

INNLØSNING/OVERDRAGELSE AV FASTLEGEHJEMLER 2021

- en oppfølgings- og dybdestudie

Utarbeidet av Ipsos for KS

April 2021



INNHOOLD

1. Prosjektinformasjon

2. Oppsummering

3. Resultater

3.1 Deskriptiv analyse av foreliggende data

3.2 Subsidiering av fastlegeordningen

3.3 Erfaringer og vurderinger rundt innløsning/overdragelse av fastlegehjemler

4. Om utvalgene

5. Kontakt

1

PROSJEKTINFORMASJON

BAKGRUNN OG FORMÅL

Kommuner av ulik størrelse og sentralitet har utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger. En rekke kommuner opplever det som krevende å få søkere til ledige fastlegehemler etter fastlegeordningens hovedmodell for drift, dvs. privat næringsdrift. Det skyldes blant annet at legene selv ønsker fast ansettelse.

Stadig flere kommuner ser det som nødvendig å omgjøre hemler fra næringsdrift til ansettelse, selv om det som hovedregel gjør fastlegetjenesten langt dyrere. Omgjøring av hemler skaper i tillegg store utfordringer fordi kommunenes rammevilkår (lov/forskrift, finansieringsordning samt avtaleverket mellom KS og Legeforeningen) primært er tilpasset fastlegeordningens hovedmodell, ikke dagens realiteter.

Omkring 30 prosent av fastlegene i Norge er 56 år eller eldre. De neste ti årene skal det med andre ord skje en omfattende utskiftning av fastlegene. Med bakgrunn i yngre legers preferanse for fast ansettelse i tillegg til en utvikling i retning av større kommunalt ansvar for helse- og omsorgstjenester, vurderer KS at det haster med endringer i rammevilkår for fastlegeordningen.

Dette prosjektet er en oppfølgings- og dybdestudie av tre tidligere kartlegginger av variasjoner i finansiering av fastlegeordningen (2018, 2019 og 2020) utført av Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse på oppdrag fra KS.¹ Formålet er bedre innsikt i kommunenes erfaringer med og kostnader ved innløsning/overdragelse av fastlegehemler. Vi undersøker hvilke konsekvenser, hindringer og muligheter kommunene opplever når de omgjør fastlegehemler fra næringsdrift til ansettelse.

¹ Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2018), [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen](#)

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2019), [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – oppfølging](#)

Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2020), [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelser](#)

TREDELT METODISK TILNÆRMING

Prosjektet har en tredelt tilnærming.

METODE 1: Deskriptiv analyse av foreliggende data

I denne delen foretar vi en kort, deskriptiv analyse av utvalgte data fra 2020-målingen om variasjoner i finansiering av fastlegeordningen.¹ Spørreundersøkelsen fra 2020 inkluderte spørsmål om utbredelse av kommuner som har gitt økonomisk kompensasjon til leger ved overdragelse av hjemler i løpet av 2019 og størrelsen på den økonomiske kompensasjonen. Vi har nå hentet ut ytterligere innsikt om kommunene som har gitt slik kompensasjon (n=38 av totalt 229 kommuner som besvarte undersøkelsen).

METODE 2: Spørreundersøkelse blant kommuner som har gitt økonomisk kompensasjon til leger ved overdragelse av hjemler

Formålet med spørreundersøkelsen er innsikt i kommunenes erfaringer og kostnader med innløsning/overdragelse av fastlegehjemler. Målgruppen er leder med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i kommunene som i 2020-målingen oppga at de hadde gitt økonomisk kompensasjon til leger ved overdragelse av hjemler i løpet av 2019 (n=38). Undersøkelsen er sendt ut elektronisk til utvalget på 38 kommuner via deres postmottak. Vi har påminnet elektronisk og pr. telefon. Det er oppnådd 20 svar (53 %) i perioden fra 22. mars til 14. april 2021. Resultatene fra spørreundersøkelsen er uvektet.

METODE 3: Kvalitativ dybdeundersøkelse i et utvalg kommuner

Gjennom et kvalitativt dypdykk undersøkes konsekvenser, hindringer og muligheter ved omgjøring av fastlegehjemler fra næringsdrift til ansettelse. Det er gjennomført totalt 10 dybdeintervju med leder med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i kommuner med erfaring (6 intervju) og kommuner uten erfaring (4 intervju) med økonomisk kompensasjon til leger ved overdragelse av hjemler. Vi har mottatt kontaktinformasjon til enkelte intervjuobjekter fra KS. Øvrige er hentet fra undersøkelsen om variasjoner i finansiering av fastlegeordningen fra 2020. Intervjuene er utført i perioden fra 24. mars til 14. april 2021.

¹ Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2020), [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelse](#)

OM RAPPORTEN

De kvantitative og kvalitative delene av undersøkelsen er analysert og skrevet sammen i denne rapporten.

Kvantitative data

Resultatene fra den deskriptive analysen av data fra 2020-undersøkelsen og spørreundersøkelsen presenteres ved grafiske fremstillinger. Spørsmålene er brutt ned på ulike demografiske variabler og analysevariabler. Funn for undergruppene kommenteres der vi ser relevante og større forskjeller.

Merk at spørreundersøkelsene til grunn for analysene består av få intervju (små baser/lite utvalg). Små utvalg gir store feilmarginer og begrenser mulighetene til å analysere resultatene for mer finfordelte undergrupper med stor sikkerhet. Feilmarginene på utvalg under 50 respondenter er opptil +/- 14 prosent.

Utvalgsundersøkelser er alltid beheftet med usikkerhet. Resultatene fra spørreundersøkelsen tolkes med bakgrunn i kji-kvadrattesting med 95 % signifikansnivå. En signifikanstest tester hvor godt dataene «passer» med nullhypotesen, og en signifikanstest på 95 % sier at det er en 5 % sannsynlighet for at undersøkelsen produserer de foreliggende dataene når det ikke er en faktisk sammenheng i den virkelige verden. En signifikanstest antar alltid at nullhypotesen er sann, og indikerer på det grunnlaget hvor sannsynlige de observerte dataene er.

Kvalitative data

Resultatene fra dybdeintervjuene er merket med følgende ikon: 

Oversikt over undergrupper finnes i «Om utvalgene» sist i rapporten.

2

OPPSUMMERING

OPPSUMMERING AV DESKRIPTIV ANALYSE AV 2020-DATA

De største kommunene har oftest gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av hjemmel

- En deskriptiv analyse av utvalgte data fra 2020-målingen om variasjoner i finansieringen av fastlegeordningen viser at 17 % (38 av totalt 229 kommuner som besvarte undersøkelsen) hadde gitt **økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse** av én eller flere hjemler i løpet av 2019.
- Det er de **mer sentrale og største kommunene** målt i antall innbyggere som oftest har gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av hjemmel. Videre vokser andelen kommuner som har gitt denne typen økonomisk kompensasjon med **økende antall fastlegehjemler** i kommunen.
- 35 av 38 kommuner har anslått kommunens kostnader ved økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av hjemmel i 2019. Kommunenes kostnadsanslag **spenner** fra 60 000 til 4 000 000 kr. Gjennomsnittkostnaden er 815 000 kr og medianen 550 000 kr. Kostnadene øker med antall hjemler kommunene har gitt økonomisk kompensasjon for.
- 35 av de 38 kommunene (92 %) som i 2020-undersøkelsen oppga at de hadde gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av én eller flere hjemler i løpet av 2019, subsidierte fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen). 80 % av disse hadde subsidiert fastlegeordningen **over flere år**. Videre oppga 91 % av de 35 kommunene at omfanget av subsidieringen hadde **økt over tid**. 6 % opplevde at den hadde forholdt seg stabil, mens ingen av kommunene oppga at subsidieringsomfanget hadde avtatt.

OPPSUMMERING AV SUBSIDIERING AV FASTLEGEORDNINGEN

Omtrent alle kommunene som subsidierte fastlegeordningen i 2020 hadde merkostnader ved dette

- Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant ledere med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i kommunene som i 2020-målingen¹ oppga at de hadde gitt økonomisk kompensasjon til leger ved overdragelse av hjemler i løpet av 2019 (n=38). Av disse 38 kommunene, har 20 besvart denne oppfølgingsundersøkelsen.
- **85 % av kommunene subsidierer fastlegeordningen** utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen). Det er kun hos de mest sentrale kommunene (sentralitetsnivå 1-3) og blant største kommunene målt i antall innbyggere (10 000 eller flere) at vi finner enkelte kommuner som *ikke* subsidierer fastlegeordningen.
- Blant kommunene som subsidierer fastlegeordningen benytter majoriteten seg av **bruk av fastlønn, gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende** eller **bruk av vikarer og vikarbyrå**.
- **94 % av kommunene** som subsidierte fastlegeordningen i 2020 hadde **merkostnader** forbundet med dette. Én kommune (6 %) ikke vet om den hadde slike kostnader.
- Det er et **spenn** i kommunenes anslag både for **merkostnader knyttet til subsidieringsordninger** av fastlegeordningen i 2020 (gjennomsnitt: 4 500 000 kr, median: 2 500 000 kr) og **merkostnader ved fastlønsdrift** knyttet til subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2020 (gjennomsnitt: 4 700 000 kr, median: 1 875 000 kr). Enkelte høye kostnadsanslag trekker gjennomsnittene opp.

¹ Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2020), *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelse*

OPPSUMMERING AV ERFARINGER OG VURDERINGER RUNDT INNLØSNING/OVERDRAGELSE AV FASTLEGEHJEMLER (1 AV 2)

Tidsbruk ved rekruttering av nye fastleger er mest utbredte utfordring ved dagens situasjon

- **40 % av kommunene** hadde gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av 2020. Dette utgjør 8 kommuner. Av disse hadde 76 % omgjort én eller flere hjemler til fastlønn. Det er mest utbredt å ha omgjort 2 hjemler til fastlønn. Ingen av kommunene har omgjort flere enn 3 hjemler til fastlønn.
- 7 av 8 kommuner som har gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i 2020 har anslått sine kostnader ved dette. Gjennomsnittskostnaden er 1 000 000 kr og mediankostnaden 925 000 kr.
- Det er en utbredt oppfatning blant kommunene som har gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel at **legen setter prisen ved slik innløsning**. Færre opplever at kommunen og legen setter prisen i fellesskap eller at kommunen setter prisen. Merk at utvalget som har besvart dette spørsmålet kun består av 8 kommuner.
- **Tidsbruk ved rekruttering av nye fastleger**, vikarbruk og krav om dekning av driftsutgifter ved legekantoret, utfordringer sett opp mot kommunens rammevilkår og uklar ansvarsfordeling mellom fastlege og kommune når det ikke kommer søkere til hjemmelen er kommunenes hyppigst opplevde utfordringer med dagens situasjon ved innløsning/overdragelse av fastlegehjemmel i egen kommune. Hele utvalget (n=20) har besvart dette spørsmålet.

OPPSUMMERING AV ERFARINGER OG VURDERINGER RUNDT INNØSNING/OVERDRAGELSE AV FASTLEGEHJEMLER (2 AV 2)

Sentrale føringer og overførsler er kritisk

- Den kvalitative studien viser at kommunene er tydelige på at **situasjonen ikke kan løses av de enkelte kommunene** eller i samarbeid med enkelte andre kommuner.
- Det ser ut til å være et klart behov for en **hybridmodell** som legger til rette for at fastleger kan være fast ansatt i kommunen eller drive næringsvirksomhet etter egne preferanser.
- Det etterspørres **sentrale retningslinjer** og råd for hvordan kommunene kan legge til rette for en hybridløsning og konkret tilnærming ved innløsning/overdragelse/kjøp og gjenkjøp av fastlegehjemler.
- Videre er det ønskelig med **etablering av et felles prisnivå** på innløsning/overdragelse/kjøp av fastlegehjemler for å unngå en konkurransesituasjon kommunene i mellom.
- Ikke minst er det behov for **statlige overførsler** for å dekke kommunenes merkostnader knyttet til fast ansettelse, kjøp/gjenkjøp av hjemler, driftstilskudd, rekruttering, vikarbruk osv.



«Innbyggerne er jo frustrerte fordi de står på venteliste og må velge lege i annen kommune.»



«Ja, jeg har jo spådd at om ti år så har vi ikke fastlegeordningen eller kommunehelsetjenester lenger. Da styres alt fra helseforetakene med utspring ifra sykehusene.»

3

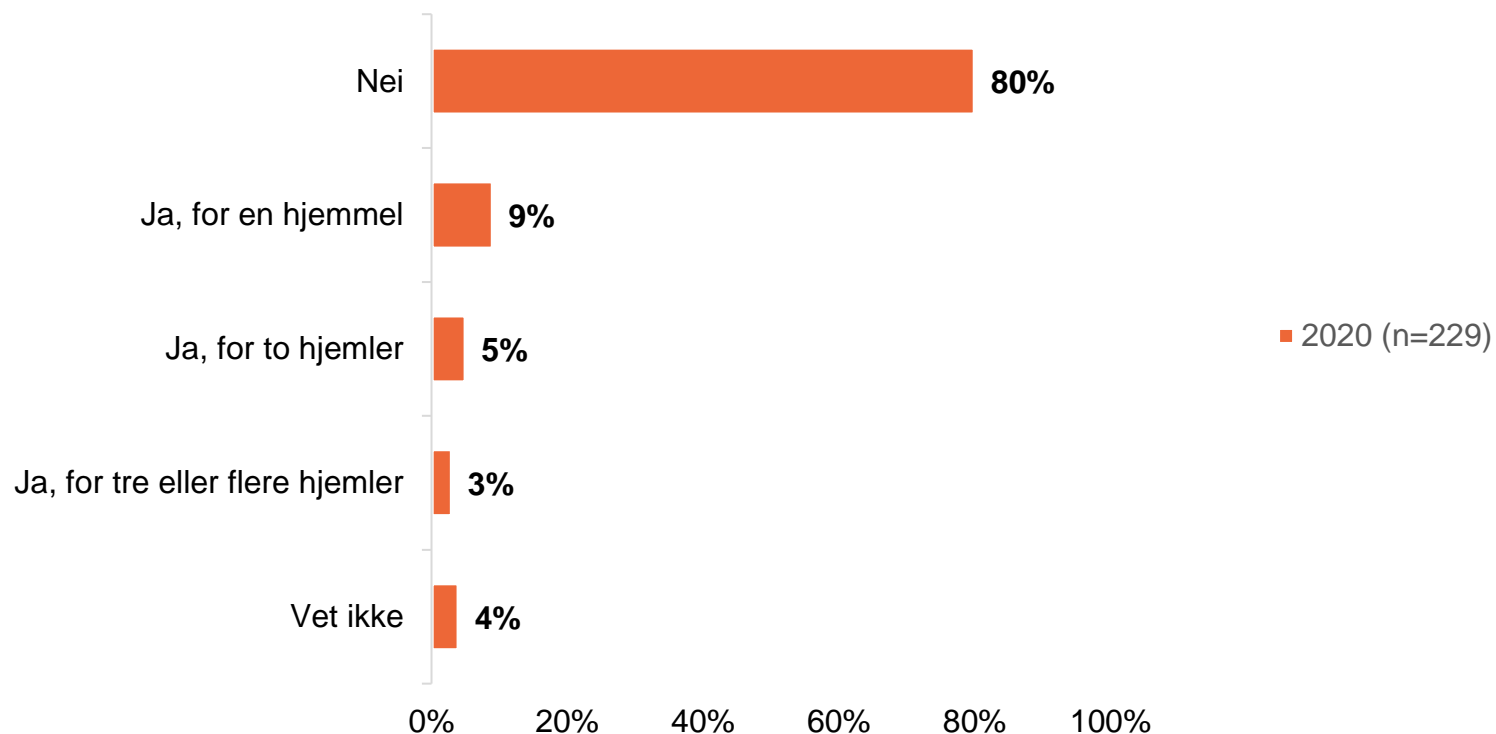
RESULTATER

3.1

DESKRIPTIV ANALYSE AV FORELIGGENDE DATA

HVA VET VI FRA 2020-MÅLINGEN?

Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av hjemmel i løpet av 2019?



I denne delen foretar vi en kort, deskriptiv analyse av utvalgte data fra 2020-målingen om variasjoner i finansieringen av fastlegeordningen.¹

Målgruppen for undersøkelsen var leder med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i alle kommuner.

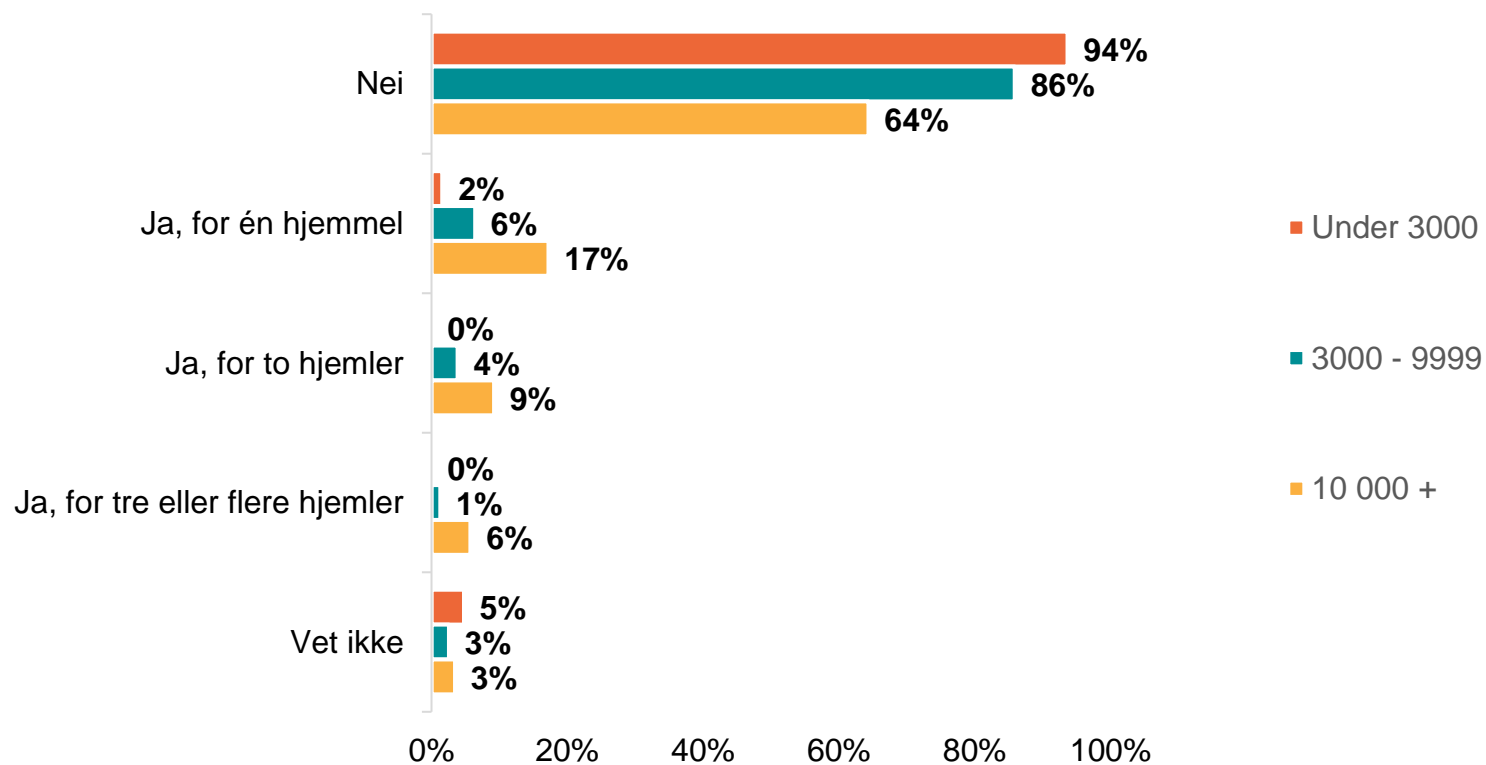
17 % (38 av totalt 229 kommuner som besvarte undersøkelsen) hadde gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av én eller flere hjemler i løpet av 2019.

¹ Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2020), [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelse](#)

DE STØRSTE KOMMUNENE HAR OFTEST GITT ØKONOMISK KOMPENSASJON

Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse

av hjemmel i løpet av 2019? Fordeling på antall innbyggere i kommunen (n=229)



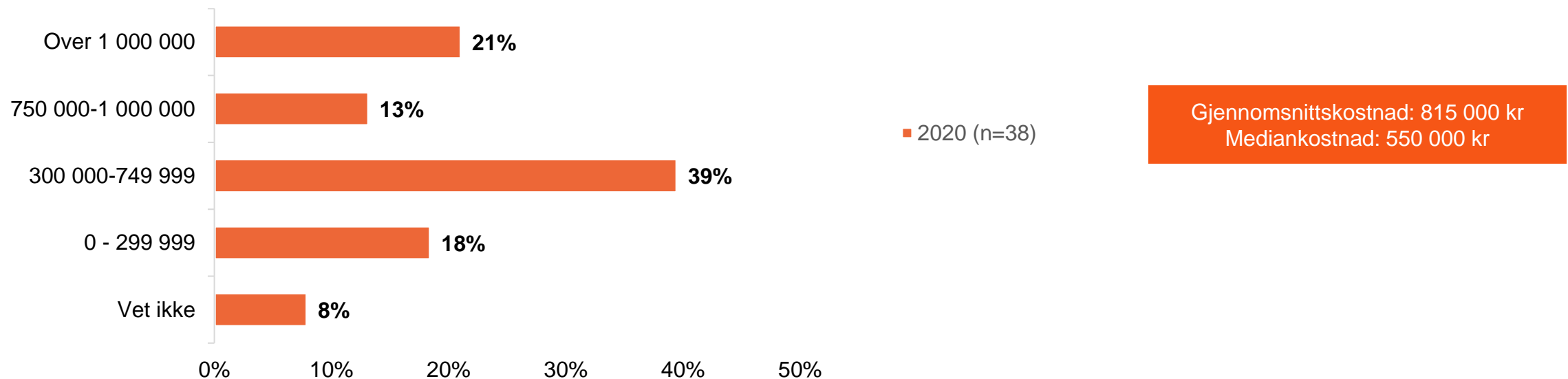
De mer sentrale og største kommunene målt i antall innbyggere har oftest gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av hjemmel i løpet av 2019.

Mens 2 % av kommunene med under 3000 innbyggere hadde gitt økonomisk kompensasjon til lege ved overdragelse av én hjemmel, var tilsvarende andel 17 % blant kommuner med 10 000 eller flere innbyggere. Også ved økonomisk kompensasjon til leger ved overdragelse av to eller flere hjemler ser vi tilsvarende forskjeller på tvers av innbyggerantall.

Videre vokser andelen kommuner som har gitt slik økonomisk kompensasjon til lege(r) med økende antall fastlegehjemler i kommunen. Mens 8 % av kommunene med under 10 fastlegehjemler pr. desember 2019 hadde gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av hjemmel i løpet av 2019, var tilsvarende andel 42 % blant kommuner med 50 eller flere fastlegehjemler pr. desember 2019.

VARIASJON I STØRRELSEN PÅ KOMMUNENES KOSTNADER

Kan du anslå kommunens kostnader for økonomisk kompensasjon til leger(r) ved overdragelse av hjemmel i 2019?



35 av 38 kommuner har anslått kommunens kostnader ved økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av hjemmel i 2019. 3 kommuner svarte «vet ikke».

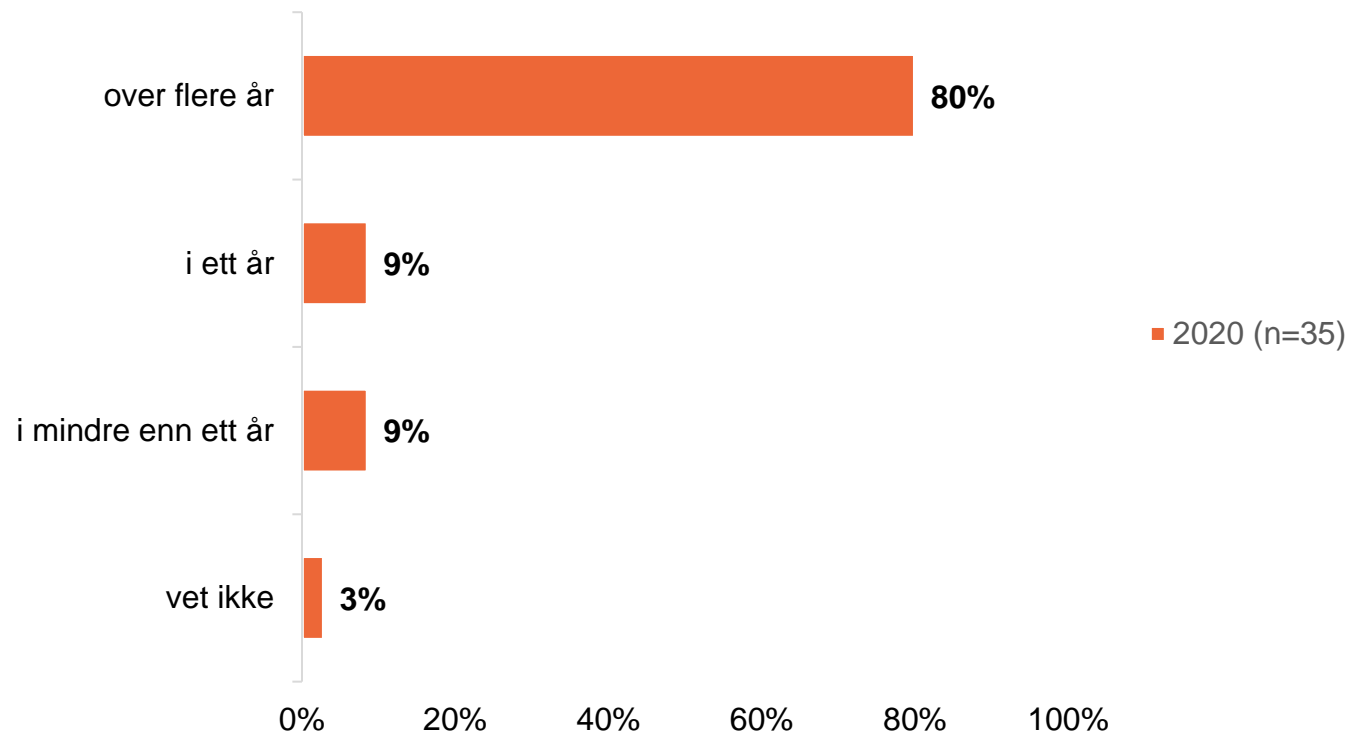
Kommunenes kostnadsanslag spenner fra 60 000 til 4 000 000 kr. Gjennomsnittskostnaden er 815 000 kr, mens mediankostnaden er 550 000 kr (avrundede tall). Gjennomsnittet trekkes opp fordi de høyeste oppgitte kostnadene er store. Enkelte svar med svært høye kostnader påvirker gjennomsnittet, men ikke medianen.

Ikke uventet øker kostnadene med antall hjemler kommunene har gitt økonomisk kompensasjon for: Gjennomsnittskostnaden for kommunene som har gitt økonomisk kompensasjon til lege ved overdragelse av én hjemmel i 2019 er 677 000 kr. For to hjemler er snittet 855 000 kr og for tre eller flere hjemler er snittet 1 150 000 kr.

TILTAKENDE OG FLERÅRIG SUBSIDIERING AV FASTLEGEORDNINGEN FOR DE FLESTE KOMMUNENE

Min kommune har hatt egenfinansiering/subsidiering av fastlegeordningen....

Kun stilt til de som oppgir at de egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen (n=35)



35 av de 38 kommunene (92 %) som i 2020-undersøkelsen oppga at de hadde gitt økonomisk kompensasjon til lege(r) ved overdragelse av én eller flere hjemler i løpet av 2019, subsidierte fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen).

Av de 35 kommunene som subsidierte fastlegeordningen, oppga 80 % at de hadde gjort dette over flere år. Videre oppga 91 % av de 35 kommunene at omfanget av subsidieringen hadde økt over tid. 6 % opplevde at den hadde forholdt seg stabil, mens ingen av kommunene oppga at subsidieringsomfanget hadde avtatt.

Vi finner ingen tydelige forskjeller for undergrupper. Dette henger trolig sammen med liten base (n=35) og store feilmarginer.

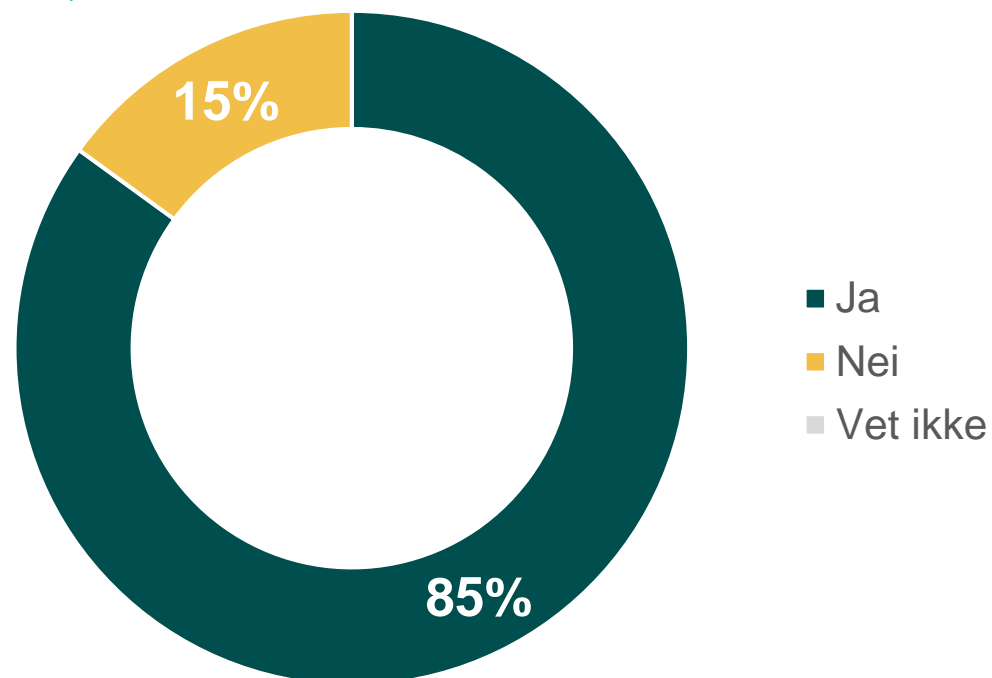
3.2

SUBSIDIERING AV FASTLEGEORDNINGEN

85 % AV KOMMUNENE SUBSIDIERER FASTLEGEORDNINGEN

Q1 Egenfinansierer/subsidierer din kommune fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen), dvs. utover basistilskuddet og eventuelle utjamningstilskudd? Dette kan for eksempel være fastlønnsdrift og/eller andre løsninger (subsidiering av husleiekostnader, inventar, utstyr, helsesekretærer eller annet).

Base: Alle (n=20)



Målgruppen for spørreundersøkelsen er leder med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i kommunene som i 2020-målingen¹ oppga at de hadde gitt økonomisk kompensasjon til leger ved overdragelse av hjemler i løpet av 2019 (n=38). Av disse 38 kommunene har 20 besvart denne oppfølgingsundersøkelsen.

85 % av kommunene som har besvart undersøkelsen, subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen).

Det er kun hos de mest sentrale kommunene (sentralitetsnivå 1-3) og største kommunene målt i antall innbyggere (10 000 eller flere) at vi finner enkelte kommuner som *ikke* subsidierer fastlegeordningen.

Blant kommunene med under 20 fastlegehjemler pr. desember 2019 oppgir alle at de subsidierer fastlegeordningen. Merk at det kun er 11 kommuner i undersøkelsen med under 20 fastlegehjemler, dvs. en liten base. Antall fastlegehjemler i kommunen henger sammen med antall innbyggere i kommunen.

BRUK AV FASTLØNN MEST UTBREDTE SUBSIDIERINGSLØSNING

Q2 Hvilke typer egenfinansiering/subsidieringsløsninger av fastlegeordningen har din kommune?

Flere svar mulig. Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen (n=17)



Blant kommunene som subsidierer fastlegeordningen benytter majoriteten seg av bruk av fastlønn, gunstige avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende eller bruk av vikarer og vikarbyrå.

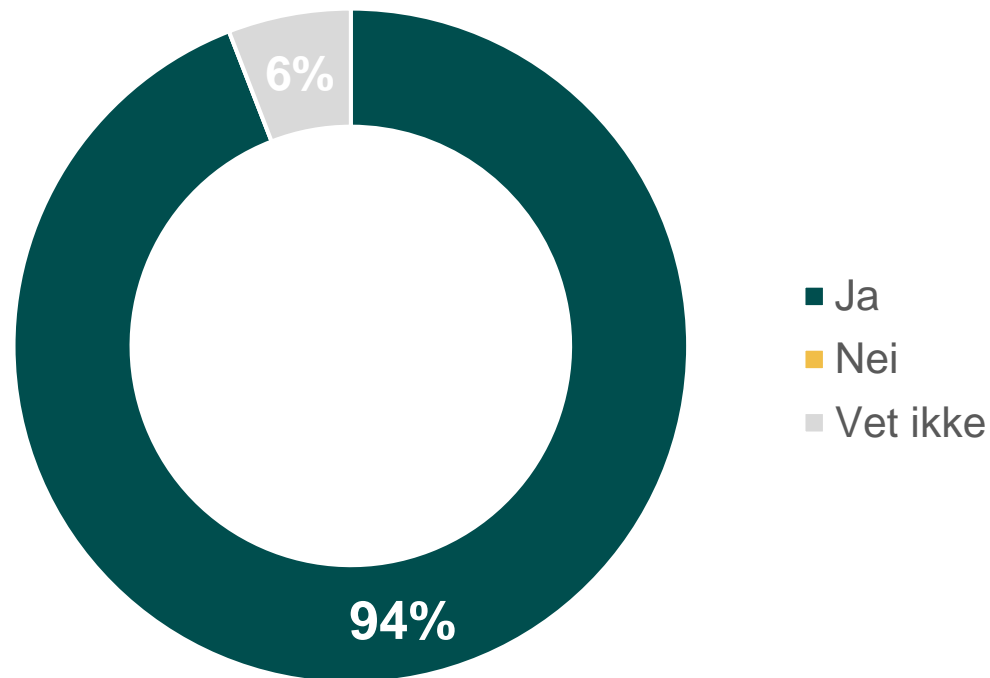
Bonusavtaler er en noe mindre utbredt type subsidiering. Ekstra lønn eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktjeneste eller ekstra fridager er lite brukt.

Det er en tendens til at avtaler om disposisjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell er mer utbredt blant kommuner på Østlandet sammenlignet med gjennomsnittet. Merk at det kun er 9 svar fra kommuner på Østlandet.

SUBSIDIERINGSORDNINGER GIR MERKOSTNADER FOR NÆR ALLE KOMMUNENE

Q3 Hadde din kommune merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2020? Dette vil være kostnader utover basistilskudd og ev. utjamningstilskudd.

Base: Egenfinansierer/subsidierer fastlegeordningen (n=17)



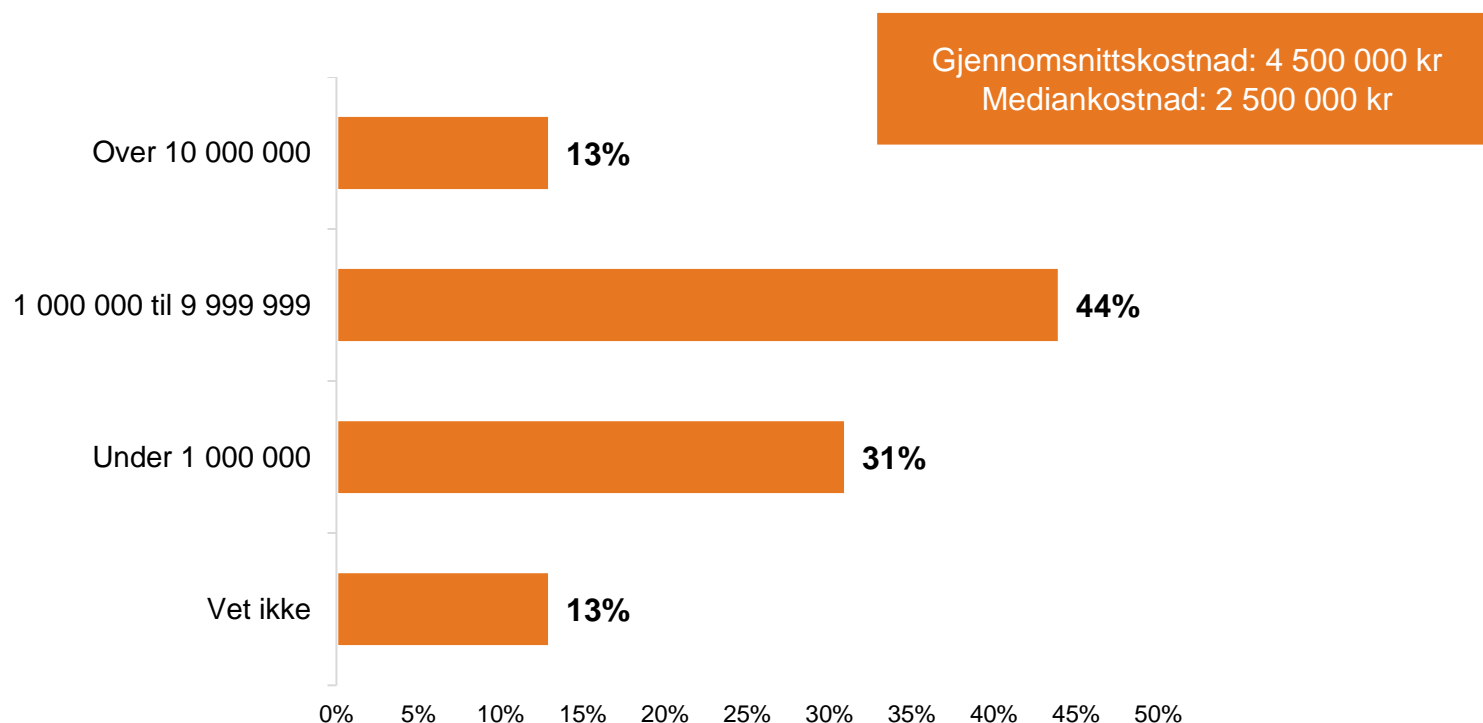
94 % av kommunene som subsidierte fastlegeordningen i 2020 hadde merkostnader forbundet med dette. Ingen kommuner har svart «nei» på spørsmålet, mens 6 % (én kommune) har svart «vet ikke».

Det er for få baser i undergruppene til at vi kan kommentere på eventuelle forskjeller i svar.

STORT SPENN I MERKOSTNADER VED SUBSIDIERING AV FASTLEGEORDNINGEN

Q4 Kan du anslå din kommunes merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2020 (i kroner)?

Base: Kommuner med merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger (n=16)



Det er et bredt spenn i kommunenes anslag for merkostnader knyttet til subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2020.

Kommunenes anslag strekker seg fra 200 000 til 21 500 000 kr. Gjennomsnittet er 4 500 000 kr og medianen 2 500 000 kr (avrundede tall). Høyt gjennomsnitt henger sammen med at de høyeste kostnadene er store. Enkelte svar med svært høye kostnader påvirker gjennomsnittet, men ikke medianen.

Kommentar til tallgrunnlaget:

Sett i kontekst med neste spørsmål (Q5), hvor vi i praksis spør om andelen av dette som er brukt til fastlønnsdrift, oppgir kommunen med det høyeste anslaget i Q4 (21 500 000 kr) en høyere sum for Q5 (24 500 000 kr). Det er vanskelig å vite om dette er en skrivefeil, eller intendert. Vi har derfor valgt å presentere summene som faktisk er oppgitt, siden det vil bli metodisk uriktig å justere på svarene etter hva vi tror er rett.

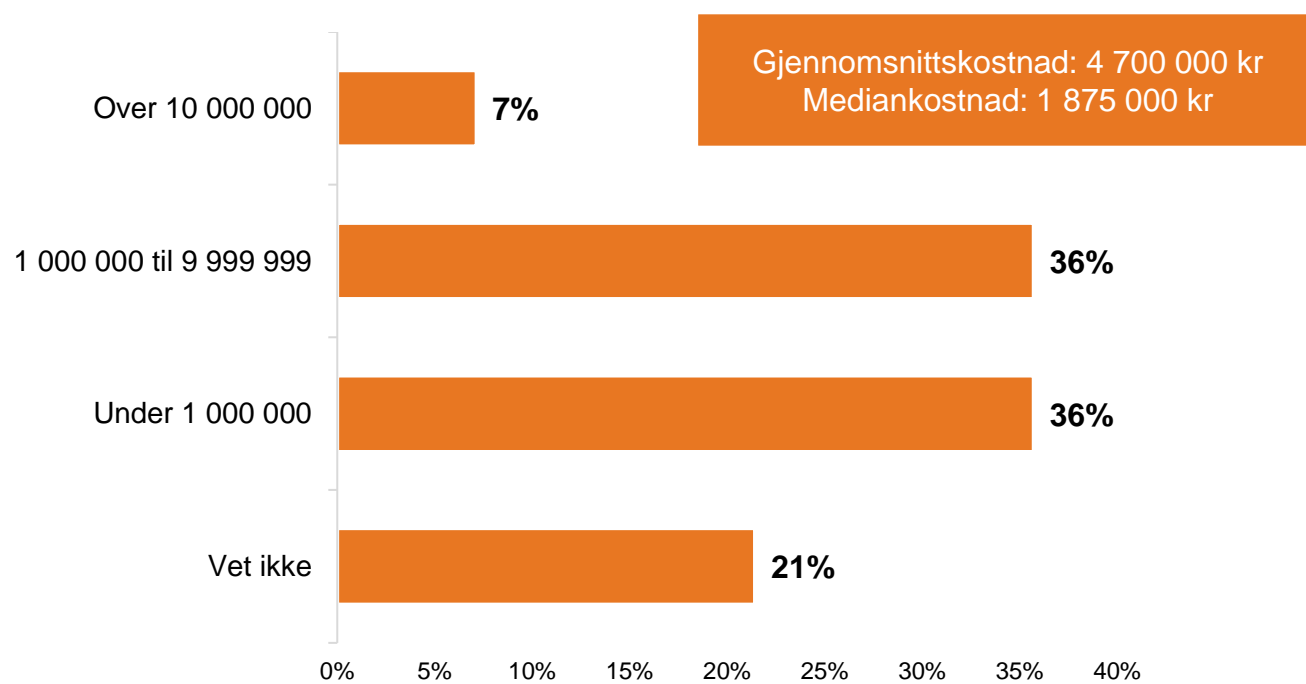
En verdi på 3 fjernet fra tallgrunnlaget.

STORE FORSKJELLER I KOMMUNENES MERKOSTNADER VED FASTLØNNSDRIFT

Q5 Av din kommunes merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2020, hvor store anslås merkostnadene ved fastlønnsdrift (i kroner)?

Hvis kostnader til lønn inkl. sosiale kostnader og drift av legekantor overstiger det kommunen sparer i tilbakeholdt basistilskudd og genererte inntekter fra refusjoner og egenandeler, vil fastlønnsdrift være en merkostnad.

Base: Kommuner som har anslått merkostnader knyttet til egenfinansiering/subsidieringsordninger i kroner (n=14)



Også her er det et vidt spenn i kommunenes merkostnader. Den laveste merkostnaden ved fastlønnsdrift knyttet til subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2020 er 400 000 kr og den høyeste 24 500 000 kr.

Et mindre delutvalg av kommunene fra Q4 har besvart dette spørsmålet. Gjennomsnittet er 4 700 000 kr og medianen 1 875 000 kr (avrundede tall). Vi legger merke til at gjennomsnittet i dette spørsmålet er høyere enn for Q4 (forrige bilde). I den sammenhengen er det relevant at én kommune har oppgitt høyere svar her enn på forrige spørsmål, se kommentar under.

Kommentar til tallgrunnlaget:

Forrige spørsmål (Q4) handlet om kommunenes merkostnader knyttet til subsidieringsordninger av fastlegeordningen i 2020. Høyeste oppgitte anslag var 21 500 000 kr. Dette spørsmålet (Q5) omhandler i praksis andelen fra forrige spørsmål som er brukt til fastlønnsdrift. Kommunen som oppga den høyeste andelen i Q4, oppga en høyere andel i Q5. Som nevnt i forrige bilde er det vanskelig å vite om dette er en skrivefeil, eller intendert. Vi har derfor valgt å presentere summene som faktisk er oppgitt, siden det vil bli metodisk uriktig å justere på svarene etter hva vi tror er rett.

3 verdier på 0 er fjernet fra tallgrunnlaget.

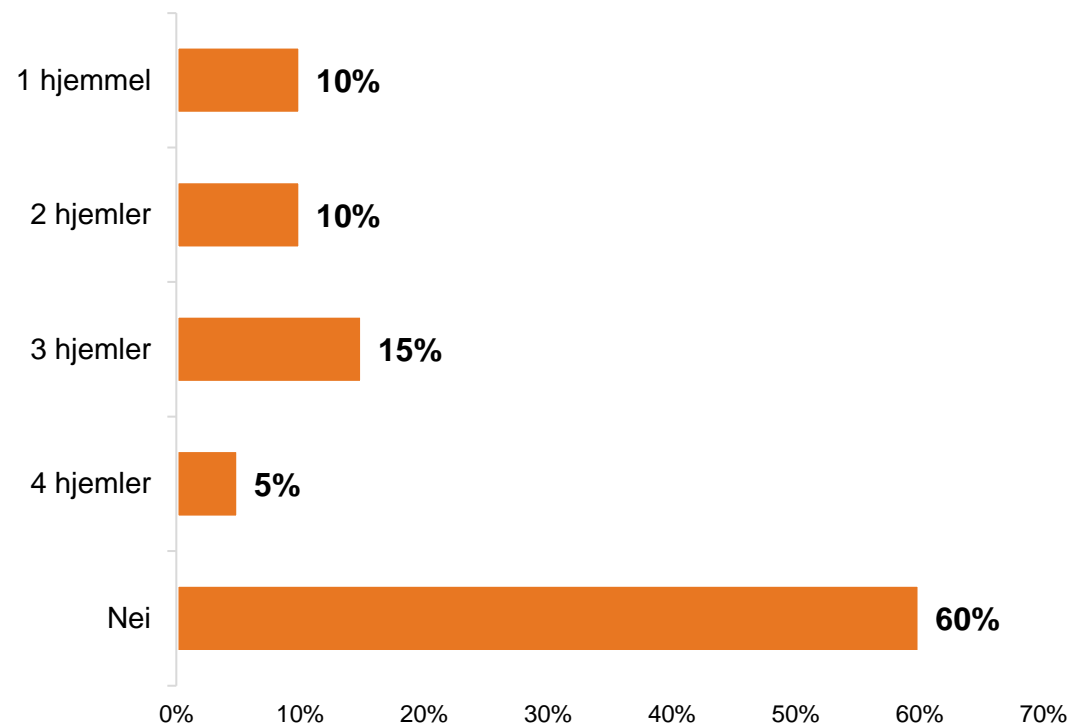
3.3

ERFARINGER OG VURDERINGER RUNDT INNLØSNING/OVERDRAGELSE AV FASTLEGEHJEMLER

KVANTITATIV INNSIKT

40 % AV KOMMUNENE HAR GITT ØKONOMISK KOMPENSASJON TIL FRATREDENDE LEGE VED INNLØSNING..

Q6 Har din kommune gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av 2020, eventuelt hvor mange?¹ Base: Alle (n=20)



40 % av kommunene hadde gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av 2020. Dette utgjør 8 kommuner i utvalget vårt.

Majoriteten (60 %) har svart «nei» på spørsmålet, dvs. de har ikke gitt slik kompensasjon i løpet av 2020.

Det vil med andre ord variere fra år til år om kommuner gir økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel. Utskiftning av leger kan ha foregått uten slik involvering fra kommunens side eller det kan være fravær av utskiftning av fastleger i kommunen.

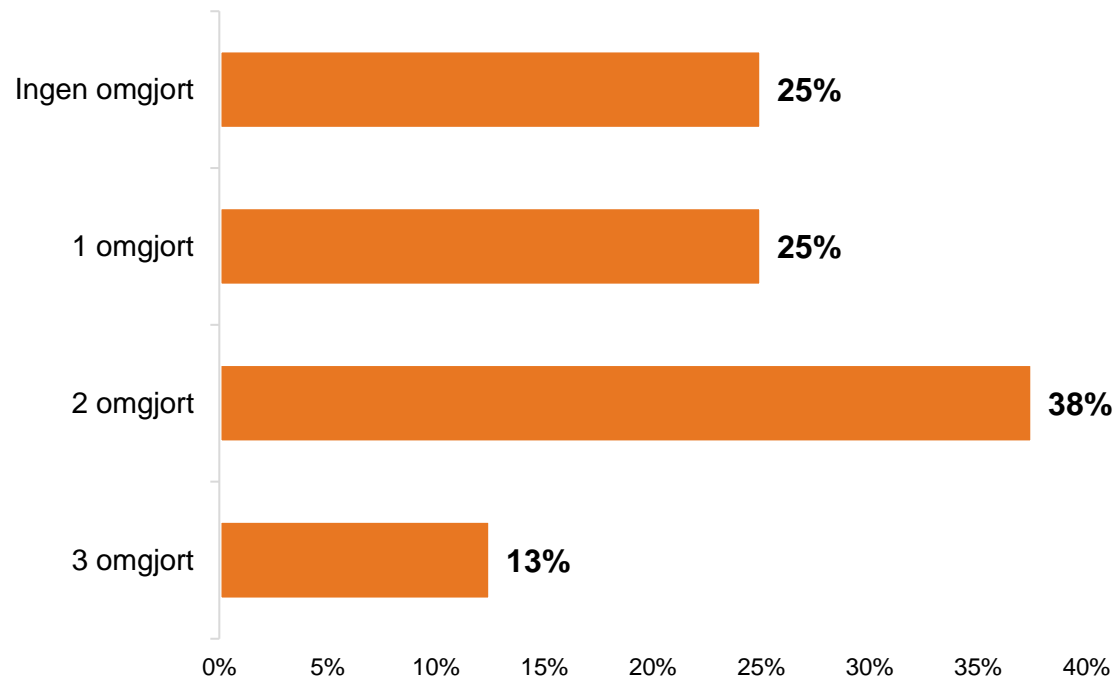
¹ Ingen kommuner har svart «vet ikke». Svaralternativet er ikke vist i figuren.

² Målgruppen for spørreundersøkelsen er leder med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i kommunene som i 2020-målingen* oppga at de hadde gitt økonomisk kompensasjon til leger ved overdragelse av hjemler i løpet av 2019 (n=38). Av disse 38 kommunene, har 20 besvart denne oppfølgingsundersøkelsen. *Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2020), [Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelse](#)

.. OG MAJORITETEN AV DISSE HAR OMGJORT HJEMLER TIL FASTLØNN

Q7 Du har oppgitt at din kommune har gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av 2020. Hvor mange av disse hjemlene er omgjort til fastlønn?¹

Base: Kommuner som har gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel (n=8)



Vi har sett at 40 % av kommunene hadde gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i løpet av 2020.

Av disse hadde 76 % omgjort én eller flere hjemler til fastlønn. Det er mest utbredt å ha omgjort 2 hjemler til fastlønn. Ingen av kommunene har omgjort flere enn 3 hjemler til fastlønn.

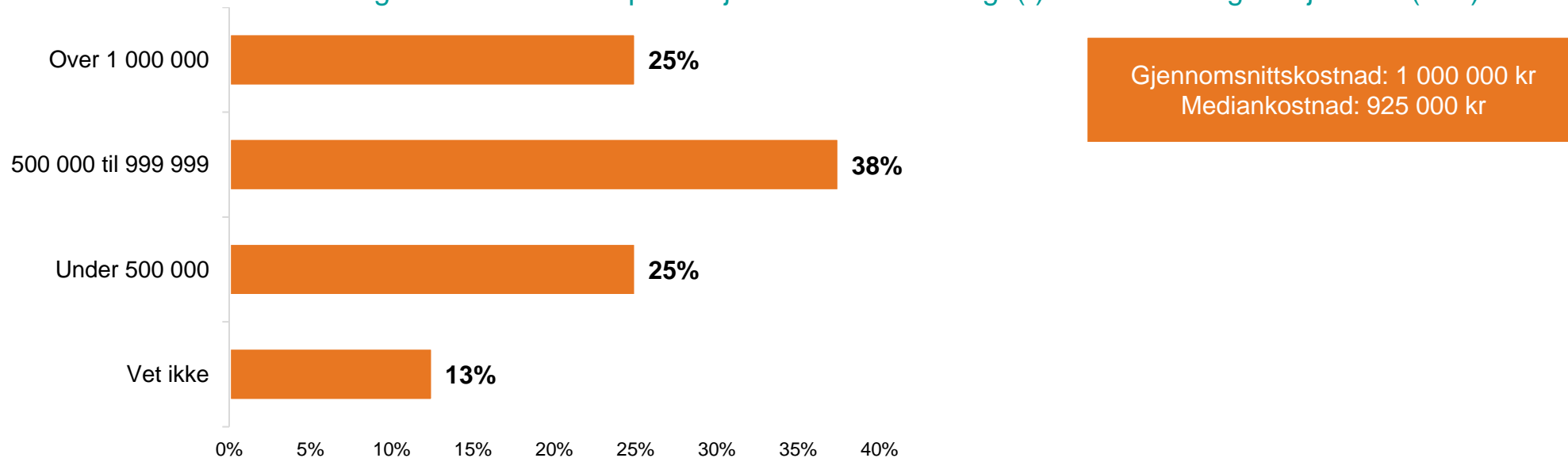
25 % har ikke omgjort noen hjemler til fastlønn. Det tilsvarer 2 kommuner i basen.

Merk at det totalt sett kun er svar fra 8 kommuner på dette spørsmålet, dvs. basen er liten.

SPENN I STØRRELSEN PÅ KOMMUNENES KOSTNADER

Q8 Kan du anslå din kommunes kostnader for økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i 2020?

Base: Kommuner som har gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel (n=8)



7 av 8 kommuner som har gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel i 2020 har anslått sine kostnader ved dette. 1 kommune svarte «vet ikke».

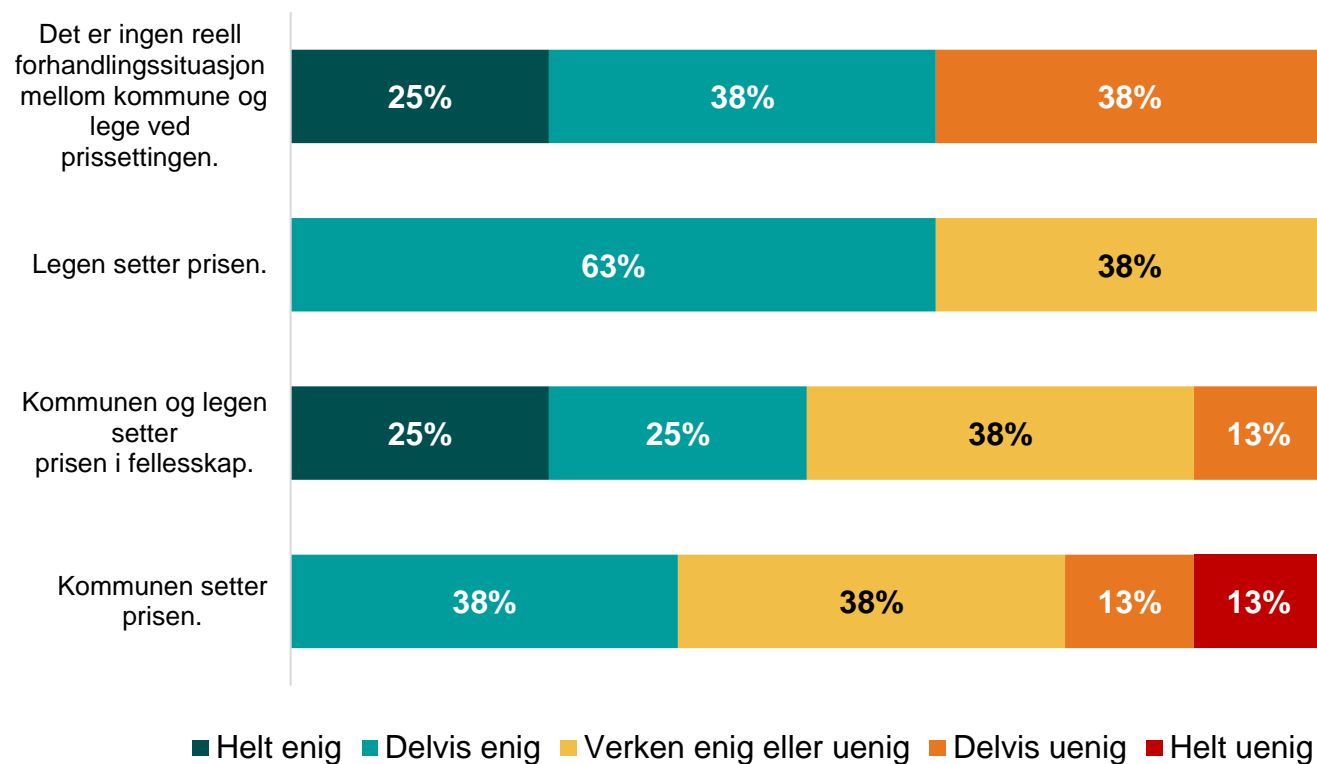
Kommunenes kostnadsanslag spenner fra 400 000 til 2 000 000 kr. Spennet er stort, men likevel mindre enn ved andre kostnadsspørsmål i denne spørreundersøkelsen og i undersøkelsen fra 2020. Gjennomsnittskostnaden er 1 000 000 kr, mens mediankostnaden er 925 000 kr (avrundede tall).

Sammenlignet med tilsvarende spørsmål fra 2020-målingen er både gjennomsnittskostnad og median høyere.

UTBREDT OPPLEVELSE BLANT KOMMUNENE AT LEGEN SETTER PRISEN

Q9 Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn om prissetting ved innløsning av hjemmel, altså kommunens kostnader?¹

Base: Kommuner som har gitt økonomisk kompensasjon til fratredende lege(r) ved innløsning av hjemmel (n=8)



En større andel kommuner er *enig* (50 %) enn *uenig* (13 %) i at kommunen og legen setter prisen i fellesskap. Samtidig er over 6 av 10 kommuner *enig* i at «legen setter prisen», mens ingen sier seg *uenig* i dette. Parallelt er nesten 4 av 10 kommuner *enig* i at kommunen setter prisen, mens 1 av 4 er *uenig*. Ingen kommuner er *uenig* i påstanden «det er ingen reell forhandlings situasjon mellom kommune og lege ved prissettingen».

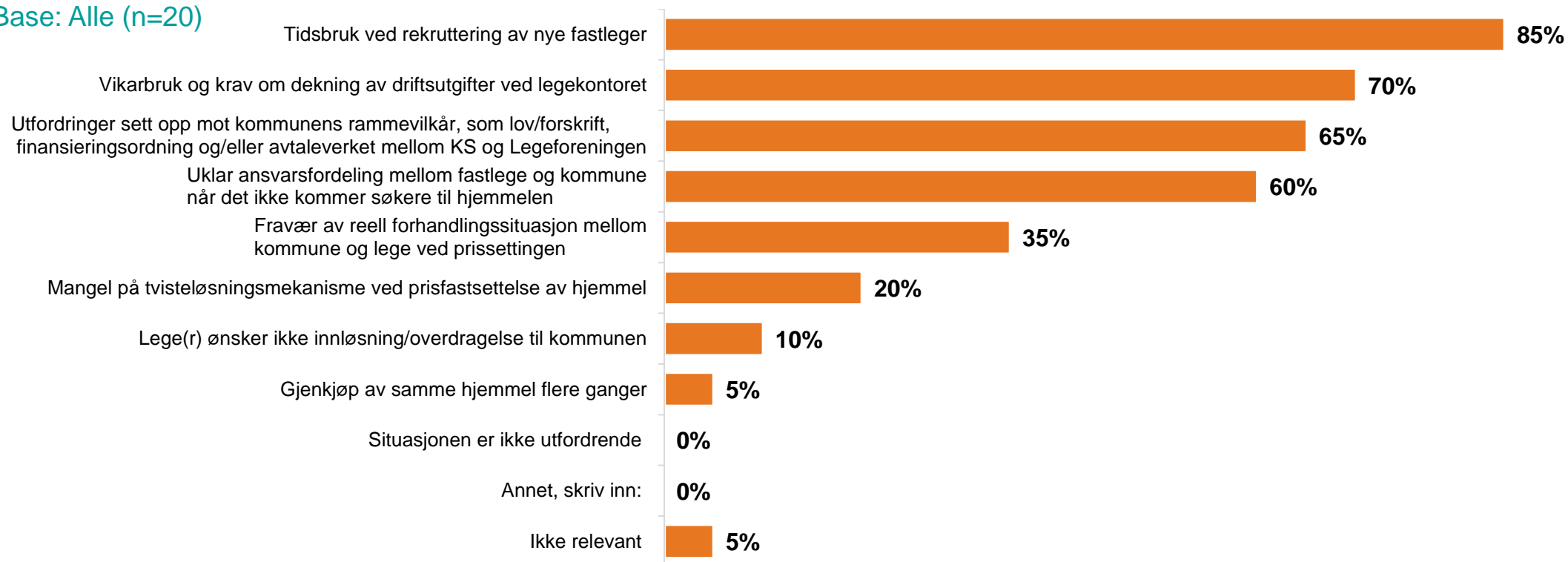
Det er med andre ord en mer utbredt opplevelse blant kommunene at legen setter prisen enn at de to partene forhandler eller at kommunen setter prisen.

Merk at det totalt sett kun er svar fra 8 kommuner på disse påstandene.

TIDSBRUK VED REKRUTTERING AV NYE FASTLEGER ER HYPPIGSTE UTFORDRING VED DAGENS SITUASJON

Q10 Hva opplever du som utfordrende med dagens situasjon ved innløsning/overdragelse av fastlegehjemmel i din kommune? Flere svar mulig

Base: Alle (n=20)



Tidsbruk ved rekruttering av nye fastleger, vikarbruk og krav om dekning av driftsutgifter ved legekantoret, utfordringer sett opp mot kommunens rammevilkår og uklar ansvarsfordeling mellom fastlege og kommune når det ikke kommer søkere til hjemmelen er kommunenes hyppigst opplevde utfordringer med dagens situasjon ved innløsning/overdragelse av fastlegehjemmel i egen kommune. Gjenkjøp av samme hjemmel flere ganger og at lege(r) ikke ønsker innløsning/overdragelse til kommunen er mindre utbredte utfordringer.

Q11 Hva opplever du fungerer godt med dagens situasjon ved innløsning/overdragelse i din kommune?

Base: Alle (n=20)

50 % har skrevet inn kommentar i fritekst, 25 % har svart «Ingenting fungerer godt» og 25 % har svart «Jeg har ikke innspill / ikke relevant»



Kommunen har tatt over legehjemler for 2020, og dette har fungert og fungerer godt.

Nemnda sin funksjon.

Tvist ble løst ved nemndsbehandling.

Vi kommer ofte til enighet om sum for overtagelse. Kommune får en råderett over hjemmelen og hvem som ansettes.

Vi bruker nemnd på alle kjøp av lister. Kommunen synes fremdeles det er for dyrt, men vi slipper negative diskusjoner/ forhandlinger med legegruppen

God samhandling med fastlegene, men et stort sprik i forhold til forventinger mellom fastlegene og kommunen.

Stort sett blir avtroppende fastlege enig med påtroppende hjemmelsinnhaver om pris.

Egentlig ikke så mye. Vi har en god dialog med noen av legene som slutter, andre er dialogen ikke god med. Kan oppfattes som det forventes at kommunen skal/bør gjøre mer enn det vi pr. nå har mulighet til å gjøre.

Stort sett blir legene enige - vi har slitt med å rekruttere i en stilling.

Vi lyser ut stillinger, men ingen søkere til næringsdrift. Vi lyser ut med mulighet for fastlønn. Det er egentlig ingen søkere, men vi får tips og kontakter leger og har klart å rekruttere 3 på fastlønn med bonusordning. Legene som "selger" praksis innser etter 3 utlysning at de må være fornøyd om de får en liten sum for goodwill. Legesentrene har så langt vært snille og kjøpt ut utsyr, men nå har vi legesenter hvor vi har flere kommunalt ansatte enn leger med næringsdrift så vi kan ikke forvente at de private vil kjøpe ut mer utstyr. Vi jobber med å se på hvordan vi evt. kan etablere et kommunalt driftet legesenter.

Q12 Har du andre innspill til oss om innløsning/overdragelse av fastlegehjemler i din kommune? (1 av 2)

Base: Alle (n=20)

70 % har skrevet inn kommentar i fritekst



Det er midler vi ikke har i budsjett. Vi må ta utgiftene på driftsbudsjettet, da «goodwillen» ikke regnes som en investering. Det er også vanskelig å planlegge.

Har ikke vært aktuelt før nå, men nå står vi ovenfor en situasjon med 4 ledige hjemler, og vi ser for oss at vi trolig må tilby fastlønn til noen leger for å klare å rekruttere med påfølgende innløsning av hjemmel.

Fastlegen har kommet med innspill til kommunen om innløsning når det ikke er noen søkere på fastlegehjemmelen. Vi har prioritert de som vi ønsker konvertert til fastlønn.

Det er daglige krav knyttet til hjemmel, sykefraværdekning, ønske om høyere betaling til fastlege, krav om kjøp av hjemmel og liknende.

Jeg ønsker en ordning der avtroppende lege har mer ansvar for å prøve å få ny lege inn i oppsigelsesperioden (6 mndr). Nå legges det opp til at det er kommunens ansvar fra dag en etter oppsigelse. Tilskudd til fastleger som har kjøpt seg inn i en liste på et tidspunkt hvor lister var mer verdt enn i dag kan også være et tiltak som kan gjøre det enklere å rekruttere nye leger inn. Tapet for legen som selger sin liste blir mindre.

Det kan være noe uklarheter eller forventninger til hvor mye kommunen skal betale for en innløsning. Tilskudd til overtagelse av hjemler er svært viktig.

Systemet med praksisoverdragelse fører til ekstra utgifter for kommunen til tross for at det i utgangspunktet ikke er et kommunalt anliggende. Ved rekrutteringssvikt påfører dette kommunen ekstra utgifter.

Q12 Har du andre innspill til oss om innløsning/overdragelse av fastlegehjemler i din kommune? (2 av 2)



Spesielt i byer er der forventninger om at listen har en verdi, og at kommunen må kjøpe den ut dersom det blir nødvendig. Kommunen burde få dekket dette fra sentralt hold.

Hadde ønsket et klarer regelverk på handlingsrommet til kommunen i slike saker.

Sentrale føringer og avtaler må på plass.

Pris på praksis bør avtalereguleres, f.eks. som %-andel gjennomsnittlig omsetning siste 3 år. Slik det er nå blir avstanden fra prisforlangende fra fratredende lege til påtroppende lege altfor stor. Og unge leger har absolutt ingen tillit til nemnda til Legeforeningen når det gjelder prisfastsetting.

Det føles ikke riktig at kommunen skal betale for innløsning/overdragelse av fastlegehjemmel, når markedet viser at verdien egentlig er tapt. Markedet har jo styrt prisen tidligere, men rekrutteringssituasjonen nå er en helt annen. Ingen har lyst å kjøpe seg inn i en hjemmel. Skulle ønske at det var en nasjonalt fastsatt pris som avtroppende lege måtte forplikte seg til å selge hjemmelen for, dersom prisen er til hinder for å rekruttere nye leger

Det bør komme en ny måte å organisere hjemlene på slik at vi kan få inn leger i stillingene.

Et alternativ kan være å gå tilbake til slik det var før fastlegeordningen - fastsatt % sats av snitt siste 3 års omsetning

Avsluttende kommentarer til undersøkelsen

Base: Alle (n=20)

25 % har skrevet inn kommentar i fritekst



Det er en stor utfordring å administrere fastlegeordningen. Spesielt utfordrende er det med rekruttering, og at det er fastlegene som langt på vei bestemmer salgsprisen, og det er kommune som er pliktig å skaffe nye leger/vikarer. Det er også utfordrende å skaffe vikarer.

En utfordring jeg ser pr i dag er at unge leger frykter å gå inn i/kjøre seg inn i en hjemmel. Mange unge søkere trekker seg i forhandlingssituasjonen. Kan muligens være kjønnsforskjeller her.

Vi jobber nå med å etablere et kommunalt driftet legesenter. De unge legene vil ikke være arbeidsgiver og drive et selskap. De vil jobbe som leger - ikke lage HMS planer, følge opp ansatte, rekruttere, forhandle IKT avtaler, rengjøringsavtaler mv. Nå er det slik i vår kommune at dette med "senterledelse" faller på voksne legene som er private. De er kjempeslitne. De ønsker jo også først og fremst å være leger. Legene er ulike, noen ønsker å jobbe mye, andre har familie og ønsker en trygg inntekt. Det er ikke mulig å se for seg at næringsdrift skal være bærebjelken i legetjenesten fremover uten at inntektsgrunlaget øker. Jeg tror at både for de som evt. vil jobbe selvstendig (tror de fleste ønsker 8.2 avtale med kommunen) og for de med fastlønn så vil det beste være at per capita øker. Det er en forutsigbar "inntekt" for kommunen som vi kan planlegge drift av støttetjenester rundt. Det haster også med å få på plass mulighet for at sykepleiere kan sende refusjonskrav til Helfo for oppgaver de utfører.

Avtaleverket knyttet til fastlegeordningen burde sies opp. Og lages på nytt. Det gamle avtaleverket med rammeavtale, fastlegeforskrift med sovende paragrafer og uklarerheter gir bare rom for konflikt. Kommunens manglende mulighet til innsyn er merkelig når vi står ansvarlig for kvalitet i fastlegetjenesten.

Hovedutfordringen er å rekruttere fastleger - svært mange ønsker fastlønn og vil ikke investere i kjøp av praksis, kommunen har gitt tilskudd til investering til 3 leger som engangsstøtte i 2019/20 i tillegg til å innløse en praksis gjort om til fastlønn.

KVALITATIV INNSIKT



BEHOVSENDRINGER HOS FASTLEGENE ER EN «GAME CHANGER»

Funn fra de kvalitative intervjuene viser at **fastlegene** har **andre forventninger og krav til egen jobbsituasjon** enn tidligere. Dette ser ut til å være særlig sant for yngre leger i etableringsfasen.

Ønsket og behovet er gjerne å være **fast ansatt i kommunen med følgende fordeler:**

- En **fast og sikker inntekt.**
- **Feriepenger og en god pensjonsordning.**
- Å kunne **gå hjem fra jobb** rundt kl. 16/17.
- Å være hjemme med **syke barn** uten å tape inntekt.
- Å selv kunne være hjemme om de er **syke uten å tape inntekt.**
- De ønsker ikke å starte karrieren som fastlege med å sette seg i **gjeld** for å kjøpe ut en fastlegehjemmel.
- De ønsker ikke å ha personalansvar for helsesekretærer e.l.

Sykehusene ser derimot ut til å levere på legenes behov og ønsker:

- Sykehuslegene kan **gå hjem** etter endt økt og andre leger vil fortsette arbeidet.
- Leger ansatt på sykehusene unngår **ubetalt papirarbeid.**



Det er særlig unge leger som ønsker andre ansettelsesformer enn hovedregel som er full næringsdrift for fastlegetjenesten i Norge. Så det er på en måte et marked som har kollapset.



FASTLEGEORDNINGEN OPPLEVES SOM EN «GORDISK KNUTE»

Fastlegeordningen som et **publikumstilbud** oppfattes som positivt i det kvalitative studiet. Derimot opplever kommunene at de nå befinner seg på et **kritisk punkt** når det gjelder å kunne tilby innbyggerne et godt **fastlegetilbud**.

Kommunene oppgir at de er ansvarlige om det ikke kommer søknader til legehjemmelen. Dagens situasjon fører således med seg mye ekstraarbeid for å løse kommunens lovpålagte oppgaver knyttet til å tilby befolkningen et godt fastlegetilbud.

- Selv med mye nedlagte **ressurser** i forbindelse med rekruttering av fastleger, gir det **lite resultater**. Dette er også tilfellet i de største byene som normalt ikke har hatt utfordringer med tilfanget av fastleger.
 - Tiltak som vikarer, driftstilskudd, flere legehjemler eller nedsettelse av lister (færre pasienter på listene) løser ikke **hovedproblemet** ved **ønsket arbeidsmodell** for fastlegene.
- Likevel ser denne typen tiltak ut til å føre til en **konkurransesituasjon** kommunene i mellom.
 - Interesserte fastleger kan «**shoppe**» **tilbud** rundt hos kommunene.
 - Kommuner i samme region har sett seg nødt til å **samkjøre nivå på betingelser** for å bremse den uheldige utviklingen.
- **Handlingsrommet** til å kunne organisere fastlegetjenesten slik at kommunens pålagte ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven oppfylles, oppleves å være **tilstrekkelig romslig**. **Hovedutfordringen** slik situasjonen har utviklet seg er **utilstrekkelige økonomiske ressurser** og **uklare retningslinjer for en helt ny situasjon**.



Det finnes ikke noe avtaleverk for sånn som vi holder på nå. Jeg synes vi holder på å lage avtaler i egne kommuner.

Lovverket er heller ikke tilpasset dagens situasjon.

UHELDIG UTVIKLING FOR KOMMUNEØKONOMIEN



De økonomiske konsekvensene knyttet til utfordringene med å rekruttere fastleger fører til at **andre budsjettposter må kuttes** f.eks. sykehjemsbudsjettene.

- Det pekes på at det **må betraktelig større statlige overførsl**er til slik at konsekvensene for kommuneøkonomien blir mindre.
- Dette gjelder særlig i de tilfellene hvor kommunene ser seg nødt til å **innløse/overdra/kjøpe ut fastlegehjemler** og tilby **gjenkjøpsavtaler**.
 - **Prisen på fastlegehjemler** ser tidligere ut til å ha blitt fastsatt legene imellom basert på hjemmelens **verdi/inntjeningsmuligheter**:
 - Antall **pasienter/listegrunnlag**
 - Legekantorets **attraktivitet** som beliggenhet, fasiliteter osv.
- Blant de kommunene som har innløst/overdratt/kjøpt fastlegehjemler har disse faktorene blitt tatt i betraktning samtidig som **dagens «konkurransesituasjon» har blitt vurdert**.
- **Prisene** på fastlegehjemlene har av den grunn i flere tilfeller **blitt lavere** enn hjemmelshaver selv ga for hjemmelen i sin tid ettersom det mangler kjøpere blant fastlegene. Oppgitt pris på legehjemlene varierer fra 250 000 kr til rundt 700 000 kr, basert på hva kommunene mener er riktig pris ut fra dagens situasjon, hvilke budsjetter som er tilgjengelig og hva legene selv betalte for hjemmelen ved overdragelse.
- Studien viser at en **uavhengig part** i diskusjoner rundt prisfastsettelse i liten grad er interessant for kommunene. Det fremstår som **lite ønskelig med forhandlingssituasjoner** siden det er andre mekanismer som gjør seg gjeldende for kommunene enn ved kjøp og salg av hjemler leger imellom. En nemnd tilsvarende det Legeforeningen benytter seg av i disse situasjonene oppleves ikke som relevant for kommunene av den grunn. En uavhengig part vil heller ikke løse **hovedproblemet** med **manglende søkere**. Utfordringer rundt prisfastsettelse er underordnet denne problemstillingen.



Vi har laget en avtale som var oppe i kommunestyret her for 1 ½ år siden cirka, der vi har gått inn og sagt at ‘Hvis du ikke får solgt hjemmelen din innen tre utlysninger så tilbyr vi å kjøpe den av deg for 700 000’. Litt sånn fingeren i været. Vi vet jo det at før fikk de en million, kanskje 1,1.

UKLARE FØRINGER OG MANGLENDE FINANSIERING SKAPER BARRIERER

Blant kommunene som **ikke** har innløst/overdratt/kjøpt fastlegehjemler, kan følgende utgjøre barrierer for å gå til dette steget:

- Det er **uklart** hvordan man skal gå frem, retningslinjer fra KS / sentralt savnes.
- Kostnadene blir for høye. Dette er særlig sant for noen av **de største kommunene** i studien, som trekker frem at **kostnadene** ved å innløse/overdra/kjøpe ut fastlegehjemler **blir for høye** ettersom det dreier seg om stadig flere hjemler.

Kommunene støtter seg gjerne på andre kommuner som allerede har innløst/overdratt/kjøpt hjemler.



«Finansieringsprinsippet som ligger mellom stat og kommune er at kommunene ikke skal ha merutgifter på grunn av fastlegeordningen.

Men sånn som det nå har utviklet seg så er det veldig mange kommuner som har vesentlige merutgifter som de da må finansiere innenfor sine egne rammer.

Det betyr i praksis at man må ta ned andre tjenester for å subsidiere fastlegetjenesten utover det finansieringsmodellen legger opp til.»



MYE RESSURSBRUK RUNDT REKRUTTERING AV FASTLEGER

Kommunene i studien bruker **mye ressurser** i rekrutteringen av fastleger til ledige hjemler, men også for å finne vikarer.

Vikarer må benyttes i påvente av å finne en fastlege til ledige hjemler.

- For flere oppleves det som **resultatløst** å **annonsere** ledige hjemler på vanlige måte.
- Kommunene opplever at de må jobbe mer som **rekrutteringsbyråer** med en bredde av tilnærminger med «**headhunting**» og **oppsøkende virksomhet** med mulige kandidater som stadig mer aktuelle innfallsvinkler.
- Ettersom det gjelder en **økende grad av hjemler**, også i de største kommunene, fører dette til en **proporsjonal økning i tidsbruk**. Fra at det tidligere kunne være behov for å rekruttere til 2-3 hjemler i året, opplyser blant annet en kommune at det **i 2020 måtte rekrutteres til 16 hjemler**. Kommunene beskriver det som en **begynnende krise**.
- Parallelt med pågående prosess med å rekruttere fastleger til hjemlene, må vikarer benyttes slik at **tidsbruken økes ytterligere**.
- **Bruken av vikarer** i fastlegehjemlene er **ikke avtaleregulert** ifølge respondentene. Dette fører til at **for hver vikar så må betingelser forhandles individuelt** enten med vikaren direkte eller med vikarbyrået.
- **Kvaliteten og egnetheten** på **vikarene** oppleves videre som varierende, noe som fører til langvarige innledende prosesser og tidvis høy «**turnover**» av **vikarer**. Dette bidrar videre til mye ressursbruk og beskrives som en **meget stor utfordring med legetjenesten**.

SITAT FRA KVALITATIVT STUDIE

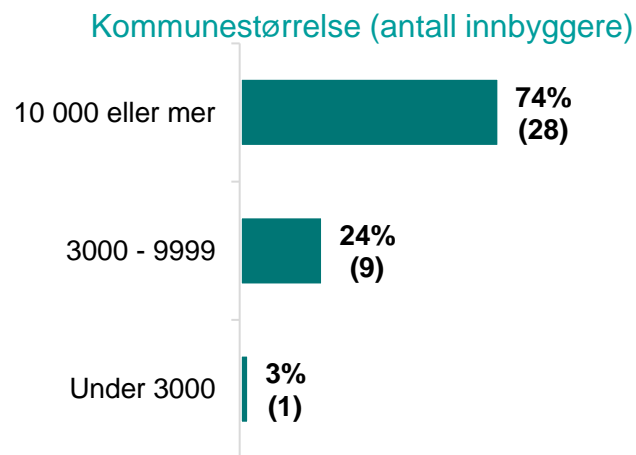
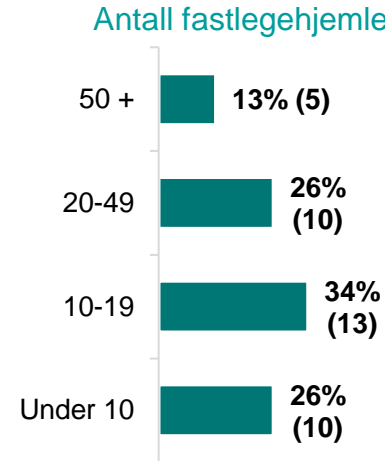
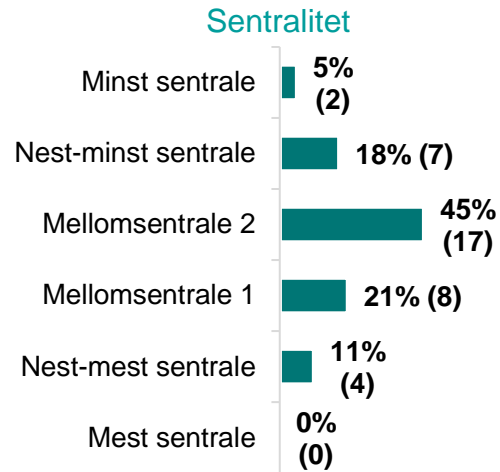
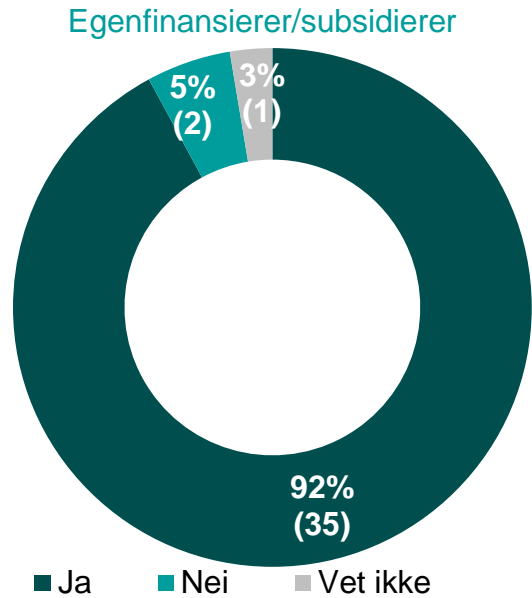


Så én ting er å få ansatt noen i fast hjemmel, og en annen er å sørge for at en holder seg flytende frem til det. Så det er et uføre.

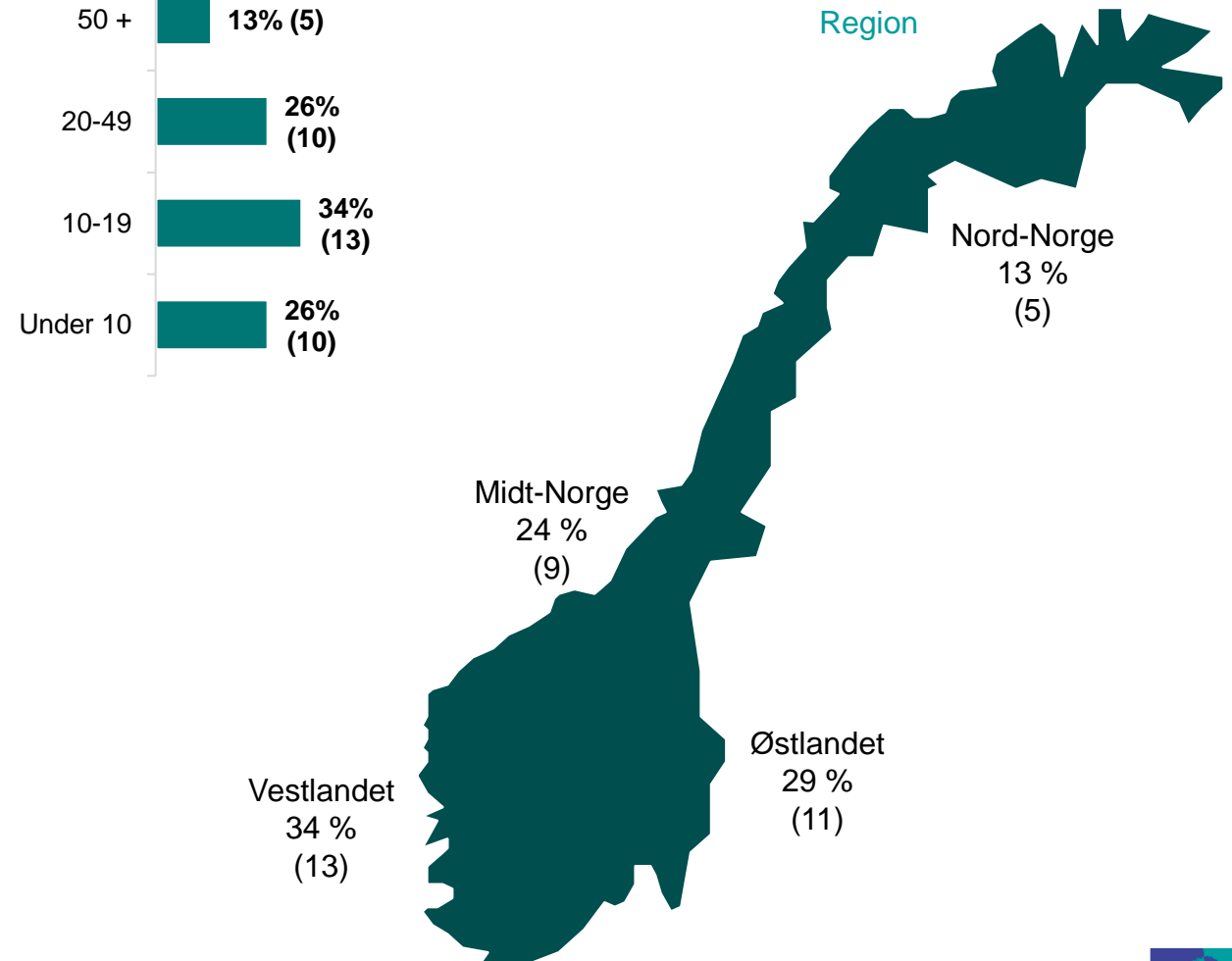
4

OM UTVALGENE

OM UTVALGET I DEN DESKRIPTIVE ANALYSEN (METODE 1)

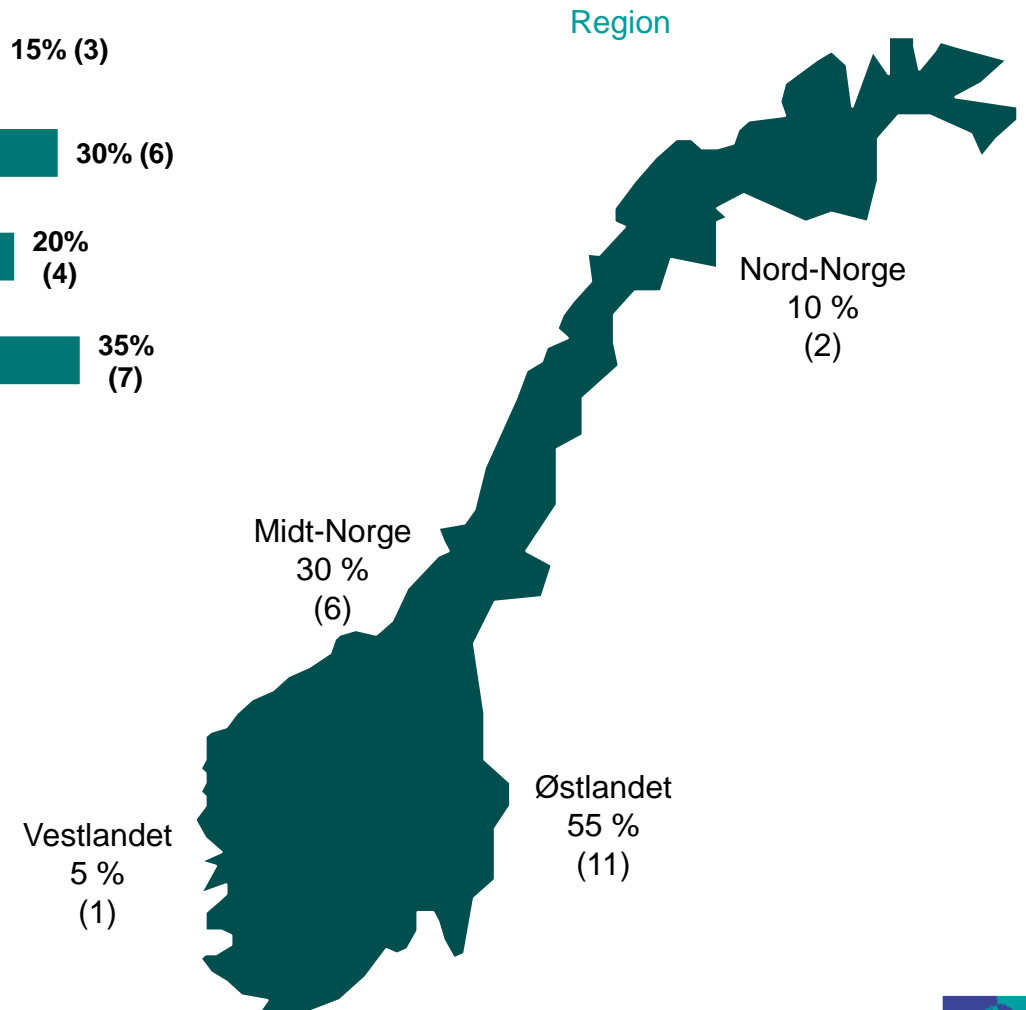
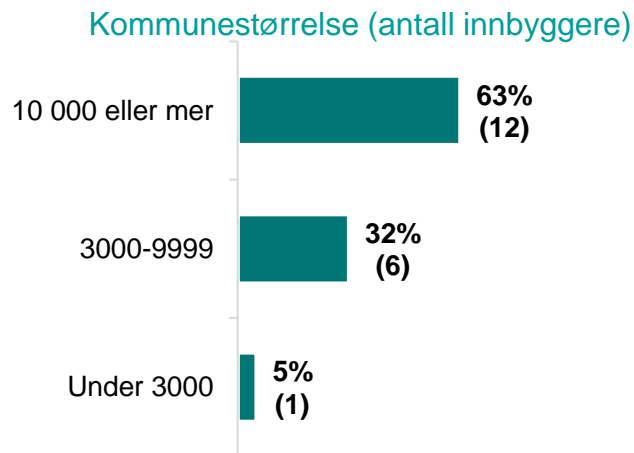
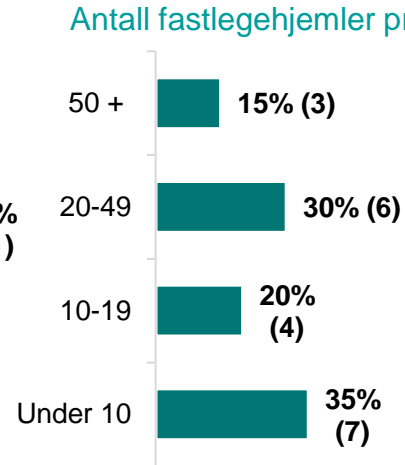
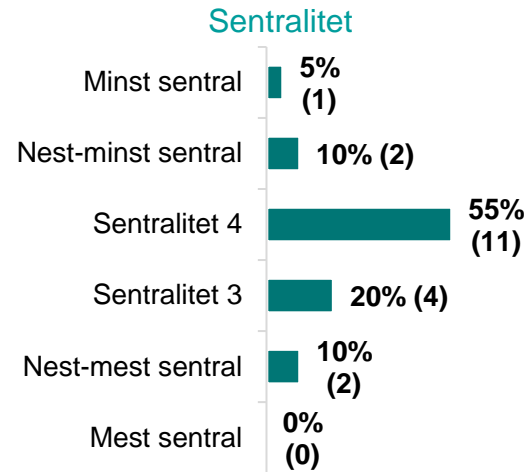
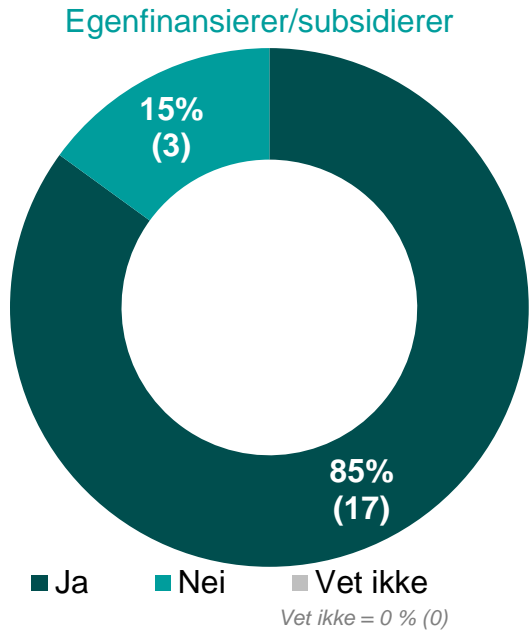


Base: Alle. n=38 / 100 %
Absolutte tall i parentes



¹ I rapporten viser antall fastlegehjemler i kommunen gjennomgående til statistikk pr. desember 2019.

OM UTVALGET I DEN DESKRIPTIVE ANALYSEN (METODE 2)



Base: Alle. n=20 / 100 %
Absolutte tall i parentes

OM UTVALGET I DYBDEINTERVJUENE (METODE 3)

Det er gjennomført ti dybdeintervju med til sammen elleve respondenter i prosjektet. Ett intervju ble gjennomført som et parvis intervju i en av kommunene (duo-intervju). Intervjuobjektene er alle ledere med økonomisk ansvar for fastlegeordningen i kommunene.

Alle intervjuene har blitt gjennomført online på MS Teams. Hvert intervju har vart mellom 30 og 60 minutter.

Tabell. Antall dybdeintervju, innløst fastlegehjemmel, region og kommunestørrelse etter antall innbyggere.

Dybdeintervju (n=11)	Innløst fastlegehjemmel	Region	Kommunestørrelse etter antall innbyggere ¹
1	Ja	Nord-Norge	Stor
2	Ja	Midt-Norge	Middels
3	Ja	Midt-Norge	Liten
4	Ja	Midt-Norge	Stor
5	Ja	Vestlandet	Liten
6	Ja	Vestlandet	Liten
7	Nei	Vestlandet	Stor
8	Nei	Østlandet	Stor
9	Nei	Østlandet	Stor
10	Nei	Vestlandet	Stor

¹ Liten = under 3000, middels = 3000-9999 og stor = 10 000 eller flere innbyggere i kommunen

5

KONTAKT

LENE RATHE

Seniorkonsulent

✉ Lene.Rathe@ipsos.com

📞 +47 984 13 785

SYNNE FONKALSRUD

Seniorkonsulent

✉ Synne.Fonkalsrud@ipsos.com

📞 +47 957 00 128

DANIEL R. HERNES

Konsulent

✉ Daniel.Hernes@ipsos.com

📞 +47 920 61 281