

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 DEP  
0030  
Oslo

Deres ref.: 23/2603

Vår ref: HSAK202300367

Dato: 20-09-2023

## **Høringsuttalelse: Ekspertutvalgets rapport "Gjennomgang av allmennlegetjenesten"**

Legeforeningen viser til brev av 23. juni 2023 om høring av ekspertutvalgets rapport "Gjennomgang av allmennlegetjenesten". Fastlegeordningen er en grunnleggende helsetjeneste i Norge, som er av stor betydning for innbyggerne. Legeforeningen er derfor tilfreds med at departementet har besluttet å sende rapporten på bred høring. Høringsuttalelsen er vedtatt av sentralstyret i Legeforeningen, etter bred høring internt i organisasjonen.

Rapporten fra utvalget er omfattende og inneholder 59 tiltak, samt en rekke anbefalinger som ikke står i tiltakslisten. Vårt innspill følger strukturen i rapporten, og til hvert kapittel med forslag til tiltak (kap. 4 til 10) har vi oppsummert våre synspunkter på forslagene innledningsvis.

### **Innledende bemerkninger**

Overordnet er det avgjørende at man lykkes i å skape forutsigbarhet og tro på fastlegeordningen – ikke ny usikkerhet. For å oppnå dette må vurdering av nye tiltak skje i åpenhet og dialog med partene.

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i høringsbrevet at det tar sikte på å implementere endringer fra 1. juli 2025, og at det tar sikte på å sende forslag til endringer på kompetansefeltet på høring våren 2024. Legeforeningen oppfatter med dette at departementet vil se på forslagene til tiltak helhetlig og samlet. Vi anser også dette som en fordel såfremt det er anledning til den nødvendige utredning av de ulike elementer. Det er til dels radikale endringer som foreslås av et utvalg som selv har hatt et bredt mandat og begrenset anledning til utredning. Det under enhver omstendighet slik at enkelte tiltak etter vår vurdering kan og bør gjennomføres isolert, som for eksempel tiltak nr. 28 om at fastleger ikke skal utstede fraværsattester for grunnskolen, videregående opplæring, universiteter og høgskole.

Flere av tiltakene i rapporten er i tråd med tiltak som tidligere har vært foreslått, og som Legeforeningen støtter. Legeforeningen er kritisk til at noen av vurderingene og tiltakene går i retning av økt, fremfor redusert, arbeidsbelastning for fastlegene. Det er vel kjent og dokumentert at manglende finansiering av økte og nye oppgaver, særlig som følge av samhandlingsreformen, har gitt redusert kapasitet og stort arbeidspress på legene i ordningen. For Legeforeningen er det viktig at

det nå iverksettes grep som reduserer arbeidsbelastningen, slik at vi både klarer å beholde de legene som er fastleger i dag, samtidig som vi klarer å rekruttere flere leger inn i ordningen. Dette er helt nødvendig for å stabilisere allmennlegetjenesten generelt, og fastlegeordningen spesielt. Det er særlig kritisk å sikre at leger i kommunene får en forsvarlig arbeidstidsordning gjennom å etablere rammer for legenes arbeidsbelastning på legevakt. Det er enighet mellom berørte parter om at legenes arbeid på legevakt må ses i sammenheng med andre allmennlegeoppgaver som fastlegene kan tilpliktes til iht. fastlegeforskriften § 12, og nå må myndighetene og KS følge opp med nødvendige regelendringer og rammebetingelser for å få dette gjennomført.

Fastlegetjenesten er en viktig førstelinjetjeneste og pasientenes inngangsport til de samlede helsetjenestene. Det er viktig at systemet fortsatt stimulerer til at denne delen av tjenesten har en tilstrekkelig høy kapasitet og tilgjengelighet. Selv om oppgavene for fastlegene har økt, har en høy andel aktivitetsbasert finansiering sikret tilgjengelige fastlegetjenester. Alt tyder på at oppgavene vil fortsette å øke fremover. Legeforeningen advarer derfor mot å redusere incentivene til høy kapasitet og tilgjengelighet gjennom å gå over til en 50/50-modell mellom basistilskudd og innsatsstyrt finansiering.

Legeforeningen mener at næringsdriftsmodellen har vært sentral i den suksessen fastlegeordningen har vært. Innføringen av fastlegeordningen, der næringsdrift har vært hovedmodell, bidro til en effektivisering av allmennlegetjenesten som har tjent både pasienter, kommuner, staten og legene godt. At det har blitt vanskeligere å rekruttere til denne modellen har mange og sammensatte årsaker. Legeforeningen mener imidlertid at hovedårsaken knytter seg til manglende finansiering og utvikling i tråd med økende oppgaver og demografiske endringer. Utfordringene i fastlegetjenesten fikk dessverre vokst seg store og komplekse før tiltak ble satt i verk, og gjør det krevende å reparere. I dette arbeidet er det viktig å ikke miste av syne de elementer i ordningen som bidro til at den ble en suksess. Vi mener det må legges til rette for større fleksibilitet i tilknytningsform, men Legeforeningen mener det er viktig at man ikke mister av syne de fordeler næringsdriftsmodellen har.

I forlengelse av dette er det viktig for næringsdrivende leger å ha stabile og forutsigbare rammebetingelser, som gjør det mulig å planlegge og utvikle tjenesten slik at den tilfredsstillende belyser befolkningens behov. Dette innebærer at myndighetene bør være forsiktig med å gjennomføre hyppige og svakt utredede endringer i grunnleggende rammebetingelser. Endringer som gjennomføres må være tilstrekkelig utredet og konsekvensvurdert, og ha et langsiktig perspektiv. Legeforeningen tar til etterretning at pasienttilpasset basistilskudd er innført, men ber om at regjeringen ikke vurderer nye endringer i finansieringsmodellen før man har gjennomført en grundig evaluering av endringen som ble innført 1. mai i år.

De senere årene har kommunenes ansvar for allmennlegetjenesten økt betydelig, bl.a. pga. krav om spesialistutdanning, kvalitetsarbeid, faglig pålegg og legenes økte arbeidsbelastning. Legeforeningen understreker at det er avgjørende for allmennlegetjenesten at kommunene rent faktisk tar dette ansvaret, og at staten understøtter dem.

## Kapittel 2 og 3: Utfordringsbildet og målbildet

Det ligger i ekspertutvalgets mandat at det skal vurdere hvordan ulike endringer kan gjennomføres budsjettneutrytalt, og utvalget skriver at helse- og omsorgstjenesten, herunder allmennlegetjenesten, bør innrettes slik at den kan gi gode tjenester til flere innbyggere, uten at kostnadene eller bruk av personell nødvendigvis øker. Det har ikke vært noen satsning på primærhelsetjenesten, til tross for samhandlingsreformens intensjoner om at primærhelsetjenesten skulle styrkes etter hvert som oppgaver ble overført. Fastlegeordningen drives allerede svært effektivt, og samfunnet kan ikke forvente mer helsetjenester eller bedre kvalitet, uten at det tilføres mer midler. Uten økt satsing på fastlegeordningen vil bærebjelken i det norske helsevesenet forvitte, og fremskynde utviklingen mot et todelt helsevesen. Manglende kapasitet i det offentlige helsevesenet gjør at pasientene i større grad etterspør helprivate legetjenester. Vi ser også at fastlegenes portvaktrolle forvitrer når befolkningen gjennom helprivate legetjenester, kan "bestille" henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Årlig kostnad til drift av praksis med hjelpepersonell, inkludert inntekt til legen, ligger på ca. 2,5 millioner kroner per lege. Det vil si at regjeringens satsning med 720 millioner kroner per år vil gi snaut 300 flere leger om kostnadene holdes uendret. Behovet på sikt er større. Ca. 215 000 innbyggere står uten fastlege, og det er nesten 100 000 flere pasienter på listene enn det legene har oppgitt som listetak. Nye fastleger ser ut til å ønske kortere lister enn de legene som slutter som fastleger. Videre vet vi at det bør være minst fem prosent ledig listekapasitet om pasientene skal ha reell mulighet til selv å velge fastlege.

I tillegg er fastlegenes kompetanse ønsket mer brukt inn mot andre kommunale tjenester, med en aldrende befolkning som lever lengre, med flere kroniske sykdommer og en utvikling hvor mer av helsehjelpen skal ytes i kommunene. Det vil være økt behov for forskning og ikke minst veiledning og supervisjon av nye allmennleger. Vi vil derfor trenge langt flere leger enn det regjeringen legger opp til. Alma Ata-deklarasjonen fra 1978 slo fast at en godt utbygd primærhelsetjeneste er en forutsetning for et bærekraftig helsevesen. WHO-konferansen i samme land i 2018, bekreftet og utdypet disse målene, som Norge har sluttet seg til. Også etter samhandlingsreformen har veksten i legeårsverk i Norge vært mindre innenfor fastlegeordningen enn i spesialisthelsetjenesten. I dag har vi omkring 16 allmennleger per 100 leger i Norge, mot 20 for få år siden. Slik kan det ikke fortsette.

I tillegg til fastlegeordningen trenger vi gode stabile allmennmedisinske tjenester i kommunene. Dette inkluderer stabile kompetente allmennleger i sykehjem, legevakt, skolehelsetjenesten, på helsestasjon og kapasitet til kvalitetsutvikling, utdanning av medisinstudenter, veiledning og supervisjon samt forskning i allmennmedisin.

## Kapittel 4: Organisering av fastlegetjenesten

### Legeforeningen mener:

- **For å sikre et likeverdig tilbud til hele befolkningen må finansieringsansvaret fortsatt være forankret i folketrygdens rettighetsbaserte finansiering (#1).**
- **Det bør ikke åpnes for fastlegeselskap der deler av ansvaret for å sørge for fastlegetjenester til innbyggerne flyttes fra kommunen til fastlegeselskapet (#3).**
- **Fastlegene må fortsatt ha et individuelt ansvar for pasientene på sin liste (#4).**



- **Fratredende leges rett til å overdra praksis må bestå og reguleres i rammeavtalen mellom Legeforeningen og KS (#7).**
- **Det bør innføres krav til helprivate allmennlegetjenester om rapportering om virksomheten og aktiviteten til nasjonale registre, og det bør stilles krav om at disse virksomhetene kan kommunisere med den offentlige helsetjenesten (#8).**
- **Kveldstakst for e-konsultasjon i fastlegepraksis må beholdes, og kravet om at listeinnbyggeren normalt skal få tilbud om konsultasjon innen fem arbeidsdager kan fjernes (#9).**
- **Det bør ikke innføres forhåndsbetaling av egenandelen før innsending av tekstlig konsultasjon (#9).**
- **Det er et ubenyttet handlingsrom for dialog i dagens regelverk og veiledere, som kan bidra til å løfte kvaliteten på henvisninger. Dette handlingsrommet bør utnyttes før man vurderer å svekke pasientenes rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten (#10).**
- **Fastlegeforskriften § 32 bør endres, slik at det er mulig å fortsette som fastlege etter fylte 75 år.**

#### *Finansieringsansvaret (tiltak 1)*

Legeforeningen er enig med utvalget i at det er noen utfordringer med at kommunene har "sørge for"-ansvaret, mens finansieringsansvaret ligger hos staten. Dette gir rom for ansvarsfraskrivelse for kommunenes del, og må ses i sammenheng med at KS som partsrepresentant for kommunene har sterke begrensninger i sitt mandat til å forvalte dette ansvaret på vegne av landets kommuner. Vi er også enig med utvalget i at en samling av "sørge for"-ansvaret og finansieringsansvaret i kommunene vil ha både fordeler og ulemper. Vi mener likevel klart at dagens modell med delt ansvar mellom kommune og stat bør videreføres, da en overføring av finansieringsansvaret til kommunene vil bryte med hovedmålsetningen om å sikre likeverdige helsetjenester til hele befolkningen. En rettighetsbasert folketrygdfinansiering har vært et bærende prinsipp bak finansieringen av offentlige legetjenester utenfor sykehus i moderne tid. Et brudd med dette ville være en radikal svekkelse av pasientenes rettigheter.

Det er stor forskjell på økonomien i kommunene, og en overføring vil føre til svært ulike rammevilkår for legene og uforutsigbare rammebetingelser for driften. Dårlig styring av kommuneøkonomien vil kunne medføre kutt i rammen i løpet av året. Våre medlemmer erfarer som eksempel også at økt basistilskudd i mindre grad kommer kommunale legekantor til gode, da manglende øremerking gjør at noen kommuner prioriterer å bruke midlene til andre kommunale tjenester enn allmennlegetjenesten. Overføring av finansieringsansvaret til kommunen kan derfor øke rekrutteringsutfordringene i kommunene med dårligst økonomi, og bremse utviklingen av tjenesten. Legeforeningen mener kommunenes finansiering må styrkes for å ivareta det stadig økende behovet i primærhelsetjenesten, med en fortsatt sterk statlig grunnfinansiering som basis.

#### *Organisering av fastlegeskantor/fastlegeselskap (tiltak 3 til 5)*

Innledningsvis bemerker Legeforeningen at utvalgslederen i sin fremleggelse av rapporten har gitt et fortegnet bilde av fastlegevirksomhetene som små, ineffektive og uprofesjonelle enheter. Selv om

det er en viss variasjon i størrelse og driftsform, og det er behov for en utvikling på dette området, mener Legeforeningen at bildet er mer nyansert. Et flertall av fastlegekontorene er allerede i dag organisert som godt drevne virksomheter med flere leger og kvalifiserte ansatte.

Utvalget tar til orde for at større enheter er bedre enn små enheter. Vi er enige i at solopraksiser har vesentlige ulemper, men vil påpeke at det også er ulemper knyttet til store enheter. Større enheter kan være mer robuste og gjøre det lettere å profesjonalisere drift, men kan også ha utfordringer knyttet til redusert autonomi, mer tungroddede beslutningsprosesser og økt byråkrati. Små til mellomstore enheter er ofte karakterisert av personlig og forpliktende tilnærming med høy fleksibilitet og korte beslutningslinjer. Dette skaper autonomi, innovasjon og gir samtidig mer gjennomsliktighet knyttet til negative forhold enn i større enheter.

Vi er og blir et langstrakt land hvor halvpartene av kommunene har under 5000 innbyggere. Det blir langt til legekontorene om de skal slå seg sammen til større enheter, men i sentrale strøk mener vi at forholdene ligger til rette for noe større legekontor. Uavhengig av størrelsen på kontorene, og organiseringen av disse, er det etter Legeforeningens vurdering svært viktig for kvaliteten i fastlegetjenesten, at det individuelle listeansvaret videreføres. Listeansvaret gir kontinuitet og gjør at fastlegeordningen bidrar til redusert dødelighet og lavere behov for behandling i sykehus.<sup>1</sup> Legeforeningen er bekymret for at endringer i organiseringen kan medføre redusert kontinuitet i lege-pasient-relasjonen, med negative følger for sykkelighet og dødelighet i befolkningen.

Utvalget skisserer en modell for fastlegeselskap som innebærer at selskapet får et samlet og overordnet ansvar for å sørge for fastlegetjenester til innbyggerne på selskapets liste. Legeforeningen mener det er god grunn til å se på en videreutvikling av legekontoret som "pliktsubjekt" overfor kommunen. Dette har vi tidligere spilt inn overfor departementet og går gjerne i videre dialog om dette. Ekspertutvalgets forslag om fastlegeselskap er vi imidlertid kritiske til. Det vil i første omgang være legekontorets ansvar å ansette nye leger, skaffe vikar, eller fordele innbyggere som står uten fast lege på de øvrige legene på kontoret. En slik modell vil flytte ansvaret for å rekruttere fastleger over fra kommunen til fastlegeselskapet. Det er mange betenkeligheter knyttet til en slik modell, som ikke berøres av ekspertutvalget. Et fastlegeselskap vil for eksempel ikke være underlagt forvaltningslovens regler om habilitet og saksbehandling, og offentlighetslovens regler om innsyn. En slik ordning vil også føre til at man går bort fra kvalifikasjonsprinsippet. Det kan føre til at den med størst betalingsvilje og -evne rekrutteres til fastlegeselskapet, fremfor den best kvalifiserte. Dette kan igjen gå ut over kvaliteten i helsetjenesten. Det er også noen prinsipielle betenkeligheter knyttet til at en privat virksomhet indirekte skal beslutte hvem som skal tildeles rettigheter til å motta refusjoner fra folketrygden. Etter Legeforeningens vurdering må ansvaret for å rekruttere fastleger fortsatt inngå i kommunenes sørge-for-ansvar, og prosessen må være underlagt forvaltningsrettslige regler. Utvalgets modell vil også i praksis innebære at ansvar og risiko for kostnader ved sykdom, permisjoner og svangerskap flyttes fra kommunene til legene. Dette vil øke tiden legene må bruke på byråkrati/administrasjon, og gå utover tiden som brukes til klinisk arbeid. Å

---

<sup>1</sup> Forskningen til Sandvik et al<sup>1</sup> har vist effekten av kontinuitet: Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway: <https://bjgp.org/content/72/715/e84>

legge listenansvaret på et fastlegeselskap eller et kommunalt selskap kan også føre til uklare ansvarsforhold, og vi mener at ansvaret for helsehjelpen som ytes ikke kan frikobles fra legenes mulighet til å styre hvordan tjenesten skal leveres.

Vi ser også at utvalget skisserer en modell der kommunens behov for allmennlegeoppgaver fra legene i legekantoret reguleres i avtalen med fastlegeselskapet, slik at ansvaret for å sørge for at de kommunale allmennlegeoppgavene ivaretas, overføres fra kommunen til fastlegeselskapet. Legeforeningen er sterkt kritisk til denne modellen, og mener at det ikke bør legges til rette for at kommunene kan organisere seg bort fra sitt overordnede ansvar for primærhelsetjenesten og legge dette ansvaret over på private aktører. Et system der kommunenes ansvar legges over på private på denne måten, kan også reise utfordringer i forhold til styring og kontroll med tjenesten fra politiske og folkevalgte organer.

Vi støtter likevel, som nevnt ovenfor, at noen av forpliktelsene som i dag er nedfelt i den individuelle fastlegeavtalen kan nedfelles i en avtale mellom legekantoret og kommunen. Dette vil typisk gjelde krav til åpningstider, beskrivelse av systemer i praksisen og kollegial fraværdekning, og avtale om mottak og veiledning av LIS1-lege. Vi erfarer at de fleste legekantor allerede er organisert som selskap, typisk DA eller AS, og kan være avtalepart med kommunen om nevnte forhold. At deler av rettighetene/pliktene legges på selskapsnivå/lekantoret, kan bidra til bedre kommunikasjon mellom de ulike helsetjenestene i kommunen og med andre samarbeidspartnere. Legens individuelle listansvar, listetak og legens plikter til å overholde diverse regelverk, må fortsatt være en del av den individuelle fastlegeavtalen.

Utvalget mener det bør stilles krav om hvem som kan eie eller drifte fastlegeselskap, for å unngå eierskap fra kommersielle aktører. Legeforeningen mener denne problemstillingen bør vurderes på generelt grunnlag, og ikke avgrenses til ekspertutvalgets modell for fastlegeselskap. Vi ser nå en utvikling i flere kommuner, der kommunene tilrettelegger for at helprivate kommersielle aktører kan drifte fastlekantor gjennom det de kaller "private 8.2-modeller". Det er da private aktører, uten fastlegeavtale, som eier og drifter kantoret og knytter til seg fastleger. Dette er noe prinsipielt annet enn rammeavtalens 8.2-avtaler, som innebærer at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv. Vi mener denne nye organiseringen kan være starten på en utvikling mot kommersialisering og kjededannelser innenfor fastlegeordningen, tilsvarende den utviklingen vi ser innenfor tannlegebransjen, og som skjedde i apotekbransjen. Det er også en risiko for at mer kommersielt orienterte fastlekantor/selskaper vil ha en egeninteresse i å utvide tjenestetilbudet, slik at det skaper medisinsk overaktivitet uten helsegevinst for befolkningen. En slik organisering kan også føre til svekket offentlig kontroll med utviklingen av fastlegetjenesten, samt oppbygging av private formuer på bekostning av utvikling av tilbudet. Myndighetene bør vurdere tiltak for å hindre denne utviklingen.

#### *Overdragelsesordningen (tiltak 7)*

Ekspertutvalget legger til grunn at overdragelsesordningen er en medvirkende årsak til liten rekruttering til fastlegeyrket. Det er imidlertid godt dokumentert gjennom flere rapporter og evalueringer at rekrutteringssvikten skyldes at fastlegers rammevilkår har blitt dårligere gjennom

mange år, dels gjennom en vesentlig økning i arbeidsmengde og dels gjennom manglende finansiering. Det er altså ikke overdragelsesordningen som sådan som er årsaken til utfordringene i fastlegeordningen. Vi oppfatter også at utvalget mener at overdragelsesordningen er sentral for en velfungerende fastlegeordning, og legger derfor til grunn at retten til å overdra praksis skal bestå. Vi understreker likevel at retten til å overdra praksis ved fratreden er en grunnleggende forutsetning for at en fastlege skal være villig til å kjøpe en fastlegepraksis, og for å foreta løpende investeringer i praksisen. Når en lege vet at virksomheten kan overdras når vedkommende fratrer, gir det incentiver til å opprettholde og videreutvikle kvalitet i tjenestetilbudet til beste for pasientene. At det koster mer å overta en praksis i sentrale strøk, kan også gi bedre rekruttering i distriktene.

Legeforeningen erkjenner at dagens rekrutteringskrise har gitt noen problemstillinger som ikke er uttrykkelig løst i rammeavtalen for fastlegeordningen (ASA 4310), og vi ønsker å være en konstruktiv part i arbeidet med forbedringer av overdragelsesordningen. Legeforeningen mener det er partene som best kjenner situasjonen ute i kommunene, og at det derfor må være KS og Legeforeningen som i fellesskap finner hensiktsmessige løsninger for ordningen, kommunene og legene. Rammeavtalen er sagt opp og partene har innledet dialog om forhandlingene. Ny avtale skal etter planen være på plass innen utgangen av 2023. Endringer i overdragelsesordningen er en naturlig del av disse forhandlingene. Herunder bør partene vurdere å etablere en innløsningsordning, som kan løse de situasjonene der det viser seg umulig å få overdratt hjemmelen på "vanlige" vilkår. Vi understreker at endringer i overdragelsesordningen uten Legeforeningens involvering, vil være en bristende forutsetning for leger som har investert i en fastlegepraksis.

Vi bemerker også at det er feil når utvalget sier at kommunene i dag ikke kan sette en annen fastlege til å betjene listeinnbyggerne før fratredende lege har fått solgt sin praksis. Kommunene har tvert imot en plikt etter rammeavtalen til å skaffe vikar i praksisen eller iverksette andre nødvendige tiltak for å ivareta pasientene i en ubesatt hjemmel.

#### *Kveldstakst e-konsultasjoner og forhåndsbetaling (tiltak 9)*

Legene svarer på e-konsultasjoner på kvelder/helger fordi de ikke har kapasitet til å svare innenfor normal arbeidstid, ikke fordi det er høyere pris på kveldstaksten. Behovet for å behandle e-konsultasjoner på kvelder og i helger forsvinner ikke om kveldstaksten fjernes. Det er normalt at kveldsarbeid og arbeid på helg lønnes høyere enn arbeid på dagtid, og det vil ikke virke rekrutterende å fjerne den eneste formen for overtidsbetaling. Fjerning av taksten vil føre til at tilbudet til pasientene blir dårligere da svartiden vil øke. Dette kan igjen øke presset på legevaktstjenesten og stimulere til vekst i det helprivate helsetjenestetilbudet.

Legeforeningen er bekymret for at en forventning om at fastlegen i økende grad forventes å prioritere blant innbyggerne før konsultasjon finner sted, vil redusere tilgjengelighet for dårlige etterspørrere og pasienter med lav helsekompetanse, og gi økt sosial ulikhet i helse. Tilsvarende kan man risikere at krav om forhåndsbetaling av digitale konsultasjoner, kombinert med en samfunnsutvikling som oppfordrer til økt bruk av digitale løsninger, vil øke tilgangen til fastlegen for de mest ressurssterke pasientene på bekostning av svakere grupper. Det er langt viktigere at man

gjennomfører tiltak på samfunnsnivå for å begrense medisinsk overaktivitet og gi tydelige føringer til befolkningen om hvilke oppgaver helsetjenesten skal prioritere.

#### *Konsultasjon innen fem dager (tiltak 9)*

Legeforeningen er enig i utvalgets anbefaling om å fjerne kravet i fastlegeforskriften § 21 om at listeinnbyggeren normalt skal få tilbud om konsultasjon innen fem arbeidsdager. Det vil styrke legens mulighet til å utøve sitt medisinskfaglige skjønn og prioritere og vurdere pasientene ut fra andre kriterier enn tidspunktet for bestilling av konsultasjon.

#### *Endring av pasient- og brukerrettighetsloven (tiltak 10)*

For å tilrettelegge bedre for drøfting av henvisninger og avklare informasjonen i disse mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten, mener ekspertutvalget at det bør vurderes å endre fristene i pasient- og brukerrettighetsloven. Legeforeningen er skeptisk til å svekke pasientenes rett til vurdering, og vi mener det er et ubenyttet handlingsrom for dialog i dagens regelverk og veiledere, som kan bidra til å løfte kvaliteten på henvisninger. Dette handlingsrommet bør utnyttes før man vurderer å svekke pasientenes rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten. Vi er også bekymret for at arbeidsmengden ved henvisninger vil øke dersom fastlegen pålegges ytterligere utdyping av disse. Det kan bli økt press fra spesialisthelsetjenesten på at fastlegene skal gjøre supplerende undersøkelser.

#### *Aldersgrensen for fastleger*

I lys av samfunnets behov for at befolkningen står lengre i jobb og at det er fastlegekrise, bør fastlegeforskriften § 32 endres, slik at fastleger som ønsker det, kan fortsette som fastleger også utover fylte 75 år.

## Kapittel 5: Finansiering

### **Legeforeningen mener:**

- **Finansieringen må styrkes – fastlegeordningen er fortsatt underfinansiert.**
- **Fordelingen mellom basisfinansiering og aktivitetsbasert finansiering bør være ca. 30/70 (#11).**
- **Det bør ikke innføres kvalitetsjustering av basistilskuddet. Spesialisering i allmenntilleggsmedisin bør gi rett til å utløse spesialtakster (#12).**
- **Diagnoser er mindre egnet som indikator ved beregning av basistilskuddet. Det er hvor mye helsetjenester fastlegen faktisk gir til pasienten som bør telle ved beregningen av det pasienttilpassede basistilskuddet (#14).**
- **Takstsystemet bør brukes mer aktivt og målrettet for å understøtte ønsket utvikling (#15).**
- **Endringer i finansieringssystemet må monitoreres og evalueres.**
- **I stedet for å etablere et nytt søknadsbasert rekrutteringstilskudd, i tillegg til ALIS-tilskuddet, bør pengene brukes til å styrke den generelle økonomien i ordningen (#16).**
- **Næringsdrivende fastleger må sikres pensjon og avbruddsyttelser gjennom økt finansiering av fastlegeordningen og styrking av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).**



### *Finansieringsordningen (tiltak 11)*

Fastlegeordningen har vært svært vellykket og har gitt gode og tilgjengelige allmennlegetjenester, for alle, over hele landet. Organiseringen har vist seg svært kostnadseffektiv og tilpasningsdyktig etter hvert som nye oppgaver har kommet til. Hovedproblemet er manglende finansiering. Det har over flere år vært en langt større satsning på spesialisthelsetjenesten enn fastlegeordningen. Dette til tross for samhandlingsreformens intensjoner om at primærhelsetjenesten skulle styrkes etter hvert som oppgaver ble overført. Kommunene har merket underfinansieringen ved at de har fått stadig økte kostnader utover grunnfinansieringen fra staten. Ikke alle kommuner har økonomi til å iverksette ekstra tiltak, og hensikten med fastlegeordningen var å sikre likeverdige tjenester til alle innbyggere uavhengig av kommuneøkonomi. Det vil alltid være behov for lokale tilpasninger, men hovedfinansieringen fra staten må være på et nivå som gir legene forutsigbarhet og mulighet til å jobbe innenfor en mer normalisert arbeidsuke, enten de velger fastlønn eller å være næringsdrivende. Det trengs derfor en ytterligere styrking med midler for å finansiere flere leger i fastlegeordningen.

Arbeidsbelastningen må ned for å beholde etablerte fastleger og klare å rekruttere nye. Oppgavene til fastlegene har økt over år og dermed også arbeidstiden. Selv om listelengden har gått ned, er det ikke blitt kompensert med høyere basistilskudd før de siste årene. Det er derfor gjennom honorering av aktivitet at legene har kunnet få betalt for økt oppgavemengde. Å øke basistilskuddets andel av totaløkonomien til 50 prosent, slik utvalgets flertall anbefaler, vil derfor ikke gi noe større økonomisk trygghet så lenge en ikke har ordninger som også gjennom basistilskuddet sørger for å kompensere for økte oppgaver og utvider finansieringsrammen i takt med oppgavene. Så lenge rammen ligger fast, vil økt basistilskuddsandel i praksis bety at en flytter økonomisk risiko fra staten til legene.

Et formål med å øke basistilskuddet fra ca. 30 til 50 prosent av fastlegens totale inntekt, er ifølge flertallet å styrke incentivene til å ta listeansvar for flere pasienter. En konsekvens av lengre lister vil være mindre kapasitet til hver pasient, med risiko for redusert kontinuitet og økt henvisningsrate. Dette vil skape økt belastning på spesialisthelsetjenesten, og gi dårligere utnyttelse av samfunnets samlede helseressurser. Legeforeningen mener at dagens takstsystem og en høy andel aktivitetsbasert finansiering på en bedre måte ivaretar pasienter med store og sammensatte behov, da det gir incentiver til å behandle pasientene på det lavest effektive omsorgsnivå, jf. LEON-prinsippet. Målrettede takster mot pasienter med store og sammensatte behov og ønsket aktivitet vil ha effekt, og en aktiv bruk av takstsystemet vil styre aktiviteten fastlegene gjør. Redusert aktivitetsbasert finansiering vil flytte økonomi fra de legene som har kompetanse til å gjøre prosedyrer som utløser takst, til alle legene. Det vil svekke incentivene til å utføre prosedyrer og inngrep, og kan føre til økt antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Vi viser for øvrig til redegjørelsen til utvalgets mindretall i kap. 5.7.5, som på en god måte begrunner og dokumenterer hvorfor en økt andel basistilskudd ikke vil gi bedre oppfølging til pasientene som trenger det mest.

Finansieringen av fastlegeordningen ble endret fra 1. mai 2023, gjennom innføringen av pasienttilpasset basistilskudd. Risikojustering av basistilskuddet er en grunnleggende endring av rammevilkårene i fastlegeordningen, og vi erfarer at endringene slår svært ulikt ut. Endringen til pasienttilpasset basistilskudd, med samtidig fjerning av knekkpunkt, gjør det motsatte av målet i handlingsplanen for allmennlegetjenesten 2020-2024: Nå ønsker staten å stimulere legene til lengre

lister – ikke kortere. Foreløpige beregninger og tilbakemeldinger fra våre medlemmer viser at modellen ikke speiler arbeidsmengden og at den gir store variasjoner i basistilskudd mellom leger med lik arbeidstid. Legeforeningen har fått tilbakemeldinger om at fastlegene ikke forstår hensikten med endringen, og flere har vist til at det er store forskjeller i økningen i basistilskuddet, selv for leger i samme kommune med et likt antall innbyggere på listen, og selv om arbeidsbelastningen oppfattes som lik. I gruppen leger som har hatt en endring i innbyggertallet fra april til mai på mindre enn +/- 2 prosent finner vi én lege som har fått en økning på 810 000 kroner per år, uten at antall innbyggere på listen er endret. Dette tilsvarer en økning på ca. 65 %. I motsatt ende av skalaen finner vi 20 leger som har fått en reduksjon i basistilskuddet, og største reduksjon er på 36 000 kroner. Vi ser også at kvinner i gjennomsnitt får mer enn 33 000 kroner mindre enn sine mannlige kollegaer. Også når vi tar høyde for listelengde, får kvinnene en betydelig lavere økning enn mennene. En økning av basistilskuddsandelen vil forsterke disse forskjellene.

Vi får også flere tilbakemeldinger som problematiserer om risikojustering faktisk fører til bedre tjenester for personer med store behov. Kommunene overtar stadig mer komplekse pasienter, som krever hyppig og tett oppfølging. Om finansieringssystemet ikke legger til rette for ivaretagelsen av slike pasienter, vil de i større grad kunne bli kasteballer mellom tjenestenivåene, og kostnadene vil bli overført til sykehusene.

#### *Videreutvikling av basistilskuddet (tiltak 12 og 14)*

Utvalgets flertall foreslår å innføre en kvalitetsjustering av basistilskuddet. Legeforeningen er skeptisk til dette, da det er svært krevende å finne riktige indikatorer som måler reell kvalitet, samtidig som det er høy risiko for utilsiktede vridningseffekter. Vi mener at takstsystemet er mer målrettet og kan tilpasses ønsket utvikling. Vi mener også at dagens ordning, der spesialisering i allmenntilmedisin gir rett til å utløse spesialtakster, gir legene gode incentiver til å opprettholde og utvikle kompetansen. Utvalgets forslag vil redusere disse incentivene, noe pasientene vil tape på.

Utvalget foreslår at det pasienttilpassede basistilskuddet rettes mot indikatorer for sykdom, helsetilstand og sosioøkonomisk status på individnivå. Legeforeningen er skeptiske til at diagnoser skal benyttes som indikator, da det er lett påvirkbart. Bruk av diagnoser til beregning av basistilskuddet vil kunne gjøre at enkelte leger raskere vil sette sykdomsdiagnoser om det gir bedre finansiering. Det er også etiske utfordringer med å gruppere pasienter etter sosioøkonomisk status. Legeforeningen mener det må være hvor mye helsetjenester fastlegen faktisk gir til pasienten som må telle. Vi mener også det bør legges vekt på å ha en modell som er transparent og som gir forutsigbare rammebetingelser.

#### *Takstsystemet (tiltak 15)*

Legeforeningen mener det er potensiale for å videreutvikle takstsystemet slik at det tilpasses ønsket utvikling. Særlig bør man videreutvikle systemet slik at det underbygger innovasjon og økt tverrfaglighet innad på legekantorene, samtidig som det også legger bedre til rette for samhandling med helseaktører utenfor legekantorene. Videre bør takstene understøtte god faglig praksis og honorere prosedyrekompetanse. Det stimulerer til at fastlegene gjør mer selv og henviser mindre, noe som avlastet spesialisthelsetjenesten, samtidig som pasientene får hjelp nærmere der de bor.

Det bør også åpnes for å tillate takster for folkehelsearbeid og primærforebygging, da en god del av dette arbeidet bør foregå på individnivå.

Vi er usikre på om det lar seg gjøre å forenkle takstsystemet, slik utvalget foreslår, samtidig som det videreutvikles og målrettes mot ønsket utvikling. Vi bemerker også at forenkling av takstsystemet vil ha en negativ bieffekt knyttet til bruk av takstsystemet som kunnskapskilde om allmennt medisinsk aktivitet.

## Kapittel 6: Tverrfaglighet

### Legeforeningen mener:

- **Legeforeningen ønsker at det i større grad skal tilrettelegges for at fastlegene skal kunne knytte til seg andre helsepersonellgrupper og administrative tjenester.**
- **Det er likevel ikke belegg for å hevde at flere helsepersonellgrupper inn på fastlegekontorene i seg selv vil gi bedre ressursutnyttelse og bedre kvalitet (#17)**
- **Finansieringssystemet bør legge til rette for ansettelse av administrativt personell på legekantorene.**
- **Profesjonsnøytrale takster bør kun utløses av personell som jobber for en fastlege på samme kontor (#18, #19).**
- **Det er ikke behov for en nasjonal veileder for oppgavedeling innenfor fastlegjetjenesten – hver helsepersonellgruppe har god kjennskap til sine og hverandres arbeidsoppgaver (#20).**
- **Dagens mulighet for delegering sikrer god kvalitet og ansvars plassering. Det er ikke riktig bruk av ressurser å lage et helt nytt kontrollsystem (#21).**

### *Flere helsepersonellgrupper på fastlegekontoret (tiltak 17)*

Legeforeningen har i lengre tid etterlyst bedre tilrettelegging for at fastlegevirksomheter som ønsker dette skal kunne gjøre bruk av flere helsepersonellgrupper. Samtidig vil vi påpeke at det ikke er belegg for å hevde at tverrfaglighet i seg selv skaper bedre kapasitet i fastlegeordningen. Flere helsepersonellgrupper på fastlegekontorene vil medføre at fastlegene må bruke mer tid og ressurser på ledelse, organisering og logistikk. Erfaringene fra primærhelseteampiloten viser også at mer helsepersonell verken har økt kapasiteten eller redusert legenes arbeidsbelastning. Parallell og såkalte avlastende tilbud fra andre helsepersonellgrupper vil derfor kunne gi pasientene dårligere tilgang på fastlegen og svekke kontinuitet og ansvarsforhold.

Det er lite ledig areal på mange av dagens fastlegekontor, og utvidelse med annet personell vil kunne kreve betydelige investeringer til ombygging, utbygging eller flytting til større lokaler.

Som påpekt av Helsepersonellkommissjonen er det allerede mangel på helsepersonell i kommunene, og mangelen synes å være vedvarende og stigende. Vi mener at en overføring av helsepersonell fra kommunene til fastlegekontorene i en del tilfeller vil kunne være feil prioritering i en slik situasjon.

Økt tverrfaglighet kan oppnås gjennom styrket samarbeid med eksisterende tjenester i kommunene. Eksempelvis vil målrettede takster og redusert listestørrelse stimulere til ytterligere samarbeid.

### *Behov for administrative ressurser*

Legekontorene har ansvar for et stort omfang av oppgaver. Legeforeningen mener det trengs tilførsel av mer ressurser til administrasjon, drift og ledelse av legekontoret for å sikre de gode pasientmøtene på legekontorene. Legekontorene må selv kunne velge hvordan de ønsker å løse organiseringen av sitt arbeid, f.eks. gjennom frikjøp av en lege til enkelte oppgaver, ansettelse av administrasjonspersonell, kjøp av eksterne tjenester eller å benytte helsesekretærer med videreutdanning. Det er effektiv ressursbruk å fordele oppgavene på kontoret slik at alle ansatte utfører de oppgaver de har best kompetanse og forutsetninger til å gjøre. En god arbeidsfordeling vil også frigjøre ressurser til bedre medisinsk faglig ledelse på legekontorene, noe som er en forutsetning for å sikre en moderne fastlegeordning. Finansieringssystemet bør derfor legge til rette for ansettelse av administrativt personell på legekontorene.

#### *Profesjonsnøytrale takster (tiltak 18 og 19)*

Legeforeningen er mot innføring av profesjonsnøytrale takster, med mindre de kun kan utløses av personell som jobber for en fastlege på samme kontor. Om profesjonsnøytrale takster innføres, må det omfatte alle fastlegekontor uavhengig av organisasjonsform, og ikke forbeholdes kontor i kommunal regi eller fastlegeselskap, slik ekspertutvalget foreslår.

Legeforeningen mener at hjelpepersonell bør kunne utløse takster for arbeid på vegne av fastlegene under dennes ledelse.

#### *Nasjonale veileder for oppgavedeling i fastlegetjenesten (tiltak 20)*

Alle helsepersonellgrupper har god kjennskap til hverandres arbeidsoppgaver og det er muligheter for delegering der man finner dette formålstjenlig. Vi mener det er bedre ressursutnyttelse at det lokalt i kommunene lages samarbeidsrutiner på områder det er hensiktsmessig og ønskelig mellom legene og annet helsepersonell, som f.eks. samarbeid om svangerskapsoppfølging.

#### *Tiltak for kostnadskontroll (tiltak 21)*

Legeforeningen mener at dagens mulighet for delegering sikrer god kvalitet og ansvars plassering, og at det derfor ikke er riktig bruk av ressurser å lage et helt nytt kontrollsystem. Det bør være pasientens behov som er styrende, ikke behovet for kostnadskontroll.

## Kapittel 7: Fastlegers arbeid med attester

### **Legeforeningen mener:**

- **Vi støtter forslaget om å øke antall egenmeldingsdager, men innretningen må utredes nærmere (#23 og #24).**
- **Vi støtter forslaget om å forskriftsfeste hvilke attester fastlegene plikter å skrive, men en eventuell forskrift må åpne for at fastlegen kan vurdere å skrive andre attester enn de som er forskriftsfestet (#25).**
- **Vi støtter at det må være forsikringsbransjens ansvar å sørge for nødvendige undersøkelser og dokumentasjon for tegning av privat helseforsikring (#26).**
- **Private helseforsikringer kan være nyttig for noen pasienter, men kan også føre til overdiagnostikk og overbehandling. Det er behov for å regulere forsikringsmarkedet bedre (#27).**



- **Vi støtter at fastlegene ikke skal utstede fraværsattester for grunnskolen, videregående opplæring, universiteter og høgskoler (#28).**

#### *Generelt om attester og erklæringer*

Legeforeningen støtter ekspertutvalgets vurderinger om hvordan fastlegenes arbeidsbelastning kan reduseres ved å bruke mindre tid på ulike former for attesting. Vi er likevel tvilende til at tidsbesparelsene vil være så store som ekspertutvalget legger til grunn, siden mange av pasientene som har behov for kortvarig sykemelding, også har behov for undersøkelse hos fastlege.

Forslagene vil kunne gi positive tilleggseffekter ved at økt grad av tillit til egenmelding – både i skole, arbeidsliv og fritid – vil kunne redusere at samfunnet har fokus på "godkjenning" av symptomer og funksjonsutfordringer heller enn universell inkludering og tilrettelegging.

Vi er enig i at det er stort potensiale for bedring av dialogen mellom NAV og fastleger, og at arbeidet med dette bør prioriteres. Det er derfor positivt at ekspertutvalget trekker frem det gode arbeidet som ble gjort av Helsedirektoratet, Legeforeningen og NAV som resulterte i rapporten «Informasjonsutveksling mellom NAV og fastlege» (publisert mai 2021). Vi forventer at ekspertutvalgets rapport bidrar til at arbeidet rundt informasjonsutveksling følges opp med konkrete tiltak og forbedringer.

#### *Bruk av egenmelding før sykmelding (tiltak 23)*

Legeforeningen støtter dette forslaget, men er usikker på hvordan en lovfestet plikt til å bruke egenmeldingsdager først vil fungere. Det kommer ikke frem hvordan man ser for seg å organisere en slik ordning, hvor mange egenmeldingsdager som må brukes per periode, eller om alle egenmeldingsdagene må tas ut før det gis sykemelding på et fravær som overskrider maks antall dager. Dette må utredes nærmere før man går for en lovfestet plikt til å bruke opp egenmeldingsdager først. Det bør også utredes om en slik plikt kun bør gjelde for bestemte diagnoser, med antatt kort varighet.

Bruk av egenmeldingsdager ved antatt korte fravær kan ha positive effekter som mindre medikalisering og mer dialog med arbeidsgiver rundt muligheter for tilrettelegging. Avhengig av hvordan ordningen innrettes, kan det være uhensiktsmessig ved antatt langvarig fravær. Det kan i praksis frata en del mennesker retten til egenmelding ved korte sykdomsperioder som ikke krever legebesøk, dersom man har brukt opp egenmeldingsdagene på et eller flere lengre sykefravær, eller har en kronisk sykdom som medfører hyppig fravær. Dersom man har brukt opp egenmeldingsdager i forbindelse med et lengre sykefravær, vil det kunne føre til økt forbruk av legekonsultasjoner for kortvarig sykdom senere. Vi mener derfor det er behov for at regelverket presiserer hva egenmelding er, vilkår for bruk av egenmelding og arbeidsgivers og brukers plikt til å bidra til tilrettelegging for å hindre, begrense eller forkorte sykefravær.

#### *Antall egenmeldingsdager (tiltak 24).*

Å øke antall egenmeldingsdager kan avlaste fastlegene noe med hensyn til oppfølging av korttidssykefravær og kan gi et signal om at arbeidsplassdialogen er viktig for å forhindre langvarig

frafall og at det er unødvendig at legen alltid skal inn tidlig. Eventuelle større justeringer i sykemeldingsordningen krever egen utredning.

#### *Forskriftsfesting av hvilke attester fastlegene plikter å skrive (tiltak 25)*

Legeforeningen støtter forslaget om å avgrense i forskrift hvilke attester fastlegene plikter å skrive. Det er viktig at en eventuell forskrift åpner for at fastlegen kan skrive andre attester enn de som er forskriftsfestet, da ulike pasienter og pasientgrupper kan ha behov for attestering av helsetilstand i mange sammenhenger. Det er også viktig å forhindre at en eventuell forskriftsregulering medfører overflytting av attestskrivning til det private, da det kan medføre at også andre allmenntilstandspesialiteter, som fastlegen skulle ivareta, overtas av privat attestskriver fordi det er praktisk for pasienten.

#### *Fraværsattester (tiltak 28)*

Legeforeningen mener at kravet om fraværsattester i skolen bør fjernes så raskt som mulig. Slikt fravær skyldes ofte tilstander som går over av seg selv, og som ikke trenger behandling fra lege. Dette tar kapasitet fra andre pasienter med større behov for helsehjelp.

## Kapittel 8: Legevakt

### Legeforeningen mener:

- **Det viktigste tiltaket for å redusere arbeidsbelastningen og rekrutteringsutfordringene i legevakt er å sikre flere fastleger i fastlegeordningen.**
- **Det må etableres rammer for hvor mye legevaktarbeid fastleger kan pålegges. Det kan ikke være en forskriftsregulert plikt til å delta i legevaktarbeid kombinert med et unntak fra arbeidsmiljøloven. Fastlegeforskriften §§ 12 og 13 og SFS2305 må endres (#29).**
- **Allmennlegene har riktig kompetanse og bør i størst mulig grad bemanne legevakt (#30).**
- **Gjennomført LIS1 eller tilsvarende bør være tilstrekkelig for å jobbe selvstendig i legevakt, forutsatt tilstrekkelig opplæring i lokale forhold (#31).**
- **Det er behov for mer innovasjon og forskning på bruk av videokonsultasjon ved legevaktsentraler og legevakter (#32).**
- **Vi er i tvil om ytterligere sentralisering av legevaktsentraler er hensiktsmessig (#33).**
- **De fleste legevaktspasienter bør legeundersøkes fysisk, og desentraliserte akutttilbud der lege kun er tilgjengelig per video svekker kvaliteten på legevakttilbudet (#34).**
- **Triagerings- og prioriteringsverktøy i legevaktsentral og legevakt bør gjennomgås og evalueres. Triage er først og fremst nyttig der det er stor pågang og hyppige samtidighetskonflikter (#35).**
- **Leger i legevakt bør ikke være alene på vakt, av hensyn til både pasientsikkerhet og legene selv (#36).**
- **Helseforetakene bør ikke drifte legevakt (#37).**
- **Vi støtter forslaget om statlig finansiering av samarbeidsordninger mellom forvaltningsnivå i den prehospitalt kjede, for å fremme bedre ressursutnyttelse lokalt (#38).**
- **Fastlønn bør være hovedregelen for legevaktarbeid (#39).**



- **Tilskudd til kommunenes drift av legevakt må økes betydelig for å sikre befolkningen trygge og gode legetjenester ved akutte hendelser utenom fastlegekontorenes åpningstid, enten det løses lokalt eller interkommunalt. Kostnadene er særlig høye i distriktene (#40, #41).**

#### *Sammenheng mellom utfordringene i fastlegeordningen og legevakt*

Rekrutteringsutfordringen og arbeidsbelastningen i fastlegeordningen og utfordringene med bemanning og vaktbelastning på legevakt, henger tett sammen: Arbeidsbelastningen i fastlegepraksisen gjør det krevende å delta i legevakt, og stor legevaktbelastning gjør det vanskelig å rekruttere nye fastleger og opprettholde stabil legedekning over tid. Styrking av fastlegeordningen er også viktig for å redusere belastningen når legene er på vakt, da et tilstrekkelig antall fastleger med kapasitet til pasientene sine, kan redusere behovet for å oppsøke legevakten. Hvis antallet fastleger stabiliseres og økes, vil det derfor kunne ha direkte effekt på belastningen når legene har vakt. God tilgjengelighet og kapasitet hos fastlegen er videre viktig for at legevakten skal kunne ivareta sin akuttfunksjon. For mange pasienter vil en time hos fastlegen gi mulighet for bedre oppfølging og behandling enn på legevakten. Det viktigste tiltaket for å redusere arbeidsbelastningen og rekrutteringsutfordringene i legevakt er derfor å sikre flere fastleger i fastlegeordningen.

#### *Forsvarlige arbeidstidsordninger (tiltak 29)*

Det må etableres forsvarlige arbeidstidsordninger for leger på legevakt. Dagens situasjon, der plikten til å delta i legevakt kommer på toppen av full arbeidsuke på legekontoret, kollegial fraværdeknning og allmenntilleggsoppgaver i kommunen, uten noen ytre begrensninger for hvor mye legevakt som kan pålegges, har gjort at den totale arbeidsbelastningen i mange kommuner er svært høy. I tillegg til at dette er direkte antirekrutterende, har det også medført at mange erfarne fastleger har sluttet. Flere kommuner har tatt grep, men dette må løses nasjonalt, bl.a. gjennom endringer i fastlegeforskriften §§ 12 og 13. Det kan ikke fortsette å være en forskriftsregulert plikt til å delta i legevaktarbeid kombinert med et unntak fra arbeidsmiljøloven.

#### *Allmenntilleggsoppgaver er riktig kompetanse på legevakt (tiltak 30 og 37)*

Vi mener allmenntilleggsoppgaver er best kvalifisert for legevaktarbeid og at en bør legge til rette for størst mulig bruk av allmenntilleggsoppgaver på legevakt. Allmenntilleggsoppgaver har en uvurderlig kompetanse i rollen som portvoktere for spesialisthelsetjenesten. Arbeidsforholdene på legevakt må være gode nok til å tiltrekke seg allmenntilleggsoppgaver. I tillegg til forslagene i rapporten vil fagutvikling, kvalitetsarbeid, samtrening og trygge rammebetingelser på vakt bidra til å gjøre legevakt til en attraktiv tjeneste for allmenntilleggsoppgaver.

Vi ser samtidig behovet for at det åpnes for at også andre spesialiteter skal kunne bemanne legevaktene, spesielt i byene. Vi mener det er nødvendig at det vurderes standardiserte krav til opplæring og ferdigheter i denne rollen.

#### *Desentrale akutt-tilbud med forsterket, sentralisert legevaktsentral (tiltak 33 og 34)*

Legevaktsentraler har blitt sentralisert over tid. Legeforeningen er usikker på om ytterligere sentralisering er hensiktsmessig. Samlokalisering mellom legevakt og ambulansetjeneste er hensiktsmessig.

Vi er skeptiske til sentraliserte legevakter med videomulighet. Bruk av legevakt synker ved økt avstand til legevakten, også for pasienter med alvorlige tilstander. Bruken av ambulanse- og helikoptertjenester kan øke. Legevakt er høyrisikoarbeid med tidspress, samtidighetskonflikter og mange alvorlige hendelser. Problemstillinger tilknyttet legevakt som ikke kan vente til neste dag bør som regel vurderes ved fysisk konsultasjon. Kunnskapsgrunnlaget for bruk av video i stedet for fysisk konsultasjon er begrenset, og det er risiko ved bruk av video i akuttsituasjoner og når pasienten ikke er kjent for legen. Det er behov for mer innovasjon og forskning på området.

#### *Triageringssystemer (tiltak 35)*

Legeforeningen støtter en gjennomgang av triageringssystemer. Det er viktig å være klar over at man ikke alltid mener det samme med triagering. Triage i faglig forstand handler om hastegradsvurderinger og prioritering. Det er faglig krevende å lage trygge algoritmer som sikrer riktig akutt hjelp når det haster. Slik "spiss" triage håndteres i praksis først og fremst av AMK og legevaktsentraler med støtte i Norsk medisinsk indeks og andre beslutningsstøttesystemer. Videostøtte bør være tilgjengelig for hjelp med disse vurderingene. Nyttien er mest uttalt der man har mange pasienter, samtidighetskonflikter og store avstander.

Triage brukes også ofte i mer generell betydning, og da gjerne om en rekke forskjellige ting. Dette omtaler vi nærmere i kapitlet om innovasjon og digitalisering.

#### *Samlokalisering (tiltak 37)*

Å samlokalisere legevakt med akuttmottak har vært forsøkt tidligere med liten grad av suksess. Sykehusene har ikke riktig kompetanse og det er observert overforbruk av sykehustjenester som labprøver og røntgen. En slik løsning vil med stor sannsynlighet føre til økt belastning på akuttmottakene. Legen i vakt vil gjerne være en LIS1-lege uten erfaring utenfor sykehus. Mulighetene for utrykning til sykebesøk vil være begrenset. Tiltaket vil være mest aktuelt i sentrale strøk, og til liten hjelp for leger i kommunene med størst vaktbelastning.

## Kapittel 9: Kompetanse i allmennlegetjenesten

### Legeforeningen mener:

- **Det bør stilles krav til å være spesialist eller i et spesialiseringsløp for leger i alle deler av den offentlige helsetjenesten (#42).**
- **Krav om spesialisering i allmennmedisin bør ikke begrenses til fastleger og leger i faste stillinger i kommunen (#43).**
- **Vi støtter økning i antall pålagte LIS1-stillinger (#44). Gjennomført KBU- (Danmark) og AT-tjeneste (Sverige) bør kvalifisere for godkjenning av tilsvarende læringsmål i LIS1.**
- **Sentral opprettelse og fordeling av LIS1-stillinger er en bedre løsning enn at sykehus og kommuner kan opprette egne LIS1-stillinger (#45).**





- **Rekkefølgekravet for LIS1 må opprettholdes (#46).**
- **Vi støtter ikke at søkere som trekker seg fra kommunedelen av en koblet LIS1-stilling, ikke skal kunne ta en LIS1-stilling i en ny kommune før ved neste ordinære utlysning (#47).**
- **Vi støtter ikke å etablere LIS1-stillinger som er knyttet mot spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin (#48).**
- **Veiledere må som hovedregel være spesialist i allmenntilleggsmedisin. Der det mangler spesialister må kommunene samarbeide (#49).**
- **Kravet om institusjonstjeneste kan fjernes og læringsmålene oppnås på andre måter (#49).**
- **Kravet om to års uselektert praksis må opprettholdes, men kravet om minimum 50 % stillingsstørrelse kan fjernes (#50).**
- **Legeforeningen støtter forslaget om å opprette utdanningsstillinger der ALIS er ansatt og arbeider på andre legers liste (#51).**
- **Veiledning av medisinstudenter, LIS1 og ALIS bør sidestilles med fastlegens deltakelse i andre allmenntilleggsoppgaver (#52).**
- **Det bør tilrettelegges for at kommunene kan ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet på tvers av kommunegrensene (#54).**

#### *Krav om spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin (tiltak 43)*

Kravet om spesialisering i allmenntilleggsmedisin bør ikke begrenses til fastleger og leger i faste stillinger i kommunen. Fastlegeordningen vil alltid være avhengig av et visst antall vikarer. Et vikariat kan være en god inngang til fastlegeyrket. Supervisjon og veiledning er særlig viktig for vikarer og bør være en plikt for kommunene, både for å sikre kvaliteten for pasientene og som et rekrutteringsvirkemiddel. Det er også viktig for både legen og samfunnet at all relevant tjenestetid blir tellende, slik at spesialistutdanningen ikke tar unødig lang tid. Legeforeningen mener at dagens ordning, der vikariater av inntil ett års varighet er unntatt fra krav om spesialisering i allmenntilleggsmedisin, gir tilstrekkelig fleksibilitet.

For å stabilisere legetjenesten i sykehjem og storlegevakter er det behov for å se på regelverket i kompetanseforskriften, for eksempel ved å åpne for LIS i andre relevante spesialistutdanninger. Det må tilrettelegges for at også leger som arbeider utenfor fastlegeordningen får gjennomført spesialistutdanning.

#### *Opprettelse av egne LIS1-stillinger i sykehus og kommuner (tiltak 45)*

Legeforeningen støtter økt antall LIS1-stillinger, og at nye stillinger finansieres statlig. Vi mener det er stor risiko for at fri etablering kan gjøre fordelingen av LIS1- leger i landet vanskeligere, og at store/sentrale sykehus og kommuner taper distriktene for legerressurser. LIS1-tjenesten er en vesentlig rekrutteringsarena for både kommuner og sykehus utenfor de store byene. Dersom man går videre med tiltaket må stillinger opprettes i samarbeid mellom sykehus og kommuner slik at alle parter opplever forutsigbarhet.

#### *Rekkefølgekravet i LIS1-tjenesten (tiltak 46)*

Legeforeningen mener at rekkefølgekravet i LIS1-tjeneste må opprettholdes, også ved ansettelse i eventuelle egne opprettede LIS1-stillinger. Ferdighetene som LIS1-legene tilegner seg i sykehus er essensielle for å kunne arbeide med en så stor grad av selvstendighet som kreves av en lege i

primærhelsetjenesten. Dagens læringsmål og krav til supervisjon og veiledning av LIS1 i kommunen, er utarbeidet ut fra at LIS1 har oppnådd mange læringsmål i sykehus før de starter i kommunehelsetjenesten. Dersom rekkefølgekravet endres, vil det bli behov for betydelig økt kapasitet til supervisjon og veiledning av LIS1 i kommunene, og man må vurdere full revisjon av læringsmålene knyttet til denne delen av spesialistutdanningen.

#### *Søkere som trekker seg fra kommunedelen av en koblet LIS1-stilling (tiltak 47)*

Legeforeningen anerkjenner at det kan være utfordrende for kommuner å miste LIS1-leger på kort varsel. Dette rammer først og fremst små og usentrale kommuner som allerede har en presset allmennelegetjeneste. Vi kan likevel ikke akseptere at disse søkerne skal forholde seg til andre regler i arbeidslivet enn andre ansatte. I tiden da turnusplass var en rettighet kunne man vurdere slike ordninger, men ettersom det ikke lenger foreligger noen rett til tjeneste kan det heller ikke pålegges slike begrensninger i arbeidstakernes rett til å bytte arbeidssted.

#### *Knyttede LIS1-stillinger (tiltak 48)*

Legeforeningen støtter ikke å etablere LIS1-stillinger som er knyttet mot spesialistutdanningen i allmennelegetjeneste. Liknende knytninger har vært forsøkt uten hell bl.a. av Forsvaret opp mot spesialitetene kirurgi og anestesi. Økning i antall LIS1-stillinger er et bedre tiltak.

#### *Spesialistkrav til veiledere (tiltak 49)*

Veileder for LIS1 og ALIS skal som hovedregel være spesialist i allmennelegetjeneste. En svekkelse av kravet vil utgjøre en trussel mot pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenesten. Legeforeningen mener unntaksbestemmelsene i rundskrivet til spesialistforskriften § 25 fjerde ledd, som åpner for tidsavgrenset fritak fra kravet om at veileder er spesialist f.eks. i rekrutteringssvake kommuner, er tilstrekkelig. Læringsmålene knyttet til samhandling og dybdekompetanse er viktige aspekter i allmennelegetjeneste, men kan oppnås på andre måter enn ved institusjonstjeneste.

#### *Krav om to års åpen uselektert praksis (tiltak 50)*

Legeforeningen er sterkt kritisk til å redusere kravene til tjenestetid i åpen uselektert praksis for å kunne bli godkjent spesialist i allmennelegetjeneste. Erfaring fra arbeid i uselektert praksis over tid er en grunnleggende ferdighet hvis man skal være spesialist i allmennelegetjeneste. Kravet om stillingsstørrelse på minst 50 prosent kan fjernes, slik at tjenesten for enkelte kan oppnås over en lengre tidsperiode.

#### *Veiledning er en offentlig legeoppgave (tiltak 52)*

Veiledning bør telle som allmennelegetjenestemessig oppgave i kommunen, forutsatt at det inngår i de 7,5 timer allmennelegetjenestemessige oppgaver som kommunen kan pålegge fastlegen, jf. fastlegeforskriften § 12. Veiledning bør ikke kunne pålegges, da dette kan påvirke engasjementet for og kvaliteten på veiledningen.

#### *Spesialisters etterutdanning (tiltak 53)*

Ekspertutvalget mener at obligatorisk etterutdanning har usikkert kunnskapsgrunnlag og kan erstattes av andre økonomiske insentiver til å opprettholde kompetanse, for eksempel praksiskompensasjon til spesialister for kursdeltagelse finansiert av fond II. Legeforeningen mener ekspertutvalget her er på villspor. Fagmiljøet i allmennelegetjeneste har vært pionerer i å fremme livslang

læring. Etterutdanning er i dag ikke obligatorisk, men gir økonomiske fordeler for leger som praktiserer for trygdens regning. Regelverket har vært uendret i mange år, og bør revideres i lys av den endrede spesialistutdanningen. Etterutdanning for allmennleger eksisterer i de fleste land vi sammenligner oss med. Å fjerne et nasjonalt felles etterutdanningsprogram vil være et stort faglig tilbakeskritt.

## Kapittel 10: Digitalisering, innovasjon, forskning og ledelse

### Legeforeningen mener:

- **Behovene på legekantorene må være førende for utviklingen av digitale verktøy. Staten bør ha en tilretteleggerrolle med fokus på nasjonale standarder og felleskomponenter (#55).**
- **Legeforeningen støtter ikke innføring av digital triage for fastlegekontor (#56).**
- **Legeforeningen støtter god publikumsinformasjon, men støtter ikke å bygge opp en statlig chat/telefon/videokonsultasjonstjeneste (#57).**
- **Datagrunnlaget for allmennlegetjenesten må forbedres. Vi trenger lokale data til lokal bruk, aggregerte og anonymiserte data til sentral bruk. Datainnsamling må ikke medføre økt administrativt arbeid for allmennlegene (#58).**
- **Forskning i allmenmedisin er nødvendig og krever økt statlig finansiering (#59).**

### *Statens rolle i digitalisering av helsetjenester (tiltak 55 og 58)*

Digitalisering av helsetjenester krever sterkt fokus på nytte for pasientene og effektivisering for helsepersonellet. Sekundærformål må prioriteres lavere og ikke føre til merarbeid i klinikkene. Suksess med digital utvikling forutsetter sterkere klinikerinvolvering enn mange prosjekter har hatt til nå. Satsingen på e-helse bør medføre en styrking av tjenester og prosjekt med tanke på samhandling, pasientenes medvirkning og fagutvikling. Vi støtter satsing på at staten utvikler standarder for meldingsutveksling og avlevering av viktige data til nasjonale løsninger, og tilrettelegger for at andre aktører kan levere løsninger inn i helsetjenesten. Løsninger vi vet har positive effekter må fullføres og fullfinansieres av staten, som pasientens legemiddelliste og forenklete portaler for elektronisk samhandling.

Legeforeningen deler ikke rapportens unyansert positive forventninger til enkelte digitaliseringstiltak i fastlegekontor, slik som triageverktøy, digital behandlings- og egenbehandlingsplan, kunstig intelligens, digital hjemmeoppfølging og selvbetjeningsløsninger for pasienten. Rapporten beskriver positive effekter både knyttet til medisinsk utkomme og effektivisering av legekantorene. Det finnes foreløpig lite dokumentasjon på at slike effekter er oppnådd. Konkrete, individuelle allmenmedisinske problemstillinger er som regel mer komplekse enn det som kan løses av en chatbot eller et flytskjema. Digitale løsninger gir risiko for både under- og overdiagnostikk. Når det gjelder effektivisering har den teknologiske utviklingen i samfunnet og inn mot fastlegene i mange tilfeller ført til økt arbeidsmengde, ikke besparelser. Økt tilgjengelighet gjennom digitalisering utløser ofte økt etterspørsel, også på områder som kan gi lav medisinsk verdi.

En fordel med fastlegene er den høye graden av autonomi, som gir fleksibilitet og gjennomførbarhet. Legeforeningen mener digitale verktøy må utformes som utprøvnings-/forskningsprosjekter, der man fortløpende kontrollerer medisinsk nytte, bivirkninger for pasienter og ressursbruk i alle ledd for å avklare den reelle verdien. Vi viser til mer utdypende argumentasjon i Legeforeningens innspill til digitaliseringskapittelet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan: [innspill-fra-legeforeningen-digitalisering-i-nasjonal-helse-og-samhandlingsplan.pdf](https://www.legeforeningen.no/contentassets/07ea51b33104483bac68f3522beda619/suksessfaktorer-for-digitalisering-i-helsetjenesten.pdf). Vi viser også til Legeforeningens "Suksessfaktorer for digitaliseringsprosjekter i helsetjenesten": <https://www.legeforeningen.no/contentassets/07ea51b33104483bac68f3522beda619/suksessfaktorer-for-digitalisering-i-helsetjenesten.pdf>.

#### *Digital triage (tiltak 56)*

Digital triage brukes ofte i generell betydning og gjerne om en rekke forskjellige ting: symptomvelger, informasjon om symptomer og faresignaler, veiledning om valg av tjeneste (reseptfornyelse/e-kontakt/e-konsultasjon/fastlegekonsultasjon/legevakt/AMK), selvregistrering/timebestilling og preanamnese (styrt innhenting av sykehistorie som kan importeres til pasientjournalen). Utvikling av enkelte slike systemer kan bidra til bedre arbeidsprosesser og redusere uhensiktsmessig bruk av for eksempel legevakt. Samtidig kan det være vanskelig å sikre at systemene er trygge, gir merverdi uten merarbeid, og bidrar til at de som trenger det mest får mest hjelp. Digital triage kan øke terskelen for kontakt med legekantoret, øke risikoen for at viktig informasjon ikke kommer frem i konsultasjonen og dreie ressursbruken bort fra personer med lav digital helsekompetanse. Det bør satses på informasjon og egenmestring.

Systemene griper sterkt inn i arbeidsflyt og arbeidsdeling både i det enkelte legekantor og i hele behandlingkjeden. Derfor er det helt avgjørende at løsningene både utvikles av helsepersonellet selv og har fleksibilitet nok til å tilpasses lokale forhold og organisering. Klinikerinvolveringen må forbedres.

#### *Statlig nettside for publikum (tiltak 57)*

Legeforeningen støtter god publikumsinformasjon for å bygge opp befolkningens helsekompetanse, men støtter ikke å bygge opp en statlig chat/telefon/videokonsultasjonstjeneste. Dette vil være ressurskrevende og har også risiko. Satsing bør i stedet gjøres i fastlegeordningen og legevaktene (#57).

#### *Forskning i allmennmedisin (tiltak 59)*

Legeforeningen støtter forslaget om styrket finansiering av allmennmedisinsk forskning. Dette behovet er påpekt av mange offentlige utvalg de siste årene. I 2021 rapporterte helseforetakene 3.350 forskningsårsverk og 4,7 milliarder kroner i driftskostnader til forskning. Til sammenlikning har Allmennmedisinsk forskningsfond per i dag 29 pågående PhD-stipendiater, og det er ikke tilgjengelige postdoc-midler. Mens sykehusleger beholder sin legelønn i forskningsperioden, må allmennlegeforskere ta til takke med forskningsrådets lavere satser. Det viktigste tiltaket knyttet til forskning vil være en betydelig økt finansiering av stipender gjennom Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF), og i tillegg må de fire allmennmedisinske forskningsenhetene (AFE) og kompetansesentrene ASP, NSDM og NKLM få økt finansiering. Allmennmedisinsk forskning må

finansieres statlig, og gjøres uavhengig av Normaltarifforhandlingene. Det samme gjelder PraksisNett, som er en viktig infrastruktur for både forskning og kvalitetsarbeid.

### Avsluttende kommentarer

Legeforeningen ber om at Helse- og omsorgsdepartementet involverer trepartssamarbeidet i den videre prosessen med oppfølgingen av ekspertutvalgets rapport, slik at vi i fellesskap kan finne de gode løsningene for fremtiden. Gjennom vårt omfattende medlemsapparat har vi inngående kunnskap om hva som kreves for at vi skal lykkes med å beholde og rekruttere fastleger. Dette er kunnskap som etter vår vurdering vil være svært verdifull for Helse- og omsorgsdepartementet i det videre arbeidet, og for at vi igjen skal få en bærekraftig fastlegeordning.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Siri Skumlien  
generalsekretær

Lars Duvaland  
avdelingsdirektør/advokat

Monica Auberg  
spesialrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)