

Legeforeningens innspill til Dokument 8:182 S (2025–2026) om å bruke apotekenes kompetanse bedre for å styrke helse- og omsorgsvesenet

Legeforeningen støtter ikke forslaget slik det er formulert. Det bør ikke være en hovedregel å flytte oppgaver fra lege til apotek. Hver oppgave må vurderes ut fra pasientens behov, krav til faglig og diagnostisk kompetanse, om tiltaket gir bedre helse og faktisk sparer tid i tjenesten. Faglig forsvarlighet er et minstekrav, men er ikke nok alene. Nye tjenester må også gi reell avlastning, ikke øke samlet aktivitet, og ha tydelige rammer for ansvar, journalføring og oppfølging. Utvidede apotekjenester koblet med økonomiske insentiver og uklar ansvarsdeling innebærer også stor risiko. Derfor må skillet mellom den som forskriver legemidler fra de som lever av å selge legemidler fortsatt være et grunnleggende prinsipp for å unngå interessekonflikter og svekket tillit.

Diagnostikk er en kjernekompetanse og oppgave for legen

Leger og farmasøyter har ulike og utfyllende kompetanser. Farmasøyters spisskompetanse er legemidler og riktig bruk av dem. Utdanningen som lege og spesialist er bygget rundt klinisk diagnostikk, differensialdiagnostikk, behandling, vurdering av risiko og oppfølging over tid.

Dette skillet er viktig når apotek foreslås brukt til behandling av «enkle helseplager». Et enkelt symptom er ikke alltid en enkel diagnose. Sår hals, hodepine, urinplager eller utslett kan skyldes noe annet enn det pasienten selv tror. Oppgaven er derfor ikke bare å finne et legemiddel som passer til et symptom. Det må også vurderes om behandling bør unnlates, om det finnes tegn på annen sykdom, og om pasienten trenger videre utredning. Legen – gjennom sin medisinske utdanning, kompetanse og praksis – har bedre faglige forutsetninger for å se den aktuelle plagen i lys av pasientens samlede helse.

Reseptfornyelse kan også se ut som en enkel administrativ oppgave, men krever ofte vurdering av effekt, bivirkninger, dose, prøvesvar og om behandlingen fortsatt er riktig. Fastlegen har tilgang til sykehistorie, diagnoser, medisiner, prøvesvar og tidligere vurderinger. Vi mener derfor at diagnostikk og selvstendig forskrivning ved sykdom som hovedregel fortsatt må ligge hos lege.

Lær av England før nye ordninger bygges ut

England innførte Pharmacy First i hele landet i 2024. Erfaringene viser hvorfor god kobling til fastlegen må være et krav før oppgaver flyttes.

En ny implementeringsstudie fant svak digital samhandling mellom apotek og fastlege, bekymring for dobbeltarbeid, mangelfull tilgang til opplæring og uklar kommunikasjon mellom profesjonene. Studien bygger på intervjuer med blant andre farmasøyter, fastleger og nasjonale aktører ¹.

En stor studie publisert i *British Journal of General Practice* ² i juli 2026 undersøkte registrering av Pharmacy First-konsultasjoner i fastlegejournaler i en database med om lag 26 millioner registrerte pasienter. Strukturert klinisk informasjon var mangelfull: I januar 2025 inneholdt bare 36,3 prosent av registrerte Pharmacy First-konsultasjoner opplysninger om klinisk tilstand, legemiddel eller begge deler. Det betyr ikke at fastlegen manglet all informasjon i de øvrige tilfellene, men viser at registreringen av sentrale, strukturerte kliniske opplysninger i fastlegejournalen var ufullstendig.

¹ [Understanding the Factors Involved in the Development and Early Implementation of "Pharmacy First" Services for the Management of Common Conditions in England](#)

² [Recording of Pharmacy First consultations in general practice records in England: an observational study of the service's first year using OpenSAFELY | British Journal of General Practice](#)

Økt tilgjengelighet kan også skape ny aktivitet, fremfor bare å flytte pasienter mellom tjenester. I sitt første driftsår, februar 2024–januar 2025, hadde Pharmacy First 2,2 millioner konsultasjoner for de sju kliniske tilstandene. Bruken fortsatte å øke: Fra mars 2025 til februar 2026 ble det gjennomført over 3,3 millioner slike konsultasjoner³. Man vet foreløpig ikke hvor mye som erstatter fastlegekontakt. Den høye andelen selvhenvendelser og den lave terskelen sannsynliggjør at noe av veksten representerer ny etterspørsel etter helsetjenester, og ikke bare aktivitet som er flyttet fra fastlegen. Hvor stor denne effekten er, vet vi foreløpig ikke.

Samlet taler dette for klare krav til medisinsk faglig helhetsansvar, journalføring, antibiotikabruk og evaluering før en lignende modell kan vurderes i Norge.

Apotek kan avlaste uten å overta diagnostikk

Apotek kan avlaste legene når oppgaven passer farmasøytenes kompetanse og kan skilles fra diagnostikk og medisinsk helhetsansvar.

1. **Opplæring i bruk av legemidler kan bygges ut.** Medisinstart, inhalasjonsveiledning og praktisk hjelp til riktig bruk kan bedre etterlevelsen og spare legetid, så lenge ansvaret er klart og viktig informasjon deles. Dette ligger tett på apotekenes kjernekompetanse og innebærer ikke at det diagnostiske ansvaret flyttes.
2. **Reisevaksiner kan settes i apotek** når indikasjon og rekvirering er avklart, og krav til kompetanse, beredskap og journalføring er oppfylt. Det er viktig å skille mellom å sette en vaksine og å avgjøre om pasienten bør få den. At en vaksine kan settes i apotek, er derfor ikke i seg selv et argument for generell rett for farmasøyter til å rekvirere flere vaksiner. Det er en viktig prinsipiell skillelinje mellom vaksiner som enkelt kan administreres etter klare rammer og vaksinasjon som krever individuell medisinsk vurdering. Dette skillet må opprettholdes. Apotekforeningen ønsker offentlig finansiering av nye apotektjenester og har ved programvaksinering tatt til orde for profesjonsnøytrale takster. Oppgaveoverføring innebærer dermed ikke nødvendigvis en økonomisk besparelse. Kostnader og faktisk avlastning må dokumenteres før nye tjenester innføres.
3. **Prøvetaking som del av laboratorietjenester kan avlaste fastlegen** når prøven er rekvirert av lege, svaret går tilbake til ansvarlig behandler og tjenesten følger samme krav til kvalitet, identitet, prøvehåndtering og avvik som hos fastlege eller laboratorium. Dette må skilles fra selvvalgt testing og diagnostikk i apotek, som kan gi mer utredning og oppfølging uten dokumentert helsegevinst.

Legeforeningens anbefaling

Legeforeningen anbefaler at Stortinget ikke gjør flytting av oppgaver til apotek til en hovedregel. Nye oppgaver må vurderes én for én ut fra medisinsk faglig forsvarlighet, nytte for pasienten, samlet bruk av tid og personell og konsekvenser for fastlegeordningen.

Oppgaver som krever diagnostikk, differensialdiagnostikk, selvstendig forskrivning og medisinsk oppfølging bør som hovedregel ikke flyttes. Her er det behov for langt bedre kunnskapsgrunnlag og systemer som sikrer helhetlig informasjon og tydelig ansvar. Målet må være reell avlastning av legene uten å splitte opp pasientens medisinske behandling.

³ [Meng, W., Sonnex, K., Pehlivanli, A., et al. \(2026\). Use of the Pharmacy First service in England in the first 12 months: geographic variation and health system context. medRxiv](#)