

Innspill til stortingsmelding om allmennlegetjenesten

16. september 2024

Innhold

1. Innledning	3
2. Om fremtidens allmennlegetjeneste	5
3. Flere muligheter for organisering av fastlegetjenesten	7
4. Økte krav til ledelse	9
5. En bærekraftig finansieringsordning.....	9
6. Legevakt.....	11
7. Andre allmennlegetjenester.....	12
8. Kompetanse og kapasitet.....	12
9. Rekruttere og beholde	14
10. Digital transformasjon i allmennlegetjenesten	15

1. Innledning

Helsedirektoratet har gjennom flere år arbeidet målrettet med oppdrag for å styrke allmennlegetjenesten i kommunene.

Gjennom Handlingsplan for allmennlegetjenesten¹ som ble lagt frem i mai 2020, et samarbeid mellom regjeringen, Legeforeningen og Kommunesektorens organisasjon (KS), ble Helsedirektoratets arbeid med å styrke allmennlegetjenesten intensivert. Arbeidet har bestått av utredninger og gjennomføring av en rekke tiltak for å gjøre allmennlegetjenesten mer attraktiv for legene, sikre allmennlegetjenester av god kvalitet til alle landets innbyggere, stimulere til samarbeid og å utnytte mulighetene som nye teknologiske verktøy gir.

Tiltak som innføring av et nasjonalt ALIS-tilskudd og en betydelig økning i basistilskuddet, er sannsynlige årsaker til bedret rekruttering, økning i antallet fastleger, at andelen fastlegelister uten fast lege er redusert i innværende år og at kurven har flatet ut etter stigende trend siste år. I august 2019 var andelen på liste uten fastlege 1,3 prosent, i 2023 var andelen steget til 4,15 prosent og i august 2024 ligger den på 3,3 prosent.² For lav kapasitet og økt fremtidig behov tilsier at det fortsatt vil være avgjørende med stabilitet i ordningen og at tiltakene som er iverksatt evalueres.

I august 2022 satte regjeringen ned Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten³ med mandat til å gi konkrete forslag til tiltak for å styrke fastlegeordningen. De leverte sin utredning i april 2023, og rapporten ble sendt på høring i juni samme år. Helsedirektoratet ga i sin høringsuttalelse sommeren 2023 støtte til hovedinnretningen i ekspertutvalgets rapport og til mange av de anbefalingene utvalget kommer med.⁴ Samtidig med Ekspertutvalgets rapport kom Helsepersonellkommissjonen med tilrådninger for å møte arbeidskraftutfordringene i helse- og omsorgstjenestene.

I oppfølgingen av høringsprosessen fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede og konkretisere innretningen på flere av ekspertutvalgets forslag til endringer. Utredningene, som per dato er unntatt offentlighet, har vært brede i omfang og inkluderer blant annet områdene regulering, organisering, finansiering, kompetansekrav og spesialistutdanning. Helsedirektoratet leverte i 2024 også innspill til ny stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester, herunder også legevakt.

I dette innspill til stortingsmelding synliggjør Helsedirektoratets sine overordnede vurderinger og peker retning for fremtidens allmennlegetjeneste.

¹ [Handlingsplan for allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

² [Månedrapport – utvalgt fastlegestatistikk - Helsedirektoratet](#)

³ Heretter omtalt som Ekspertutvalget

⁴ Helsedirektoratets hørings svar på Ekspertutvalgets rapport, Gjennomgang allmennlegetjenesten, september 2023

Helsedirektoratets hovedbudskap

Kommunenes handlingsrom for organisering av fastlegetjenesten bør utvides og bygge opp under tydelige ansvarlinjer samt profesjonalisert ledelse. Videre mener Helsedirektoratet at økt andel basisfinansiering vil kunne gi økt bærekraft i fastlegetjenesten.

Fastlegens kjerneoppgaver og relasjonen mellom lege og pasient må bevares. Samtidig vil det være avgjørende med strukturelle grep som bidrar til tettere samarbeid og oppgavedeling mellom fastlegene og andre yrkesgrupper, både i og utenfor fastlegekontoret.

Allmennlegetjenesten må utvikles slik at den møter behovene til en ny generasjon leger med fleksibilitet i valg av tilknytningsform, større fagmiljø, muligheter for tilrettelagt utdanningsløp og ansettelser på tvers av tjenester og nivå.

Allmennlegene har en enestående rolle ved at de møter innbyggerne gjennom hele livsløpet. Det gir både mulighet til forebyggende tiltak før sykdom oppstår eller å begrense utvikling av en rekke sykdommer. En styrking av fastlegekontorets rolle i forebygging, vil kunne redusere veksten i bruk av øvrige tjenester på sikt.

Digitalisering har potensial til å forbedre kvalitet, tilgjengelighet og effektivitet i allmennlegetjenesten. Det bør derfor satses videre på helseteknologi, samhandlingsløsninger og kunstig intelligens. Digital samhandling har vært høyt prioritert de siste årene og bør fremover fortsatt være det. Digital samhandling mellom helsepersonell er avgjørende for å sikre helhetlig pasientbehandling. For å lykkes i dette arbeidet er digital kompetanse og endringsledelse sentralt, i tillegg til en helhetlig og fremtidsrettet informasjonsforvaltning av myndighetene.

Utviklingen av allmennlegetjenesten må legge et fordelings- og helsekompetanseperspektiv til grunn, slik at helsetjenestene er tilpasset en mangfoldig befolkning med ulike forutsetninger og ressurser. Styrking av forskningsaktivitet på, i og med allmennlegetjenesten er en forutsetning for at dette kan skje kunnskapsbasert.

Til sist er en godt fordelt, integrert og fleksibel allmennlegetjeneste viktig for helseberedskapen i landet.

2. Om fremtidens allmennlegetjeneste

For å møte økningen i fremtidig behov for helse- og omsorgstjenester, vil helsepersonellet i en bærekraftig tjeneste måtte håndtere flere pasienter og brukere. Befolkningen blir også stadig mer mangfoldig, og har ulike forutsetninger f.eks. når det gjelder helsekompetanse, språkkompetanse og digitale ferdigheter. Organisasjonsformer og finansieringsordningen må derfor bidra til en god arbeidsdeling mellom personellgrupper, bidra til at det gjøres kloke valg, skape gode fagmiljø og til at det utvikles tjenester som er til pasientens beste. I en situasjon der det er større etterspørsel enn tilbud av legetjenester, er det viktig at pasienter med størst helsefaglige behov blir prioritert og at undersøkelse og behandling foretas på beste effektive nivå. Samarbeid og samhandling mellom helsepersonell og tjenestenivåer må bygge opp under dette.

Allmennlegene har en enestående rolle ved at de møter innbyggerne gjennom hele livsløpet. Det gir både mulighet for innspill til forebyggende tiltak før sykdom oppstår eller å begrense utvikling av en rekke sykdommer. Både Helsepersonellkomisjonens utredning, Helseberedskapsmeldingen og ny Nasjonal helse- og samhandlingsplan trekker fram dette for å redusere veksten i bruk av tjenester. Det er også viktig at alle allmennleger følger opp tiltak som er dokumentert nyttige for pasientene, så som bruk av legemidler og redusert bruk av tobakk. Allmennlegene må bli fritatt for arbeid med helseattester som dokumenterer helsen til friske personer eller ubetydelige forbigående sykdommer.

Andre helsepersonellgrupper som sykepleiere, psykologer og fysioterapeuter kan bidra til å bedre kvaliteten på helsehjelpen, øke den samlede kapasiteten og støtte fastlegene innenfor behandling av de store sykdomsgruppene som psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser og kroniske sykdommer. En allmennlegetjeneste som er bedre integrert i bredden av det faglige tilbudet, kan gi bedre utnyttelse av ressursene og bedre kvaliteten i tjenesten. At fastleger i større grad deler på oppgaver og samarbeider i team rundt pasienten, med flere helsepersonellgrupper, er i tråd med anbefalingene fra Helsepersonellkomisjonen, Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten og utviklingen i andre sammenlignbare land.⁵⁶

Ledelse er viktig for å etablere gode fag- og arbeidsmiljø, drive kvalitetsarbeid, ta i bruk nye verktøy, tilrettelegge for lokale forhold og sørge for effektiv ressursutnyttelse. Økt satsing på tverrfaglige team vil kreve tydelig ledelse med oversikt over ansvarsområder, vurdering av kompetanse, behov for opplæring og oppfølging. Systematisk og god ledelse i og av allmennlegetjenesten, vil derfor være avgjørende i arbeidet med økt tverrfaglighet og for å lykkes med en bærekraftig utvikling av tjenesten.

Relasjonen mellom pasienten og fastlegen vil fortsatt være fundamentet i fremtidens fastlegetjeneste. Behovet for fastleger kommer til å vokse i årene som kommer.⁷ Veksten må ses i sammenheng med samfunnets samlede behov for arbeidskraft og med alternativ organisering, arbeidsdeling og bruk av teknologi.

For å rekruttere og beholde fastleger vil det være viktig at fastlegetyrket oppleves som attraktivt. Behovet for styring må balanseres godt mot fastlegers autonomi og kollegafellesskap. Fastleger må oppleve at de har faglig relevante arbeidsoppgaver og en rimelig arbeidsbelastning. Yngre leger har andre jobbpreferanser enn sine eldre kolleger når det gjelder rammebetingelser og økonomisk trygghet. De har også andre krav til bruk av teknologi og størrelsen på fagmiljø. Det er viktig å se endringer i organisering og finansiering i sammenheng

⁵ Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [NOU 2023: 4 \(regjeringen.no\)](#)

⁶ Ekspertutvalgets rapport (2023) [Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

⁷ Helsedirektoratets Årsrapport 2023 om allmennlegetjenesten til Helse- og omsorgsdepartementet

med ønskene til en kommende generasjon leger, som også består av flere kvinner enn menn, og skape trygghet ved gjennomføring av spesialiseringsløpet.

Likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet er et grunnleggende mål for hele vår felles helsetjeneste. Det er likevel slik at det er sosiale forskjeller både i tilgangen til og effekten av bruk av helsetjenester i Norge).⁸ Arbeidet mot sosial ulikhet i helsetjenestebruk handler i all hovedsak om å gjøre helsesystemet mest mulig tilgjengelig for alle. En vesentlig del av utfordringene kan adresseres innenfor rammene av begrepet helsekompetanse. Det viser til personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Dette er viktige kompetanser å besitte i “pasientens helsetjeneste”, der brukermedvirkning og informerte behandlingsvalg står sentralt, der stadig flere tjenester digitaliseres og der det er et ønske om å styrke forebyggende innsats for å demme opp behovet for behandling. Hver tredje person i Norge opplever utfordringer med å forholde seg til helseinformasjon.⁹ Konsekvensene av dette kan blant annet innebære dårligere helse, feilbruk av legemidler, og ulik tilgang på tjenester og helseinformasjon. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 slår fast at helse- og omsorgstjenesten må tilby informasjon og tjenester som ivaretar en mangfoldig befolkning med ulik grad av helsekompetanse, språkkompetanse og digitale ferdigheter. Helsedirektoratet mener det er viktig at det legges et fordelings- og helsekompetanseperspektiv til grunn for utviklingen av fremtidens allmennlegetjeneste.

For at befolkningen skal møte gode og sammenhengende tjenester, må helsepersonell samhandle på tvers av sektorer og nivå. Flere pasienter med komplekse og sammensatte tilstander skal i fremtiden følges opp og motta mer avansert behandling i kommunen. Dette stiller krav til økt kompetanse i kommunen, og hos allmennlegene, og det vil være behov for at legetjenesten integreres tettere med kommunens øvrige tjenester.

Allmenntmedisin som fagfelt med sin medisinske ekspertise vil være sentralt, men også personell med annen fagkompetanse, inkludert spesialistkompetanse, vil være viktig i fremtidens allmennlegetjeneste. Flere personellgrupper har i dag videre-/masterutdanninger og spesialiseringsløp som gir relevant breddekompetanse, som for eksempel master i klinisk sykepleie (AKS), master i muskelskjeletthelse og spesialisering i klinisk helsepsykologi. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan er det varslet et arbeid med en nasjonal retningslinje for masterutdanning i allmennfysioterapi. For å øke kommunens tilgang på kompetent personell vil det være viktig å legge til rette for at leger og annet helsepersonell kan arbeide teambasert og på tvers av tjenester.

Behovet for å styrke allmenntmedisinsk forskning er påpekt i flere nyere utvalg og meldinger.¹⁰ Det er viktig med kunnskap ikke bare om spesifikke sykdomstilstander i allmennpraksis og hvordan disse skal forebygges og behandles, men også om samhandling og organisering av helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Kommunen har behov for kunnskap som kan bidra til god tjenesteutvikling. I tillegg kan forskning i, på og med allmennhelsetjenesten bidra med viktig kunnskap når helsepolitikk skal utformes til det beste for pasienten.

Innovasjon handler om å finne nye løsninger på de større og mindre utfordringene allmennlegetjenesten står overfor. Det må være rom til å tenke nytt, ta i bruk nye verktøy og nye arbeidsformer. Kommuner har ulike forutsetninger og behov, noe organisering og finansiering må gjenspeile. Endringene i allmennlegetjenesten,

⁸ Goldblatt, P. m.fl. (2023) [Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014](#) (såkalt Marmot-rapport).

⁹ Le, C. m.fl (2021) [Befolkningens helsekompetanse, del I, The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 \(HLS19\)](#), Helsedirektoratet.

¹⁰ NOU 2023:5 Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn og helse. NOU 2023:4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Meld. St. 15 Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjævning av sosiale helseforskjellar. Gjennomgang av allmennlegetjenesten – Ekspertutvalgets rapport (April 2023)

må fremme kvalitet, effektivitet, riktig bruk av kompetanse, oppgavedeling, bruk av teknologi og innovasjon. Det er tid for et samlet løft for å realisere målbildet om en bærekraftig allmennlegetjeneste. For å lykkes med dette vil det være viktig at endringene støtter opp under hverandre og drar i samme retning.

3. Flere muligheter for organisering av fastlegetjenesten

Fastlegeordningen er organisert annerledes enn de fleste andre offentlige helse- og omsorgstjenester. Hovedvekten av tjenestene ytes av næringsdrivende fastleger som har organisert seg i egne virksomheter. Finansierungsordningene, der hovedfinansieringen stammer fra folketrygden, og den sentrale styringen av tjenesten gjennom trepartssamarbeidet, setter tydelige rammer for kommunens ledelse av fastlegetjenesten. Kommunens mulighet for selvstendig styring og ledelse av næringsdrivende fastleger er mindre enn for andre helse- og omsorgstjenester.

Fastlegeordningen har i dag en omfattende og komplisert regulering. Det er derfor en viktig målsetting å unngå videre kompliserende faktorer som nye organiseringsmodeller kan bidra til, både i praksis og i reguleringen av tjenesten. I stedet bør en endring i organisasjonsmodeller bidra til forenkling og tydeliggjøring av kommunenes og fastlegenes handlingsrom.

Når ulike faggruppers kompetanseområder utfyller hverandre, vil virksomhetene kunne yte et bredere allmennhelsetilbud enn hva som er mulig innenfor dagens organisering av fastlegekontorene. Flere muligheter til å velge hvordan fastlegetjenesten kan organiseres, vil bedre kunne møte behovene til både innbyggerne, yngre og eldre leger samt kommuner med ulik størrelse og sentralitet. Det vil også bidra til økt bærekraft i allmennlegetjenesten.

Behov og forutsetninger varierer med lokale forhold. En type organisering som passer godt i en kommune eller ved et legekontor, er kanskje mindre egnet et annet sted. Uavhengig av organisasjonsmodell er det viktig at innbyggerens rett til å stå på liste hos en fast lege ivaretas. Mer tverrfaglighet i fastlegetjenesten, trenger, etter vår vurdering, ikke å gå på bekostning av kontinuiteten i pasient-lege relasjonen. Gitt utfordringsbildet som allmennlegetjenesten har vært stilt overfor de siste årene, mener Helsedirektoratet det vil være positivt å utvide kommunens handlingsrom for organisering av fastlegetjenesten. Vår vurdering er at fremtidens organisasjonsmodeller må bygge opp under tydelige ansvarlinjer og tilrettelegge for god ledelse.

Slik Helsedirektoratet ser det, stenger ikke fastlegeforskriften eller andre bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven for at kommunene kan inngå avtaler med flere avtaleparter, eksempelvis gruppeavtaler med alle legene som er samlokalisert på et fastlegekontor. For kommunen vil gruppeavtalen kunne sikre nødvendig oversikt og kontroll, for igjen å kunne ivareta sine lovpålagte plikter knyttet til blant annet kvalitet, forsvarlighet og pasientsikkerhet. Mange av pliktene som i dag er pålagt den enkelte fastlege, kan egne seg godt til å reguleres i en gruppeavtale med kommunen. Eksempler på dette er tilrettelegging for studentpraksis, LIS1-stillinger og ALIS. Det kan også gjennom gruppeavtalen legges til rette for at kontoret har en daglig leder som kan uttale seg på vegne av de andre fastlegene og ha dialogen med kommunen. Ved bruk av gruppeavtaler legger vi til grunn at listeansvaret og virksomhetsansvaret fortsatt vil ligge hos den enkelte fastlege. Gruppeavtaler vil derfor måtte være et supplement til den individuelle fastlegeavtalen. En gruppeavtale kan bidra til å gjøre det lettere for kommuner å stille krav til fastleger i samme gruppepraksis, som dermed kan bidra til å forenkle kommunens arbeid med styring og ledelse av tjenesten.

Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere.¹¹ Kommunen kan i større grad enn i dag gis mulighet til å avtale en hensiktsmessig samling av helsetilbudet ved at samlokalisering med relevante helsepersonellgrupper kan inngå som en del av gruppeavtalen. I tillegg til fastlegene yter også andre personellgrupper tjenester som næringsdrivende med kommunal avtale, som fysioterapeuter. Ved samlokalisering innenfor gjeldende rett vil fortsatt fastlegene, og de øvrige helsepersonellgruppene, være ansvarlige for sin egen virksomhet. Etter vår vurdering vil økt samlokalisering av ulike helsepersonellgrupper legge bedre til rette for at ulike faggrupper kan arbeide ved siden av hverandre med atskilte fagområder. Dette gjelder uavhengig av om personellet har avtale med eller er ansatt i kommunen. Ved at det etableres sekvensielle pasientforløp får pasienten tilgang til ulike faggruppers kompetanser. Dette vil kunne gjøre at pasientene opplever kommunens tjenestetilbud som mer samlet og koordinert. Etter Helsedirektoratets oppfatning, er ikke handlingsrommet for gruppeavtaler innenfor gjeldende rett utnyttet i dagens fastlegeordning.

I tillegg til at det etableres sekvensielle pasientforløp, kan det legges til rette for tverrfaglige team rundt og sammen med pasienten, med felles beslutningspunkter, der tjenestene som gis avhenger av hverandre. På fastlegekontor er det ofte legen, helsesekretær og evt. bioingeniør som utgjør teamet sammen med pasienten. Ved behov for akutt hjelp, utvides gjerne teamet til å involvere ambulanspersonell. På legevakt er sykepleier i regelen inkludert. Ved fastlegekontor der kommunen finansierer hjelpepersonellet, er teamet oftere utvidet med flere yrkesgrupper. Også i pilot primærhelseteam var utvikling av tverrfaglige team sentralt.

Arbeid i team rundt pasienten er en arbeidsform som krever lederforankring, tett kommunikasjon, god rolleforståelse og koordinering mellom de ulike aktørene. En av forutsetningene for å lykkes med oppgavedeling er at organiseringen av virksomheten fremmer tydelige og trygge beslutningsprosesser om hvilke oppgaver som overføres mellom helsepersonellgrupper. Videre er klare ansvarsforhold et viktig premiss for å oppfylle kravet til forsvarlige tjenester, og hvor en ansvarspulverisering vil kunne få uheldige følger for den enkelte pasient. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten adresserer ledelsens ansvar for tjenestene som gis. Et konkret eksempel på krav til samhandling og samarbeid finnes i akuttmedisinforskriftens § 4, hvor kommunene og helseforetakene skal legge til rette for trening i samhandling.

Ved delegering vil den enkelte lege stå ansvarlig for oppgavene som delegeres, noe som vil redusere behovet for ansvar på virksomhetsnivå. Siden en lege ikke kan delegerer oppgaver ut over eget kompetanse- og ansvarsområde, vil delegering på et fastlegekontor i praksis være begrenset til at annet personell utfører legens oppgaver. Selv om det er potensiale for delegering av oppgaver til ulike faggrupper, vil delegering likevel sette en begrensning på graden av oppgavedeling.

Organiseringsmodellen som ekspertutvalget beskriver som fastlegeselskap, kan legge til rette for tydelige ansvars- og ledelseslinjer, noe som er nødvendig dersom flere helsepersonellgrupper skal jobbe i parallell med fastlegen. En slik type organisering vil også kunne øke graden av oppgavedeling, tilrettelegge for innovasjon og profesjonisert ledelse, og styrke fastlegekontorenes bestillerkompetanse.

Dersom det skal åpnes for organisering i fastlegeselskap, mener Helsedirektoratet det bør innføres regler som begrenser hvem som kan eie slike selskaper. Det vil være viktig å sikre tilstrekkelig offentlig kontroll med privat drift av en så viktig del av den offentlige helse- og omsorgstjenesten og vår velferdsmodell, som fastlegetjenesten. Hensyn til kommunenes handlingsrom for styring og ledelse av fastlegetjenesten, hensynet til legenes faglighet og forsvarlighet i helsehjelpen som skal ytes, og hensyn til ressursbruk, tilsier at det bør stilles slike regler.

¹¹ Fastlegeforskriften § 19

Innbyggere tilknyttet fastlegelister der ansvaret ligger til et fastlegeselskap, må fortsatt kunne velge seg en fastlege på samme måte som i dag. Helsedirektoratet mener det er særlig viktig at retten til å velge og å bytte fastlege, tilgangen til legen og opplevelsen av å ha det samme personlige en-til-en-forholdet til sin fastlege er lik for alle innbyggere, uavhengig av hvilken organiseringsmodell som ligger bak.

4. Økte krav til ledelse

De fleste fastlegekontor er bedrifter som i fellesskap sørger for at vurderinger, rutiner og oppgaver er på plass. Gjennom samarbeidsavtaler kan ansvar for ulike områder fordeles og lederansvar plasseres. Ved inngåelse av individuelle fastlegeavtaler er den enkelte fastlege ansvarlig for sin virksomhet og sine tjenester. Delegering av oppgaver fra fastlegen til annet personell, eller inngåelse av samarbeidsavtaler, vil ikke endre på dette ansvarsforholdet.

Å lage rutiner inngår som en sentral del av virksomhetens plikt til å etablere et internkontrollsystem, og å sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i lover og forskrifter.¹² En del av ledelsesansvaret er å sørge for at det finnes rutiner for hvilke oppgaver ulike personellgrupper skal utføre og å ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.¹³

Gode prosesser for oppgavedeling er avhengig av at ledelsen har kunnskap om gevinster og utfordringer ved nye måter å løse oppgavene på. Ledelsen trenger kunnskap om personellgruppens kompetanse, og de trenger kompetanse i teamarbeid og teamledelse. Godt lederskap kan bidra til å redusere usikkerhet og motstand, og legge til rette for at helsepersonellet kan få rom til å dele egne initiativ og innovasjon. En leder kan også inspirere og engasjere sine medarbeidere, gå foran i å tenke nytt og annerledes, og lede an i prosesser med utvikling av tjenesten. På den måten vil ledelse være sentralt for at tjenesten sammen finner bedre og mer effektive måter å løse oppgavene på, og være en pådriver for innovasjon i allmennlegetjenesten.

En organisering hvor flere helsepersonellgrupper jobber sammen og skal dele på oppgaver, vil øke behovet for ledelse i virksomheten. Lederkompetanse vil derfor, i tillegg til tydelige ansvarslinjer, være helt avgjørende for å lykkes med økt innovasjon, tverrfaglighet og oppgavedeling i allmennlegetjenesten.¹⁴

5. En bærekraftig finansieringsordning

I vurderingen av finansieringsordningen for fastlegetjenesten må ulike hensyn veies mot hverandre. Basisfinansiering og aktivitetsbasert finansiering (takster) har ulike virkninger. Blandingsforholdet mellom basisfinansiering og takster vil til dels være en avveining mellom ulike verdier, prioriteringer og ønskede effekter av finansieringsmodellen.

Høy andel aktivitetsbasert finansiering i form av takster stimulerer til høyt aktivitetsnivå for fastlegene. Det bidrar til stort omfang av tjenester til listeinnbyggere som har fastlege, og til redusert ventetid for å få time. Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, Helsepersonellkommissjonen og Sykehusutvalget peker på at det er

¹² Helsetilsynsloven § 5 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

¹³ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6 og 7 og Helsedirektoratets veileder til forskriften (Helsedirektoratet, 2017)

¹⁴ Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [NOU 2023: 4 \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

risiko for at høy andel aktivitetsbasert finansiering kan føre til overforbruk av helsetjenester. En slik modell gir insentiver til å yte mange tjenester, eller til å innrette praksis mot de mest innbringende takstene, uten at det nødvendigvis gir de beste tjenestene på sikt eller til dem som trenger det mest. Helsedirektoratet mener det bør være et grunnleggende premiss at finansieringen av fastlegeordningen innrettes slik at den, i størst mulig grad, støtter opp under at det gjøres gode medisinskfaglige prioriteringer og vurderinger. Etter vår vurdering vil en noe økt andel basistilskudd legge til rette for dette.

En reduksjon i takstenes andel av samlet finansiering vil kunne føre til endringer i muligheten for å benytte takstene som insentiver. Helsedirektoratet vil imidlertid hevde at det er krevende å utvikle og vedlikeholde et takstsystem med så presise takster at alle ønskede aktiviteter belønnes. Det vil være ønskede aktiviteter som ikke har takster. En økende andel pasienter med flere og sammensatte lidelser vil også måtte øke kompleksiteten og detaljeringsgraden for å treffe målrettet med takstsystemet. Aktiviteter som ikke har takster, vil få lavere oppmerksomhet og prioritet i en situasjon med høy andel takstfinansiering. Helsedirektoratet vil likevel understreke at det er viktig å beholde en andel takstfinansiering for å gi balanserte insentiver til aktivitet.

Økt andel basistilskudd vil kunne medvirke til at fastlegen prioriterer oppgaver som ikke nødvendigvis utløser takster. Eksempler på dette kan være innovasjon og utvikling av tjenesten, kvalitetsarbeid, teamarbeid og samarbeid med kommunen. Det vil også gi økonomisk trygghet til å kunne ansette annet helsepersonell, gi bedre kostnadskontroll ved finansiering av tverrfaglighet, og det vil knytte finansieringen sterkere opp mot kommunenes sørge-for-ansvar.

En høyere andel basistilskudd vil gi insentiv i retning av at fastlegene tar ansvar for flere innbyggere. Dette insentivet må ses i sammenheng med økt tverrfaglighet på eller knyttet til fastlegekontoret, endringer i organisering og fastlegenes arbeidsoppgaver. Disse tiltakene vil være viktige for å bidra til at fastleger som velger å ta ansvar for flere innbyggere, kan få til dette, uten at arbeidsbelastningen øker. Effektene av å videreutvikle dagens pasienttilpassede basistilskudd vil bli større dersom andelen basistilskudd øker.

Helsedirektoratet er videre opptatt av at økt andel basistilskudd vil gi økt økonomisk trygghet for nye leger, og at dette kan virke rekrutterende. Økt andel basisfinansiering vil gi mer forutsigbare rammer for leger, knyttet til fravær, egen sykdom og syke barn, noe som spesielt yngre leger har etterspurt. Flere unge leger ønsker ansettelse med fastlønn. I lys av dette kan mer økonomisk forutsigbarhet, som følge av økt andel basistilskudd, bidra til at flere unge leger velger næringsdrift.

I vurderingen av fordeler og ulemper ved dagens finansieringsordning av fastlegetjenesten, mener vi at en økt andel basisfinansiering og noe redusert andel takster er et virkemiddel som bedre legger til rette for kloke valg i tjenesten, rekruttering, tverrfaglighet, innovasjon og derved økt bærekraft i fastlegetjenesten. Dagens finansiering har en høy andel insentiv gjennom takster. Å dempe de økonomiske insentivene noe, vil også bidra til at finansieringen av fastlegetjenesten likner mer på den vi har i øvrige deler av helse- og omsorgstjenesten.

Innretningen på dagens takster må vurderes i lys av økt tverrfaglighet i fastlegetjenesten og behov for en mer profesjonsnøytral finansiering. Videre ser Helsedirektoratet behovet for en forenkling av takstsystemet. Samtidig er takstene per i dag grunnlag for å følge med på og analysere aktiviteten i fastlegekontorene. En betydelig reduksjon i antall takster vil redusere tilgangen til viktig informasjon om fastlegenes og legevaktens aktivitet. Vi mener det i så fall vil være nødvendig at det etableres alternative og helst bedre kilder for innhenting av informasjon og styringsdata.

6. Legevakt

Befolkningen har behov og rett til likeverdige akuttmedisinske tjenester uavhengig av bosted. Kommunene skal tilby en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og minst én lege skal være tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen består av et lokale for oppmøte for pasienter og brukere, og et nødnummer 116117. Legevaktene i Norge er ulikt organisert. Både demografi, geografi, bemanning og økonomi er faktorer som påvirker organiseringen. For at befolkningen skal motta likeverdige legevaktstjenester, består hovedutfordringen for kommunene i å finne en balanse mellom ulike hensyn der større driftsorganisasjoner og redusert vaktbelastning for legene må balanseres mot tilgjengelighet for befolkningen, lokal forankring og samarbeid med aktører i den kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten.

Utfordringene i legevakt er nært knyttet til utfordringer med å rekruttere leger. Legevakt utgjør en stor del av arbeidshverdagen til mange fastleger, spesielt i mindre kommuner i distriktene. En utvikling i retning av at legevakt inngår i normal arbeidstid for leger kan være et langsiktig mål. I tillegg til selve arbeidstiden vil arbeidsmengden på vakt og hvilke forutsetninger som ligger til grunn for å gi god pasientbehandling, påvirke legevaktslegens opplevelse av arbeidsbelastning. Det er avgjørende at legevaktspersonellet opplever mestring og mulighet til å gi god pasientbehandling. Trygge rammer og gode fagmiljøer krever tydelig ledelse og at en har det medisinskfaglige ansvaret. Det må stimuleres til faglig samarbeid inkludert felles trening for å utvikle gode fagmiljøer og effektive pasientforløp innad i og på tvers av kommuner, profesjoner og akuttmedisinske tjenester. Godt samarbeid mellom ulike tjenester på vakt i kommunen, vil gi bedre utnyttelse av de samlede ressursene og kan øke kvaliteten på de tjenestene som gis.

Et akuttmedisinsk team med f.eks. ambulanspersonell og fastlege/legevaktlege og sykepleier/klinisk avansert allmennsykepleier, sammen med pasienten, er et "spisset" eksempel et teamarbeid der rollebevissthet, ledelse og kommunikasjon læres, og trekkes med til andre typer teamarbeid.

Legevaktsentralene utgjør den største delen av de akuttmedisinske tjenestene med over 3 millioner henvendelser årlig. Her tar befolkningen kontakt ved alle typer akutt sykdom eller skade. Legevaktsentralen, via 116117, er som regel første kontaktpunkt. Utfordringen for legevaktsentralen er å møte kravet om å besvare 80 prosent av henvendelsene normalt innen to minutter. På landsbasis har ikke denne målsettingen vært nådd i noen av årene i perioden 2018-2023. Tall for 2023 viser en andel på 63 prosent.

Legevakt er en del av den helhetlige akuttmedisinske beredskapen i kommunene, slik også fastlegekontorene samt de andre delene av helse- og omsorgstjenestene er. Samhandling mellom de ulike delene av den akuttmedisinske kjeden og de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene, som sykehjem, hjemmesykepleie og ØHD, kan være utfordrende. Ulike digitale systemer og journalsystemer hindrer deling av informasjon mellom de ulike tjenestene. En voksende utfordring er manglende samhandling mellom legevaktsentraler, AMK og ulike velferdsteknologisentre. Dette er et hinder for god og effektiv pasientstrøm ved akutte og alvorlige hendelser.

Helsefelleskapene bør gis ansvar for en helhetlig vurdering av de ulike tjenestene i sitt opptaksområde med mål om god beredskap, effektiv utnyttelse av ressurser og helhetlige og sammenhengende tjenester med hensiktsmessig oppgave- og ansvarsfordeling. Etablering av legevaktsatellitter, som betjenes av helsepersonell i vakt lokalt i et samarbeid med legevaktslege i legevaktsentral, er et tiltak som Helsedirektoratet mener kan benyttes i flere distrikt. Tilrettelegging for bruk av video ved alle legevaktsentraler og legevakter vil kunne understøtte samhandling mellom aktørene og stimulere til etablering av nye samhandlingsordninger. Tilgjengelig legevaktslege sentralt kan også være en faglig støtte for helsepersonell med pasientkontakt lokalt, og kan også bidra til å redusere arbeidsbelastningen for leger i vakt.

Ved endringer er det viktig å ha et system for å følge med på utviklingen og etablere nasjonale kvalitetsindikatorer som setter fokus på prioriterte områder. Formålet er å identifisere om utviklingen går i ønsket retning, samt identifisere utilsiktede konsekvenser slik at kompenserende tiltak kan iverksettes.

7. Andre allmennlegetjenester

Flere eldre pasienter og flere pasienter med kroniske og mer komplekse tilstander skal i fremtiden håndteres av kommunene. Noen av allmennlegetjenestene i kommunen er organisert utenfor fastlegeordningen som legetjenester i legevakt, i sykehjem, ved kommunale akutt døgnplasser, i helsestasjon, skolehelse-tjenesten og allmennlegetjeneste til innsatte i fengsel. For å møte befolkningens behov velger noen kommuner å organisere også andre legetjenester utenom fastlegeordningen, som for eksempel legetjenester til flyktninger og lege til beboere i omsorgsbolig. Kommunene velger selv hvordan de vil organisere disse legetjenestene. I større kommuner er det ofte opprettet egne stillinger, men i mindre kommuner betjenes disse stillingene av leger i kombinasjon med fastlegepraksis. Rammene for allmennlegetjenesten må være slik at kommunene har mulighet til å gjøre lokale tilpasninger i organiseringen av tjenestene og benytte kompetanse på tvers av disse.

Allmennt medisinsk spesialitet gir nødvendig kompetanse i allmennt medisinske stillinger, men det bør være rom for at kommunen også kan ansette leger med andre spesialiteter i allmennlegetjenestene utenfor fastlegeordningen. Tiltak som styrker allmennt legens opplevelse av mestring og mulighet for å gi god pasientbehandling vil virke stabiliserende og rekrutterende, samt gi tjenester av god kvalitet. For å få til dette må det etableres gode fagmiljø med mulighet for faglig støtte og veiledning.

De sykeste pasientene mottar ofte flere tjenester fra ulike nivå. Fastlegens rolle som medisinsk faglig koordinator og samarbeidspartner må forventes å øke i tråd med den demografiske utviklingen. Kommunen består av mange sektorer og tjenester, og det vil være behov for at fastlegen og øvrige allmennleger bistår med sin kompetanse der det trengs. Allmennlegetjenester som er godt integrert med helse- og omsorgstjenestene i kommunen, inkludert fastlegeordningen og andre samarbeidspartnere, er nødvendig for å sikre spesielt svake og sårbare grupper gode helse- og omsorgstjenester i fremtiden.

Tydlig ledelse er en viktig forutsetning for å få til denne ønskede utviklingen. Samtidig må digitale verktøy som blir benyttet i disse tjenestene, på en bedre måte enn i dag, understøtte gode pasientforløp, deling av opplysninger og samhandling mellom tjenestene.

8. Kompetanse og kapasitet

Behovet for kompetanse og kapasitet i allmennlegetjenestene bør møtes med økt satsing på breddekompetanse, tverrfaglighet og digital kompetanse. Vi må utarbeide modeller for oppgavedeling, både vertikalt og horisontalt i "helsepersonellpyramiden", som presentert i Helsepersonellkomisjonens rapport.¹⁵ Ressursene må brukes best mulig gjennom fokus på prioritering og kloke valg. Helsedirektoratet mener

¹⁵ [Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjenesten. NOU 2023: 4 \(regjeringen.no\). Figur 8.2, skjematisk fremstilling av oppgavedeling, bygd nedenfra](#)

ressursutnyttelsen på personellsiden må sees på helhetlig og i sammenheng med hele vår felles helse- og velferdstjeneste, som også inkluderer spesialisthelsetjenesten og andre profesjoner enn helsepersonell. God ressursfordeling av personell på tvers av tjenestenivåene, muligheter for utdanningsløp og ansettelse på tvers, bør det arbeides videre med. Det er viktig at tiltak på helsepersonellfeltet ikke virker drivende for antallet personell som behøves. Dette gjelder også ved utredning av behovet for nye spesialistutdanninger, hvor de seks kriteriene for opprettelse, beskrevet i nasjonal helse- og samhandlingsplan¹⁶, må benyttes aktivt.

Det helhetlige blikket og god ressursutnyttelse inkluderer også fokus på breddekompetanse hos helsepersonell. Helsepersonell som arbeider bredt, har spisskompetanse innen helhetlig ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende, og er nyttige fagpersoner som kan akuttbehandle, utrede og følge opp pasienter med en rekke tilstander i den fulle bredden av sitt fagfelt. Allmennlegen er en breddekompetent lege, og denne kompetansen bør ivaretas og styrkes. Helsepersonellkommisjonens rapport beskriver behovet for økt fokus på breddekompetanse på en god måte. Grunnutdanningene for helsepersonell er i sin natur brede, og helsepersonellet må sies å ha breddekompetanse ved endt utdanning. Den brede kompetansen, og den helhetlige tankegangen om ivaretagelse av pasienter og brukere, må være synlig i yrkesutøvelsen senere og må etterspørres av ledere. I de ulike personellgruppenes spesialist-, videre- og etterutdanningsløp bør breddekompetanse i utøvelse av spisskompetanse også vektlegges.

I tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Helsedirektoratet for 2024, uttaler HOD at legespesialitetene og deres faglige innhold gir store føringer for kompetanse, organisering, bemanning og drift av tjenestene. Det står også at det er behov for å innrette legespesialiseringen og legespesialitetene i større grad mot breddekompetanse og behovene i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helsedirektoratet er godt i gang med oppdrag relatert til dette, herunder å vurdere tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse hos leger som yter legetjenester i institusjon og til hjemmeboende brukere. Oppdragene inkluderer også å gjennomgå læringsmål i relevante spesialiteter og videreutvikle spesialitetsstrukturen for å innrette spesialiseringen av leger bedre mot pasientenes og tjenestens behov, herunder for breddekompetanse.

Det kan være mye å hente på et tettere samarbeid mellom de regionale utdanningssentrene (RegUt) og ALIS/SamLIS-kontor, særlig med tanke på at leger i spesialistutdanningene i fremtiden skal bevege seg mer mellom arenaer i sykehus og kommune og med en anslått "hus/hyttemodell" med delte stillinger i både foretak og kommuner. RegUt følger i dag opp alle sykehusspesialiteter og den av de tre ASA-spesialitetene som ikke er knyttet til kommunehelsetjenesten (arbeidsmedisin). Samtidig er det viktig å anerkjenne ALIS/SamLIS kontorets oppgave med å veilede kommunen i sin nye rolle knyttet til legenes spesialistutdanning. Arbeidsoppgaver og -metoder vil være litt ulike grunnet ulike ansvar for opplæringsstedene også. Fastlegekontorenes drift er ikke kommunenes anliggende på samme måte som en sykehusavdelings drift er det for aktuell sykehusledelse. Helsedirektoratet foreslår at et tettere samarbeid mellom ALIS-kontorene og RegUt vurderes, for å bidra til at ressursene på utdanningsfeltet kan lære av hverandre og at utdanningsløpene til leger i spesialisering kan sees i sammenheng.

Helsedirektoratet har et mål om at søknads- og at godkjenningsprosessen etter gjennomført spesialistutdanning i Norge automatiseres mest mulig slik at leger kan få spesialistgodkjenning så raskt som mulig etter fullført spesialisering.

¹⁶ [Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Kortere ventetider og en felles helsetjeneste - regjeringen.no](#)

9. Rekruttere og beholde

Alle leger som ønsker å bli spesialister, må starte med utdanningens første del (LIS1) før de kan fortsette i det videre spesialiseringløpet. Det er stor konkurranse om LIS1-stillingene. For kandidater som ikke når opp i konkurransen om stillingene, kan LIS1 være en flaskehals som gjør at mange kommer sent i gang med sin spesialistutdanning. Dette rammer særlig leger med utenlandsk nasjonalitet og utdanning fra land utenfor EØS. Flere helseforetak har ønsket å se på ordninger for flyktninger og leger med lang medbrakt kompetanse, noe Helsedirektoratet støtter.

Fra 2025 er det foreslått en ordning med egenopprettede LIS1-stillinger etter behov. For egenopprettede stillinger er det sykehus og kommuner som må dekke kostnadene, og det gis ingen statlige refusjoner. Ordningen kan bidra til at flere leger får gjennomført LIS1-tjenesten og flere kommuner får dekket sitt behov.

Omlegging til søknadsbasert inngang til spesialistutdanningen har medført noen uheldige konsekvenser. Det er et stort volum av søknader til LIS1-stillingene og mange leger søker flere stillinger samtidig. Dette medfører mye arbeid for foretak og kommuner samtidig som søkermassen har relativt like kvalifikasjoner. Konsekvenser av dette kan bli at andre faktorer gis en uforholdsmessig stor vekt. For søker kan det også bety at studietiden for mange fylles med sideaktiviteter som gjør at man kan skille seg ut i søknadsbunken til LIS1-stilling. For rekrutteringssvake kommuner er det spesielt uheldig at LIS1 kan trekke seg fra stillingen i kommunen kort tid før oppstart, dersom "Resttorget" gir tilbud om en mer attraktiv kommunetjeneste. Grunnet kjente rekrutteringsutfordringer i distrikt, bør tiltak vurderes.

Leger som har gjennomført deler av en spesialistutdanning i utlandet kan få vurdert læringsmål på bakgrunn av sin utenlandske tjeneste. Helsedirektoratet vurderer læringsmål i LIS1 og allmenntidisin på bakgrunn av innsendt dokumentasjon. For sykehusspesialitetene er det arbeidsgiver som gjør tilsvarende kompetansevurdering for del 2/3 på bakgrunn av utenlandsk tjeneste. De har også mulighet til å vurdere legens ferdigheter og kompetanse. Det bør gjøres en vurdering av om arbeidsgivere også bør bidra i vurdering av LIS1-læringsmål og læringsmål i allmenntidisin (LIS3).

Leger med lang erfaring som har gjennomført minst 3 år og 3 måneder av en spesialistutdanning i utlandet, og som bare mangler en mindre del av LIS1-læringsmålene, kan ansettes direkte i et videre spesialistløp (LIS2/3). Helsedirektoratets erfaring er at det er få leger som oppfyller disse kravene. Flere leger har blitt ansatt på feil grunnlag på grunn av misforståelser knyttet til denne unntaksbestemmelsen i spesialistforskriften. Helsedirektoratet har foreslått endringer i regelverket på dette området.

Spesialister som ønsker å begynne i et nytt spesialistløp må i dag ha dokumentert LIS1 eller tidligere turnusordning før de kan spesialisere seg i ny spesialitet. Leger som har konvertert en spesialistutdanning fra utlandet, mangler denne dokumentasjonen. De kan søke Helsedirektoratet om en vurdering av LIS1 læringsmål på bakgrunn av utenlandsk spesialistutdanning, men de har som regel ikke tilstrekkelig relevant tjeneste. Leger med norsk spesialistgodkjenning på bakgrunn av utenlandsk spesialistutdanning, må som regel starte i en LIS1-stilling for å komme videre i neste spesialitet. Gjennomført LIS1 er også et krav for å få refusjon fra Helfo. Helsedirektoratet mener at det er behov for å se på regelverket på dette området.

Tilskuddet til ALIS-avtaler har bidratt til økt rekruttering, og antallet leger som det søkes støtte til har økt betraktelig etter innføring av tilskuddsordningen for Nasjonal ALIS og veiledning. Det vil også fremover være avgjørende med god rekruttering til fastlegeordningen og til andre legestillinger i kommunen, og ALIS tilskuddet er sentralt for arbeidet med tilrettelegging av faglig utvikling og gode og trygge fagmiljø.

10. Digital transformasjon i allmennlegetjenesten

Allmennlegene var tidlig ute med elektroniske pasientjournaler, allerede i 1993 anslås det at 50% av disse benyttet digitale løsninger.¹⁷ Digitale løsninger er stadig i utvikling og er i økende grad en integrert del av allmennlegetjenesten og fastlegeordningen. Et viktig mål med digitalisering av helse- og omsorgssektoren er mer effektiv utnyttelse av ressursene, og utredningen "Tid for handling" påpeker at *'Digitalisering og ny teknologi har endret helse- og omsorgstjenestene, og vil bidra til å endre dem ytterligere i fremtiden'*¹⁸. Vi ser nye muligheter og utviklingsområder i mer deling av data, automatisering, kunstig intelligens og helseteknologi. Forbedring av journalsystemer, samhandlingsløsninger, og velferdsteknologi på helseområdet er områder som vil fortsette å være i sterk vekst, og det er en avhengighet til et godt samspill med næringslivet for å realisere løsninger som bidrar til å oppnå de ønskede målene.

Digitaliserings- og innovasjonsprosesser må støttes av finansieringsløsninger, organisering og regulering. Helsedirektoratet støtter Ekspertutvalget¹⁹ som peker på flere viktige utfordringer knyttet til digitalisering i allmennlegetjenesten, heriblant:

- Kommunene er mange og av svært varierende størrelse. Hver for seg har de begrensede ressurser til anskaffelser, finansiering og til gjennomføring av endringsprosesser. Det samme gjelder for fastlegekontorene.
- Utfordringene knyttet til utvikling og innføring av tverrgående og grunnleggende samhandlingsløsninger på tvers av forvaltningsnivåer er mange og komplekse.
- Det er behov for tydelig ledelse i allmennlegetjenesten som ser forbi teknologien, forstår digitaliseringen og endringsbehovene i et større perspektiv, og som tilrettelegger for tjenesteutvikling.
- Innbyggernes forventninger til kvalitet og tilgjengelighet av allmennlegetjenester er økende. Framveksten av private aktører som tilbyr helsetjenester digitalt viser at allmennmedisin er et marked der befolkningen er villige til å betale for legetjenester med god tilgjengelighet.

Utfordringer knyttet til samhandling

Allmennlegetjenesten er en mangfoldig gruppe der enhetene hver for seg har begrensede ressurser til anskaffelser, finansiering og gjennomføring av digitaliserings- og endringsprosesser. Samtidig er fastlegene navet i informasjonsflyten i helse- og omsorgstjenesten, både innad i kommunene og mellom omsorgsnivåene, men også i forhold til andre offentlige etater og det private (f.eks. forsikringselskaper). Med stadig flere pasient- og brukergrupper som trenger tjenester fra ulike nivåer og sektorer, er god samhandling en forutsetning for gode pasientforløp. Digitalisering muliggjør informasjon til rett person i rett tid, slik at alle, både klinisk og administrativt personale, kan utføre sine oppgaver effektivt og med høy kvalitet, samtidig som pasientsikkerheten ivaretas.

For at vi skal oppnå den ønskede nytten med digital samhandling, er det helt avgjørende at alle involverte aktører, tar samhandlingsløsningene i bruk. En forutsetning for at de skal bli tatt i bruk, er at løsningene støtter behovene og arbeidsprosessene hos de ulike aktørene, herunder allmennlegene. Helsedirektoratet erfarer at

¹⁷ <https://www.legeforeningen.no/contentassets/07ea51b33104483bac68f3522beda619/fra-da-til-na-den-lange-historien-om-elektronisk-pasientjournal-i-legekontor-2015.pdf>

¹⁸ NOU 2023, Tid for handling

¹⁹ (Gjennomgang av allmennlegetjenesten- Ekspertutvalgets rapport, 2023)

det i tiltak som skal etablere digital samhandling, er en risiko for at fremdriften blir uforutsigbar og at fastlegenes behov ikke i tilstrekkelig grad blir ivaretatt.

EPJ-løftet er et samarbeidstiltak som ble etablert av HOD og Legeforeningen i 2015. Hovedformålet er å realisere funksjonelle forbedringer i fastlegers og avtalespesialisters elektroniske pasientjournalssystemer²⁰, og gjennom det kompensere for utfordringene pekt på over. EPJ-løftets erfaringer bekrefter en stor etterspørsel fra ulike aktører som ønsker å etablere digital samhandling med fastlegene.

Utfordringer i pasientjournalmarkedet

Pasientjournaløsningen (EPJ) er allmennlegenes viktigste verktøy og av stor betydning for kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen. Det er mange ulike pasientjournaløsninger²¹ i bruk i allmennlegetjenesten.

Sammenhengende tjenester i helsesektoren forutsetter gjerne lange verdikjeder med mange prosesssteg (inkludert myndighetspålagte steg), der ulike aktører og teknologi interagerer. Ulike myndighetsområder, forvaltet av statlige aktører, er i økende grad en del av denne kjeden. Deler av kjeden er tjenester som skal sikre at innbyggere og helseaktører får innfridd sine rettigheter, at gjeldende regelverk følges og at tiltakene er samfunnsøkonomisk forsvarlige. Digitale løsninger bør være enkelt tilgjengelig i helseaktørens arbeidsflate for at de skal fungere godt. Tradisjonelt har de ulike EPJ-leverandørene implementert løsninger hver for seg. Leverandørene er imidlertid ofte stilt overfor en større oppgavemengde enn tilgjengelig kapasitet. Dette kan medføre at viktige tjenester forvaltet av statlige aktører ikke når ut, og at samfunnsoppdragene ikke oppnås.

Sentrale utfordringer knyttet til EPJ-markedet ligger til grunn for utfordringene skissert ovenfor:

- EPJ-leverandørmarkedet som retter seg mot kommuner og allmennleger, består i stor grad av mindre virksomheter og har begrenset kapasitet for utvikling. Det norske EPJ-markedet er et forholdsvis lite marked, og leverandørenes mulighet til å tjene inn kostnadene ved utvikling kan være begrenset, noe som kan gi svake insentiver for slik utvikling.
- EPJ-leverandørene mangler forutsigbarhet og oppfatter at kundene, helsevirksomhetene og statsforvaltningen opptrer fragmentert og ukoordinert. Leverandørene gir uttrykk for at det kan være vanskelig å vite hvilken utvikling de skal prioritere. Det kan samtidig ta lang tid før alle relevante virksomheter tar i bruk nyutviklet funksjonalitet.
- Det norske EPJ-markedet har lenge vært preget av svak konkurranse. Det er krevende for nye leverandører å etablere seg ettersom det er lav mobilitet blant EPJ-kundene. Kundene opplever tidvis å være låst til sin leverandør, som følge av tekniske hindringer for datamigrering og høye byttekostnader. Ved innføring av ny samhandlingsfunksjonalitet, vil gevinstene av ny funksjonalitet i flere tilfeller kunne tilfalle andre enn de som bestiller og betaler for funksjonaliteten. I noen tilfeller vil ingen helsevirksomheter kunne hente ut gevinstene før et flertall av virksomhetene har tatt den nye funksjonaliteten i bruk. Dette kan svekke helsevirksomhetenes og leverandørenes motivasjon for å delta i digitale samhandlingstiltak.

Det har de siste årene kommet til flere nye leverandører, og det har også vært flere eksempler på oppkjøp og konsolidering blant leverandørene. Dette vil kunne bidra til å øke gjennomføringskraften, men foreløpig er det for tidlig å konstatere konkrete effekter.

²⁰ Direktoratet for e-helse, *Situasjonsbeskrivelse EPJ-løftet*, 29. september 2023

²¹ [Kartlegging av elektroniske pasientjournalssystemer og deres støtte for nasjonale e-helseløsninger v1.0.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Digitalisering for effektiv ressursutnyttelse og helhetlige pasientforløp

Digitalisering har potensial til å forbedre kvalitet, tilgjengelighet og effektivitet i allmennlegetjenesten. Ved å tilby løsninger som digital timebestilling, digital dialog og e-konsultasjoner møtes pasientenes behov på en fleksibel og tilgjengelig måte. Tjenestene må innrettes slik at de ikke fører til utilsiktet merarbeid for fastlegene og at innbyggerne er godt opplyste om egne rettigheter og kostnader ved bruk av tjenestene. Dessuten er det viktig at digitale løsninger ikke skaper økt distanse og fremmedgjøring mellom mennesker når helsehjelp trengs. I et helsesystem som baserer seg på at alle støtter opp om rettferdig fordeling av fellesskapets verdier og tillit til at det skjer, må digitaliseringen også bygge opp om det. Slik Ekspertutvalgets gjennomgang av allmennlegetjenesten påpeker, står flere grupper i samfunnet i fare for å falle utenfor ulike samfunnsarenaer grunnet digital kompetanse, og digitalt utenforskap rammer særlig personer med lav inntekt, høy alder, manglende samtykkekompetanse og de som står utenfor arbeidslivet.²² Digitaliseringen i allmennlegetjenesten bør skje på en måte som ikke forsterker de sosiale ulikhetene i helse. Ekspertutvalget framhever i tillegg at innovasjonsarbeid må gjøres slik at tilgjengeligheten til nødvendige helsetjenester sikres, også til de som i liten grad etterspør digitale tjenester eller mangler kompetanse til å gjøre det.²³ Økt digitalisering uten å ta hensyn til befolkningens mangfold og ulike forutsetninger kan dermed skape uønsket sosioøkonomisk variasjon og true likhetsprinsippet.

Digital samhandling har vært høyt prioritert de siste årene og bør fremover fortsatt være det. Digital samhandling mellom helsepersonell er avgjørende for å sikre helhetlig pasientbehandling, også ved samarbeid i tverrfaglige team. Effektiv kommunikasjon og oppgavedeling mellom fastleger, spesialisthelsetjenesten og annet helsepersonell kan forbedres gjennom gode digitale verktøy.

Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging kan gi økt følelse av trygghet og mestring for bruker, økt kvalitet i tjenestene, samt effektiv ressursutnyttelse for samfunnet. Fastleger registrerer omfattende opplysninger om aktivitet i allmennlegetjenesten, og det er trolig et vesentlig potensial for utnyttelse av fastlegenes løpende registreringer. Helhetlig informasjonsforvaltning er nødvendig for å sikre kvalitet, utnyttelse (primær- og sekundærbruk) og god informasjonssikkerhet i virksomhetene.

Bruk av ny teknologi, inkludert kunstig intelligens, kan potensielt bidra til å redusere byrden på helsepersonell. Et tett samarbeid mellom innbyggere, helsepersonell, leverandører og myndigheter er nødvendig for å få positive gevinster av teknologien. For å lykkes med digitalisering i allmennlegetjenesten er tydelig og koordinert myndighetsutøvelse, god ledelse, kapasitet og kompetanse på tjenesteutvikling og endringsledelse sentralt. Digital kompetanse er sentralt, og en styrket organisering av allmennlegetjenesten kan ha positiv betydning for anskaffelser av digitale verktøy og deltagelse i samhandlingsinitiativ. Det er mye godt arbeid som gjøres allerede i dag, men det er behov for å se på ytterligere tiltak for å motvirke de utfordringene som er pekt på over.

²² [Ekspertutvalgets rapport om gjennomgang av allmennlegetjenesten](#), s. 330

²³ [Ekspertutvalgets rapport om gjennomgang av allmennlegetjenesten](#), s. 331