

RAPPORT

2023

Utvikling i fastlegenes arbeidsmengde og situasjon over tid

Kunnskapsgrunnlag til Ekspertutvalget for
gjennomgang av allmennlegetjenesten

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for Helsetjenester
Klynge for forskning og analyse av helsetjenesten
April 2023

Tittel:

Utvikling i fastlegenes arbeidsmengde og situasjon over tid

Forfattere:

Katrine Damgaard Skyrud
Torill Alise Rotevatn

Oppdragsgiver:

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk design omslag:

Fete Typer

ISBN elektronisk utgave: 978-82-8406-373-7

Emneord (MeSH):

Fastlegeordningen, Fastlege, Almennpraktiserende lege, Almenpraktiserende lege, Helseregistre

Sitering: Skyrud KD, Rotevatn TA. Utvikling i fastlegenes arbeidsmengde og situasjon over tid.
[Development in general practitioners' workload and situation over time] Rapport 2023. Oslo:
Folkehelseinstituttet, 2023.

Forord

Denne rapporten er utarbeidet som et kunnskapsgrunnlag til Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Rapporten ble sendt over til utvalget den 15. februar 2023, og deler av resultatene er gjengitt i utvalgets endelige rapport utgitt 18. april 2023. Arbeidet er finansiert av midler fra Ekspertutvalget og utført av ansatte på FHI, Område for Helsetjenester. Arbeidet er ledet av Katrine Skyrud og gjennomført i tett samarbeide med medforfatter. Forfatterne har også mottatt støtte fra andre kolleger i form av diskusjon av resultater og fortolkning, samt tilbakemeldinger på rapportutkast. I den forbindelse sendes en stor takk til prosjektgruppemedlemmer Hege Marie Gjefsen, Mari Grøslund og Lamija Delalic, samt til Kristian Bandlien Kraft, Kristian Østby, Eivor Hovde Hoff og Rebecka Maria Norman. En takk sendes også til ansatte hos Avdeling Utvikling og digitale kanaler og Avdeling Helserefusjoner i Helsedirektoratet for å legge til rette for tilgang til nødvendige data.

Oslo, 18. april 2023

Anja Elsrud Schou Lindman

Fungerende fagdirektør

Hege Marie Gjefsen

Avdelingsdirektør

Sammendrag	5
Summary	7
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn for rapporten	9
2 Datakilder og metode	11
2.1 Datakilder	11
2.1.1 FLO	11
2.1.2 KUHR	11
2.1.3 Bemerkninger til datakildene	11
2.2 Populasjoner og tidsperioder	11
2.2.1 Fastleger og fastlegeavtaler	11
2.2.2 Type kontakter per klokkeslett	12
2.2.3 Andel fastleger som jobber utenfor normal arbeidstid	12
2.2.4 Vikarregistrering i FLO og aktivitet i KUHR	12
2.3 Oppbygging av datasett og analyse	13
3 Resultater	17
3.1 Utvikling i fastlegenes situasjon over tid	17
3.1.1 Alder	19
3.1.2 Fastlønnsavtaler	21
3.1.3 Listelengde	24
3.1.4 Fellesliste	28
3.1.5 Størrelse på fastlegekontor	30
3.2 Utvikling i fastlegens arbeidsmengde utenfor normal arbeidstid	32
3.2.1 Takster per år	32
3.2.2 Takster per fastlege per klokke time	34
3.2.3 Takster per fastlegevikar	39
3.2.4 Andel fastleger som jobber utenfor normal arbeidstid	41
3.2.5 Andel fastleger som går legevakt	50
3.3 Rekruttering, avgang og tid i fastlegeordningen	52
3.3.1 Rekruttering og avgang	52
3.3.2 Hvor lenge fastleger som sluttet har vært i fastlegeordningen	58
3.4 Vikarregistrering i FLO og manglende aktivitet i KUHR	61
4 Diskusjon	62
4.1 Hovedfunn	62
4.2 Tolkninger av funnene	62
4.3 Begrensninger	63
5 Konklusjon	64
6 Referanser	65

7 Vedlegg	66
7.1 Vedlegg A – Figurer	66

Sammendrag

Innledning

Høsten 2022 nedsatte Regjeringen et hurtigarbeidende ekspertutvalg som fikk til oppgave å gjennomgå allmennlegetjenesten. Oppgaven innebærer å gi en samlet vurdering av hvordan ressursene i helse- og omsorgstjenestene kan brukes på best mulig måte, på samme tid som at det er nødvendig bredde, kvalitet og kontinuitet i tjenestetilbudet og tilstrekkelig kapasitet i virksomhetene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022a, 2022b).

I forbindelse med ekspertutvalgets oppdrag har Klynge for forskning og analyse av helsetjenesten, Område for helsetjenester på FHI fått i oppdrag å levere et kunnskapsgrunnlag om ulike forhold tilknyttet fastlegeordningen, bl.a. endringer i fastlegenes situasjon og arbeidsmengde utenfor normal arbeidstid over tid.

Metode

Denne rapporten er basert på data fra Fastlegeregisteret (FLO) og registeret for kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR). Fastlegepopulasjonen er identifisert igjennom FLO, som antall unike HPR-numre registrert med arbeidsforhold som fastlege på en fastlegeliste 1. desember hvert år i perioden 2001 til 2022. Videre kobles denne informasjonen til KUHR for å identifisere fastlegens konsultasjoner og enkle kontakter.

Resultater fra analysene presenteres i tre hoveddeler: 1) utvikling i fastlegens alder, fastlønsavtaler, listelengde, fellesliste og størrelse på fastlegekontor i perioden fra 2001 til 2022, 2) utvikling i fastlegenes arbeidsmengde utenfor normal arbeidstid (kveld/helg) i perioden fra 2010 til 2021, og 3) rekruttering, avgang og tid i fastlegeordningen i perioden 2002 til 2021. Resultater fra hoveddelen vises på tvers av fylker, kommunestørrelse og kommunens sentralitet og andre forhold knyttet til fastlegene og fastlegeordningen.

Resultat

Flere forhold tilknyttet fastlegene har endret seg siden fastlegeordningen ble opprettet i 2001. Dagens fastlege er i snitt yngre, oftere ansatt på fastlønsavtaler, har færre pasienter på fastlegelisten og er i større grad ansatt på fastlegekontor med flere andre tilknyttede fastleger, sammenlignet med for 10 år siden. Det ses derimot store forskjeller på tvers av geografi. Fastleger ansatt i de minst sentrale og folkerike kommunene er yngre, har større sannsynlighet for å være ansatt på en fastlønsavtale og har kortere fastlegelister sammenlignet med landsgjennomsnittet. På tross av sentralitet skiller utviklingen i Oslo seg ut fra resten av landet, ved at de har høyere gjennomsnittsalder og lengre fastlegelister.

Målt etter antall takster og antall arbeidsdager utenfor normal arbeidstid ses en jevn økning i arbeidsmengden fra 2010 til 2021, spesielt etter 2018. Andelen fastleger som jobber minst én arbeidsdag utenfor normal arbeidstid har økt fra 80,3 % i 2010 til 95,0 % i 2021. Tilsvarende har andelen fastleger som jobber utenfor normal arbeidstid mer enn 50 dager i året, økt fra ca. 10 % i 2010 til rundt 40 % i 2021. Økningen er spesielt stor for menn over 60 år, spesialister innen allmennmedisin, fastleger som ikke jobber på fastlønsavtaler, fastleger med lange fastlegelister (>1000) og i de største og mest sentrale kommunene.

Det ses både en økning i antall rekrutteringer til og avganger fra fastlegeordningen gjennom perioden 2002 til 2021. I hovedsak er det fastleger under 40 år som rekrutteres, selv om det også ses noe avgang hos denne aldersgruppen. Rekruttering og avgang forekommer i større grad, og med mer årlig variasjon, i mindre sentrale og befolkede kommuner enn i mer sentrale og befolkede kommuner. Gjennomsnittstiden i fastlegeordningen hos fastleger som slutter er derfor lavest i disse områdene og

høyest i Oslo og i de mest sentrale og folkerike kommunene. Når vi ser på den estimerte sannsynligheten for at fastleger blir i fastlegeordningen over en 10 års-periode, ser vi at fastleger ansatt i mer sentrale kommuner til enhver tid har høyere sannsynlighet for å bli i ordningen i denne perioden enn fastleger ansatt i de minst sentrale kommunene. Forskjellene i sannsynligheten på tvers av fastlegenes fødselsår gjenspeiler stort sett det som forventes ift. pensjoneringsalder ved at sannsynligheten for å jobbe i fastlegeordningen etter rekruttering er gjennomgående lavere jo eldre fastlegene er.

Diskusjon

Resultatene indikerer at arbeidsmengden i og utenfor normal arbeidstid har økt i perioden 2001-2022, dette til tross for en økning i antall fastleger og en reduksjon i gjennomsnittlig listelengde per fastlege. Resultatene viser at andelen fastleger som arbeider over 50 dager utenfor normal arbeidstid har økt, noe som kan være et tegn på at fastlegene bruker mer tid på arbeidet sitt nå enn tidligere. Denne utviklingen har vært mindre uttalt for fastleger som er ansatt på fastlønnsavtaler og fastleger som har kortere listelengde, noe som er mer vanlig i nordlige fylker og i mindre sentrale og befolkede kommuner. Til tross for at fastleger som jobber i mindre sentrale og befolkede kommuner muligens har en gjennomsnittlig mindre arbeidsmengde, ser man hyppigere rekruttering og avgang, og kortere karrierevarighet i nettopp disse områdene. Et høyere nivå av rekruttering og avgang betyr større utskiftning i fastlegepopulasjonen, noe som kan resultere i mindre grad av kontinuitet i innbygger-fastlege forholdet. Det ser derimot ut til at avgang fra fastlegeordningen er mindre blant fastleger på fastlønnsavtaler sammenlignet med fastleger som ikke er på slike avtaler i mindre sentrale kommuner, noe som tyder på en preferanse for slike avtaler i disse områdene.

Konklusjon

Antall takster per fastlege i og utenfor arbeidstid har økt over de siste årene og kan være en indikasjon på at fastlegenes arbeidsmengde har økt. Økningen i arbeid utenfor normal arbeidstid har de siste årene vært spesielt stor hos fastleger på avtaler uten fastlønn og på avtaler med lang listelengde, og for fastleger ansatt i mer befolkede og sentrale kommuner. Mer fleksible rammer for fastlegearbeid kan ha hatt innvirkning på denne økningen. Stor rekruttering og avgang i mindre sentrale områder fører til at fastlegene er kortere i fastlegeordningen i disse områdene. Dette kan for mange medføre kortere varighet av fastlege-innbygger-forholdet, og dermed mindre kontinuitet. Bruken av fastlønnsavtaler er stor og økende i disse områdene.

Summary

Introduction

In the autumn of 2022, an expert committee appointed by the Norwegian Government was given the task of reviewing the general practitioner services. The task involves giving an overall assessment of how the resources in the health and care services can be used in the best possible way, while maintaining the necessary breadth, quality, continuity, and sufficient capacity in the services (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022a, 2022b). In relation to the expert committee's assignment, the Cluster for health services research, Division for Health Services at FHI has been commissioned to deliver a knowledge base on various matters related to the general practitioner (GP) scheme, i.e. changes in GPs' situation and workload outside normal working hours over time.

Method

This report is based on data from the General Practitioner Register (FLO) and the register for Control and Payment of Health Reimbursement (KUHR). The population of general practitioners is identified using FLO, as the number of unique HPR numbers registered with employment as a general practitioner on a GP list on 1 December each year in the period from 2001 to 2022. Furthermore, this information is linked to KUHR to identify the GPs consultations and simple contacts.

Results from the analyzes are presented in three main parts: 1) trends in the GP's age, fixed salary agreements, number of patients on GP lists, joint list and size of the GP's office in the period from 2001 to 2022, 2) trends in the GP's workload outside normal working hours (evening/weekend) in the period from 2010 to 2021, and 3) recruitment and resignation of GPs, and how long GPs are in the GP scheme in the period 2002 to 2021. Results from the main parts are shown across counties, municipality size and centrality, as well as other factors related to GPs and the GP scheme.

Results

Several conditions have changed since the GP scheme was established in 2001. Today's GPs are on average younger, more often employed on fixed salary agreements, as well as they have fewer patients on the GP list and are employed in GP offices with several other GPs to a greater extent, compared to 10 years ago. However, there are large geographical differences. GPs employed in the least central and populated municipalities are younger, more likely to be employed on a fixed salary agreement and have shorter patient lists compared to the national average. In contrast, GPs in Oslo stands out from the rest of the country in that they are older and have longer patient lists.

Measured by the number of tariffs and the number of working days outside normal working hours, a steady increase in workload can be seen from 2010 to 2021, especially after 2018. The proportion of GPs who work at least one day outside normal working hours has increased from 80.3% in 2010 to 95.0% in 2021. Correspondingly, the proportion of GPs who work outside normal working hours more than 50 days a year has increased from approx. 10% in 2010 to around 40% in 2021. This increase is particularly large for men aged 60 and above, specialists in general medicine, GPs who do not work on fixed salary agreements, GPs with long lists (>1000 patients) and GPs who work in the largest and most central municipalities.

There is both an increase in the number of GPs who is recruited and who is leaving the GP scheme in the period from 2002 to 2021. It is mainly GPs under the age of 40 who are recruited, although some GPs in this age group also leave the scheme. Recruitment to and resignation from the scheme occur to a greater extent, and with more annual variation, in less central and populated municipalities than in more central and populated municipalities. The average career length in the GP scheme for resigned GPs is therefore

lowest in these areas and highest in Oslo and in the most central and populated municipalities. When we estimate the probability of GPs staying in the GP scheme over a 10-year period, we see that GPs employed in more central municipalities have a higher probability of staying in the scheme during this period than GPs employed in the least central ones. The differences in this probability across GPs' birth year largely reflect what is expected in relation to the age of retirement, as the probability of working in the GP scheme after recruitment is consistently lower the older the GPs are.

Discussion

The results indicate that the workload both within and outside normal working hours has increased in the period from 2001 to 2021, this despite an observed increase in the number of GPs and a reduction in the average number of patients GPs have on their list. The results show that the proportion of GPs who work more than 50 days outside normal working hours increased, which may indicate that GPs are spending more time on their work now than in the past. This trend was less pronounced for GPs employed on fixed salary agreements and GPs who have fewer patients on their list, which are features that are more common in northern counties and in less central and populated municipalities. Even though GPs who work in less central and populated municipalities possibly have a smaller workload on average, we observed more turnover due to more recruitment and resignation, and thus shorter career length, in these areas. Greater turnover in the GP population can result in less continuity in the patient-GP relationship. However, it appears that fewer GPs on fixed salary contracts in smaller central municipalities leave the scheme in comparison to GPs who are not on such contracts, which suggests a preference for fixed salary contracts in these areas.

Conclusion

The number of tariffs per GP within and outside normal working hours has increased over the past few years and may indicate that GPs' workload has increased. In recent years, the increase in work outside normal working hours has been particularly large for GPs on contracts without a fixed salary, for GPs with a high number of patients on their list, and for GPs employed in more populated and central municipalities. More flexibility for GPs in performing their work may have had an impact on this increase. More recruitment and resignation in less central areas result in GPs having shorter career length in these areas. For many, this may lead to shorter durations in the GP-resident relationships, and thus potentially less continuity. The use of fixed salary contracts is large and increasing in these less central areas.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for rapporten

Siden fastlegeordningen ble innført i 2001 har endringer i samfunnet, befolkningen og helsetjenestene ført til at fastlegenes arbeidsmengde har økt. Samtidig observeres rekrutteringsutfordringer og redusert tilgjengelighet til ordningen for innbyggerne i enkelte deler av landet. Som følge av redusert kapasitet i ordningen rapporterer kommunene om store merutgifter. Det eksisterer derfor et behov for at fastlegeordningen utvikles i en bærekraftig retning. Høsten 2022 nedsatte regjeringen et hurtigarbeidende ekspertutvalg som fikk til oppgave å gjennomgå allmennlegetjenesten for å fremme en slik utvikling av ordningen. Oppgaven innebærer å gi en samlet vurdering av hvordan ressursene i helse- og omsorgstjenestene kan brukes på best mulig måte, uten å gå på bekostning av nødvendig bredde, kvalitet og kontinuitet i tjenestetilbudet og samtidig som at det er tilstrekkelig kapasitet i virksomhetene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022a, 2022b).

I forbindelse med ekspertutvalgets oppdrag har Klynge for forskning og analyse av helsetjenesten, Område for helsetjenester på FHI fått i oppdrag å levere et kunnskapsgrunnlag om ulike forhold tilknyttet fastlegeordningen, både fra fastlegens og innbyggernes perspektiv. Denne rapporten inneholder kunnskapsgrunnlag vedrørende fastlegens ståsted, med fokus på utviklingen av fastlegenes situasjon og arbeidsmengde over tid. Se tekstboksene under for utvalgets oppdragstekst

Legens situasjon og utvikling over tid

Formål

Få kunnskap om fastlegenes situasjon og utvikling i ulike driftsformer over tid.

Metode

Bruk av registerdata fra FLO til å belyse følgende:

- Rekruttering og avgang, fordelt på ulike alder hos fastlegene (grove alderskategorier), fylkesvis fordeling og fordeling etter kommunestørrelse og sentralitet.
- Hvor lenge har de som slutter vært fastlege, fylkesvis fordeling og fordeling etter kommunestørrelse og sentralitet.
- Antall fastleger per fastlegekontor, fylkesvis fordeling og fordeling etter kommunestørrelse og sentralitet.
- Utvikling i driftsform, for alle og for ALIS, er det endring i store byer, fylkesvis fordeling og fordeling etter kommunestørrelse og sentralitet.
- Alderen til fastlegene, fylkesvis fordeling og fordeling etter kommunestørrelse og sentralitet.
- Utvikling i listelengde pr fastlege og total listelengde, fylkesvis fordeling og fordeling etter kommunestørrelse og sentralitet.
- I den grad det er mulig (krever kobling mot KUHR), undersøke hvor mange fastleger som jobber hver måned med lista si (og dermed vurdere kvaliteten på variablene "vikar" osv. i FLO), for eksempel ved å se på andelen fastleger som har 0 og færre enn 10 konsultasjoner med pasienter på egen liste per måned (enten i hvert kalenderår, eller over tid per kalendermåned)

Kartlegging av fastlegearbeid utover kontortid

Formål

Vi ønsker å kartlegge hvor mye fastlegearbeid som gjøres på kveldstid, ved å se på bruk av takster som registreres i KUHR. Det beste er om vi kan få tidsserier fra 2018 til for eksempel 1. halvår 2022.

Metode

Det er separate oppgjørskoder for legevakts- og fastlegearbeid. Her ønsker vi kun å se på fastlegearbeid. Populasjonen er alle fastleger¹ i 2019 (og gjerne etter hvert, når vi ser at tallene gir mening for 2019, for flere år i samme figur for å se utvikling over tid). Som en forsikring mot feil, bør de nok bare være med i kalendermånedene der de har hatt minst 10 refusjoner på dagtid eller lignende. For disse fastlegene ser vi på refusjoner (for gruppene listet opp under) etter klokkeslett (hele timer) på hverdager, og i helger. I tillegg ser vi på andel av fastlegene som har takster i over 1 time etter kl. 16 og før kl. 24 på hverdager, og etter kl. 0700 og før kl. 24 i helger.

Analyse

Omfanget av fastlegenes arbeidstid på kveldstid bør fordeles etter kjennetegn ved kommunen som kommunestørrelse og sentralitet, og kjennetegn ved fastlegens som kjønn, alder, kompetanse (spesialist vs. ikke-spesialist), listelengde og driftsform (næring vs. fastlønn).

¹Identifisere fastleger fra FLO e.l. Ta også med vikarleger og andre allmennleger som egne grupper hvis mulig. For oversiktens skyld, ville det også vært fint å se hvor mange av de angitte takstene på de angitte tidspunktene (hvis noen) som kreves av andre enn fastleger, og om det er fastleger som aldri krever disse takstene på disse tidspunktene.

Basert på oppdragsteksten er analysene delt opp i tre hoveddeler: 1) utvikling i fastlegens alder, fastlønnsavtaler, listelengde, fellesliste og størrelse på fastlegekontor i perioden fra 2001 til 2022, 2) utvikling i fastlegenes arbeidsmengde utenfor normal arbeidstid (kveld/helg) i perioden fra 2010 til 2021, og 3) rekruttering og avgang og tid i fastlegeordningen i perioden 2002 til 2021. Resultater fra hoveddelen vises på tvers av fylker, kommunestørrelse og kommunens sentralitet samt andre forhold knyttet til fastlegene og fastlegeordningen.

2 Datakilder og metode

2.1 Datakilder

2.1.1 FLO

Helfo sitt system for Fastlegeordningen (FLO) er et register som inneholder informasjon om alle landets fastleger og om tilknytningen mellom fastlege og innbygger via fastlegeavtaler. Hver enkel fastlegeavtale er en unik avtale mellom én fastlege og kommunen fastlegen jobber i, slik at hver fastlegeavtale kun har én tilknyttet fastlege. I enkelte tilfeller har fastlegeavtalen ingen tilknyttet fastlege, kun vikar. Nærmere bestemt inneholder FLO opplysninger om den enkelte fastlege, om fastlegens autorisasjon og spesialisering, om fastlegeavtalene (oppstartsdato, kommune, legekantor, fellesliste, gruppepraksis, fastlønn/næringsdrivende, tilgang for bevegelseshemmede, vikarer med perioder, dele-leger, og primærhelseteam) samt om hver enkelt innbygger (fødsels-/d-nummer og bostedskommune). Fastlegeregisteret inneholder opplysninger tilbake til fastlegeordningen ble innført i 2001. Registeret eies, styres og forvaltes av Helsedirektoratet.

2.1.2 KUHR

KUHR (Kontroll og Utbetaling av Helserefusjoner) er et system som håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (HELFO)(Helsedirektoratet, 2022b). Systemet inneholder informasjon om hver kontakt en pasient har med en behandler (behandler, pasient, dato og klokkeslett, takster, fritaksgrunn for egenandel, egenandel betalt av pasienten, refusjon, om saksbehandling). Dataene omfatter aktivitet som konsultasjon med lege, sykebesøk, telefonkontakter der lege er involvert og enkle kontakter (for eksempel skriving av resept uten konsultasjon). Systemet eies av Helsedirektoratet.

2.1.3 Bemerkninger til datakildene

For noen formål er registerdata svært godt egnet, mens for andre egner det seg mindre godt. Informasjonen i registrene er i utgangspunktet samlet inn for administrative formål, og ikke for å studere de spørsmålene ekspertgruppen ønsker belyst. Tolkning av resultatene må derfor bygge på en god forståelse av hvordan tallene i registeret er fremkommet.

Det er verdt å merke seg at kvaliteten på registreringer av fastlønnsavtaler ikke er god før 2018. Registrering av vikarbruk i FLO har endret seg igjennom perioden, men fra 2019 har alle vikariater blitt registrert uansett varighet.

2.2 Populasjoner og tidsperioder

I dette kapitlet presenteres fremgangsmåten for hvordan vi definerer populasjonen av fastleger, fastlegeavtaler, fastlegevikarer og fastleger med aktivitet i KUHR. Koblingen mellom de ulike registrene vises i figur A.1 i Vedlegg A.

2.2.1 Fastleger og fastlegeavtaler

Fastlegepopulasjonen er identifisert gjennom FLO, hvor antall fastleger er definert som antall unike Helsepersonell (HPR) -numre registrert som *fastlege* på en gyldig fastlegeavtale 1. desember hvert år i perioden 2001 til 2022. Dette vil si at arbeidsforhold der behandler er registrert som *vikar* eller *delelege*¹,

¹ Delelege er lege på delelister. Avtale om deleliste kan inngås av leger over 60 år som ønsker nedtrapping og overføring av praksis til annen lege. Lege med minst 50 prosent varig uførhet har også rett til å dele lista si med annen lege på same vilkår.

samt fastlegelister som ikke er tilknyttet en fastlege, ikke inngår i datamaterialet. I de få tilfellene hvor samme avtale er registrert på flere kommuner i samme tidsperiode inkluderes avtalen registrert i den største kommunen. Videre inkluderes kun fastlegeavtaler som er registrert med kommune- og organisasjonsnummer. Noen fastleger står registrert med to aktive lister i samme tidsperiode, noe som forklarer hvorfor antallet fastlegelister er høyere enn antall fastleger per år. Alle fastlegelistene er inkludert i datamaterialet for å sikre kompletthet i analysene.

Fra FLO hentes også informasjon om fastlegens alder, kjønn og spesialisering innen allmenntilleggsmedisin igjennom perioden (figur A.1, vedlegg A). Videre hentes informasjon om kommunenummer, organisasjonsnummer, om listen er fastlønnet eller ikke, om listen er en fellesliste eller ikke, samt avtalens varighet. De kommunale karakteristikkene som kommunestørrelse og sentralitetsklasse er basert på definisjoner fra SSB og koblet på avtalens kommunenummer.

2.2.2 Type kontakter per klokkeslett

Fastlegepopulasjonen er identifisert igjennom FLO, og definert som leger registrert med arbeidsforhold *fastleger* med minst en fastlegeavtale 1. desember det gjeldende året (figur A.1, vedlegg A). Deretter kobles disse fastlegene med aktivitet i KUHR (se takster i tabell 2.3) via et anonymisert HPR-nummer.

I hovedsak gjør vi analysene på fastleger som eier en egen liste, men for også å skaffe kunnskap om utvikling av arbeidsmengden hos vikarer vil noen av analysene gjøres for andre allmennleger som kun jobber som vikar på et fastlegekontor. Disse legene blir identifisert igjennom FLO og definert som leger registrert med legeforshold *vikarer* eller *deleleger*. Disse legene kobles ikke til en fastlegeavtale det gjeldende året. Som en forsikring mot eventuelle feilregistreringer vil arbeidet til fastleger/fastlegevikarer som har hatt færre enn 10 konsultasjoner² i løpet av en kalendermåned ekskluderes i de aktuelle månedene.

2.2.3 Andel fastleger som jobber utenfor normal arbeidstid

Fastlegepopulasjonen, som definert under 2.2.1, blir koblet med aktivitet i KUHR (se takster i tabell 2.3) via et anonymisert HPR-nummer. Deretter kobler vi på gjeldende fastlegeavtale det aktuelle året. For fastleger med flere enn én fastlegeavtale det aktuelle året, beholdes den avtalen med flest innbyggere på listen. I hovedsak gjør vi analysene på fastleger som eier en egen liste, men for noen av analysene gjøres for andre allmennleger som kun jobber som vikar på et fastlegekontor. Disse legene blir identifisert igjennom FLO og definert som leger registrert med legeforshold *vikarer* eller *deleleger*. Disse legene kobles ikke til en fastlegeavtale det gjeldende året. Også her ekskluderes de fastleger i kalendermånedene som har hatt færre enn 10 konsultasjoner².

2.2.4 Vikarregistrering i FLO og aktivitet i KUHR

For å sammenligne vikarregistrering på fastlegelister i FLO med fastlegenes aktivitet i KUHR er det foretatt en kobling av disse datakildene. Til dette formålet er det kun brukt data fra januar 2019 og frem grunnet nedsatt datakvalitet i vikarregistrering i FLO før dette tidspunktet. Først identifiseres alle vikarrelaterte arbeidsforhold med en arbeidsbrøk på 100 %. Vikarregistrering på lister uten tilknyttet fastlege telles ikke med. Deretter telles alle unike fastlegelister med registrert vikar den første dag hver måned i perioden fra januar 2019 til og med oktober 2022.

I KUHR er antall konsultasjoner hos alle HPR-numre med fastlegearbeid talt sammen i samme periode. Alle HPR-numre med under 10 konsultasjoner¹ per måned er koblet til fastlegepopulasjonen i FLO for å identifisere hvilke fastleger som per definisjon ikke har registrert aktivitet i perioden. Herfra teller antall unike HPR-numre (fastleger) som ikke har registrert aktivitet i KUHR per kalendermåned.

²Angitt ved takstkodene 2ad, 2aek, 2ae, 11ad, 11ak (se takster i tabell 2.3)

2.3 Oppbygging av datasett og analyse

I dette avsnittet presenteres informasjon om hvordan oppbygningen av datasettet og analyser er gjennomført. Tabell 2.1 gir en oversikt over sentrale begreper knyttet til datahåndtering og analyse. Flere av analysene oppdeles på karakteristikk knyttet til fastlegen, fastlegeavtalen og kommunene og tabell 2.2 gir en oversikt over disse karakteristikkene og hvordan de er definert. Avslutningsvis gir tabell 2.3 en oversikt over alle takster som inngår i analysene.

Tabell 2.1 Sentrale begreper knyttet til datahåndtering og analyse

Begrep	Definisjon
Fastlegearbeid	Praksistyper/oppgjørskoder <i>fastlege</i> eller <i>fastlønnet</i> og spesifikke fastlegearbeid takstkoder i KUHR
Legevaktsarbeid	Praksistyper/oppgjørskoder <i>legevakt kommunal</i> eller <i>legevakt</i> og spesifikke legevaktsarbeid takstkoder i KUHR
Antall fastleger i FLO	Basert på antall unike HPR (Helsepersonell)-numre i FLO 1.desember hvert år
Antall fastleger med aktivitet i KUHR	Antall leger registrert med legeforshold <i>fastlege</i> i FLO og med fastlegearbeid registrert i KUHR
Antall fastlegevikarer med aktivitet i KUHR	Antall leger registrert med legeforshold <i>vikar/delelege</i> i FLO og med fastlegearbeid registrert i KUHR. Delelege er lege på delelister. Avtale om deleliste kan inngås av leger over 60 år som ønsker nedtrapping og overføring av praksis til annen lege. Lege med minst 50 prosent varig uførhet har også rett til å dele lista si med annen lege på same vilkår.
Antall fastleger per fastlegekontor	Antall fastlegeavtaler med samme organisasjonsnummer
Antall konsultasjoner	Antall regninger med takstkodene 2ad, 2aek, 2ae, 11ad eller 11ak
Antall takster	Antall takster. Om samme takst er utført flere ganger telles de alle gangene
Andel fastleger som går legevakt	Andel av alle fastleger som i tillegg til sitt fastlegearbeid har legevaktsarbeid i løpet av et år.
Utenfor normal arbeidstid	Fastlegearbeid med minimum tre spesifikke takster etter kl. 16:59 og før kl. 07:00 på hverdager eller hele døgnet i helgene. Antall dager er inndelt i gruppene: <ul style="list-style-type: none"> • 0 dager (aldri fastlegearbeid uten normal arbeidstid i løpet av året) • 1-9 dager i løpet av året • 10-50 dager i løpet av året • Mer enn 50 dager i løpet av året
Rekruttering	Første gang fastlegen er registrert med en avtale i FLO. Fastleger anses som rekruttert på ny om det er over et kalenderår siden fastlegen sist var registrert med en fastlegeavtale. Da det er vanskelig å bestemme reel rekruttering i forbindelse med fastlegeordningens opprettelse i 2001, telles antall rekrutterte fastleger fra år 2002 og frem. SSB's befolkningstall fra 2019 er benyttet til å regne ut antall fastleger per 100 000 innbyggere.
Avgang	En fastlege anses som å ha sluttet det året fastlegeavtalen går ut når fastlegen ikke går over på en ny fastlegeavtale i løpet av etterfølgende kalenderår. Antall avganger telles fra 2002 og frem pga. usikker datakvalitet i 2001. Det er noe usikkerhet tilknyttet antall fastleger med avgang i 2022, da vi enda ikke vet om disse fastlegene fortsetter på en avtale i 2023 eller ikke. Dette tallet kan derfor være kunstig høyt. Befolkningstall fra 2019 er benyttet til å regne ut antall fastleger per 100 000 innbyggere.
Karriereforløp	I tilfeller hvor en fastlege har hatt flere etterfølgende avtaler med mindre enn et kalenderårs mellomrom defineres dette som et sammenhengende karriereforløp

Tid i fastlegeordningen hos fastleger som slutter	Gjennomsnittlig varighet av karriereforløp hos fastleger med registrert avgang i perioden 2002 til 2021. I analyser på avtalekarakteristikker benyttes karakteristikker til den avtalen fastlegen ble rekruttert inn i fastlegeordningen på.
Karriereoverlevelse	Sannsynligheten for fortsatt å jobbe i fastlegeordningen over tid. Beregnet med Kaplan Meier-metoden (Kaplan & Meier, 1958; Skovlund, 2018). Analysen baseres på fastleger med både rekruttering og avgang i perioden 2002 til 2021. I tillegg inkluderes fastleger rekruttert fra 2002 og frem som ikke slutter i perioden. Fastleger med avgang i 2022 ekskluderes pga. usikkerhet om reell avgang. I analyser på avtalekarakteristikker benyttes karakteristikker til den avtalen fastlegen ble rekruttert inn i fastlegeordningen på.
Vikarbruk i FLO og manglende aktivitet i KUHR	Vikarbruk i FLO: Antall fastlegelister med registrert vikar i hhv. 100% stilling eller 80% stilling eller mer, den 1. i hver måned. Aktivitet i KUHR: Antall fastleger som er registrert på en fastlegeliste i FLO og registrert med færre enn 10 konsultasjoner (konsultasjonstakster vist i tabell 2.3) per kalendermåned i KUHR
Spredningsmål	Verdiene for \min^{p25} (nedre kvartil) og \max^{p75} (øvre kvartil) gir et inntrykk av spredningen. Nedre kvartil er verdien som deler et sortert materiale i de nederste 25 prosent fra de øverste 75 prosent. Øvre kvartil er den verdien som i et sortert materiale deler de 75 prosent nederste verdiene fra de 25 prosent øverste. Alle verdiene er inkludert når gjennomsnittene beregnes. I enkelte tilfeller vises standardavvik fremfor nedre og øvre kvartil

Tabell 2.2 Karakteristikk knyttet til fastlegen, fastlegeavtalen og kommunene

Karakteristikk	Beskrivelse	Data kilde	Kategorisering
<i>Karakteristikk ved fastlegen</i>			
Kjønn	-	FLO	Kvinne/mann
Aldersgrupper	Fastlegens alder er definert ut fra legens fødselsår	FLO	<40, 40-50, 50-60, 60+ eller <40, 40-50, 50+
Spesialist i allmennmedisin	Hvorvidt legen i løpet av de siste 5 årene har fullført utdanning som spesialist i allmennmedisin	FLO	Ja/nei
<i>Karakteristikk ved avtalen</i>			
Driftsform	Hvorvidt legen er ansatt i kommunen og mottar fast lønn	FLO	Ja/nei
Listelengde	Antall innbyggere tilknyttet fastlegeavtalen som fastlegen har. Inndeles i kategoriene: < 500, 500-800, 800-1000, >1000 innbyggere		
Fellesliste	En fellesliste er en fastlegeavtale som flere fastleger på samme kontor har felles ansvar for (Helfo, 2023)	FLO	Ja/nei
<i>Kommunale karakteristikk og fylke</i>			
Kommune	Kommunen fastlegen har avtale med	FLO	Kommunenummer, -navn
Kommune-sentralitet	Defineres i henhold til SSBs sentralitetsindeks som består av seks klasser. Skala fra 1 (mest sentralt) til 6 (minst sentralt). Indeksen baseres på innbyggeres avstand til arbeidsplasser og servicefunksjoner. Utleddet fra avtalens kommunenummer	SSB	Sentralitetsklasse 1 Sentralitetsklasse 2 Sentralitetsklasse 3 Sentralitetsklasse 4 Sentralitetsklasse 5 Sentralitetsklasse 6
Kommune-størrelse	Defineres i henhold til SSBs kategorisering av kommunestørrelse (innbyggertall). Består av syv grupper. Utleddet fra avtalens kommunenummer	SSB	> 100 000 innb. 50 001 – 100 000 innb. 25 001 – 50 000 innb. 10 001 – 25 000 innb. 5 001 – 10 000 innb. 3 001 – 5 000 innb. < 3001 innb.
Fylke	Fylket hvor kommunen fastlegen har avtale med ligger i. Utleddet fra avtalens kommunenummer	FLO	Fylkesstruktur fra 2020: Agder, Innlandet, Møre og Romsdal, Nordland, Oslo, Rogaland, Troms og Finnmark, Trøndelag, Vestfold og Telemark, Vestland og Viken

Tabell 2.3 Liste over takstkoder som er benyttet i analysene. Gråe felt definerer takster kun benytte for legevaksarbeid.

Takst	Beskrivelse	Arbeidstype
<i>Konsultasjoner</i>		
2ad	Vanlig konsultasjon hos allmennlege	Fastlegearbeid, vanlig konsultasjon
2ae	E-konsultasjon hos fastlege og legevakt	Fastlegearbeid, e-konsultasjon
11ad	Sykebesøk	Fastlegearbeid, vanlig konsultasjon
2aek	E-konsultasjon etter kl. 16 hvor pasienten samtykker til høyere pris	Legevaksarbeid og fastlegearbeid
11ak	Sykebesøk legevakt, men kan brukes av fastlegen hos pasienter med kronisk sykdom	Legevaksarbeid og fastlegearbeid, vanlig konsultasjon
2ak	Vanlig konsultasjon etter kl. 16	Legevaksarbeid
2fk	Utrykning fra hjemmet til legekantoret	Legevaksarbeid
11f	Står om liv: Aktivt redningsarbeid ved ulykke, gjenoppliving, fødselshjelp, prehospitaal trombololyse ved akutt hjerteinfarkt samt behandling av kritisk syke pasienter	Legevaksarbeid
<i>Takster som ikke krever personlig oppmøte</i>		
L1, L4, L8, L25, L40	L-takstene, erklæringer til NAV	Fastlegearbeid, erklæring til NAV
1ad	Enkel pasientkontakt ved personlig frammøte eller ved bud (gyldig hele perioden)	Fastlegearbeid, enkle kontakter
1bd	Enkel pasientkontakt skriftlig, per telefon eller ved elektronisk kommunikasjon (gyldig hele perioden)	Fastlegearbeid, enkle kontakter
1be	Enkel pasientkontakt skriftlig, per telefon eller ved elektronisk kommunikasjon (Gyldig fra 1. juli 2016 til 1. juli 2022)	Fastlegearbeid, enkle kontakter
1i	Kontakttakst for utskrivning av e-resept (gyldig fra 1.juli 2011)	Fastlegearbeid, enkle kontakter
1j	Samhandlingstakst for dialog mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten (Gyldig fra 1.juli 2019 til 1. juli 2022). 1j inkluderes nå i 1f	Fastlegearbeid, kontakt med helsetjenesten og pårørende
1h	Utfylling sykemeldingsblankett (utenom konsultasjon), rekvisisjon, henvisninger og ble også brukt til skriving av resept	Fastlegearbeid, enkle kontakter
2kd	Info til kjernejournal	Fastlegearbeid, enkle kontakter
2ld	Legemiddelgjennomgang	Fastlegearbeid, enkle kontakter
1f	Takst for telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med blant annet hjemmesykepleie, ev med spesialist sykehus	Fastlegearbeid, kontakt med helsetjenesten og pårørende
14	Møtegodtgjørelse med reisetid når legen deltar i planlagt flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient.	Fastlegearbeid, kontakt med helsetjenesten og pårørende
616	Særlig tidkrevende arbeid ved henvisninger	Fastlegearbeid, kontakt med helsetjenesten og pårørende
612a/b	Nødvendig samtale (utover det som er naturlig hører inn i en konsultasjon) med pårørende	Fastlegearbeid, kontakt med helsetjenesten og pårørende
2af	Felles konsultasjon mellom lege og ambulanse/hjemmesykepleie over video/telefon	Legevaksarbeid
1bk	Enkel pasientkontakt skriftlig, per telefon eller ved elektronisk kommunikasjon etter kl. 16:00	Legevaksarbeid
1g	Tlf. etter kl. 23 uten utrykning	Legevaksarbeid

Kilde: Normaltariff for fastleger og legevakt 2022-2023

3 Resultater

3.1 Utvikling i fastlegenes situasjon over tid

Med utgangspunkt i punktdata fra FLO den 1.12. hvert år ses totalt 9 314 fastleger registrert på 11 099 fastlegeavtaler. Etter ekskludering av duplikater og avtaler som mangler informasjon om kommunetilknøytning (98 fastleger fordelt på 99 fastlegeavtaler) og organisasjonsnummer (8 fastleger fordelt på 8 fastlegeavtaler), gjenstår populasjonen av 9 279 fastleger og 11 043 fastlegeavtaler (se flyttdiagram i figur A-1). Tabell 3.1 og 3.2 viser utviklingen i sentrale kjennetegn ved disse fastlegene og fastlegeavtalene per år fra 2001 til 2022. Resten av kapittelet inneholder utdypende informasjon om utviklingen i fastlegenes alder, fastlønsavtaler, listelengde, felleslister og antall fastlegeavtaler per fastlegekontor.

Tabell 3.1 Karakteristikker ved fastlegepopulasjonen, 2001 til 2022

År	Fastleger, <i>n</i>	Alder, <i>snitt (min^{p25};maks^{p75})</i>	Kvinner, <i>n (%tot)</i>	Spesialist i allmennmedisin, <i>n (%tot)</i>
2001	3 612	46,3 (40;52)	1 053 (29,2)	1 862 (51,6)
2002	3 657	46,8 (40;53)	1 079 (29,5)	1 919 (52,5)
2003	3 665	47,2 (40;54)	1 080 (29,5)	1 961 (53,5)
2004	3 707	47,5 (41;54)	1 107 (29,9)	2 028 (54,7)
2005	3 709	47,9 (41;55)	1 132 (30,5)	2 079 (56,1)
2006	3 794	48,1 (40;55)	1 190 (31,4)	2 131 (56,2)
2007	3 843	48,3 (40;56)	1 236 (32,2)	2 182 (56,8)
2008	3 919	48,4 (40;56)	1 317 (33,6)	2 239 (57,1)
2009	3 999	48,5 (39;57)	1 388 (34,7)	2 274 (56,9)
2010	4 059	48,6 (39;57)	1 439 (35,5)	2 317 (57,1)
2011	4 138	48,6 (39;58)	1 509 (36,5)	2 373 (57,3)
2012	4 228	48,4 (39;58)	1 589 (37,6)	2 445 (57,8)
2013	4 337	48,1 (38;58)	1 675 (38,6)	2 522 (58,2)
2014	4 459	47,9 (38;58)	1 780 (39,9)	2 586 (58,0)
2015	4 534	48,0 (38;58)	1 851 (40,8)	2 618 (57,7)
2016	4 597	47,8 (38;58)	1 910 (41,5)	2 643 (57,5)
2017	4 705	47,7 (38;58)	1 979 (42,1)	2 853 (60,6)
2018	4 786	47,5 (38;57)	2 080 (43,5)	2 919 (61,0)
2019	4 858	47,4 (38;57)	2 158 (44,4)	3 019 (62,1)
2020	4 930	47,2 (38;57)	2 257 (45,8)	3 111 (63,1)
2021	4 965	47,1 (38;56)	2 326 (46,8)	3 171 (63,9)
2022	5 060	46,9 (38;55)	2 398 (47,4)	3 171 (62,7)

Status per 1. desember hvert år. Min^{p25} = nedre kvartil, maks^{p75} = øvre kvartil.

Kilde: FLO

Tabell 3.2. Karakteristikk ved fastlegeavtalene, 2001 til 2022

År	Fastlege-avtaler, n	Avtaler med fastlønn, n (%tot)	Listelengde per avtale, snitt (min ^{p25} ; maks ^{p75})	Total listelengde, n	Felleslister, n (%tot)	Innbyggere på felleslister, n (%tot)	Avtaler per kontor, gj. snitt (min ^{p25} ; maks ^{p75})
2001	3 643	386 (10,6)	1184 (901;1460)	4 336 414	370 (10,1)	363 053 (8,4)	3,2 (2;4)
2002	3 683	386 (10,5)	1194 (917;1467)	4 421 630	384 (10,4)	378 040 (8,5)	3,2 (2;4)
2003	3 690	377 (10,2)	1202 (929;1475)	4 464 919	371 (10,0)	365 767 (8,2)	3,2 (2;4)
2004	3 730	344 (9,2)	1198 (926;1466)	4 499 096	365 (9,7)	351 253 (7,8)	3,3 (2;4)
2005	3 734	318 (8,5)	1204 (936;1469)	4 524 309	342 (9,1)	329 950 (7,3)	3,3 (2;4)
2006	3 814	306 (8,0)	1196 (933;1460)	4 588 905	342 (8,9)	325 009 (7,1)	3,4 (2;4)
2007	3 861	289 (7,5)	1194 (940;1456)	4 639 803	341 (8,8)	316 643 (6,8)	3,5 (2;5)
2008	3 933	269 (6,8)	1190 (939;1449)	4 714 717	358 (9,0)	330 738 (7,0)	3,6 (2;5)
2009	4 014	251 (6,3)	1183 (938;1436)	4 781 135	359 (8,9)	330 529 (6,9)	3,7 (2;5)
2010	4 079	237 (5,8)	1178 (935;1422)	4 842 139	354 (8,6)	319 433 (6,6)	3,8 (2;5)
2011	4 161	221 (5,3)	1173 (933;1402)	4 918 460	358 (8,5)	324 523 (6,6)	3,9 (2;5)
2012	4 248	217 (5,1)	1165 (922;1399)	4 984 518	360 (8,4)	320 927 (6,4)	4,0 (3;5)
2013	4 357	204 (4,7)	1150 (902;1389)	5 051 275	357 (8,1)	316 184 (6,3)	4,1 (3;5)
2014	4 478	202 (4,5)	1132 (896;1380)	5 112 370	367 (8,1)	319 146 (6,2)	4,2 (3;5)
2015	4 551	202 (4,4)	1127 (895;1357)	5 177 364	357 (7,8)	310 366 (6,0)	4,3 (3;5)
2016	4 622	213 (4,6)	1120 (892;1342)	5 223 142	313 (6,7)	271 393 (5,2)	4,4 (3;5)
2017	4 725	303 (6,4)	1106 (892;1320)	5 257 453	298 (6,3)	251 258 (4,8)	4,5 (3;6)
2018	4 814	611 (12,7)	1097 (889;1300)	5 281 147	281 (5,8)	226 718 (4,3)	4,6 (3;6)
2019	4 884	683 (14,0)	1084 (861;1298)	5 294 725	265 (5,4)	202 567 (3,8)	4,7 (3;6)
2020	4 951	722 (14,6)	1068 (844;1292)	5 289 341	238 (4,8)	184 325 (3,5)	4,8 (3;6)
2021	5 003	779 (15,6)	1057 (818;1274)	5 290 048	221 (4,4)	171 735 (3,2)	4,9 (3;6)
2022	5 088	907 (17,8)	1033 (797;1246)	5 258 227	228 (4,5)	174 400 (3,3)	5,0 (3;6)

Status per 1. desember hvert år. Min^{p25} = nedre kvartil, maks^{p75} = øvre kvartil.

Kilde: FLO

3.1.1 Alder

Tabell 3.1 viser den nasjonale utviklingen i fastlegenes gjennomsnittsalder i perioden 2001 til 2022. Gjennomsnittsalderen steg fra 46,3 år i 2001 til 48,6 år i 2011. Etter 2011 falt gjennomsnittsalderen jevnt til 46,9 år i 2022. I 2022 var fastlegenes gjennomsnittsalder høyest i Oslo (50,2 år) og Viken (47,5 år), mens den var lavest i Troms og Finnmark (44,8 år, tabell 3.1.1).

Mens fastlegenes gjennomsnittsalder falt i de fleste fylker fra 2010, var dette ikke tilfellet for Oslo hvor gjennomsnittsalderen heller stabiliserte seg på et høyt nivå frem til 2022 (figur 3.1.1). Forskjellene i fastlegenes gjennomsnittsalder på tvers av fylker er større i 2022 enn det det var i 2001.

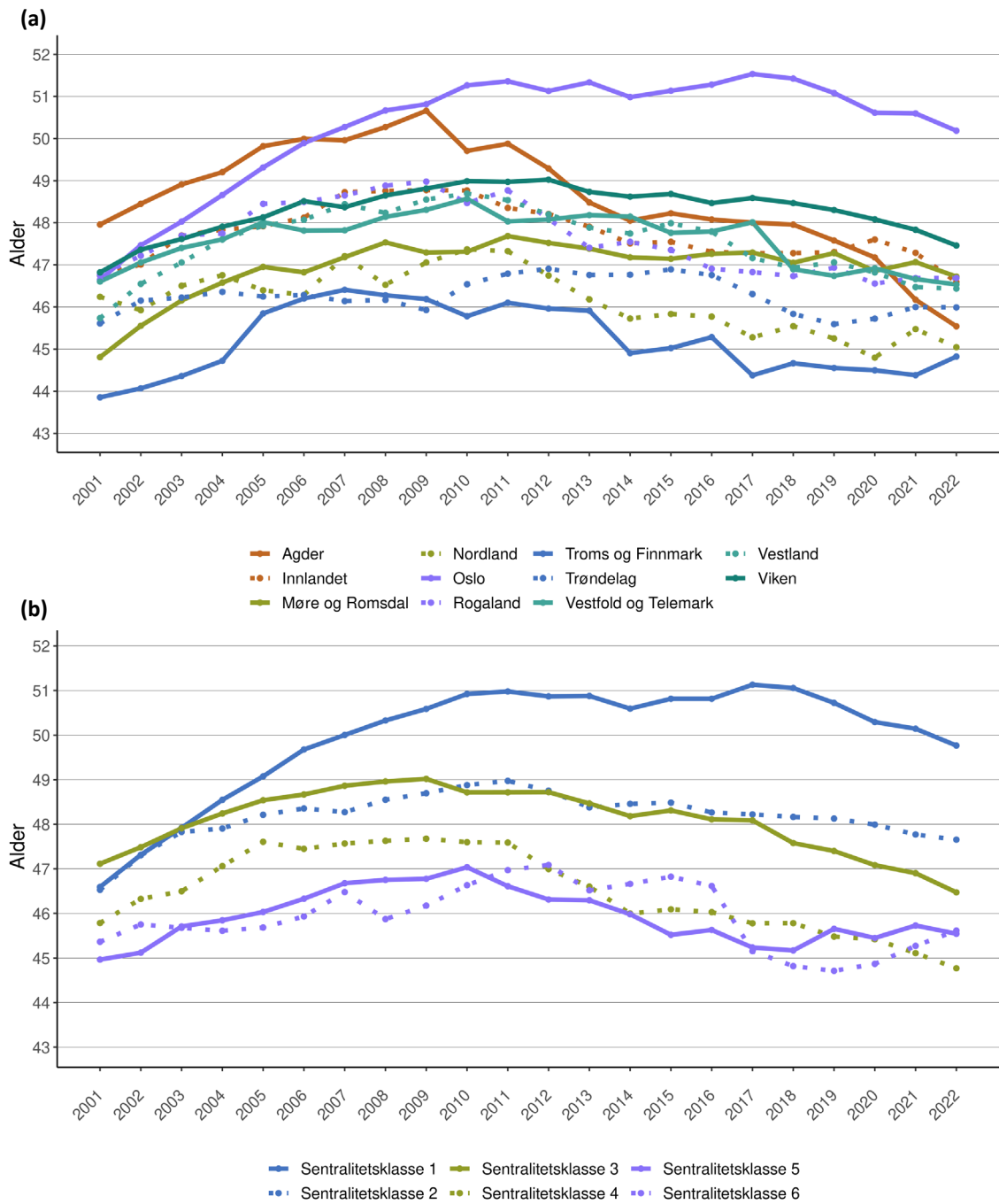
Fastlegenes gjennomsnittsalder er høyere i mer sentrale og befolkede kommuner sammenlignet med mindre sentrale og befolkede kommuner (tabell 3.1.1). Litt overraskende var gjennomsnittsalderen lavest i kommunene kategorisert i sentralitetsklasse 4 og med 10 001 til 25 000 innbyggere i 2022, og ikke i de aller minst sentrale og folkerike kommunene, som i årene før (figur 3.1.1, figur A.2). Videre ses det en økning i forskjellene i fastlegenes gjennomsnittsalder på tvers av kommunesentralitet de siste 20 årene. I 2022 er det omkring 4,2 år i forskjell i gjennomsnittsalder mellom de mest og de minst sentrale kommunene, mot 1,2 år i 2001.

Tabell 3.1.1 Fastlegenes gjennomsnittsalder per fylke, kommunestørrelses og -sentralitetsklasse, 2022

	Alder, snitt (min ^{p25} ; maks ^{p75})
Fylke	
Agder	45,5 (37;53)
Innlandet	46,6 (37;55)
Møre og Romsdal	46,7 (38;54)
Nordland	45,0 (36;52)
Oslo	50,2 (42;59)
Rogaland	46,7 (38;55)
Troms og Finnmark	44,8 (36;52)
Trøndelag	46,0 (38;52)
Vestfold og Telemark	46,5 (37;55)
Vestland	46,4 (37;56)
Viken	47,5 (38;56)
Sentralitetsklasse	
1	49,8 (41;59)
2	47,7 (39;55)
3	46,5 (37;55)
4	44,8 (36;52)
5	45,5 (36;54)
6	45,6 (36;54)
Kommunestørrelse	
≤3 000	45,9 (36;54)
3 001-5 000	46,7 (37;55)
5 001-10 000	45,4 (36;53)
10 001-25 000	45,1 (36;52)
25 001-50 000	46,3 (37;54)
50 001-100 000	47,6 (39;55)
>100 000	48,9 (40;58)

Min^{p25} = nedre kvartil, maks^{p75} = øvre kvartil.

Kilde: FLO



Figur 3.1.1. Utvikling i fastlegenes gjennomsnittsalder per (a) fylke og (b) sentralitetsklasse, 2001 til 2022.

Kilde: FLO

3.1.2 Fastlønsavtaler

I dette kapitlet presenteres resultater omhandlende omfanget av fastlønsavtaler. Som følge av at det ikke finnes tilgjengelige data for hele populasjonen av fastleger før 2018, inneholder dette kapitlet kun data fra 2018 til 2022.

Andelen fastlønsavtaler økte fra 2018 frem til 2022 (tabell 3.2). Målt i endring i prosentpoeng ser man den største økningen i andelen fastlønsavtaler i denne perioden i Nordland, Innlandet og Troms og Finnmark, der andelen fastlønsavtaler steg med henholdsvis 11, 10,4 og 9,4 prosentpoeng (figur 3.1.2.1). I 2022 var bruken av fastlønsavtaler mest utbredt i Nordland, hvor 56,2 % av alle fastlegeavtaler var fastlønnede (tabell 3.1.2). Videre har bruken av fastlønsavtaler vært mest utbredt i de minst sentrale og folkerike kommunene (figur 3.1.2.1, figur A.3), hvor andelen i 2022 hhv var 70,4 % og 71,6%. Fastlønsavtaler er derimot relativt lite brukt i mer sentrale strøk, hvor andelen fastløns avtaler lå på 5,3 % i Oslo, 3,1 % i Bergen og 3,6% i Trondheim i 2022 (figur A.4).

Tabell 3.1.2 Antall og andel fastlønsavtaler per fylke, kommunesentralitet og -størrelse, 2022

	Fastlønsavtaler, n (%tot)
Fylke	
Agder	60 (19,2)
Innlandet	83 (21,8)
Møre og Romsdal	27 (10,6)
Nordland	155 (56,2)
Oslo	30 (5,3)
Rogaland	74 (17,6)
Troms og Finnmark	130 (43,9)
Trøndelag	79 (17,0)
Vestfold og Telemark	60 (15,8)
Vestland	127 (19,9)
Viken	82 (7,4)
Sentralitetsklasse	
1	42 (4,9)
2	64 (5,2)
3	97 (7,8)
4	264 (30,1)
5	219 (38,3)
6	221 (70,4)
Kommunestørrelse	
≤3 000	219 (71,6)
3 001-5 000	82 (40,4)
5 001-10 000	163 (32,5)
10 001-25 000	244 (22)
25 001-50 000	79 (10,1)
50 001-100 000	60 (8,1)
>100 000	60 (4,1)

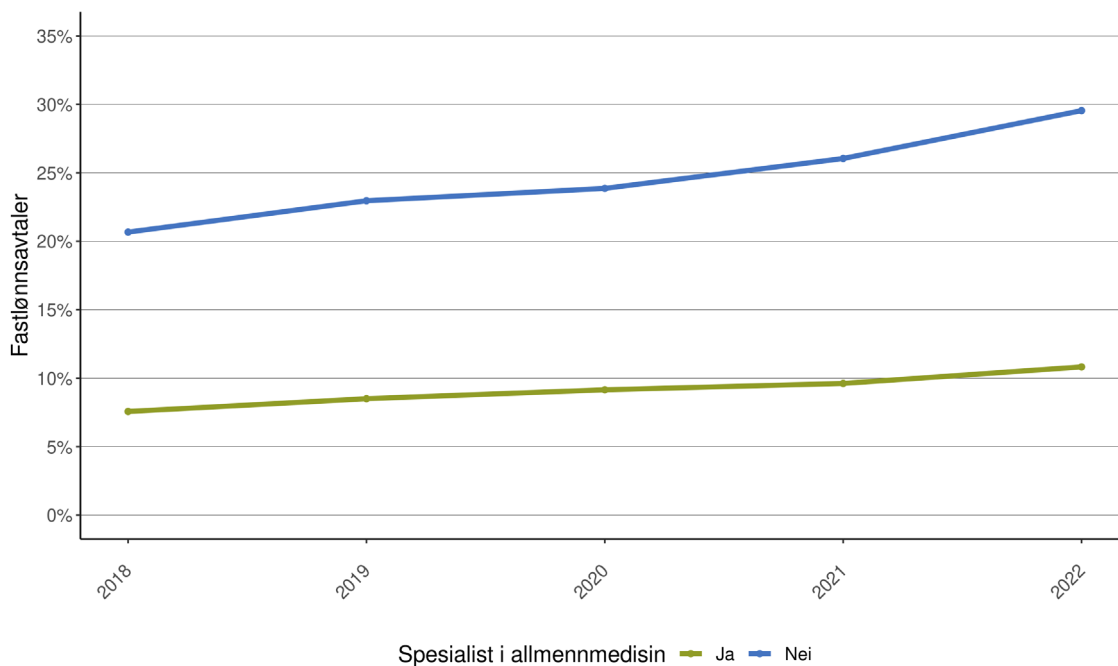
Kilde: FLO



Figur 3.1.2.1 Utvikling i andel fastlønnsavtaler per (a) fylke og (b) sentralitetsklasse, 2018 til 2022.

Kilde: FLO

Andelen fastlønsavtaler varierer også mellom fastleger med og uten spesialisering i allmenntidmedisin. I 2022 var andelen fastlønsavtaler 29,5 % hos fastleger uten spesialisering mot 10,8 % hos fastleger med spesialisering. Andelen økte for begge grupper i perioden 2018 til 2022, men økningen var størst for fastleger uten spesialisering i allmenntidmedisin (figur 3.1.2.2).



Figur 3.1.2.2 Utvikling i andel fastlønsavtaler per spesialiseringsstatus, 2018 til 2022.

Kilde: FLO

3.1.3 Listelengde

I dette kapitlet presenteres resultater omhandlende fastlegenes listelengde, både gjennomsnittlig listelengde per fastlege og summen av antall innbyggere på liste (total listelengde). Etter en topp i gjennomsnittlig listelengde per fastlege i 2005, ses en jevn nedgang i listelengden frem til 2022 (tabell 3.2). På samme tid steg totalt antall innbyggere på liste med fast lege frem til 2019. Etter 2019 ses en mindre nedgang i dette antallet.

3.1.3.1 Listelengde per fastlege

I 2022 hadde fastlegene i Oslo i gjennomsnitt de lengste fastlegelistene (1349 innbyggere), etterfulgt av fastlegene i Rogaland (1123) og i Viken (1107) (tabell 3.1.3). Fastlegene i Troms og Finnmark (738) og Nordland (787) hadde de korteste listene. Som forventet ser vi at størrelse på fastlegelistene varierer etter sentralitet og befolkningsstørrelse, hvor gjennomsnittlig listelengde er størst i de mest sentrale (1294) og mest befolkede (1236) kommunene og tilsvarende minst i de minst sentrale (607) og befolkede kommunene (606).

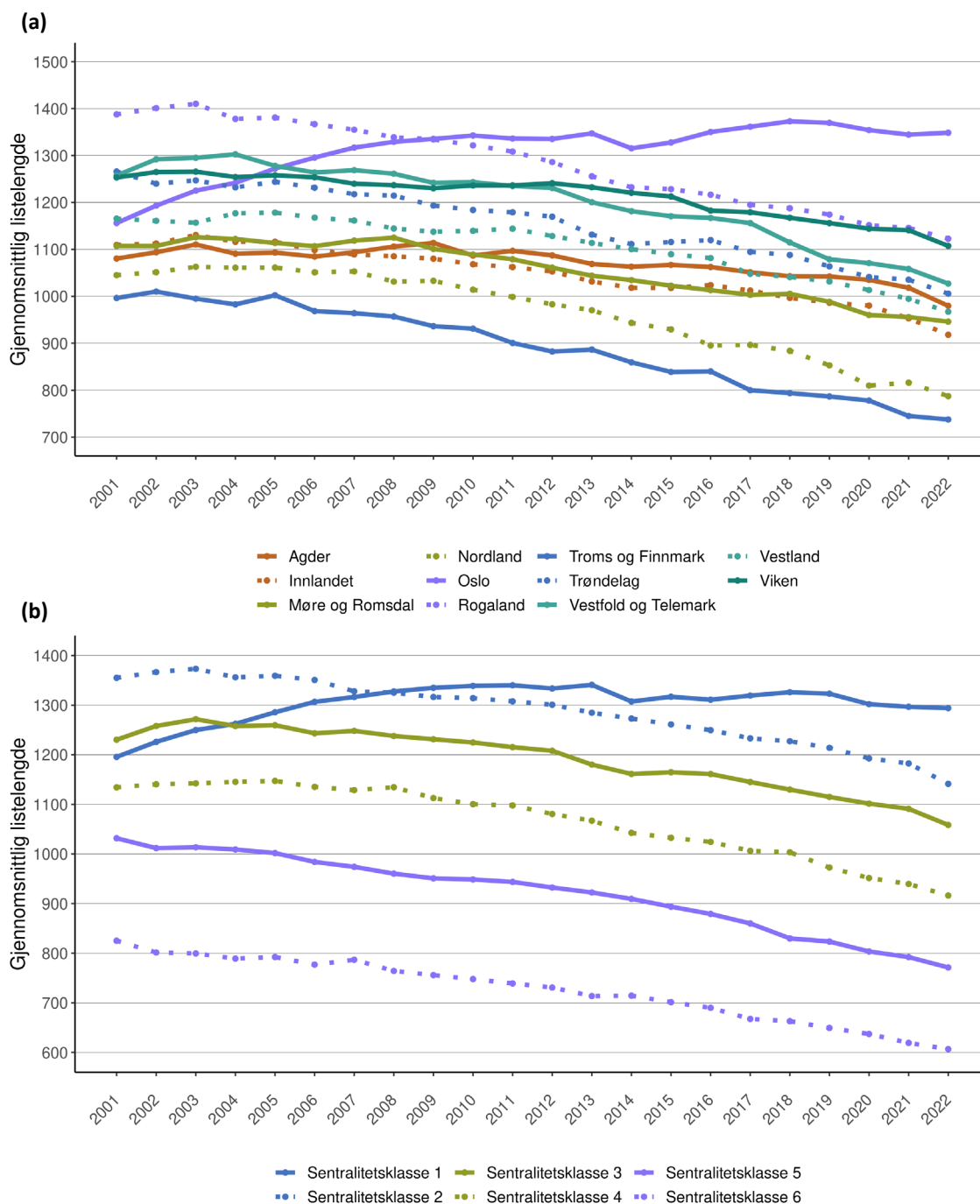
Tabell 3.1.3 Gjennomsnittlig listelengde per fastlegeavtale og total listelengde per fylke, kommunesentralitet og -størrelse, 2022

	Listelengde pr avtale, snitt (min ^{p25} ;maks ^{p75})	Total listelengde
Fylke		
Agder	980 (817;1159)	306 597
Innlandet	918 (748;1092)	348 800
Møre og Romsdal	946 (786;1092)	241 197
Nordland	787 (596;970)	217 285
Oslo	1 349 (1137;1519)	759 269
Rogaland	1 123 (895;1342)	471 499
Troms og Finnmark	738 (549;902)	218 307
Trøndelag	1 006 (843;1194)	466 559
Vestfold og Telemark	1 027 (799;1211)	389 222
Vestland	967 (743;1198)	616 931
Viken	1 107 (922;1301)	1 222 561
Sentralitetsklasse		
Sentralitetsklasse 1	1 294 (1098;1493)	1 106 476
Sentralitetsklasse 2	1 141 (991;1320)	1 404 997
Sentralitetsklasse 3	1 058 (896;1199)	1 312 455
Sentralitetsklasse 4	916 (730;1067)	802 594
Sentralitetsklasse 5	771 (629;902)	441 207
Sentralitetsklasse 6	607 (464;743)	190 498
Kommunestørrelse		
3 000 eller færre	606 (456;744)	185 438
3 001-5 000	752 (593;900)	152 617
5 001-10 000	849 (696;996)	425 245
10 001-25 000	940 (748;1097)	1 041 586
25 001-50 000	1 078 (897;1247)	841 064
50 001-100 000	1 109 (938;1295)	824 272
>100 000	1 236 (1032;1402)	1 788 005

Min^{p25} = nedre kvartil, maks^{p75} = øvre kvartil.

Kilde: FLO

Det ses en jevn nedgang i gjennomsnittlig listelengde per fastlege fra 2001 til 2022 i alle fylker utenom Oslo. I Oslo ser man motsatt en økning i gjennomsnittlig listelengde fra 2001 til 2010, etterfulgt av en stabilisering på et relativt høyt nivå på omkring 1350 innbyggere (figur 3.1.3.1). I takt med at listelengden går ned i landets andre fylker øker forskjellene i gjennomsnittlig listelengde mellom Oslo og resten av landet fra 2010. Lignende resultater ses i utviklingen av gjennomsnittlig listelengde etter kommunesentralitet og -størrelse (figur 3.1.3.1, figur A.5), hvor utviklingen i kategorien med de mest sentrale og folkerike kommunene ligner utviklingen for Oslo.

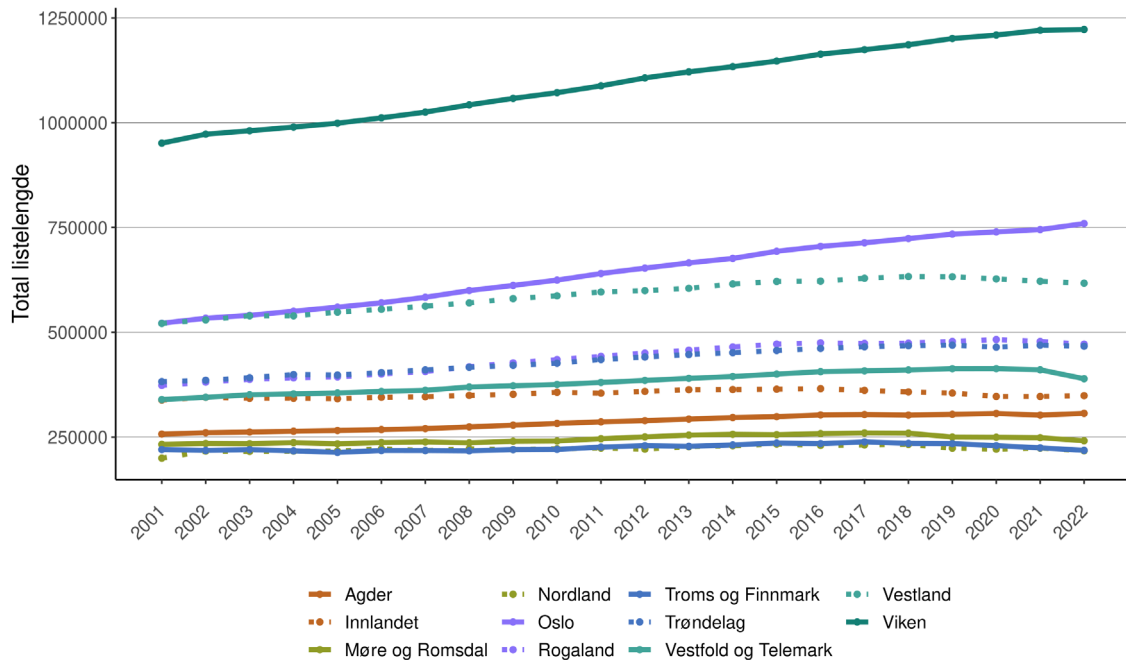


Figur 3.1.3.1 Utvikling i gjennomsnittlig listelengde per fastlege, per (a) fylke, (b) sentralitetsklasse, 2001 til 2022.

Kilde: FLO

3.1.3.2 Total listelengde

Totalt er antall innbyggere på liste med fast lege størst i Viken og Oslo (tabell 3.1.3). Utviklingen av dette antallet har også vært størst i disse fylkene i perioden mellom 2001 og 2022 dette antallet (figur 3.1.3.2).



Figur 3.1.3.2. Utviklingen i total listelengde per fylke, 2001 til 2022.

Kilde: FLO

For å se nærmere på utviklingen i total listelengde vises årlig endring i total listelengde per fylke, kommunesentralitets- og -størrelseskategori i perioden i figur 3.1.3.3. Figuren viser at de aller fleste fylker har opplevd en årlig vekst i totalt antall innbyggere på liste med tilknyttet fastlege i perioden fra 2002 til 2022. I Rogaland, Troms og Finnmark, Vestfold og Telemark og Vestland har det derimot vært en reduksjon i dette antallet i 2021 og 2022. Samme reduksjon kan ses i middels sentrale kommune (sentralitetsklasse 3 og 4) og de middels store kommunene (5 001-10 000, 10 001-25 000 og 25 001-50 000 innb.), men ikke i landets aller minst sentrale og befolkede kommuner (figur A.6).



Figur 3.1.3.3 Endring i total listelengde sammenlignet med året før, per (a) fylke og (b) sentralitetsklasse, 2002 til 2022.

Kilde: FLO

3.1.4 Fellesliste

I dette kapitlet vises utviklingen i bruk av felleslister. Felleslister er en fastlegeavtale som flere fastleger på samme kontor har felles ansvar for (Helfo, 2023).

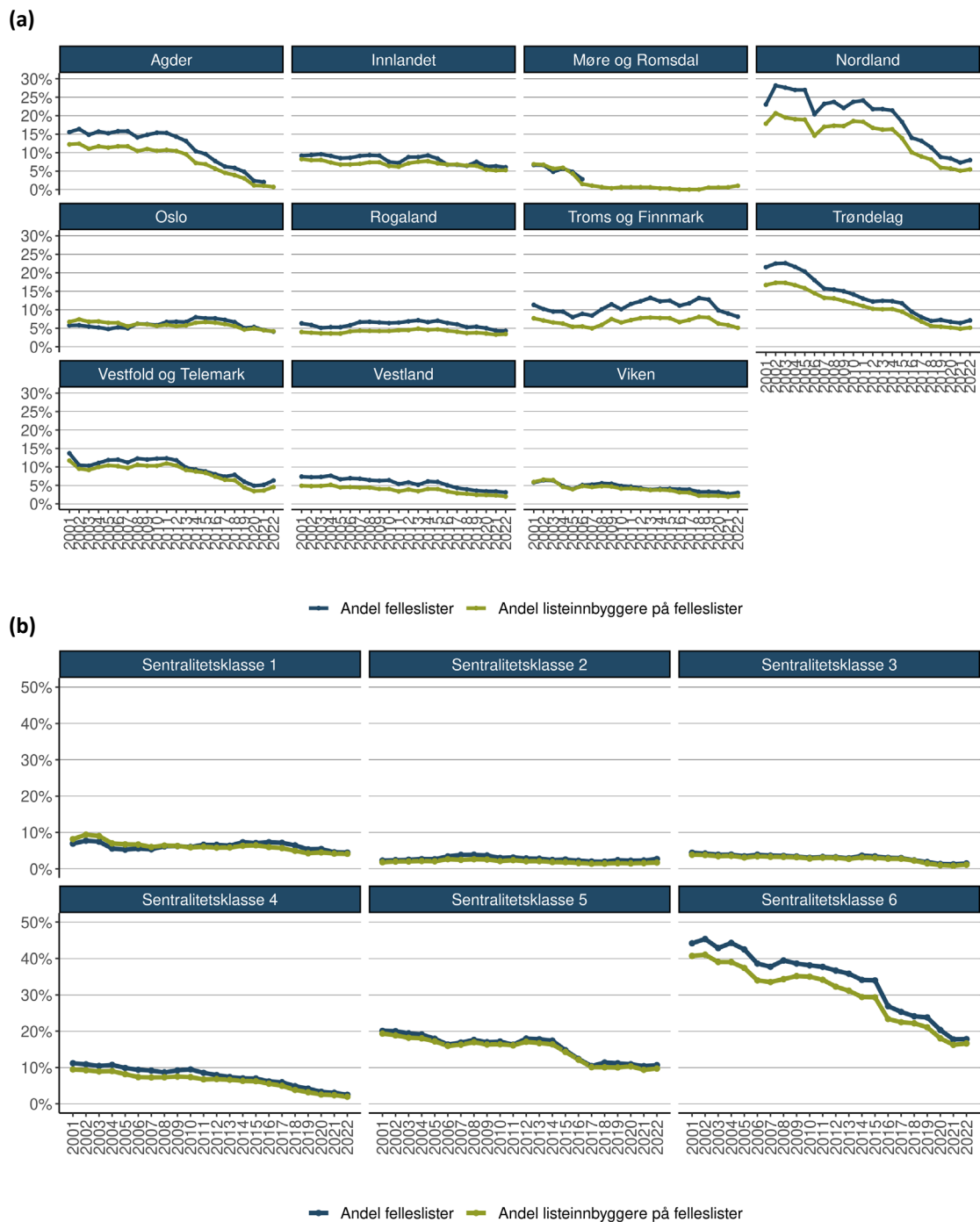
Fra 2001 til 2022 har det vært en nedgang i både antall og andel felleslister nasjonalt, og dermed også i andelen listeinnbyggere på felleslister, som falt jevnt fra rundt 10% i 2001 til 4,5% i 2022 (tabell 3.2). I 2022 var det registrert totalt 228 felleslister, hvor andelen felleslister er størst i Troms og Finnmark (8,1%) og Nordland (8,0 %, tabell 3.1.4). Bruken av felleslister har over tid vært mest utbredt i Agder, Nordland og Trøndelag, hvor det også har vært størst nedgang i løpet av perioden (figur 3.1.4). Fordelt på kommunesentralitet og -størrelse ser man at bruken av felleslister har vært mest utbredt i de minst sentrale og befolkede kommunene igjennom perioden og at disse kommunene samlet sett fortsatt har den høyeste andelen felleslister i 2022 (sentralitetsklasse 6: 17,8%, <3001 innb.: 20,6%, figur 3.1.4, figur A.7).

Tabell 3.1.4. Antall og andel felleslister og innbyggere på felleslister, 2022

	Felleslister, n (%tot)	Innbyggere på felleslister, n (%tot)
Fylke		
Agder	-	2 136 (0,7)
Innlandet	23 (6,1)	18 361 (5,3)
Møre og Romsdal	-	2 465 (1,0)
Nordland	22 (8,0)	11 841 (5,4)
Oslo	23 (4,1)	31 672 (4,2)
Rogaland	18 (4,3)	16 129 (3,4)
Troms og Finnmark	24 (8,1)	11 121 (5,1)
Trøndelag	33 (7,1)	23 974 (5,1)
Vestfold og Telemark	24 (6,3)	17 854 (4,6)
Vestland	20 (3,1)	12 359 (2,0)
Viken	33 (3,0)	26 488 (2,2)
Sentralitetsklasse		
Sentralitetsklasse 1	38 (4,4)	45 573 (4,1)
Sentralitetsklasse 2	33 (2,7)	23 874 (1,7)
Sentralitetsklasse 3	18 (1,5)	14 552 (1,1)
Sentralitetsklasse 4	22 (2,5)	15 784 (2,0)
Sentralitetsklasse 5	61 (10,7)	42 938 (9,7)
Sentralitetsklasse 6	56 (17,8)	31 679 (16,6)
Kommunestørrelse		
3 000 eller færre	63 (20,6)	36 677 (19,8)
3 001-5 000	26 (12,8)	19 190 (12,6)
5 001-10 000	27 (5,4)	20 157 (4,7)
10 001-25 000	26 (2,3)	16 904 (1,6)
25 001-50 000	16 (2,1)	11 432 (1,4)
50 001-100 000	28 (3,8)	23 387 (2,8)
>100 000	42 (2,9)	46 653 (2,6)

¹Verdier mindre enn 5 vises ikke tabellen og merkes dermed med -.

Kilde: FLO



Figur 3.1.4 Utvikling i andel felleslister og andel listeinnbyggere på felleslister per (a) fylke og (b) sentralitetsklasse, 2001 til 2022.

Kilde: FLO

3.1.5 Størrelse på fastlegekontor

I dette kapitelet vises utviklingen i antall fastleger per fastlegekontor fra 2001 til 2021. På et nasjonalt nivå ses antall fastleger per fastlegekontor totalt ut til å stige jevnt igjennom perioden (tabell 3.2).

Fordelt på fylke ser man at det i 2022 i gjennomsnitt er flest fastleger per kontor i Troms og Finnmark (6,1 fastleger per kontor) og færrest i Viken (4,2 fastleger per kontor, tabell 3.1.5). Det er ingen klar gradient i forholdet mellom antall fastleger per fastlegekontor og kommunekarakteristikkene sentralitetsklasse og kommunestørrelse. Fastlegekontorene med færrest fastleger finner vi i de minst sentrale (4,1 fastleger per kontor) og befolkede kommunene (3,3 fastleger per kontor), mens kontorene med flest fastleger finnes i de nest minst sentrale kommunene (6,7 fastleger per kontor) og kommunene med 5 001 til 10 000 innbyggere (6,4 fastleger per kontor).

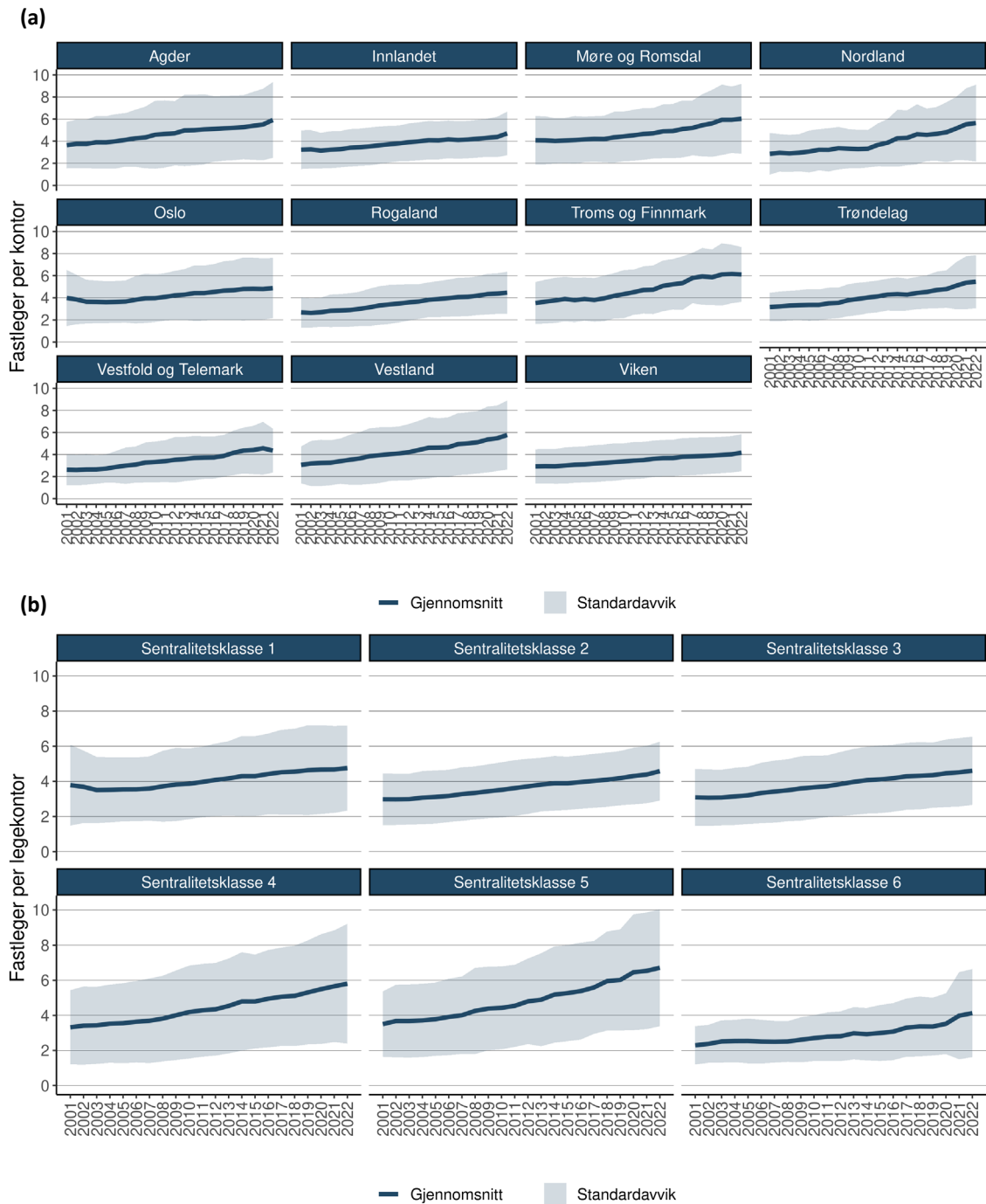
Tabell 3.1.5. Antall fastleger per fastlegekontor, 2022

	Fastleger per fastlegekontor, snitt (min^{p25} , $maks^{p75}$)
Fylke	
Agder	5,9 (4;6)
Innlandet	4,7 (3;6)
Møre og Romsdal	6,0 (4;9)
Nordland	5,6 (3;7)
Oslo	4,9 (3;6)
Rogaland	4,5 (3;6)
Troms og Finnmark	6,1 (5;7)
Trøndelag	5,5 (4;6)
Vestfold og Telemark	4,4 (3;5)
Vestland	5,8 (4;7)
Viken	4,2 (3;5)
Sentralitetsklasse	
Sentralitetsklasse 1	4,8 (3;6)
Sentralitetsklasse 2	4,6 (3;6)
Sentralitetsklasse 3	4,6 (3;6)
Sentralitetsklasse 4	5,8 (4;7)
Sentralitetsklasse 5	6,7 (4;9)
Sentralitetsklasse 6	4,1 (2;5)
Kommunestørrelse	
3 000 eller færre	3,3 (2;4)
3 001-5 000	4,7 (4;6)
5 001-10 000	6,4 (4;8)
10 001-25 000	5,9 (4;7)
25 001-50 000	4,5 (3;5)
50 001-100 000	4,5 (3;6)
>100 000	4,9 (4;6)

Min^{p25} = nedre kvartil, $maks^{p75}$ = øvre kvartil.

Kilde: FLO

I perioden mellom 2001 og 2022 har det vært en økning i antall fastleger per fastlegekontor i alle landets fylker, spesielt etter 2010 (figur 3.1.5). Økningen ses spesielt tydelig i kommuner i sentralitetsgruppe 4 og 5 og i kommuner med 5001 til 25 000 innbyggere (figur 3.1.5, figur A.8).



Figur 3.1.5 Utvikling i antall fastleger (standardavvik) per fastlegekontor, per (a) fylke og (b) sentralitetsklasse, 2001 til 2022.

Kilde: FLO

3.2 Utvikling i fastlegens arbeidsmengde utenfor normal arbeidstid

Resultatene må tolkes i lys av at aktivitet som ikke genererer elektronisk regningskort til Helfo, ikke blir fanget opp i KUHR, jf. pkt. om begrensninger i data. I KUHR for perioden 2010-2021 var det 7 916 unike fastleger som hadde fastlegearbeid (se flytdiagram i vedlegg A, figur A.1). Begrenses det til fastleger i FLO i samme periode og til fastleger som har hatt mer enn 10 konsultasjoner³ i løpet av en kalendermåned, var det 7 504 unike fastleger som hadde fastlegearbeid i perioden mellom 2010 til 2021. Dette gjør at tallene i tabell 3.2.1 vil være noe lavere enn i tabell 3.1.

3.2.1 Takster per år

Tabell 3.2.1 viser totalt antall fastleger med registrert aktivitet i KUHR hvert år, totalt antall takster (takstkoder i tabell 2.3), antall takster per lege, antall og andel takster innen normal arbeidstid (kl. 07:00-16:59 på hverdager), antall og andel takster (samt antall takster per lege) kl. 17:00-06.59 på hverdager eller i helgene for alle fastleger i perioden fra 2010 til 2021. Som for fastleger i FLO, har det også vært en jevn økning i andel fastleger med registrert aktivitet i KUHR, samt i gjennomsnitt hvor mange hver fastlege har av takster i løpet av et år. Det totale antallet takster både i og utenfor normal arbeidstid har også økt jevnt per år, men med en stor nedgang i andelen takster som ble utført innen normal arbeidstid fra 95,1 % i 2010 til 87,5 % i 2021. For andelen av takstene som ble utført etter normal arbeidstid var det en markant økning fra 4,9 % i 2010 til 12,5 % i 2021 og antall takster økte fra i gjennomsnitt 283 per lege til 836.

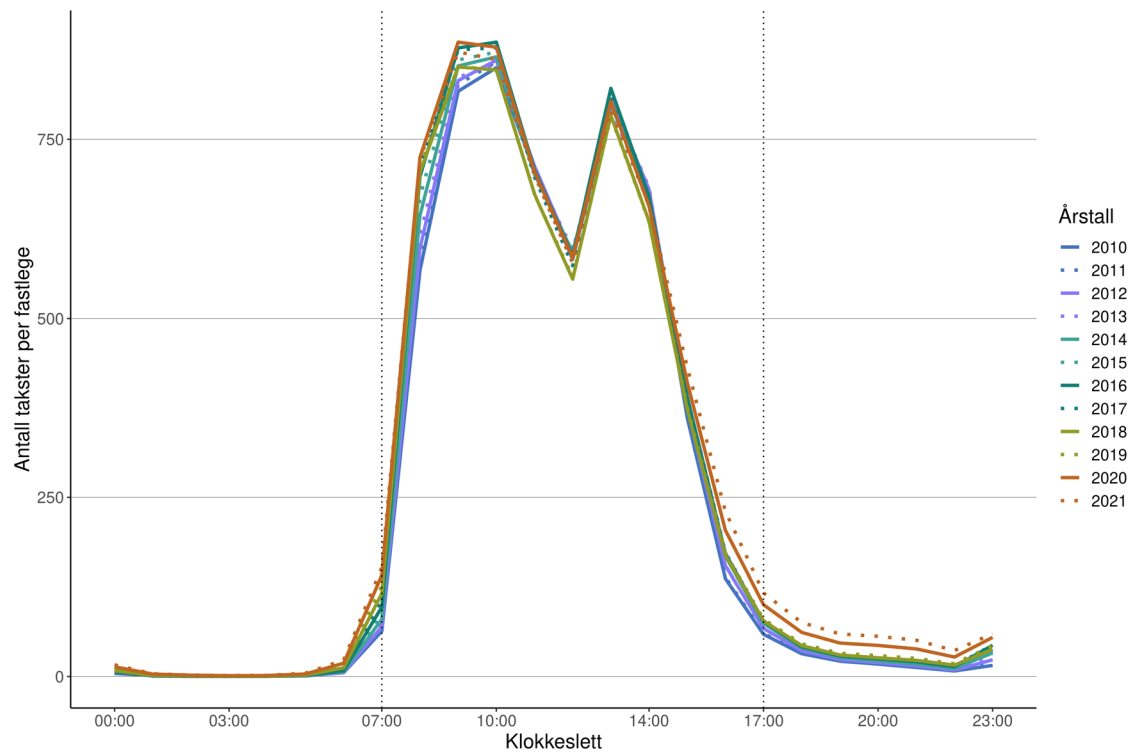
Tabell 3.2.1 Antall takster per år, fastleger

År	Fastleger med aktivitet i KUHR, <i>n</i>	Totalt antall takster, <i>n</i>	Takster per lege, <i>snitt per fastlege</i>	Takster i normal arbeidstid, <i>n (%tot)</i>	Takster utenfor normal arbeidstid, <i>n (%tot)</i>	Takster utenfor normal arbeidstid, <i>snitt per fastlege</i>
2010	4 006	23 151 087	5779,1	22 017 710 (95,1)	1 133 377 (4,9)	282,9
2011	4 107	24 066 062	5859,8	22 832 324 (94,9)	1 233 738 (5,1)	300,4
2012	4 188	24 869 439	5938,3	23 489 555 (94,5)	1 379 884 (5,5)	329,5
2013	4 290	25 769 361	6006,8	24 169 313 (93,8)	1 600 048 (6,2)	373,0
2014	4 412	26 737 021	6060,1	25 048 444 (93,7)	1 688 577 (6,3)	382,7
2015	4 483	27 436 126	6120,0	25 639 518 (93,5)	1 796 608 (6,5)	400,8
2016	4 553	28 397 707	6237,1	26 449 806 (93,1)	1 947 901 (6,9)	427,8
2017	4 644	28 848 726	6212,0	26 736 460 (92,7)	2 112 266 (7,3)	454,8
2018	4 698	28 494 543	6065,2	26 272 939 (92,2)	2 221 604 (7,8)	472,9
2019	4 752	29 146 442	6133,5	26 651 079 (91,4)	2 495 363 (8,6)	525,1
2020	4 808	31 511 372	6553,9	28 147 420 (89,3)	3 363 952 (10,7)	699,7
2021	4 861	32 476 698	6681,1	28 412 839 (87,5)	4 063 859 (12,5)	836,0

Normal arbeidstid = kl. 07:00-16:59 hverdager, utenfor normal arbeidstid = kl. 17:00-06:59 hverdager eller helg.

Kilde: FLO og KUHR

³Angitt ved takstkodene 2ad, 2aek, 2ae, 11ad, 11ak



Figur 3.2.2.1 Antall takster per fastlege per klokkeslett for årene 2010-2021 på hverdager.

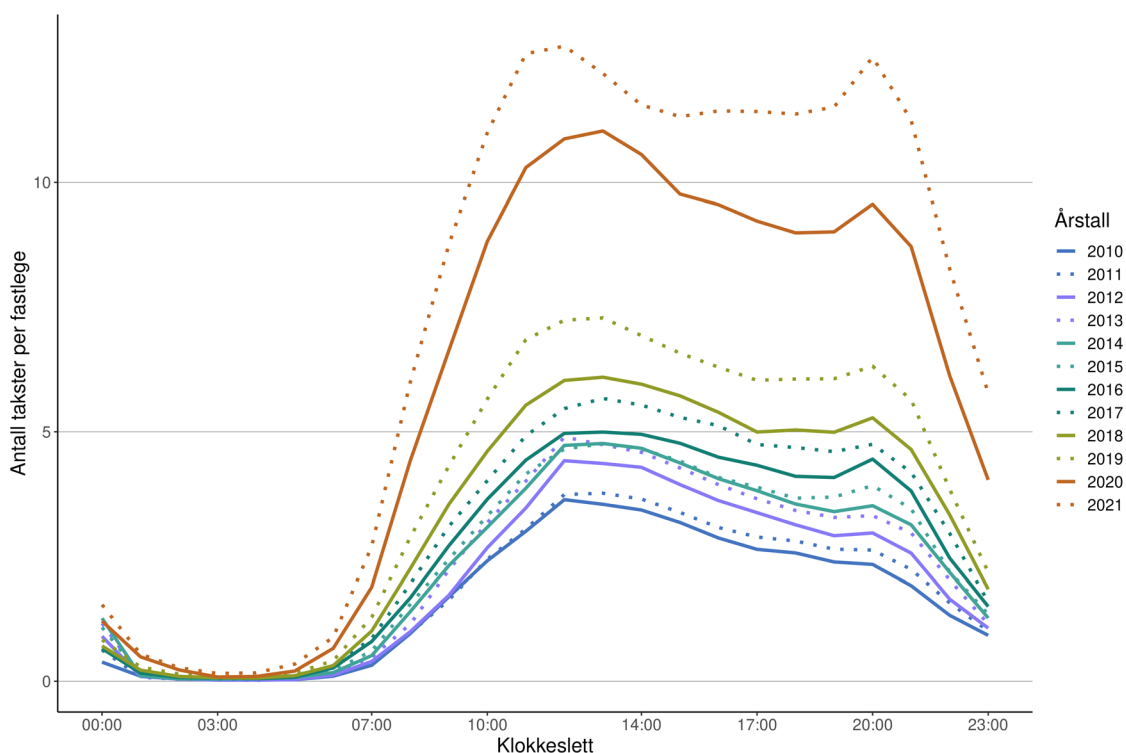
Inkluderte takstkoder er: 2ae, 2aek, 2ad, 11ad, 11ak, L-takstene, 1ad, 1bd, 1be, 1i, 1f, 14, 616, 612a/b, 2kj, 2ld.

Kilde: FLO og KUHR

3.2.2 Takster per fastlege per klokke­time

Figur 3.2.2.1 viser hvordan gjennomsnittlig antall takster per fastlege fordeler seg per klokke­time på hverdager, for hvert år i perioden fra 2010-2021. Antall takster per lege har gradvis økt per år. Innen normal arbeidstid i tidsrommet mellom kl. 09:00-10:00 har det økt marginalt per år fra rundt 820 takster per lege i 2010 til rundt 870 takster per lege i 2021. Samtidig har det for antall takster som ble utført etter normal arbeidstid, mellom 17:00-18:00 på hverdager, vært omtrent en dobling i gjennomsnittlig antall takster per lege, fra rundt 60 i 2010 til rundt 120 i 2021.

Figur 3.2.2.2 viser antall takster per fastlege for ulike klokkeslett i helgene i årene 2010 til 2021. Det har vært en lignende utvikling som på hverdagene med gradvis økning i antall takster per fastlege igjennom perioden, men en større økning enn på hverdagene og spesielt i perioden fra 2019 til 2020 og videre inn i 2021. I helgene har det vært en økning i gjennomsnitt per år fra kun 2 takster per fastlege til rundt 12 takster per fastlege mellom kl. 20:00 – 21:00.

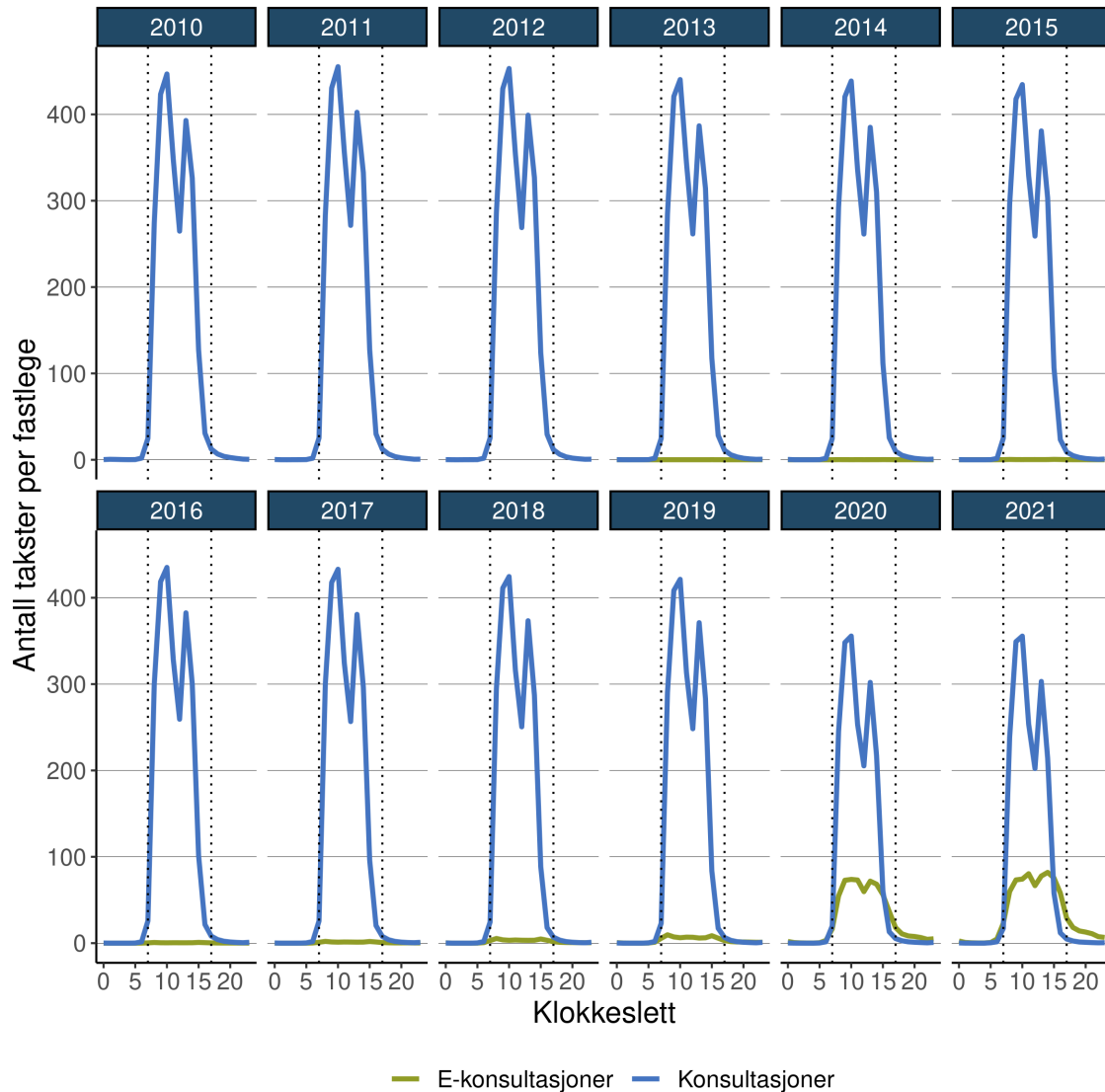


Figur 3.2.2.2 Antall takster per fastlege per klokkeslett for årene 2010-2021 i helgene.

Inkluderte takstkoder er2ae, 2aek, 2ad, 11ad, 11ak, L-takstene, 1ad, 1bd, 1be, 1h, 1i, 1f, 14, 616, 612a/b, 2kj, 2ld.

Kilde: FLO og KUHR

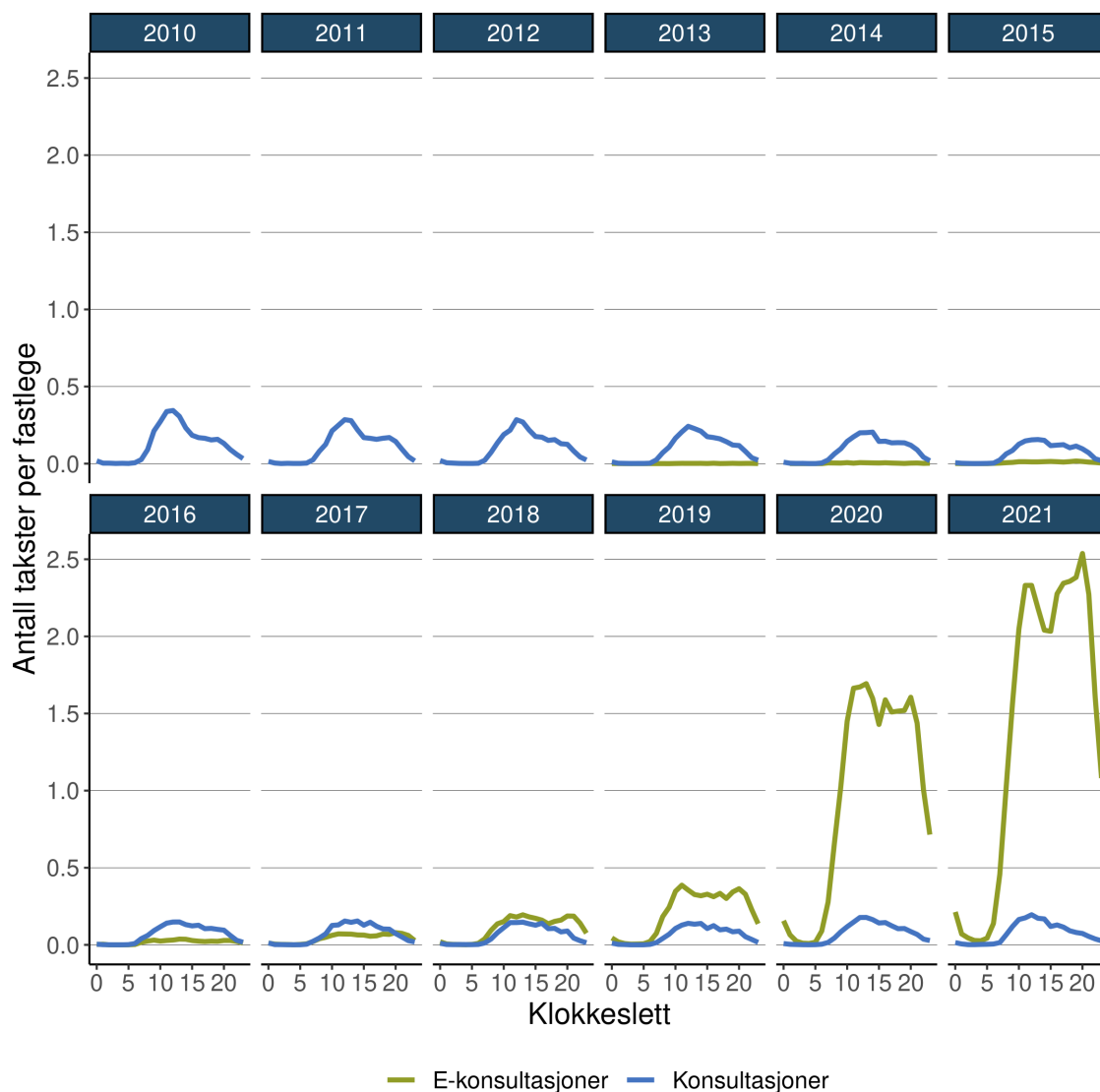
Figur 3.2.2.3 og 3.2.2.4 viser antall vanlige konsultasjoner eller e-konsultasjoner per fastlege på henholdsvis hverdager og i helgene. Figurene viser at det har vært en forholdsvis stabil utvikling i antall vanlige konsultasjoner i hele perioden, med unntak av en nedgang i 2020 og 2021 på hverdager. E-konsultasjoner ble innført i 2013, men det var først fra 2018 at det i stigende grad ble brukt på hverdager og spesielt i helgene. Både på hverdager, men spesielt i helgene har det vært en markant økning i e-konsultasjoner i 2020, i gjennomsnitt ble det utført 1,6 e-konsultasjoner per lege mellom kl. 20:00-21:00, til sammenligning var det 0,2 e-konsultasjoner per lege i 2018. Enda større økning var det i 2021 hvor antall e-konsultasjoner økte til 2,5 per lege, mens vanlige fysiske konsultasjoner i helgene gradvis har sunket og holdt seg på et forholdsvis lavt nivå.



Figur 3.2.2.3 Antall vanlige konsultasjoner eller e-konsultasjoner på hverdager, per fastlege, per klokkeslett, 2010-2021.

Inkluderte takstkoder er 2ae, 2aek, 2ad, 11ad, 11ak

Kilde: KUHR og FLO

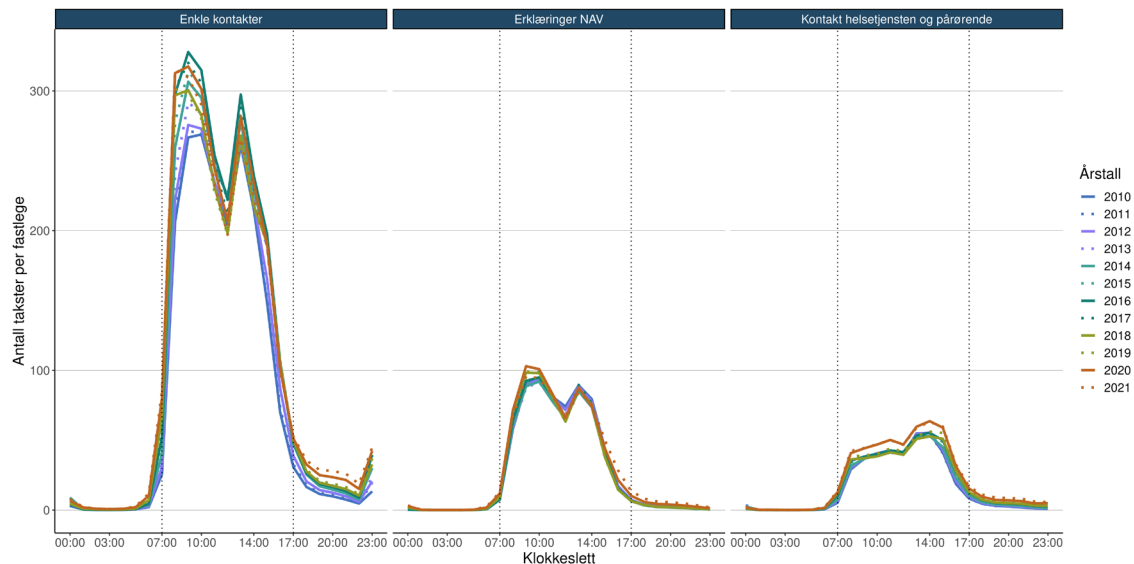


Figur 3.2.2.4 Antall vanlige konsultasjoner eller e-konsultasjoner per fastlege per klokke time for årene 2010-2021 i helgene.

Inkluderte takstkoder er: 2ae, 2aek, 2ad, 11ad, 11ak.

Kilde: KUHR og FLO

Figur 3.2.2.5 og 3.2.2.6 viser antall enkle takster per fastlege gruppert i enkle kontakter (brev, telefon, e-resept, legemiddelgjennomgang, informasjon til kjernejournal, etc.), erklæringer til NAV (sykefravær, sykefraværsoppfølging etc.) og kontakt med helsetjenesten eller pårørende for henholdsvis hverdager og helger. På hverdagene har det ikke vært så mye endring i antall takster per fastlege i perioden fra 2010 til 2021.

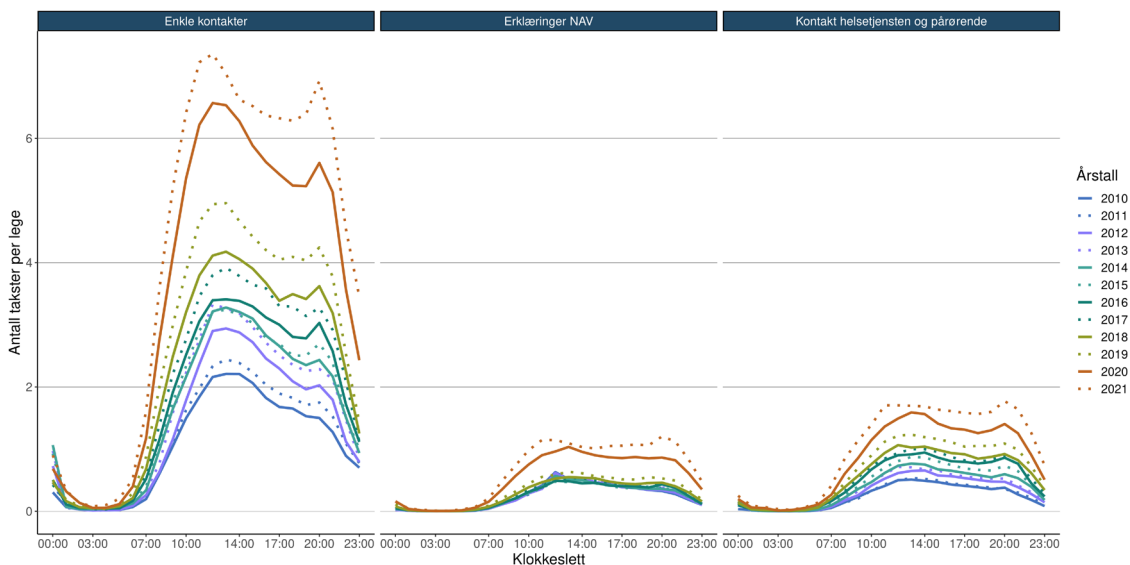


Figur 3.2.2.5 Antall enkle takster per fastlege per klokkeslett per år fra 2010-2021 på hverdager.

Inkluderte takstkoder er: Enkle kontakter: 1ad, 1bd, 1be, 1i, 1j, 2kd og 2ld. Erklæringer til NAV: L-takstene (L1, L4, L8, L25, L40). Kontakt med helsetjenesten og pårørende: 1f, 14, 616 og 612a/b.

Kilde: FLO og KUHR

I helgene, i motsetning til på hverdager, ses en klar tendens til et økende antall enkle kontakter per fastlege hvert år, hvor gjennomsnittlig antall kontakter per fastlege lå på 2,2 i tidsrommet 12:00 – 13:00 i 2010 og økte til 7,4 i 2021. Også erklæringer til NAV har økt noe, spesielt i årene 2020 og 2021. For kontakter med helsetjenesten og pårørende har det vært en gradvis økning per fastlege i hele perioden.



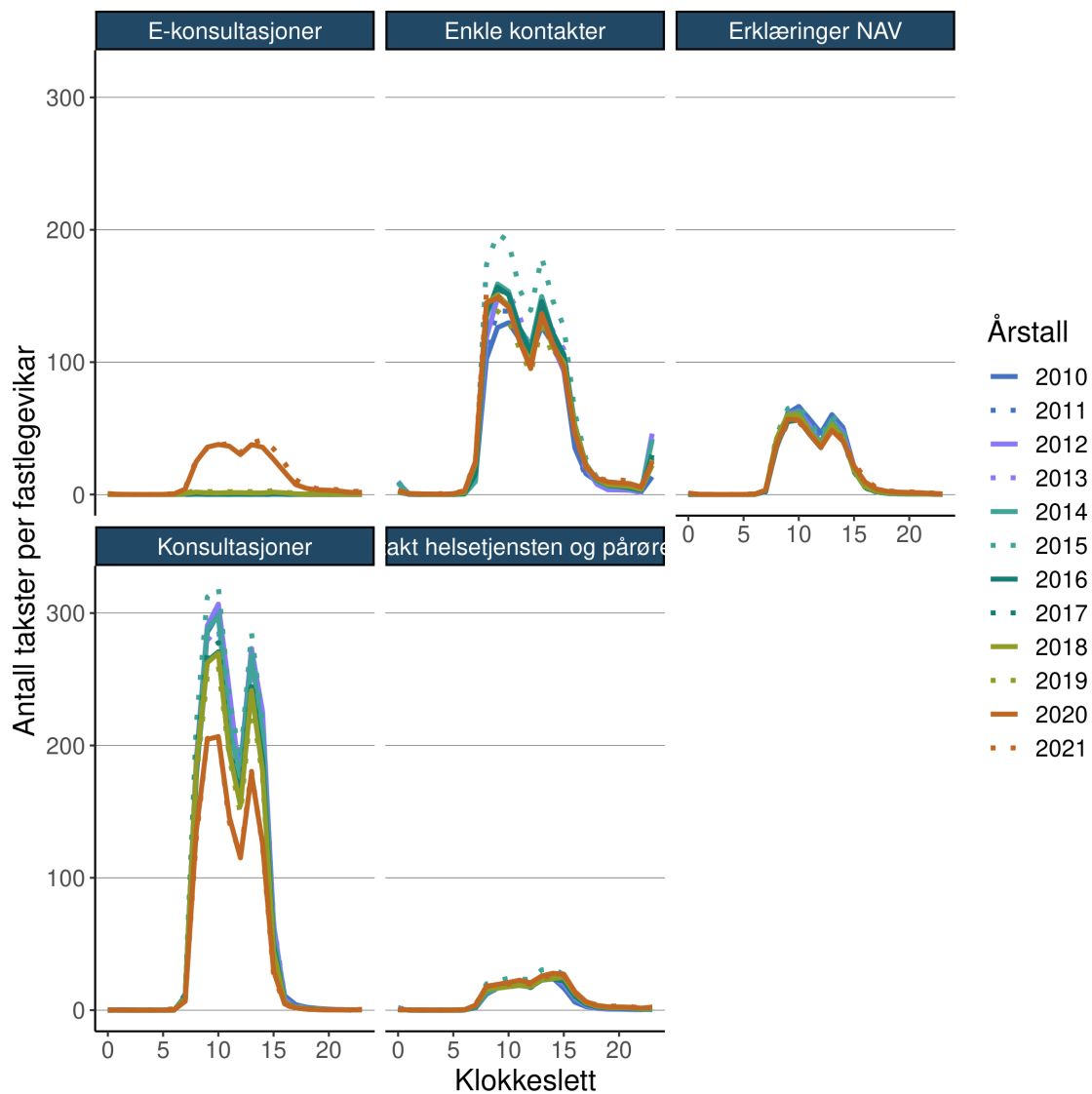
Figur 3.2.2.6 Antall enkle takster per fastlege per klokkeslett per år fra 2010-2021 i helgene.

Inkluderte takstkoder er: Enkle kontakter: 1ad, 1bd, 1be, 1i, 2kj og 2ld. Erklæringer til NAV: L-takstene (L1, L4, L8, L25, L40). Kontakt med helsetjenesten og pårørende: 1f, 14, 616 og 612a/b

Kilde: FLO og KUHR

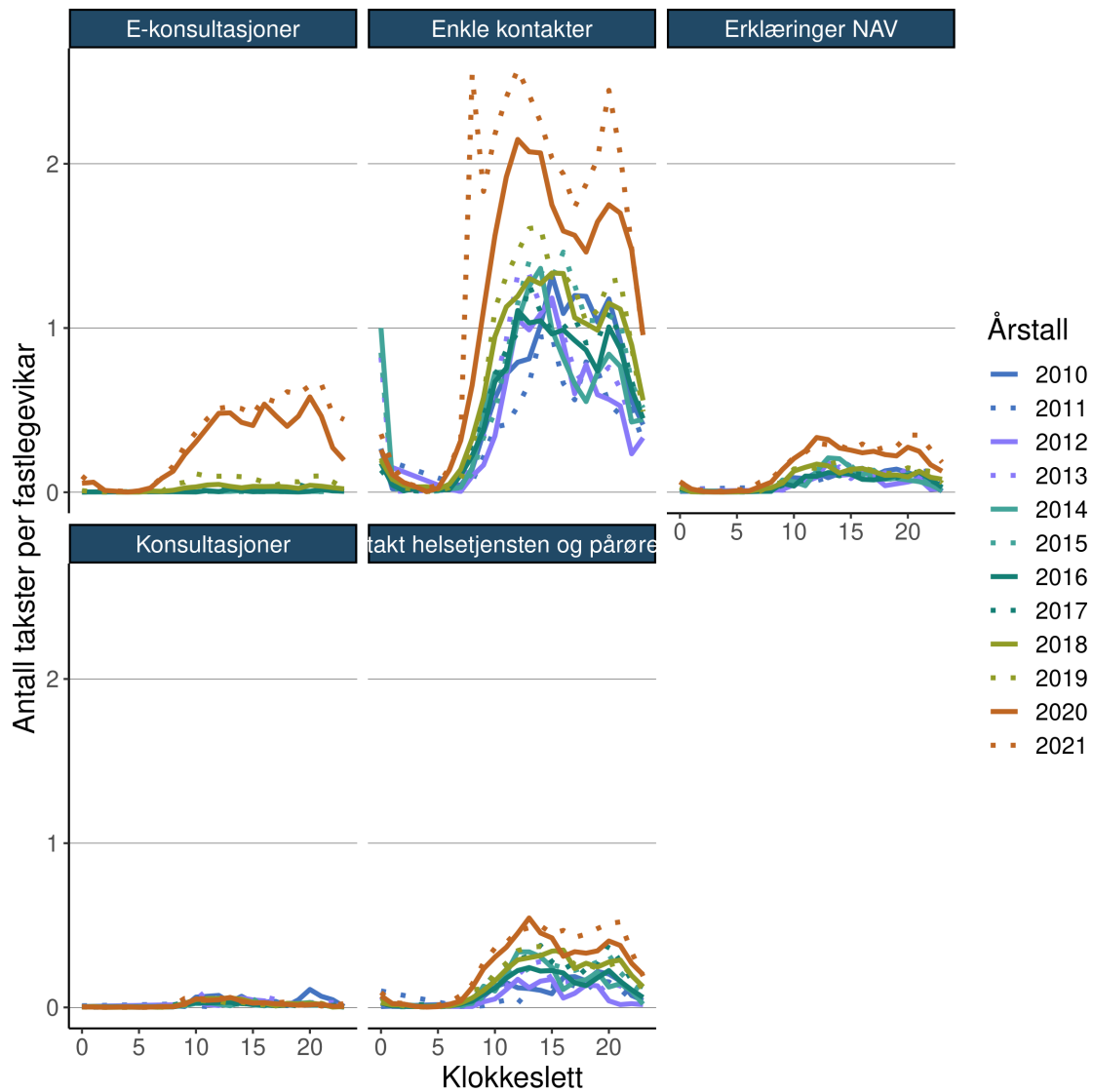
3.2.3 Takster per fastlegevikar

I dette avsnittet presenteres takstbruken blant fastlegevikarene med aktivitet i KUHR. I figur 3.2.3.1 vises antall takster per fastlegevikar for ulike kontaktktyper på hverdager. Det var omtrent samme trender i utviklinger over tid sammenlignet med fastlegene, både på hverdager og i helgene (figur 3.2.3.2), men antall takster per lege var vesentlig lavere for vikarer. Til forskjell fra fastlegene har det vært en enda tydeligere økning av e-konsultasjoner i helgene i 2020 og 2021, parallelt med et uendret antall vanlige konsultasjoner.



Figur 3.2.3.1 Antall takster per fastlegevikar for ulike kontaktktyper på hverdager.

Kilde: FLO og KUHR



Figur 3.2.3.2 Antall takster per fastlegevikar for ulike kontakter i helgene.

Kilde: FLO og KUHR

3.2.4 Andel fastleger som jobber utenfor normal arbeidstid

Populasjonen av fastleger i denne delen (tabell 3.2.4) er litt mindre enn i fastlegepopulasjonen fra forrige avsnitt, som så på takster per klokkeslett siden det her i tillegg kobles på en avtale i FLO i gjeldene periode. Totalpopulasjonen av fastleger blir dermed på 7 467 unike fastleger som hadde fastlegearbeid i perioden mellom 2010 til 2021 (se flytdiagram figur A.1). For fastlegevikarene, som ikke knyttes til en avtale, vil denne populasjonen utgjøre 3 784 fastlegevikarer i perioden mellom 2010 til 2021 (figur A.1).

Tabell 3.2.4 viser antall/andel fastleger (og fastlegevikarer) som jobbet utenfor normal arbeidstid⁴, samt antall dager i året de jobbet utenfor normal arbeidstid i perioden 2010 - 2021. Det har vært en jevn stigning i andel fastleger og fastlegevikarer som jobbet minst en arbeidsdag utenfor normal arbeidstid, med en ekstra økning i 2020 og 2021, samt en enda større årlig økning i antall dager med fastlegearbeid utenfor normal arbeidstid. I 2010 jobbet 80,3 % av fastlegene utenfor normal arbeidstid, og hvor gjennomsnittlig antall dager i året lå på 23,6 (min^{p25} = 4,0 og maks^{p75} = 29,0). Tilsvarende tall for vikarer var 63,5 % og omtrent 15 dager i året (min^{p25} = 2,0 og maks^{p75} = 19,0). I 2021 har andel fastleger som jobbet utenfor normal arbeidstid steget til 95,0 % i 2021 og i gjennomsnitt jobbet fastlegene 60,3 (min^{p25} = 13,0 og maks^{p75} = 89,0) dager i året utenfor normal arbeidstid, dvs. nesten tre ganger så mange dager i året sammenlignet med 2010. Andelen fastlegevikarer som jobbet utenfor arbeidstiden har også økt fra 63,5 % i 2010 til 78,9 % i 2021, men økningen i antall dager i året har ikke vært like stor som hos fastlegene.

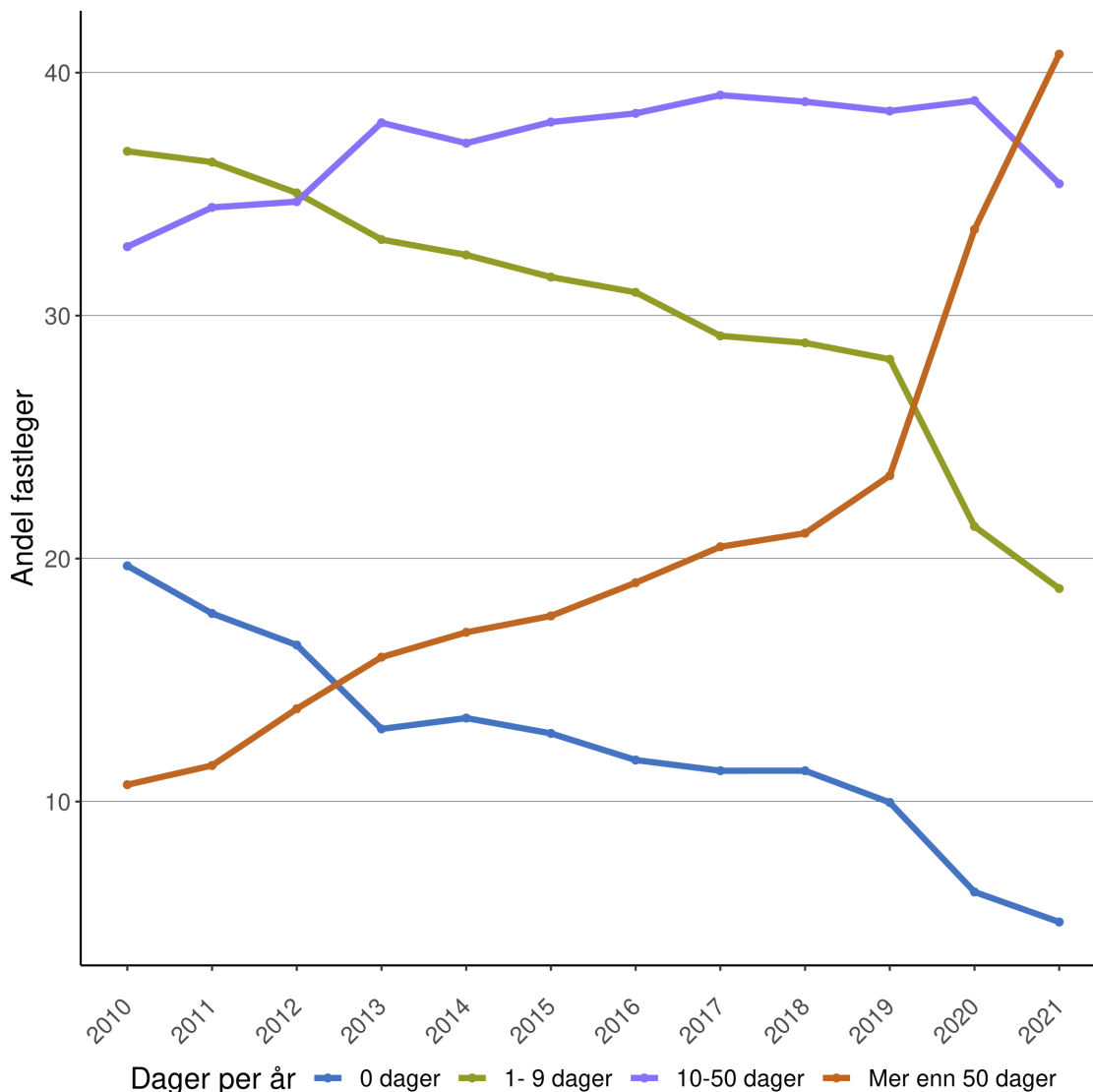
Tabell 3.2.4 Antall og andel fastleger/fastlegevikarer som jobbet utenfor normal arbeidstid og gjennomsnittlig antall dager i året med fastlegearbeid utenfor normal arbeidstid

År	Fastleger, n	Fastleger som jobbet utenfor normal arbeidstid, n (%tot)	Fastleger som ikke jobbet utenfor normal arbeidstid, n (%tot)	Dager med fastlegearbeid. utenfor normal arbeidstid, snitt per fastlege (min ^{p25} ;maks ^{p75})	Vikarer som jobbet utenfor normal arbeidstid, n (%tot)	Dager med fastlegearbeid utenfor normal arbeidstid, snitt per fastlegevikar (min ^{p25} ;maks ^{p75})
2010	3 974	3 191 (80,3)	783 (19,7)	23,6 (4,0;29,0)	122 (63,5)	14,9 (2,0;19,0)
2011	4 075	3 352 (82,3)	723 (17,7)	24,9 (4,0;31,0)	138 (69,3)	13,1 (2,0;14,0)
2012	4 154	3 471 (83,6)	683 (16,4)	27,5 (4,0;34,0)	131 (74,9)	14,0 (3,0;18,0)
2013	4 265	3 711 (87,0)	554 (13,0)	30,2 (5,0;39,0)	134 (79,8)	15,3 (3,0;19,8)
2014	4 391	3 801 (86,6)	590 (13,4)	31,2 (5,0;40,0)	148 (73,6)	17,8 (3,0;28,2)
2015	4 467	3 895 (87,2)	572 (12,8)	31,9 (5,0;41,0)	200 (79,1)	18,3 (3,0;24,0)
2016	4 535	4 004 (88,3)	531 (11,7)	33,3 (6,0;44,0)	460 (75,4)	15,2 (3,0;21,0)
2017	4 632	4 110 (88,7)	522 (11,3)	34,7 (6,0;47,0)	593 (73,1)	15,8 (3,0;21,0)
2018	4 685	4 157 (88,7)	528 (11,3)	35,4 (6,0;48,0)	662 (71,8)	17,3 (3,0;21,0)
2019	4 737	4 265 (90,0)	472 (10,0)	38,5 (7,0;52,0)	753 (75,8)	18,4 (3,0;22,0)
2020	4 793	4 492 (93,7)	301 (6,3)	50,8 (11,0;72,0)	778 (77,9)	23,4 (4,0;30,0)
2021	4 838	4 653 (96,2)	185 (3,8)	72,8 (18,0;109,0)	876 (82,3)	30,2 (4,0;43,2)

Arbeid utenfor normal arbeidstid: Har hatt minimum tre spesifikke takster i perioden kl. 17:00-06:59 på hverdager eller i helgene. Min^{p25} = nedre kvartil, maks^{p75} = øvre kvartil.

Kilde: FLO og KUHR

⁴Har hatt minimum tre spesifikke takster i perioden kl. 17:00-06:59 på hverdager eller i helgene



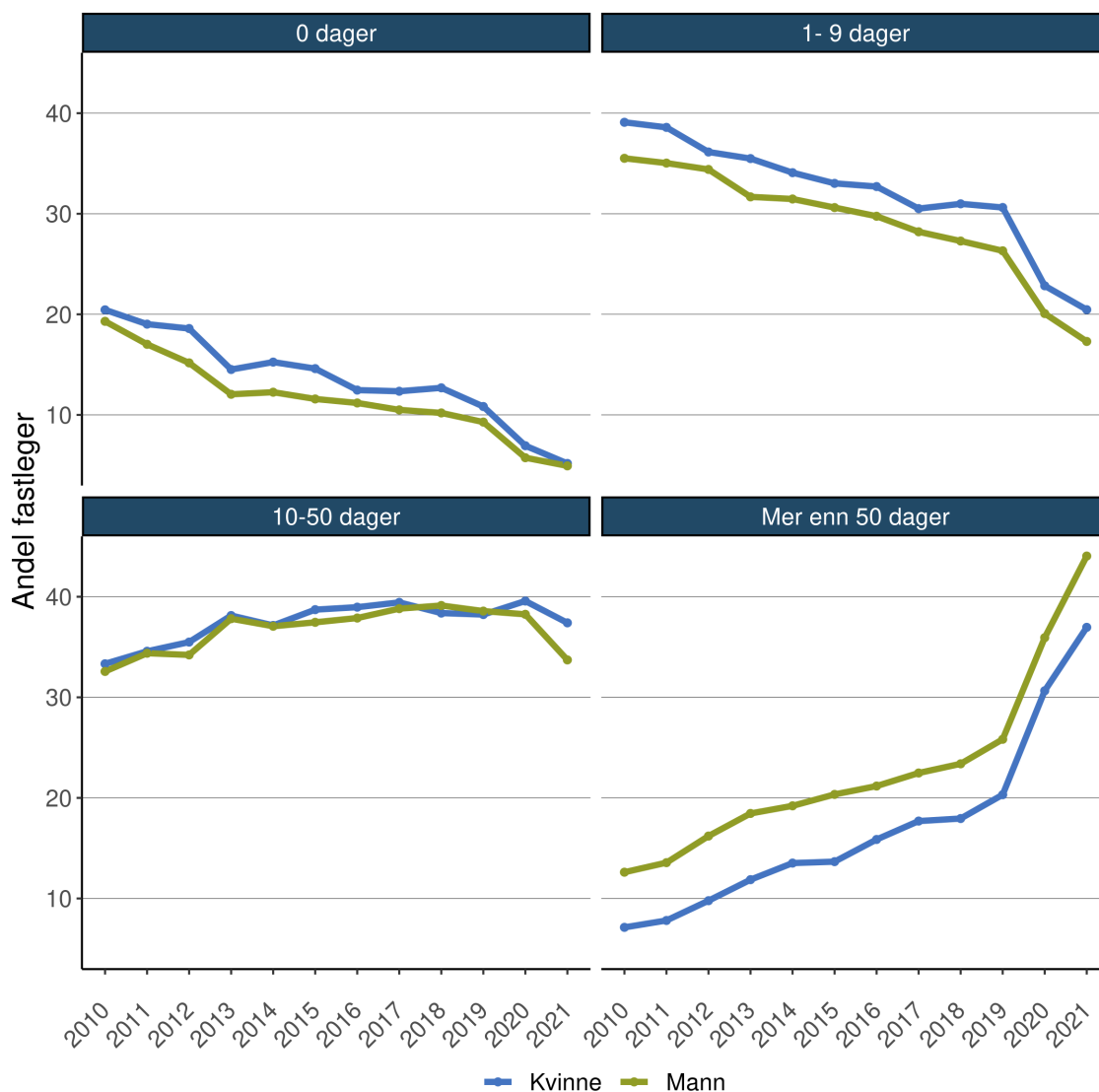
Figur 3.2.4.1 Andel fastleger etter antall dager som jobbet utenfor normal arbeidstid i løpet av et år

Kilde: FLO og KUHR

Det har vært en nedgang i andel leger som ikke jobbet utenfor normal arbeidstid fra 2010 til 2021 (0 dager i året, fra rundt 20 % til 5 %) og som jobbet 1-9 dager i året (fra 37 % til 19 %), mens det har vært en stabil utvikling i andel fastleger som jobbet mellom 10 til 50 dager (rundt 35 %) utenfor normal arbeidstid. Den største økningen har vært for fastleger som må jobbe mer enn 50 dager i året utenfor normal arbeidstid, fra omtrent 10 % i 2010 til rundt 40 % i 2021 (Figur 3.2.4.1). En tilleggsanalyse der Oslo ble fjernet ble gjort for å sjekke om trenden ble endret når Oslo ble utelatt, men fant ingen endring for resten av landet.

3.2.4.1 Legekarakteristikk

I dette avsnittet presenteres utvikling i andel fastleger som jobbet utenfor normal arbeidstid for ulike kjennetegn ved fastlege. Har det vært noen forskjeller mellom menn og kvinner, ulike aldersgrupper eller for fastleger som er spesialist innen allmenntilleggsanalyse versus ikke om de jobbet mye utenfor normal arbeidstid? I figur 3.2.4.2 vises andel fastleger som jobbet utenfor normal arbeidstid for mannlige og kvinnelige fastleger gruppert etter hvor mange dager i året de jobbet utenfor normal arbeidstid (0 dager, 1-9 dager, 10-50 dager og mer enn 50 dager). Det har vært en nedgang i andel leger som ikke jobbet utenfor normal arbeidstid (0 dager) og som kun jobbet 1-9 dager i året. Dette gjelder både menn og kvinner. Det har samtidig vært en stor økning i andelen fastleger som jobbet mer enn 50 dager i året

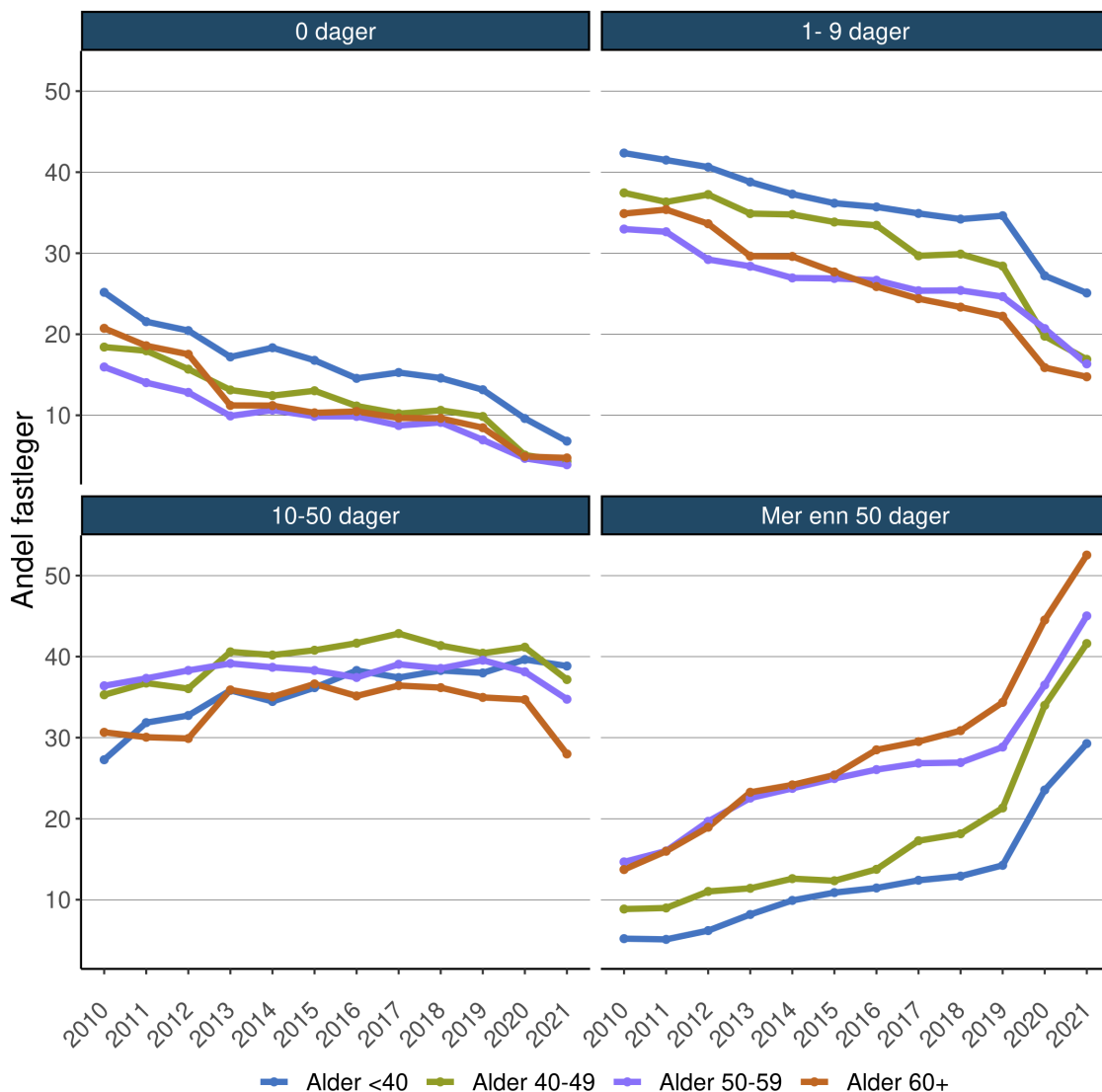


Figur 3.2.4.2 Utvikling i andel fastleger som jobber utenfor normal arbeidstid (16-07 på hverdager og i helgene) gruppert etter antall dager i perioden 2010-2021 og etter kjønn

Kilde: FLO og KUHR

utenfor normal arbeidstid, fra en andel på 12,6 % og 7,0 % for henholdsvis mannlige fastleger og kvinnelige fastleger i 2010, til en andel på 44,0 og 37,0 % i 2021. Sammenlignet med kvinnelige fastleger jobbet en høyere andel mannlige fastleger utenfor normal arbeidstid i hele perioden, men utviklingen har vært forholdsvis lik for begge kjønn.

Figur 3.2.4.3 viser også at andel fastleger som jobbet mer enn 50 dager i året utenfor normal arbeidstid har økt i alle aldersgrupper. Det var høyest andel blant fastleger over 60 år, hvor rundt 50 % av fastlegene jobbet mer enn 50 dager i året i 2021, sammenlignet med 29,0 % for de under 40 år. Det har vært en stor økning i de eldste aldersgruppene fra 2019 til 2021, og i absolutte tall har det vært størst økning i aldersgruppen 40-49 år med en økning på 20,3 prosentpoeng (41,6 % – 21,3 %), mens for de under 40 år har den tilsvarende økningen vært på 15,1 prosentpoeng (29,3 % - 14,2 %).



Figur 3.2.4.3 Utvikling i andel fastleger som jobber utenfor normal arbeidstid (16-07 på hverdager og i helgene) gruppert etter antall dager i perioden 2010-2021 og etter aldersgrupper

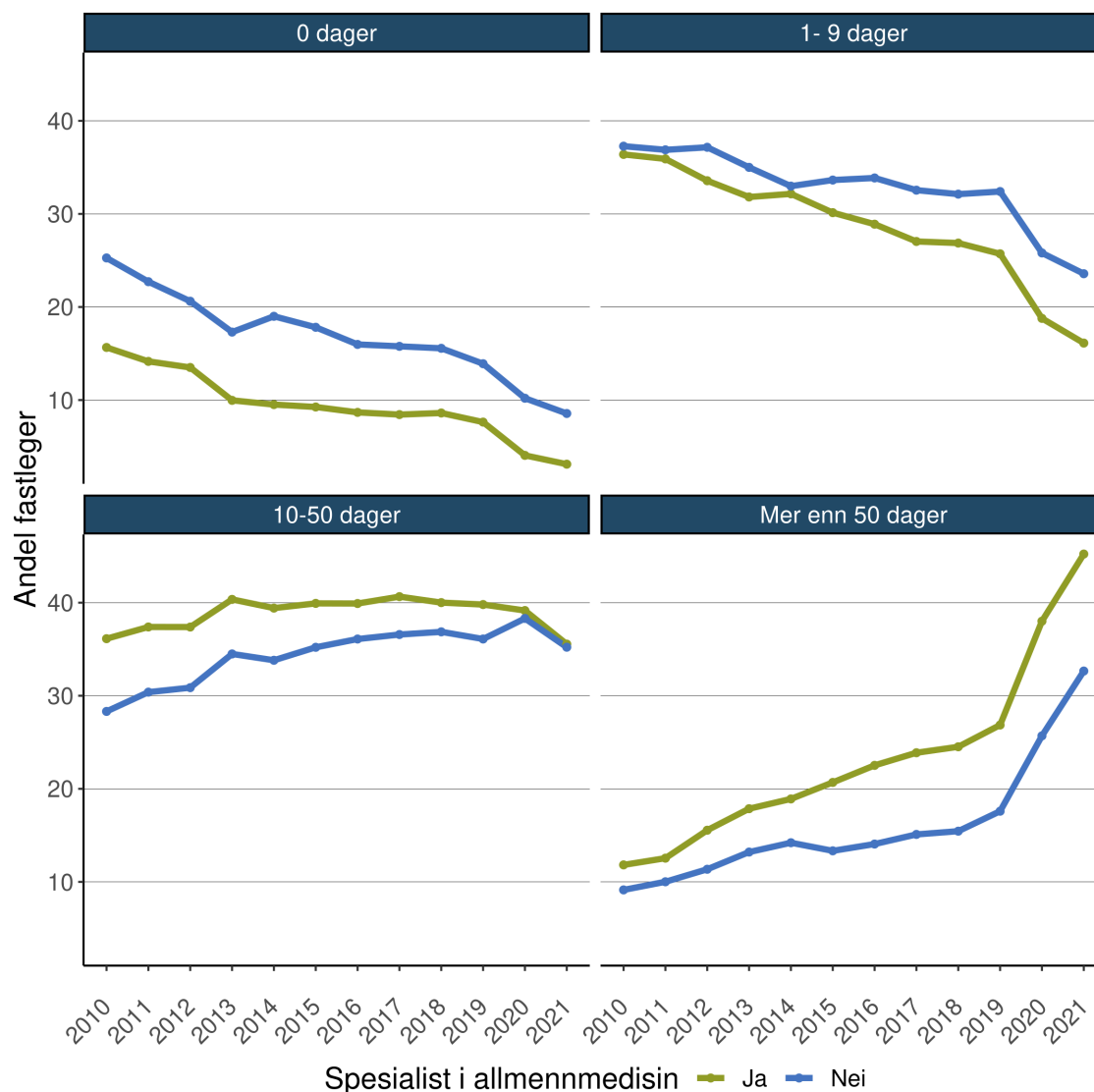
Kilde: FLO og KUHR

Andelen fastleger som jobbet mye utenfor normal arbeidstid var høyere blant fastleger som er spesialist i allmennmedisin og hvor andelen som jobbet mer enn 50 dager i året har økt mest (figur 3.2.4.4). I 2010 var det henholdsvis 11,8 % av de som er spesialister, og 9,1 % for de som ikke er spesialister, som jobbet mer enn 50 dager i året utenfor normal arbeidstid. I 2021 var de tilsvarende andelene på 45,2 % og 32,7%.

3.2.4.2 Avtalekarakteristikk

I dette avsnittet presenteres tall for andel fastleger som jobbet utenfor normal arbeidstid basert på karakteristikker ved fastlegeavtalen de jobbet i, som fastlønsavtaler eller ikke og antall innbyggere på listen (gruppert i listelengde < 500 innbyggere på listen, 500-800, 800-1000 og flere enn 1000 innbyggere på listen).

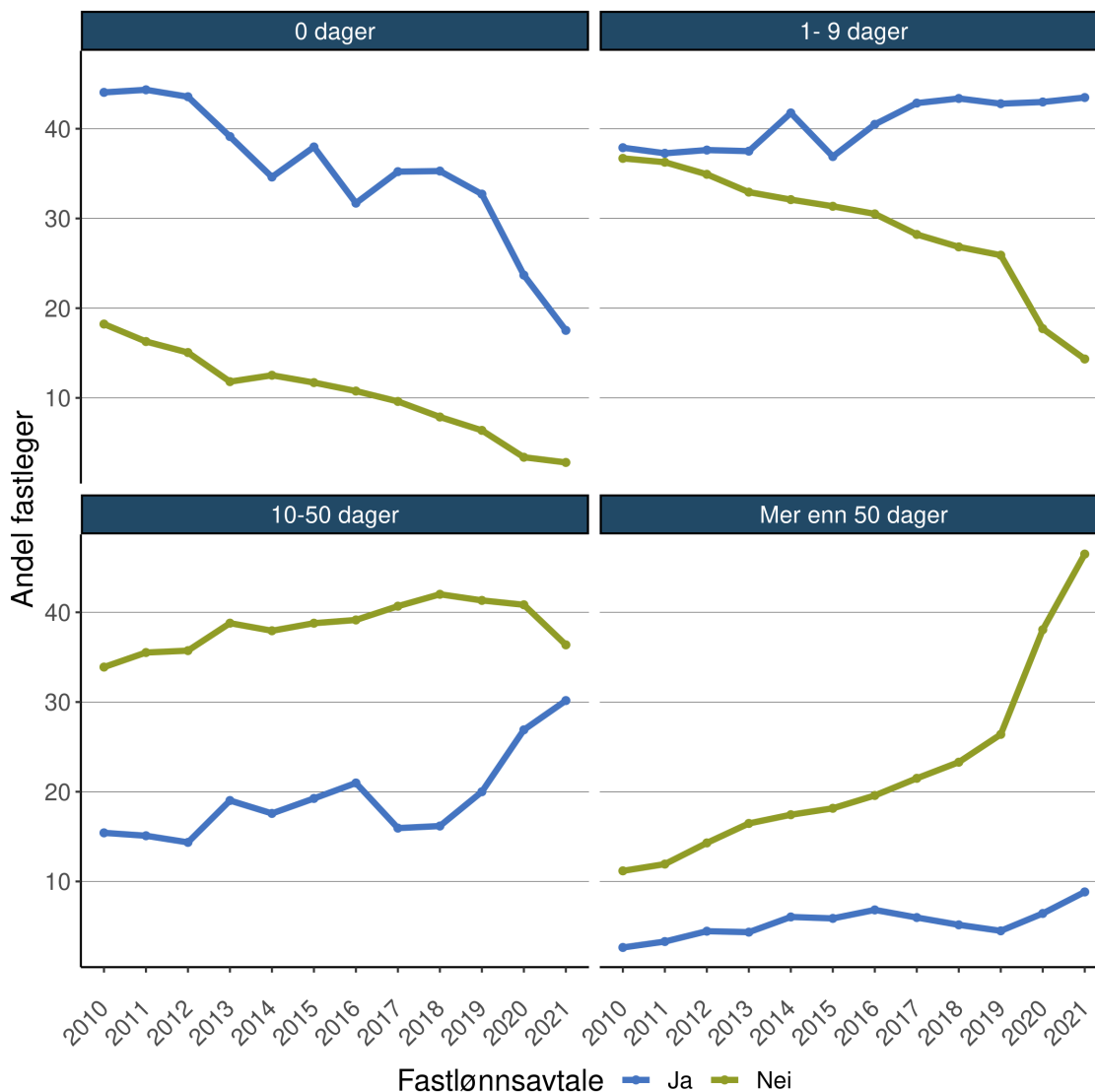
Figur 3.2.4.5 viser at det har vært en stor økning i andel fastleger som jobbet mer enn 50 dager utenfor normal arbeidstid for de som ikke jobbet på en fastlønnsavtale (fra 11,2 % i 2010 til 46,5 % i 2021) sammenlignet med de som jobbet på en fastlønnsavtale, hvor økningen har vært fra en andel på 2,6 % fastleger i 2010 til en andel på 8,8 % fastleger i 2021.



Figur 3.2.4.4 Utvikling i andel fastleger som jobber utenfor normal arbeidstid (16-07 på hverdager og i helgene) gruppert etter antall dager i perioden 2010-2021 og etter spesialist innen allmenntmedisin eller ikke.

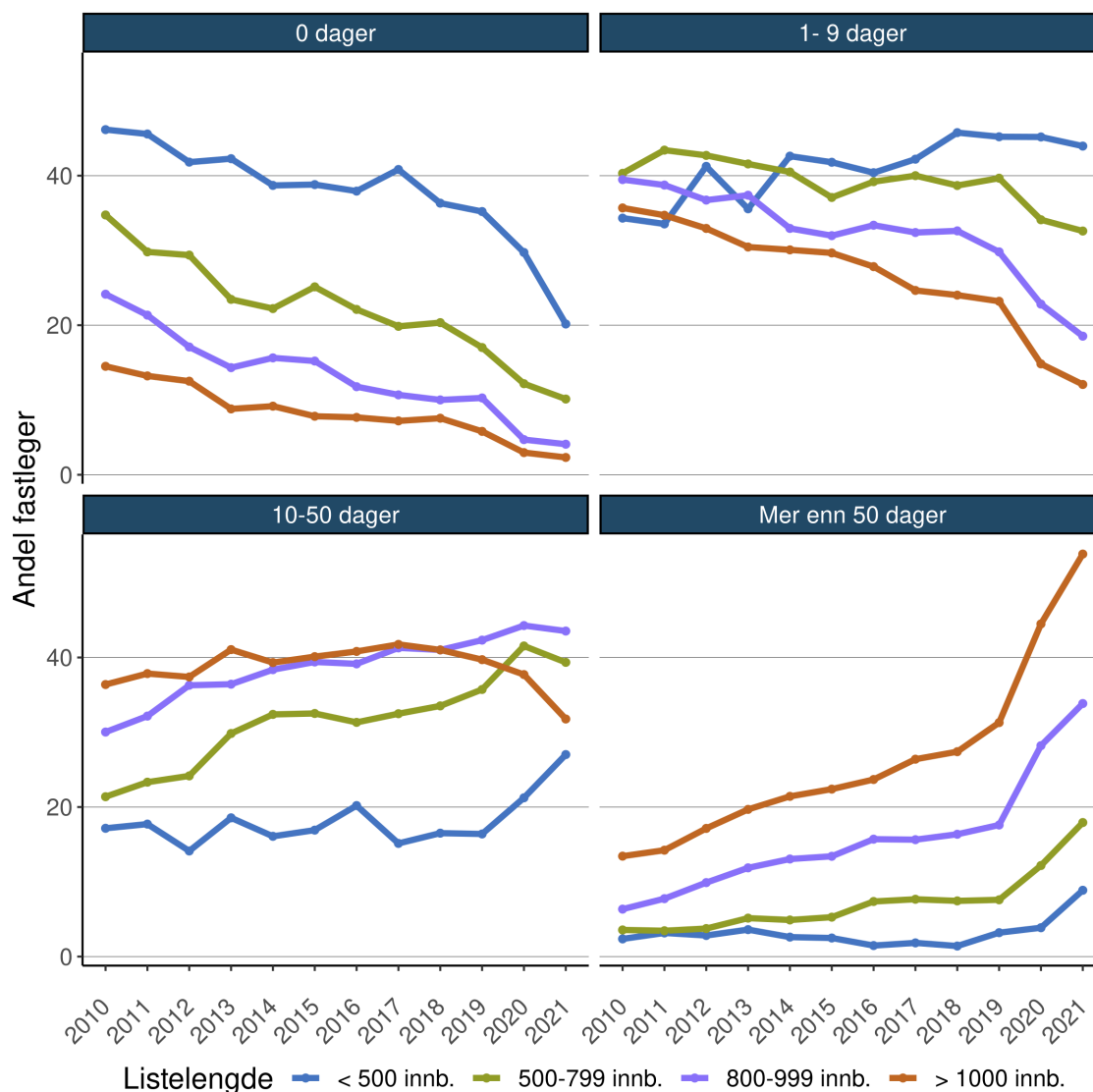
Kilde: FLO og KUHR

For fastleger med lang listelengde (dvs. over 1 000 innbyggere på listen) har det vært en økning fra 13,4 % andel fastleger som jobbet mer enn 50 dager i året i 2010 til 53,8 % i 2021 (figur 3.2.4.6). For fastlegene med kortest listelengde (> 500 innbyggere) har det også vært en økning fra 2,4 % i 2010 til 8,9 % som jobbet mer enn 50 dager i året utenfor normal arbeidstid.



Figur 3.2.4.5 Utvikling i andel fastleger som jobber utenfor normal arbeidstid (16-07 på hverdager og i helgene) gruppert etter antall dager i perioden 2010-2021 og etter fastlønsavtaler eller ikke fastlønsavtaler.

Kilde: FLO og KUHR



Figur 3.2.4.6 Utvikling i andel fastleger som jobber utenfor normal arbeidstid (16-07 på hverdager og i helgene) gruppert etter antall dager i perioden 2010-2021 og etter listelengde (antall innbyggere på listen)

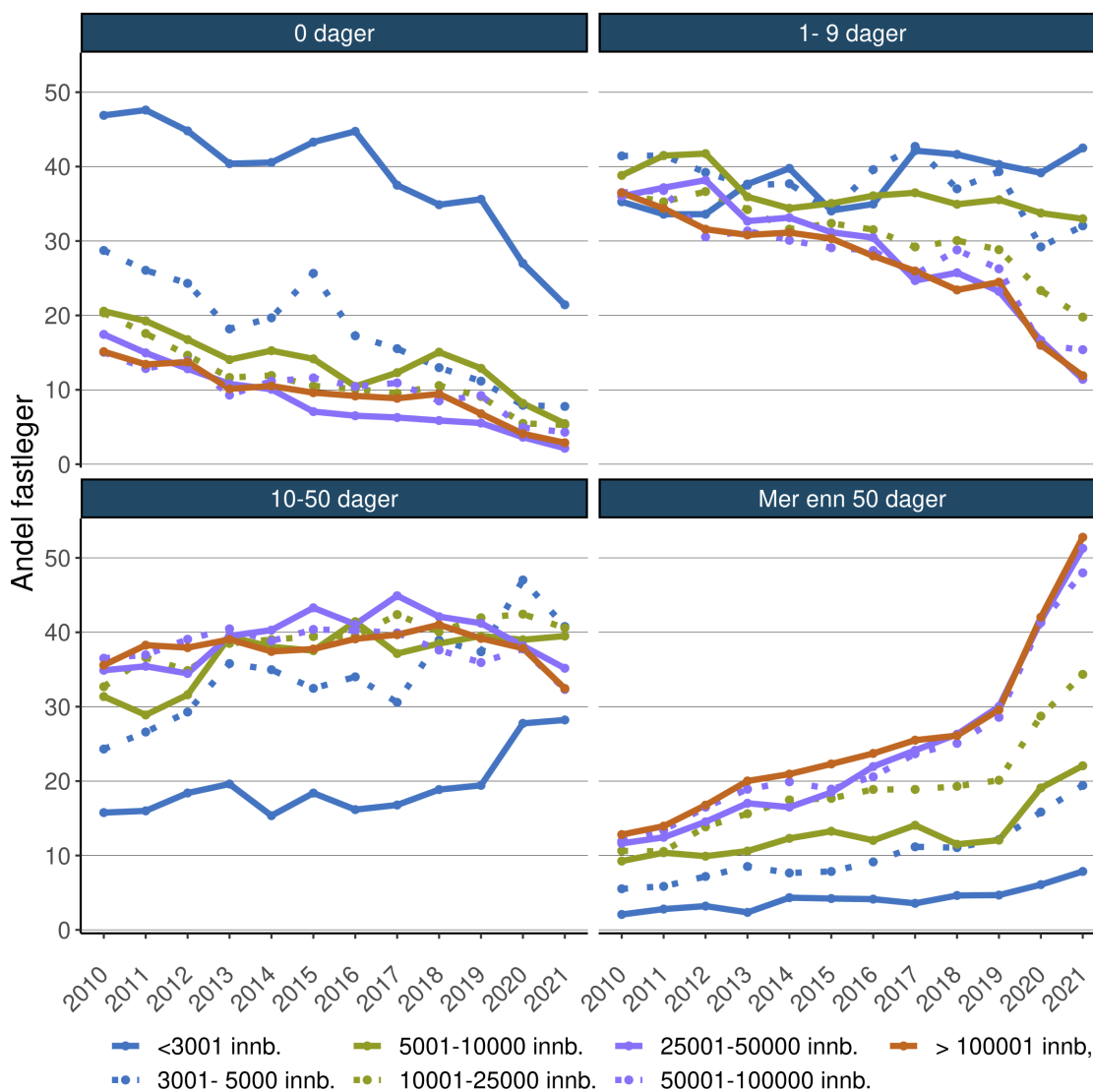
Kilde: FLO og KUHR

3.2.4.3 Kommune karakteristikk

Forrige avsnitt viste de avtalespesifikke karakteristikkene, mens her presenteres de kommunale karakteristikkene (basert på avtalen sin kommunetilhørighet) som kommunestørrelse (inndelt i grupper basert på befolkningen i kommunene) og sentralitet (basert på SSB sin sentralitetsindeks inndelt i sentralitetsklasser).

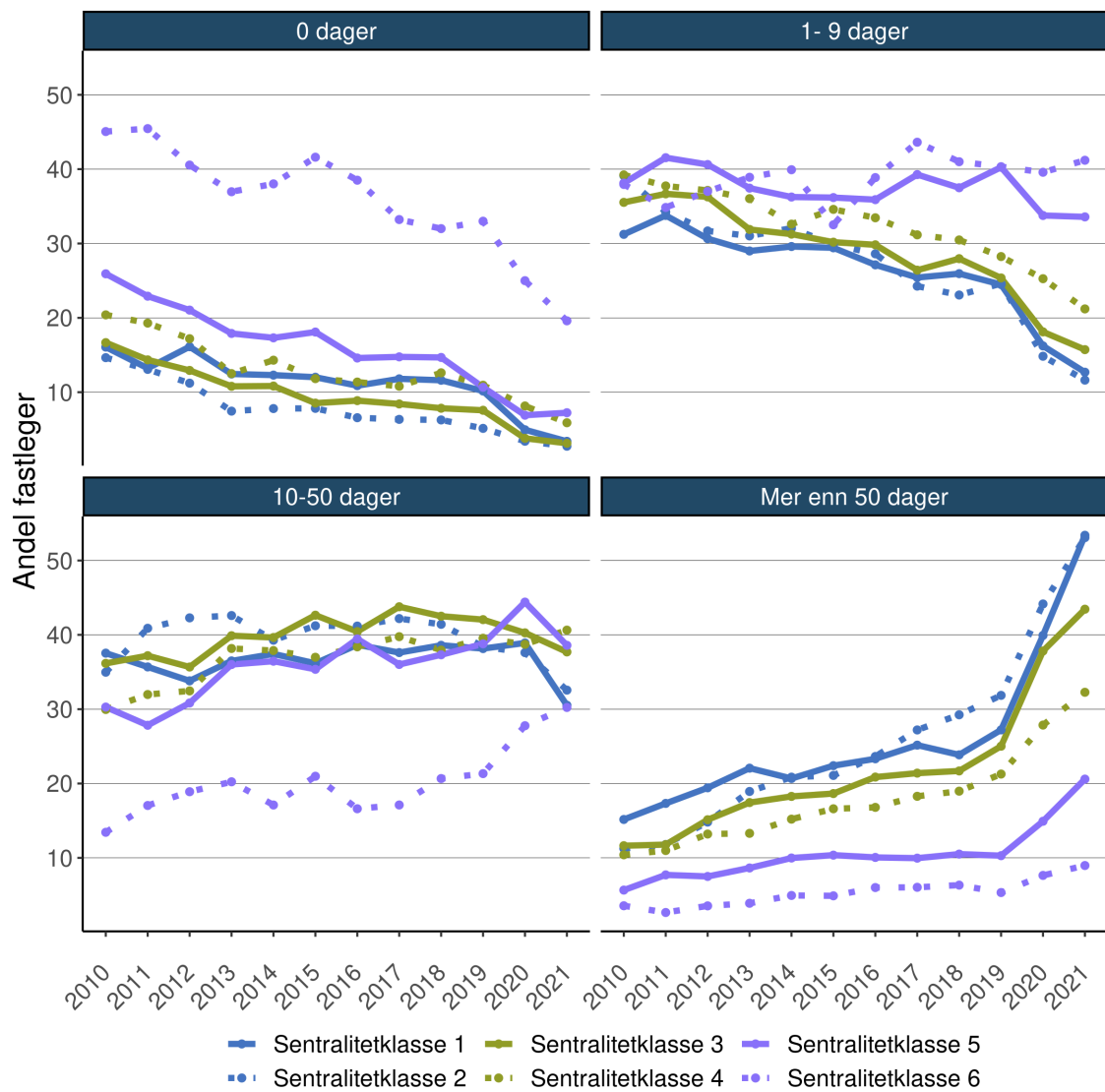
Figur 3.2.4.7 viser tydelig at fastleger som jobbet på avtaler i de mindre kommunene jobbet minst utenfor normal arbeidstid, hvor rundt 21 % av fastlegene aldri jobbet utenfor normal arbeidstid i 2021, mens for fastleger som jobbet på avtaler i de mest befolkede kommunene jobbet rundt 3 % av fastlegene aldri utenfor normal arbeidstid. Det er også i de mest befolkede kommunene at økningen i andelen fastleger som jobbet mer enn 50 dager i året har vært høyest, fra omtrent 13 % til om lag 53 %.

Sentralitetsklasse er tett knyttet opp til kommunestørrelse og viser mye av de samme trendene i andelen fastleger som jobber utenfor normal arbeidstid (figur 3.2.4.8).



Figur 3.2.4.7 Utvikling i andel fastleger som jobber utenfor normal arbeidstid (16-07 på hverdager og i helgene) gruppert etter antall dager i perioden 2010-2021 og etter kommunestørrelse (antall innbyggere i kommunen)

Kilde: FLO og KUHR



Figur 3.2.4.8 Utvikling i andel fastleger som jobber utenfor normal arbeidstid (16-07 på hverdager og i helgene) gruppert etter antall dager i perioden 2010-2021 og etter sentralitetsklasse (1 mest sentral, 6 minst sentral)

Kilde: FLO og KUHR

3.2.5 Andel fastleger som går legevakt

I 2010 hadde i overkant av 50 % (2 140 av 3 974, jf. tabell 3.2.5) av fastlegene legevaksarbeid i tillegg til vanlig fastlegearbeid. Denne andelen har gradvis økt til i underkant av 60 % i 2021. Antall dager med fastlegearbeid og legevaksarbeid har også gradvis økt fra i gjennomsnitt 213 dager med fastlegearbeid og 28 dager med legevakt i 2010, til i snitt 237 dager fastlegearbeid og i snitt 31 dager legevaksarbeid i 2021. Det var større variasjon per lege med hensyn til antall dager legevaksarbeid enn fastlegearbeid. Antall dager med legevaksarbeid varierte fra 7 dager blant de 25 % (min^{p25}) som jobbet minst til 42 dager blant de 75 % (maks^{p75}) som jobbet mest legevakt i 2021, mens antall dager med fastlegearbeid varierte mellom 220 til 274 dager i samme periode.

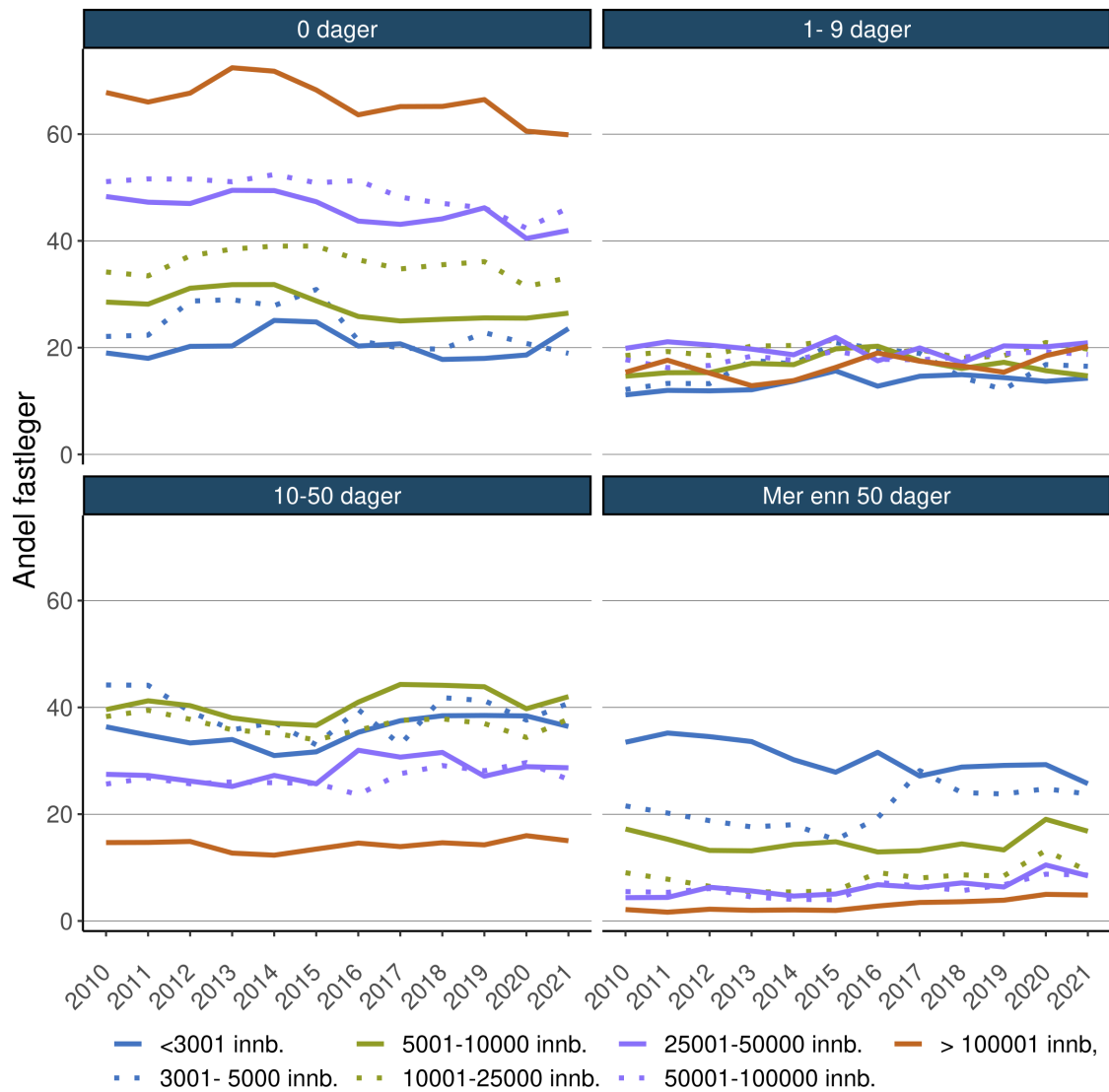
Tabell 3.2.5 Antall fastleger som hadde legevaksarbeid, samt gjennomsnittlig antall dager med fastlegearbeid og legevakt.

År	Fastleger som går legevakt, n (%tot)	Dager med fastlegearbeid, snitt (min ^{p25} ;maks ^{p75})	Dager med legevakt registrert i KUHR, snitt (min ^{p25} ; maks ^{p75})
2010	2 140 (53,9)	213,2 (199;247)	27,9 (7;37)
2011	2 228 (54,7)	216,0 (198;249)	26,7 (7;36)
2012	2 189 (52,7)	217,2 (204;249)	27,2 (7;36)
2013	2 161 (50,7)	217,4 (201;249)	27,1 (7;35)
2014	2 202 (50,1)	219,0 (203;251)	26,6 (6;35)
2015	2 320 (51,9)	220,3 (208;254)	23,9 (6;31)
2016	2 508 (55,3)	224,1 (209;258)	27,8 (7;35)
2017	2 597 (56,1)	223,7 (209;257)	29,3 (7;38)
2018	2 630 (56,1)	222,2 (207;255)	30,6 (7;36)
2019	2 614 (55,2)	223,4 (206;257)	30,6 (7;37)
2020	2 838 (59,2)	236,0 (222;271)	33,5 (7;42)
2021	2 806 (58,0)	236,7 (220;274)	31,3 (7;39)

Min^{p25} = nedre kvartil, maks^{p75} = øvre kvartil.

Kilde: FLO og KUHR

Den store variasjonen i antall dager med legevakt skyldes at det i de små kommunene er flere fastleger som må gå legevakt i tillegg til vanlig fastlegearbeid sammenlignet med fastleger i de store kommunene (figur 3.2.5). Figuren viste at det har vært en ganske stabil utvikling i andelen fastleger som gikk legevakt, men kan se en liten tendens til at fastleger i de minste kommunene (befolkning under 3000 innbyggere) ikke jobbet så mange dager legevakt som de gjorde tidligere år, der andelen fastleger som jobbet legevakt mer enn 50 dager i året har sunket fra 33,5 % i 2010 til 25,7 % i 2021.



Figur 3.2.5 Andel fastleger som jobber legevakt etter kommunestørrelse.

Kilde: KUHR og FLO

3.3 Rekruttering, avgang og tid i fastlegeordningen

3.3.1 Rekruttering og avgang

I dette avsnittet vises utviklingen i antall rekrutteringer og avganger fra fastlegeordningen i perioden 2002 til 2022. Resultater fordelt på fylker og kommunale karakteristikk (kommunestørrelse og -sentralitet) vises per 100 000 innbyggere for å ta høyde for forskjeller i befolkningsstørrelse. Resultatene tilknyttet fylke, kommunestørrelse og -sentralitet må tolkes i lys av at enkelte fastleger fortsetter og avslutter karrieren i andre fylker og kommuner enn de rekrutteres i.

Totalt identifiseres 5945 rekrutteringer og 4520 avganger i fastlegeordningen i perioden mellom 2002 og 2022. Som med totalantallet av fastleger, ses en gradvis økning både i antallet av rekrutteringer og avganger per år igjennom perioden (tabell 3.3.1.1). Det er imidlertid en betydelig risiko for at antallet fastleger som slutter i 2022 er for høyt, da vi enda ikke vet om disse fastlegene fortsetter på en annen avtale i 2023 (markert i grå).

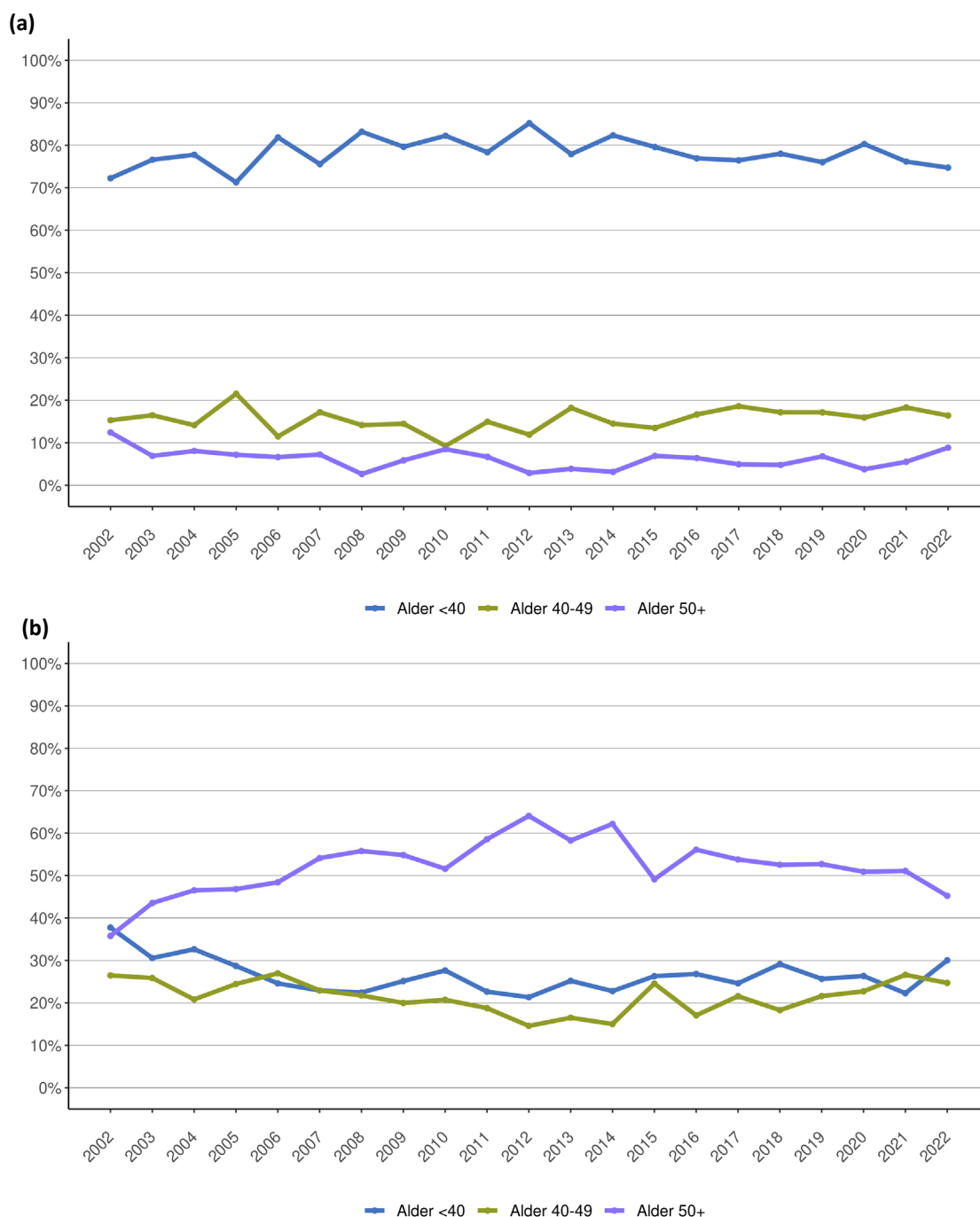
Tabell 3.3.1.1 Rekrutteringer og avganger i fastlegeordningen i perioden 2002 til 2022

År	Rekrutteringer, n (%tot)	Avganger, n (%tot)	Netto endring
2002	209 (5,7)	151 (4,1)	58
2003	188 (5,1)	170 (4,6)	18
2004	198 (5,3)	144 (3,9)	54
2005	195 (5,3)	188 (5,1)	7
2006	226 (6,0)	126 (3,3)	100
2007	221 (5,8)	170 (4,4)	51
2008	226 (5,8)	147 (3,8)	79
2009	221 (5,5)	155 (3,9)	66
2010	259 (6,4)	188 (4,6)	71
2011	254 (6,1)	181 (4,4)	73
2012	277 (6,6)	192 (4,5)	85
2013	335 (7,7)	230 (5,3)	105
2014	317 (7,1)	193 (4,3)	124
2015	289 (6,4)	228 (5,0)	61
2016	312 (6,8)	246 (5,4)	66
2017	344 (7,3)	264 (5,6)	80
2018	355 (7,4)	295 (6,2)	60
2019	367 (7,6)	296 (6,1)	71
2020	345 (7,0)	277 (5,6)	68
2021	344 (6,9)	323 (6,5)	21
2022	463 (9,1)	356 (7,0)	107

Avganger i 2022 er markert i grå pga. usikkerhet.

Kilde: FLO

Av alle 5945 fastleger rekruttert mellom 2002 og 2022 var 4648 (78,2 %) under 40 år, 936 (15,7 %) mellom 40 og 49 år og 361 (6,1 %) 50 år eller mer. Av alle 4520 fastleger som sluttet i fastlegeordningen i samme periode var 1193 (26,4 %) under 40 år, 974 (21,5 %) mellom 40 og 49 år og 2353 (52,1 %) var 50 år eller mer. Utviklingen i aldersfordelingen av rekrutterte fastleger har vært stabil igjennom perioden (figur 3.3.1.1). Siden 2016 ses det en svak nedgang i andelen avganger i aldersgruppen ≥ 50 år og en tilsvarende svak oppgang i andelen avganger under 50 år.



Figur 3.3.1.1. Andel (a) rekrutteringer og (b) avganger, per aldersgruppe, 2002 til 2022.

Kilde: FLO

Tabell 3.3.1.2 viser antallet rekruttering og avgang standardisert på innbyggertall i 2021, grunnet noe usikkerhet omkring reelle avganger i 2022. I 2021 var antallet rekrutteringer høyest i Troms og Finnmark (12,7 per 100 000 innb.) mens antallet avganger var høyest i Agder (9,8 per 100 000 innb.). Antallet rekrutteringer og avganger har en tydelig samvariasjon med kommunesentralitet og -størrelse, hvor det i 2021 var størst rekruttering og avgang i de minst sentrale (16,0 rekrutteringer og 11,8 avganger per 100 000 innb.) og befolkede kommunene (14,2 rekrutteringer og 10,2 avganger per 100 000 innb.).

Når man ser på utviklingen i rekruttering og avgang på fylkesnivå, ses det et relativt samsvar mellom rekruttering og avgang over tid i de fleste fylker (figur 3.3.1.2). Det ses derimot større forskjeller i rekruttering og avgang over tid i Troms og Finnmark og Nordland enn i andre fylker. I flere fylker har

trender i rekruttering og avgang vært relativt lik over tid. Eksempelvis har rekruttering og avgang ligget på et relativt lavt nivå med lite årlig variasjon i Oslo og Viken igjennom perioden. Det ses derimot tegn til at både rekruttering og avgang øker i flere andre fylker i de seneste årene. I Troms og Finnmark og Nordland har utviklingen ligget på et høyt nivå med stor årlig variasjon i tillegg til at trenden er økende. Det ses også en økende trend i både rekruttering og avgang i Agder, Vestfold og Telemark og Vestland de seneste årene.

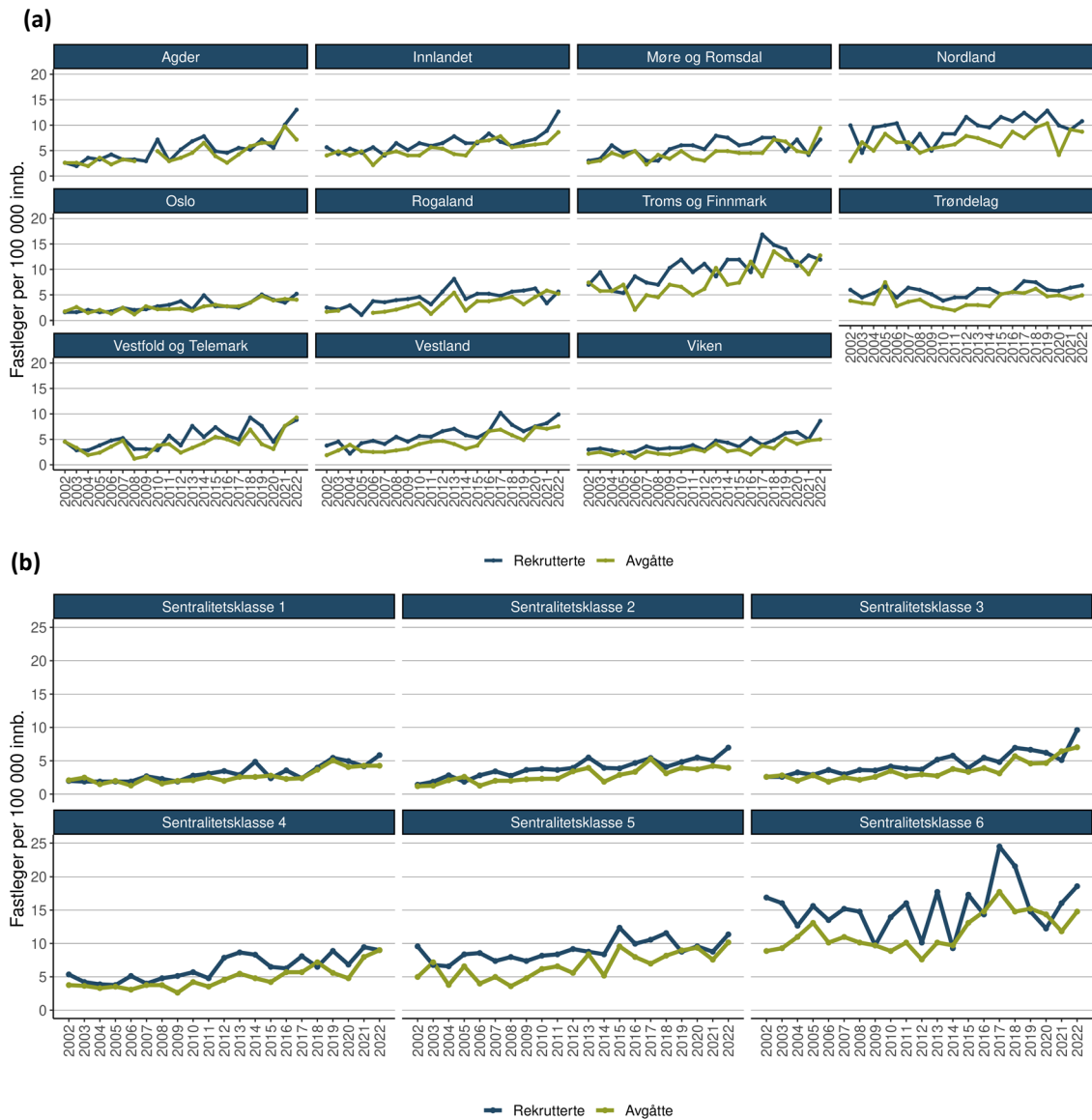
Det ser ut til at nivået av rekruttering og avgang varierer sammen med kommunesentralitet og størrelse over tid, hvor nivået ligger høyere i mindre sentrale og befolkede kommuner og med større årlig variasjon (figur 3.3.1.2, figur A.9). I de minst sentrale og befolkede kommuner ses det også en økning i antall rekruttering og avgang de seneste årene, en utvikling man ikke kan se i de mer sentrale og befolkede kommune.

Tabell 3.3.1.2. Rekruttering og avgang i fastlegeordningen per fylke, 2021

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

Resultater fordelt på fylker og kommunale karakteristikk (kommunestørrelse og -sentralitet) vises per 100 000 innbyggere for å ta høyde for forskjeller i befolkningsstørrelse.

Kilde: FLO



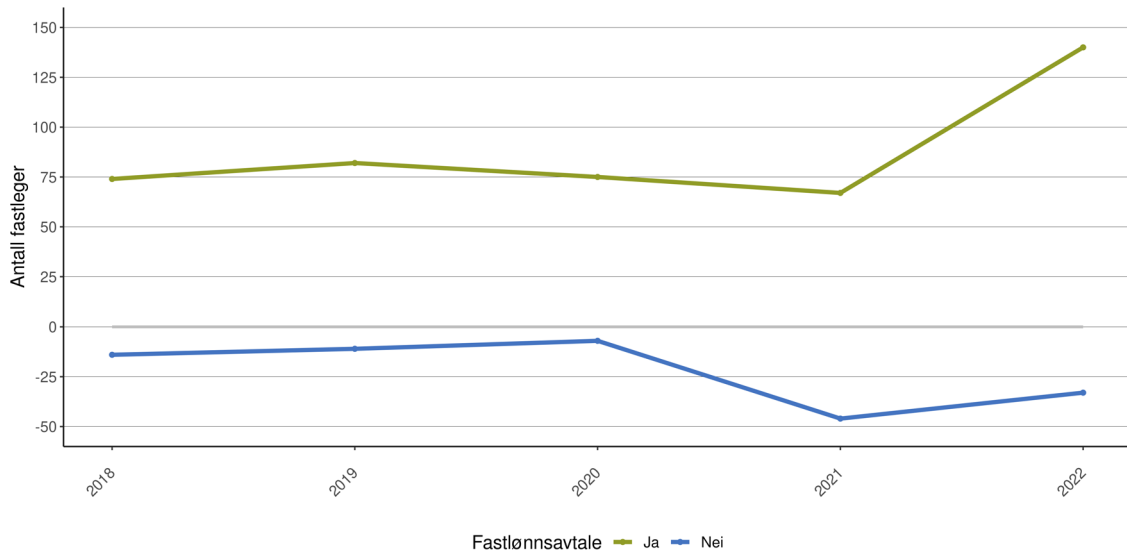
Figur 3.3.1.2 Antall rekrutteringer og avganger blant fastleger per 100 000 innb., per (a) fylke og (b) sentralitetsklasse, 2002 til 2022.

Resultater vises kun om det er 5 eller flere observasjoner i hver celle.

Kilde: FLO

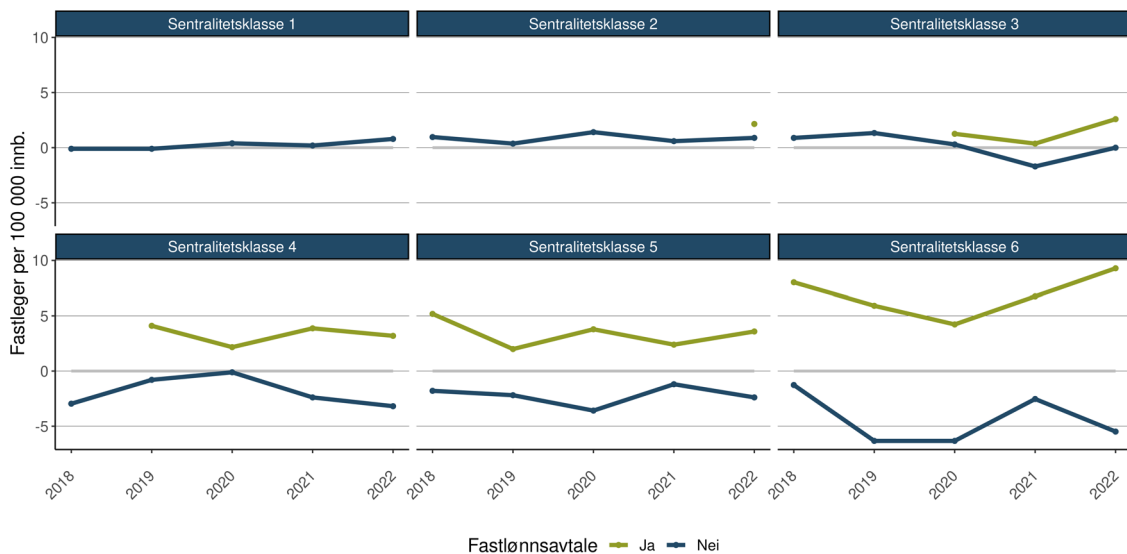
3.3.1.1 Rekruttering og avgang fordelt på driftsform

Utviklingen i rekruttering og avgang varierer etter driftsform, her definert som fastlønnede eller ikke-fastlønnede fastlegeavtaler. Nettoutviklingen (antall rekrutteringer minus antall avganger) i perioden 2018 til 2022 viser at gruppen av fastleger på fastlønnsavtaler øker i antall per år, mens gruppen av fastleger på ikke-fastlønnede fastlegeavtaler reduseres (figur 3.3.1.3). Fordelt på kommunesentralitetsklasser ser vi at denne utviklingen er spesielt tydelig i de minst sentrale kommunene (sentralitetsklasse 6, figur 3.3.1.4). Fordelt på aldersgrupper ser man at nettoutviklingen er positiv for både fastlønns og ikke-fastlønnsavtaler i aldersgruppen under 40 år 2022 (figur 3.3.1.5). Nettoutviklingen hos fastleger på ikke-fastlønnede fastlegeavtaler er imidlertid større enn fastleger på fastlønnsavtaler frem til 2022, men det er som tidligere nevnt noe usikkerhet knyttet til avgang i 2022. Det ses en negativ nettoutvikling for fastleger på ikke-fastlønnede avtaler i de to andre aldersgruppene.



Figur 3.3.1.3. Nettoutvikling i antallet av fastlegeavtaler med og uten fastlønn, 2018 til 2022.

Kilde: FLO



Figur 3.3.1.4. Nettoutvikling i antallet av fastlegeavtaler med og uten fastlønn per 100 000 innbyggere, per kommunesentralitet, 2018 til 2022.

Kilde: FLO



Figur 3.3.1.5. Nettutvikling i andel fastleger per aldersgruppe, per driftsform (fastlønnede og ikke-fastlønnede fastlegeavtaler), 2018 til 2022.

Kilde: FLO

3.3.2 Hvor lenge fastleger som sluttet har vært i fastlegeordningen

Analysene i dette kapitlet er basert på fastleger med både registrert rekruttering og avgang i perioden 2002 til 2021. Totalt identifiseres 1821 avganger, heretter omtalt som avsluttede karriereforløp. Totalt sto 1782 fastleger for disse avgangene, hvorav 78 fastleger var registrert med to avsluttede karriereforløp. Igjennom de 1821 avsluttede karriereforløpene byttet 88 (4,8 %) fylke, 179 (9,8 %) kommune, 141 (7,7 %) kommunesentralitetsklasse, 139 (7,6 %) kommunestørrelseskategori og 43 (2,4 %) driftsform fra rekruttering til avgang.

Totalt i perioden mellom 2002 til 2021 var fastlegene i ordningen i gjennomsnitt 4,7 år (p25: 2 år, p75: 6 år) før de sluttet. Gjennomsnittsvarigheten av disse karriereforløpene varierte på tvers av fylke, med lavest gjennomsnitt i Nordland (3,8 år) og Troms og Finnmark (4,2 år, Tabell 3.3.2.1). Gjennomsnittsvarigheten varierte også med kommunesentralitet, hvor den ses lavest i de minst sentrale (4,2 år). Det ses mindre samvariasjon mellom gjennomsnittlig karrierevarighet og kommunestørrelse, men gjennomsnittlig karrierevarighet var lengst i de fire kategoriene med de største kommunene og kortest i de tre kategoriene med minste kommunene.

Tabell 3.3.2.1. Gjennomsnittlig tid i fastlegeordningen før avgang

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

Min^{p25} = nedre kvartil, maks^{p75} = øvre kvartil.

Kilde: FLO

3.3.2.1 Sannsynlighet for fortsatt å jobbe i fastlegeordningen over tid

I dette kapitlet vises resultater fra analysen som estimerer sannsynligheten for fortsatt å jobbe i fastlegeordningen over tid etter rekruttering. I tillegg til populasjon beskrevet i forrige kapitel, inkluderes fastleger som ikke slutter i perioden 2002 til 2021. Fastleger som ikke slutter i undersøkelsesperioden er fulgt frem til 31. desember 2021, og karriereforløp angis i antall dager. Estimert sannsynlighet vises fordelt på henholdsvis ansettelseskommunens sentralitetsklasse ved rekruttering og fastlegens fødselsår. Totalt er 5 241 fastleger med i analysen, hvor det er registrert avgang hos 1821 (34,7 %) av disse i undersøkelsesperioden.

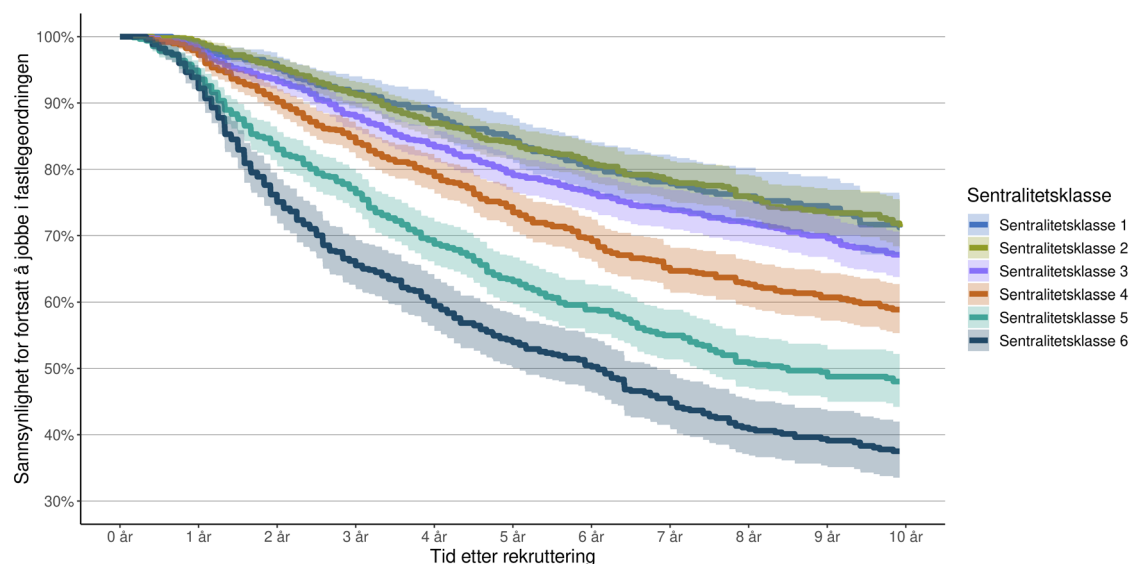
Tabell 3.3.2.2 viser fordelingen av fastlegene som slutter eller blir i ordningen i perioden, fordelt på sentralitetsklasse. Det ses samvariasjon mellom andelen avganger og sentralitetsklasse, hvor andelen er høyest i de minst sentrale kommunene i sentralitetsklasse 6. Figur 3.3.2.1 viser sannsynligheten for fortsatt å jobbe i fastlegeordningen de første 10 årene etter rekruttering på tvers av sentralitetsklasser. Figuren illustrerer at sannsynlighet for at fastlegene blir i fastlegeordningen er mindre des mindre sentral ansettelseskommunen er i igjennom hele perioden. Forskjellene i sannsynligheten for fortsatt å jobbe i fastlegeordningen ses markant lavere for fastleger ansatt i kommuner i sentralitetsklasse 5 og 6 igjennom de første tre årene etter rekruttering, men forskjellene mellom de minst og de mest sentrale kommunene fortsetter å øke igjennom perioden.

Tabell 3.3.2.2. Totalt antall fastleger som slutter eller blir i fastlegeordningen etter avtalekommunens sentralitetsklasse i perioden 2002 til 2021

Sentralitetsklasse	Avgang, n (%tot)	Blir i ordningen, n (%tot)	Total
Sentralitetsklasse 1	130 (22,1)	458 (77,9)	588 (100,0)
Sentralitetsklasse 2	221 (22,7)	752 (77,3)	973 (100,0)
Sentralitetsklasse 3	317 (28,5)	797 (71,5)	1 114 (100,0)
Sentralitetsklasse 4	361 (35,0)	670 (65,0)	1 031 (100,0)
Sentralitetsklasse 5	393 (46,3)	455 (53,7)	848 (100,0)
Sentralitetsklasse 6	399 (58,1)	288 (41,9)	687 (100,0)

Populasjonen er fastleger som rekrutteres i perioden 2002 til 2021.

Kilde: FLO



Figur 3.3.2.1. Sannsynligheten for fortsatt å jobbe i fastlegeordningen de første 10 år etter rekruttering, per sentralitetsklasse.

Kilde: FLO

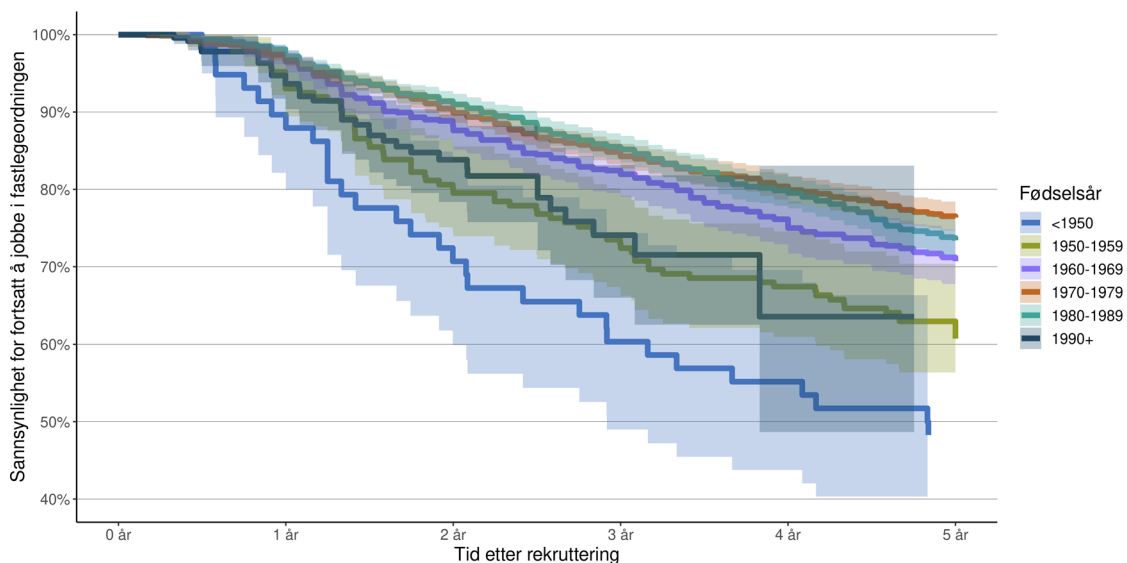
Tabell 3.3.2.3 viser fordelingen av fastlegene fordelt på fødselsår gruppert sammen i fødselskohorter. Det ses samvariasjon mellom andelen avganger og fødselsår, hvor andelen som forventet ses høyest hos de eldste fastlegene. Figur 3.3.2.2 viser sannsynligheten for fortsatt å jobbe i fastlegeordningen over tid på tvers av fødselsår de første fem årene etter rekruttering. Figuren illustrerer generelt at sannsynligheten for at fastlegene blir i fastlegeordningen faller jo eldre fastlegene er. Fastlegene født i 1990 og frem har en litt lavere sannsynlighet for å bli i ordningen igjennom perioden sammenlignet med fastleger født mellom 1980-1989, men da antallet av fastleger født i 1990 og frem er lavt ses det derfor stor usikkerhet forbundet med dette estimatet. Det ses ingen signifikante forskjeller mellom fastleger født i 1960 og frem igjennom perioden.

Tabell 3.3.2.3. Totalt antall fastleger som slutter eller blir i fastlegeordningen etter fastlegenes fødselsår i perioden 2002 til 2021

Fødselsår	Avgang, <i>n</i> (%tot)	Blir i ordningen, <i>n</i> (%tot)	Total
<1950	58 (100)	-	58 (100,0)
1950-1959	134 (71,3)	54 (28,7)	188 (100,0)
1960-1969	318 (48,0)	345 (52,0)	663 (100,0)
1970-1979	783 (37,3)	1 319 (62,7)	2 102 (100,0)
1980-1989	491 (25,0)	1 476 (75,0)	1 967 (100,0)
≥1990	37 (14,1)	226 (85,9)	263 (100,0)

Populasjonen er fastleger som rekrutteres i perioden 2002 til 2021. Ingen fastleger født før 1950 blir i ordningen ved sensurering (-).

Kilde: FLO



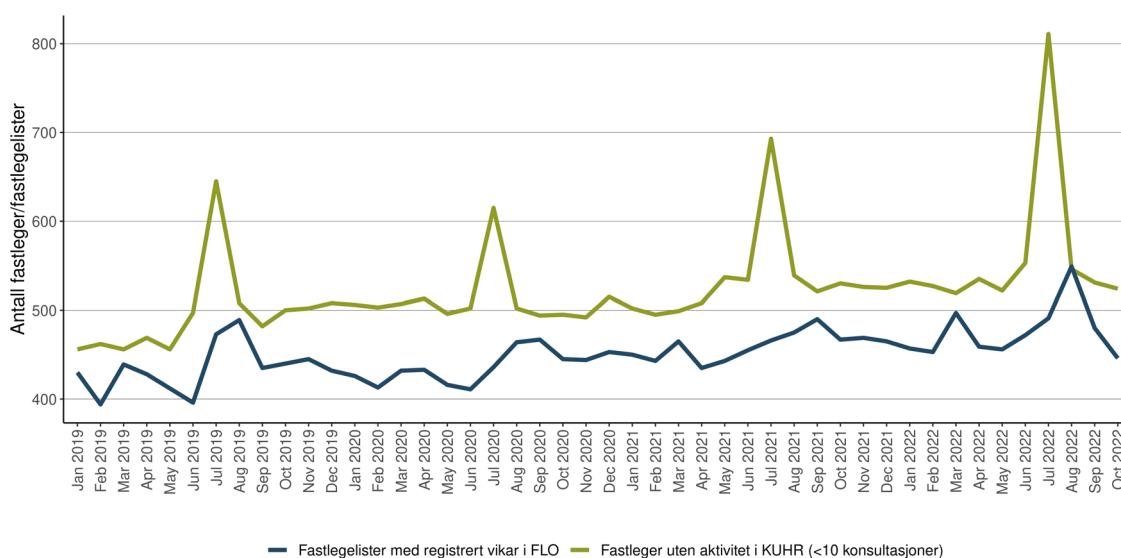
Figur 3.3.2.2. Sannsynligheten for fortsatt å jobbe i fastlegeordningen de første 5 år etter rekruttering, etter fødselsår.

Kilde: FLO

3.4 Vikarregistrering i FLO og manglende aktivitet i KUHR

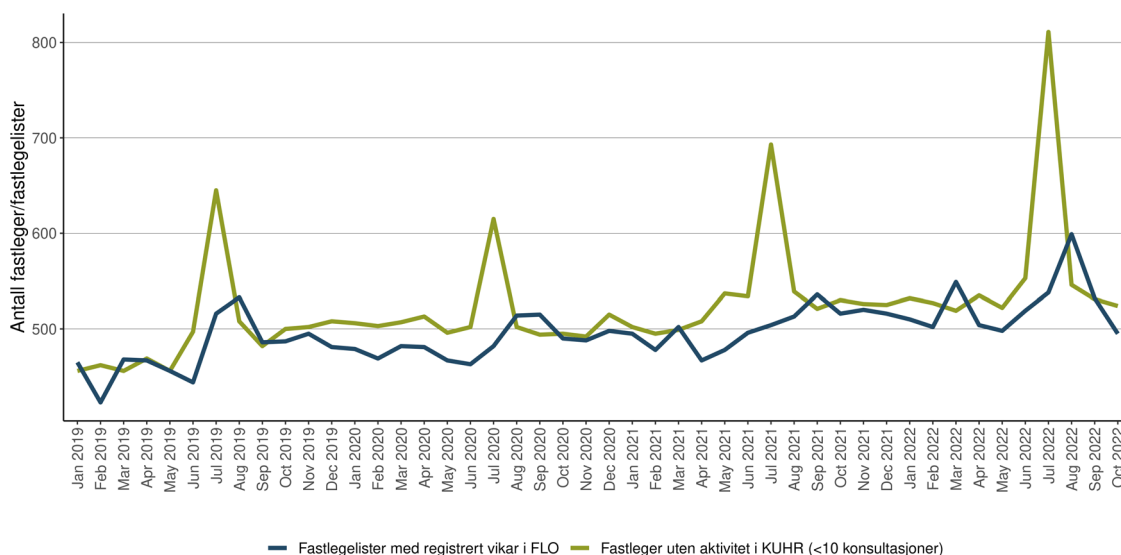
I dette kapitlet vises vikarbruk i FLO i sammenheng med fastleger uten aktivitet i KUHR per kalendermåned fra januar 2019 til oktober 2022. Dette kan bidra til å vurdere samsvar mellom vikarregistrering i FLO og fastlegeaktivitet i KUHR.

Antallet fastleger uten aktivitet i KUHR har klare sesongmønstre, med en topp i juli hvert år, i samsvar med fellesferien (figur 3.4.1 og 3.4.2). Et tilsvarende mønster finner vi ikke igjen i registrering av vikarbruk. Gjennom perioden har antall fastleger uten registrert aktivitet i KUHR steget noe.



Figur 3.4.1 Antall fastlegelister med registrert vikar i FLO (i 100% stilling) og antall fastleger uten aktivitet i KUHR, per måned, januar 2019 til oktober 2022.

Kilde: FLO og KUHR



Figur 3.4.2 Antall fastlegelister med registrert vikar i FLO (i 80% stilling eller mer) og antall fastleger uten aktivitet i KUHR, per måned, januar 2019 til oktober 2022.

Kilde: FLO og KUHR

4 Diskusjon

4.1 Hovedfunn

Utvikling i fastlegenes situasjon over tid

Flere forhold tilknyttet fastlegene har endret seg siden fastlegeordningen ble opprettet i 2001. Sammenlignet med situasjonen for 10 år siden er gjennomsnittsfastlegen i dag yngre, i noe større grad ansatt på fastlønnsavtaler, eier av kortere fastlegelister og ansatt på fastlegekontor med flere andre tilknyttede fastleger. Det er store forskjeller på tvers av områder. Fastleger ansatt i de minst sentrale og folkerike kommunene er yngre, har større sannsynlighet for å være ansatt på en fastlønnsavtale og har kortere fastlegelister sammenlignet med landsgjennomsnittet. Utviklingen i Oslo skiller seg ut fra resten av landet ved at fastlegene har høyere gjennomsnittsalder og lengre fastlegelister.

Utvikling i arbeidsmengde utenfor normal arbeidstid

Resultatene viser en jevn økning i konsultasjoner utenfor normalarbeidstid fra 2010 til 2019, som antyder at arbeidsmengden utenfor normal arbeidstid har økt, dersom vi antar at antall takster er et mål fastlegenes arbeidsmengde. Etter 2019 har det vært en betydelig økning i både antall og andel takster som utføres etter normal arbeidstid. Andelen fastleger som jobbet utenfor normal arbeidstid har økt fra 80,3 % i 2010 til 95,0 % i 2021 og andelen leger som jobbet mer enn 50 dager i året utenfor normal arbeidstid har økt fra mest fra ca. 10 % i 2010 til rundt 40 % i 2021. De fastlegene som jobbet mest utenfor normal arbeidstid i 2021 var menn, i aldersgruppen over 60 år og fastleger som var spesialister innen allmenntilleggsmedisin. Videre jobbet de på lister med mange innbyggere på listen, og i liten grad på fastlønnsavtaler. Andelen fastleger som jobbet mer enn 50 dager i året utenfor normal arbeidstid var høyest i de store kommunene og de mest sentrale områdene.

Rekruttering, avgang og tid i fastlegeordningen

Resultatene viser både en økning i rekrutteringer til og avgang fra fastlegeordningen. Rekrutteringen er høyest i aldersgruppen under 40 år, men en av fire avganger inntreffer også i denne aldersgruppen. Rekruttering og avgang forekommer i størst grad i mindre sentrale og befolkede kommuner. Det har etter 2018 vært en netto økning av fastlegeavtaler med fastlønn i de minst sentrale kommunene. På samme tid har antall fastlegeavtaler uten fastlønn gått ned. Gjennomsnittstiden i fastlegeordningen hos de fastlegene som slutter er høyest i Oslo og i de mest sentrale og folkerike kommunene. Tilsvarende finner man de korteste karriereforløpene i de nordlige fylkene og i de minst sentrale og folkerike kommunene. Sammenlignet med fastleger ansatt i mer sentrale kommuner er sannsynligheten for at fastleger blir i fastlegeordningen etter rekruttering til enhver tid lavere for fastleger ansatt i de minst sentrale kommunene.

4.2 Tolkninger av funnene

Som tidligere rapporter har vist (Ey og Vista Analyse, 2019; Helsedirektoratet, 2022a; Pedersen et al., 2022) viser også denne rapporten indikasjoner på at fastlegenes arbeidsmengde har økt de seneste årene. Arbeidsmengden utenfor normal arbeidstid, målt som antall takster, har økt jevnt fra 2010 til 2021, med en markant økning i antall takster som utføres etter normal arbeidstid særlig etter 2019. Den markante økningen de siste årene ser i hovedsak ut til å skyldes økt bruk av e-konsultasjoner. Introduksjonen av e-konsultasjoner kan ha gjort det enklere for mange å jobbe til andre tidspunkter enn innen normal arbeidstid, blant annet fordi e-konsultasjoner kan gjøres andre steder enn på kontoret. I tillegg kan covid-19 pandemien ha ført til økt bruk av både e-konsultasjoner og hjemmekontor pga. kontaktreducerende tiltak. Til tross for at gjennomsnittlig antall takster per fastlege har økt, kan mer fleksible rammer med bruk av e-konsultasjoner og hjemmekontor for noen fastleger ha motvirket en økt total arbeidsbyrde.

Økningen i fastleger som har mer enn 50 dager i året med arbeid utenfor normal arbeidstid er mindre uttalt for fastleger som er ansatt på fastlønsavtaler og fastleger som har kortere listelengde, noe som er mer vanlig i nordlige fylker og i mindre sentrale og befolkede kommuner. Til tross for at disse fastlegene kan ha en gjennomsnittlig mindre arbeidsmengde generelt, ser man mer rekruttering og avgang, og dermed kortere karrierevarighet, i nettopp disse områdene. Hyppig rekruttering og avgang betyr større utskiftning i fastlegepopulasjonen og potensielt mindre kontinuitet i innbygger-fastlege forholdet. Det ser derimot ut til at avgang hos fastlegene er mindre blant fastleger på fastlønsavtaler sammenlignet med fastleger som ikke er på slike avtaler i mindre sentrale kommuner, noe som kan antyde en preferanse mot slike avtaler i disse områdene.

Utviklingen for fastlegene i Oslo skiller seg noe ut fra resten av landet, da fastlegene her har en høyere gjennomsnittsalder og gjennomsnittlig lengre listelengde. Dette er to karakteristikk som er forbundet med mer arbeid utenfor normal arbeidstid, noe som kan tyde på at fastlegene i hovedstaden har spesielt stor arbeidsmengde. På samme tid ser det ut til at fastlegene er lengre tid i ordningen i Oslo sammenlignet med i resten av landet, noe som kan bety at disse fastlegene har mer erfaring og dermed også større arbeidskapasitet. Til tross for stor arbeidsmengde generelt er det også langt mindre avgang i Oslo sammenlignet med i resten av landet. Da gruppen av fastleger ansatt i Oslo skiller seg ut fra resten av fastlegepopulasjonen gjentok vi analysene over utviklingen i andelen fastleger som jobbet utenfor normal arbeidstid uten disse fastlegene. Dette endret derimot ikke resultatene av hvor stor andel av fastlegene som jobbet utenfor normal arbeidstid.

Registrering av enkle takster har blitt mer og mer digitalisert med tiden. Økt antall enkle takster utført etter normal arbeidstid kan være påvirket av innføring av nye takster som erstatter andre mer papirbaserte takster. Et eksempel er blant annet innføring av takstkoden 1i (e-resept) i 2011, som mange fastleger valgte å bruke i stedet for papirresepter (takst 1h). Et annet eksempel er innføringen av takstkoden 1be (elektronisk pasientbrev, via Helsenorge eller annen digital internettbasert løsning). Denne takstkoden ble innført i 2016 og forenklet prosessen med å skrive ut og sende brev. Innføringen av 1be, i tillegg til muligheten for e-kommunikasjon, har trolig medført økt kommunikasjon ut fra legekontoret for fastlegen både på hverdager og i helger.

4.3 Begrensninger

Ikke alt arbeidet som gjøres av fastlegen fanges opp av takstene i KUHR. Analysene og beskrivelsene som er vist i denne rapporten fanger derfor ikke opp hele arbeidsbelastningen/arbeidsmengden til fastlegen. En årsak kan være at fastlegene glemmer å registrere enkelte takster, noe som kan skje i en travel hverdag. Dette kan medføre underrapportering av enkelte takster, men for analysene som ser på utviklingen i andel leger som jobber utenfor normal arbeidstid vil dette trolig ikke endre resultatene.

Arbeid som ikke er direkte relatert til pasientene kan det heller ikke kreves takster for. Dette gjelder blant annet legeerklæring innen barnevernet og andre administrative oppgaver, faglige oppdateringer, kurs og samarbeid med kollegaer om diagnostikk, pasientbehandling etc. Vi vet at det er store forskjeller ikke bare i hvordan fastlegene arbeider, men også hvordan de bruker takstsystemet, men det mangler tilstrekkelig kunnskap om dette. Dersom disse forskjellene er systematiske, og samvarierer med for eksempel alder og hvor i landet man arbeider er det risiko for at man ikke bare misforstår arbeidsmengden, men også hvordan den er fordelt. Det kan også tenkes at de med fastlønn jobber like mye som resten, men de har ingen insentiver til å takste utenfor normal arbeidstid selv om de jobber. I tillegg kan utformingen av takstsystemet gir for eksempel økte insentiver til å jobbe utover normale arbeidstider fordi det er mer lønnsomt å takste på kveldstid enn på dagtid.

Befolkningstall fra 2019 er brukt til å beregne rekruttering og avgang per 100 000 innbyggere på tvers av fylker, kommunesentralitetsklasse og kommunestørrelseskategorier. Dette kan medføre en mindre underestimert av antall rekrutteringer og avganger før 2019 og en tilsvarende mindre overestimert etter 2019.

5 Konklusjon

Antall takster per fastlege både i og utenfor arbeidstid har økt over de siste årene, til tross for at fastlegene i snitt har færre innbyggere på listen sin. Økningen i antall takster kan være en indikasjon på at fastlegenes arbeidsmengde har økt. Fastlegearbeid utenfor arbeidstid har økt for de aller fleste fastleger, men økningen er mest tydelig for fastleger på avtaler uten fastlønn og på avtaler med lang listelengde, og for fastleger ansatt i mer befolkede og sentrale kommuner. Økt arbeidsmengde utover normal arbeidstid de siste årene, målt ved antall takster, kan være et resultat av at fastlegearbeidet har utviklet seg i en mer fleksibel retning, hvor blant annet bruken av e-konsultasjoner som kan løses fra hjemmekontoret har økt.

Stor rekruttering og avgang i mindre sentrale områder fører til at fastlegene er kortere i fastlegeordningen i disse områdene. Dette kan for mange medføre kortere varighet av fastlege-innbygger-forholdet, og dermed mindre kontinuitet. Bruken av fastlønnsavtaler er stor og økende i disse områdene.

6 Referanser

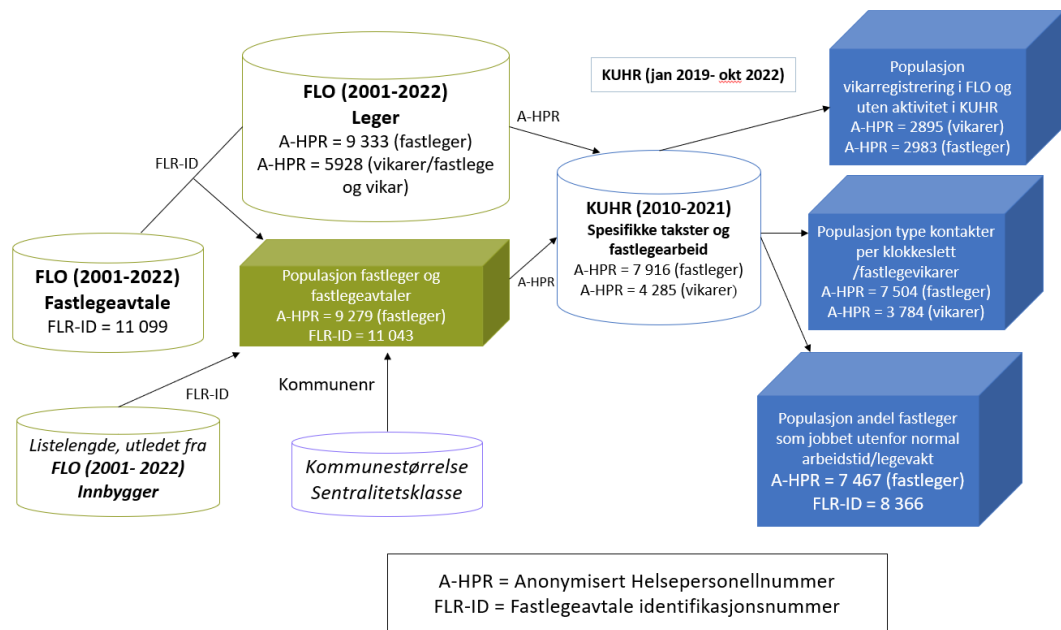
- Ey og Vista Analyse. (2019). Evaluering av fastlegeordningen. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>
- Helfo. (2023). Opprette og endre opplysningar om fastlegeavtale. Retrieved from <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/opprette-og-endre-opplysningar-om-fastlegeheimel#fellesliste>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022a). Ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/ekspertutvalg-for-gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2923959/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022b). Mandat for ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/ekspertutvalg-for-gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/mandat-for-ekspertutvalg-for-gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2923960/>
- Helsedirektoratet. (2022a). Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2021. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021>
- Helsedirektoratet. (2022b). KUHR-databasen. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kuhr>
- Kaplan, E. L., & Meier, P. (1958). Nonparametric Estimation from Incomplete Observations. *Journal of the American Statistical Association*, 53(282), 457-481. doi:10.1080/01621459.1958.10501452
- Pedersen, K., Godager, G., Rognlien, H. D., Tyrihjell, J. B., Værnø, S. G., Iversen, T., . . . Augestad, L. A. (2022). Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I.
- Skovlund, E. (2018). Overlevelseskurver. *Tidsskr Nor Legeforen* doi:doi:10.4045/tidsskr.18.0395

7 Vedlegg

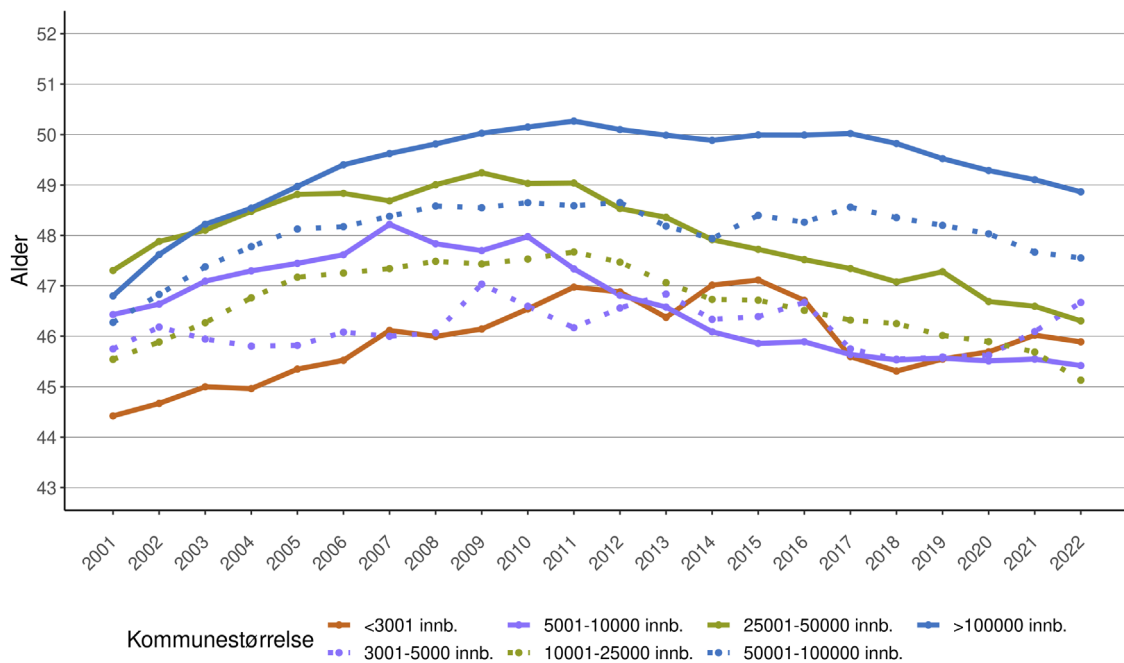
7.1 Vedlegg A – Figurer

Liste over figurer i Vedlegg A:

1. Figur A.1 Kobling av datakilder og anvendte populasjoner
2. Figur A.2 Utvikling i fastlegenes gjennomsnittsalder etter kommunestørrelse, 2001 til 2022
3. Figur A.3 Utvikling i andel fastlønnsavtaler etter kommunestørrelse, 2018 til 2022
4. Figur A.4. Utvikling i andel fastlønnsavtaler i Oslo og Bergen, 2018 til 2022
5. Figur A.5. Utvikling i gjennomsnittlig listelengde per fastlege, etter kommunestørrelse, 2001 til 2022
6. Figur A.6. Endring i total listelengde sammenlignet med året før etter kommunestørrelse, 2002 til 2022
7. Figur A.7. Utvikling i andel felleslister og andel listeinnbyggere på felleslister etter kommunestørrelse, 2001 til 2022
8. Figur A.8. Utvikling i antall fastleger (standardavvik) per fastlegekontor etter kommunestørrelse, 2001 til 2022
9. Figur A.9. Antall rekrutteringer og avganger blant fastleger per 100 000 innb. per kommunestørrelseskategori, 2002 til 2022

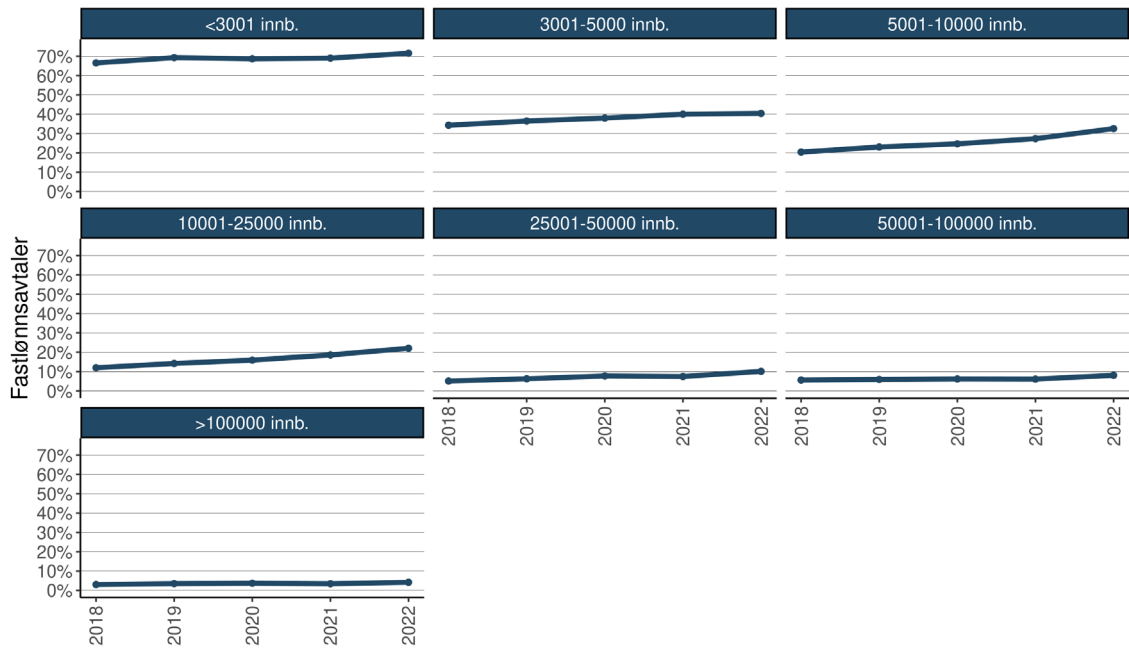


Figur A.1 Kobling av datakilder og anvendte populasjoner



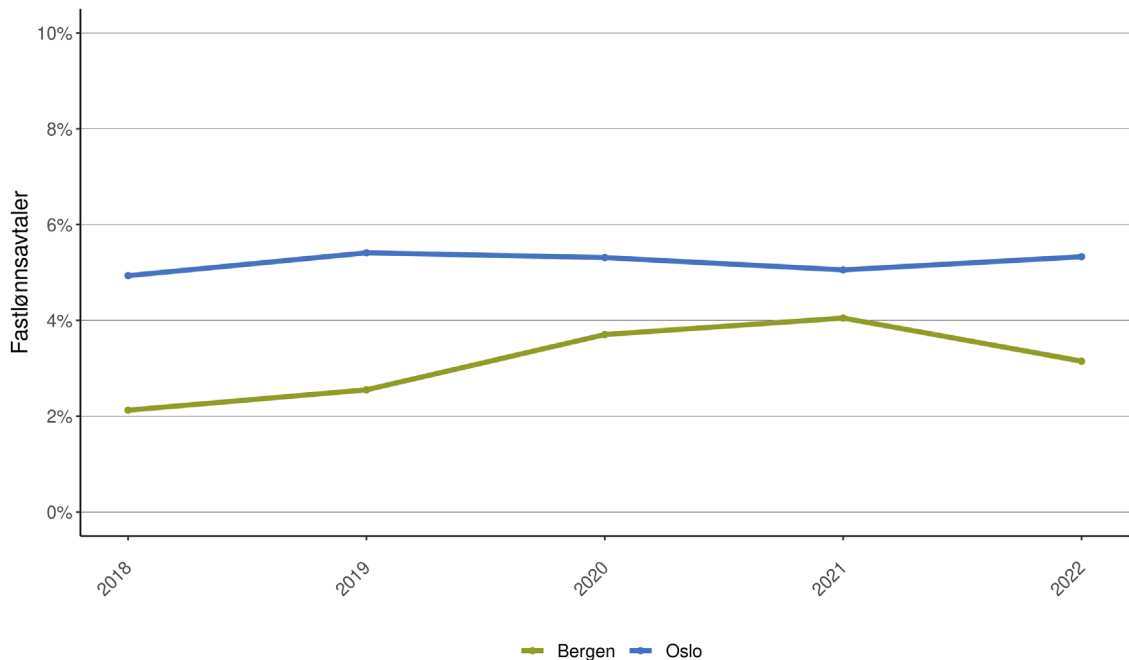
Figur A.2 Utvikling i fastlegenes gjennomsnittsalder etter kommunestørrelse, 2001 til 2022.

Kilde: FLO



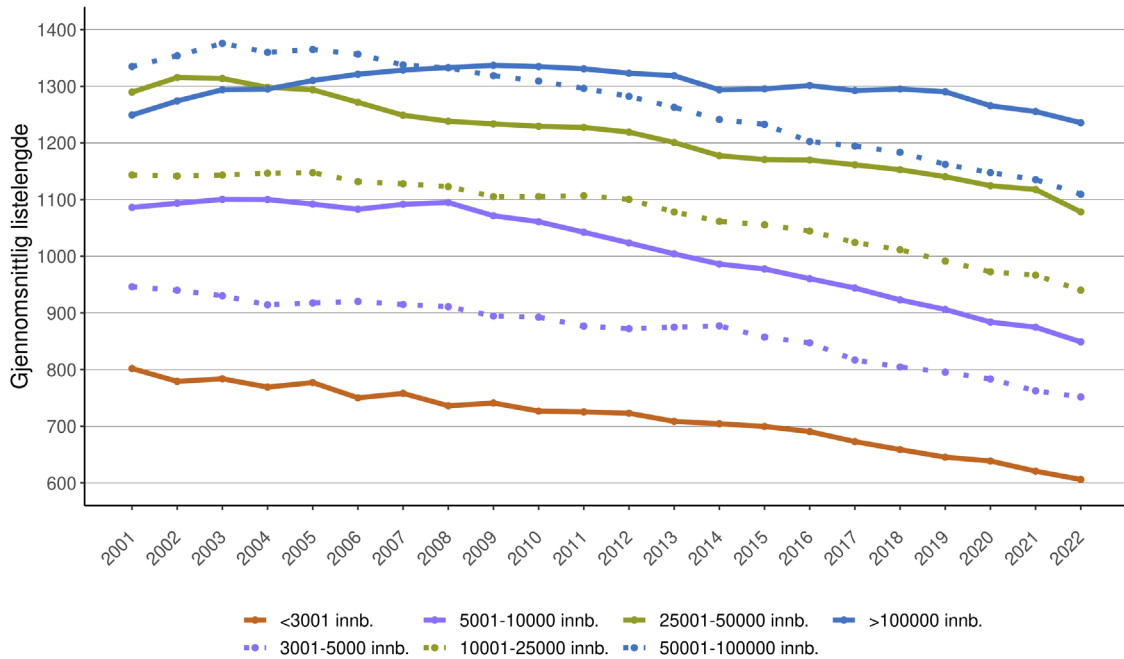
Figur A.3 Utvikling i andel fastlønsavtaler etter kommunistørrelse, 2018 til 2022

Kilde: FLO



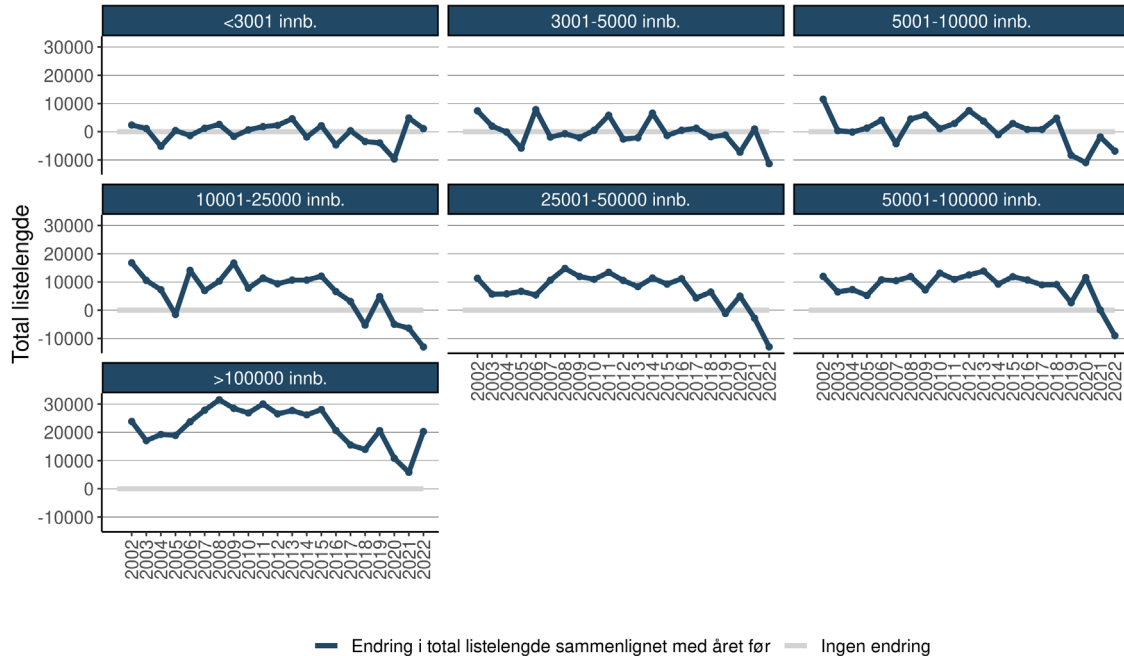
Figur A.4. Utvikling i andel fastlønsavtaler i Oslo og Bergen, 2018 til 2022.

Kilde: FLO



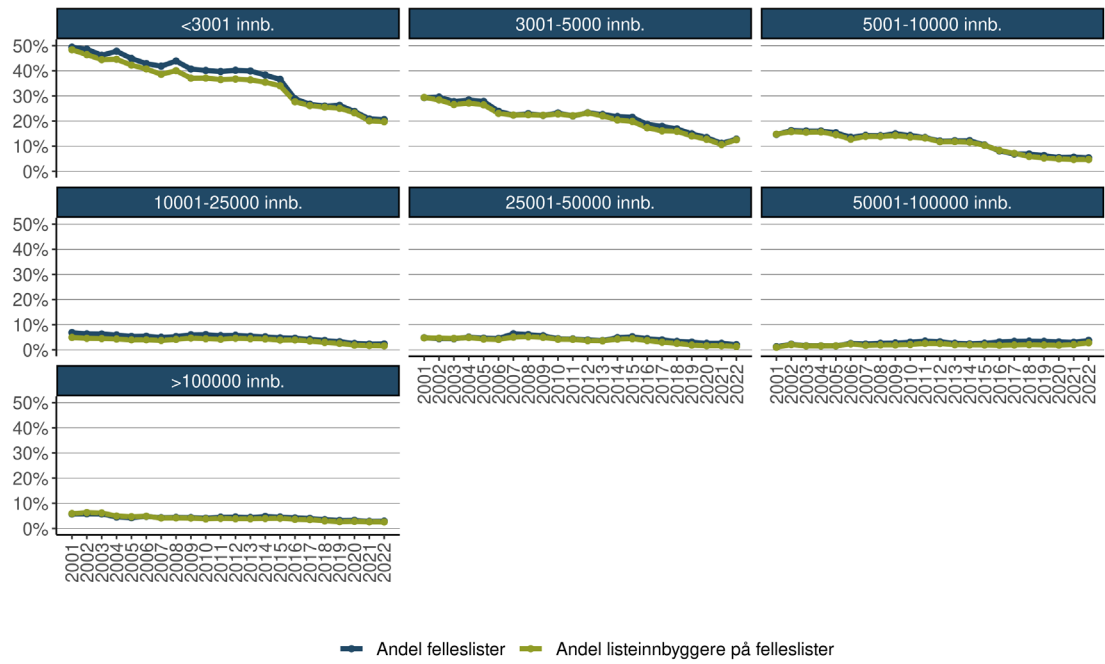
Figur A.5. Utvikling i gjennomsnittlig listelengde per fastlege, etter kommunestørrelse, 2001 til 2022.

Kilde: FLO



Figur A.6. Endring i total listelengde sammenlignet med året før etter kommunestørrelse, 2002 til 2022.

Kilde: FLO



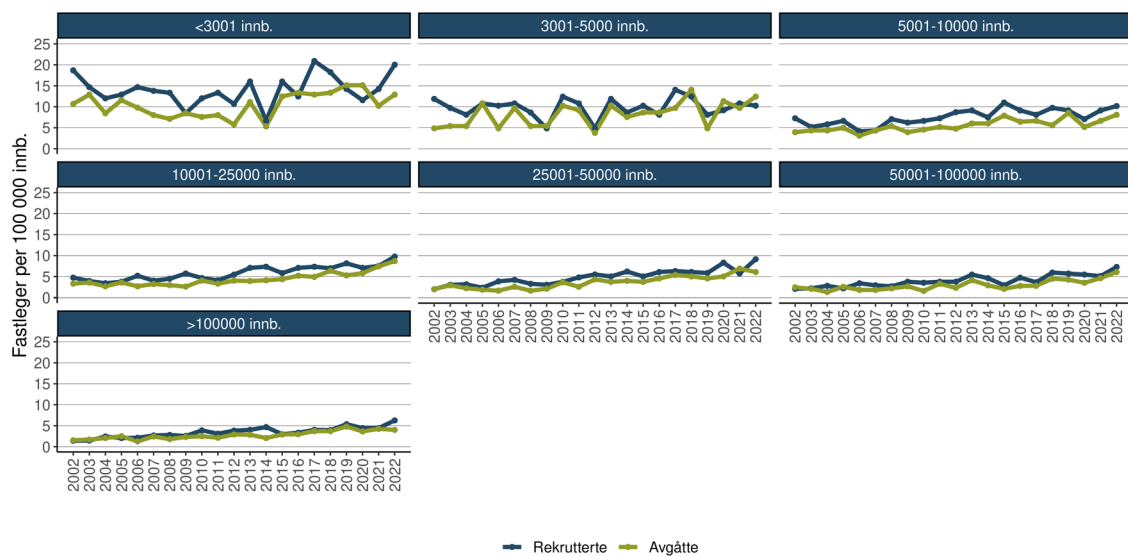
Figur A.7. Utvikling i andel felleslister og andel listeinnbyggere på felleslister etter kommunestørrelse, 2001 til 2022.

Kilde: FLO



Figur A.8. Utvikling i antall fastleger (standardavvik) per fastlegekontor etter kommunestørrelse, 2001 til 2022.

Kilde: FLO



Figur A.9. Antall rekrutteringer og avganger blant fastleger per 100 000 innb. per kommunestørrelseskategori, 2002 til 2022.

Resultater vises kun om det er 5 eller flere observasjoner i hver celle.

Kilde: FLO

Utgitt av Folkehelseinstituttet

April 2023

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no