



22.mars 2022

## *Høring – innspill til neste folkehelsemelding*

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) takker for muligheten til å komme med innspill til neste folkehelsemelding. Det er et stort og svært bredt område det ønskes innspill til. Vi har valgt å kommentere på noen av de viktigste punktene under ministerens hovedspørsmål og til slutt kommentere noe fritt. I arbeidet har vi spurt alle våre underutvalg og 25 faggrupper om de har innspill, og mottatt svar fra tre av dem (faggruppa for medisinsk uforklarte plager og symptomer, faggruppa for farmakoterapi i allmennpraksis, faggruppa for lesbisk, homofil, bifil og transhelse).

### **Sosial ulikhet i helse**

I det store er det viktig å gjøre noe med levekårene, som arbeid, utdanning og bomiljø for å bedre folkehelsen. Det er viktig å arbeide for å utjevne sosiale helseforskjeller. Levevaner som røyking, kosthold og fysisk aktivitet følger utdannings- og inntektsnivå, og det påvirker barna. Kvinner og menn med lengst utdanning lever 8-10 år lengre og har bedre helse enn de som har kortest utdanning, og forskjellene er økende. Helseforskjellene i Norge er større enn i mange andre europeiske land.

Pasienter med alvorlig psykisk sykdom og/eller ruslidelse opplever helsetap på mange områder, og disse pasientene dør flere år tidligere enn resten av befolkningen. En stor del av overdødeligheten skyldes kroppslig sykdom som det finnes behandlingsmuligheter for, særlig hjerte- og karsykdom, kreft og lungesykdommer. Psykisk helse er også en viktig del av god folkehelse.

Vi må sørge for at de som trenger det mest får mest. Fastlegene garanterer for flere helt sentrale helsepolitiske mål. Ett av de viktigste er at alle skal få helsetjenester etter behov og ikke betalingsevne. Fastlegen som pasientenes første kontakt med helsetjenesten er en viktig garantist for å redusere sosiale ulikheter i tilgang til helsetjenester. Forskning viser at tilgang til fastlege er sosialt rettferdig. For å styrke fastlegens mulighet for tidlig intervensjon, må egenandeler for pasienter i aldersgruppen opp til 20 år fjernes. Egenandeler rammer de med svak betalingsevne hardest. For ungdom, minstepensjonister, rusmiddelbrukere og personer med kronisk sykdom kan egenandeler eller digitale triageringer føre til at terskelen for å søke legehjelp blir for høy.

Utarmingen av primærhelsetjenesten er en stor trussel mot helsetilbudet til den mest ressursvake av pasientene. I utkantstrøk, hvor tilgangen på andre helseressurser er lavere enn i byene, rammes også normalpasienten av den pågående nedbyggingen. I byene, hvor tilgangen på mindre fagtung helsetilbud (nettleger) vokser fram, opplever vi at pasienter med en velordnet privatøkonomi også tilbys tjenester som mangler vesentlige kvaliteter vi ellers tar for gitt. Framveksten av en parallell primærhelsetjeneste har vist oss at mangelen på medisinsk

kvalitet og erfaring ikke nødvendigvis er så åpenbar for pasientene, og derfor vanskelig å kommunisere. Verdien av den faglig opplyste fastlegen, med høy integritet og vilje til å ta beslutninger i kompliserte lokale prosesser, må ikke undervurderes. Pasienter bør opplyses og beslutninger tas i varsomhet, hvor den medisinske kompetente parten har en langsgående relasjon til pasienten og hvor den medisinske etikken er kvalitetssikret i god, faglig tradisjon. Alt annet er en risikabel vei for pasienter med begrensede ressurser, enten det er svak økonomi eller begrenset kunnskap. *Normalpasienten villedes av legetjenester av lavere kvalitet.*

Å velge kommersielle løsninger for allmennlegetjenester vil understøtte «loven om den omvendte omsorg»<sup>1</sup>. Å gå fra en skattefinansiert offentlig helsetjeneste til en markedsmodell vil øke forskjellene, byråkratiseringen og de totale helseutgiftene – uten at folkehelsen blir bedre<sup>2</sup>.

NFA støtter resolusjonen fra faglandsrådet i 2021<sup>3</sup>:

*Sosial ulikhet i helse er solid dokumentert og beskrevet, men utfordrende å gjøre noe med. Igjen og igjen viser forskning at lavere sosioøkonomisk status gir økt risiko for dårligere helse og desto større behov for helsetjenester. De sosiale forskjellene er varige og har ikke endret seg vesentlig over tid. Sosiale ulikhet i helse er ikke nevneverdig mindre i Norge enn i andre europeiske land. Norge er et av de landene i verden hvor det er minst forskjell på fattig og rik, men forskjellene har økt de siste ti årene, også når det gjelder helse. Dette er av særlig betydning nå som vi ser at pandemien har ført til en forsterket ulikhet i helse, spesielt blant sårbare barn og unge.*

*Legeforeningen ønsker å bidra til å redusere den sosiale ulikheten i helse ved å se på hva den enkelte fagperson/fagmiljø kan bidra med.*

*Legeforeningens faglandsråd mener at:*

1. Vi må erkjenne ulik helsekompetanse i befolkningen

*Et likeverdig tilbud innebærer at informasjonen når fram til alle og at innholdet er forståelig for mottager. Pasientens forutsetning for å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon varierer i stor grad, og all kommunikasjon må tilpasses pasientens behov.*

*Kommunikasjonsløsninger må også ivareta pårørendes rolle i helsehjelpen. Vi vet at de med størst behov har lavest digital helsekompetanse.*

- *Pasientens motivasjon, kunnskap og ferdigheter påvirker pasientens evne til å forstå, bruke, få tilgang til og vurdere helseinformasjon. For å gi likeverdige helsetjenester må disse variablene tas hensyn til.*
- *Kommunikasjonen må tilpasses den enkelte pasient.*

2. Det kreves ulik innsats for å skape et likeverdig helsetilbud. Det innebærer å:

- *gi mest til de som trenger mest.*
- *dele kunnskap om sosiale helseforskjeller.*
- *tilpasse informasjon, utredning og behandling etter pasientens behov.*
- *legge til rette for at det kan brukes mer tid på informasjon når det er behov for det*
- *være oppmerksom på hva som hindrer og hjelper god kommunikasjon og forståelse både for legen og for pasienten.*
- *formidle hensyn som bør tas for å sikre god kommunikasjon.*
- *arbeide for at alle digitale løsninger for helsetjenester tar hensyn til - og kan brukes - av hele befolkningen.*

3. Faglandsrådet skal støtte opp under Legeforeningens arbeid for å fjerne unødvendige terskler for å motta helsehjelp ved at:

- *alle skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester, uavhengig av personlig økonomi, alder og bosted.*

- utsatte grupper må skjermes mot egenandeler. For utsatte grupper kan egenandelene føre til at terskelen for å søke legehjelp blir for høy.
- egenandeler må fjernes for alle til og med 20 år.

## Livet etter pandemien

Fra starten av pandemien har hovedmålsettingen for alle tiltak vært å begrense smitte i befolkningen for å redusere sykkelighet og død. Tiltak for å sikre kapasiteten på sykehus for å behandle covid-19-pasienter og andre pasienter har blitt høyt prioritert. Hovedårsaken til at vi lyktes godt i Norge har vært en sterk og velfungerende primærhelsetjeneste som har tatt sitt ansvar. Vi mener at en forutsetning for å lykkes i håndteringen av denne pandemien, og fremtidige pandemier, er at vi har en godt utbygd nasjonal primærhelsetjeneste med allmennleger og samfunnsmedisinere. Kapasiteten på norske sykehus har ikke vært truet eller overskredet.

Helsedirektoratet beskriver at de under hele pandemien har forholdt seg til tre rangerte hovedtiltak i sin “verktøykasse”:

- Tiltak 1: befolkningens egeninnsats med å være hjemme når de er syke, vaske hender, holde avstand og teste seg ved symptomer.
- Tiltak 2: TISK-strategien (testing – isolasjon – smittesporing – karantene).
- Tiltak 3: alle andre tiltak myndighetene satte inn.

TISK-strategien krevde en betydelig innsats fra primærhelsetjenesten. Til neste pandemi må vi huske at smitte først medfører økt belastning i primærhelsetjenesten. Vi mener at erkjennelsen av hvor tiltak må settes inn først og hvem som trenger mest ressurser, ikke har fulgt logikken i tiltaksrekkefølgen. Ved fremtidige lignende hendelser må primærhelsetjenestens behov identifiseres og styrkes først.

### Ved alle kriser oppstår et enormt informasjonsbehov

Vi har savnet en myndighet som tok overordnet ansvar for allmennlegetjenesten og jobbet mer proaktivt. Vi har hatt svært godt samarbeid og det har kommet mye god veiledning fra FHI, ulike avdelinger i Helsedirektoratet, E-helsedirektoratet, NAV og andre etater, men alle har kun ansvar for små fragmenter av det som er en helhetlig tjeneste. Det medfører at det tar lang tid med avklaringer, ingen tar det overordnede ansvaret for å finne raske, best mulig løsninger, og det er ingen som ivaretar primærhelsetjenestens interesser for eksempel ved fordeling av smittevernutstyr. Det ble tidlig klart at det manglet smittevernutstyr. Det ble innledningsvis satset mest på sykehusene som skulle få 80% av tilgjengelig utstyr, mens kun 20% skulle gå til kommunene. De aller fleste av koronapasienten ble tatt hånd om av primærhelsetjenesten og kun 5% ble innlagt. Behovet for smittevernutstyr er ikke noe mindre i kommunene enn på sykehus. I starten av pandemien var det kritisk mangel på smittevernutstyr i primærhelsetjenesten, og myndighetene burde forutsett at der hvor man skal behandle flest pasienter er behovet størst.

Ved krisehåndtering må det foreligge en kommunikasjonsplan. Informasjonsbehovet er stort, og informasjonen må være tilpasset mottaker. Det kan ikke etableres system som krever at den som har behov for informasjonen selv aktivt oppsøker nettsider eller lignende. Informasjonen må gå direkte til den som har behov for den, skriftlig og noen ganger muntlig.

### Faglige råd

Vi trenger også for god fremtidig pandemihåndtering et nasjonalt senter for kvalitet i allmennmedisin med kapasitet til raskt å utvikle gode løsninger for allmennmedisin. Mye av de faglige råd og anbefalinger som har blitt utarbeidet under denne pandemien må kunne gjenbrukes som maler ved fremtidige lignende hendelser. Det må være noen som har ansvar for at dette arbeidet igangsettes raskt også for primærhelsetjenesten. I helseforetakene har de selv tatt noe av dette ansvaret og de er organisert på en slik måte at dette er naturlig og mulig. Internasjonale anbefalinger og organisatoriske grep kan i mye større grad raskt overføres til faglige retningslinjer for sykehus. Den norske primærhelsetjenesten har vært førende for allmennmedisinsk utvikling og vi kan ikke forvente at vi får lignende internasjonal hjelp. Vi burde derimot ha overført noe av vår kunnskap og våre erfaringer til bruk i andre land. Et internasjonalt system for bedre allmennmedisinsk-kunnskapsoverføring bør etableres.

### **Prioritering**

Det ble etter nedstengningen viktig å hindre at pasienter med behov ikke uteble for konsultasjoner og avtalte kontroller. Det ble nedsatt en egen prioriteringsgruppe som arbeidet sammen med myndighetene for å lage anbefalinger. I tillegg laget også allmennlegeforeningene egne anbefalinger.

Det er viktig at en i en krisesituasjon ikke «glemmer» den ordinære driften og alle pasientene som har behov for tilgjengelige tjenester. Her må myndigheten i fremtidige liknende situasjoner være raskt ute med tydelig informasjon til pasientgruppene om hvordan de skal forholde seg. Nedstengningen og frykten for smitte gjorde at mange pasienter utsatte viktige kontroller og hevet terskelen for å kontakte lege.

### **Digitalisering**

Allmennlegeforeningene har gjennom sine egne representanter bidratt inn i arbeid med forbedring og utvikling av flere digitale tjenestetester under pandemien. Det er fortsatt udekkede behov som bør løses snarlig for å sikre beredskap (f.eks integrasjoner av Sysvak og melde.no, kjernejournalfunksjonalitet, vaksineringsverktøy og integrert beslutningsstøtte).

### **Hvordan kan erfaringer fra pandemien bidra til et bedre folkehelsearbeid?**

Erfaringene fra pandemien må brukes til å sikre et bedre folkehelsearbeid. Det må være en tydeligere statlig sentral ledelse av fastlegeordningen som sikrer at også denne tjenesten blir prioritert i fordeling av ekstra ressurser etter behov i slike spesielle situasjoner. Oppsummert:

- Vi trenger en beredskapsløsning!
- Behov for tydelig ledelse
- Behov for fastlegene som gode portvoktere for å bevare kapasitet i spesialisthelsetjenesten
- Behov for bedre informasjonsløsninger
- «Se til primærhelsetjenesten» – utfordringene kommer først her.
- Når informasjon gis til befolkningen i kriser, tenk samtidig på uheldige bivirkninger. Helsepersonell bør informeres først. Unngå å skape usikkerhet blant innbyggerne slik at de belaster helsetjenesten unødig for å få informasjon de kunne fått i andre kanaler.
- Bedre muligheter for å kartlegge hvilke deler av helsetjenesten som trenger bistand når (eks smittevernutstyr, anbefalinger)
- Fastleger er løsningsorienterte og tilpasningsdyktige, men ordningen underdimensjonert og underfinansiert. Behov for generell styrking av fastlegeordningen

## Klima og helse

En av fagsesjonene under årets faglandsråd vil fokusere på klimaendringenes påvirkning på helsetjenesten. Våre innspill vil være i tråd med dette:

<https://www.legeforeningen.no/nyheter/2022/setter-helse-og-klima-pa-agendaen/>

- Klimaendringers påvirkning på helsetjenesten <https://www.legeforeningen.no/om-oss/organisasjonen/rad-og-utvalg/Faglandsradet/klima-og-helse/klimaendringers-pavirkning-pa-helsetjenesten/>
- Klimaendringer og sykdomspanoramaet – dypdykk <https://www.legeforeningen.no/om-oss/organisasjonen/rad-og-utvalg/Faglandsradet/klima-og-helse/klimaendringer-og-sykdomspanoramaet-dypdykk/>

## Ikke-smittsomme sykdommer og levevaner

Vårt arbeidsområde er pasienter med kroniske sykdommer, og fastlegen har en nøkkelrolle i behandlingen. Den største helsetrusselen for kronisk syke pasienter nå er mangel på fastleger som kan ta kontinuerlig koordinerende ansvar for disse pasientenes helse- og rehabiliteringstjenester.

Vi må ta inn over oss den demografiske utviklingen og de bærekraftutfordringene vi vil komme til å stå i årene fremover. En sterk offentlig allmennlegetjeneste – portvokterrolle – kan ikke håndteres uten tilførsel av økte midler – men vil allikevel være langt billigere enn å ikke forebygge individuelt eller overlate diagnostikk og behandling til spesialisthelsetjenesten.

I Stortingsmelding 19 fra 2019 «Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn» står det: «*Ei sentral problemstilling i forskinga på folkehelse er å finne og estimere verknaden av tiltak som kan føre til betre helse og mindre sjukdom*». Når det handler om forebygging er det er fortsatt dette vi leter etter: «hva har mest og best effekt for hvem?»

De nye sykdommene som er inkludert i NCD strategien omfavner nesten alt vi gjør i allmennmedisin, infeksjonssykdommer er en mye mindre andel selv i c-19 tider. For å målrette NCD-arbeidet også i primærhelsetjenesten, må det være viktig å se på hvilke sykdommer som har størst innvirkning på sykdomsbyrden (sykelighet og død). Fastlegen behandler hver dag pasienter med psykiske sykdommer, muskel-skjelettsykdommer, overvekt og pasienter med diabetes, KOLS, hjerte-kar sykdom og kreft. Ofte har mange pasienter flere av diagnosene samtidig. Det er nettopp dette som er allmennmedisin, å se helheten, hjelpe pasienten til å prioritere hva som er viktigst nå og samtidig bidra til best mulig helse både ved å behandle aktuelle sykdommer og forebygge nye sykdommer eller komplikasjoner. Fastlegen må fortsatt være tilgjengelig. Det at vi møter det uselekterte, lytter til pasienten og dermed kan sette symptomer, hendelser og tidligere kjennskap til pasienten i sammenheng - og er der for alle når de har behov – er viktigst. Vi trenger å bli enda bedre på å gi mest til dem som trenger mest, men det oppnår vi ikke ved å lage kompliserte digitale triageringsløsninger eller ved å begrense tilgjengeligheten. Slike løsninger kan skape distanse og redusere opplevd tilgjengelighet, og dermed gi dårligere behandling og oppfølging.

Hvert år er det ca 15 mill konsultasjoner hos allmennlege, hver innbygger har 2,7 konsultasjoner i snitt. Halvparten av alle konsultasjoner er med pasienter med kronisk sykdom. Vår primære oppgave er diagnostisere og behandle, det må aldri bli slik at hoveddelen av det

allmennmedisinske arbeidet blir å følge retningslinjer med mål om forebygging, da vil vi diagnostikk og behandling bli dårligere. Det vil igjen få veldig uheldige effekter og medføre uhelse og tidligere død for mange, så innsatsen må altså balanseres. En studie av Yarnall m.fl.: «*Primary care: is there enough time for prevention?*»<sup>4</sup> beregnet at en allmennpraktiker vil trenge 7.4 timer per arbeidsdag for å utføre forebyggende tjenester som er anbefalt av US Preventive Services Task Force. Det er en skadelig strategi, pasienten må følges opp på for det de kommer for og som er viktige for dem.

Individrettet forebyggende arbeid krever generell kunnskap basert på gruppestudier, samfunnskunnskap og gjennomsnittlig sannsynlighet. Menneskets biologi og biografi kan ikke skilles fra hverandre. Samfunnets strukturer og sosiopolitiske forhold legger sterke føringer for hvem som får (eller rammes av) sykdom, lidelse eller helseproblemer, sosiale problemer eller rusmisbruk. Risiko for uhelse – altså primær- og sekundærforebygging - kan i sin enkleste form kvantifiseres til en relativ risiko og en absolutt risiko.

Det er allikevel det personlige møte og kjennskapet til pasienten som er avgjørende for å lykkes med endring og motivasjon for pasientene. Ulike tilstander, sosioøkonomiske forhold, iboende ressurser og lignende vil være avgjørende for sannsynlighet for å lykkes. Vi som fastleger har en sterk posisjon for å velge riktig tilnærming og strategi. Kjennskap til pasienten over tid og det å se helheten mener vi er det viktigste individrettete forebyggende tiltak.

Forebyggende helsearbeid omfatter beslutninger og tiltak i alle samfunnssektorer og involverer mange yrkesgrupper. Det er to ulike tilnærminger med samfunnsintervensjoner eller individuelt rettede tiltak. WHO's anbefalte tiltak for NCD handler også i stor grad om samfunnsintervensjoner som økte skatter og avgifter, vaksiner og informasjonskampanjer. For å forebygge hjerte-kar-sykdom og diabetes anbefales individuelle tiltak som medikamentell behandling.

Vi fastleger må fortsatt ha spesiell oppmerksomhet på personer som har eller kan forventes å ha betydelig økt risiko for fremtidig alvorlig sykdom, og særlig overfor mennesker som har opplevd eller opplever omsorgssvikt, traumer og krenkelser. Fastleger bidrar hver dag i folkehelsearbeidet. Mange pasienter treffer legen sin jevnlig, og det utvikles en relasjon basert på tillit. Pasienten vil lettere spørre, røpe usikkerhet og bekymring, og ta opp følsomme og skambelagte temaer når pasienten har tillit til legen. Denne tilliten øker sannsynligheten for at legen fanger opp sykdomssymptomer på et tidlig stadium, og som muliggjør tidlig intervensjon og forebygging. I en slik relasjon skapes det «gylne» øyeblikk der legen kan gi råd, kunnskap og veiledning om levevaner som kan bidra til å redusere plager og risiko for alvorlig sykdom. De fleste fastleger har et forebyggende element i alle konsultasjoner. Ønsket om å formidle kunnskap, endre holdninger og påvirke atferd må alltid veies opp mot respekten for individets autonomi, verdighet og faren for sykeliggjøring.

Oppfølging av særlig sårbare pasienter med sammensatte lidelser krever at fastlegen har nok tid og kapasitet til å ivareta «dårlige etterspørrere». Pasientens mulighet til å oppsøke legen avhenger tilgjengelighet og økonomi, vi i NFA arbeider derfor for innføring av sosialt frikort.

I Hurdalsplattformen skriver Regjeringen at de gradvis vil utvide ordningen med gratis fastlege, slik at det blir gratis å gå til fastlegen til og med fylte 18 år. NFA mener dette må utvides til 20 år. Ungdom i aldersgruppen 16-20 år benytter i minst grad fastlegetjenesten. Ungdommer fra lavinntektsfamilier har større behov for oppfølging fra helsetjenesten, og vi ser at mange ikke tar seg råd til å oppsøke fastlegen. Dette vil være spesielt viktig for LHBT-

ungdom, og LHBT ungdom med innvandrerbakgrunn enda mer, som kan ha bruk for en god og støttende fastlege i en viktig fase av livet. For ungdom 16-20 år er det ofte foreldrene som betaler egenandelen hos fastlegen, og det betyr at ungdommen ikke kan gå til lege uten at foreldrene vet om det. Selv om legen har taushetsplikt fra fylte 16 år, må ungdommen som regel involvere foreldre pga økonomi. Å øke fritaksgrensen for egenandel fra 16 til 20 år vil være et betydelig helsemessig bidrag til å bedre folkehelsen for denne aldersgruppen.

## **Strukturelle virkemidler i folkehelsearbeidet**

NFA støtter Legeforeningens vedtatte politikk på dette området.

### **Til alkoholpolitikk:**

Alkoholbruk i befolkningen må ned, i tillegg til samfunnsregulering virker tiltak på individnivå. NFA støtter ikke innføring av screening for alkohol, det kan ha negativ effekt. NFA ønsker at pasienten setter agenda på timen og at fastlegen har kunnskap til å håndtere det som er relevant, inkludert det å gi gode faglige råd som gjelder alkoholbruk når dette er indisert. Vi støtter «aktiv case finding» og motiverende samtaler som kobles til somatiske sykdommer hvor vi vet alkohol er risikofaktor.

### **Til tobakkskader**

Færre og færre røyker og snart starter ingen ungdommer, men også her må vi være særskilt oppmerksomme på sosiale ulikheter. Vi må også være oppmerksomme på nye former for tobakk som vaping, hvor man ser raske negative effekter blant unge ved relativt kort bruk og vi vet for lite om de skadelige effektene enda. Informasjon fra USA kan tyde på at det er langt mer farlig for folkehelsen enn vi har trodd.

## **God psykisk helse og livskvalitet**

Alle har en psykisk helse og god psykisk helse er en forutsetning for god livskvalitet.

Resolusjonen fra faglandsrådet i Legeforeningen i 2019 handlet om behovet for bedre somatisk helse for pasienter med alvorlig psykisk sykdom eller ruslidelser <sup>5</sup>, dette er også et viktig forebyggende folkehelseiltak. Pasienter med alvorlig psykisk sykdom og/eller ruslidelse opplever helsetap på mange områder, og disse pasientene dør flere år tidligere enn resten av befolkningen. En stor del av overdødeligheten skyldes kroppslig sykdom som det finnes behandlingsmuligheter for, særlig hjerte- og karsykdom, kreft og lungesykdommer.

Gode tjenester for sårbare barn er en god helseinvestering både for den enkelte og for samfunnet som helhet. Fastlegeordningen er et lavterskeltilbud som må styrkes og gjøres lettere tilgjengelig for sårbare grupper. Fysisk aktivitet er viktig også for god psykisk helse og vi støtter folkehelseiltak som tilrettelegger for mer fysisk aktivitet for alle. Her er frivilligheten med lokale idrettslag viktige bidragsyttere.

## **Folkehelsearbeid i kommunene**

I Norge vil en styrket fastlegeordning som samarbeider godt med både pasientene, andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten være vårt viktigste verktøy for å bedre



folkehelsen. Det må skje gjennom god individrettet forebygging og behandling som når flest mulig, sammen med en kunnskapsbasert og aktiv folkehelsestrategi i den enkelte kommune, hvor medisinske premisser for hva som er nyttig og effektivt må forankres i en helseledelse som arbeider nær rådmannen.

Norsk forening for allmenntmedisin peker i sitt policydokument for forebyggende helsearbeid<sup>6</sup> på at det forebyggende helsearbeidet må legge sterkest vekt på tiltak på samfunnsnivået og befolkningsrettede strategier, mindre på sykdomsrettede og individuelt primærforebyggende strategier. Innsikten i betydningen av gode relasjoner for individets helse er fundamental. Det er grunnleggende å arbeide for et samfunn hvor folk flest møtes med respekt og derigjennom lærer selvrespekt. God skole, barnehage- familie- og integreringspolitikk er vesentlig. Et av de viktigste forebyggende tiltak er å sikre barn en trygg oppvekst i nærvær av ansvarlige voksne, og derigjennom forebygge en vesentlig del av psykisk og fysisk uhelse gjennom livsløpet.

Fastlegene bør ha spesiell oppmerksomhet på personer som har eller kan forventes å ha betydelig økt risiko for fremtidig alvorlig sykdom, og særlig overfor mennesker som har opplevd eller opplever omsorgssvikt, traumer og krenkelser. Fastlegene må trekke inn hjelp fra andre instanser ved behov.

Samfunnsmedisinske nettverk på tvers av kommuner kan støtte ideskaping og samarbeid om forskning og utviklingsarbeid.

I høringsbrevet ønsker ministeren spesielt innspill til tiltak for den samiske befolkningen og innvandrergupper. For alle grupper vil det å møte et helsevesen som forstår deg og som du har tillit til være avgjørende. Når enkeltgrupper er nevnt i høringsbrevet bør også LHBT-befolkningen nevnes. To store levekårsundersøkelser fra de siste årene før pandemien konkluderer med at spesielt bifile kvinner, bifile menn og transpersoner rapporterer betydelig grad av psykisk uhelse og ensomhet sammenlignet med totalbefolkningen.<sup>7 8</sup>

Faggruppa for LHBT-helse har kommet med gode forslag til NFA om hvordan fastlegers kompetanse på LHBT-helse kan styrkes. Ideelle organisasjoner som FRI - Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Skeiv Ungdom, Skeiv Verden (som arbeider for LHBT-personer med innvandrer- eller flyktningebakgrunn) og Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI) utfører et betydelig folkehelsefremmende arbeid for LHBT-befolkningen. Rosa Kompetanse gjør et betydelig arbeid med å skolere helsevesen, næringsliv og offentlige institusjoner om LHBT-helse, alle med beskjedene økonomiske midler og stor grad av frivillighet.

## Ny kunnskap og innovasjon

Norge bruker svært lite ressurser til forskning og utvikling i kommunal helsetjeneste sammenlignet med spesialisthelsetjenesten. Det kreves solide statlige grep for å finansiere og koordinere nødvendig kunnskapsoppbygging i førstelinjen, med utsikt til enda større gevinst. Vi må ønske oss en utvikling hvor kommunehelsetjenesten utvikles fra å være hovedsakelig tjenesteproduerende, til også å bli en arena for medisinsk forskning, kontinuerlig kvalitetsarbeid og innovasjon. Der dette skjer, vil faglig nysgjerrighet og entusiasme fremme ikke bare folkehelsen, men også rekruttering, trivsel og stabilitet. Klinisk forskning i allmenntmedisin som gir oss kunnskap om multimorbiditet og folkehelse, krever samarbeid og satsning!



Pasientens legemiddelliste (PLL) må breddes nasjonalt nå!

Vi ønsker en iterativ utvikling av nye IT-løsninger, hvor utviklingen er nyttig i en klinisk hverdag.

## Gjør Kloke Valg

Gjør Kloke Valg kampanjen er viktig for god folkehelse. Den handler om at vi skal unngå undersøkelser og behandlinger som pasienten ikke har nytte av og som i verste fall kan skade. Målet er at både helsepersonell og pasienter sammen skal gjøre kloke valg for diagnostikk og behandling.

NFA sin faggruppe i overdiagnostikk skrev for noen år siden et policydokument om overdiagnostikk med følgende hovedpunkter

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/d53fa00699df44f49c46428eab86661e/policydokument-overdiagnostikk.pdf>

- Overdiagnostikk er skadelig for folkehelse og enkeltpasienter.
- Overdiagnostikk drives frem av en forestilling om at leger alltid skal kunne oppdage eller forebygge alvorlig sykdom på et tidlig stadium, men også av overdreven tiltro til teknologi og individrettet forebygging, samt av profittmotiver.
- Det er viktig at allmennleger bidrar til å begrense overdiagnostikk, ettersom allmennlegene både er portvakter og koordinatorene for mange av helsetjenestene.
- Leger og myndigheter bør gjøre det klart at ikke all sykdom kan forebygges eller oppdages umiddelbart, selv der helsetjenestene er meget gode.

**IKKE ALT SOM KAN GJØRES SKAL GJØRES – IKKE ALT SOM VIRKER ER NYTTIG.** Overdiagnostikk drives av en forestilling om at leger alltid skal kunne oppdage eller forebygge alvorlig sykdom. Denne forestillingen har store omkostninger både når det gjelder forebygging av sykdom hos personer uten symptomer og når det gjelder tidlig påvisning av sykdom.

Med vennlig hilsen

Marte Kvittum Tangen  
leder

---

<sup>1</sup> Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971, 297: 405–12

<sup>2</sup> Hart JT. The political economy of health care: A clinical perspective. Bristol: The Policy Press, 2006.

<sup>3</sup> <https://www.legeforeningen.no/contentassets/0b20d358c49a438b8caa8dde6e4f6487/vedtatt-resolusjonsforslag-sosial-ulikhet-i-helse.pdf>

---

<sup>4</sup> Kimberly S H Yarnall<sup>1</sup>, Kathryn I Pollak, Truls Østbye, Katrina M Krause, J Lloyd Michener Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health 2003 Apr;93(4):635-41.doi: 10.2105/ajph.93.4.635.

<sup>5</sup> <https://www.legeforeningen.no/contentassets/d3e07362e5b14115af1aec6da79947f6/resolusjonen-2019.pdf>

<sup>6</sup> <https://www.legeforeningen.no/contentassets/d53fa00699df44f49c46428eab86661e/120604-policydok-forebyggende.pdf>

<sup>7</sup> Anderssen, N., Eggebø, H., Stubberud, E. og Holmelid, Ø. (2021). Seksuell orientering, kjønns mangfold og levekår. Resultater fra spørreundersøkelsen 2020. Bergen: Universitetet i Bergen

<sup>8</sup> Anderssen, N. og Malterud, K. (red.) (2013). Seksuell orientering og levekår. Bergen: Uni Helse