forvalter ordningen, og har etter vårt skjønn ikke vært viktig ifht å rekruttere nye leger.

både i spørreundersøkelsen og i intervju er også private årsaker (slik som flytting) oppgitt som årsak til at det er ønske om å avslutte fastlegeavtalen med Bergen kommune.

### Vurdering av fastlegekapasiteten over tid

Deloitte har ikke mottatt dokumentasjon som konkret viser hvilket dokumentasjonsgrunnlag kommunen baserer sine vurderinger av fastlegekapasiteten på. Kommunen har sendt over statistikk som viser nåsituasjon (jf. statistikken som er omtalt i kapittel 3), samt opplyst at det foreligger planer om å etablere en langsiktig målstrategi der kapasitet skal vurderes. Utover dette opplyser kommunen at vurderinger av kapasitetsbehov er gjort årlig i forbindelse med budsjettarbeid.

I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten opplyser kommunen følgende:

Tallet er basert på SSB sine tall for demografi i Bergen kommune. Det er tidligere beregnet at med ca. 6-7 nye hjemler per år vil vi holde tritt med befolkningsveksten, dette er basert på at en pensjonert lege gjerne må erstattes med 1,5 lege da unge leger ønsker lavere lister. Det jobbes med å lage en modell for fremtidige beregninger.

I avsnittene under vil vi kort gjøre rede for de vurderingene som fremgår av sentrale dokumenter, under dette Bergen kommunes plan for legetjenester 2017-2022 der det er satt opp enkelte tiltak for å styrke ordningen, samt vurderinger som er gjort i forbindelse med av økonomi- og handlingsplaner/budsjetter for de siste årene.

#### *Plan for legetjenester for 2017-2022*

Bergen kommune har en plan for legetjenester for 2017-2022.<sup>47</sup> Planen omtaler blant annet fastlegeordningen, og det presenteres tolv tiltak for å styrke tilgjengelighet og prioritering, kompetanse, kvalitet, fastlegenes kunnskapsgrunnlag og ledelse av fastlegeordningen.

Planen inneholder ikke konkrete vurderinger av fastlegekapasiteten, under dette f.eks. behovet for antall fastleger, men presenterer enkelte tiltak for å styrke kapasiteten i ordningen. Ett av tiltakene er eksempelvis at «*Bergen kommune vil utrede hvordan det kan gjøres lettere for fastleger å starte opp null-lister, og etablere en ordning med mål om å lette oppstart av null-lister i Bergen kommune, herunder utvikle rammer for fastlønnsavtaler til nyutdannede leger som synes det er vanskelig å måtte etablere egen bedrift.*»

Deloitte har etterspurt om tiltakene i kommunens plan for legetjenester for perioden 2017-2022 har blitt iverksatt og evaluert. Til dette viser kommunen til at tiltakspakken som er etablert for 2021 og 2022 (se nærmere omtale i kapittel 5) inneholder tiltak rettet mot det som beskrives i plan for legetjenester, blant annet etablering av ordning for å lette oppstart av nullhjemler/nullister, ramme for fastlønnsavtaler for nyutdannede leger og ordning for å redusere solopraksiser. Kommunen opplyser at det også har vært jobbet med strukturerte utdanningsløp som fører frem til spesialisering i allmennmedisin.

I intervju med ledelsen for byrådsavdelingen<sup>48</sup> i juni 2022 blir det opplyst at det har vært ønskelig å revidere planen, men at det oppleves lite hensiktsmessig på nåværende tidspunkt ettersom fastlegeordningens fremtid er usikker. Kommunen har derfor besluttet å avvente revidering til man vet noe mer om hva som skjer med fastlegeordningen og hvorvidt regjeringen kommer med tiltak, og hvilke det i så fall blir.

#### *Arbeid med langsiktig målstrategi*

Deloitte får opplyst fra enhet for allmennmedisin at byrådsavdelingen sammen med enhet for allmennmedisin har startet et arbeid for å utarbeide en langsiktig målstrategi der også fremtidig kapasitetsbehov i fastlegeordningen skal vurderes. Målstrategien skal omhandle både kortsiktige og langsiktige målsetninger, og vil blant annet ha fokus på avtaleoppfølging, iverksetting av tiltak fra tiltakspakken, rekruttering, tilsyn og økonomi. Kommunen opplyser i tilsendt dokumentasjon at stikkord for strategien er følgende:

- Deltakelse i kommunale utbyggingsplaner der det er mulig å etablere legekontor – f.eks. i nye sykehjem
- Være med på og bidra til planer som kan generere nye fastlegekontor i næring, for eksempel informere om ledige lokaler og hvordan kommunens støttetiltak kan påvirke etableringsvillighet.
- Plan for tilsynsordning med legekontor i næring
- Være med og bidra i fora der rammevilkårene er tema, f.eks. ASA4310.

I intervju våren 2022 blir det imidlertid vist til at arbeidet med den langsiktige målstrategien har stoppet opp grunnet sykefravær, og i august 2022 er status at arbeidet ikke er ferdigstilt. Kommunen har imidlertid ferdigstilt

<sup>47</sup> Bergen kommune. *Plan for legetjenester 2017-2022*. Vedtatt av bystyret 09.11.2017

<sup>48</sup> Daværende navn på byrådsavdelingen var byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet

en kortsiktig målstrategi, der mye er knyttet til å følge opp tiltakspakken som er iverksatt. I tillegg er det satt mål om å rekruttere til ni nye nullhjemler i løpet av året (2022), samt rekruttere seks fastleger til etablerte hjemler. Det er også etablert et tiltak der kommunen skal analysere produksjon og inntjening hos fastlønnte fastleger, samt anbefale en norm for produksjon.

Den kortsiktige strategien inneholder ikke konkrete vurderinger av fastlegebehovet fremover, men i intervju blir det vist til at kommunen har vurdert hvor mange leger som må rekrutteres for å oppfylle målet om 5 prosent listeledighet. Her blir det vist til at det må opprettes seks nye nullhjemler årlig. Dette innebærer en økning i kapasitet med 6000 listeplasser årlig, dersom listelengden i snitt er på 1000 pasienter.

### *Vurderinger i forbindelse med kommunens budsjettarbeid*

Kommunen opplyser at fastlegekapasitet har blitt vurdert årlig i forbindelse med budsjett, under dette vurdert behov for nye hjemler for å holde tritt med mål om listeledighet og befolkningsøkning. Dette blir opplyst å være basert på SSB sine tall for demografi i Bergen kommune og tidligere beregninger om at en med ca. 6-7 nye hjemler per år vil holde tritt med befolkningsveksten.

I de påfølgende avsnittene går vi gjennom hvilke mål for listeledighet og anslag på antall fastleger som er satt i forbindelse med de siste års budsjetter. Oppsummert viser gjennomgangen at kommunen har vurdert at det er behov for flere leger de senere årene. Selv om kommunen over lang tid har vært langt unna eget mål om listeledighet på 5 prosent, settes det ikke i verk økonomiske tiltak rettet mot å styrke fastlegeordningen før i budsjettet for 2021. Det skilles heller ikke spesifikt i budsjettene og handlings- og økonomiplanene på hva som er mål for fastlegekapasiteten og hva som er realistisk gitt utfordringsbildet.

I **handlings- og økonomiplan 2019-2022/budsjettet for 2019**<sup>49</sup> er det gjort en vurdering av kapasiteten med utgangspunkt i KOSTRA-tall, og det vises til at gode tall på disse indikatorene tilsier at innbyggerne har god mulighet til å velge fastlege etter egne preferanser. Samtidig vises det til at det er viktig for befolkningen at fastlegetjenesten er et lavterskeltilbud med god kapasitet og kort ventetid, og at det å skulle imøtekomme dette i en situasjon med flere oppgaver etter samhandlingsreformen har lagt et betydelig press på fastlegene. I budsjettet vises det videre til at i påvente av en nasjonal evaluering av fastlegeordningen vil Bergen kommune styrke og utvikle ordningen innenfor det kommunale handlingsrommet. Det blir vist til at Bergen kommune har fått tilskudd fra HelseDirektoratet til et prosjekt for allmennleger i spesialisering, kalt ALIS-Vest, der en skal utvikle gode modeller for strukturerte spesialiseringløp for fastleger i kommunehelsetjenesten. Det pekes på at de foreløpige resultatene er svært gode, og viser at rekrutteringen til disse stillingene er mye enklere enn til vanlige fastlegehjemler.<sup>50</sup>

I handlings- og økonomiplanene/budsjettene for årene etter dette, vises det gjennomgående til et behov for å øke kapasiteten i fastlegeordningen. Mål om listeledighet og anslag på antall fastleger varierer imidlertid.

I **handlings- og økonomiplan 2020-2023/budsjett for 2020** blir det vist til behov for å øke fastlegekapasiteten i kommunen for å sikre innbyggerne reell valgmulighet til å velge fastlege i rimelig avstand. Det vises til at listeledigheten per september 2019 var 0 % av total listelengde, mens ambisjonen er 5 % ledighet.

I budsjettet pekes det på at mangel på fastleger er en nasjonal krise, noe Bergen også merker.

I budsjettet blir delmålet «god fastlegeordning som sikrer innbyggerne reell valgmulighet til å velge fastlege i rimelig avstand» målt ved indikatoren «**antall fastleger**». Kommunen setter her som mål å øke fra 236 fastleger (siste måling i 2018) til 240 fastleger i 2020 og 244 fastleger i 2023. Det er ikke satt egne mål for antall fastleger i 2021 og 2022.

I tillegg vises det til **andel ledige plasser** hos fastlege, der det i budsjettet planlegges for 1,8 % andel ledige plasser i 2020, 2,9 % i 2021, 3,9 % i 2022 og 5 % i 2023. Under overskriften «virkemiddel for å nå mål» vises det til at kommunen vil arbeide med tiltak i plan for legetjenester, satsingen på ALIS-VEST (som også omtalt i 2019) samt at det også settes av midler til å opprette et kommunalt fastlegekontor (Helsehuset).

<sup>49</sup> Bergen kommune. *Handlings- og økonomiplan 2019-2022*

<sup>50</sup> Bergen kommune. *Handlings- og økonomiplan 2019-2022*

I **handlings- og økonomiplan 2021-2024/budsjett for 2021** er det igjen pekt på behov for å øke kapasiteten. I handlings- og økonomiplandokumentet vises det samtidig til at det har blitt åpnet flere fastlegelister:

*Antall åpne fastlegelister (antall fastleger som man kan velge mellom) har gått ned fra 51 i 2018 til 0 i 2019. Første halvår 2020 har det blitt åpnet flere fastlegelister. Økningen kan skyldes nye statlige tiltak for å styrke fastlegesituasjonen nasjonalt, samt at Bergen kommune har etablert kommunalt fastlegekontor for å avhjelpe situasjonen.*

Videre pekes det på at:

*Fastlegene har fått flere oppgaver som følge av samhandlingsreformen og har løst dette ved å utvide arbeidstiden og redusere antall pasienter. Fastlegetjenesten skal være et lavterskeltilbud med god kapasitet og kort ventetid. Ved utgangen av 2019 var det ikke ledige plasser hos fastlegene, mens ambisjonen er 5 % ledige plasser. Det er nå noe listeledighet, per september 2020 er den 0,6 %. Rekruttering av leger til fastlegepraksis har de siste årene blitt stadig dårligere, noe som i hovedsak skyldes at rammebetingelsene, som i stor grad fastsettes nasjonalt, ikke er utviklet i samsvar med behovene.*

I handlings- og økonomiplan 2021-2024/budsjettet for 2021 er det gjort en justering i **mål for andel ledige plasser** hos fastleger. I handlings- og økonomiplanen for 2020 var målet 2,9 % ledighet i 2021, mens målet er nedjustert til 2,6 % i handlings- og økonomiplanen for 2021. Det er fortsatt mål om å ha 5 % ledige plasser hos fastlege ved utgangen av økonomiplanperioden.

Det er også gjort en oppjustering av anslag på antall fastleger i handlings- og økonomiplanperioden. I 2020 var anslaget å ha 244 fastleger i 2023, mens anslaget for 2023 er oppjustert til 270 fastleger i handlings- og økonomiplanen for 2021-2024. Kommunen anslår å ha 280 fastleger ved enden planperioden.

I forbindelse med handlings- og økonomiplan 2021-2024/budsjett for 2021 foreslo byrådet å innføre en tiltakspakke for å styrke fastlegeordningen, og det ble satt av midler til ulike tiltak. Disse tiltakene vil bli nærmere redegjort for i kapittel 5.

I **handlings- og økonomiplan 2022-2025/budsjett 2022** er anslaget på antall fastleger tatt noe ned sammenlignet med budsjettet i 2021. I budsjettet for 2021 var det gjort et anslag om 260 fastleger i 2022 og 270 fastleger i 2023. I budsjettet for 2022 er dette nedjustert til 250 fastleger i 2022 (10 færre) og 255 fastleger i 2023 (fem færre enn anslått i budsjettet for 2021), men det fremgår ikke begrunnelse for endringer i anslaget.

Det er mål om 1,2 % ledige plasser hos fastlege i 2022, og fortsatt 5 % ved slutten av økonomiplanperioden (2025). Det er ikke satt mål for årene 2023 og 2024.

I handlings- og økonomiplanen/budsjettet for 2022 er det tydeliggjort at antallet ledige fastlegeplasser er langt lavere enn det bør være, og at kommunen er kommet i en situasjon der det er nødvendig å iverksette tiltak. I dette budsjettet foreslår byrådet å videreføre tiltakspakken som ble vedtatt i 2021, samt øke innsatsen på 10 millioner kroner. Det blir vist til at tiltakspakken ikke kommer til å løse fastlegekrisen alene, men at den vil være svært etterlenget i møte den den prekære situasjonen fastlegeordningen står i.

Det vises videre til at det er store utfordringer med å rekruttere nye fastleger til hjemler som er oppsagt, og utfordringer med å sikre vikardekning. Det blir pekt på at utfordringen kan ytterligere forverres når eldre leger pensjonerer seg. Ifølge budsjettet for 2022 ar 62 av fastlegene over 60 år per 1.12.2019.<sup>51</sup>

*Behov for å innføre tiltak i påvente av nasjonale myndigheter*

Representant fra Legeforeningen viser i intervju til at en ikke opplever at kommunen har hatt en plan for å håndtere situasjonen med den negative utviklingen i fastlegeordningen. Det blir også stilt spørsmål ved at kommunen i stor grad har ventet på statlige føringer, fremfor å iverksette egne tiltak for å styrke ordningen, når de samtidig har et lovpålagt ansvar for å tilby fastlegetjenester til sine innbyggere.

I intervju med ledelsen i byrådsavdelingen i juni 2022 blir det vist til at fastlegekorpset over tid har vært tydelig overfor politisk ledelse om at det er behov for lokale tiltak for å styrke fastlegeordningen. Daværende<sup>52</sup> byråd Beate Husa tilrådte i 2019. Hun opplyser at hun var avventende med å foreslå å innføre lokale tiltak ettersom en nasjonal handlingsplan for allmennlegetjenesten var nært forstående. Den nasjonale handlingsplanen ble lagt frem i starten av 2020, og i intervjuet peker hun på at planen var ambisiøs, men at den i liten grad ble fulgt opp med midler fra statlig hold. Ledelsen i byrådsavdelingen opplyser videre at det i ulike sammenhenger, blant annet

<sup>51</sup> Bergen kommune: [Handlings- og økonomiplan 2022-2025](#)

<sup>52</sup> Beate Husa var byråd for for eldre, helse og frivillighet frem til 22. august 2022 etter at KrF gikk ut av byrådet i Bergen 22. august 2022

i forbindelse med den nasjonale handlingsplanen, er gjennomført møter med helseministeren (Høie og Kjerkol) om behov for nasjonalt finansierte tiltak. Ettersom dette ikke har kommet på plass, så kommunen derfor i 2021 behov for å innføre egne, lokale tiltak for å ivareta fastlegeordningen (omtales nærmere i kap. 5)

#### *Kapasitet knyttet til å vurdere utviklingen i fastlegesituasjonen*

Flere peker i intervju på at ressursene til å arbeide med fastlegeordningen i Bergen kommune har vært begrenset. Som tidligere omtalt ble Enhet for allmenntilleggsmedisin etablert i mars 2020, og i 2021 ble enheten styrket med et årsverk slik at det totalt sett er 3,5 årsverk som arbeider med oppfølging av fastlegeordningen, ikke medregnet enhetsleder. Flere påpeker at det fortsatt er for liten kapasitet ved enheten, og at den ikke har kapasitet til stort mer enn «brannslukking». Avdeling for fastlegeordningen viser også til at det siden opprettelsen av enhet for allmenntilleggsmedisin i 2020 har vært stor utskifting av ledere, med tre ulike etatsdirektører (i etat for helsetjenester) og tre ulike enhetsledere (ved enhet for allmenntilleggsmedisin) i løpet av 13 måneder, noe som blir pekt på å ha påvirket muligheten for blant annet langsiktig utviklingsarbeid.

Når det gjelder kapasiteten til utviklingsarbeid kommenterer kommunen følgende i verifiseringer:

Det har i 2,5 år vært en pandemi som har krevd alle ressurser i kommunens helse- og omsorgstjenester. Etat for helsetjenester hadde i starten av pandemien et hovedansvar for å etablere nye og oppskalere eksisterende tiltak for å sikre befolkningen. I denne situasjonen ville det vært uansvarlig å bruke ressurser på analyse og utviklingsarbeid med tanke på en fastlegekrise som er et nasjonalt problem.

#### 4.4 Vurdering

Kommunen har ikke en oppdatert plan for legetjenester der det tydelig fremkommer legebehovet i kommunen (på kort og lang sikt) og hvordan kommunen skal sikre tilstrekkelig rekruttering for å møte behovet. Gjeldende plan har ikke blitt revidert fordi kommunen avventer avklaringer om hva som vil skje med fastlegeordningen nasjonalt.

Undersøkelsen viser at mål om listeledighet ikke nås. Selv om antallet fastleger har økt de siste årene, fortsetter listeledigheten å gå nedover, og som omtalt i kapittel 3 er listeledigheten i perioder på 0 prosent. Anslag og mål som er satt, fremstår dermed ikke realistiske i praksis. Kommunen har gjort vurderinger av kapasitetsbehov årlig i forbindelse med budsjettarbeid, og det er gjort anslag/satt mål både for listeledighet og for antall fastleger. Dette blir opplyst å være basert på SSB sine tall for demografi i Bergen kommune og tidligere beregninger om at en med ca. 6-7 nye hjemler per år vil holde tritt med befolkningsveksten. Kommunen har ikke systematisk hentet inn styringsinformasjon knyttet til listelengde, ventelister, gjestepasienter med mer, og Deloitte stiller derfor spørsmål ved om kommunens vurderinger av kapasitet er gjort på et tilstrekkelig grunnlag.

Deloitte merker seg at kommunen i forbindelse med verifiseringen kommenterer at det grunnleggende problemet er mangel på leger, og ikke mangel på styringsinformasjon. Deloitte er enig med kommunen i at den grunnleggende utfordringen er mangel på leger, men mener likevel at det er viktig å bruke styringsinformasjonen til å belyse hvor omfattende utfordringen er, og vil kunne bli fremover. Dette vil kunne ha betydning for hvor omfattende tiltakene må være. Det bør etter Deloitte vurdering også synliggjøres i planer og budsjett hva som er mål for fastlegekapasiteten, og hva som er realistisk gitt utfordringsbildet.

Deloitte merker seg at kommunen i verifiseringen av rapporten opplyser at det arbeides med å lage en modell for fremtidige beregninger, og at det også arbeides med å utvikle dashboard for alle enheter. Dette kan være hensiktsmessige tiltak som legger til rette for å kunne gjøre gode vurderinger.

Deloitte mener videre at kommunen har gjort et viktig grep med å styrke de administrative ressursene til å følge opp fastlegeordningen, men vil peke på at det fortsatt er arbeid som blir satt på vent, slik som arbeidet med å ferdigstille en langsiktig målstrategi. Avdeling for fastlegeordningen har heller ikke hatt kapasitet til å jevnlig og systematisk innhente styringsdata om fastlegeordningen, og flere har pekt på at avdelingen ikke har kapasitet til stort mer enn «brannslukking». Deloitte finner dermed grunn til å stille spørsmål ved om Bergen kommune, gitt dagens utfordringsbilde, har tilstrekkelige ressurser til å følge opp fastlegeordningen. Kommunen viser til at pandemien har krevd alle ressurser i kommunens helse- og omsorgstjenester de siste årene, og at det i denne situasjonen ville vært uansvarlig å bruke ressurser på analyse og utviklingsarbeid med tanke på en fastlegekrise som er et nasjonalt problem. Deloitte anerkjenner at kommunen har stått i en krevende situasjon med pandemien, men vil fremheve at det er viktig at kvalitetsforbedringsarbeid blir tatt opp igjen nå.



# 5 Tiltak for å sikre tilstrekkelig fastlegedekning

## 5.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling:

*Har kommunen satt i verk hensiktsmessige tiltak for å sikre tilstrekkelig fastlegedekning? Under dette også:*

- *I hvilken grad opplever tidlige og eksisterende fastleger at dette er treffsikre og hensiktsmessige tiltak?*

## 5.2 Revisjonskriterier

### 5.2.1 Kommunens ansvar for tilstrekkelig antall leger

Forskrift om fastlegeordning i kommunene omtaler kommunens ansvar for å sørge for at det er et tilstrekkelig antall leger i fastlegeordningen (jf. § 4). I kommentarene til lovteksten blir det presisert at:

Kommunen må sørge for at den totale kapasiteten i ordningen er stor nok til å sikre pasient- og brukerrettighetene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen § 2, § 6 og § 7. Kapasiteten må blant annet være stor nok til at mulighetene for å bytte fastlege er tilstede. Det må også være kapasitet nok til å sikre mulighet for en «second opinion».

I pasient- og brukerrettighetsloven jf. § 2-1c går det frem at alle innbyggere i en norsk kommune har rett til å stå på en fastlegeliste, skifte fastlege inntil to ganger i året, samt få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale.

### 5.2.2 Samarbeid

Det går frem av § 8, første ledd, i forskrift om fastlegeordning i kommunene at kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene. I *Rammeavtalen mellom KS og den norske legeförening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene*, kapittel 4.1, blir det blant annet beskrevet at kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet et allmennlegeutvalg.

Allmennlegeutvalget skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. Alle kommunens fastleger skal delta i utvalget.

I henhold til rammeavtalen om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene (jf. kapittel 4.2), skal kommunen også ta initiativ til å opprette et samarbeidsutvalg. Formålet med samarbeidsutvalget er å

legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar.

Samarbeidsutvalget skal bestå av like mange representanter fra kommunen som fra fastlegene. Utvalget kan blant annet gi råd i saker som gjelder planlegging av kommunens allmennlegetjeneste med hensyn til kapasitet og lokalisering, midlertidig legemangel, kollegial fraværdekning og vikarordninger, o.l.

Se Vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

## 5.3 Datagrunnlag

### 5.3.1 Tiltakspakke for å styrke fastlegeordningen

Politikerne i Bergen kommune har vedtatt to tiltakspakker for å styrke fastlegeordningen. Den første ble vedtatt i handlings- og økonomiplanen 2021-2024, med en budsjetttramme på 5 millioner.<sup>53</sup> Videre behandlet byrådet sak om tiltak for å rekruttere og beholde fastleger i Bergen kommune 3. februar 2022, der tiltakspakken ble videreført

<sup>53</sup> Bergen kommune. *Handlings- og økonomiplan 2021-2024. Budsjett 2021*. Oppdatert tallgrunnlag etter detaljeringsaken 25.2.21.

og utvidet med flere tiltak og ytterligere midler.<sup>54, 55</sup> Totalt er det avsatt 15 millioner i 2022 for å styrke fastlegeordningen gjennom en rekke tiltak. Dette inkluderer blant annet:

- **Tiltak for å styrke enhet for allmenntillegisin** – for å styrke oppfølging av fastleger
- **Tiltak rettet mot rekruttering** – under dette blant annet tilby fastlønn til ALIS, tiltak for å gjøre det mer attraktivt å være veileder, rekrutteringstilskudd for å gjøre det attraktivt å kjøpe etablerte fastlegehjemler, tiltak for å sikre minsteinntekt når fastleger etablerer en ny fastlegehjemmel, samt kommunal utkjøpsgaranti til nye fastleger som ikke får solgt sin praksis
- **Tiltak rettet mot etablerte fastleger/fastlegekontor** – under dette blant annet gi praksiskompensasjon ved fravær grunnet sykt barn, tilskudd for å utvide/bygge om legekantor, innvilge reduksjon i listelengde i de tilfellene det er mulig
- **Etablering av kommunale legekantor** – bruk av fastlønnsstillinger og kombinasjonsavtaler<sup>56</sup>

Forslag til tiltak er arbeidet frem av en arbeidsgruppe ledet av byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet (nå byrådsavdeling for helse og omsorg). I prosjektgruppen har det deltatt representanter fra fastlegene (tillitsvalgte for næringsdrivende fastleger), etat for helsetjenester, enhet for allmenntillegisin, kommuneoverlegen, samt seksjon for plan og utvikling, seksjon for økonomi, kontrakt og areal og seksjon for HR og organisasjon.<sup>57</sup>

Midlene som byrådet har frigjort til tiltakspakken, er omprioritert fra andre budsjettposter. I intervju med ledelsen i byrådsavdelingen påpekes det at finansiering av fastlegeordningen i utgangspunktet er et statlig ansvar, og at tiltak som gir langsiktig effekt derfor må komme fra nasjonalt hold. Ledelsen i byrådsavdelingen viser til at kommunale tiltak vil måtte være kortsiktige og midlertidige ordninger med mindre det kommer øremerkede tilskudd til lokale tiltak. Deloitte får opplyst at det er avsatt midler til tiltakspakken gjennom hele kommunens økonomiplan, som strekker seg fra 2022-2025. Det påpekes av ledelsen i byrådsavdelingen at regjeringen for tiden vurderer hva som kan bli ulike mulige nasjonale løsninger på fastlegekrisen. Dersom regjeringen legger føringer som endrer rammebetingelsene i ordningen, vil også Bergen kommune måtte revurdere tiltakene som er iverksatt.

Det pekes også på at det er mulig at det må gjøres en justering i selve tiltakene eller omdisponere midler mellom de ulike tiltakene i tiltakspakken etter hvert som kommunen får mer informasjon om hvor godt tiltakene virker, og om det eventuelt er tiltak som ikke fungerer som tiltenkt. Deloitte får opplyst at det er planlagt å evaluere tiltakene i tiltakspakken etter hvert. I august 2022 opplyste kommunen at det ville skje en evaluering 6. september d.å., der tiltakene vil bli gjennomgått med formål om å se om det er tilstrekkelig med budsjett og/eller om det er behov for å gjøre justeringer. Etter det Deloitte får opplyst skulle etatsdirektør, kommuneoverlegen samt to rådgivere i byrådsavdelingen delta på møtet. I verifiseringen av datagrunnlaget av rapporten stilte Deloitte spørsmål om hvor mye midler som er brukt hittil i år, fordelt på ulike tiltak. Kommunen opplyser at det er brukt 7,5 millioner per 31.08.2022. Kommunen har ikke svart på hvordan dette fordeler seg på ulike tiltak. Deloitte stilte også spørsmål om det er gjort en vurdering av hvordan det skal måles om tiltakene har ønsket effekt, og bedt om å få oversendt en eventuell skriftlig status for evalueringen dersom dette foreligger. Deloitte har ikke fått svar på disse spørsmålene.

Både fra kommunen og fra fastlegene gis det uttrykk for at tiltakspakken er blitt godt mottatt av fastlegene, men både kommunen og flere fastleger er enige om at tiltakspakken ikke er tilstrekkelig og at det er behov for nasjonale tiltak for å redde fastlegeordningen.

### 5.3.1.1 Informasjon om tiltakspakken til fastlegene

I spørreundersøkelsen som sendt til fastlegene i Bergen kommune, går det frem at mange fastleger opplever å ikke ha fått tilstrekkelig informasjon om tiltakspakken. Kun 43 prosent av fastlegene som har svart på undersøkelsen svarer «ja» eller «delvis» på spørsmål om de har fått informasjon fra kommunen om hvilke tiltak som er iverksatt for å styrke fastlegeordningen. 51 prosent av fastlegene svarer nei.

I spørreundersøkelsen fikk fastlegene mulighet til å utdype om de hadde mottatt informasjon om tiltakspakken fra andre aktører enn kommunen. 33 fastleger svarte på dette, og av dem pekte 19 fastleger på at de har fått

<sup>54</sup> Bergen kommune. *Fastlegeprosjektet – sluttrapport med vurdering og anbefaling av tiltak for å rekruttere og beholde fastleger i Bergen kommune*. Dato: 19.01.2022.

<sup>55</sup> Bergen kommune. *Byråds sak /22. Tiltak for å rekruttere og beholde fastleger i Bergen kommune 2022-2025*. Godkjent i byrådet 03.02.2022.

<sup>56</sup> Tiltakene vil bli nærmere omtalt senere i kapitlet

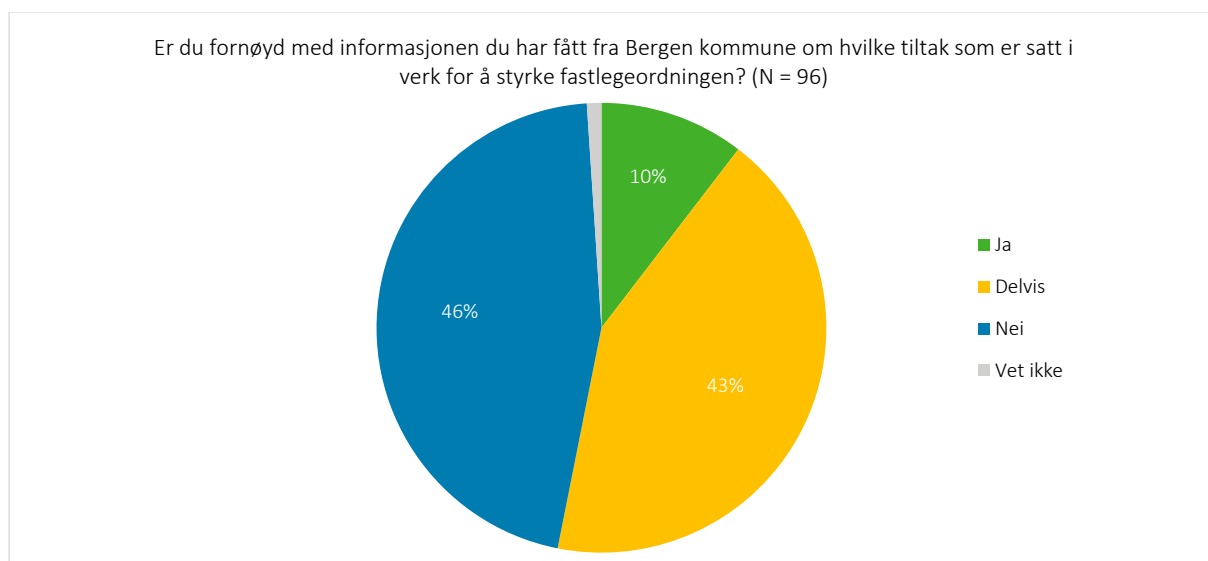
<sup>57</sup> Bergen kommune. *Fastlegeprosjektet – sluttrapport med vurdering og anbefaling av tiltak for å rekruttere og beholde fastleger i Bergen kommune*. Dato: 19.01.2022.

informasjon fra tillitsvalgte fastleger eller i ALU-møter<sup>58</sup>. Det ble også vist til at informasjon om tiltakene kom fra andre kollegaer (6 fastleger), Legeforeningen (4 fastleger) og media (3 fastleger). En fastlege oppga også å først høre om tiltakene i spørreundersøkelsen.

Det blir også i intervju med ansatte i kommunen poengtert at en del fastleger trolig ikke har kjennskap om hvilke ordninger og tiltak som er innført gjennom tiltakspakken, og at det er et forbedringspotensial i hvordan tiltakspakken har blitt fremstilt og presentert. Det blir i denne sammenheng også kommentert at det internt i kommunen har blitt gitt ulik informasjon om enkelte tiltak slik at det er usikkert hva som er gjeldende.

Fastlegene som svarte «ja» eller «delvis» på at de hadde mottatt informasjon fra Bergen kommune om hvilke tiltak som var iverksatt for å styrke fastlegeordningen, ble også spurt om de var fornøyde med informasjonen fra kommunen. Resultatene er presentert i Figur 13. Kun 10 prosent av fastlegene er fornøyde med informasjonen om tiltakene. 43 prosent er delvis fornøyde, mens 46 prosent ikke er fornøyde.

Figur 13: Fastlegenes vurdering av kommunens informasjon om tiltakspakkene



I spørreundersøkelsen fikk fastlegene som svarte «nei» eller «delvis» på spørsmål om de var fornøyd med informasjonen fra kommunen anledning til å utdype hva som kunne vært bedre. 56 fastleger har valgt å skrive utdypende kommentarer. Av disse peker flest (34 fastleger) på at de har fått for lite informasjon eller at informasjonsflyten er for lite systematisk. Det blir blant annet påpekt at det er vanskelig å søke opp informasjon om tiltakene, finne søknadsskjemaer til tilskuddsordningene eller forstå søknadsprosessen. Flere påpeker at de ønsker tydeligere informasjon om hvilke tiltak som finnes, og hvordan de kan søke på dem. Fastlegene er imidlertid noe uenige i hvorvidt e-post er et egnet kommunikasjonsverktøy til å gi slik informasjon. Mens noen etterlyser skriftlig informasjon om tiltakene per e-post, viser andre til at informasjon på e-post ofte ender opp med å forsvinne eller bli oversett. Det poengteres at det kan være mer hensiktsmessig å samle informasjon i et skriftlig forum for fastlegene eller oppdatere informasjonssiden til fastlegene på kommunens nettsider.

Per 29. august 2022 fantes det bare informasjon om ett av tiltakene fra tiltakspakken på kommunens nettsider «Informasjon til fastleger<sup>59</sup>». Dette gjaldt tiltaket om tilskudd til utvidelse av fastlegekontor, publisert 3. mars 2022. Den 6. september 2022 ble det lagt ut informasjon om ytterligere ett tiltak (praksiskompensasjon ved fravær grunnet sykt barn) på denne nettsiden.

### 5.3.1.2 Tiltaket etablere og styrke enhet for allmenntillegger

I intervju fremheves det at et viktig tiltak for å styrke fastlegeordningen, har vært å **etablere og styrke enhet for allmenntillegger**. Deloitte får opplyst fra etatsdirektør at politikerne i utgangspunktet ikke ønsker at midler til å styrke fastlegeordningen skal gå til administrasjon, men at det har vært nødvendig å styrke enheten for å sikre god forvaltningspraksis. Deler av midlene fra tiltakspakken har derfor gått til å styrke avdeling for fastlegeordningen med en juriststilling. Mens etatsdirektør i intervju peker på at de økte ressursene gjør at avdeling fastlegeordningen begynner å bli så robust at de kan håndtere en stor mengde fastleger og forespørsler fra

<sup>58</sup> Allmennlegeutvalg

<sup>59</sup> Bergen kommune. *Informasjon til fastleger*. Tilgjengelig fra: <https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/informasjon-til-fastleger>

fastlegene, eksempelvis knyttet til rekruttering, avtaleinngåelser, oppsigelser og vikarer; kommenterer andre, inkludert ledelsen ved byrådsavdelingen og avdelingen selv, at avdelingen ikke har tilstrekkelige ressurser. Fra avdelingsledelsen blir det vist til behov for økte midler til administrering av fastlegeordningen og avtaleoppfølging med fastlegene kommunen har fastlegeavtale med. Det blir vist til at det for tiden brukes mye tid på akutte saker. Det blir videre utdypet at rekrutteringsprosesser som avdelingen har ansvar for er svært ressurskrevende, på grunn av stor portefølje og aldrende fastlegekorps, samt rekrutteringsvansker generelt.

I intervju med fastleger blir det pekt på at det er bra at ressursene til å følge opp fastlegene er styrket, men det etterlyses fortsatt mer oppfølging fra kommunen og bedre kompetanse i enheten. Flere påpeker at det er ønskelig at enhet for allmenntmedisin ansetter en/flere spesialister i allmenntmedisin som har erfaring fra næringsdrift og kjenner til hvilke problemstillinger næringsdrivende fastleger står i. Som omtalt i kapittel 2.1.5 har avdelingen per i dag bl. annet jurist, overlege og ansatt med helseøkonomiutdannelse.

### 5.3.1.3 Tiltaket etablering av kommunale legekontor

Bergen kommune har to kommunale fastlegekontor; Alrek legesenter (etablert 1. september 2020), og Bergen Helsehus legekontor (etablert 1. november 2021). Etableringen av og finansieringen av de kommunale legekantorene ligger utenom tiltakspakkene for å styrke fastlegeordningen, men har hatt til hensikt å øke rekrutteringen til fastlegeyrket. Det blir påpekt at det som nyutdannet fastlege kan være tryggere å starte i en kommunal stilling for å teste ut yrket, før man eventuelt kjøper seg en praksis og går over til næringsdrift.

Flere av fastlegene Deloitte har intervjuet, stiller seg kritiske til at kommunale fastlønnsstillinger skal være en løsning på fastlegekrisen, blant annet som følge av at fastlønnsleger har kortere pasientlister og at dette blir mer kostbart for kommunen. Per august 2022 går det frem av Helse Norges nettsider at de åtte kommunale listene på Alrek Legesenter og Bergen Helsehus legekantor har listelengde på mellom 250 og 800 plasser. Arbeidsgruppen som har utarbeidet tiltak for å styrke fastlegeordningen, anbefalte i sin sluttrapport som lå til grunn for tiltakspakkene heller ikke opprettelse av flere kommunale legekantor da det vil kunne medføre negative konsekvenser i form av at det blir mindre attraktivt å kjøpe etablerte praksiser med næringsdrift. Det vises også til at det kan være en ulempe at kommunen overtar en større del av finansieringsansvaret og administrasjonen av fastlegeordningen, og at kommunale legekantor har lavere inntjening enn kontorer med næringsdrift.

Fastlegene vi har intervjuet viser også til at det har vist seg vanskelig å rekruttere og beholde fastleger på fastlønn, og det påpekes at det kommunale legekantorene har vært preget av lite stabilitet (oppsigelser og bruk av vikar) og manglende ledelse.

I forbindelse med verifiseringen stilte Deloitte spørsmål om hvor mange oppsigelser det har vært. Kommunen opplyser at det er fire leger som har sagt opp ved Alrek legesenter (to spesialister og to allmenntleger i spesialisering). Kommunen opplyser at årsaken til oppsigelsene blir oppgitt å være lav fastlønn.

Ved de to kommunale legekantoret tilbys det nå ulike avtaleformer for fastlegene. Per august 2022 er det både fastleger på fastlønn, 8.2. avtaler (der kommunen drifter legekantoret, og stiller med støttepersonell og utstyr, mens legen er selvstendig næringsdrivende og leier seg inn på kantoret) og honoraravtaler.

Bergen kommune opplyser at per september 2022 har de kommunale legekantorene følgende stillinger:

- Seks allmenntleger i spesialisering ved Alrek og Bergen Helsehus på fastlønn
- To spesialister på fastlønn i 20 prosent stilling
- En spesialist i 8.2 avtale.
- Seks leger/spesialister på honoraravtale (næring) 1-3 dager i uken – disse betjener tre hele spesialiststillinger som ikke er besatt ved Alrek legesenter

I intervju med ledelsen ved byrådsavdelingen i juni 2022 ble det pekt på at det er for tidlig å evaluere hvorvidt kommunale legekantor har vært et vellykket tiltak eller ikke. De peker på at de kommunale legekantorene ikke nødvendigvis er godt nok kjent blant nyutdannede leger enda.

En av legene Deloitte har intervjuet viser til at det i tillegg til utfordringer med stabiliteten på kantorene, også har vært utfordringer med IKT/datasikkerhet ved de kommunale legekantorene, og at det har vært en utfordring å få tilgang til pasientjournaler når legekantoret har overtatt pasientlister fra andre leger. Bergen kommune opplyser i verifiseringen at Alrek legesenter var det første legekantoret i kommunen som startet med å bruke journalsystemet CGM, og at det har vært oppstartsvansker i forbindelse med dette. Kommunen viser til at situasjonen er betydelig forbedret nå når flere enheter og legekantor har tatt journalsystemet i bruk, men at det

er en utfordring å overføre journaler fra andre journalsystem når hjemler har blitt innlemmet i de kommunale legekontorene.

#### 5.3.1.4 Tiltak rettet mot eksisterende fastleger og etablerte legekantor

Tre av tiltakene i kommunens tiltakspakke er direkte rettet mot eksisterende fastleger og etablerte legekantor.

Blant disse er **kommunal tilskuddsordning til eksisterende legesentre for å bygge om/utvide/oppgradere**. Tiltaket ble vedtatt gjennom tiltakspakke 1 i forbindelse med budsjettet for 2021 og handlings- og økonomiplan for 2021-2024.<sup>60</sup> Hensikten med tiltaket er å legge til rette for økt kapasitet eller kvalitet ved eksisterende legesentre. I budsjettokumentet vises det til at det er flere eksisterende legesentre som ønsker å utvide for å skaffe plass til flere leger eller gjøre andre oppgraderinger av lokaler og utstyr, men at fastlegene opplever at det er for høy risiko å finansiere dette selv. Ordningen er søknadsbasert og formålet med tilskuddet må tydelig være knyttet til å bedre kapasiteten eller kvaliteten ved legesenteret. Tilskuddet skal også kunne brukes av fastleger i solopraksis som ønsker å slutte seg til etablerte legesenter. Det å redusere antall solopraksiser er også et av tiltakene i Bergen kommunes plan for legetjenester for 2017-2022 som er vedtatt av bystyret.

Deloitte får i intervju opplyst at legekantor som søker om midler til utvidelse, allerede må ha blitt tildelt en nullhjemmel for å få tilskudd til utvidelse. Tilskuddet til å opprette flere kontorplasser blir opplyst så langt å være suksessfullt, der alle avsatte midler i 2021 har blitt benyttet. Deloitte får opplyst at tiltaket har bidratt til rekruttering av flere nye leger.

I 2022 ble det avsatt totalt MNOK 1,1 til dette tiltaket. Utlysning av midler er kunngjort på Bergens kommunes nettsider for fastlegeordningen.<sup>61</sup> Her fremgår også kriterier for ordningen, der det er tydeliggjort at maksimalt tilskuddsbeløp er NOK 200 000, og at et eventuelt tilskudd kan bli lavere enn omsøkt beløp.

Videre er det et tiltak å **innvilge reduksjon i listelengde til leger som ønsker dette i tilfellene der det er mulig**. I arbeidsgruppens sluttrapport med vurdering og anbefaling av tiltak er det anbefalt at Bergen kommune viderefører praksis med å innvilge reduksjon i listelengden til leger som ønsker det, dersom det er mulig. Det er mulig å innvilge to typer reduksjon: 1. uttrekk av pasienter og 2. reduksjon ved naturlig avgang (listen låses og reduseres etter hvert som pasienter bortfaller naturlig). Reduksjon i listelengde kan både gjøres for fastleger som ønsker reduksjon i listen eller ved overdragelse av hjemmel.

I rapporten pekes det på at det for fastleger som ønsker listereduksjon er foretrukket at listen reduseres ved naturlig avgang, dersom legen har anledning til å vente. Årsaken til dette er at reduksjon ved naturlig uttrekk ikke gir implikasjoner for pasienter på listen. Reduksjon ved uttrekk medfører derimot at et tilfeldig utvalg pasienter fra listen flyttes over på andre lister og dermed mister fastlegene de har hatt.

Det pekes i sluttrapporten fra arbeidsgruppen på at Bergen kommune ikke har kapasitet til å tilby uttreksreduksjon, da dette vil kreve at man har andre ledige fastlegelister å flytte pasientene til.

Videre går det frem av sluttrapporten at det anslagsvis er 4-6 leger som ønsker listereduksjon hver måned. Kommunen har ifølge rapporten ikke utarbeidet egne kriterier for å vurdere søknader om listereduksjon, og at det blir utøvd faglig skjønn i hver enkelt sak.

Når det gjelder listereduksjon ved overdragelse av hjemmel, pekes det på at det kan være utfordrende å rekruttere til hjemler med mange pasienter på listen, og at et aktuelt tiltak kan være å redusere listelengden for å gjøre hjemmelen mer attraktiv i markedet. Reduksjonen kan gjøres gjennom naturlig avgang og/eller uttrekk. Listereduksjon ved overdragelse av hjemmel forutsetter også imidlertid at det er ledig listekapasitet i kommunen slik at pasienter som blir trukket ut kan flyttes til andre lister.

Arbeidsgruppen har vurdert at tiltaket kan gi nyttevirkninger som redusert arbeidsbelastning på enkelte kontor/fastleger, bidra til å beholde fastleger som vurderer å gå ut av ordning, samt gjøre hjemler som det er vanskelig å rekruttere til mer attraktive.

Arbeidsgruppen har videre pekt på at tiltaket vil kunne medføre negative virkninger i form av netto reduksjon i kommunens fastlegekapasitet dersom tapet av listeplasser ikke kompenseres med å rekruttere nye fastleger, opprette nye hjemler eller at listene til andre fastleger økes tilsvarende. Det pekes også på at tiltaket kan gi økt rekrutteringsbehov, og resultere i økt behov for/etterspørsel etter fastlønnsavtaler.

<sup>60</sup> Bergen kommune. *Handlings- og økonomiplan 2021-2024. Budsjett 2021*. Oppdatert tallgrunnlag etter detaljeringsaken 25.2.21.

<sup>61</sup> Bergen kommune. *Tilskudd til utvidelse av fastlegeskantor eller sammenslåing av solopraksiser for 2022*. Publisert og sist oppdatert 03.02.2022.

Tiltaket har ifølge arbeidsgruppen ingen direkte kostnadsvirkninger, men kan utløse overtidsbetaling dersom pasienter flyttes over til lister drevet av kommunale fastleger eller fastleger på fastlønn.

Både i intervju og i spørreundersøkelsen som er gjennomført pekes det på at det å legge til rette for listereduksjon er et viktig tiltak for å beholde eksisterende fastleger som opplever høy arbeidsbelastning. Tiltaket oppleves også som viktig i rekrutteringsøyemed, ettersom erfaringene så langt er at nye leger ikke ønsker å overta hjemler med lange pasientlister. Trenden er ifølge flere av de intervjuede at yngre leger ønsker kortere pasientlister for å få en mer håndterbar arbeidsmengde og en arbeidsmengde som er kompatibel med privatliv/familieliv. Det pekes også på at det særlig for nyetablerte leger kan oppleves krevende å overta mange pasienter på en gang. Som kjøper av en etablert praksis kjenner man heller ikke listens «tilstand», og det kan være pasientlister der det er en del pasienter med uoppdagede tilstander, manglende journalføring og/eller andre forhold som må ryddes opp i.

I tiltakspakken er det også etablert et tiltak med å gi **praksiskompensasjon ved fravær grunnet sykt barn, inntil 10 dager i året**. Arbeidsgruppen peker i sin sluttrapport på at fastleger som jobber som selvstendig næringsdrivende har lavere sykefravær enn fast ansatte leger. Årsaken til dette er ifølge rapporten at fastlegene påføres et økonomisk tap ved sykefravær med løpende utgifter og tap av inntekter. Det påpekes at dette spesielt slår uheldig ut for fastleger med små barn. Arbeidsgruppen har følgelig prioritert å gi praksiskompensasjon for fravær grunnet sykt barn, og har ikke utredet praksiskompensasjon ved fravær grunnet egen sykdom.

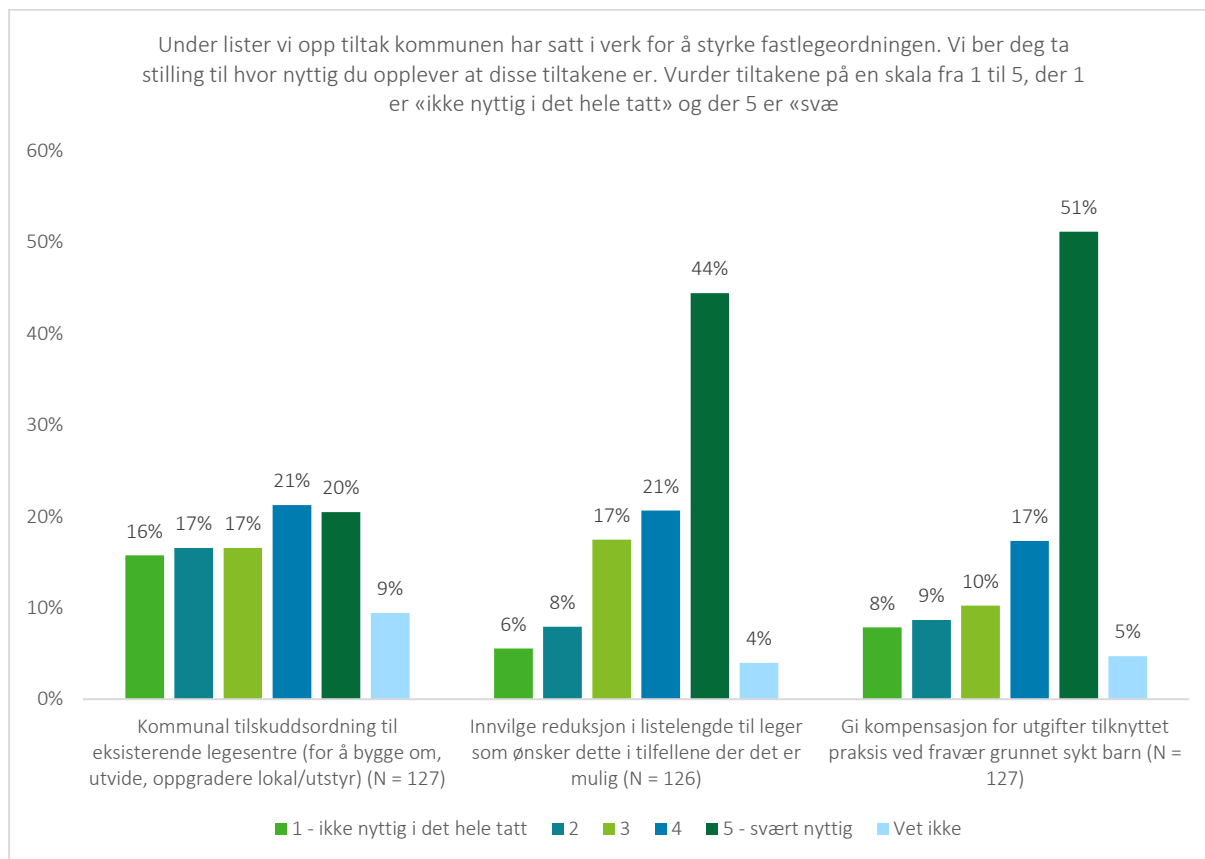
Kriteriene for tiltaket er at ordningen gjelder for fastleger med fravær grunnet sykt barn under 12 år eller når barnepasser er syk. Refusjon avgrenses til 60 % av Legeforeningens praksiskompensasjon til tillitsvalgtsarbeid og maksimalt antall fraværsdager som kan kompenseres er 10 dager uavhengig av antall barn. Kommunen opplyser at dette i kroner utgjør ca. 6000 kr per dag. Ordningen er tillitsbasert.

Flere påpeker i intervju at det å gi praksiskompensasjon for fravær grunnet sykt barn har vært et viktig signaltiltak, særlig overfor unge leger i etableringsfasen, og det gis uttrykk for at tiltaket er godt mottatt av fastlegekorpset. Enkelte av fastlegene Deloitte har intervjuet var derimot ikke kjent med at tiltaket gjaldt alle fastleger med små barn, under dette var det oppfattet at tiltaket kun gjaldt ALIS. I spørreundersøkelsen peker flere leger på at dette er et godt tiltak.

#### ***Fastlegenes vurdering av de tre tiltakene rettet mot eksisterende fastleger***

Ca. halvparten av fastlegene vurderer reduksjon i listelengde og kompensasjon for fravær grunnet sykt barn som svært nyttige tiltak. En mindre andel, rundt en av fem, vurderer den kommunale tilskuddsordningen for å utvide eksisterende legesentre som svært nyttig. Det er imidlertid stor variasjon i hvordan fastlegene vurderer dette tiltaket. Se figuren under.

Figur 14: Fastlegenes vurdering av tiltak rettet mot eksisterende fastleger



### 5.3.1.5 Tiltak rettet mot rekruttering av nye fastleger

Flere av tiltakene i kommunens tiltakspakker er rettet mot rekruttering av nye fastleger. Det går frem både i intervju og spørreundersøkelsen at en del fastleger er bekymret over at fokuset i tiltakspakkene i for stor grad er på å rekruttere nye leger fremfor å sikre bedre vilkår for eksisterende leger. Samtidig blir det fra andre påpekt at det er viktig å rette tiltak nettopp mot å rekruttere flere leger, da dette også vil kunne bedre arbeidsvilkårene til eksisterende fastleger.

Ett av tiltakene som er innført for å øke rekrutteringen av fastleger, er en **kommunal utkjøpsgaranti** for nyetablerte fastleger som ikke får solgt sin praksis. I Handlings- og økonomiplanen 2021-2024<sup>62</sup> blir tiltaket beskrevet på følgende måte:

*Det viser seg at mange unge leger vurderer det som en for stor risiko å overta en fastlegeliste. Et av tiltakene for å redusere risikoen er en ordning der fastlegene gis en mulighet til å selge fastlegelisten til kommunen innen en gitt periode fra listen er lagt ut for overdragelse. En slik ordning vil senke terskelen for nye leger å starte i egen næring. Tiltaket skal utredes nærmere før det iverksettes.*

Deloitte får opplyst i intervju at tiltaket innebærer at dersom noen kjøper en fastlegepraksis, og senere ønsker å gå ut av ordningen, men ikke får solgt praksisen, så kjøper kommunen den. Det blir vist til at ordningen er avgrenset til 95 prosent av kjøpesummen av en praksis opp til 800 000 kr. Deloitte har sett tiltaket omtalt i flere utlyste ledige fastlegehjemler i august 2022, se eksempel under:

<sup>62</sup> Bergen kommune. Handlings- og økonomiplan 2021-2024. Budsjett 2021. Oppdatert tallgrunnlag etter detaljeringsaken 25.2.21.

Figur 15: Skjermdump fra en utlyst ledig fastlegehjemmel i Årstad bydel. Hentet 31.08.2022 fra legejobber.no

**Vi tilbyr**

- Utkjøpsgaranti innenfor de første 3 år med ramme på 95% av kjøpesum begrenset oppad til 800.000,-
- Offentlig allmennmedisinsk legearbeid kan ved ønske utsettes i en oppstartsfase
- Alis-avtale med refusjon av utgifter tilknyttet spesialisering inntil kr. 300.000/år
- Listegaranti for basistilskudd på opptil 700 pasienter i inntil 2 år etter oppstart
- Praksiskompensasjon ved fravær grunnet sykt barn, 10 dager/år

I intervju viser representanter fra kommunen til at tiltaket i stor grad ble innført etter ønske fra fastlegekorpset, ettersom det gir en trygghet til å gå inn i ordningen for nyutdannede leger i etableringsfasen. Det pekes samtidig på at tiltaket har blitt lite brukt. Det blir pekt på at dette på en side er positivt, ettersom det tyder på vellykket rekruttering. Kommunen vil imidlertid foreslå en omdisponering av midlene dersom de fortsetter å stå ubrukt, slik at midlene kan brukes på andre tiltak.

Deloitte har etterspurt kriterier for søknader om midler fra tiltakspakken, og får opplyst at det er etablert kriterier og søknadsskjema for etableringstilskuddet/sammenslåing av solopraksiser samt søknad om dekning for supervisjon av ALIS og for praksiskompensasjon etter møter, nattvakt og sykt barn. Deloitte har derimot ikke mottatt kriterier for den kommunale utkjøpsgarantien. I intervju med ledelsen for byrådsavdelingen i juni 2022 får Deloitte opplyst at kommunen undersøker om denne utkjøpsordningen er innenfor regelverket, og viser til at kommunen ikke kan gi garantier om kjøp av praksis. Kommunen opplyser også at de også vurderer lovligheten av flere av de andre tiltakene. Det blir vist til at ettersom tiltakene i praksis er subsidiering av næringsdrift, må eventuelle tiltak vurderes innenfor kommunens juridiske handlingsrom. Deloitte har i forbindelse med verifisering av datagrunnlaget etterspurt hva som er status for disse vurderingene. Kommunen (v/etatsdirektør i etat for helsetjenester) gir følgende tilbakemelding på dette:

Denne vurderingen ligger hos KS og vår byrådsavdeling. Vi kjenner ikke til status og heller ikke om det er flere tiltak som vurderes.

Intervjuede fastleger opplever også utkjøpsgarantien som et nyttig tiltak for å gjøre det mindre risikofyllt å gå inn i fastlegeordningen. Samtidig blir det også påpekt at utkjøpsgarantien ikke dekker hele kjøpesummen til en praksis, og at tiltaket derfor forutsetter at nye fastleger må ha en viss risikovillighet. En fastlege kommenterer at det kan være hensiktsmessig å heve beløpet på utkjøpsgarantien for en periode, slik at det oppleves mindre risikofyllt å tre inn i ordningen.

Det blir både i intervju og spørreundersøkelsens åpne kommentarfelt vist til at det ville vært hensiktsmessig dersom utkjøpsgarantien ikke hadde en utløpsdato, men også kunne benyttes av etablerte fastleger (altså med tilbakevirkende kraft). Noen fastleger kommenterer også at det burde vært en utkjøpsgaranti for fastleger som går av med pensjon som ikke får solgt praksisen sin på markedet, og henviser til at salg av praksis er midler som er tiltenkt pensjon og som den aktuelle legen taper med mindre man har en forsikringsavtale.

For å øke rekrutteringen til fastlegeyrket, er et annet tiltak **opprettelse av flere nullhjemler**. Deloitte får opplyst at kommunen særlig ønsker å tildele nullhjemler i bydeler med lav fastlegekapasitet for å utjevne noen av de geografiske forskjellene mellom bydelene. Samtidig blir det påpekt at ettersom behovet for fastleger er stort i hele kommunen, blir nullhjemler etablert i alle bydeler der det er mulig.

Videre er det et tiltak å **sikre minsteinntekt for nullhjemler**. Tiltaket blir i Handlings- og økonomiplanen 2021-2021<sup>63</sup> beskrevet på følgende måte:

*Ved oppstart i nyopprettet fastlegehjemmel vil legen starte med en pasientliste uten listepasienter, såkalt null-liste. Legen vil normalt drive med underskudd inntil antallet tilmeldte listepasienter er blitt høyt nok til å generere overskudd. En ordning med mål om å lette oppstart av null-lister, vil gjøre det lettere å starte opp. Byrådet foreslår at gis tilskudd tilsvarende 700 pasienter fra første dag og inntil faktisk listelengde*

<sup>63</sup> Bergen kommune. Handlings- og økonomiplan 2021-2024. Budsjett 2021. Oppdatert tallgrunnlag etter detaljeringsaken 25.2.21.



*overstiger 700. I dagens situasjon med få ledige listeplasser, og hvor stadig flere av de eksisterende fastlegene ønsker å redusere sitt listetak, antas det at nye null-lister fylles raskt opp.<sup>64</sup>*

I intervju peker flere fastleger på at det også er andre fordeler med å starte i en nullhjemmel sammenlignet med en etablert hjemmel. Det tar eksempelvis relativt kort tid (to-tre måneder) å bygge opp en ny nullhjemmel i kommunen fordi legemangelen i Bergen er så stor. Til sammenligning kan etablerte hjemler være mindre attraktive fordi de har svært lange pasientlister, i tillegg til at kjøperen ikke kjenner til listens «tilstand». Det blir vist til at det eksempelvis kan være pasienter med uoppdagede sykdommer, dårlig journalføring eller andre forhold som må ryddes opp i.

Det går også frem av intervju med både kommunen og fastleger at mange fastleger opplever det som mer attraktivt å begynne i en nullhjemmel fremfor en etablert hjemmel når man er sikret et inntektsgrunnlag.

Kommunen har imidlertid også iverksatt tiltak for å gjøre det mer attraktivt å kjøpe en etablert hjemmel, i form av et **rekrutteringstilskudd til nye leger som går inn i en etablert hjemmel**. Tilskuddet skal stimulere leger til å kjøpe fastlegepraksiser over en gitt listestørrelse som er vanskelig å omsette. I sluttrapporten fra arbeidsgruppen som har foreslått tiltak<sup>65</sup> står det at følgende kriterier skal være førende for å motta rekrutteringstilskuddet:

- Ordningen gjelder hjemler som har vært utlyst flere ganger
- Tilskuddet avgrenses oppad til 200 000 kroner
- Størrelsen på tilskuddet foreslås vurdert ut fra følgende forhold:
  - Listestørrelse
  - Hjemler ved flerlegekontor
  - Legedekning i geografisk område
- Total utbetaling av rekrutteringstilskudd må begrenses oppad til avsatt budsjetttramme for tiltaket
- Tilskuddet kommer i fratrett ved ev. benyttelse av utkjøpsgaranti

Det går videre frem av rapporten at ytterligere kriterier må utarbeides før ordningen iverksettes, og at tiltaket skal evalueres etter ett år fra og med iverksettelsesdato. Deloitte har etterspurt, men ikke mottatt kriterier for dette tiltaket. Deloitte kan heller ikke se at midler er kunngjort på kommunens nettsider for fastleger, og det fremgår heller ikke av utlysninger av ledige fastlegehjemler at det er mulig å få tilskudd til å gå inn i etablert hjemmel.<sup>66</sup> I forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten opplyser kommunen at tiltaket er brukt ved tildeling av to hjemler.

I intervju med avdeling for fastlegeordningen i mars 2022 blir det pekt på at summene som er avsatt for ulike tiltak er lave. Som eksempel vises det til at rekrutteringstilskuddet som skal stimulere til kjøp av etablerte hjemler er på totalt NOK 600 000, samtidig som at det til enhver tid er ca. 20 ledige hjemler i kommunen som i snitt koster rundt NOK 1 mill. å kjøpe.

Også i spørreundersøkelsen peker noen fastleger på at det kunne vært nyttig å øke rekrutteringstilskuddet til kjøp av etablerte praksiser.

### ***Fastlegenes vurdering av de tre tiltakene rettet mot rekruttering***

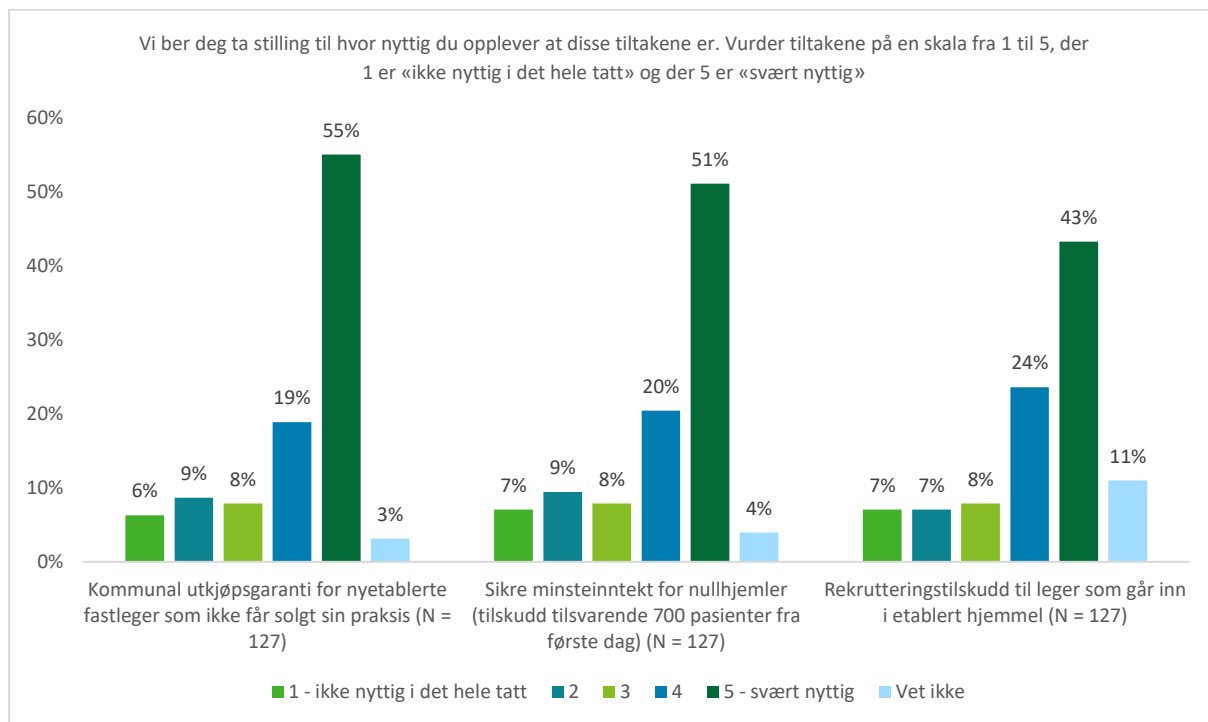
En høy andel av fastlegene mener at kommunal utkjøpsgaranti, sikring av minsteinntekt for nullhjemler og rekrutteringstilskudd til leger som går inn i etablert hjemmel er nyttige tiltak (flertallet av fastlegene har rangert tiltakene som 4 og 5, på en skala på 1 til 5 der 5 er svært nyttig). Se figuren under.

<sup>64</sup> Det presiseres i handlings- og økonomiplanen at regjeringens handlingsplan allerede dekker tilskudd tilsvarende 500 pasienter fra første dag i maksimalt to år. Kommunens utgift til et tilskudd opp til 700 på samme premisser vil dermed være avgrenset til 200 listepasienter.

<sup>65</sup> Bergen kommune. *Fastlegeprosjektet – sluttrapport med vurdering og anbefaling av tiltak for å rekruttere og beholde fastleger i Bergen kommune*. Dato: 19.01.2022.

<sup>66</sup> Deloitte har undersøkt to ledige fastlegehjemler som lå ute på legejobber.no 31.08.2022. Dette gjelder begge som næringsdrivende fastlege, den ene ved Rolland legesenter, søknadsfrist 2. oktober 2022, den andre ved Helse Pluss Legesenter, søknadsfrist 2. oktober 2022.

Figur 16: Fastlegenes vurdering av tiltak rettet mot rekruttering



#### 5.3.1.6 Tiltak som er spesifikt rettet mot rekruttering og oppfølging av allmennleger i spesialisering

I tillegg til rekrutteringstiltakene som vi har omtalt over, er det også etablert flere tiltak som er spesifikt rettet mot **rekruttering og oppfølging av allmennleger i spesialisering**, såkalte ALIS.

Fra mars 2017 er det som nevnt et krav om at leger som ansattes som fastlege eller inngår fastlegeavtale med kommunen må være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Leger som er under spesialisering, har krav på veiledning. I sluttrapporten fra kommunens fastlegeprosjekt er det definert totalt fem tiltak som er direkte rettet mot allmennleger i spesialisering og/eller oppfølging rettet mot veiledning/supervisjon og oppfølging av leger i spesialisering.

Tiltak som er direkte rettet mot leger i spesialisering i allmennmedisin er at Bergen kommune skal tilby **fastlønn til et begrenset antall nye leger i spesialisering** i en tidsavgrenset periode. Det blir i sluttrapporten fra fastlegeprosjektet pekt på at det kan være terskler for leger i spesialisering å gå inn i næringsdrift, og at tiltaket kan gjøre det mer attraktivt å etablere fastlegepraksis dersom det tilbys fastlønn. Samtidig pekes det i rapporten på at fastlønn bryter med hovedmodellen for fastlegeordningen, samt flere andre negative virkninger slik som at fastlønte fastleger har lavere inntjening enn næringsdrivende fastleger. I tillegg er det plan om å utarbeide en plan for ALIS, der ulike tiltak som allerede er påbegynt skal sys sammen til en samlet overordnet plan for leger i spesialisering. I sluttrapporten blir det pekt på at tiltaket ikke har noen direkte kostnadsvirkninger for kommunen, men at det binder opp administrative ressurser til planarbeid. Deloitte har i forbindelse med verifiseringen av datagrunnlaget i rapporten spurt om status for denne planen. Kommunen opplyser at HOD<sup>67</sup> i samarbeid med ALIS-kontorene har laget mal for ALIS-plan som Bergen kommune vil følge.

Videre er det tre tiltak som er rettet mot veiledning/supervisjon av ALIS. Et av tiltakene er **økt timesats for veiledning og supervisjon av ALIS**, under dette **tilskudd til veiledere**. Ordningen innebærer at Bergen kommune gir ekstra tilskudd til veiledning av ALIS på toppen av det statlige tilskudd fra Helsedirektoratet dekker for denne oppgaven. Det blir pekt på at dette vil bidra til at tilskuddet harmonerer mer med tilskudd fastlegene får for andre oppgaver de gjør.

Et annet tiltak er etableringen av en **kompensasjonsordning for legekantor med ALIS**. I sluttrapporten fra fastlegeprosjektet pekes det på at legekantorene har utgifter forbundet med å ha ALIS ved et fastlegekantor, under dette tid til **supervisjon**: «Supervisjon handler om å gi råd, og vurdere kandidaten i den praktiske hverdagen. Det foreligger ingen nasjonal avtale om honorering av næringsdrivende fastleger som går inn i rollen som supervisorer. Bergen kommune har heller ikke etablert en lokal kompensasjonsordning for tid medgått til

<sup>67</sup> HOD står for Helse- og omsorgsdepartementet

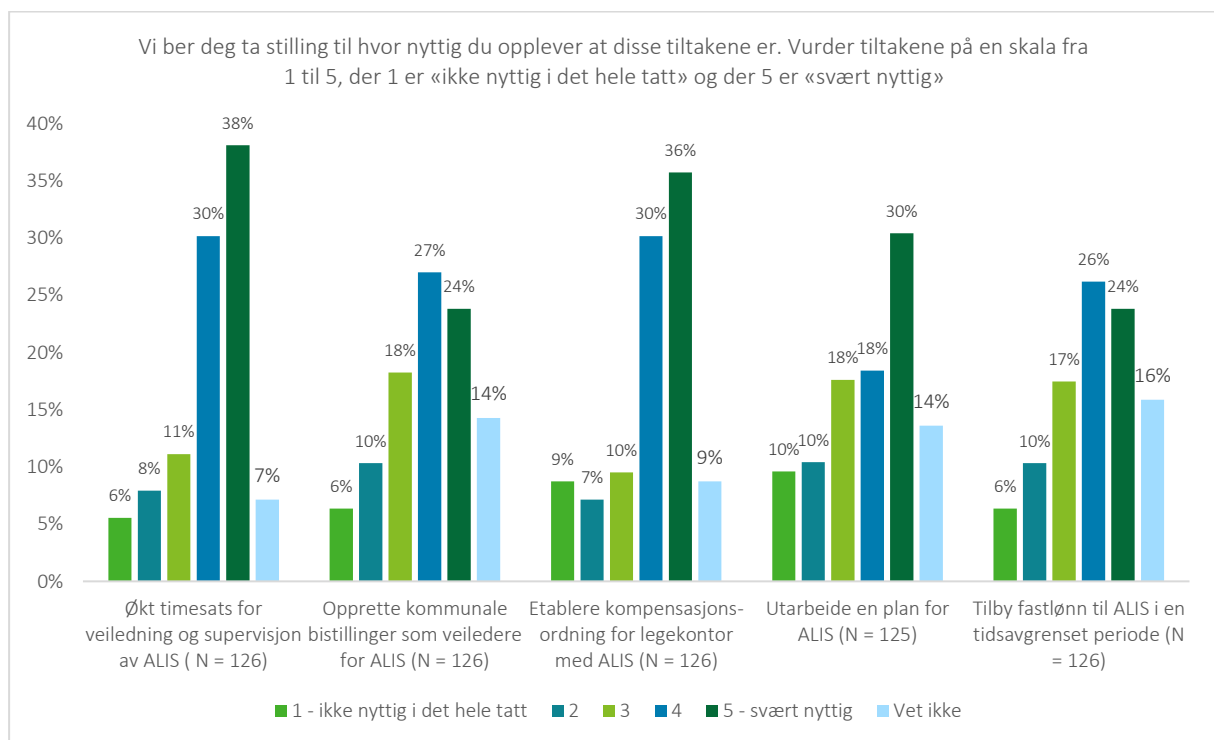
supervisjon til legekontorer som har ALIS. Behovet for supervisjon vil variere fra kandidat til kandidat, og kan dermed være vanskelig å kvantifisere». I rapporten pekes det på at tiltaket vil gjøre det mer attraktivt for etablerte legekontor å ta inn ALIS, samt sikre fastleger praksiskompensasjon for supervisjon på lik linje med andre beslektede oppgaver.

Det er også etablert et tiltak om å **opprette kommunale bistillinger som veiledere for ALIS**, der spesialister ansettes i en bistilling i kommunen som veiledere. I rapporten pekes det blant annet på at forventet nyttevirkning er at dette sikrer stabilitet og forutsigbarhet rundt veiledningen av nye leger, at gode veiledningsordninger bedrer rekruttering av nye leger, og at det å introdusere et skille mellom veileder- og supervisorrollen vil gjøre oppgaven mer overkommelig.

### Fastlegenes vurdering av tiltak rettet mot ALIS

Et flertall av fastlegene som har svart på undersøkelsen mener at tiltakene som er rettet mot ALIS er nyttige. Se figuren under.

Figur 17: Fastlegenes vurdering av tiltak rettet mot ALIS



I intervju er det enkelte fastleger som påpeker at det ikke er en garanti for at ALIS-legene blir værende i kommunen etter fullført spesialisering, og at det dermed kan være uheldig å bruke mye ressurser på å rekruttere ALIS-leger dersom de velger å slutte.

Avdeling for fastlegeordningen har også stilt spørsmål ved enkelte av tiltakene rettet mot ALIS. Som eksempel vises det til at kommunen har satt av midler til å styrke honoraret for veiledning og supervisjon av ALIS, til tross for at veiledning allerede er honorert gjennom Helsedirektoratet. I intervju med avdelingen blir det vist til at det ikke har vært spesielt utfordrende å skaffe veiledere. Samtidig merker Deloitte seg at flere leger som er intervjuet påpeker at kommunen ikke har nok veiledere. Kommunen deler ikke denne oppfatningen, og viser til at det er et tilstrekkelig antall veiledere per i dag (per august 2022).

I den første delen av spesialistutdanningen (LIS1) – uavhengig av spesialitet – skal legene først gjennomføre et års praksis ved sykehus og deretter gjennomføre seks måneders praksis i kommunen. Dette erstatter den tidligere «turnustjenesten». I intervju blir det vist til at LIS1 som er i praksis i kommunen er en viktig rekrutteringskanal, da legene blir kjent med arbeidsformen som fastlege. Enhetsleder for enhet for allmenmedisin viser til at kommunen driver et omfattende rekrutteringsarbeid rettet mot denne gruppen, blant annet gjennom å ha tett kontakt med veiledere og sørge for at turnuslegene får gode opplevelser fra turnustiden. Avdeling for fastlegeordningen peker også på at det blir holdt samlinger og veiledningsgrupper, men viser også til at legekantorene har et viktig ansvar i å ivareta og følge opp LIS1-legene. Deloitte får opplyst at 5 av 16 turnusleger ble rekruttert til Bergen kommune

i 2021. En av disse inngikk kommunal stilling som lege på en helsestasjon, mens de resterende fire startet som ALIS i fastlegeordningen.

Også Legeforeningen viser til at leger i spesialisering, samt også medisinerstudenter i praksis, er en viktig rekrutteringskanal for kommunen, og understreker at det derfor er viktig å gi studenter og leger i spesialisering en god opplevelse når de jobber i kommunen. Det pekes også på at det å ha en plan og systematisk oppfølging av nyansatte fastleger, er svært viktige tiltak for å beholde fastlegene. Det pekes blant annet på at det er mange leger som kjenner seg alene i praksis, på grunn av høyt arbeidspress og at det ikke er tilstrekkelig tid til kollegialt samarbeid og sosialisering, noe som kan medføre at det ikke fremstår attraktivt å fortsette i yrket.

Videre pekes det også på at såkalte «turnusventere» som venter på LIS1 stilling<sup>68</sup> kan ansettes i et vikariat som fastlege (jf. unntak i forskrift om kompetansekrav for leger). Flere fastleger viser til at fastlegekontorene er en viktig rekrutteringsarena for både turnusventere og andre som tar et fastlegevikariat, gitt at legen får god oppfølging og veiledning på kontoret og følgelig et godt inntrykk av hvordan det er å arbeide som fastlege. En av legene viser til eksempel fra eget fastlegekontor der flere fastlegevikarer som har vært på kontoret har søkt på fastlegehjemler i kommunen i etterkant.

#### 5.3.1.7 Fastlegenes samlede vurdering av tiltak for å styrke fastlegeordningen og innspill andre tiltak

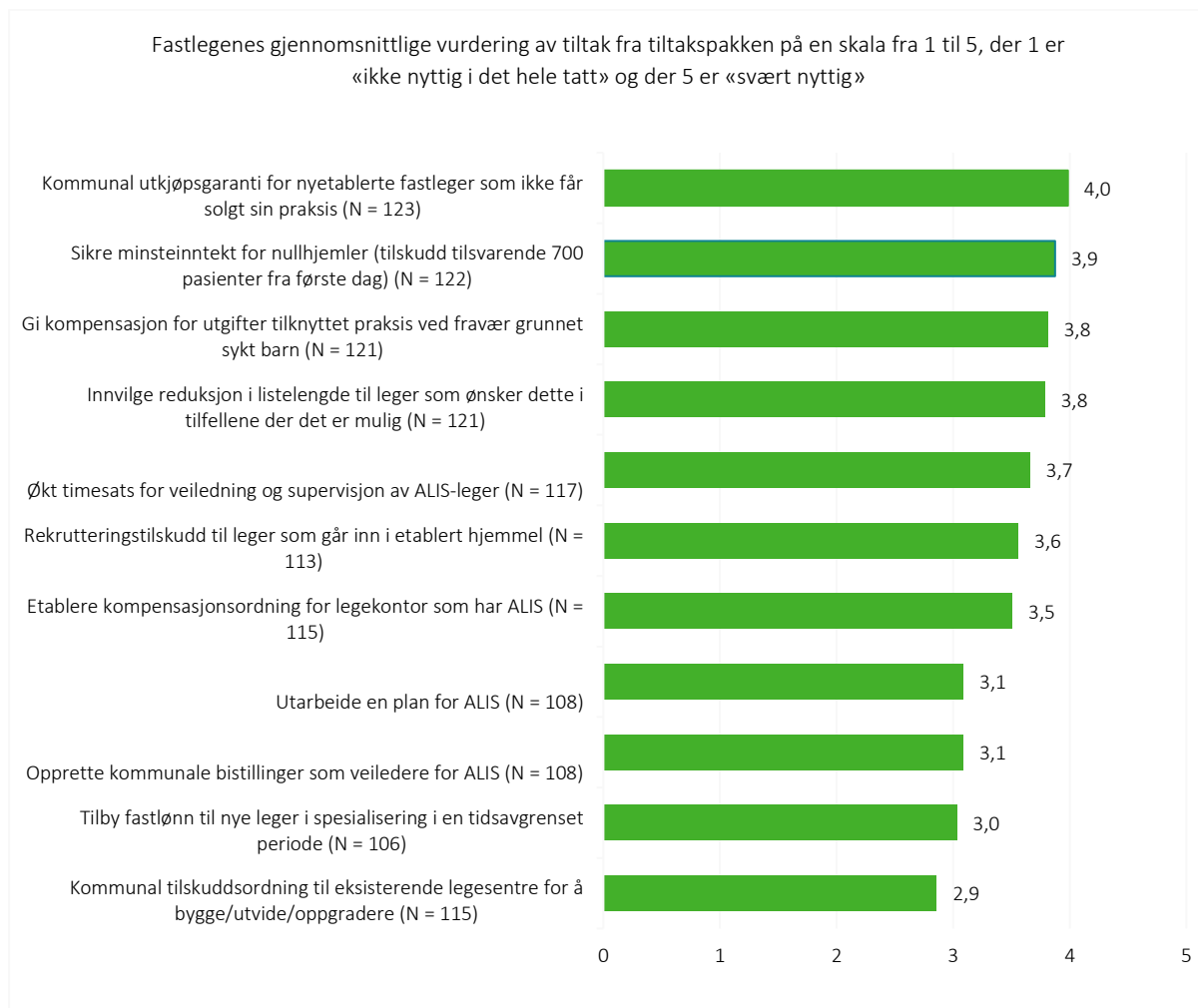
Når vi ser samlet på tiltakene fastlegene har uttalt seg om i spørreundersøkelsen, under dette hvordan ulike tiltak i gjennomsnitt blir vurdert, er det den kommunale utkjøpsgarantien for nyetablerte fastleger som ikke får solgt sin praksis som blir vurdert som mest nyttig. (jf. figuren under).

Kommunal tilskuddsordning til eksisterende legesentre for å bygge om/utvide kontoret og å tilby fastlønn til nye leger i spesialisering vurderes i snitt å være de minst nyttige tiltakene av fastlegene som har svart på spørreundersøkelsen.

---

<sup>68</sup> I intervju pekes på at det er en utfordring nasjonalt at det er opprettet for få LIS1-plasser, noe som innebærer at flere blir «turnusventere» etter medisinstudiet. Deloitte får opplyst at Statsforvalteren fra 1. september har besluttet å øke antallet LIS1 i Bergen fra 10 til 15 plasser i halvåret.

Figur 18: Fastlegenes gjennomsnittlige vurdering av kommunens tiltak for å styrke fastlegeordningen<sup>69</sup>

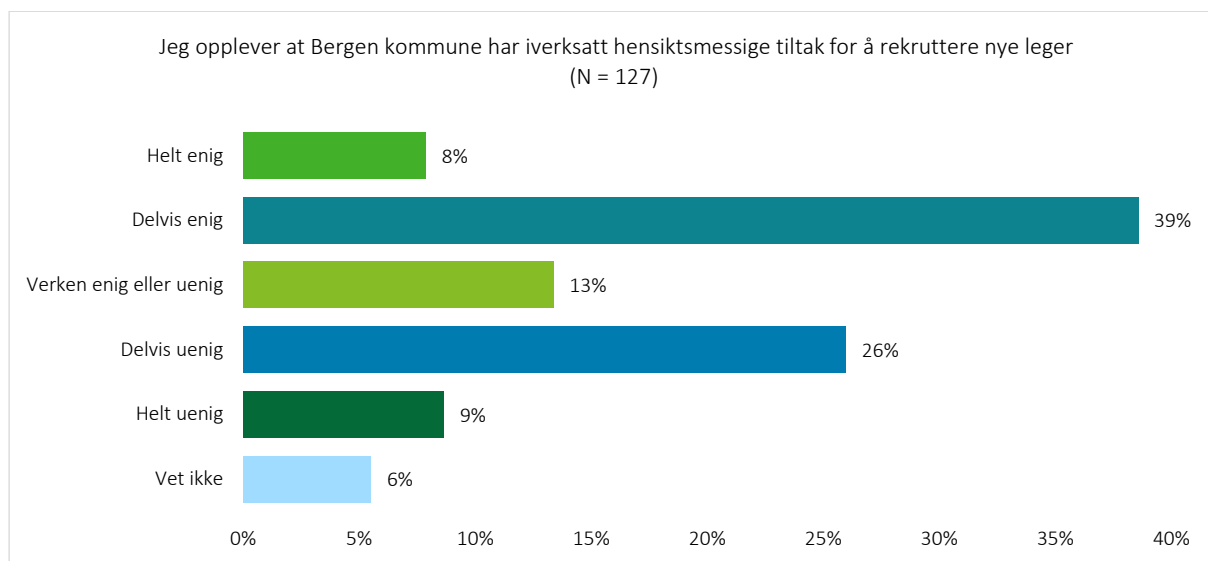


I figuren over har vi som nevnt beregnet gjennomsnittet for hvordan fastlegene vurderer ulike tiltak, noe som kan gi en pekepinn på hvilke tiltak som blir opplevd som mest nyttig. Men vi har også spurt fastlegene om de samlet sett opplever at Bergen kommune har iverksatt hensiktsmessige tiltak for å rekruttere nye leger og for å beholde eksisterende fastleger.

Nær halvparten av fastlegene (47 prosent) mener at Bergen kommune har iverksatt hensiktsmessige tiltak for å rekruttere nye leger (jf. figuren under). Det er samtidig en forholdsvis høy andel (35 prosent) som mener at kommunen ikke har iverksatt hensiktsmessige rekrutteringstiltak.

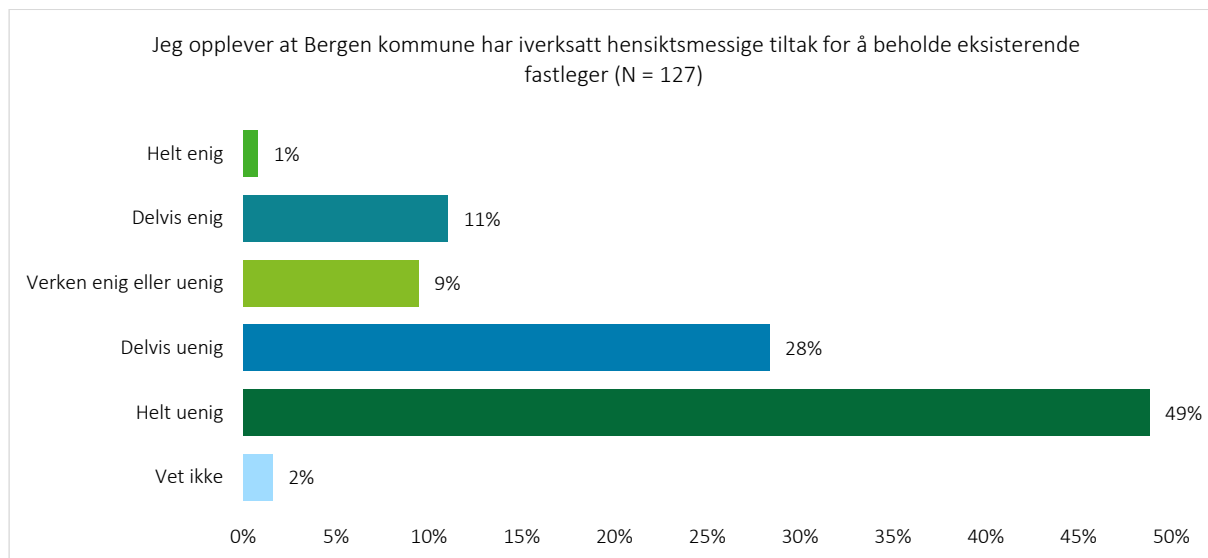
<sup>69</sup> Respondenter som har svart «vet ikke» er ekskludert fra denne figuren, og ikke tatt med i beregningen av gjennomsnittlig verdi.

Figur 19: Fastlegenes opplevelse av hvorvidt kommunen har iverksatt hensiktsmessige tiltak for å rekruttere nye leger



Til sammenligning mener mer enn 3 av 4 fastleger at Bergen kommune *ikke* har iverksatt hensiktsmessige tiltak for å beholde eksisterende fastleger (jf. figuren under).

Figur 20: Fastlegenes opplevelse av hvorvidt kommunen har iverksatt hensiktsmessige tiltak for å beholde eksisterende fastleger



I spørreundersøkelsen fikk fastlegene mulighet til å utdype hvilke **andre tiltak** de så behov for å rekruttere nye fastleger eller beholde eksisterende fastleger. Ca. 45 fastleger har pekt på at **basistilskuddet bør økes og/eller at listelengden bør reduseres** som et tiltak for å beholde eksisterende leger. Mange peker på at det å øke basistilskuddet er nødvendig for å kunne redusere listelengden (og dermed arbeidsmengden) uten at inntektsgrunnlaget blir betydelig redusert.

Men reduksjon av listelengde og økning av basistilskudd blir også påpekt av mange som et tiltak som skal lette rekrutteringen til yrket. En fastlege skriver:

*«For at rekruttering skal fungere tror jeg at de gamle legene må ha kortere lister slik at det er mulig å ta over uten enorm arbeidsbyrde, og basistilskudd heves (viktigste tiltak), samt alle de gode tiltak som er i tiltakspakken. Det er ingen lønnskamp, men sikker lønn er viktig for rekruttering.»*

I mediasaker blir det vist til at andre kommuner, blant annet Bjørnafjorden<sup>70</sup>, har økt basistilskuddet for sine leger. Ledelsen i byrådsavdelingen viser i intervju med Deloitte til at Bergen kommune ikke har valgt å øke basistilskuddet som en lokal ordning, men at Bergen kommune har spilt dette inn som forslag til et nasjonalt tiltak for å styrke fastlegeordningen. Årsaken til at kommunen ikke ønsker å øke basistilskuddet lokalt, er knyttet til at det kan oppstå en konkurransesituasjon mellom kommunene i regionen. Det blir vist til at kommunen i arbeidet med tiltakspakken har vært opptatt av å få på plass målrettede tiltak som sikrer nok fastleger til byens befolkning, men samtidig har det regionale perspektivet vært viktig, blant annet at kommunen ikke skal utkonkurrere andre kommuner med hensyn til vilkår for fastlegene. Det blir pekt på at Bergen kommune har et ansvar for å ikke utarbeide så omfattende og attraktive tiltak at det vil bli lite attraktivt å arbeide som fastlege i omkringliggende nabokommuner.<sup>71</sup> Ledelsen i byrådsavdelingen viser videre til at ulikt nivå på basistilskuddet fra kommune til kommune vil gjøre at fastlegeordningen er ulik fra sted til sted, og at nivået er avhengig av den enkelte kommunes økonomi.

Videre er det en rekke av legene i spørreundersøkelsen (ca. 35 leger) som har pekt på behov for **tiltak som er knyttet til legevakt og/eller kommunal bistilling**. De aller fleste av disse peker på behov for fritak for disse oppgavene, men noen peker på at arbeidet må gjøres på frivillig basis eller kompenseres bedre.

Flere (ca. 20 leger) peker også på at kommunen bør etablere en **vikarpool/kommunal vikarordning** som kan benyttes ved fravær (som omtalt i kapittel 3). Dette ble også spilt inn som tiltak som kommunen bør følge opp av arbeidsgruppen i fastlegeprosjektet. Enhetsleder ved enhet for allmennmedisin viser til at en vikarpool vurderes utfordrende å få til på nåværende tidspunkt ettersom kommunen allerede har utfordringer med å rekruttere fastleger og vikarer til kommunen, og at det per i dag arbeides med de tiltakene som er vedtatt og avsatt midler til. Etatsdirektøren viser til at det kan være aktuelt å arbeide med tiltak som ikke er vedtatt i forbindelse med tiltakspakken på sikt.

I tillegg er det kommet forslag om en rekke andre tiltak, fremmet av en mindre andel leger. Dette inkluderer utkjøpsgaranti for fastleger som skal avgå med pensjon, flere sosiale ordninger og økonomisk kompensasjon for mer kursvirksomhet og tilby høyere tilskudd til utvidelser og investeringer i lokaler. Enkelte peker også på behov for å opprette flere fastlønnsstillinger.

### 5.3.2 Samarbeid mellom kommunen og fastlegene

Samarbeid med både fastleger og andre aktører er et virkemiddel for å få oversikt over fastlegesituasjonen og hva som kan være egnede tiltak for å sikre gode tjenester med tilstrekkelig kapasitet.

#### *Formelle samarbeidsorgan*

Det er etablert et samarbeidsutvalg, **legenes samarbeidsutvalg (LSU)**, som er det formelle samarbeidsorganet mellom fastlegene og kommunen. Møtene i LSU blir avholdt en gang i måneden, og gjennom pandemien har møtehyppigheten også vært oppe i ukentlige møter etter behov. I LSU er kommunen og fastlegene representert med fire representanter hver. Fra kommunen stiller kommuneoverlegen, en seksjonssjef fra byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet, etatsdirektør for etat for helsetjenester og enhetsleder for enhet for allmennmedisin. Fra fastlegene stiller fire tillitsvalgte (tillitsvalgte for næringsdrivende leger). Lederskapet rulleres mellom kommunen og legene. Per i dag er det fastlegene som har lederskapet i LSU. Deloitte får opplyst at fastlegene og kommunen har lik rett til å sette saker på agendaen i LSU, og at det er forventet at begge parter tar initiativ til saker.

De siste årene har sakene i LSU i stor grad omhandlet pandemihåndtering og fastlegekrisen. Både representanter fra kommunen og representanter fra legesiden peker på et godt samarbeid i LSU, og at dette er et godt egnet forum for å diskutere tilstanden og behov for tiltak/endringer. Det blir også pekt på at samarbeidet i LSU bidrar til større forståelse for hverandres roller og ansvar. Når det gjelder fastlegeordningen spesifikt, blir det blant annet kommentert at det oppleves at kommunen og fastlegene ønsker samme retning på arbeidet med å styrke ordningen, men at mulighetsrommet påvirkes av kommunens økonomiske rammer.

LSU har rett til å uttale seg før kommunen tildeler nullhjemler, som er ett av tiltakene som er iverksatt for å styrke ordningen. Det blir pekt på at uttalelsesretten kommer fra en periode lenger tilbake i tid der opprettelsen av nye hjemler og lokalisering av hjemler hadde større betydning enn i dag. Nå som det er store rekrutteringsutfordringer i hele kommunen, blir det opplyst at det er mindre viktig hvilken bydel hjemmelen blir opprettet i, og at forhold

<sup>70</sup> Bergens Tidende: [Nå får Jon bedre betalt pr. pasient. Bergen vil ikke gi samme lukrative avtale](#). Publisert 16.08.2022.

<sup>71</sup> Økning av basistilskudd (økning av det tilskuddet legene får per pasient) må ikke forveksles med tiltaket kommunen har innført som innebærer at nye fastleger får listegaranti for basistilskudd på opptil 700 pasienter i inntil 2 år etter oppstart.

ved det enkelte legekantoret spiller en større rolle. Samtidig skal LSU uttale seg om etablering av nullhjemler fordi det er en fare for at *for mange* nullhjemler gir et usikkert inntektsgrunnlag for dem som skal etablere seg med slike.

Flere kommenterer i intervju at samarbeidet i LSU har blitt bedre de siste årene. Blant annet trekkes det frem at fastlegene opplevde å være tett involvert i kommunens pandemihåndtering, der det også jevnlig ble sendt ut informasjon til hele fastlegekorpset. Tiltaket med luftveisklinikker avlastet også fastlegene. I spørreundersøkelsen til fastlegene spurte Deloitte fastlegene om hvorvidt de opplever at LSU er et velfungerende samarbeidsforum mellom kommunen og fastlegene. Bare et mindretall svarer ja (16 %). En tredjedel av legene svarer at det delvis opplever at dette er et velfungerende samarbeidsforum, mens en femtedel svarer nei. Den siste tredjedelen (31 %) svarer vet ikke.

I tillegg til LSU, er det **etablert et Allmennlegeutvalg (ALU)** som er fastlegenes eget organ. Kommuneoverlegen stiller fra kommunen i utvalget, men kommunen har ellers ikke faste representanter i utvalget. Representanter fra kommunen kan inviteres til eller selv forespørre om å få delta i ALU for å orientere om relevante forhold, eksempelvis informasjon fra andre byrådsavdelinger. ALU pekes på å være et viktig fora for å dele informasjon mellom kommunen og fastlegekorpset, men både i intervju og i referater fra LSU pekes det på behov for å øke deltakelsen fra fastlegekorpset i ALU-møtene.

I undersøkelsen peker flere på at **informasjonsflyten internt i kommunen** knyttet til arbeid om fastlegeordningen kunne vært bedre og at avdeling for fastlegeordningen burde vært mer involvert blant annet ved å være representert i LSU og i større grad involvert i arbeidet med å etablere tiltakspakken for fastlegeordningen. Deloitte får opplyst at det i den senere tiden er etablert flere tiltak rettet mot å sikre god samhandling informasjonsdeling knyttet til arbeidet med fastlegeordningen i kommunen. Det er blant annet satt mål om godt samarbeid, og det blir opplyst at referater fra møter i samarbeidsutvalget nå blir sendt til avdelingsleder og saksbehandlere i fastlegeordningen.

#### *Involvering og samarbeid med fastlegekorpset utenom etablerte samarbeidsorgan*

Flere har i spørreundersøkelsen vist til at god dialog og godt samarbeid mellom fastlegene og kommunen er et viktig tiltak. «God dialog er gratis» kommenterer en av legene. 42 leger har valgt å gi utdypende kommentarer om samarbeidet med Bergen kommune, og mange av disse kommentarene omhandler at fastlegene ikke opplever et godt samarbeid per i dag. Blant annet blir det kommentert:

- *Bergen kommune er i liten grad interessert i legenes synspunkter*
- *Opplever ikke kommunen som reelt interessert i samarbeid*
- *Vi må få en opplevelse av at vi jobber sammen mot felles mål til beste for byens befolkning. Vi må imponere hverandre, nyte gjensidig respekt. Vanskelig å samarbeide med en aktør man føler gjør mye dumt.*
- *Fremstår vilkårlig og oppleves om motpart og ikke en medpart for sammen å finne gode løsninger.*
- *Fastlegene blir ikke tatt med i saker som handler om oss!*
- *Situasjonen er blitt bedre, men det er fortsatt en lang vei å gå før fastlegene blir en integrert del av kommunehelsetjenesten*
- *Samarbeidet om legevakt, helsestasjon, skolehelsetjeneste er dårlig - vi har aldri blitt hørt skikkelig.*
- *Vi trenger bedre kompetanse hos våre samarbeidsparter i kommunen. Dette gjelder både for forståelse av fastlegens jobb og organisering samt jussen rundt avtaleverket*

Gjennom referat fra møte i LSU i juni 2022 fremkommer det også at det er gitt tilbakemeldinger fra tillitsvalgte fastleger på at formen på kommunens kommunikasjon med fastlegesenter i noen tilfeller ikke er god nok, under dette at kommunikasjonsformen gjør at kommunen fremstår rigid og ikke er tillitsbyggende, og tillitsvalgte har pekt på at kommunen ikke er tjent med dette. Det fremgår av referatet at etat for helsetjenester vil jobbe med dette internt, og at den gode kommunikasjonen fastlegene og kommunen har i LSU også skal gjennomsyre dialog mellom enhet for allmennmedisin og den enkelte fastlege/fastlegekontor.

Selv om flere altså viser til at samarbeidet ikke fungerer godt nok, er det også både i intervju og i spørreundersøkelsen noen positive kommentarer om samarbeidet, der det blir vist til en positiv utvikling og områder hvor samarbeidet har fungert godt, slik som samarbeidet om pandemihåndtering.

En av fastlegene som er intervjuet trekker frem at fastlegene gjerne kan involveres i arbeidsgrupper i kommunen når det arbeides med strategier, prosesser og tjenester der fastlegene kan ha viktige innspill, tilsvarende slik det er gjort i arbeidsgruppen som ble etablert for å jobbe med tiltak for å styrke fastlegeordningen. En av fastlegene i



spørreundersøkelsen kommer med innspill til at bydelsvise møter med kommunen og fastleger en gang i året kan være et tiltak for å sikre systematisk dialog og samarbeid.

I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, gir Bergen kommune følgende kommentar:

Gjennom LSU har vi arbeidet systematisk med å forbedre samarbeidet med fastlegene. Vi har det siste året hatt månedlige LSU møter og gjennom pandemien etter behov vært oppe i ukentlige møter. I tillegg så har vi gjennomført samarbeidsmøter med Legevakten i forbindelse med ulike vaktordninger, legebil osv. Vi har også gjennomført flere drøftingsmøter med HR seksjonen for å se på lønns og arbeidsvilkår. Flere av etaten sine ansatte er jevnlig tilstede på ALU møtene for å orientere om ulike saker. Her får vi direkte tilbakemeldinger fra fastlegene, som har møteplikt i dette utvalget. Nå er det slik at vi må bruke de etablerte samarbeidsorganene til dialog arbeidet med fastlegene. Det er ikke mulig for Bergen Kommune å ha et 1:1 opplegg med 254 fastleger.

Vi vil også påpeke at til tross for fastlegenes møteplikt i allmennlegeutvalget, er det sjelden mer enn 50-60 fastleger som er til stede på møtene. Det er altså et stort flertall av fastlegene som velger å ikke være tilstede på det som er en viktig informasjons- og samarbeidsarena.

### 5.3.3 Dialog med eksterne aktører om fastlegeordningen

Som tidligere omtalt i rapporten har kommunen hatt møter med helseministrene (Høie og Kjerkol) om utfordringer i fastlegeordningen. Ledelsen i byrådsavdelingen opplyser at utfordringene også diskuteres på tvers av storkommunene, blant annet i forumet K10 i regi av KS. Dette forumet består av de ti største kommunene i landet. Sammen forsøker de å påvirke nasjonale myndigheter til å komme med bærekraftige løsninger for å styrke fastlegeordningen.

Videre er det etablert faste møter mellom medisinsk fakultet på UiB og kommunen. Deloitte får opplyst at møtene har falt noe bort under pandemien, men planlegges å gjenopptas fra høsten 2022. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget i rapporten opplyser kommunen at møtene er tatt opp igjen og skal avholdes i slutten av september 2022. Bergen kommune samarbeider også med det medisinske fakultetet ved UiB for å utdanne «vestlandslegen», som er et initiativ for å øke antall studieplasser innen medisin på Vestlandet.<sup>72</sup>

Når det gjelder samarbeid med Legeforeningen, får Deloitte opplyst at det ikke er etablert noe fast samarbeid. Legeforeningen påpeker at det ville vært nyttig om Bergen kommune tok kontakt med Legeforeningen for å høre deres innspill til hvordan situasjonen i fastlegeordningen kan bedres, og det vises til at Legeforeningen har mye kunnskap om hvorfor fastleger slutter eller mistrives i yrket, og har mye kontakt med fastleger. Enhetsleder for enhet ved allmenmedisin viser til at kommunen i størst grad forholder seg til KS når det gjelder arbeidsgiver- og oppfølgingsansvaret ovenfor fastlegene.

Ved oppstart av denne forvaltningsrevisjonen var det heller ikke etablert noe fast samarbeid med Pasient- og brukerombudet, men dette er kommet på plass, og Deloitte får opplyst at det planlegges et fast møte hvert halvår. Formålet er blant annet å ha dialog om hvilke henvendelser som kommer til ombudet, og å ha dialog rundt hvordan eventuelle utfordringer kan løses.

## 5.4 Vurdering

Bergen kommune har i 2021 og 2022 iverksatt flere tiltak for å styrke fastlegeordningen. Fastlegenes tillitsvalgte har vært sentrale i utarbeidelsen av disse tiltakene, noe vi mener har vært viktig for å sikre at fastlegene blir hørt når det gjelder tiltak som berører dem. Videre viser spørreundersøkelsen som Deloitte har gjennomført at flere av tiltakene blir vurdert som nyttige av fastlegene i Bergen kommune. Basert på dette, mener Deloitte at tiltakene som skal bidra til å sikre tilstrekkelig fastlegedekning i Bergen kommune fremstår som gode. Samtidig har flere av tiltakene kun virket kort tid og det er derfor viktig at kommunen fremover evaluerer systematisk hvor godt de fungerer. Deloitte vil også påpeke at undersøkelsen viser at det er variasjon i legenes vurderinger av tiltakenes hensiktsmessighet. En høy andel av fastlegene etterlyser også tiltak knyttet til økning av basistilskudd og listereduksjon, samt at en betydelig andel også har pekt på behov for fritak eller midlertidig fritak fra legevakt og/eller kommunal bistilling.

Deloitte mener imidlertid at det ikke er tilfredsstillende at en stor andel av kommunens fastleger (51 % av de som har svart på spørreundersøkelsen) ikke opplever å ha fått informasjon om tiltakene som er iverksatt gjennom tiltakspakken. Kommunen har etter Deloitte vurdering ikke en samlet og lett tilgjengelig oversikt over tiltakene

<sup>72</sup> Modellen «Vestlandslegen» baserer seg på en opptrappingsplan mot 120 studieplasser over flere år. I følge [Universitetet i Bergen](#) ble det for studieåret 2020-2021 tildelt 20 nye studieplasser i medisin.

og tilhørende retningslinjer og kriterier for tildeling der det er aktuelt. En slik oversikt vil bidra til å sikre at legene får nødvendig kjennskap til de tiltak som er rettet mot dem og er avgjørende for at de blir tatt i bruk i tilstrekkelig grad.

Deloitte mener også at Bergen kommune må identifisere tiltak for å bedre samarbeidet med fastlegene, basert på at flere fastleger både i intervju og i spørreundersøkelsen viser til at samarbeidet ikke er godt nok. Bergen kommune viser også til at en stor andel fastleger velger å ikke være til stede i allmennlegeutvalget, på tross av møteplikt for alle fastleger. Deloitte mener det er grunn til å stille spørsmål ved om allmennlegeutvalget fungerer tilfredsstillende som samarbeidsarena, når så mange fastleger velger å ikke møte opp. Enkelte av legene kommer i undersøkelsen med innspill til hvordan samarbeidet kan styrkes, og peker blant annet på involvering i arbeidsgrupper og bydelsvise møter som tiltak.

# 6 Sluttsamtaler

## 6.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling

*I hvilken grad gjennomfører kommunen sluttsamtaler med fastleger som sier opp fastlegeavtalen for å kartlegge hva som er årsakene til oppsigelsen? Under dette også:*

- *I hvilken grad er informasjon fra ev. sluttsamtaler brukt til å utvikle og iverksette hensiktsmessige tiltak for å ivareta kapasiteten?*

## 6.2 Revisjonskriterier

Det foreligger ingen krav i regelverket om at kommunen må gjennomføre sluttsamtaler med fastleger som sier opp stillingen eller fastlegeavtalen sin. Sluttsamtaler kan likevel være hensiktsmessig for å kartlegge hvorfor fastleger slutter.

Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ)<sup>73</sup> har en egen arbeidsgiverportal for arbeidsgivere, HR og ledere i staten, der det finnes råd om gjennomføring av sluttsamtaler. Her pekes det på at kunnskap om sluttårsaker kan være et nyttig virkemiddel i forbedringsarbeid og unngå uønsket turnover, og at sluttsamtaler handler om å kartlegge hva som fungerer bra, hva arbeidsgiver kan bli bedre på, hvordan den som slutter har opplevd arbeidsmiljøet, og hva som er de viktigste årsakene til oppsigelser.

## 6.3 Datagrunnlag

### 6.3.1 Oversikt over årsaker til at fastleger slutter

Deloitte har fått opplyst fra etatsdirektør i etat for helsetjenester at Bergen kommune tidligere har hatt få ressurser til å håndtere fastlegeordningen, og at gjennomføring av sluttsamtaler ikke har vært et prioritert arbeid tidligere. Det opplyses imidlertid at kommunen per i dag har tett dialog med de som er på vei ut av praksisen sin, og at alle fastleger som sier opp avtalen blir kalt inn til samtale hos kommunen. I forbindelse med verifiseringen spurte Deloitte om kommunen nå har system som sikrer at informasjon om sluttårsaker blir forespurt i sluttsamtaler med fastleger og at denne informasjonen blir benyttet i forbedringsarbeid. Kommunen svarte at de ikke hadde dette.

Avdeling for fastlegeordningen, som har ansvar for å følge opp fastlegeavtalene, viser til at kommunen som regel er godt kjent med årsaken til oppsigelser blant fastleger. Det blir opplyst at alder i de fleste tilfeller er avgjørende. Kommunen opplyser videre at det kun er et fåtall fastleger per år som slutter av andre årsaker enn pensjonsavgang og sykdom/dødsfall. Tabellen under oppsummerer hvor mange fastleger som har sluttet av andre årsaker enn pensjon/sykdom de siste fire årene. Tallene er mottatt av Bergen kommune.

Figur 21: Fastleger som har sluttet av andre årsaker enn pensjon/sykdom

Årstall	Antall fastleger
2019	4
2020	5
2021	5
2022 (per. Aug.)	2
<b>Totalt</b>	<b>16</b>

<sup>73</sup> [Direktoratet for forvaltning og økonomistyring, Statens arbeidsgiverportal om sluttsamtale](#). Sist oppdatert 3. desember 2021.

Som omtalt i kapittel 3 har nærmere tre av fire fastleger som har svart på spørreundersøkelsen oppgitt at de har *vurdert* å slutte som fastlege, og flest pekte på arbeidsrelaterte årsaker som grunn til at de har vurdert å slutte.

### 6.3.2 Sluttsamtaler ved oppsigelser

Kommunen viser til at samtaler med fastleger som ønsker å slutte både handler om å gjøre nødvendige avklaringer og å få informasjon om pasientlisten, praksisen og om det er forhold kommunen kunne gjort noe med for å forhindre oppsigelsen. I forbindelse med verifisering av datagrunnlaget av rapporten spurte Deloitte om på hvilket tidspunkt det blir gjennomført samtaler med fastleger som sier opp avtalen sin. Kommunen opplyser at det varierer i hvert enkelt tilfelle, og at de går i dialog så tidlig som mulig.

Med hensyn til å sikre overtakere til oppsagte hjemler og beholde kapasiteten selv om en fastlege slutter/går av med pensjon, etterspør kommunen blant annet om det er forhold knyttet til pasientlisten, for eksempel dersom pasientlisten er utfordrende å håndtere, og der det kan være nødvendig for eksempel å dele listen i to. Det blir pekt på at det har vært tilfeller der det har blitt innvilget deling av listen før utlysning, og at kommunen gjennom denne typen tiltak gjør nødvendige justeringer for å gjøre det mer attraktivt for nye leger til å overta hjemler som blir sagt opp. I denne sammenheng blir det også vist til at tiltakspakken gir nye muligheter med tanke på å lette rekruttering til oppsagte hjemler, under dette tiltak som gjør det mer attraktivt for leger å gå inn i etablerte hjemler.

Deloitte har gjennomført intervju med tre fastleger som har sagt opp fastlegeavtalen med Bergen kommune og de intervjuede har ulike erfaringer med kommunen i forbindelse med oppsigelse og utlysning av hjemmel. En av legene opplevde ikke utfordringer med utlysning av hjemmel og salg av praksis, mens to av legene viser til utfordringer av ulik art med dette. En av legene viser til manglende respons fra markedet på utlysning av ledig hjemmel, og at det ikke har vært noe videre dialog med kommunen når det ikke har vært søkere. Som nevnt innledningsvis i begrepslisten i kap. 2 er det kommunen som er ansvarlig for utlysning av ledige hjemler. Den andre legen viser til krevende dialog og samhandling med kommunen. Vedkommende mente at kommunen var lite fleksibel og imøtekommende for å tilrettelegge i samsvar med legens ønsker og behov, og ellers at det var feil og mangler knyttet til utlysningen av legens hjemmel.

## 6.4 Vurdering

Bergen kommune opplyser at de har dialog med fastleger som sier opp sin fastlegeavtale for å undersøke hva kommunen kunne gjort for å forhindre oppsigelse, samt å tilrettelegge for at praksis kan overdras av ny lege. Deloitte mener samtidig at disse samtaler ikke er strukturert som tilfredsstillende sluttsamtaler ved at de i liten grad kartlegger og systematiserer sluttårsaker. Deloitte mener at kommunen bør vurdere å utarbeide rutiner som sikrer at dette blir gjort, og vil peke på at sluttsamtaler kan være en god måte å innhente innspill til bruk i evaluering av kommunens tiltak for å styrke fastlegeordningen, og ev. for å få innspill til nye tiltak.

Over en fjerdedel av kommunens fastleger er over 60 år og nærmer seg pensjonsalder. I undersøkelsen peker flere fastleger på at kommunen ikke har en plan for å håndtere dette eller har dialog med fastlegene dette gjelder. Deloitte mener det kan være hensiktsmessig at kommunen tar kontakt med fastleger som nærmer seg pensjonsalder for dialog om hvor lenge disse legene ser for seg å stå i arbeid, og hvordan det kan tilrettelegges for overdragelse av praksis til ny lege. Flere har i undersøkelsen pekt på at yngre/nyetablerte fastleger ofte ønsker seg kortere lister sammenlignet med erfarne leger, og at hjemler med lange pasientlister kan være vanskelig å få søkere til. Deloitte mener derfor at kommunen i alle fall bør ha oversikt over hvilke fastlegehjemler som betjenes av fastleger som innen relativt kort tid ser for seg pensjonsavgang, hva som er listelengden på aktuelle lister, samt ev. også legge en plan for hvilke tiltak som er nødvendige for å gjøre disse hjemlene attraktive i markedet når fastlegen slutter slik at kapasiteten opprettholdes.

# 7 Tilbud og informasjon til innbyggere uten fastlege

## 7.1 Problemstilling

I dette kapittelet vil vi svare på følgende hovedproblemstilling:

- *Hvordan sikres innbyggere som ikke får tilgang til fastlege (listeplass) et legetilbud, og gis det informasjon om alternative tilbud i påvente av listeplass?*

## 7.2 Revisjonskriterier

I forskrift om fastlegeordningen blir kommunens ansvar for informasjon til innbyggere omtalt i § 6, første ledd:

Kommunen skal sørge for at innbyggerne i kommunen gis nødvendig informasjon om fastlegeordningen, herunder om hvilke leger som deltar i ordningen og hvem som har ledig plass på sin liste.

I merknader til forskrift om fastlegeordning i kommunene § 6, går det frem at Helseøkonomiforvaltning (HELFO) har ansvar for å informere om fastlegeordningen, herunder administrasjon av fastlegebytter og utsending av informasjon til fastlegene om hvem som er deres listeinnbyggere. Det går videre frem at:

HELFO utfører denne administrasjonsfunksjonen på vegne av kommunene. Bestemmelsen presiserer at det er kommunen som er ansvarlig for informasjon om ordningen til befolkningen og for å gi aktuell informasjon til fastlegen.

Det går frem av Helsetilsynet sine nettsider at dersom det ikke er ledig fastleger i kommunen, skal man kunne klage til helseseksjonen i kommunen (kommuneoverlegen)

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 omtaler klagemulighet dersom retten til fastlege ikke oppfylles:

Pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan klage til statsforvalteren. Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.

Se vedlegg 2 for utfyllende revisjonskriterier.

## 7.3 Datagrunnlag

### 7.3.1 Tilbud og informasjon til innbyggere uten listeplass

Som omtalt i kapittel 3 har det vært perioder både i 2020, 2021 og 2022 der det har vært innbyggere i Bergen kommune som har stått uten fastlege. Dette kan blant annet skje om fastlegen går av med pensjon, blir alvorlig syk eller dør, og det ikke finnes ledige lister å flytte pasientene til.

I perioder der innbyggere står uten fastlege, blir de henvist til legevakt dersom de har behov for helsehjelp. Deloitte får opplyst at det også har vært press på legevakten, og i februar 2022 gikk kommunen ut med informasjon om at det kun er akutt og kritisk syke som bør bruke legevakten.

Som omtalt i kapittel 3 er det innbyggere i Bergen kommune som har fastleger i andre kommuner. Deloitte får i intervju opplyst at innbyggere med fastlege i en annen kommune og der behovet for helsehjelp ikke er akutt, enten må vente til det blir ledig fastlege eller benytte fastlege i annen kommune. Legevakten kan avvise pasienter som henvender seg med fastlegespørsmål.

Blant annet vises det til at dersom en innbygger uten fastlege i kommunen for eksempel har behov for sykemelding, vil det ikke være mulig å få hjelp ved legevakten. Det påpekes at en del innbyggere uten fastlege i Bergen kommune ender opp med å gå til private aktører, men at kommunen ikke oppfordrer til dette. Deloitte får opplyst at kommunen i noen tilfeller har bistått ved å tilby time på et av de kommunale legekantorene dersom det er vanskelig for innbyggeren å løse behovet på annen måte.

### Grupper som er sårbare ved lavt fastlegetilbud

Noen grupper blir pekt på å være mer sårbare enn andre ved lav fastlegekapasitet. Studenter blir trukket frem som en gruppe som ofte ikke har fastlege i Bergen kommune. I intervju med etatsdirektør blir det vist til at det er utfordrende å sikre at innvandrere og personer med psykiske lidelser og rusproblematikk får et tilstrekkelig fastlegetilbud. Det blir vist til at det dreier seg om ulike problemstillinger for disse gruppene. Når det gjelder innvandrere, opplyser kommunen at det arbeides med å sikre at disse får god nok informasjon om det norske helsesystemet og fastlegeordningen. Kommunen har et senter for migrasjonshelse som tar imot innvandrere og sørger for å hjelpe og ivareta innbyggere som ikke kjenner fastlegeordningen. Når det gjelder personer med rusproblematikk, blir det vist til at en del av disse i liten grad bruker fastlegeordningen fordi de har utfordringer med å planlegge timer og møte opp til avtalte tidspunkt, og at de heller bruker legevakten.

Deloitte får opplyst at kommunen har diskutert om Bergen helsehus (et av de to kommunale legekantorene) skal være et kontor for å særlig ivareta grupper som faller utenfor fastlegeordningen, men at det er konkludert med at dette prinsipielt sett er vanskelig å gjennomføre fordi fastlegeordningen skal ha en åpen og uselektert profil.

### Påpekte utfordringer for pasienter som ikke har tilgang til fastleger

Flere som Deloitte har intervjuet uttrykker bekymring for pasienter som ikke får tilgang til fastlege. Dette gjelder både pasienter på lister uten fast lege som betjenes av vikar(er), pasienter som mister fastlegen sin som følge av for eksempel alvorlig sykdom/dødsfall og der det ikke er ledige lister å overføre pasientene til, samt overføring av pasienter til leger langt unna der pasienten bor.

I tilfeller med reduksjon av listelengde eller uventet dødsfall blant fastleger, blir pasienter flyttet til en liste med ledig kapasitet. Det blir pekt på at dette kan være problematisk for eldre og sårbare pasienter dersom det nye fastlegekontoret medfører lang reisevei. Deloitte har fått opplyst at kommunen i enkelte tilfeller har bistått med å omgjøre bytte av fastlege for enkeltpasienter der det har blitt krevende for pasienten med ny lege, for eksempel grunnet lang reisevei eller pasienter med behov for tett oppfølging.

Det pekes videre på at det kan bli utfordrende for pasienter dersom fastlegen har mistet rekvireringsrett og pasienten ikke får utskrevet nødvendige medisiner, og der det ikke er ledige fastleger å bytte til. Selv om dette ikke nødvendigvis gjelder mange blir det pekt på at det er en stor utfordring for de pasientene det gjelder.

### Informasjon til innbyggere uten listeplass

I dokumentasjon Deloitte har fått tilsendt av kommunen, går det frem at avdeling fastlegeordningen har informasjonsansvar til innbyggere uten listeplass. Det blir vist til at avdeling fastlegeordningen gir informasjon via telefon og epost, og svarer ut medieforespørsler. Kommunen opplyser at de ikke har noe ansvar for å informere pasienter ved overføring til nytt fastlegekontor, og viser til at det er Helfo som har ansvar for å sende ut informasjon til innbyggere når de har fått ny fastlege eller er blitt satt på en vikarliste (liste uten fast lege).

Både i intervju og på kommunens nettsider vises det til at innbyggere uten listeplass hos en fastlege i Bergen kommune selv har ansvar for å følge med på om det blir ledig kapasitet i kommunen eller i nabokommuner, og deretter søke om å bytte fastlege.

Skjermbildet under viser informasjon om manglende fastlegekapasitet på Bergen kommunes nettsider i februar 2022. Her fremgår det at det er utfordringer med kapasitet og at det kan være uforholdsmessig lang ventetid for å få fastlege. Det er ikke henvist konkret til å ta kontakt med legevakten utover at det står at behov for øyeblikkelig hjelp alltid vil bli ivaretatt av Bergen legevakt (som omtalt tidligere gikk kommunen i februar 2022 ut med informasjon om at det kun er akutt og kritisk syke som bør bruke legevakten).

Figur 22: Skjerm bilde fra Bergen kommunes nettsider, hentet 15.02.2022



I august 2022, er formuleringene rundt legevakten noe endret på Bergen kommunes hjemmesider, og det henvises til at innbyggere som ikke har fastlege og har behov for helsehjelp, må kontakte legevakten. Se skjerm bildet under.

Figur 23: Skjerm dump fra [Bergen kommunes nettsider](#), 08.08.2022.



Det informeres også i august om at det kan være uforholdsmessig lang ventetid for å få fastlege, og innbyggere oppfordres til å sjekke fastlegelistene ofte. Det vises også til at det kan være ledig kapasitet hos fastleger i nabokommunen til Bergen. Se skjerm bildet under.

Figur 24: Skjermdump fra [Bergen kommunes nettsider](#), 08.08.2022.

### Bytte fastlege

Det er dessverre for tiden utfordringer med fastlegekapasiteten i Bergen, og det kan være uforholdsmessig lang ventetid for å få fastlege. Innbyggere oppfordres å sjekke fastlegelistene ofte. I tillegg kan det være ledig kapasitet hos fastleger i nabokommunene til Bergen.

#### Internt i Bergen kommune

Hvis du ikke er fornøyd med fastlegen din, kan du bruke bytteretten. Du har rett til å bytte fastlege inntil to ganger per kalenderår.

#### Bytte ved flytting

Flytter du fra en kommune til en annen, må du melde flytting til Folkeregisteret. Du vil få brev fra Nav/HELFO om hvilke fastleger som har ledig plass på listen i den nye kommunen. Du kan velge en av dem, eller beholde den fastlegen du allerede har.

#### Slik finner du ny fastlege

På [helsenorge.no](https://helsenorge.no) finner du oversikt over alle fastlegene i Bergen kommune.

Du kan sette deg på venteliste dersom fastlegen du ønsker ikke er ledig.

Personer som ikke har internett kan ringe 23 32 70 00. Man må ha fødselsnummeret (11 sifre) klart før man ringer.

Bytte av fastlege gjelder fra den første dagen i måneden etter at byttet er registrert. Du får et brev som bekrefter at du har fått ny fastlege.

Det er altså til legevakten innbyggere uten fastlege blir henvist til dersom de har behov for helsehjelp og ikke har fastlege, men som det fremkommer av intervju kan legevakten avvise henvendelser som gjelder fastlegespørsmål, og ikke er definert som akutt behov for helsehjelp, slik som eksempelvis behov for sykemelding.

Deloitte har undersøkt<sup>74</sup> hvilke tilbud/informasjon som finnes i andre storbykommuner rettet mot innbyggere uten fastlege, under dette i Oslo, Trondheim og Stavanger.

- I Oslo kommune er det etablert en ordning for pasienter som ikke står på fastlegeliste. Ordningen innebærer at to fastleger tar imot pasienter som ikke står på fastlegeliste i Oslo og som trenger helsehjelp. Målgruppen er diplomater, familieinnvandrere, overføringsflyktninger, samt andre personer med oppholds- og arbeidstillatelse som ikke står på fastlegeliste i Oslo og som trenger helsehjelp. Ordningen gjelder ikke for personer som har fastlege et annet sted i landet.<sup>75</sup>
- Trondheim kommune har også etablert en ordning for pasienter som ikke har fastlege i kommunen, der det er inngått avtale med et legesenter om å ta imot personer uten fastlege i kommunen. Det er på kommunens nettsider henvist til at om man har fastlege i annen kommune, bør man kontakte denne først for legetime via telefon eller video. Videre fremgår det at det aktuelle legesenteret for ordningen vil prioritere egne listepasienter først, men også betjene andre som studenter som oppholder seg i kommunen og som krever fysisk undersøkelse, samt arbeidsinnvandrere med D-nummer.<sup>76</sup>
- I Stavanger kommune fremkommer det ikke på kommunens nettsider at det er etablert egne tilbud for innbyggere uten fastlege i kommunen, utover legevakt. Det er henvist til at studenter, gjestearbeidere og turister kan henvende seg til leger med ledige plasser (åpne lister).<sup>77</sup> Per 30. august var det ifølge HelseNorge imidlertid ingen fastleger med ledige plasser i Stavanger kommune.

<sup>74</sup> Ved å sjekke på kommunenes nettsider. Det er ikke foretatt andre undersøkelser.

<sup>75</sup> Oslo kommune. *Pasienter som ikke står på fastlegeliste*. Tilgjengelig fra: : <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsetjenester/fastlege/pasienter-som-ikke-star-pa-fastlegeliste/>

<sup>76</sup> Trondheim kommune. *Fastlege*. Tilgjengelig fra: <https://www.trondheim.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/helsetjenester/fastlege/>

<sup>77</sup> Stavanger kommune. *Helsesjefen i Stavanger*. Tilgjengelig fra: <https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/helsesjefen-i-stavanger/#fastlegetjenesten>



### Informasjon om retten til å klage

Bergen kommunes nettsider om fastlegeordningen inneholder informasjon om mulighet til å **klage**, under dette er det en lenke til en ny side som inneholder informasjon om klage på helsetjenester. På denne siden er det primært vist til rettighetsklage (ved avslag på helsetjeneste) eller tilsynssak dersom man er misfornøyd med helsetjenester man har fått i kommunehelsetjenesten. Det er ikke presisert hva innbyggere konkret kan klage på når det gjelder fastlegeordning, eksempelvis klage på manglende tilgang til fastlege. Det er imidlertid henvist til at man kan søke råd hos pasient- og brukerombudet eller Bergen kommunes eget byombud i alle typer helseklager.

Som omtalt i kapittel 3, har ikke Bergen kommune opplyst hvor mange formelle klager kommunen selv har mottatt de siste årene som omhandler fastlegeordningen. Kommunen viser i verifiseringen til at klager som kommer til kommunen vurderes og følges opp individuelt.

### 7.4 Vurdering

Kommunen henviser til at innbyggere som ikke har fastlege i Bergen og som har behov for helsehjelp må kontakte legevakten, men medgir også at legevakten kan avvise pasienter som ikke har akutt behov for hjelp. Unntaksvis er det gitt bistand til innbyggere ved å tilby en time på et av kommunens kommunale legekantor. Som nevnt tidligere i rapporten mener Deloitte det er alvorlig at det har vært innbyggere som har stått uten fastlege i perioder både i 2020, 2021 og i 2022. Dette er brudd på § 4 i forskrift om fastlegeordningen som sier at kommunen har ansvar for å organisere en fastlegeordning med tilstrekkelig kapasitet. Kommunen klarer følgelig heller ikke å sikre pasient- og brukerrettighetene jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen § 2 om retten til å stå på liste hos fastlege. Manglende tilgang til fastlege medfører risiko for at pasienter ikke får nødvendig oppfølging og helsehjelp.

Bergen kommune informerer på sine nettsider om utfordringer med kapasiteten, og at man kan velge fastlege i en annen kommune eller kontakte legevakten om man ikke har fastlege og har behov for hjelp. Innbyggere henstilles også til å sjekke fastlegelistene ofte. Innbyggere blir altså i stor grad bedt om selv å følge med på kapasiteten. Deloitte mener denne informasjonen kan være vanskelig tilgjengelig for en del innbyggere, særlig sårbare grupper og innbyggere med dårlige digitale ferdigheter. Det er også eksempler på at innbyggere har mistet fastlegen sin uten å få umiddelbart beskjed om dette fra Bergen kommune. Innbyggerne har dermed i perioder vært uten fastlege uten å ha blitt informert om dette. Innbyggerne blir først informert i det de får plass på en ny liste, enten hos en fastlege eller liste uten fast lege. Deloitte mener at Bergen kommune bør vurdere om kommunen selv bør sende ut informasjon til de som mister fastlegen sin og som ikke umiddelbart får tilbud om en ny lege, slik at disse blir kjent med hvor de skal henvende seg inntil ny fastlege er tilbudt.

Deloitte vil også understreke at det ikke nødvendigvis er tilfredsstillende å tilby innbyggere plass på liste uten fast lege, selv om dette per se sikrer at innbyggeren står på en liste og at innbyggeren har fått informasjon om byttet. Helsetilsynet viser til at innbyggere som står på liste uten fast lege i realiteten ikke får innfridd sin rett til fastlege. Det pekes på at dette er alvorlig fordi en stabil lege-pasient-relasjon for mange er en viktig forutsetning for at kvaliteten og pasientsikkerheten i behandlingstilbudet skal kunne ivaretas på en god måte, og at det er risiko for at innbyggere ikke får nødvendig helsehjelp når det ikke foreligger mulighet til å ha en stabil relasjon til en lege.<sup>78</sup>

---

<sup>78</sup> Helsetilsynet: [Presset fastlegesituasjon har konsekvenser for pasientene – gjennomgang av tilsynserfaringer](#). Rapport 3/2022. Juni 2022.

## 8 Konklusjon og anbefalinger

Bergen kommune har de siste årene ikke klart å sikre tilstrekkelig kapasitet og dekning i fastlegeordningen. Kommunen har kommet i en situasjon der det ikke er mulig å sørge for pasient- og brukerrettigheter om rett til å bytte fastlege for kommunens innbyggere og i perioder også rett til fastlege.

Mangel på fastleger er en utfordring som gjelder mange kommuner, men Deloitte vil fremheve at lov og regelverk er tydelig på at det er kommunens ansvar å sørge for en fastlegeordning med et tilstrekkelig antall fastleger, jf. § 4 i forskrift om fastlegeordning i kommunen. Det er nedsatt et nasjonalt ekspertutvalg som skal vurdere fastlegeordningen, men inntil videre er det ikke gjort endringer i regelverk, og kommunen har dermed fortsatt et lovpålagt ansvar for å sørge for fastlegedekning til sine innbyggere.

Undersøkelsen viser at Bergen kommune også fremover er svært sårbar med hensyn til å ivareta sitt ansvar for fastlegetilbud til sine innbyggere i samsvar med regelverket. Dette som følge av lav listeledighet kombinert med høy gjennomsnittsalder for fastlegene, mange leger som nærmer seg pensjonsalder, samt at mange leger i denne undersøkelsen opplyser at de har vurdert å slutte som fastlege.

Deloitte mener at kommunen må utarbeide en oppdatert plan for legetjenester der det tydelig fremkommer hva som er fastlegebehovet i kommunen (på kort og lang sikt) og hvordan kommunen skal sikre tilstrekkelig rekruttering for å møte behovet. Mål og anslag for fastlegekapasitet som er gjort årlig i forbindelse med budsjettarbeid, har ikke vært realistiske. Kommunen har ikke systematisk hentet inn styringsinformasjon knyttet til listelengde, ventelister, gjestepasienter med mer, og Deloitte stiller derfor spørsmål ved om kommunens vurderinger av kapasitet er gjort på et tilstrekkelig grunnlag. Det er helt klart at hovedårsaken er mangel på fastleger, men det gjør ikke behovet for å gjøre gode analyser av fastlegebehovet noe mindre, slik Deloitte ser det. Deloitte mener at det i en situasjon der kapasiteten er presset, er særlig viktig å vite hvor store utfordringene er og ev. vil bli, slik at tiltak kan iverksettes deretter. Bergen kommune har den siste tiden iverksatt tiltak for å forsøke å styrke fastlegeordningen i kommunen. Det blir viktig å evaluere og eventuelt justere disse tiltakene fremover for å sikre at tiltakene virker.

Deloitte mener videre at etableringen av en egen avdeling som skal følge opp fastlegeordningen, har vært et riktig og viktig grep fra kommunens side. Avdelingen ble etablert i 2020, og ble styrket med ytterligere ressurser i 2021. På tross av dette, finner Deloitte grunn til å stille spørsmål ved om kapasiteten til å følge opp fastlegeordningen er tilstrekkelig. Undersøkelsen viser blant annet at avdelingen ikke har hatt ressurser til å systematisk innhente styringsinformasjon, at det ikke har blitt gitt tilstrekkelig informasjon til fastleger om hvilke tiltak som er etablert for å styrke fastlegeordningen og at arbeidet med langsiktig målstrategi er satt på vent. Undersøkelsen indikerer også at det ikke er tilstrekkelig god dialog og samarbeid med fastlegene.

Basert på det som kommer frem i undersøkelsen vil Deloitte anbefale at Bergen kommune setter i verk følgende tiltak:

1. Utarbeider en oppdatert **plan for legetjenester** der det tydelig fremkommer hva som er fastlegebehovet i kommunen (på kort og lang sikt) og hvordan kommunen skal sikre tilstrekkelig rekruttering for å møte behovet
2. Arbeider videre med å **sikre tilstrekkelig kapasitet i fastlegeordningen**, blant annet ved å:
  - a. Sikre mer tilgjengelig informasjon til fastleger om hvilke tiltak som er etablert for å styrke fastlegeordningen, under dette sørge for en samlet oversikt over alle etablerte tiltak og kriterier for tiltak som er søknadsbaserte
  - b. Evaluere om etablerte tiltak for å styrke fastlegeordningen fungerer etter intensjonen, og vurdere om det er behov for endringer i tiltak eller nye tiltak
  - c. Sikre at alle fastleger som sier opp fastlegeavtalen eller sin stilling som fastlege så raskt som mulig blir kalt inn til samtale med kommunen for å kartlegge hva som er årsaken til oppsigelsen og forsøke å forhindre oppsigelse der det er mulig, inkl. også å:
    - i. Vurdere om det kan tilbys tilrettelegginger/imøtekomme ønsker fra fastlegen for å forhindre oppsigelse
    - ii. Bruke informasjon fra sluttsamtaler til å evaluere tiltak for å styrke fastlegeordningen, og få innspill til ev. nye tiltak

- d. Tydeliggjøre overfor fastleger hvordan og i hvilke tilfeller kommunen skal bistå med vikar, ev hvilke andre tiltak som kan settes i verk dersom det ikke er mulig å finne vikar.
  - e. Sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å følge opp fastlegeordningen, inkludert også tilstrekkelig kapasitet til å jobbe med utviklings- og kvalitetsforbedringsarbeid.
  - f. Følge med på fastlegenes tilgjengelighet for å sikre at fastlegene overholder fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i regelverket, jf. § 7 i fastlegeforskriften
3. Identifiserer tiltak for å bedre **dialog og samarbeid** mellom kommunen og fastlegene
  4. Vurderer å sende skriftlig informasjon til innbyggere som mister fastlege uten å få tilbudt ny slik at disse vet hvor de kan henvende seg inntil ny fastlege er tilbudt
  5. Analysere klager som omhandler fastlegeordningen som del av kommunens kvalitetsforbedringsarbeid

# Vedlegg 1: Høringsuttalelse



BERGEN  
KOMMUNE

BYRÅDSAVDELING FOR HELSE OG OMSORG  
BHO - Kommunaldirektørens stab

DELOITTE AS  
Postboks 221 Sentrum

0103 OSLO

Vår referanse: 2020/84022-20  
Saksbehandler: Kjell Andreas Wolff  
Dato: 7. november 2022  
Deres ref.:

Unntatt offentlighet: Offl § 5

## Svar på rapport til høring - forvaltningsrevisjon av kapasitet og dekning i fastlegeordningen

Vi takker for tilsendt rapport fra revisor og vil her komme med noen siste kommentarer til revisors anbefalinger når det gjelder tiltak for å bedre situasjonen.

Først vil vi gjenta at problemer knyttet til fastlegeordningen ikke er mulig å løse lokalt. Dersom fastlegeordningen gjøres mer attraktivt et sted, vil dette kunne gi en forbedring lokalt i en kortere periode, uten at det løser rotårsaken til problemene. Regjeringen har også erkjent at det kreves nasjonale tiltak for å løse problemene. Regjeringen satte derfor i august 2022 ned et hurtigarbeidende ekspertutvalg som skal foreslå tiltak fra 2024 og framover. De bekrefter at det er behov for tydelige, strukturelle grep som ruster opp allmennlegetjenesten på både kort og lang sikt.

Til de konkrete anbefalingene:

### 1. Plan for legetjenester

Kommunen skal revidere plan for legetjenester, men har vurdert at det gir liten mening å revidere en plan når rammebetingelsene for tjenesten vil bli endret i nær fremtid. Endringene Regjeringen har varslet vil være avgjørende for innretningen av tjenesten og lokale tiltak. Revisor anbefaler at fastlegebehovet på kort og lang sikt beskrives og også at det vurderes hvordan kommunen skal sikre tilstrekkelig rekruttering. Behovet for fastleger er direkte knyttet til rammene for fastlegetjenesten. Dersom antall pasienter pr fastlege skal reduseres, vil behovet for fastleger øke kraftig. Endres oppgavene som fastleger skal utføre, reduseres behovet for fastleger. Ansettes færre leger i spesialisthelsetjenesten og i forskerstillinger vil også flere leger bli tilgjengelig for fastlegeordningen. Beregning av behov uten å vite mer om kommende innretning vil bygge på spekulasjoner og fremstår som lite hensiktsmessig.

### 2. Sikre tilstrekkelig kapasitet i fastlegeordningen

Manglende kapasitet er et nasjonalt problem og kan ikke løses lokalt. Kommunens har satt inn tiltak som til en viss grad kompenserer for mangler ved ordningen. Tiltakene som revisor anbefaler, jobbes det med kontinuerlig og disse er utviklet i nær dialog med fastlegenes formelle representanter. Kommunen vektlegger at dette skal utvikles gjennom det formaliserte samarbeidet med fastlegene. Evaluering av tiltakene skjer fortløpende og tilpasninger gjøres. Samtidig er det viktig at tiltakene er forutsigbare for fastlegene og ikke justeres for ofte. Informasjon om tiltakene er formidlet til alle legekantor.

Når det gjelder å kartlegge årsak til at fastleger slutter, gir dette viktig kunnskap. Dette er et viktig tiltak for å få kunnskap om utfordringene og etaten melder at dette nå gjøres.

Postadresse:  
Postboks 7700, 5020 BERGEN  
Kontoradresse:  
Rådhusgaten 10

Telefon: 55565556  
E-post:  
Internett: [www.bergen.kommune.no](http://www.bergen.kommune.no)

3. Identifisere tiltak for å bedre dialog og samarbeid

Det kommer frem av etatens tilbakemeldinger at dialogen med fastlegene er bedret etter etablering av en egen resultatenhet for fastlegetjenesten. Det er alltid et potensiale til ytterligere forbedring, og partene er bevisste på dette. Samtidig skal det bemerkes at samhandlingsklima lokalt utfordres når det er nasjonale strukturelle problemer i fastlegetjenesten som enda ikke har funnet sin løsning.

Samarbeidsstrukturer er regulert i rammeavtalen med fastlegene og det er disse strukturene som må brukes godt.

4. Skriftlig informasjon til innbygger som står uten fastlege

Revisor foreslår å sende skriftlig informasjon til de som står uten fastlege. Dette er ikke mulig å gjøre. Alle som oppholder seg i en kommune har rett på nødvendige helse- og omsorgstjenester og det finnes ingen offentlig oversikt over de som til enhver tid oppholder seg i en kommune. Kommunen informerer derfor regelmessig i media om hvordan personer uten fastlege må forholde seg om de får behov for legehjelp og ikke har fastlege.

5. Analysere klager som omhandler fastlegeordningen som del av kommunens kvalitetsforbedringsarbeid

Det er viktig å være oppmerksom på at fastleger i all hovedsak er selvstendig næringsdrivende. Ifølge Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestens § 3 er det den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, som skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter. Kommunens ansvar er å påse at krav i avtale mellom kommune og fastlege overholdes. Skjer ikke dette plikter kommunen å vurdere avtalen. Klager og vedtak som avdekker mislighold av avtale resulterer enkelte ganger i at avtale må avsluttes. Fra kommunens side er det ønskelig å få informasjon fra andre offentlige myndigheter før det gjøres vedtak om for eksempel tap av rett til å ta av retten til å praktisere for trygdens regning. På grunn av taushetsplikt får ikke kommunen informasjon om problemer før det gjøres vedtak. Da er det for sent å sette inn korrigerende tiltak.

Det er ellers faste dialogmøter mellom fylkeslege og kommune hvor problemstillinger knyttet til fastlegetjenestene er tema, men enkeltsaker kan også her kun i begrenset grad løftes som følge av taushetsplikt.

BHO - Kommunaldirektørens stab

Ruth Grung - byråd  
Kjell Andreas Wolff - Kommunaldirektør

*Dokumentet er godkjent elektronisk.*

Kopi til:

# Vedlegg 2: Revisjonskriterier

## Kommunens ansvar for fastlegeordning

Etter helse og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning, jf. § 3-2 nr. 4.

Kommunens ansvar for fastlegeordning er nærmere regulert i forskrift om fastlegeordning i kommunen. I følge § 4 i forskriften skal kommunen organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2. Kommunen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen.

I merknader til forskrift om fastlegeordning i kommunen presiseres følgende om § 4 andre ledd:

Andre ledd presiserer at kommunen, for å oppfylle sitt ansvar etter første ledd, må sørge for at et tilstrekkelig antall fastleger deltar i fastlegeordningen. Kommunen må sørge for at den totale kapasiteten i ordningen er stor nok til å sikre pasient- og brukerrettighetene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen § 2, § 6 og § 7. Kapasiteten må blant annet være stor nok til at mulighetene for å bytte fastlege er tilstede. Det må også være kapasitet nok til å sikre mulighet for en «second opinion»

Etter § 34 i forskriften kan ikke fastlegen ha flere enn 2 500 personer på sin liste. Et listetak lavere enn 500 personer må avtales med kommunen. Listen anses lukket når antall innbyggere på listen har nådd fastsatt listetak.

## Internkontroll

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, tredje ledd, omtales kommunene sitt ansvar for å blant annet planlegge, evaluere og korrigere helse- og omsorgstjenestene de tilbyr sine innbyggere. Dette ansvaret omfatter blant annet fastlegeordningen (§ 3-2).

Internkontrollplikten, under dette plikten til styringssystemet, plikten til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere er nærmere regulert i en egen forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Etter forskriften skal kommunen blant annet ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering, samt innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene, jf. §§ 6 a og 6 b. Videre skal kommunen kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres, jf. § 8 a.

I forskrift om fastlegeordning i kommunene, omtales kommunens ansvar for kvalitet i den kommunale allmennlegetjenesten. I § 7 står det at:

Kommunen skal sørge for at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester, hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf. kapittel 4.

Kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og § 4-2 og at tjenestene er i tråd med krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivningen og i forskrifter gitt med hjemmel i disse lovene.

Kommunens ansvar gjelder uavhengig av om tjenestene ytes av ansatte leger eller det inngås avtaler med selvstendig næringsdrivende leger om å yte tjenestene

## Retten til fastlege

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos en fastlege, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2. Retten til å stå på liste innebærer at man har rett til å bli prioritert av fastlegen, under dette at det skal være mulig å få

legetime hos fastlegen innen fem dager, samt å nå legekantoret gjennom telefon for rådgivning og forespørsler<sup>79</sup>.

### Nærmere om tilgjengelighetsbestemmelser

Det går frem av fastlegeforskriften § 21, andre ledd, at

Fastlegen skal prioritere listeinnbyggerne ut ifra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og normalt innen fem arbeidsdager.

I merknader til forskrift om fastlegeordningen blir det presisert at det kun unntaksvis skal være mer enn fem dagers ventetid, men at det i enkelte situasjoner eller perioder kan være lenger ventetid, for eksempel fordi kommunen over lengre tid har hatt problemer med å rekruttere fastleger til ledige hjemler.

Videre skal systemet for mottak av telefonhenvendelser innrettes slik at 80 % av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter. Det går også frem at fastlegen skal kunne motta timebestilling elektronisk.

### Fastlegens oppgaver

Fastlegeordningen, inkludert fastlegens oppgaver, er nærmere regulert i rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen samt forskrift om fastlegeordningen. Begge sier noe om fastlegenes oppgaver. Grovt sett kan oppgavene deles inn legens behandlede (kurative) virksomhet samt administrasjon i forbindelse med dette, annet kommunalt legearbeid (begrenset til 7,5 timer pr uke ved fulltids virksomhet), samt plikt til deltakelse i legevakt.

### Kompetansekrav for leger

Fra 1. mars 2017 er spesialisering i allmenntidisin obligatorisk for alle leger som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven. Dette innebærer at legen enten har spesialistgodkjenning, er under spesialisering eller har godkjenning som allmenntidlege, jf. forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det er imidlertid åpnet for unntak i forskriften, jf. § 4. Kravet til spesialisering i allmenntidisin gjelder ikke for leger som tiltrer et vikariat av inntil ett års varighet. Videre er det innført et ytterligere unntak knyttet til covidvirus og krigen i Ukraina. Forskriften sier at når det som følge av utbrudd av covidvirus eller et høyt antall ankomster av personer fordrevet fra Ukraina er nødvendig for å sikre at kapasiteten i den kommunale helse og omsorgstjenesten ikke overskrides, kan tilsetting eller forlengelse i vikariatet være på til sammen mer enn ett års varighet dersom vikariatet ikke varer lenger enn til og med desember 2023. Videre gjelder ikke kravet om spesialisering i allmenntidisin for leger som deltar i kommunalt organisert legevakt utenom sitt ordinære arbeid eller har en annen godkjent spesialistutdanning og arbeider utenfor fastlegeordningen.

Fra 1. mars 2019 gjelder nye regler for spesialistutdanning i allmenntidisin. Dette innebærer blant annet at kommunen skal være registrert som utdanningsvirksomhet og har ansvaret for at legen får løpende vurdering og dokumentasjon på oppnådde læringsformål. Spesialistforskriften stiller krav til veiledning og supervisjon samt krav til veilederkompetanse.

Helsedirektoratet har etablert en tilskuddsordning som skal få flere leger til å starte opp med og fullføre allmenntidisin. Tilskuddsordningen skal bidra til å dekke kommunenes merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtale (avtale mellom kommunen og leger som specialiserer seg i allmenntidisin om tiltak og oppfølging i spesialisingsløpet som kommer i tillegg til det legen har krav på som følge av spesialistforskriften). Ordningen dekker også kommunenes utgifter til forskriftsfestet veiledning til leger som er under spesialisering i allmenntidisin, og som ikke velger å inngå en ALIS-avtale.<sup>80</sup> Tilskuddet dekker blant annet utgifter til forskriftsfestet veiledning.

### Fastlegens rett til fravær og kommunens plikter knyttet til å skaffe vikar

Rammeavtalen som er inngått mellom KS og Den norske legeforening inneholder bestemmelser knyttet til legens fravær og vikarbruk.

Av punkt 5.8 i rammeavtalen går det fram at dersom avtaleinnehaver (fastlegen) på grunn av alvorlig sykdom uten forvarsel eller død blir ute av stand til å ivareta pasientliste, kan gjenværende leger i gruppepraksis midlertid overta ansvaret for vedkommendes pasienter, herunder motta basistilskudd, frem til overdragelse. Dersom gjenværende leger ikke ønsker dette, plikter kommunen å skaffe vikar i praksisen.

<sup>79</sup> Merknader til forskrift og pasient- og brukerreteigheter i fastlegeordninger, § 2.

<sup>80</sup> Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/nasjonal-alis-og-veiledning#regelverk-mal-for-ordningen>

Videre omtaler rammeavtalen kommunens plikt til å skaffe vikar ved midlertidig legemangel. I punkt 6.3 i avtalen står det at «det ansees å være midlertidig legemangel dersom det ikke er et tilstrekkelig antall leger i kommunen til at legen kan benytte kollegiale fraværsordninger ved ordinært fravær eller vikar ved langvarig fravær. Kommunen plikter å skaffe vikar eller iverksette andre nødvendige tiltak for å avhjelpe legemangelen».

Rammeavtalen regulerer også legens rett til fravær og rett til å innta vikar ved fravær av praksis. Rammeavtalen sier blant annet at legen har rett til fravær på grunn av videreutdanning, etterutdanning og forskning (punkt 13.2), fravær på grunn av fagforeningsarbeid eller offentlige verv/oppgaver (punkt 13.3), fravær pga egen sykdom eller egne barns sykdom (punkt 13.4), fravær pga svangerskap, fødsel og adopsjon (punkt 13.5), fravær pga verneplikt eller siviltjeneste (punkt 13.6).

I punkt 14 i rammeavtalen står det følgende om vikar ved fravær av praksis :

Legen har rett til å innta vikar ved fravær fra praksis. Inntak av vikar skal meddeles kommunen. Kommunen yter ikke særskilt basistilskudd til vikaren. Det økonomiske oppgjøret mellom legen og vikaren er kommunen uvedkommende. Dersom legen ikke selv stiller vikar kan dette i fravær utover 8 uker gjøres av kommunen. I slike tilfeller utbetales basisgodtgjørelsen til vikaren.

Fravær inntil 8 uker i året dekkes av kollegial fraværsordning eller egen vikar

### Samarbeid

Det går frem av § 8, første ledd, i forskrift om fastlegeordning i kommunene at kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene. I *Rammeavtalen mellom KS og den norske legeförening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene*, kapittel 4.1, blir det blant annet beskrevet at kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet et allmennlegeutvalg.

Allmennlegeutvalget skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. Alle kommunens fastleger skal delta i utvalget.

I henhold til rammeavtalen om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene (jf. kapittel 4.2), skal kommunen også ta initiativ til å opprette et samarbeidsutvalg. Formålet med samarbeidsutvalget er å

legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar.

Samarbeidsutvalget skal bestå av like mange representanter fra kommunen som fra fastlegene. Utvalget kan blant annet gi råd i saker som gjelder planlegging av kommunens allmennlegetjeneste med hensyn til kapasitet og lokalisering, midlertidig legemangel, kollegial fraværsdekning og vikarordninger, o.l.

### Informasjon til innbyggere uten fastlege

I forskrift om fastlegeordningen blir kommunens ansvar for informasjon til innbyggere omtalt i § 6, første ledd:

Kommunen skal sørge for at innbyggerne i kommunen gis nødvendig informasjon om fastlegeordningen, herunder om hvilke leger som deltar i ordningen og hvem som har ledig plass på sin liste.

I merknader til forskrift om fastlegeordning i kommunene § 6, går det frem at Helseøkonomiforvaltning (HELFO) har ansvar for å informere om fastlegeordningen, herunder administrasjon av fastlegebytter og utsending av informasjon til fastlegene om hvem som er deres listeinnbyggere. Det går videre frem at:

HELFO utfører denne administrasjonsfunksjonen på vegne av kommunene. Bestemmelsen presiserer at det er kommunen som er ansvarlig for informasjon om ordningen til befolkningen og for å gi aktuell informasjon til fastlegen.

Det går frem av Helsetilsynet sine nettsider at dersom det ikke er ledig fastleger i kommunen, skal man kunne klage til helseseksjonen i kommunen (kommuneoverlegen).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 omtaler også klageretten:

Pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan klage til statsforvalteren. Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.





# Vedlegg 3: Sentrale dokumenter og litteratur

## Lov og forskrift

- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30
- Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29-842
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen. FOR-2012-08-29-843
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. FOR-2017-02-17-192
- Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250

## Dokumenter fra kommunen

- Bergen kommune. *Byrådssak /22. Tiltak for å rekruttere og beholde fastleger i Bergen kommune 2022-2025*. Godkjent i byrådet 03.02.2022.
- Bergen kommune. *Fastlegeprosjektet – sluttrapport med vurdering og anbefaling av tiltak for å rekruttere og beholde fastleger i Bergen kommune*. 19.01.2022.
- Bergen kommune. *Handlings- og økonomiplan/budsjetter 2019, 2020, 2021 og 2022*
- Bergen kommune. *Plan for legetjenester 2017-2022*. Vedtatt av bystyret 09.11.2017
- Statistikk og annen informasjon mottatt av Bergen kommune.

## Andre kilder

- Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene ASA 4310 for perioden 2013 - 2014 (prolongert frem til 31.08.2023)
- Den norske legeforenings kommentarutgave til Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene ASA 4310 for perioden 2013 - 2014
- Helsetilsynet: *Presset fastlegesituasjon har konsekvenser for pasientene – gjennomgang av tilsynserfaringer*. Rapport 3/2022. Juni 2022.
- Bergens Tidende. *Bergen klarer ikke å rekruttere nok fastlegar. No legg byrådet millionar i tiltakspakke*. Publisert 21.09.2021
- Bergens Tidende. *Har løyst krisa på dei kommunale legekantora*. Publisert 20. juli 2022
- Bergens Tidende. *Ingen ledige fastlegar når tusenvis av studentar gjer sitt inntog: - Eg har gitt opp*. Publisert 11.08.2022
- Bergens Tidende. *No er det ledige fastlegar i Bergen. Men langt frå nok*. Publisert 16.04.2022
- Bergens Tidende. *Krise på kommunens fastlegekontor – 2000 pasienter er rammet*. Publisert 15. juni 2022.
- Bergens Tidende. *No er det ikkje ein einaste ledig fastlege i Bergen: Geir (57) fekk plass på «liste utan fast lege»*. Publisert 04.11.2021
- Bergens Tidende. *Nå får Jon bedre betalt pr. pasient. Bergen vil ikke gi samme lukrative avtale*. Publisert 16.08.2022.



Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NSE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see [www.deloitte.no](http://www.deloitte.no) for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; DeloitteAS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's 330,000 people make an impact that matters at [www.deloitte.no](http://www.deloitte.no).

© 2022 Deloitte AS