

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 DEP  
0030  
Oslo

Sendt til: [postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no)

Deres ref.: 24/2385

Vår ref: HSAK202400459

Dato: 26-09-2024

## **Innspill til stortingsmelding om allmennlegetjeneste for fremtiden**

Vi viser til invitasjonen fra Helse- og omsorgsdepartementet til å komme med innspill til stortingsmelding om allmennlegetjeneste for fremtiden. Vi takker for at vi fikk utsatt frist til 27. september med å levere Legeforeningens innspill. Innspillet er vedtatt av sentralstyret i Legeforeningen, etter bred høring internt i organisasjonen.

### **1. Innledende bemerkninger**

Legeforeningen ønsker innledningsvis å fremheve viktigheten av å se på den samlede helsetjenesten når det skal planlegges for fremtidens allmennlegetjeneste. Det handler om hvordan fellesskapets ressurser brukes mest mulig riktig og effektivt, for å få mest mulig helse igjen for hver krone. Allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten er gjensidig avhengige av hverandre. Allmennlegetjenesten er fundamentet i helsetjenesten, portvokter til spesialisthelsetjenesten og fungerer som sakkyndig for en rekke innbyggerrettigheter. De aller fleste medisinske tilstander diagnostiseres og behandles her. En velfungerende allmennlegetjeneste er derfor svært viktig for bærekraften i resten av helsetjenesten. Selv marginale økninger i antall henvisninger fra allmennlegene får store konsekvenser for spesialisthelsetjenesten, som opplever en jevn økning i mengden henvisninger og forventninger til utredninger, undersøkelser og behandlinger som skal utføres på kortere tid enn før.

Mangel på helsepersonell og kapasitet i en del av helsetjenesten får konsekvenser for resten. Det er gledelig at rekrutteringen til fastlegeordningen har økt det siste året, at færre slutter og flere oppgir at de ønsker å forbli i yrket. Krisen i fastlegeordningen er likevel ikke over – fortsatt står ca. 180 000 innbyggere uten fastlege og ca. 45 prosent av innbyggerne bor i en kommune der ingen fastleger har åpen liste. Det er derfor svært viktig at myndighetene fortsatt prioriterer tiltak som kan bidra til å rekruttere og beholde fastleger, se våre innspill under punkt 5.

Næringsdriftsmodellen har vært sentral i den suksessen fastlegeordningen har vært så langt. Både hensyn til kontinuitet i pasientrelasjonen og bærekraft i fastlegeordningen fremover er avhengig av at dette også i fremtiden fremstår som en attraktiv organiseringsform. Det er også viktig at finansieringsordningen fortsetter å stimulere til at fastlegeordningen har tilstrekkelig høy kapasitet og tilgjengelighet, og stimulerer til at prosedyrer og tjenester tilbys i primærhelsetjenesten. Som departementet er godt kjent med, er stabilitet og forutsigbarhet i rammebetingelser svært viktig for

små virksomheter som de fleste legekantor er. Vi viser for øvrig til tidligere innspill og dialog med departementet om økonomiske rammebetingelser for næringsdrivende fastlegeskantor.

Digitalisering kan gi store gevinster i allmennlegetjenesten, og vi ønsker å fremheve viktigheten av god klinikerinvolvering – det er klinikerne som vet best "hvor skoen trykker" og hvilke hindringer som må overvinnes for at prosjektene skal lykkes. Utviklingen må ta utgangspunkt i den kliniske hverdagen på legekantorene og all digitalisering må frigjøre tid for helsepersonellet, se våre innspill under punkt 7.

Allmennlegetjenesten i sykehjem, legevakt, fengsler, helsestasjon med videre har andre rammebetingelser enn fastlegeordningen, og kan kreve andre løsninger, men påvirkes også i stor grad av vilkårene i fastlegeordningen, se våre innspill under punkt 8. Med en aldrende befolkning med stadig mer komplekse og økende medisinske behov, er det særlig viktig at myndighetene prioriterer tiltak som kan styrke kompetansen og kapasiteten i alders- og sykehjemsmedisin i kommunene.

I dette høringsvaret vil vi forsøke å være tydelige på når vi omtaler allmennlegetjenesten generelt og når vi omtaler fastlegeordningen.

## 2. Hvordan bør fastlegeskantorene organiseres?

Departementet ber om innspill til hvordan fastlegeskantorene bør organiseres for å legge til rette for et *tværfaglig tilbud* med god oppgavedeling og bruk av kompetanse i fastlegeskantorene.

Fastlegeskantorene er allerede tværfaglige enheter med høy grad av oppgavedeling innad på legekantoret. Alle fastlegeskantor har helsesekretærer, mange fastlegeskantorer har ansatt sykepleiere som tar ansvar for deler av behandlingstilbudet, og noen har bioingeniører.

Legeforeningen mener at helsesekretærene er en underutnyttet ressurs, og at økt satsing på denne yrkesgruppen, også i pasientrettet arbeid, vil være det enkleste og billigste tiltaket for å oppnå økt tværfaglighet og kapasitet på legekantoret. Dette er også omtalt i Ekspertgruppens rapport, som skriver følgende (6.3.3.3): "Det bør også vurderes om flere oppgaver kan delegeres til helsesekretær. Dette er en personellgruppe som allerede finnes i de aller fleste legekantor. Økt grad av delegering vil dermed kunne ha rask effekt. Samtidig vil utdanningen av helsesekretærer kunne utvikles og tilpasses, i tråd med definerte behov."

Økt bruk av helsesekretærer kan gjennomføres innenfor dagens lokaler. For at de i større grad skal kunne utføre selvstendig arbeid med pasientene, foreslår vi å endre folketrygdloven slik at den også hjemler en adgang for refusjon for arbeid utført av personell ansatt ved fastlegens kontor. Dette bør omfatte både helsesekretærer og sykepleiere. Det kan utvikles et sett takster som kan benyttes for aktiviteter som utøves av helsesekretær eller sykepleier uten at det skal "konstrueres" en delegasjon fra legen, slik det ofte er i dag. Dette vil redusere økonomi som barriere for økt tværfaglig arbeid på fastlegeskantoret.

Som Legeforeningen tidligere har påpekt er det viktig at en økt satsing på tværfaglige legekantor ikke fører til økt mangel på helsepersonell (typisk sykepleiere) i den øvrige kommunale helse- og

omsorgstjenesten. Vi er bekymret for at sykepleiere ansatt på fastlegekontor kan tappe både hjemmesykepleien, sykehjemmene og spesialisthelsetjenesten for denne ressursen, på samme måte som mange fødeavdelinger har erfart at de mister jordmødre til kommunehelsetjenesten som tilbyr arbeid uten pålagt vakt.

Tverrfaglighet kan også oppnås ved å satse på økt samarbeid mellom fastlegekontorene og den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. punkt 3 nedenfor. Noen steder kan det også være hensiktsmessig med en samlokalisering med andre helsepersonellgrupper, som for eksempel psykologer og fysioterapeuter. Det er uansett viktig at valg av organisering ikke er til hinder for at alle pasienter i kommunen sikres lik tilgang til psykolog og fysioterapeut.

Departementet ber også om innspill til hvordan fastlegekontorene bør organiseres for å få en tydelig *ledelse i og av fastlegekontorene*.

Ledelse i og av fastlegekontor er to ulike oppgaver, og må ivaretas av hhv. fastlegekontorene selv og kommunen som avtalemotpart eller arbeidsgiver.

*Ledelse i fastlegekontorene* handler delvis om å lede en liten bedrift, med alt det innebærer av internkontroll, arbeidsmiljølov, regnskapslovgivning og ledelse av ansatte. Rollen til daglig leder i et fastlegekontor er å lede de ansatte slik at drift og organisering av legekontoret blir best mulig gitt kontorets pasientgrunnlag, lokaler og legenes måte å jobbe på som fastleger. En god arbeidsfordeling vil frigjøre ressurser til bedre medisinskfaglig ledelse på legekontorene, noe som er en forutsetning for å sikre en moderne fastlegeordning. Tydelig ledelse i legekontorene kan også gjøre det enklere for samarbeidspartnere å komme i dialog med og utvikle samarbeidet med kontorene.

Vi mener det er potensiale for mer profesjonell ledelse av legekontorene, men det vil ta mer tid vekk fra kurativt arbeid. Målrettede økonomiske incentiver kan bidra til å utløse dette potensiale, for eksempel gjennom at ansettelse av en daglig leder kan premieres noe i basistilskuddet.

Et annet konkret tiltak for å styrke ledelsen i legekontorene, er å styrke lederutdanningen for leger, både innenfor spesialistutdanningen og ved å videreføre lederprogrammene BI tilbyr. Den midlertidige refusjonsordningen for lederutdanninger er et positivt bidrag.<sup>1</sup> Videreutdanning av fastleger bør inkludere kurs innen praksisdrift og arbeidsgiverrollen.

*Ledelse av fastlegeordningen* og oppfølging av legekontorene er en kommunal oppgave. Kommunen må sette av nok ressurser til både administrativ og faglig ledelse av fastlegeordningen. Faglig lederansvar kan godt legges til en kommuneoverlege med god kjennskap til allmenntilleggsmedisin, mens annet personell kan ha det administrative ansvaret.<sup>2</sup> Kommunen har også et betydelig medisinskfaglig ansvar for egne tjenester ut over fastlegeordningen, som for eksempel legevakt, sykehjem, fengsels- og skolehelsetjenester. De senere årene har kommunene også blitt tilført nye oppgaver knyttet til spesialistutdanning av leger og oppfølging av tilsynsmyndighetenes faglige pålegg overfor leger i kommunen. Alle disse oppgavene krever at kommunen besitter medisinskfaglig

---

<sup>1</sup> [Midlertidig refusjonsordning for fastleger \(legeforening.no\)](https://www.legeforening.no/om-legeforeningen/midlertidig-refusjonsordning-for-fastleger)

<sup>2</sup> Legerforeningen vil omtale dette nærmere i vår høringsuttalelse til Helsedirektoratets høring av veileder om kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen.

kompetanse og har avsatt nok ressurser til å følge dem opp. Vi viser til rapporten "[Pasientens primærhelsetjeneste må ledes - Om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene](#)" fra oktober 2017 for en utdyping av dette behovet.

For å legge bedre til rette for ledelse og oppfølging av legekantorene, anbefaler Legeforeningen at det etableres et nivå med avtaler mellom legekantoret som sådan og kommunen (kontoravtaler). Kantoret kan være avtalepart med kommunen for plikter som det er mer hensiktsmessig å regulere i en avtale med legekantoret, fremfor i den individuelle fastlegeavtalen. Dette kan gjøre det enklere for kommunen å lede/koordinere tjenestene, det kan bidra til bedre og mer effektiv/strukturert kommunikasjon mellom legekantoret og de ulike helsetjenestene i kommunen, samt at det kan bidra til mer struktur og avklarte ansvarsforhold internt på legekantorene. Inngåelse av slike avtaler kan incentiveres gjennom å premiere dette i basistilskuddet. Legeforeningen og KS har høsten 2024 igangsatt et arbeid for å vurdere muligheten for etablering av kontoravtaler.

Kommunene kan også styrke sin ledelse av fastlegeordningen i kommunen gjennom å sørge for at fastlegene er en integrert del av kommunens overordnede planer for helsetjenesten. Legene har en kompetanse som bør utnyttes bedre i den helhetlige planleggingen av tjenestetilbudet og kvalitetsforbedringsarbeidet av kommunens helsetilbud.

### 3. Hvordan kan vi få til økt tverrfaglig samarbeid mellom fastlegekantorene og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester?

Kommunene har etter fastlegeforskriften § 8 plikt til å legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere i kommunen, og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud. Det pågår i dag omfattende samarbeid mellom ulike kommunale helsetjenester når det gjelder enkeltpasienter. Eksempelvis samarbeider fastlegene med hjemmesykepleien, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, kommunepsykologer, og andre kommunale tjenester som barnehage/skole, barnevern, NAV og PPT. En del av samarbeidet skjer gjennom dialogmelding, som er en effektiv måte å samhandle på. Legene har også god erfaring med videomøter med NAV, og dette er en kommunikasjonskanal som med fordel kan breddes til å omfatte andre aktører rundt pasienten – slike sikre digitale og tverrfaglige møteplasser gir rask og effektiv utnyttelse av ressursene.

Kommunene har et omfattende tjenestetilbud, men det kan variere mye fra sted til sted. Det kan ta lang tid før en ny lege i kommunen har fått oversikt over alle tilbudene som finnes og hvor legene kan ta kontakt. En fastlege kan ha pasienter fra flere kommuner på sin liste. Alle kommuner bør derfor lage en oversikt til allmennlegene over alle relevante tjenestetilbud på helseområdet – "Hvordan gjør vi det hos oss?" Slike oversikter bør utarbeides i samarbeid med legene, slik at informasjonen treffer behovet best mulig. Også sykehusene vil ha stor glede av slike oversikter.

Legene erfarer at det er mer krevende å få til samarbeid på systemnivå enn rundt enkeltpasienter, og vi mener at kommunene i større grad bør initiere samarbeid mellom de ulike delene av kommunehelsetjenesten. Kommunene kan etablere noen strukturer internt i kommunene som legger til rette for god og regelmessig dialog, for eksempel etter modell av helsefelleskap.



Manglende samhandling på systemnivå har også sammenheng med at det statlige finansieringssystemet kun honorerer kontakt som omhandler en enkelt pasient/en behandlingssituasjon, mens samarbeid på systemnivå ikke honoreres med mindre kommunen velger å frikjøpe legene til slikt arbeid. Det finnes gode eksempler på kommuner som skaper og finansierer arenaer hvor fastlegene kan treffe hverandre og andre tjenesteytere i kommunen: Tromsø kommune finansierer at hvert fastlegekontor kan ha en lege som bruker noe av tiden sin på samhandling og ledelse. Askøy kommune organiserer og finansierer regelmessige faglige samlinger for legene og har fastleger ansatt i bistillinger som medisinskfaglige rådgivere inn mot andre helsetjenester. Molde kommune har samlet sine leger og lagt til rette for deltagelse i viktige kvalitetsforbedringsprosjekter. Mange kommuner benytter seg av [kvalitetsseminar hos Senter for kvalitet i legetjenester \(SKIL\)](#) der kommunen og fastlegene sammen forbedrer tjenestene. For å øke det tverrfaglige samarbeidet på systemnivå, uten at slikt samarbeid skal være forbeholdt kommuner som har økonomi til å bidra med finansiering, mener Legeforeningen at det statlige finansieringssystemet bør støtte oppunder/incentivere tverrfaglig samhandling på systemnivå.

#### 4. Hvordan kan innsatsen for pasienter med store og sammensatte behov styrkes?

For å sikre høy kvalitet i helsetjenestene, særlig for pasienter med kroniske og andre komplekse helseutfordringer, er det viktig med kontinuitet i allmennlegetjenesten. Med denne menes at pasienter har en stabil og vedvarende relasjon med én allmennlege, og for utvalgte pasienter også et fast medisinsk team over tid. Det er flere studier som fastslår at kontinuitet i lege-/pasientforholdet gir mindre bruk av legevakt, færre innleggelser og lavere dødelighet.<sup>3</sup> For å få til en slik kontinuitet må det jobbes for at flere leger velger å bli i allmennlegetjenesten over tid, se innspill under punkt 5.

Flere eldre og multisyke bor hjemme lengre, og dagens beboere i kommunale pleie- og omsorgsboliger har et funksjonsnivå og sykkelighet som tilsvarer det sykehjemspasienter hadde for ti år siden. Disse pasientene har fortsatt rett til fastlege. Satellittlegekontor på disse enhetene kan gjøre det enklere for allmennleger å reise i sykebesøk og legge til rette for bedre fasiliteter for undersøkelse. Pilotering av faste allmennleger på disse enhetene, kanskje som en annen allmennlegeoppgave jf. fastlegeforskriften § 12, kan gi verdifull innsikt i hvorvidt et slikt tiltak kan bedre kvaliteten på tjenesten til disse pasientene.

Rusmisbrukere og pasienter med alvorlig psykisk sykdom boende i kommunale boliger er en annen sårbar gruppe med mye sykkelighet og tidlig død. Mange av disse har vansker med å forholde seg til faste avtaler. Her ville en fleksibel, oppsøkende og lett tilgjengelig allmennlegetjeneste nærmere der disse bor og oppholder seg kunne gi et bedre medisinsk tilbud. Legeforeningen anbefaler økt bruk av kommunalt frikort/egenandelsfritak for slike sårbare grupper. For mange mennesker er egenandelen en liten utgift, men for de økonomisk mest utsatte er dette en betydelig utgift. Legeforeningen tar også fortsatt til orde for at ungdom opp til 20 år bør ha fritak for egenandel hos legen.<sup>4</sup>

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 at kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det er altså et

<sup>3</sup> [Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway | British Journal of General Practice \(bjgp.org\)](#)

<sup>4</sup> [Fire leger: Fjern egenbetalingen for helsetjenester til ungdom nå! - Altinget - Alt om politikk: altinget.no](#)

kommunalt ansvar å sørge for at pasienter med store og sammensatte behov blir ivaretatt, og koordinator bør være en som er ansatt i kommunen. Allmennlegen er en viktig aktør for disse pasientene, men det er ikke god ressursutnyttelse å bruke legen som koordinator – legen bør primært brukes til medisinske oppgaver for denne pasientgruppen, og kan med sin kompetanse bidra til at innholdet i individuell plan er hensiktsmessig.

Legeforeningen mener at normaltariffen bør videreutvikles for å sikre at det er incentiver til bedret oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov, og for å stimulere til at prosedyrer og tjenester tilbys i primærhelsetjenesten. Vi har i mange år etterspurt en bedre forvaltning av takstsystemet, og mener at myndighetene bør bruke takstsystemet mer målrettet for å understøtte ønsket aktivitet.

#### 5. Hvordan kan vi rekruttere og beholde yngre leger som fastlege eller i andre allmennlegetjenester?

LIS1 og nyutdannede leger er det viktigste rekrutteringsgrunnlaget allmennlegetjenesten har. Da er det avgjørende at disse legene møter en velfungerende allmennlegetjeneste, med tilstrekkelig supervisjon og veiledning fra en spesialist som kjenner de særegne utfordringene en allmennlege står ovenfor, og som kan formidle dette med trygghet og forståelse for det den nye kollegaen møter. Dette handler ikke bare om å gi faglig veiledning, men også å trygge legen i utfordrende pasientmøter og i rollen som allmennlege, slik at de kan oppleve mestring. At LIS1 får en positiv erfaring fra sitt opphold i allmennlegetjenesten, vil være rekrutterende.

LIS1 trenger bredde i sin erfaring gjennom tjenesten i kommunen, både fra fastlegekontor og kommunale helse- og omsorgstjenester. Legeforeningen har en rekke eksempler på at LIS1 blir satt til oppgaver de ikke har kompetanse til å utføre alene, eksempelvis som sykehjemslege. Det går utover både kvaliteten i pasientbehandlingen og opplevelsen av å mestre. Mangel på supervisjon og veiledning i slike situasjoner bidrar trolig også til overdiagnostikk og overbehandling, og er belastende for eldre og skrøpelige pasienter. Det er derfor helt nødvendig at LIS1 får god opplæring og støtte i oppgaver de settes til.

ALIS-tilskuddet har etter Legeforeningens syn vært det mest vellykkede tiltaket for rekruttering til allmennmedisin. Tilskuddet sikrer stabilitet i lønn ved fravær og gjør terskelen mye lavere for mange som er bekymret for å bli næringsdrivende på heltid. Det er avgjørende for fremtidens rekruttering at denne ordningen beholdes. Det er potensiale for forenkling av ordningen for både ALIS og kommunene, da administrasjonen av dette ligger til hver enkelt kommune, med ganske stor variasjon i praktisk håndtering.

Vi mener det må tilrettelegges bedre for erfarne allmennleger som skal være supervisører og veiledere for ALIS. Supervisjon må honoreres legekantoret, da alle leger i praksisen kan fylle denne rollen avhengig av tilgjengelighet på spesialist og behovet til ALIS. Kommunene har ansvar for spesialistutdanningen og må sikre at kompetansevurderingen av de allmennmedisinske læringsmålene ikke bare blir en avkrysning av læringsaktiviteter i et skjema.

De fleste leger er opptatt av forutsigbar økonomi i utdanningsperioden. Det er derfor viktig at legene har tilgang på avbruddsytelser gjennom SOP (Syke- og pensjonsordningen for leger), og vi mener at

staten må bidra med midler for å styrke fondet. Videre må det være rom for fleksible modeller gjennom legens livsløp, for eksempel fastlønn som nyutdannet og overgang til næringsdrift ved oppnådd spesialistgodkjenning for de som ønsker det. Vi mener også at ordningen med introduksjonsleger på fastlegekontor bør videreføres som en del av rekrutteringen til allmennpraksis.

En del av allmennlegene jobber utenfor fastlegepraksis. Disse trenger to år som fastleger for å kunne bli spesialist. En del har ikke ønske om å være næringsdrivende i denne perioden. Det bør legges et ekstra ansvar på kommunene for å legge til rette for en ansettelsesløsning for disse på samme måte som LIS1 har i dag. Vi tror det kan bedre rekrutteringen til allmennmedisinske stillinger utenfor fastlegepraksis.

Kommunene bør i større grad tilrettelegge for faglige arenaer der leger kan møtes og utveksle erfaringer, og vedlikeholde og utvikle kunnskap.

Det er også svært viktig for rekruttering og stabilitet at fastleger har en håndterbar arbeidsbelastning. Evalueringsrapport III fra Oslo Economics<sup>5</sup> viser at fastlegene i 2023 rapporterte å jobbe i gjennomsnitt 52 timer per uke, mot 55 timer i 2022. Dette er en positiv utvikling, men fastlegene har fortsatt en arbeidsbelastning som langt overstiger en normalarbeidsdag. Legeforeningen mener derfor at det fortsatt er viktig å ha som mål å redusere listelengden, samt at det er nødvendig å se legevaksarbeid og annet allmennlegearbeid under ett når arbeidsbelastning skal vurderes. En aldrende befolkning, med en forventet økning i antall pasienter som krever mye tid og oppfølging, forsterker viktigheten av at fastlegen ikke har flere listepasienter og/eller større legevaktbelastning enn at hen har tilstrekkelig tid til å følge opp den enkelte pasient og samtidig kan ha et godt liv ved siden av jobben. Vi er derfor fortsatt kritiske til at myndighetene erstattet knekkpunktmodellen med pasienttilpasset basistilskudd, som skal motivere til lengre lister og som ikke har vist seg å være treffsikkert.

## 6. Hvordan kan vi møte fremtidens behov for kompetanse og kapasitet i allmennlegetjenesten?

En godt bemannet og faglig sterk allmennlegetjeneste er nødvendig for at den samlede helse- og omsorgstjenesten skal møte en aldrende befolkning med økt medisinsk kompleksitet. Allmennlegenes spesialistkompetanse og kapasiteten i fastlegeordningen henger tett sammen. En spesialist i allmennmedisin har 12,5 år høyere utdanning og må holde seg faglig oppdatert for å kunne opprettholde retten til spesialisttakstene hvert femte år. Spesialiteten baserer seg nettopp på forståelsen av medisinsk kompleksitet og kjennskap til pasienten over tid (kontinuitet). Behandling og oppfølging av pasienter med flere lidelser er en del av allmennlegens kjernekompetanse. Allmennlegen og pasienten avgjør sammen når spesialisthelsetjeneste er nødvendig, og i 9 av 10 tilfeller ferdigbehandles pasientene hos allmennlegen. Det er god samfunnsøkonomi.

Primærhelsetjenestens og spesialisthelsetjenestens kapasitet og kompetanse er gjensidig avhengige av hverandre. Det er derfor viktig å fortsette arbeidet med å styrke samhandlingen mellom disse nivåene. Vi understreker viktigheten av at ledere på alle nivåer har et ansvar for å involvere legene i samhandlingsarbeidet, slik at det som avtales som gjensidige forpliktelser har forankring i

---

<sup>5</sup> [HPA-evalueringrapport-III-2024---oppdatert.pdf \(osloeconomics.no\)](https://www.osloeconomics.no/HPA-evalueringrapport-III-2024---oppdatert.pdf)



fagmiljøene. Det må være enkelt for leger i primærhelsetjenesten å samarbeide med sykehusleger og vice versa. Rett behandling, på rett sted og til rett tid, krever ofte felles vurderinger av allmennleger og sykehusleger. Det er bekymringsfullt at man i den nye avtalen mellom staten og KS om helsefelleskap har fjernet kravet om at fastlege skal delta i partnerskapsmøte og strategisk/faglig samarbeidsutvalg.

Legeforeningen får flere tilbakemeldinger om at pasienter med komplekse problemstillinger havner i en "runddans" mellom helsenivåene i takt med økende sykdomsbelastning og funksjonssvikt, og at dette skjer stadig oftere. Det er ofte "tette skott" mellom avdelingene i sykehus, og allmennleger erfarer at de må opptre som organisator av de spesialiserte tjenestene selv når pasienten er i et forløp i sykehus. Liknende forekommer noen ganger i kommuner som oppretter tjenestetilbud i siloer som ikke koples tett på allmennlegetjenestene. Dette er ikke god utnyttelse av allmennlegens ressurser, det kan føre til forsinket diagnostikk og behandling, og dårligere helse og livskvalitet hos pasienter med sammensatte behov.

Det er viktig med adekvat behandling og tiltak som gir bedret helse og livsfunksjon også hos eldre, samtidig som det må være en målsetting å unngå unødige og belastende innleggelser, overbehandling og unødig utredning av skrøpelige eldre som er i en sen livsfase. Dette handler ikke bare om riktig ressursutnyttelse, men også om hva som er god og verdig pasientbehandling. Dette forutsetter god kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og tiltak som hever kompetansen i denne delen av tjenesten kan også bidra til å skjerme kapasiteten i sykehusene. Eksempelvis bør alle som deltar i oppfølging av pasienter ha god tilgang til faglig støtte gjennom presise og lett tilgjengelige verktøy, og oversikt over hva som er beste praksis i ulike vanlige situasjoner og for de vanlige diagnosene. Det er også behov for bedret kommunikasjon mellom de ulike helsenivåene, og at involverte aktører "snakker samme språk". Dette kan for eksempel oppnås gjennom utvikling av felles retningslinjer og prosedyrer, en digital kommunikasjonsplattform og felles planer.

Det har over år vært et omforent politisk mål at innbyggerne skal kunne "bo trygt hjemme" – uten å ta hensyn til at hjelpebehovet ikke nødvendigvis er mindre selv om innbyggerne bor lenger hjemme. Når innbyggere av ulike naturlige grunner, som høy alder og sammensatte helseutfordringer, får et stort hjelpebehov, hyppige tilsyn, endog behov for kontinuerlig tilsyn, er det betydelig mer ressurskrevende å la pleiepersonell reise rundt til enkeltpasienter fremfor å tilby pleie i en sentralisert tjeneste – sykehjem. Mange steder nedbygges sykehjem til fordel for omsorgsboliger, med den konsekvens at pasientene i større grad må innlegges i sykehus, da det mangler et intermedieartilbud mellom omsorgsbolig og sykehus. Dette fremstår ikke som god ressursutnyttelse når vi ser at sykehusene samtidig må skrive ut veldig syke pasienter som egentlig trenger sykehusbehandling, grunnet for lav kapasitet i sykehusene. Legeforeningen mener derfor at myndighetene bør stoppe nedbyggingen av sykehjems plasser, slik at samfunnet har kapasitet til å møte den demografien som venter.

Ambulerende team der allmennlegen på kort varsel kan få bistand fra spesialisthelsetjenesten er et tilbud som fungerer godt noen steder. Kompliserte problemstillinger kan løses i samarbeid ute i tjenesten med både sykehusspesialist og spesialist i allmenmedisin til stede. I Tromsø finns dette



tilbudet innen akuttpsykiatri, rehabilitering og alderspsykiatri. Dette bør utvikles videre og tas i bruk også andre steder.

Det er godt kjent at det er svært stor ulikhet i satsningen på forskning i primærhelsetjenesten vs. spesialisthelsetjenesten, til tross for at omtrent 90 % av pasientene ferdigbehandles i primærhelsetjenesten. I 2021 rapporterte helseforetakene 4,7 milliarder NOK i driftskostnader til forskning, og de utførte 3350 forskningsårsverk. Til sammenligning har Allmenntilleggsforskning (AMFF) per i dag 29 stipendiater som har pågående prosjekter som får støtte. Behovet for mer kunnskap i og om de kommunale helse- og omsorgstjenestene, herunder allmenntilleggetjenesten, er beskrevet både av Helsepersonellkommissjonen, Kvinnehelseutvalget og Ekspertutvalget. Her er det et stort potensial for gevinst for samfunnet, og veien kan være kort fra allmenntilleggsforskning til forbedring av klinisk praksis. Vi kan nevne tre eksempler fra universitetet i Oslo: ICIT-prosjektet viste at behandlingsverktøyet Individual Challenge Inventory Tool (ICIT) kunne redusere sykefraværet med 27 % for pasienter med medisinsk uforklarte symptomer. KTV-prosjektet viste at kollegabasert terapiveiledning (KTV) bidro til mer hensiktsmessig foreskrivning av medisiner. RAK-prosjektet (Riktigere Antibiotikabruk i Kommunene) viste at opplæringsprogrammet bidrar til stabilt redusert foreskrivning av antibiotika og dermed forebygger antibiotikaresistens.

Allmenntilleggsforskning må ha statlig finansiering, og det må gjøres politiske og økonomiske prioriteringer for at dette skal bli en realitet. Det viktigste tiltaket knyttet til forskning vil være en betydelig økt finansiering til AMFF. Videre må de fire allmenntilleggsforskningssenheterne (AFE), ASP, NSDM og NKLM få økt finansiering, samt at Praksisnett må sikres stabil finansiering. Denne infrastrukturen for allmenntilleggsforskning legger til rette for den ønskede praksisnære forskningen.

Kommunenes sentrale forskningsorgan (KSF) administrerer nå drøyt 100 millioner kroner til forskning innenfor kommunehelsetjenesten. I utlysningene styres midlene aktivt bort fra allmenntilleggstjenester som diagnostikk og behandling. Vi mener at dette må korrigeres og at kommunene, i samarbeid med de allmenntilleggsforskningssenheterne, må ta ansvar for forskning også i denne delen av kommunehelsetjenesten.

## 7. Hvordan kan digitalisering påvirke og bidra til å løse dagens og fremtidens behov?

Digitalisering kan gi gevinster i allmenntilleggstjenesten. Samtidig kan feilslåtte digitaliseringsprosjekter gjøre stor skade både på pasienter og tjenestens evne til å løse oppgavene. Det er avgjørende å gjennomføre de gode prosjektene med god involvering av klinikere som vet best hvilke hindringer som bør overvinnes. Utviklingen må ta utgangspunkt i den kliniske hverdagen på legekantorene og ikke i teoretiske modeller. All digitalisering må frigjøre tid for helsepersonellet. Vi viser til [Suksessfaktorer for digitalisering i helsetjenesten \(legeforening.no\)](https://www.legeforening.no/suksessfaktorer-for-digitalisering-i-helsetjenesten)<sup>6</sup>. Pågående nasjonale prosjekter som pasientens legemiddelliste, pasientens prøvesvar, kritisk informasjon-synkronisering og dokumentdeling i kjernejournal og elektronisk helsekort for gravide er sentrale byggeklosser som

---

<sup>6</sup> [Suksessfaktorer for digitalisering i helsetjenesten \(legeforening.no\)](https://www.legeforening.no/suksessfaktorer-for-digitalisering-i-helsetjenesten) (2019)

må fullføres. Prosjekter som "Bedre samhandling mellom helsepersonell og NAV" og "Portaloppdraget – for å redusere portalpålogginger og administrativ arbeidsbyrde" er lovende.

Utviklingen på KI-området kan under riktige premisser for innføring også bli en solid tilvekst med potensial for kvalitetsforbedring og bedre arbeidsprosesser – hvis vi begynner med enkle og arbeidsbesparende oppgaver som ikke går ut over pasientsikkerheten. Legeforeningen vil likevel advare mot en overdreven tiltro til at digitalisering og KI skal løse dagens og ikke minst fremtidens ressurs- og personellutfordringer. Behovsdrevet utvikling er stikkordet for å lykkes.

Legeforeningen mener at:

- Innføring av digitale løsninger må være behovsdrevet og innføres i stegvise prosesser.
- Nye digitale verktøy må piloteres, kvalitetssikres og metodevurderes før de iverksettes i allmennlegetjenesten.
- Innføring av pasientrettede digitale løsninger i allmennlegetjenesten må ikke bidra til digitalt utenforskap. De som trenger helsetjenesten mest er ikke de med størst digital kompetanse.
- Den nasjonale rådsmodellen og EPJ-løftet har skapt en arena for påkobling av allmennleger med kompetanse innen klinisk informatikk slik at kliniske behov vektlegges. Arenaene må styrkes og videreutvikles.
- Statlige etater som trenger data fra helsetjenesten må forpliktes til å samkjøre teknologivalg, slik at dette gir gjenbrukseffekter og reduserer kostnadsnivået for systemleverandører til helsesektoren.

#### *Behovsdrevet utvikling i stegvise prosesser*

Utvikling av tjenester i helsesektoren har skjedd enten ved bruk av ny teknologi oppstått andre steder, eller ved utvikling av ny spesifikk teknologi. Det som alltid har vært premisset for suksess har vært at man har identifisert behovene klinikknært og pasientnært. Vellykkede innovasjoner har så bredt seg via knoppskyting i fagmiljøene. Denne praksisen, innovasjon med mål om å forbedre, er et fundament og premiss for gode helsetjenester til befolkningen. Vi anser ny teknologi først og fremst som et verktøy for utvikling av høyere kvalitet i helsetjenestene. All erfaring viser at iterativ og behovsdreven innføring, med testing og utprøving i små og stegvise prosesser, fungerer best.

#### *Digitalisering av helsetjenesten løser ikke de fundamentale utfordringene*

Det har over lengre tid knyttet seg stor optimisme til at digitalisering skal løse både ressurs- og personellmangel i helsetjenesten, også i kommunene. Legeforeningen mener at optimismen i forhold til ressursbesparelse er betydelig overdrevet. Legeforeningen deler ikke troen på at digitale hjelpemidler utenfor legekontoret, som triageringsverktøy, døgnåpen chat eller videokonsultasjoner med "engangsleger", er nyttige verktøy for å gi bedre effektivitet i allmennlegetjenesten. Den riktige innretningen for innovasjon er ikke ukritisk etablering av nye tjenester med usikker nytteverdi, men stegvis og kontrollert etablering av nye verktøy i tjenestene vi allerede har.

Myndighetene bør fremme egenomsorg gjennom god folkeopplysning med lett tilgjengelige, oppdaterte og kvalitetssikrede tjenester for helseinformasjon. Samtidig ser Legeforeningen at individuelle allmenntedisinske problemstillinger som regel er mer komplekse enn det som kan løses av en chatbot eller et flytskjema. Legeforeningen mener slike digitale løsninger gir risiko for både

under- og overdiagnostikk. Teknologisk utvikling i samfunnet og inn mot fastlegene har i mange tilfeller medført økt arbeidsmengde, heller enn besparelser. Befolkningen etterspør i stadig større grad alle former for helsetjenester, og økt tilgjengelighet gjennom digitalisering gir også økt etterspørsel. Ethvert nytt digitaliseringsprosjekt må derfor utfordres på spørsmålene om hvilke behov de dekker, hvilke helsepersonellressurser som vil gå med til gjennomføringen, og hvilken økning i etterspørsel tiltaket kan medføre. En god måte å kvantifisere slike forhold på er helsepersonellkapasitet – Time Needed to Treat<sup>7</sup>.

#### *Finansiering – staten må ta ansvar*

Fastlegene har lenge ligget i front av innføring av digitale løsninger, blant annet ved tidlig å ta i bruk Elektronisk pasientjournal (EPJ) i daglig drift. Fastleger har i dag gode løsninger for digital samhandling med pasienter. Dette inkluderer både elektroniske konsultasjoner, timebestilling og reseptbestilling. Gjennom lovpålagt tilknytning til Helsenett har fastlegene elektronisk samhandling med øvrig kommunehelsetjeneste, avtalespesialister og sykehus. Dette til tross for utfordringer ved finansieringsmodellen.

Gjeldende finansieringsmodell fungerer ikke med dagens kompleksitet og endringshyppighet, som overlater til den enkelte aktør å finansiere kostnadene for egne prosjekter eller kostnader man har for å knytte seg opp mot nasjonale prosjekter. I allmennelegetjenesten har man på tross av 5000 enkeltstående aktører samlet seg om viktige krav til leverandørene. I tillegg har Legeforeningen gjennom EPJ-løftet en felles kanal for kanalisering av noen prioriterte behov. Utover EPJ-løftet finnes det ikke et felles budsjett for å finansiere prosjekter. Allmenneleger har derfor i stor grad måttet basere seg på å få vedtatt prosjekter i statlig regi (Meldinger, Helsenorge.no, Reseptformidler, Helseattest førerkort, SFM mm) eller på RHF-nivå (Interactor), og delfinansiere via EPJ-løftet. Prosjektene eies og utvikles av vedkommende instans, med varierende klinikermedvirkning spesielt i utforming av kravspesifikasjoner og beslutninger om ressursbruk. Prosjektene finansierer kun sentrale komponenter, og ikke utvikling av grensesnitt og funksjonalitet for tilkopling av elektronisk pasientjournal, og ikke når de går over til driftsfase. Dette medfører at nødvendig videreutvikling i driftsfasen ikke blir gjort, selv når det er avdekket utfordringer og behov. Når det satses tungt sentralt via en stor bevilgning til samhandlingsløsninger over statsbudsjettet, så vil dette også kreve investeringsbehov hos EPJ-leverandørene. Disse investeringsmidlene finnes ikke, og departementet må tenke nytt om hvordan slike nasjonale prosjekter også kan finansiere og kreve leveranser fra EPJ-leverandørene.

#### *Digitalisering kan øke utenforskap og sosial ulikhet i helse*

Medisinske og digitale fremskritt gjør stadig flere og mer avanserte undersøkelser og behandlinger mulig. Politikere, befolkning og tilsynsmyndigheter har høye forventninger til at alle bekymringer, symptomer og helseplager skal tas på alvor og undersøkes grundig. Det snakkes mye om forebygging, men det er begrenset oppmerksomhet på forskjellen mellom helsehjelp for syke og helseoptimalisering for de friske. Fastlegen har en viktig rolle i å utjevne sosial ulikhet i helse.

---

<sup>7</sup> Guidelines should consider clinicians' time needed to treat *BMJ* 2023; 380 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072953> (Published 03 January 2023) Cite this as: *BMJ* 2023;380:e072953

Elektroniske konsultasjoner og verktøy kan senke terskelen for legekontakt og kan føre til en dreining i retning av overbehandling av friske, bekymrede og ressurssterke, på bekostning av syke med mindre ressurser. Legeforeningen er bekymret for at overdreven tro på digitale løsninger som skal selektere og prioritere innbyggerne før konsultasjon, vil ramme dårlige etterspørrere og pasienter med begrenset<sup>8</sup> digital kompetanse.

#### *Den nasjonale rådsmodellen og EPJ-løftet – arenaer som må styrkes og videreutvikles*

Legeforeningen mener den nasjonale rådsmodellen og ikke minst EPJ-løftet har vært en viktig bidragsyter for kvalitetsforbedring og utvikling av fastlegers og avtalespesialisters EPJ. En avgjørende suksessfaktor er løpende involvering av leger med kompetanse innen klinisk informatikk. EPJ-løftet fungerer som et klinikerdrevet konsensusbasert prioriteringsorgan, og trenger en solid og permanent organisering og finansiering for videreutvikling av digitale løsninger. EPJ-løftet trenger økonomi til drift og merkantil støtte på linje med andre strukturer i rådsmodellen, så det kan utøve bestillerfunksjon for prosjekter på vegne av allmennlegetjenesten/praktiserende spesialister og finansiere både utvikling og iterativ videreføring av etablerte løsninger. Strukturen kan rekruttere fagekspertter med e-helsekompetanse til sine prosjekter og fungere som kontaktpunkt for aktører som trenger slik kompetanse til utviklingsprosjekter. Klinisk allmennmedisin må også sikres en tydeligere plass i rådsmodellen, og Legeforeningen må få en plass i det nyopprettete KI-rådet.

#### *Portaloppdraget og Bedre samhandling mellom helsepersonell og NAV*

Legeforeningen deltar i arbeidet for å bedre samhandlingen mellom helsepersonell og NAV, og oppfatter dette som konstruktivt og løsningsorientert. Skal arbeidet gi reell gevinst er det likevel helt avgjørende at EPJ-leverandørsiden har riktige incentiver for å bli med. Erfaringene fra Portaloppdraget er de samme. Det foreligger et stort uforløst potensial for å fjerne tidstyver i legenes elektroniske dialog med myndighetene, som også kan gi bedre data tilbake til myndighetene. Antall portalpålogginger må reduseres og forenkles, og det må sikres integrasjon med gjenbruk av pålogging og data fra pasientjournalen. Det må etableres en teknisk integrasjon mot Altinn, slik at sensitiv informasjon fra virksomheter utenfor helsetjenesten kan komme direkte til riktig digital postkasse, altså elektronisk pasientjournal. Legeforeningen foreslår en samlet finansiering, der myndighetene også bestiller integrasjon og funksjonalitet fra EPJ-leverandørene og tar ansvar for at dette leveres.

#### *Standarder som tilfredsstillende faglige krav*

Legeforeningen erfarer, bl.a. i forbindelse med høringen om ny e-helselov og endringer i IKT-standardforskriften, at aktørene i sektoren ikke oppfattet mer bruk av juridiske virkemidler og pålegg for å sikre etterlevelse som det mest hensiktsmessige grepet for å drive e-helseutviklingen fremover. Alle former for lov- og forskriftsfesting av plikt til å benytte systemer bør således erstattes med overordnede krav til funksjonalitet i grensesnitt mellom IKT-systemer. Plikt til å kommunisere på nasjonale felleskomponenter må være knyttet til funksjonalitet og bruk av grensesnitt, ikke til

---

<sup>8</sup> [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endringer-i-aktivitet-i-helsetjenester-mars-2020-forelopige-tall/Endringer%20i%20aktivitet%20mars%202020.pdf/\\_/attachment/inline/141e3918-b031-4f27-bc0e-5ee14d442bff:c5b96929e18ad492f0a3a20c3a30fdc93fb31a18/IS-2](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endringer-i-aktivitet-i-helsetjenester-mars-2020-forelopige-tall/Endringer%20i%20aktivitet%20mars%202020.pdf/_/attachment/inline/141e3918-b031-4f27-bc0e-5ee14d442bff:c5b96929e18ad492f0a3a20c3a30fdc93fb31a18/IS-2)

spesifikk programvare. Det skal finnes valgmuligheter, og løsningene må tilfredsstillende faglige krav fra klinikerens hverdag. Det vises til Legeforeningens høringsuttalelse av juni 2021.<sup>9</sup>

Vi behøver mange forskjellige teknologiske standarder i helsetjenesten, og vi må bruke de som er mest egnet til å dekke behovet. Legeforeningen ønsker spesielt å løfte frem utfordringer med en av disse tekniske standardene: Smart on FHIR er en teknologisk standard som har potensiale til å redusere utviklingskostnader for EPJ-leverandørene for påkobling av web-applikasjoner. Legeerklæring om førerrett har blitt etablert med den teknologien, og et annet lovende konsept er "Bedre samhandling med NAV". Elektronisk helsekort for gravide kan være et annet egnet prosjekt som reduserer EPJ-leverandørenes investeringskostnader. Mange små verktøy ("kalkulatorer") som legene har bruk for i sitt kliniske arbeid er andre eksempler på mulige bruksområder. Det er behov for en avklaring rundt dette teknologivalget, da Legeforeningen opplever at det er uenighet blant aktørene om den tekniske veien videre – og dette stopper viktig fremdrift. Leverandørindustrien må involveres i beslutningen.

#### *Kunstig intelligens – Potensial ved riktig innføring i helsetjenesten*

Legeforeningen mener innføring av KI må følge de samme prinsipper som andre digitale nyvinninger. Det er mange likheter mellom KI-baserte verktøy og konvensjonell programvare, men KI-verktøy har flere unike og utfordrende egenskaper som gjør dem vanskeligere å implementere. Fenomener som databias under trening og hallusinerer kan medføre risiko for pasientsikkerheten. Kravene til pilotering og grundige metodevurderinger må være ekstra sterke. Det vil ikke lenger være nok med for eksempel krav til sikkerhet, ytelse og oppetid, slik man er vant til med tradisjonell software. Den ekstra kompleksiteten til KI-baserte verktøy, der data er en sentral komponent av produktet, krever grundigere vurdering og evaluering. Når dette er sagt: Legeforeningen ønsker at KI innføres der det er tilstrekkelig testet ut og metodevurdert. Det mest nærliggende og tryggeste området er effektivisering og avlastning i administrative oppgaver.

Innføringen av KI må som all annen digitalisering brukes til å frigjøre helsepersonellens tid slik at de kan prioritere pasientrettet arbeid og omsorg. Dette er arbeid en datamaskin ikke kan erstatte.

Det pågår interessant utprøving av en rekke KI-drevne verktøy som kan bli nyttige. Av eksempler kan nevnes:

- Automatisk journalføring av konsultasjoner, basert på lydopptak, automatisk transkribering, på engelsk "ambient dictation".
- Sammenstilling av relevant informasjon ved blant annet henvisninger og legeerklæringer.
- Gjenfinning i journal, eksempelvis: "hvilke operasjoner har pasienten gjennomgått", "hvilke legemidler har vi forsøkt for blodtrykket".
- Automatisk og rask tolketjeneste for fremmedspråklige og hørselshemmede.
- Data-/journaluttrekk fra EPJ, for eksempel identifikasjon av risikopasienter for spesifikk oppfølging, vaksineanbefaling mv.

---

<sup>9</sup> Legeforeningen 2021. [Høringsuttalelse \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforening.no/medlemsnyheter/2021/06/horingsuttalelse-til-epj-standards/)



- KI i reseptformidleren, for eksempel hindre unødvendige godkjenninger av forskrivninger, gjentatte godkjenninger, unngå dobbeltforskrivninger, gjenkjenning av generiske preparater m.m.
- Utvikle verktøy for pasienter slik at de kan rapportere standardisert om sin tilstand.

Diagnostiske verktøy på legekantoret kommer i en egen kategori kompleksitet og krever grundig vitenskapelig dokumentasjon i form av kliniske studier før det kan implementeres i bred skala.

#### *Digitale behandlingsplaner*

Digitale behandlingsplaner har vært et prosjekt kjørt av Helsedirektoratet i flere år. Legeforeningen har i stor grad vært koblet av prosjektet, og har gjennom flere møter uttrykt bekymring for flere elementer i prosjektet. Spesielt mangler en faglig drøfting av når en slik plan skal opprettes, hvilket detaljnivå og hvem som eventuelt endrer planen. I dette ligger det en risiko for en stor ny oppgave for fastlegene, spesielt med en standardisert retningslinje-basert tilnærming.

Det er uansett behov for å styrke samarbeidet med de kommunale hjemmetjenestene for utvalgte pasienter. Et sentralt premiss er at fastlegene arbeider konsultasjonsbasert, altså etter avtale. En god prosess vil være en konsultasjon med både pasient og hjemmetjenesten, der aktørene i fellesskap legger en medisinsk faglig plan for pasienten. Dette sammenfattes i et journalnotat som deles via en PLO-melding til hjemmetjenesten. Ytterligere deling med andre aktører som legevakt og spesialisthelsetjenesten kan i nær fremtid gå via dokumentdeling i kjernejournal. Hovedpoenget er altså at det er den enkelte pasients behov, en drøfting og enighet mellom pleie- og omsorgstjenestene og fastlegen, som etablerer og definerer innholdet i en plan. Planen revideres ved nye kliniske behov hos pasienten, etter ny konsultasjon. Behov for kostbar digital utvikling er minimal. Gjenbruk og videreutvikling av eksisterende teknologi er enklere, rimeligere og mer fleksibelt for skiftende behov.

#### *Digital hjemmeoppfølging*

Hittil viser den forskningen som er gjort på digital hjemmeoppfølging at dette ikke har gitt statistisk signifikant reduksjon av antall innleggelser, og en helt marginal effekt på QALYS. Derimot er det en statistisk signifikant økning i antall konsultasjoner hos fastlegen med hele 22%. Legeforeningen mener dette ikke er en bærekraftig utvikling og at videre arbeid med digital hjemmeoppfølging bør skje gradvis, med nøye utvelgning av pasienter og evaluering av resultatene. Dersom tiltaket øker ressursbruken, uten vesentlige gevinster, vil utrulling i stor skala kunne svekke det helhetlige tilbudet fra kommune- og allmennlegetjenesten.<sup>10</sup>

### **8. Hvordan kan vi forbedre andre allmennlegetjenester?**

Departementet etterspør innspill til hvordan allmennlegetjenestene i sykehjemmene, fengselshelsetjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan forbedres.

---

<sup>10</sup> Kilde: Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging. Sluttrapport, 07.01.2022; Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo; Oslo Economics; Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.



Legeforeningen mener at leger som yter helsehjelp i sykehjem, fengsler, helsestasjoner og skolehelsetjenesten må inneha den kliniske breddekompetansen som tilegnes gjennom spesialisering i allmennmedisin. Krav om spesialitet i allmennmedisin også innenfor disse områdene vil etter vår mening bidra til bedre kvalitet og mindre uønsket variasjon i tjenestetilbudet. Det er også viktig med kontinuitet i legetjenesten for å unngå inkonsistente vurderinger og at flere store og komplekse pasientgrupper ikke får den langsiktige oppfølgingen de trenger fra en fast lege.

### *Sykehjemstjenesten*

Mange steder ivaretas sykehjemsbeboere av fastleger som har en bistilling/utøver andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Samtidig ser vi en utvikling i retning av flere heltidsansatte leger i sykehjem. Det er grunn til å tro at denne utviklingen vil fortsette etter hvert som sykehjemmene får flere beboere med komplekse helsetilstander. Mange kommuner sliter med å rekruttere til disse stillingene, samt at det er utfordringer med kvaliteten i stillingene. Våre medlemmer erfarer at kompetansen som finnes ved sykehjem og i hjemmesykepleien er variabel, og at det ofte er underbemanning på kveld og natt. Gevinsten av å styrke kompetansen i denne delen av helse- og omsorgstjenesten er potensielt stor. Man kan unngå henvisninger og innleggelse som er en unødvendig påkjenning for eldre og skrøpelige pasienter, der behandlingseksekvensen ikke endres av en innleggelse. I tillegg frigir det ressurser til annen pasientbehandling og oppgaver i sykehus. Legeforeningen mener derfor at det er stort behov for å styrke kompetansen i sykehjemstjenesten, og at sykehjemsleger må få bedre muligheter til fagutvikling, utdanning og forskning. Det bør også legges til rette for økt samarbeid mellom sykehjemsleger og sykehusspesialister, da sykehjemsbeboere ofte har kompliserte indremedisinske problemstillinger.

Vi mener det er viktig å holde fast ved at man kan skaffe seg kompetansen til å jobbe på sykehjem gjennom spesialistutdanningen i allmennmedisin. Dette vil være den riktige spesialistutdanningen for de fleste leger i kommunehelsetjenesten og sykehjemmene også i fremtiden, og arbeidserfaringen i åpen uselektert praksis vil være en del av den. Samtidig er eldrebefolkningen økende, og en del leger søker seg tidlig til denne tjenesten og ønsker en livslang karriere innenfor kommunal eldremedisin. Kompetanseforskriftens krav om spesialistutdanning i allmennmedisin har hatt noen uheldige virkninger for sykehjemsmedisin, ettersom sykehjemmene opplever at kompetente leger i mange tilfeller slutter, og erstattes av unge leger som etter kort tid roterer til annen tjeneste og ofte ikke kommer tilbake til sykehjemmene. Det må derfor etableres gode spesialisingsløp i allmennmedisin også for leger som velger sykehjem som hovedarbeidsplass tidlig i karrieren. Eksempler på dette er god veiledning, tilgang til supervisjon i sykehjem, og tilrettelegging for de to årene i uselektert praksis i fastlegestilling underveis i spesialistutdanningen, som f.eks. kan gjennomføres i 50 prosent stilling over fire år, parallelt med 50 prosent stilling på sykehjemmet. Videre bør det undersøkes om det er mulig å tilrettelegge også for andre kompetanseløp for sykehjemsleger, og la enkelte leger opparbeide seg en kompetanse som skiller seg noe fra fastlegens, men som kan bidra til stabile helsetjenester av god kvalitet i sykehjemmene.

### *Fengselshelsetjenesten*

Fengselshelsetjenesten har særskilte behov. Arbeidet er allmennmedisin, men pasientene bor ikke i kommunen og legene arbeider isolert i fengselet. Det er derfor stort behov for at det etableres



interkommunale eller regionale/nasjonale strukturer hvor fengselsleger kan ha faglig fellesskap og kvalitetsutvikling.

I mange fengsler synes de innsatte å ha større helsemessige behov enn tidligere. Det bør tilrettelegges for større legestillinger, slik at medisinsk kompetanse kan benyttes både til pasientbehandling og til å utvikle tjenestetilbudet i samarbeid med kriminalomsorgen og vertskommunene. I dag overlates kontinuiteten mange steder til kommunen og sykepleietjenesten, mens legearbeidet utføres etter en bestiller-utfører-modell. Fengselsleger angir at tjenesten er for svakt koplet til helsetjenesten utenfor fengselet. Mange steder strever de med å begrense de helseskadelige effektene av frihetsberøvelse, og de har ikke kapasitet til å rehabilitere innsatte. Legen bør være aktiv i fagutviklingsarbeidet, og lede dette arbeidet sammen med ledende sykepleier og løfte medisinske behov høyere i fengselsorganisasjonen. For å bedre rekrutteringen må man sikre fagutvikling gjennom etterutdanning og sørge for gode nok arbeidsverktøy, særlig digitale verktøy som EPJ og muligheter for å tilby digitale konsultasjoner med spesialisthelsetjenesten og andre behandlere når reisevei eller bemanningsutfordringer gjør det nødvendig. Vi viser også til Legeforeningens kritiske høringsvar til Utkast til nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, som ikke bør erstatte dagens Veileder for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsel.

For å sikre det medisinske tilbudet til denne sårbare pasientgruppen foreslår vi også å etablere et nasjonalt senter for fengselshelse, på samme måte som det nasjonale kompetansesenteret for legevaktmedisin og nasjonalt senter for distriktsmedisin.

#### *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten*

Allmennleger i helsestasjon og skolehelsetjenesten møter stort sett friske barn og ungdommer. Barnevaksinasjonsprogrammet er en viktig del av oppfølgingen som gis her. Oppslutningen om programmet er generelt god. Dette er viktige arenaer for å oppdage enkelte sykdommer, samt barn som lever under marginal omsorg. Tidlige tilknytningsproblemer og traumer har et svært stort skadepotensial for både senere fysisk og psykisk sykdom.

Det allmennt medisinske forskningsmiljøet på helsestasjon og skolehelsetjeneste er beskjedent per i dag. Et nasjonalt kompetansesenter, eller en økt satsning på de allmennt medisinske forskningsenhetene, vil gi økt innsikt i hvordan man kan oppdage og iverksette tiltak for å bedre helsen til barn som vokser opp i marginale kår, og på sikt gi bedre helse for disse.

#### **9. Hva er viktig for innbyggerne i møte med allmennlegetjenestene?**

Befolkningen har behov for god tilgang til fastlegen, både gjennom telefon og digitalt, samt kort ventetid. Det bør også være mulig å bytte fastlege internt i kommunen. Dette krever en viss overkapasitet på listene i den enkelte kommune.

Befolkningen forventer at legen har høy og bred kompetanse, kjenner grensen for sin kompetanse, og henviser til utredning og behandling hos andre når det er nødvendig. For å ivareta disse behovene må myndighetene understøtte god utdanning, løpende faglig utvikling og stille kompetansekrav.

Forskning viser at befolkningen får bedre helse dersom de har en fast lege som kjenner dem og som dermed har forutsetninger for å tilpasse diagnostikk og behandling til den enkeltes behov, ønsker og ressurser. Dette blir tydeligere for befolkningen over tid, ettersom alderen og antallet helseproblemer øker. Det er viktig at helsemyndighetene legger til rette for kontinuitet i tjenestene, selv om ikke alle i befolkningen vil være oppmerksomme på verdien av en slik organisering.

For pasientene er det viktig at allmennlegen kjenner til behandlingstilbudene i kommunen, helseforetakene og velferdssystemet.

### 10. Hvordan kan det legges til rette for kloke valg i tjenesten og i befolkningen?

Leger møter pasienter med varierende helsekompetanse og ressurser – noen har god innsikt og kan presist gjøre rede for både symptomer og behov, andre pasienter har utfordringer med å følge opp egen sykdom, mens noen helst skulle ha kommet til fastlegen for lenge siden. Myndighetene har ansvar for å bidra til at befolkningen blir opplyst og tar økt ansvar for egen helse, og stortingsmeldingen bør omhandle tiltak som kan bidra til dette.

Stortingsmeldingen bør også beskrive hvilke områder som bør prioriteres framover, og hvilke områder hvor ytterligere innsats vil ha liten eller ingen betydning for folks helsetilstand. Tilbudene om medisinsk diagnostikk og behandling overstiger helsetjenestens kapasitet. Allmennlegene står i frontlinjen og bruker i økende grad tiden til å forhindre uheldig utredning og behandling. En betydelig andel av helsetilbudene som finnes har lav eller til og med negativ effekt på befolkningens helsetilstand, men dette er det mange som ikke kjenner til. Det er vanlig både i befolkningen og blant helsearbeidere å tro at tester og utredninger alltid vil være av det gode, og at overbehandling i liten grad forekommer. Mange tror også at vurdering hos en organspesialist er bedre enn hos en generalist som vurderer symptomene i en bredere sammenheng. Kommersielle tilbydere og private behandlingforsikringer forsterker denne utviklingen. Fastlegene står i presset mellom økende etterspørsel og hva som faglig sett vil være kloke valg for å unngå overdiagnostikk og overbehandling. Stortingsmeldingen bør omhandle balansen mellom publikums etterspørsel og hva som medisinskfaglig er bra for den enkelte. Det er nødvendig med en felles informasjonsinnsats for å støtte helsepersonellens prioriteringer, herunder bør befolkningen informeres om hvilke oppgaver den offentlige helsetjenesten skal prioritere. Det er viktig at dette budskapet fremkommer på en måte som er lett å forstå, og det må komme tydelig frem at dette først og fremst handler om hva som er bra for den enkelte. Dersom befolkningen oppfatter at dette primært handler om å spare penger, og oppfatter at de får et dårligere helsetilbud, kan det bli en driver for økt etterspørsel etter helprivate helsetjenester. Budskapet må formidles på en måte som trykker befolkningen på at de vil få nødvendig helsehjelp når behovet oppstår.

Det er nødvendig å øke kompetansen om forskjellen på behandling av individer og innføring av tiltak for store befolkningsgrupper. Den medisinske utviklingen gjør det mulig å stille diagnoser stadig tidligere. Allmennlegetjenesten presses stadig av grenspesialister og pasientorganisasjoner, som ser de få syke av hver enkelt tilstand, med ønske om å iverksette rutineundersøkelser for risikotilstander og mulig fremtidig sykdom. Noen ganger innføres slike tiltak uten at konsekvensene er tilstrekkelig undersøkt. I Sverige har man for eksempel vedtatt å innføre årlig blodtrykkskontroll av alle over 40 år, et tiltak som hvis det skal utføres av allmennleger vil kreve at antallet leger fordobles kun for å

løse denne oppgaven. Det er nødvendig å styrke helsetjenestens motstandsevne mot slike velmente tiltak, av hensyn til både befolkningen og allmennlegetjenesten.

Støtten til "Gjør kloke valg"-kampanjen må videreføres og kampanjen må tilføres økonomiske midler til å forsterke arbeidet. En positiv ringvirkning av denne kampanjen, utover reduserte undersøkelser og behandling som pasienter ikke har nytte av, er bedre kapasitet til de sykeste pasientene. Dette arbeidet må fortsatt skje i regi av Legeforeningen og de andre profesjonsforeningene.

Time-needed-to-treat (TNT) er et begrep lansert av svenske allmennmedisinske forskere.<sup>11</sup> De viser til at summen av alle nye tiltak og anbefalinger langt overgår kapasiteten i helsetjenesten og at vi da i sterkere grad må prioritere tiltakene og anbefalingene. Når noe skal inn, må noe annet ut eller prioriteres ned. For eksempel er individuell livsstilveiledning tidkrevende, og tiltak på gruppe- eller samfunnsnivå gir like god eller bedre effekt. Også i Norge er situasjonen slik at tiden til å følge alle retningslinjer for alle pasienter til enhver tid langt overstiger allmennlegens arbeidstid. Det må etableres som en standard at alle forslag til nye retningslinjer og behandlingstiltak inneholder et estimat over hvor lang tid allmennlegene vil måtte bruke på tiltaket. Det vil gi et godt utgangspunkt for en prioriteringsdebatt.

Vi tillater oss også å påpeke at politikere må være seg sitt ansvar bevisst, slik at de ikke overbyr hverandre med nye forventninger til hva helsetjenesten skal gjøre og nye pasientrettigheter, uten at dette er faglig begrunnet. Pasientrettigheter er viktig og nødvendig for at befolkningen skal ha en rettferdig og likeverdig tilgang til helsehjelp, og det må stå fast. Samtidig er det nødvendig at pasientrettigheter har en faglig begrunnelse, og også at det kan være en noe mer dynamisk tilnærming til pasientrettighetsvurderingen, slik at rettigheter som ikke lenger har faglig god begrunnelse også kan justeres.

Når det kommer til forebyggende arbeid er Legeforeningens oppfatning at ressursene i hovedsak brukes best til primærforebygging på gruppenivå. Mye av innsatsen må gjøres politisk og av myndighetene og i helt andre sektorer enn helsetjenesten, men medisinskfaglig kunnskap om årsakssammenhenger vil alltid være en premissleverandør for hvilke tiltak som bør iverksettes. Det er mangel på studier som viser god og kostnadsnyttig effekt av en-til-en-forebygging. Slik forebygging er også svært ressurskrevende, og bør forbeholdes situasjoner der sjansen er best for å oppnå effekt. Eksempler på det er sekundærforebygging i gyldne øyeblikk hos risikopersoner (dvs. på forespørsel og etter hendelser som skaper endringsmotivasjon), og tertiærforebygging hos pasienter med etablert sykdom og særlig høy risiko.

## 11. Avsluttende kommentarer

For å lykkes med å skape en bærekraftig allmennlegetjeneste for fremtiden, er det viktig at tiltak og endringer som iverksettes, er tilstrekkelig utredet og konsekvensvurdert. I dette arbeidet er det også viktig at myndighetene ser hen til hva som fungerer, og ikke fungerer, i ulike kommuner. Landet er langt og utfordringene varierer mye fra kommune til kommune, dermed må også virkemidlene være sammensatte og fleksible. Vurdering av tiltak og endringer må skje i åpenhet og dialog med partene,

---

<sup>11</sup> <https://www.bmj.com/content/380/bmj-2022-072953>



og Legeforeningen, som kjenner arbeidsforholdene for legene i kommunen best, må involveres i diskusjonen om hvilke endringer og tiltak som bør iverksettes.

Vi ser frem til å fortsette den gode dialogen med departementet.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Siri Skumlien  
Generalsekretær

Lars Duvaland  
avdelingsdirektør/advokat

Monica Auberg  
spesialrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)