
Kunnskap om vikarbruk i fastlegetjenesten

KRONIKK

ANETTE FOSSE

anette.fosse@uit.no

Anette Fosse er ph.d., spesialist i allmennmedisin, forsker og leder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BIRGIT ABELSEN

Birgit Abelsen er professor og forskningsleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Vikarbruken i fastlegetjenesten skyter i været. Utviklingen åpner for markedsmekanismer som gir vikarer og vikarbyråer stort spillerom, mens kommunene punger ut og ofte må ta det de får.

For unge leger kan dagens mange vikarlegejobber være både en økonomisk lukrativ og lærerik affære. Men hva slags vikarordninger kan gi kvalitet og bærekraft? Det vet vi for lite om.

Vi har nylig publisert en studie om økningen i vikarbruk, og vi fant at denne er størst i distriktkommuner (1). Her er også gjennomsnittslengden på vikariatene kortere. Vi vil anta at de fleste vikarer er dyktige og samvittighetsfulle, men det er dessverre ikke vanskelig å finne pasienter, helsepersonell og helseledere med dårlige vikarerfaringer. Hvordan kan det legges til rette for at vikarer skal fungere bra, og hvordan kan vi sikre at vikarene er kvalifiserte og interesserte?

Hvorfor trenger vi fastlegevikarer?

Helsetjenesten vil alltid ha behov for vikarer. Rekrutteringsutfordringer og ubesatte stillinger er en åpenbar – og uønsket – årsak. Forventet fravær grunnet ferie, utdanning, svangerskapspermisjoner, forskning o.l. kan oftest forutses, men blir i liten grad planlagt for. I en studie av Vesterålens fem kommuner og 43 fastlegestillinger så man at denne typen fravær utgjorde om lag seks årsverk (2).

En Fafo-rapport fra 2023 peker på tre hovedårsaker til vikarbruk for alle typer helsepersonell (3): ubesatte stillinger som følge av rekrutteringsproblemer, høyt fravær på grunn av sykdom eller permisjoner, lav grunnbemanning og sårbart turnusoppsett i helger. En annen type vikarbehov som har økt de siste årene, er avlastningsvikarer som leies inn for å bufre for overbelastede fastleger. Dette er vanligst blant næringsdrivende fastleger i sentrale strøk (1). I distriktsområder finnes eksempler på at vikarer leies inn for å dekke deler av legevaktene for å avlaste de faste legene. I en engelsk studie fant man at andre årsaker til vikarbruk ut over planlagt og uplanlagt fravær, var behov for mer arbeidskraft ved økt arbeidsbelastning og for å dekke vakante stillinger (4).

Hvem er fastlegevikaren?

Vi vet foreløpig lite om hvem fastlegevikarene er. Igjen må vi til England for å finne kunnskap. En rapport fra General Medical Council viste at andelen leger som hadde vikarjobber økte fra 13 % i 2013 til 18 % i 2017 (5). I rapporten ble legevikarene delt inn i leger som kun jobbet som vikar på hel- eller deltid, leger som hadde fast jobb og som tok vikarjobber ved siden av, og leger som hadde tre eller flere ulike vikarkontrakter samtidig. Det å jobbe som vikar var vanligere blant de yngre og de eldre legene, og mindre vanlig blant leger midt i livet.

«Det å jobbe som vikar var vanligere blant de yngre og de eldre legene, og mindre vanlig blant leger midt i livet»

Det finnes ingen tilsvarende oversikt fra Norge. Gjennom vår kjennskap til kommunene og fastlegetjenesten kan vi spekulere oss fram til konturene av noen hovedgrupper: erfarne leger som tar vikariater på slutten av karrieren, faste rotasjonsvikarer med eller uten hovedjobb annet sted som dekker langtidsvakante stillinger eller bufrer legevakt, studenter med midlertidig lisens som tar vikariater i ferier samt nyutdannede leger som begynner karrieren i kortere eller lengre vikariater. Utenlandske leger som tar kortere eller lengre vikariater, enten i perioder eller på fast basis, er oftest fra Danmark eller Sverige. Hvorvidt det å være vikar tegner seg som en karrierevei, vet vi lite om.

I Norge er fastlegevikarer unntatt for kompetansekravene (krav om spesialisering) for kommunal helse- og omsorgstjeneste i inntil ett år [\(6\)](#). Fastlegevikarene kan derfor være alt fra ferdige sykehusspesialister til helt nyutdannede. Ferske leger i vikariater kan være de som ennå ikke har gått inn i et videre spesialiseringsløp etter fullført LIS1-tjeneste, og de som står i LIS1-kø (LIS1-ventere).

Stillinger som besettes av LIS1-ventere (ofte kalt «grå stillinger» fordi de ikke gir tellende tjeneste til spesialistutdanning) i sykehjem, fastlegepraksis og sykehus samt hos helprivate helsetilbydere uten ansvar for utdanningsaktivitet, ser for oss ut til å være en voksende del av arbeidsmarkedet for unge leger. Dette er bekymringsfullt, fordi disse legene ikke har krav på veiledning eller annen faglig oppfølging. Ansettelse av LIS1-ventere som selvstendige leger er mulig fordi man i Norge nå får varig lisens ved avsluttet legestudium (og ikke etter turnustjenesten som var tilfellet fram til 2019). Den store mangelen på LIS1-stillinger er en bidragende årsak til at disse legene tar vikarjobber.

«Stillinger som besettes av LIS1-ventere, ser for oss ut til å være en voksende del av arbeidsmarkedet for unge leger. Dette er bekymringsfullt, fordi disse legene ikke har krav på veiledning eller annen faglig oppfølging»

I distriktene er det langt flere korte vikariater sammenliknet med i byene [\(1\)](#). Hvordan dette faktisk fungerer, trenger vi kunnskap om. Igjen ser vi til England, der man i en fersk registerstudie med mål om å undersøke forskjeller i klinisk praksis mellom vikarleger og faste leger i primærhelsetjenesten fant lite som tydet på at vikarlegene ga en helsetjeneste med lavere kvalitet [\(7\)](#). Snarere virket det sannsynlig at både vikarenes og de faste legenes kliniske praksis ble formet av den organisatoriske konteksten de praktiserte i, altså legekontoet. Introduksjon, veiledning, kommunikasjon og praksisledelse er trolig av betydning her. Dette kan peke seg ut som satsingsområder for pasientsikkerhet og kvalitet ved vikarbruk. Hvordan dette utspiller seg i norsk fastlegetjeneste, vet vi foreløpig lite om.

Vikarrekruttering

Kunnskapen om hvordan kommuner, legekontorer og enkeltleger går fram for å rekruttere vikarer, er mangelfull. Ut fra vår kjennskap til feltet brukes ulike metoder, deriblant rekruttering av «egne LIS1-leger» etter ferdig tjeneste og legestudenter som etter ferdig praksisperiode kan tre inn som ferievikarer. Fastlegenes kolleganettverk, jungeltelegrafen og vikarbyråer er andre måter. Både unge og mer erfarne leger vi kjenner, blir oppringt av pågående byråer med gullkantede avtaletilbud.

I en fersk systematisk oversiktsartikkel om rekruttering av vikarleger fant man 12 relevante artikler (halvparten fra USA) om temaet [\(8\)](#). Funnene i artiklene tydet på at rekrutteringsmetoder ofte ble brukt i kombinasjon og at disse

omfattet vikarbyrå, vikarbank, jungeltelegraf, personlige nettverk og informasjonskampanjer.

Den nevnte Fafo-rapporten anslår at kostnadene ved innleie fra vikarbyrå er ca. 2,5 ganger så høy som kostnadene ved å bruke fast ansatte (3). Da er ikke kostnadene i form av tid ledere og andre bruker til administrasjon, opplæring og veiledning av vikarer regnet med. Rapporten informerer videre om at 3 050 lønnstakere i helsefaglige yrker hadde et hovedarbeidsforhold i et vikarbyrå i 2021. Majoriteten var sykepleiere (60 %), fulgt av helsefagarbeidere (25 %), ufaglærte (7 %), leger (5 %) og andre (3 %). De som leies ut, har overveiende lang yrkeserfaring. Ifølge rapporten er det også mange kommuner som har prinsippvedtak om å ikke bruke vikarbyråer.

Spesialistregler og unntak for vikarer

Det kan i noen situasjoner virke enklere for kommuner å velge vikarordning framfor å streve med å få tak i faste leger som må inn i et ALIS-løp – og tilsvarende for leger å velge vikarjobb framfor fast jobb. I og med at vikarer ikke trenger å være i formelle utdanningsløp, har ikke kommunen plikt til å sørge for strukturert veiledning og supervisjon. For legevakt er det unntak for kravet om å være i spesialisering, og leger som har gjennomført LIS1-tjeneste, er unntatt krav om å ha bakvakt i legevakt i kommuner med rekrutteringsutfordringer (gjelder foreløpig ut 2024) (9).

«Det brukes mye tid på opplæring og løpende veiledning av vikarer. I tillegg kommer slitasjen på de fast ansatte når det er færre på jobb som kan ta ansvar for særlig krevende oppgaver»

Vikarordninger sikrer tilgang til leger og annet helsepersonell, men de kan være til hinder for å forstå og håndtere underliggende rekrutteringsproblemer. Fafo-rapporten peker på at kombinasjonen av lav grunnbemanning, mange ubesatte stillinger og omfattende bruk av vikarer er krevende (3). Det brukes mye tid på opplæring og løpende veiledning av vikarer. I tillegg kommer slitasjen på de fast ansatte når det er færre på jobb som kan ta ansvar for særlig krevende oppgaver og oppgaver som strekker seg over tid.

Fastlegetjenesten trenger gode vikarer

Mange kommuner og legekontorer har gode rutiner og opplegg for å sikre at vikarene gjør en best mulig jobb. Men det finnes ingen nasjonale anbefalinger ut over forsvarlighetskravene. I Danmark er det krav om at langtidsvikarer i allmennpraksis skal være spesialister i allmennmedisin. For korttidsvikariater er det krav om å ha flere års erfaring som lege under utdanning til å bli spesialist i allmennmedisin. I dagens situasjon i Norge kan dette virke som en uoppnåelig drøm, men bør det bli et langsiktig mål?

Mange unge leger som ønsker å snuse på allmennmedisin har stor glede og nytte av å kunne jobbe som vikar en periode før de bestemmer seg. Dette bør fortsatt være mulig, men det må stilles krav til veiledning og supervisjon. Et minstekrav bør være at legene har gjennomført LIS1-tjeneste. Spesialister i sykehusfag som ønsker å jobbe som fastlegevikar, bør vurderes med tanke på realkompetanse, og de må få nødvendig veiledning og supervisjon.

Uavhengig av vikarlegens formelle kompetanse, trengs det innføring i lokale systemer, rutiner og samarbeidsnettverk. Ved en rekke legekontorer finner vi allerede gode eksempler på systemer for å ta imot, lære opp og følge opp vikarene. Disse kan gjerne systematiseres og samles på en nettside. I England har National Health Service, den nasjonale helsetjenesten, laget en håndbok for sykehus og kommuner som skal bruke vikarer [\(10\)](#), og en håndbok for leger som vil jobbe som vikarer [\(11\)](#). Kanskje dette kan være nyttig i Norge også.

«Mye av fraværet er relativt forutsigbart, og oversikt over vikarbehov bør inngå i et årshjul og en plan for legetjenesten»

Kommunene må planlegge bedre for fravær og vikardekning. Mye av fraværet er relativt forutsigbart, og oversikt over vikarbehov bør inngå i et årshjul og en plan for legetjenesten. En vikarplan bør gjenspeile kommunens strategier for å skaffe langtids-, korttids- og avlastningsvikarer. Strategiene kan omfatte interkommunal vikarpool, egne faste vikarer, rutiner for eventuell bruk av vikarbyrå og aktiv rekruttering av LIS1-leger.

Uten vikarer stopper helsetjenesten. Likevel finnes det lite kunnskap om vikarordninger, vikarene selv samt kvaliteten og pasienterfaringer med vikarer. Gjennom kunnskap kan det skapes målrettede tiltak for å sikre kvalitet, trivsel og nytte for både pasienter, vikarer, legekontorer og kommuner.

REFERENCES

1. Rydningen M, Fosse A, Abelsen B et al. Vikarlegebruk i fastlegeordningen 2016–22. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.23.0676. [CrossRef]
2. Svensson A. Rekruttering av leger i Vesterålen. Utposten 2024; 2: 16–20.
3. Moland LE, Tofteng M, Nesland A. Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/vikarbruk-i-sykehus-og-kommunale-helse-og-omsorgstjenester> Lest 22.4.2024.
4. Stringer G, Ferguson J, Walshe K et al. Locum doctors in English general practices: evidence from a national survey. Br J Gen Pract 2023; 73: e667–76. [PubMed][CrossRef]
5. General Medical Council. What our data tells us about locum doctors, working paper 5 – April 2018. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/what-our-data-tells-us-about-locum-doctors_pdf-74371150.pdf Lest 22.4.2024.

6. Helsedirektoratet. Kompetansekrav for leger i kommunene.
<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/krav-til-spesialisering-for-leger-i-kommunene> Lest 22.4.2024.
 7. Grigoroglou C, Walshe K, Kontopantelis E et al. Comparing the clinical practice and prescribing safety of locum and permanent doctors: observational study of primary care consultations in England. *BMC Med* 2024; 22: 126. [PubMed][CrossRef]
 8. Ferreira N, McKenna O, Lamb IR et al. Approaches to locum physician recruitment and retention: a systematic review. *Hum Resour Health* 2024; 22: 24. [PubMed][CrossRef]
 9. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) §7.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231> Lest 22.4.2024.
 10. NHS England. Supporting organisations engaging with locums and doctors in short-term placements: A practical guide for healthcare providers, locum agencies and revalidation management services.
<https://www.england.nhs.uk/publication/supporting-organisations-engaging-with-locums-and-doctors-in-short-term-placements-a-practical-guide-for-healthcare-providers-locum-agencies-and-revalidation-management-services/> Lest 22.4.2024.
 11. NHS England. Supporting locums and doctors in short-term placements: A practical guide for doctors in these roles.
<https://www.england.nhs.uk/publication/supporting-locums-and-doctors-in-short-term-placements-a-practical-guide-for-doctors-in-these-roles/> Lest 22.4.2024.
-

Publisert: 29. april 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0226

Mottatt 22.4.2024, godkjent 22.4.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. mars 2026.