DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 23

(2024–2025)

Melding til Stortinget

Fornye, forsterke, forbedre

Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 23

(2024–2025)

Melding til Stortinget

Fornye, forsterke, forbedre

Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Innhold

1 Framtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus 9
1.1 Regjeringens mål og hovedgrep ... 9
1.2 Tilgrensende meldinger og andre særlig relevante arbeider fra regjeringen 11
1.3 Innspill til meldingsarbeidet 12
1.4 Sammendrag 13

2 Utfordringer, tiltaksområder og utviklingstrekk 14
2.1 Utfordringer 14
2.1.1 Tjenestene møter ikke i tilstrekkelig grad innbyggernes behov og forventninger 15
2.1.2 Det er behov for bedre samhandling mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden 16
2.1.3 De digitale løsningene må møte dagens og framtidens behov 17
2.1.4 Kommunene mangler handlingsrom og verktøy for styring av allmennlegetjenesten ... 18
2.2 Regjeringens tiltaksområder 18
2.2.1 Fornye, forsterke og forbedre fastlegeordningen gjennom endringer i regelverk og en ny finansieringsmodell 18
2.2.2 Øke tilgjengeligheten og bedre samhandlingen i de akuttmedisinske tjenestene 19
2.2.3 Modernisere allmennlegetjenesten for det digitale skiftet 20
2.2.4 Likeverdige tjenester og reduserte sosiale helseforskjeller 21
2.2.5 Bedre kommunens forutsetninger for å yte gode allmennlegetjenester 21
2.3 Utviklingstrekk 22
2.4 Fastlegeordningen 24
2.4.1 Regulering og finansiering av fastlegeordningen 26
2.4.2 En god ordning for alle 27
2.5 Kvalitetsindikatorer og brukererfaringsundersøkelser 28
2.5.1 Nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten 28
2.5.2 Brukererfaringer i fastlegeordningen 28
2.6 Legevakt 29
2.7 Digitalisering i allmennlegetjenesten 30

3 En fornyet, forsterket og forbedret fastlegeordning 32
3.1 Fornying som bygger videre på dagens fastlegeordning 32
3.1.1 Fortsatt kommunalt sørge for-ansvar og statlig finansiering 32
3.1.2 Videreutvikling av avtalesystemet 33
3.1.3 En modernisert fastlegeforskrift for en ledet og tverrfaglig framtid 35
3.2 Kvalitetsfremmende finansiering av fastlegetjenesten 36
3.2.1 Økt andel basistilskudd 36
3.2.2 Pasienttilpasset basistilskudd og utjamningstilskudd 37
3.2.3 Stønad for konsultasjoner delegert til sykepleier 38
3.2.4 Finansiering av andre personellgrupper i fastlegekontor 39
3.2.5 Forenkling av takstsystemet og utredning av andre finansielle insentiver 40
3.2.6 Kostnadskontrollerende tiltak 40
3.3 En teambasert og tverrfaglig fastlegetjeneste 41
3.3.1 Oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid 41
3.4 Redusere fastlegenes arbeidsbelastning 43
3.5 Innbyggere på fastlegelister uten en fast lege 44
3.5.1 Målrettet innsats for kommuner med særlige utfordringer 45
3.5.2 Innstramming av mulighet til å låse fastlegelister 46
3.5.3 Bedre kommunikasjon med innbyggerne, kommuner og leger 46
3.5.4 Videreutvikle statistikk om fastlegeordningen 46

4 En tilgjengelig og sammenhengende akuttmedisinsk kjede 47
4.1 Aktørene i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus 47
4.2 Samarbeid og samhandling mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden 48
4.2.1 Beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden 49
4.2.2 Frivillige organisasjoner og befolkningens rolle 51
4.2.3 Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester 52
4.3 Tilgjengelige akuttmedisinske tjenester 52
4.3.1 Tilstrekkelig rekruttering av leger til legevakt 53
4.3.2 Tilgjengelighet til legevakt og responstid i ambulansetjenesten 53
4.3.3 Bruk av digitale løsninger i legevakt 58
4.3.4 Akuttmedisinsk kompetanse hos annet helsepersonell i kommunen 58
4.3.5 Medisinsk nødmeldetjeneste – teknologi og digitalisering 59
4.3.6 Bruke teknologi på nye måter 60
4.3.7 Bistand fra akutthjelpere 62
4.4 Endret finansiering av legevakt 62
4.5 Ambulansetjenesten 63
4.5.1 Bil- og båtambulansetjenesten 63
4.5.2 Luftambulansetjenesten 66

5 En modernisert allmennlegetjeneste for det digitale skiftet 70
5.1 Digitale tilbud til innbygger, pasient og pårørende 70
5.1.1 Digital tilgjengelighet til fastlegekontoret 70
5.1.2 Kommunal nettlege 71
5.1.3 Pasienten gjør oppgaver selv og veiledes til bedre mestring 73
5.1.4 Helsekompetanse og digital kompetanse 75
5.1.5 Bruk av Helsenorge på vegne av andre 76
5.2 Øke takten på utvikling og innføring 76
5.2.1 Videreutvikle helseteknologiordningen 77
5.2.2 Modeller for raskere utvikling og innføring av digitale løsninger 78
5.3 Tilgang til helseinformasjon som støtter gode pasientforløp 79
5.3.1 Digitale verktøy og kunstig intelligens i allmennlegekontoret 79
5.3.2 Digital samhandling 81
5.3.3 Standardisering av kodeverk, terminologi, sikkerhet og personvern 81
5.4 Digitale løsninger for kvalitetsforbedring, ledelse og samhandling 81
5.4.1 Bedre digitale rapporterings- og analysesystemer 83
5.4.2 Enklere rapportering og informasjonsutveksling på tvers 84
5.5 Støtte for digital sikkerhet 85

6 Sammen om en friskere befolkning 87
6.1 Målrettet folkehelsearbeid og styrket helsekompetanse 87
6.2 Forebygging, mestring og allmennlegens rolle 90
6.2.1 Vaksinasjon 91
6.3 Psykisk helse 92
6.4 Økt oppmerksomhet om rusmiddelproblemer 92
6.5 Styrket innsats for innbyggere med store og sammensatte behov 93
6.5.1 Eldre med skrøpelighet 94
6.5.2 Pasienter i sykehjem og andre boformer i institusjon 95
6.5.3 Hjemmeboende pasienter og brukere 95
6.5.4 Barn og unge 97
6.5.5 Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer 99
6.5.6 Volds- og overgrepsutsatte og voldsutøvere 100
6.5.7 Innsatte i fengsel 100
6.6 Rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten 101
6.7 Kulturforståelse og diskriminering 102
6.7.1 LHBT+ 102
6.7.2 Innvandrere og flyktninger 102
6.8 Forsterket samarbeid om arbeid og helse 103
6.8.1 Samhandlingsmodeller om arbeid og psykisk helse 104
6.8.2 Fastlegen som sykmelder 105

6.8.3 Informasjonsutveksling 106
6.9 Helseberedskap 107
6.10 Kommunens samfunns-medisinske ansvar 108

7 God og tilgjengelig kompetanse 109
7.1 Balanserte kompetansekrav 109
7.1.1 Kompetansekrav for leger 110
7.1.2 Kompetansekrav i legevakt-sentral og AMK 111
7.2 En framtidsrettet og attraktiv utdanning for leger 112
7.2.1 Praksis i grunnutdanningen i medisin 113
7.2.2 Spesialistutdanningens første del (LIS1) 114
7.2.3 Spesialistutdanning i allmenn-medisin 114
7.2.4 Kompetanse i alders- og sykehjemsmedisin 115
7.3 Bærekraftig bruk av personell 116
7.3.1 Fagarbeidere 116
7.3.2 Sykepleiere 118

8 Trygge og kunnskapsbaserte tjenester i hele landet 120
8.1 En godt ledet og planlagt tjeneste 120
8.1.1 Ledelse 120
8.1.2 Kommunal planlegging for en bærekraftig tjeneste 122
8.2 En samhandlende tjeneste 123
8.2.1 Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten 123
8.2.2 Samarbeid innad i kommunale tjenester 124
8.3 Gode fagmiljøer og psykologisk trygghet for personellet 125
8.4 Prioriterings- og beslutnings-støtte 125
8.5 Særlige tiltak for distrikts-kommuner 127
8.5.1 Rekruttere og beholde leger i distrikt 128
8.5.2 Interkommunalt samarbeid 130
8.5.3 Rotasjonsordninger 131
8.6 Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet 131
8.6.1 Trygge tjenester 133
8.6.2 Gode data og kvalitetssikrede verktøy 135
8.7 En kunnskapsbasert tjeneste 138
8.7.1 Et tjenestenært kunnskaps-støttesystem 138
8.7.2 Forskning og implementering 139

9 Økonomiske og administrative konsekvenser 141
9.1 Ny plikt for fastlegene til å tilby digitale tjenester 141
9.2 Utprøving av kommunal nettlege 142
9.3 Ny finansieringsmodell for fastlegeordningen 142
9.3.1 Økt andel basistilskudd og fjerning av demping i modell for pasienttilpasset basistilskudd 142
9.3.2 Videreutvikling av modell for basistilskudd 144
9.3.3 Delegering av konsultasjoner 145
9.3.4 Personellkonsekvenser 146
9.3.5 Nullalternativet: Framtidige behov uten endringer i fastlege-ordningen 146

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 23

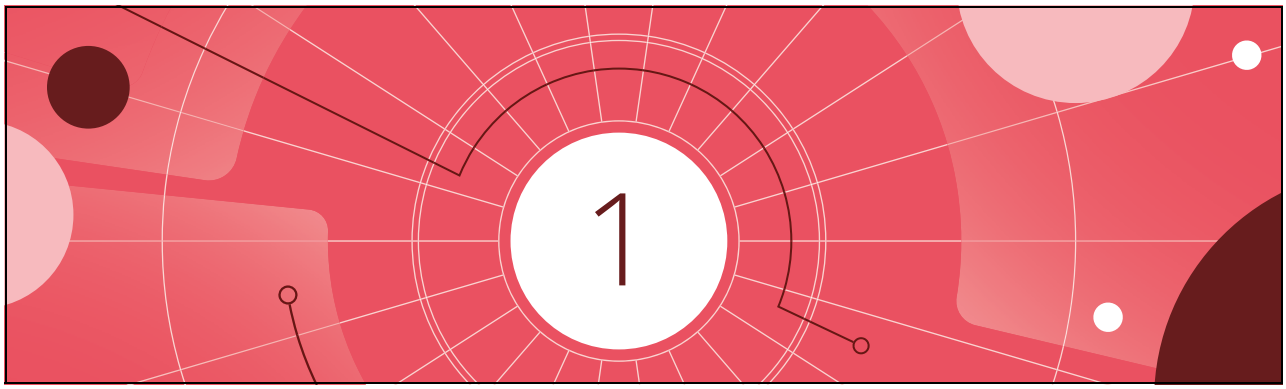
(2024–2025)

Melding til Stortinget

Fornye, forsterke, forbedre

Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 10. april 2025, godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Støre)



Figur 1.1

1 Framtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Målet med regjeringens helse- og omsorgspolitikk er å skape et helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en moderne, desentralisert helse- og omsorgstjeneste som yter gode, trygge og likeverdige helse- og omsorgstjenester i hele landet. Regjeringens overordnede mål er god helse og mestring i befolkningen – uavhengig av sosial bakgrunn – gode sammenhengende pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet. Helse- og omsorgstjenesten skal være et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp. Ressursbruken skal være bærekraftig, riktig og rettferdig. Helse- og omsorgssektoren skal være forberedt i møte med kriser og katastrofer og ha et tilstrekkelig sikkerhetsnivå. Regjeringens politikk for å nå disse målene presenteres gjennom ulike meldinger.

Det er nå 25 år siden fastlegeordningen ble innført, over ti år siden fastlegeforskriften ble revidert og 25 år siden forrige stortingsmelding om akuttmedisinsk beredskap. For å møte behovet til et samfunn og en befolkning i endring vil regjeringen fornye, forsterke og forbedre allmennlegetjenesten og de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. I en framtidig bærekraftig helse- og omsorgstjeneste skal fortsatt den offentlige allmennlegetjenesten være innbyggernes førstevalg ved behov for allmennlegetjenester. Gjennom denne stortingsmeldingen presenteres regjeringens mål og hovedgrep for å modernisere disse tjenestene.

1.1 Regjeringens mål og hovedgrep

Allmennlegetjenester er fundamentet for likeverdig tilgang til legetjenester og en trygg akuttmedisinsk kjede. Norge har bevart og skal bevare et faglig godt akuttmedisinsk tilbud i hele landet. Gjennom stortingsmeldingen om allmennlegetjenesten og de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus bygger regjeringen videre på Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*, Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*, Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*, Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I* og Meld. St. 24 (2022–2023) *Bu trygt heime – Fellesskap og meistring*. I den forbindelse vises det også *til Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* som følges opp gjennom *Kompetanseløft 2025*.

Helsetjenestene må være bærekraftige, og regjeringen skal sikre rettferdig og riktig ressursbruk. Regjeringen har fire mål for framtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som skal bygge opp under de overordnede målene for helse- og omsorgstjenesten.

Den offentlige allmennlegetjenesten er innbyggernes førstevalg

Allmennlegetjenesten har tilgjengelighet, kapasitet, kvalitet, fleksibilitet og brukervennlighet i hele landet som gjør den til innbyggernes førstevalg ved behov for helsehjelp. Allmennlegetjenesten samhandler godt med andre tjenester, og tjenesten oppleves som en attraktiv arbeidsplass med gode fagmiljøer. Tjenesten utvikler seg i takt med den teknologiske utviklingen og samfunnets og innbyggernes behov, blant annet for digitale tjenester.

Alle innbyggere opplever gode og sammenhengende tjenester, og sosiale forskjeller i helse reduseres

Alle innbyggere med behov opplever gode og sammenhengende pasientforløp. Alle med kroniske sykdommer og pasienter og brukere med store og sammensatte behov får dekket sitt behov. Tjenestetilbudet er utadrettet, koordinert og gir helhetlig oppfølging i allmennlegetjenesten og på tvers av tjenester og nivåer. Fastlegekontorene er enheter med flere leger og personellgrupper som møter innbyggerne med bredde i tilbudet og tverrfaglig oppfølging. Innbyggerne får hjelp til å gjøre kloke valg for egen helse og til å forebygge og begrense sykdomsutvikling og funksjonssvikt, mestre helse- og livsutfordringer og delta i utdanning og arbeidsliv. Helhetlig og nødvendig oppfølging bidrar til å utjevne sosiale forskjeller i helse.

Innbyggere med akutt sykdom får rask og god helsehjelp i hele landet

Et godt akuttmedisinsk tilbud i hele landet gir innbyggerne trygghet for at de får rask og forsvarlig helsehjelp ved akutt sykdom og skade. Helseforetak og kommuner har ansvaret for den akuttmedisinske beredskapen og sørger sammen for god og forsvarlig helsehjelp til de som trenger det. Den lokale akuttberedskapen styrkes gjennom bedre prioritering og styring av ressursene, bedre samhandling mellom tjenestenivåene, innovative organisasjonsformer og bruk av teknologi og personell på nye måter.

Kommuner i hele landet tilbyr tilgjengelige, kunnskapsbaserte og gode allmennlegetjenester

Kommunene har handlingsrom og rammevilkår til å utforme tjenestetilbudet ut fra lokale utfordringer, behov og muligheter. Allmennlegetjenesten reguleres og finansieres på en måte som ivaretar små og store kommuner i hele landet, bidrar til at befolkningen får tilgjengelige og gode tjenester, at fastlegene blir tettere integrert med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og gir insentiver til å utvikle gode tjenester for framtiden. Samfunnets ressurser brukes effektivt med riktig behandling til rett tid og på rett sted. Det er god og effektiv samhandling, fleksibilitet, informasjons- og oppgavedeling innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og med spesialisthelsetjenesten. Tjenesten er kunnskapsbasert.

For å nå målene om en framtidsrettet allmennlegetjeneste og akuttmedisinsk kjede foreslår regjeringen 13 hovedgrep:

- Regjeringen vil stegvis innføre en ny finansieringsmodell for fastlegeordningen. Basistilskuddets andel av finansieringen skal økes med 10 prosentpoeng, pasienttilpasset basistilskudd videreutvikles, og takstsystemet skal forenkles. Endringene i finansieringsmodellen skal bedre kapasiteten, kvaliteten og tilgjengeligheten til fastlegeordningen, særlig for innbyggere med store og sammensatte behov. Endringene skal også understøtte god medisinsk praksis og en styrket portvaktrolle, gjøre allmennlegetjenesten attraktiv for unge leger og fremme samhandling, ledelse og innovasjon.
- Regjeringen vil legge til rette for tverrfaglige fastlegekontorer med god oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid. Regjeringen starter denne endringen ved å ta sikte på endringer i stønadsforskriften slik at fastleger kan utløse refusjon for konsultasjoner som er delegert til sykepleiere. Gjennom dette tilrettelegges det for at innbyggerne kan møte et bredere faglig tilbud i fastlegekontorene, og bedre samarbeid med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ved å ha flere å dele arbeidsoppgavene med vil fastlegene kunne redusere arbeidsbelastningen eller øke tilgjengeligheten.
- Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring en modernisert fastlegeforskrift som bedre samsvarer med dagens organisering med flere kommunalt ansatte leger, og gir bedre oversikt over ansvar og oppgaver. Blant

annet tydeliggjør den hva som er et virksomhetsansvar i fastlegeordningen. Regjeringen vil utrede ytterligere regulatoriske og finansielle endringer for å fremme ledelse, tverrfaglige og tilgjengelige fastlegekontorer og forenkle kommunens ledelse av næringsdrivende leger.
- Krav til bruk og utprøving av nye digitale løsninger. Ta sikte på å forskriftsfeste at fastleger må kunne tilby timebestilling på Helsenorge, og digitale konsultasjoner, for eksempel videokonsultasjoner, og utprøving av en offentlig nettlege. Dette vil kunne øke kapasitet og tilgjengelighet samt bidra til å avlaste fastleger og legevakt. Videre legges det til rette for økt takt i utvikling og innføring av digitale løsninger i kommunene gjennom helseteknologiordningen, der økonomisk støtte til kommunene er et av virkemidlene.
- Utvikle og innføre flere digitale samhandlingsløsninger som skal legge til rette for samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten, at fastleger vil få tilgang til journaldokumenter fra sykehus, prøvesvar og radiologiske beskrivelser, kritisk informasjon og pasientens legemiddelliste.
- Forsterke samarbeidet mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren gjennom forenkling av rapportering og bedre informasjonsutveksling. Dette har betydning både for arbeidsdeltakelse og utjevning av sosiale helseforskjeller.
- Utarbeide ny strategi for helsekompetanse i befolkningen og legge til rette for enklere informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.
- Innbyggerne skal få økt tilgang til digitale verktøy, og kunstig intelligens skal tas i bruk for å forenkle tilgangen til generell informasjon på Helsenorge. Helsenorge skal være en best mulig innbyggerportal.
- Legge til rette for bedre oppfølging av barn og unge gjennom å vurdere en prøveordning med henvisningsrett for helsesykepleiere til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).
- Bedre kommunenes forutsetninger for å yte gode allmennlegetjenester gjennom endring i kompetansekrav for leger. Øke aldersgrensen for leger i fastlegeordningen og styrke handlingsrom for kommunene til å inngå nye fastlegeavtaler i de tilfeller hvor rekruttering av næringsdrivende fastlege ikke er mulig.
- Styrke pasientsikkerhet og kvalitet gjennom å utvikle verktøy for kommunene som skal legge til rett for gode oppfølging, læring og forbedring.
- Styrke den lokale akuttberedskapen ved å bre ut innovative tjenestemodeller som er utprøvd lokalt, samt ved bruk av teknologi og personell på nye måter. Helseforetak og kommuner skal gjennomgå og planlegge de akuttmedisinske tjenestene i fellesskap slik at pasienter får forutsigbar og god hjelp når de trenger det.
- Endre finansieringsmodellen for legevakt slik at finansierings- og sørge for-ansvaret i større grad samles hos kommunene. Det legger til rette for kommunalt handlingsrom, innovasjon og samarbeid med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester.

1.2 Tilgrensende meldinger og andre særlig relevante arbeider fra regjeringen

Helse- og omsorgsdepartementets stortingsmelding om prioritering i vår felles helsetjeneste viderefører felles prinsipper for prioritering og foreslår mål for prioritering i helse- og omsorgstjenestene. Prioritering skal ivareta rask og likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet og bidra til bedre helse og mestring i befolkningen, uavhengig av bosted. Prioritering skal ha legitimitet i befolkningen og hos personellet i helse- og omsorgstjenestene og ivareta tilliten til den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Prioritering skal også understøtte utviklingen av helse- og omsorgstjenestene og samtidig ivareta tjenestenes bærekraft.

Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I* presenterer regjeringens tiltak for å forebygge rusmiddelproblematikk bedre og komme tidligere inn med god hjelp, behandling og oppfølging. Regjeringens mål er å bidra til å redusere gapet i forventet levealder mellom personer med rusmiddelproblemer og den generelle befolkningen. I meldingen omtales ønsket framtidig innretning av forebyggende innsats, skadereduserende tiltak, behandling og oppfølging av personer med rusmiddelproblemer, herunder barn og unge, samt regjeringens tiltak for å utvikle tjenestene.

Meld. St. 9 (2024–2025) *Totalberedskapsmeldingen – Forberedt på kriser og krig* setter retning for omlegging av den sivile delen av totalforsvaret og for den sivile motstandskraften i Norge. Regjeringen skal sørge for at det sivile samfunnet er forberedt på krise og krig. Samfunnet må utvikles til å understøtte militær innsats og motstå sammensatte trusler. Regjeringen har satt tre hovedmål

for å styrke det sivile samfunnets motstandskraft: forberedelse til krise og krig, motstand mot sammensatte trusler og støtte til militær innsats.

Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste* handler om både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Meldingen presenterer regjeringens løsninger for å sikre at helse- og omsorgstjenesten er rustet for framtiden. To sentrale utredninger følges opp i meldingen: NOU 2023: 4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* og NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse.*

Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa.* Formålet med meldingen er å bidra til en motstandsdyktig helseberedskap i hele krisespekteret der systematisk arbeid med forebygging og beredskap skal gis høyere prioritet i helse- og omsorgssektoren.

Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* viser regjeringens innsats for hele psykisk helsefeltet. Planen har tre innsatsområder: helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid, gode tjenester der folk bor og tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov.

Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime* viser regjeringens tverrsektorielle tilnærming for å legge til rette for at eldre kan leve aktive liv i gode lokalsamfunn, og planlegge for egen alderdom, samtidig som eldre og deres pårørende skal ha trygghet for at samfunnet stiller opp når behovet for helse- og omsorgstjenester oppstår. Meldingen har fire innsatsområder: levende lokalsamfunn, boligtilpasning og boligplanlegging, kompetente og myndiggjorte medarbeidere samt trygghet for brukere og støtte til pårørende.

Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* presenterer regjeringens innsats på folkehelseområdet med utjevning av sosial ulikhet i helse som et kjerneområde. Tiltak må innrettes slik at de virker best for de som trenger det mest, men samtidig være bra for alle. Stortingsmeldingen varslet innføring av et nasjonalt voksenvaksinasjonsprogram.

Meld. St. 17 (2024–2025) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv – kommunale tjenestetilbud til samiske innbyggere.*

Handlingsplanen *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* fra 2022 skal bidra til nok personell og rett kompetanse i omsorgstjenesten og understøtte arbeidet med å løse personellutfordringene i tjenesten. Denne følges opp gjennom Kompetanseløft 2025, som er en plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

1.3 Innspill til meldingsarbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet inviterte til åpne innspillprosesser både for allmennlegetjenesten og de akuttmedisinske tjenestene for å få innspill til temaer for stortingsmeldingen. Det ble holdt et innspillsmøte for allmennlegetjenestene, og det var mulig å gi skriftlige innspill. KS, Legeforeningen, en rekke pasient- og brukerorganisasjoner og flere yrkesforeninger deltok i møtet. Tid, kontinuitet og kunnskap var faktorer som ble framhevet for pasientenes relasjon til fastlegen. Flere trakk fram behovet for en mer helhetlig og tverrfaglig allmennlegetjeneste. Det ble også påpekt at fastlegeordningen har vært en suksess, og at det er viktig å ta vare på det som fungerer.

Helse- og omsorgsdepartementet har mottatt over 120 innspill om allmennlegetjenestene fra kommuner, fastleger, virksomheter i spesialisthelsetjenesten, forsknings- og undervisningsenheter, arbeidslivsorganisasjoner, interesseorganisasjoner og andre offentlige instanser og privatpersoner. Innspillene dreide seg særlig om: fastlegens unike kontakt med pasienten, at det fortsatt bør være rom for ulike modeller for drift av fastlegekontoret, behovet for mer tverrfaglighet i samarbeidet mellom fastlegen og andre helse- og omsorgstjenester, takstsystemet og behovet for en tydelig ledelse. Flere instanser pekte på behov for tiltak for å forbedre rekruttering og beholde fastleger, hvilken rolle digitalisering kan spille, og hvordan allmennlegetjenesten i sykehjem, fengselshelsetjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan forbedres. En del instanser pekte på behovet for forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og behovet for forebygging, og noen pekte på private aktørers rolle i helse- og omsorgstjenesten.

Det kom over 200 innspill om de akuttmedisinske tjenestene. Regionale helseforetak, helseforetak, kommuner, kommunefellesskap, arbeidstakerorganisasjoner, utdanningsinstitusjoner, KS, Helsetilsynet, flere statsforvaltere, ideelle organisasjoner og privatpersoner leverte innspill. Mange av innspillene handlet om behovet for samhandling og samarbeid for å skape en sammenhengende og enhetlig akuttmedisinsk kjede. Flere

trakk fram hvordan ulike former for organisering og finansiering i større grad burde understøtte tjenestene. Mange innspill handlet om økende oppdragsmengde, hvordan demografiske endringer vil påvirke de akuttmedisinske tjenestene og de særskilte utfordringene med vær og lange avstander, særlig i Nord-Norge. Flere pekte på behovet for et bedre tilbud til sårbare grupper. Mange innspill handlet om tilgang til kvalifisert helsepersonell, behovet for kompetanseheving, bedre styringsdata og digitale løsninger.

1.4 Sammendrag

Stortingsmeldingen om allmennlegetjenesten og de akuttmedisinske tjenestene er delt inn i ni kapitler.

Kapittel 1 Framtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus presenterer regjeringens mål og hovedgrep, tilgrensende meldinger, innspill til meldingsarbeidet og et sammendrag.

Kapittel 2 Utfordringer, tiltaksområder og utviklingstrekk presenterer sentrale utfordringer og tiltaksområder, utviklingstrekk, fastlegeordningen, kvalitetsindikatorer og brukererfaringsundersøkelser, legevakt og digitalisering i allmennlegetjenesten.

Kapittel 3 En fornyet, forsterket og forbedret fastlegeordning presenterer endringer i finansiering og regulering av fastlegeordningen som skal bidra til god kvalitet og tilgjengelighet for innbyggerne, oppgavedeling med effektive arbeidsprosesser, økt innovasjon og tydeligere ledelse i og av fastlegeordningen.

Kapittel 4 En tilgjengelig og sammenhengende akuttmedisinsk kjede presenterer tiltak for en sammenhengende og integrert akuttkjede. Det handler om å styrke den lokale akuttberedskapen ved å ta alle ressursene i akuttkjeden i bruk og sørge for bedre prioritering og styring av ressursene.

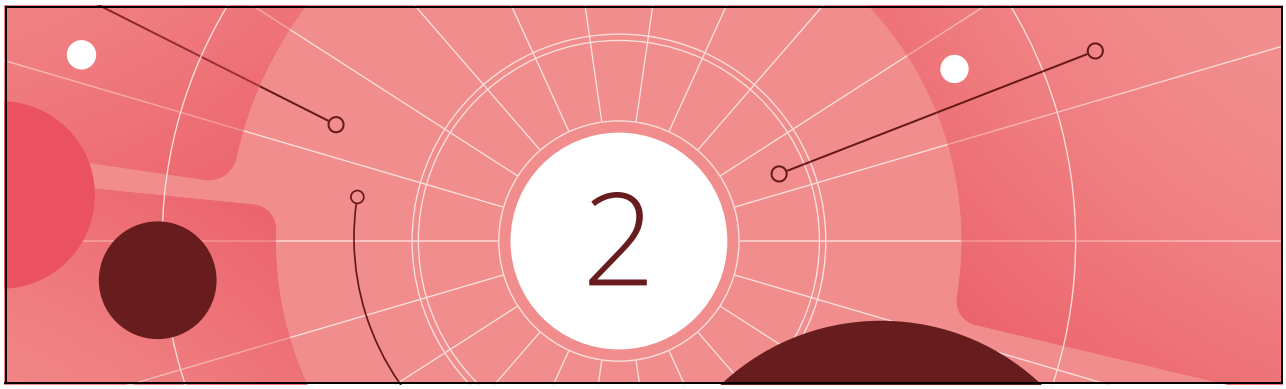
Kapittel 5 En modernisert allmennlegetjeneste for det digitale skiftet presenterer tiltak for å styrke innbyggernes digitale tilgang til allmennlegetjenesten samt mulighet til selvhjelp og økt helsekompetanse. Det handler om tiltak i helse- og omsorgstjenesten, ny teknologi, bedre samhandling og deling av helsedata, i tillegg til økt oppmerksomhet på sikkerhet og personvern.

Kapittel 6 Sammen om en friskere befolkning presenterer særlige tiltak for å støtte opp under en friskere befolkning og for å bidra til bedre tjenester for innbyggere med store og sammensatte behov.

Kapittel 7 God og tilgjengelig kompetanse presenterer tiltak for å bidra til en attraktiv tjeneste av god kvalitet. Det handler som balanserte kompetansekrav og bærekraftig bruk av personell.

Kapittel 8 Trygge og kunnskapsbaserte tjenester i hele landet presenterer tiltak for å bidra til helhetlig ledelse, planlegging og samhandling og tiltak for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og en kunnskapsbasert tjeneste.

Kapittel 9 Økonomiske og administrative konsekvenser viser økonomiske vurderinger og administrative konsekvenser av tiltak som foreslås i stortingsmeldingen.



Figur 2.1

2 Utfordringer, tiltaksområder og utviklingstrekk

Med denne stortingsmeldingen vil regjeringen særlig løfte fram og utdype fire utfordringer for den allmennmedisinske tjenesten og de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus:

- Tjenestene møter ikke i tilstrekkelig grad innbyggernes behov og forventninger.
- Det er behov for å forbedre samhandlingen mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden.
- De digitale løsningene må møte dagens og framtidens behov.
- Kommunene mangler handlingsrom og verktøy for å styre allmennlegetjenesten.

Regjeringen presenterer fem tiltaksområder for allmennlegetjenesten og de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus som samlet skal bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, og til å realisere regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken:

- fornye og forbedre fastlegeordningen gjennom endringer i regelverk og en ny finansieringsmodell
- øke tilgjengeligheten og bedre samhandlingen i de akuttmedisinske tjenestene
- modernisere allmennlegetjenesten for det digitale skiftet
- likeverdige tjenester og reduserte sosiale helseforskjeller
- bedre kommunenes forutsetninger for å yte gode allmennlegetjenester

2.1 Utfordringer

Kommunene ivaretar i stor grad sitt sørge for-ansvar for det allmennmedisinske tilbudet på en god måte. Hver dag mottar innbyggerne gode allmennlegetjenester. Samtidig er det utfordringer i tjenesten som må møtes for å sikre et bærekraftig tilbud i framtiden.

Mangel på arbeidskraft er en av de aller største utfordringene samfunnet står overfor. Denne utfordringen treffer også helse- og omsorgssektoren. Mangelen skyldes blant annet demografiske endringer, og samtidig øker andelen eldre og personer med sammensatte og komplekse behov. De demografiske endringene vil forsterkes i tiden framover. Helsepersonellkommisjonen pekte på at Norge ligger på toppen i Europa over ressursbruk til helse- og omsorgstjenestene. Mange kommuner har store utfordringer med å rekruttere flere helsepersonellgrupper, som sykepleiere, fagarbeidere og leger, og de er avhengige av vikarer. Rekrutteringen til fastlegeordningen har vært positiv siden sommeren 2023, men fortsatt har mange kommuner utfordringer med å rekruttere og beholde leger. Samtidig øker behovet for fastleger. Siden fastleger utgjør den største gruppen av leger som arbeider i andre allmennlegetjenester, som legevakt og sykehjem, har sviktende rekruttering til fastlegeordningen skapt utfordringer i tilgangen til leger og for tjenesteytelsen også i disse tjenestene.

Dagens regulering og finansiering av fastlegeordningen har bidratt til at kapasiteten og innholdet i tjenestene og innretningen av legekontorene ikke har utviklet seg i takt med behovet. Fastlegeordningen er en nasjonal ordning med en nasjonal regulering og et sentralt framforhandlet avtaleverk. Dette legger til rette for et likeverdig tilbud, men begrenser den enkelte kommunes handlingsrom til en lokalt tilpasset allmennlegetjeneste. Se omtale i kapittel 3.

Hovedfokuset for mange kommuner var lenge at tilstrekkelig mange fastlegeavtaler ble inngått. Fastlegene hadde stor frihet og tok ansvar for tilbud og innhold i tjenesten. Denne arbeidsdelingen fungerte relativt godt i mange år, men allerede i St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* ble det påpekt behov for å integrere fastlegene bedre med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette behovet har økt. Mange av innspillene til denne stortingsmeldingen påpeker behovet for å integrere fastlegene tettere både i samhandlingen om den enkelte pasient og i den strukturerte samhandlingen i de øvrige helsetjenestene. Se nærmere omtale i kapittel 8.

Variasjon i digital tilgjengelighet i de kommunale allmennlegetjenestene og framveksten av kommersielle tilbydere av helsetjenester kan gi økte sosiale forskjeller, utfordre portvaktrollen og kan føre til uhensiktsmessig bruk av helsepersonell. Digitale løsninger for å sørge for at relevant informasjon følger pasienten i møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenesten, er i varierende grad utviklet og innført hos fastlegene og i allmennlegetjenestene for øvrig. Dette gir mindre mulighet for effektiv samhandling. Innbyggere må for ofte gjenta pasienthistorien sin og selv informere helsepersonellet. Både statlige myndigheter, kommuner og fastlegene selv mangler data til prioritering, styring og kvalitetsutvikling i tjenesten.

Utfordringene i de allmennmedisinske tjenestene og de akuttmedisinske tjenestene sammenfaller i stor grad med utfordringene for helse- og omsorgstjenesten ellers, slik det blant annet er beskrevet i Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*. For de akuttmedisinske tjenestene er den største utfordringen mangelfull samhandling mellom aktørene i den akuttmedisinske tjenesten.

2.1.1 Tjenestene møter ikke i tilstrekkelig grad innbyggernes behov og forventninger

Knapphet på helsepersonell, kompetansekrav for leger og strukturelle faktorer i fastlegeordningen har konsekvenser for kapasiteten og tilgjengeligheten i allmennlegetjenestene. I de senere årene har ulikheten i innbyggernes tilgang til offentlige allmennlegetjenester økt, og det er fortsatt kapasitetsutfordringer i fastlegeordningen.[1, 2] Mange innbyggere med fastlege har udekkede behov, og flere oppgaver forventes fremover å måtte løses nær der folk bor. Det er store geografiske forskjeller i tilgangen til fastleger. Det er spesielt innbyggere i distriktskommuner som opplever hyppige bytter av fastleger og vikarer, og dermed mindre kontinuitet i fastlegetjenesten. Rekrutteringsutfordringer gjør at kommuner overbyr hverandre for å få tak i fastleger. Dette gir en lønnsspiral som er krevende for kommunene, og kan medføre økte kostnader uten at tilgjengeligheten og kvaliteten bedres.

Brukererfaringsundersøkelser viser at innbyggerne er fornøyde med fastlegeordningen, men resultatene varierer. Spesielt er tilbakemeldingene om tilgjengelighet og hjelp til mestring mer blandet.[3] En del innbyggere opplever at tjenestene ikke legger godt nok til rette for kloke valg for egen helse og for mestring. Innbyggere i områder med rekrutteringsutfordringer er mindre fornøyde, og innbyggere med kroniske lidelser er mindre fornøyde enn andre pasienter, særlig dersom en av disse lidelsene er psykiske helseutfordringer. Også innbyggere som er født utenfor Norge, og personer med lavere sosioøkonomisk status rapporterer om lavere tilfredshet. Nær en av fem klager til pasient- og brukerombudene gjelder fastleger. Henvendelsene har i stor grad omhandlet ressursknapphet og kvalitetsutfordringer, hvor tid og kapasitet er en avgjørende faktor. Tilgangen for innbyggerne varierer både med hensyn til ventetid for time hos fastlegen, hvor enkelt det er å bestille time, og om det tilbys digitale tjenester fra fastlegekontor.

Dagens finansieringsordning for fastlegeordningen med høy andel aktivitetsbasert finansiering stimulerer fastlegene til mange raske konsul-

---

1 Folkehelseinstituttet (2025). *Den norske fastlegetjenesten 2023–2024: En forskningsbasert baselinemåling av pasienterfaringer på kommunenivå*

2 Helfo. *Fastlegestatistikk*. Lest 21. mars 2025

3 DFØ (2024). *Innbyggerundersøkelsen 2024* og Folkehelseinstituttet (2023). *Brukererfaringsundersøkelser 2023*

Boks 2.1 Fastlegens portvaktrolle

Fastlegens portvaktrolle innebærer å gjøre medisinske vurderinger om behov for og tilgang til andre helse- og velferdsordninger sammen med innbyggerne. Dette gjelder blant annet:

- henvisninger til spesialisthelsetjenesten
- henvisninger til laboratorie- og bildeundersøkelser
- forskrivning av legemidler – blå resept, antibiotika, vanedannende legemidler mv.
- medisinsk sakkyndighet for velferdsordninger knyttet til sykdom og uførhet
- medisinsk sakkyndighet knyttet til førerkortsaker, forsikringsselskap mv.

Fastlegens portvaktrolle innebærer både å være portåpner for innbyggerne ved å veilede og henvise til tjenester og ytelser som innbyggeren har rett til og behov for, og som portvakt for samfunnets ressurser. Portvaktrollen utøves oftest i samvalg med pasienten. Rollen bidrar til at velferdsordninger og tjenester ytes og er tilgjengelige i tråd med innbyggernes rettigheter og medisinske prioriteringer.

tasjoner på legekontoret. Dette stimulerer til god tilgjengelighet, men finansieringsordningen samsvarer ikke godt nok med behovet til innbyggere med store og sammensatte behov. Dette er pasientgrupper som kan ha behov for en annen innretning av tilbudet enn en legekonsultasjon på legekontoret. Manglende ledelse i og av legekontorene og en regulering der fastlegene individuelt skal prioritere innenfor egen liste, bidrar ytterligere til å vanskeliggjøre riktige medisinskfaglige prioriteringer. Finansieringsordningene stimulerer heller ikke til å prioritere kvalitetsarbeid, innovasjon, ledelse og samhandling. Viktige oppgaver som ikke er direkte pasientrelaterte, nedprioriteres. Finansieringsmodellen legger heller ikke godt til rette for god samlet ressursbruk gjennom oppgavedeling med annet personell og tverrfaglig samarbeid i fastlegekontorene.

Noen kommuner benytter leger uten LIS1 (leger i spesialisering, første del) som vikarer, blant annet i sykehjem, fordi det er vanskelig å rekruttere mer erfarne leger. Pasientsikkerheten kan bli utfordret når innbyggere som ofte har flere tilstander samtidig, bruker mange legemidler og har kognitiv svikt, får oppfølging og behandling av legene med minst erfaring. Det er generelt behov for mer kompetanse om alders- og sykehjemsmedisin i tjenestene.

Allmennlegetjenestens bidrag til å fremme helsekompetanse og mestring og til å forebygge sykdom, funksjonssvikt og forverring av kroniske tilstander må styrkes. Dette vil bidra til bedre livskvalitet for innbyggerne, redusert sykefravær og mindre behov for helse- og omsorgstjenester.

Stadig flere private legetjenester blir tilgjengelige store deler av døgnet. Private tilbud med lett tilgjengelige konsultasjoner bidrar både til uønsket todeling av helsetjenesten og til å trekke personell ut av de offentlige helsetjenestene.

At mange innbyggere oppsøker helprivate tilbydere eller legevakt for tilstander som kunne vært håndtert hos fastlegene, svekker fastlegens rolle som portåpner og portvakt, deres koordinerende rolle og kontinuiteten i forholdet mellom innbygger og fastlege. Helsepersonellkommisjonen ser på fastlegens portvaktfunksjon som kritisk viktig for å oppnå en bærekraftig helsetjeneste og for riktig oppgavedeling og gode arbeidsprosesser i helse- og omsorgstjenesten. Da må fastlegetjenesten rustes til å bli innbyggernes førstevalg.

2.1.2 Det er behov for bedre samhandling mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden

Innspill til departementet viser at det er bred enighet om hovedutfordringene. Mange aktører og organisering på to forvaltningsnivåer gir utfordringer med å utvikle en akuttmedisinsk tjeneste, der innbyggerne blir møtt av en sammenhengende kjede, tilbudet styres og planlegges helhetlig, ressursbruken er bærekraftig og der helsepersonellet opplever å være del av en helhetlig struktur. De demografiske endringene med flere eldre og hjemmeboende med sammensatte helseproblemer treffer også de akuttmedisinske tjenestene. Det har vært en betydelig aktivitetsvekst, særlig i medisinsk nødmeldetjeneste, i ambulansetjenesten og i legevakt. Lange avstander i deler av landet utfordrer prinsippet om likeverdige tjenester. Rekrutteringsutfordringene i helse- og omsorgstjenesten gjelder også i de akuttmedisinske tjenestene. Utfordringene er særlig tydelige i distriktene, men også i bynære områder.

Det har de siste tiårene vært en utvikling med samtidig sentralisering av sykehusfunksjoner og legevakter. Det har medført at noen innbyggere

opplever dårligere tilgjengelighet til disse tjenestene. De siste årene har det imidlertid ikke skjedd vesentlige endringer i strukturen. Kommuner og helseforetak må ivareta behovet for større og mer robuste virksomheter og mindre vaktbelastning for helsepersonell samtidig som befolkningen skal ha nærhet til akuttmedisinske tjenester. Færre og større legevakter har vært nødvendig for at tjenesten skal kunne leve opp til krav til faglig kvalitet, kompetanse og krav i akuttmedisinforskriften, samtidig som vaktbelastningen for legene i vaktordningen ikke blir for stor. Fastlegene i de minste legevaktdistriktene har fortsatt oftest legevakt, også på natt og i helger.[4] Dette påvirker rekrutteringen til allmennlegetjenestene og er en utfordring for små kommuner, særlig der det ligger dårlig til rette for samarbeid med andre kommuner.

De fleste innbyggerne har kort reisetid til legevakt, men ventetiden ved legevakten kan være lang. Svartiden til legevaktsentralene er uforutsigbar ved de største sentralene. Det reduserer tilgjengeligheten til den kommunale legevakttjenesten ytterligere. Lang ventetid og manglende tilgang til digitale legevakttjenester i det offentlige har bidratt til framvekst av helprivate legevakttjenester. Dette gjelder særlig i de største byene hvor det utvikles en todeling av legevakttilbudet.

Samhandlingen mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten er utfordrende flere steder. Høy andel aktivitetsbasert finansiering av legevaktlegenes arbeid hemmer legevaktens integrasjon i andre kommunale tjenester og i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Ambulanser som er stasjonert i utkantstrøk, kan ha få oppdrag og lite pasientkontakt. Det er en utfordring å sikre tilstrekkelig kompenserende øvelser og trening for å opprettholde god kvalitet i tjenesten. Personellmangel løses ofte ved innleie fra vikarbyrå og overtid for ansatte. Dette kan være belastende for de ansatte og gå på bekostning av kontinuitet og kvalitet i tjenestene.

De akuttmedisinske tjenestene mangler styringsdata og data om kvalitet og teknologi, og IKT-systemer har i liten grad vært tilpasset tjenestenes behov for informasjonsdeling, beslutningsstøtte, dokumentasjon og styringsinformasjon.

2.1.3 De digitale løsningene må møte dagens og framtidens behov

En moderne allmennlegetjeneste forutsetter økt bruk av digitale løsninger og teknologi i den enkelte virksomhet (fastlegekontor, legevakt, sykehjem mv.) for effektiv bruk av ressursene. Digitale løsninger og teknologi er viktig for å levere gode helsetjenester i det enkelte pasientmøtet, for sammenhengende pasientforløp, informasjonsdeling tverrsektorielt og for kvalitetsmessig gode logistikk- og arbeidsprosesser.

Innbyggerne har ikke en god nok digital tilgang til allmennlegetjenester. De har også begrenset tilgang til egne data. Teknologi kan legge til rette for at innbyggerne mer aktivt kan medvirke i oppfølging av egen helse, men potensialet er ikke utnyttet tilstrekkelig. Det er for lite kjent hvordan pårørende kan bidra til å følge opp sine nærmeste.

Mange pasienter og pårørende opplever at de må gjenta egen helseinformasjon. Samtidig opplever personell i helse- og omsorgstjenestene at de har for dårlig tilgang til nødvendig informasjon fra dem de samhandler med. Det gjelder samarbeid med øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjenesten og på tvers av sektorer. De digitale løsningene tilrettelegger ikke for effektiv samhandling i tilstrekkelig grad, og flere av samhandlingsløsningene som allerede er utviklet, er ikke tatt i bruk i stor nok grad. Manglende tilgang til data svekker også mulighetene for å utøve ledelse, systematisk kvalitetsarbeid, kunnskapsbasert utvikling av tjenestene og krisehåndtering.

Å innføre digitale løsninger krever at tjenestene har evne til omstilling og endring. Tilstrekkelig lederoppmerksomhet og god koordinering, også på tvers av styringslinjer, er nødvendig for å hente ut effekter av slike satsinger. Dersom det oppstår for store forskjeller i innovasjon og bruk av teknologi mellom samfunnet generelt og den offentlige helse- og omsorgstjenesten, kan det svekke tilliten til det offentlige og til velferdsstaten.

Mange kommuner har ulike journalløsninger for de ulike allmennlegetjenestene: for fastleger, sykehjem, legevakt og helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Både legene og andre tjenester i kommunene må forholde seg til mange ulike løsninger i sin arbeidshverdag. Anskaffelse av journalløsningene til allmennlegetjenestene har vært lite koordinert i kommunene.

Hver virksomhet i allmennlegetjenesten har ansvar for å ivareta et tilstrekkelig nivå av informasjonssikkerhet og personvern, blant annet sikring

[4] Ekspertgruppe legevakt (2021). *Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet*

av person- og helseopplysninger, oppdatering av programvare samt tilgangskontroll. Mindre virksomheter har ofte begrenset tilgang på kompetanse og kapasitet innen digital sikkerhet.

2.1.4 Kommunene mangler handlingsrom og verktøy for styring av allmennlegetjenesten

Kommunene rapporterer at de mangler handlingsrom og verktøy for å styre og lede allmennlegetjenesten. Dagens regulering av fastlegeordningen kompliserer handlingsrommet for effektiv bruk av lokale personellressurser og etablering av gode arbeidsprosesser med oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid. Flere kommuner oppgir at de opplever at det er uklart hvilken myndighet de har overfor næringsdrivende leger, og etterspør flere muligheter for lokal tilpasning og utvikling av fastlegetjenesten. Reguleringen gjør også at det i kommuner med ansatte fastleger kan være uklarhet rundt ansvar og styringsmuligheter for både kommunen og fastlegen. Fastlegeforskriften er i liten grad innrettet for en framtid med oppgavedeling og mer tverrfaglig samarbeid i fastlegekontorene. Kommunene påpeker også et behov for å regulere overdragelse av fastlegeavtaler.

Mange kommuner benytter i liten grad tilgjengelige virkemidler og handlingsrom for å utøve god ledelse av legetjenesten, legge til rette for samarbeid og integrere fastlegetjenesten i de øvrige tjenestene eller for å følge opp medisinskfaglig kvalitet og systematisk kvalitetsarbeid hos fastlegene. Dette må ses i sammenheng med at ordningen ble etablert som en nasjonal ordning med statlig finansiering, og at mange kommuner derfor så sin rolle som begrenset. Systematisk kvalitetsarbeid prioriteres heller ikke av mange fastleger.[5] Videre er dagens kompetansekrav kompliserte og begrenser kommunenes tilgang på leger mer enn nødvendig. I mange legevakter er det begrenset med ressurser til ledelse, planlegging og utvikling av tjenesten.[6] Det er behov for å styrke ledelsen og bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten og å få til god samhandling mellom allmennlegetjenester og øvrige tjenester. Det er også behov for bedre styringsdata, og det er et potensial for å involvere fastlegene i kommunens øvrige kvalitets-, plan- og folkehelsearbeid.

[5] EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*

[6] Ekspertgruppe legevakt (2021). *Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet*

2.2 Regjeringens tiltaksområder

2.2.1 Fornye, forsterke og forbedre fastlegeordningen gjennom endringer i regelverk og en ny finansieringsmodell

For å nå målene for allmennlegetjenesten vil regjeringen fornye, forsterke og forbedre fastlegeordningen gjennom endringer i regelverk og en ny finansieringsmodell.

Finansieringsmodellen skal understøtte god medisinsk praksis, gjøre fastlegeordningen attraktiv for unge leger og fremme samhandling, ledelse og innovasjon. Hver enkelt fastlege skal kunne ta ansvar for flere innbyggere gjennom mer og bedre oppgavedeling, som understøttes av en finansieringsmodell som legger bedre til rette for at flere profesjoner deltar i pasientbehandlingen. Kapasiteten og kvaliteten i og tilgjengeligheten til fastlegetjenestene skal bedres, spesielt for innbyggere med sammensatte behov og de som har utfordringer med å etterspørre tjenester, eller som har utfordringer med å oppsøke legekontor. I tillegg skal den digitale tilgjengeligheten for alle listeinnbyggere bedres.

Regjeringen vil innføre en ny finansieringsmodell for fastlegeordningen. Basistilskuddets andel av finansieringen skal økes trinnvis med ti prosentpoeng: 4 prosentpoeng i 2025, 3 prosentpoeng i 2026 og 3 prosentpoeng i 2027. I tillegg tar regjeringen fra 1. januar 2026 sikte på å endre forskrift om stønad til dekning av utgifter hos lege, heretter omtalt som «stønadsforskriften», slik at det kan ytes stønad for konsultasjoner delegert fra fastlege til sykepleier. I 2026 vil regjeringen innføre endringer i pasienttilpasset basistilskudd og forenkle takstsystemet. Endringene i finansieringsmodellen skal stimulere til ønsket aktivitet, riktig prioritering og understøtte fastlegenes portvaktrolle. Ulike modeller for finansiering av andre personellgrupper i fastlegekontorene for å få økt tverrfaglighet og effektiv bruk av legeressursene samt andre endringer for å understøtte ledelse og kvalitet i tjenesten, utredes videre. Dette omtales nærmere i kapittel 3.2.

Når det legges til rette for at flere personellgrupper jobber sammen ved fastlegekontor, og for at bredden i tilbudet øker, kan det oppstå uklarhet om hva innbyggerne kan forvente å få av tjenester på legekontoret. Regjeringen vil derfor utrede hva som i framtiden skal inngå i oppgaveporteføljen til fastlegeordningen. At flere personellgrupper deltar i pasientbehandlingen og kontakter skjer på flere måter, ikke bare fysisk, gjør det også nødven-

dig å klargjøre hva som inngår i en konsultasjon. Videre vil regjeringen utrede hvordan det kan tilrettelegges for en mer tilgjengelig fastlegetjeneste både fysisk og digitalt. Dette ses i sammenheng med endringene i finansieringsmodellen som er beskrevet over, og utprøvingen av en kommunal nettlege. Dette omtaltes nærmere i kapittel 5.

Regjeringen har sendt utkast til ny fastlegeforskrift på høring. Fastlegeforskriften skal moderniseres slik at den bedre samsvarer med dagens organisering hvor flere fastleger er ansatt, og flere helsepersonellgrupper arbeider sammen med legene for å møte innbyggernes behov for allmennlegetjenester. Forskriften vil blant annet gi bedre oversikt over ansvar og oppgaver for både kommunen, kommunale fastlegekontor, næringsdrivende fastleger og kommunalt ansatte fastleger. Forskriften skal bidra til å tydeliggjøre virksomhetsansvaret som kommunen har når den yter fastlegetjenester i egen regi med kommunalt ansatte fastleger, og som den enkelte næringsdrivende fastlege har i kraft av ansvaret for sin selvstendige næringsvirksomhet som fastlege. Med virksomhetsansvar menes blant annet ansvaret for å gjennomføre systematisk styring med at virksomhetens aktiviteter er i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift. Videre presiseres det at plikten til å utarbeide attester er avgrenset til det som følger av lov og forskrift, samt åpne for at leger etter avtale med kommunen kan arbeide til de er 80 år. Fastlegenes tilgjengelighet skal styrkes gjennom å innføre krav om digitale tjenester i fastlegekontorene og en plikt til å ha digital timebestilling på Helsenorge. Det foreslås å styrke kommunens mulighet til å inngå ny fastlegeavtale for pasientliste som har vært tilknyttet en tidligere praksis, i situasjoner der det er vanskelig å rekruttere ny næringsdrivende fastlege som er villig til å kjøpe fratredende leges praksis. Endringer i regulering omtales nærmere i kapittel 3.

Tiltakene som er beskrevet over skal bidra til at fastlegeyrket er attraktivt i hele landet, og dermed redusere vikarbehovene og gi økt kontinuitet i pasientoppfølgingen.

2.2.2 Øke tilgjengeligheten og bedre samhandlingen i de akuttmedisinske tjenestene

Regjeringens mål er at befolkningen får rask og trygg helsehjelp ved akutt sykdom og skade. Regjeringen vil styrke den lokale akuttberedskapen gjennom bedre prioritering og styring av ressursene. Helseforetak og kommuner skal gjennomgå og planlegge de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Helsedirektoratet skal revidere veileder for samarbeidsavtalen om beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden (jf. boks 4.2) og utvikle en generisk modell for en sammenhengende akuttkjede og verktøy for innføring i tjenesten. Regjeringen mener det er behov for et løft for medisinsk nødmeldetjeneste gjennom bedre beslutningsstøtteverktøy og opplæring av operatørene. Regjeringen vil lette kommunenes rekrutteringsutfordringer ved å endre kompetansekravene til legevaktleger.

Regjeringen vil i større grad samle kommunens finansierings- og sørge for-ansvar for legevakt slik at kommunene kan innrette tjenestene i tråd med lokale behov. Dette gjøres ved å opprettholde folketrygdfinansieringen av legevakt, men det tas sikte på å endre regelverket slik at refusjonene fra Helfo for legenes aktivitet tilfaller kommunene. Dette legger til rette for at kommunene i større grad kan bruke fastlønn i legevakt. Fastlønn vil styrke legevakttjenesten som en beredskapstjeneste som samhandler godt med øvrige deler av den akuttmedisinske kjeden i og utenfor kommunene. Samtidig kan kommuner med stor pågang på legevakten videreføre insentivene til aktivitet og være trygge på at staten dekker deler av kostnadene knyttet til høy aktivitet eller sesongvariasjoner.

Det er viktig at så mye som mulig håndteres i kommunene, også for å sikre bærekraften i den akuttmedisinske kjeden. Utviklingen i diagnostikk, behandling og teknologi muliggjør at flere tilstander kan avklares i kommunale helse- og omsorgstjenester. En modernisert fastlegeordning vil øke innbyggernes tilgjengelighet til fastlegekontoret for øyeblikkelig hjelp i kontorets åpningstid og gjøre fastlegene mer tilgjengelige for andre kommunale tjenester når det er behov for dialog om pasienter. I tillegg vil den nye kommunale nettlegeordningen integreres i det øvrige kommunale tilbudet og gi innbyggerne tilgang til raskt og enkelt å avklare og få behandling for enklere problemstillinger. Ventetider ved legevakter skal reduseres ytterligere ved bedre digital samhandling mellom legevakter og fastlegene, bedre løsninger som hjelper innbyggeren til omsorgsnivået de bør kontakte med sine helseproblemer, inkludert selvhjelp, og utredning av hvordan oppgavedeling i større grad kan utnyttes i legevakt.

Regjeringen vil be kommuner og helseforetak som dekker legevaktdistrikt der reisetiden er lengre enn anbefalingene fra Akuttutvalget (2015), om å beskrive i samarbeidsavtalene hvordan den samlede tilgjengeligheten til innbyggere i

disse områdene ivaretas. Ny teknologi gjør det mulig å desentralisere tjenestetilbud ved mer bruk av video og digitale løsninger. Bruk av satellittlegevakter kan være et viktig virkemiddel i mange kommuner. Regjeringen vil utrede hvordan digitale løsninger kan nyttiggjøres på en mest mulig hensiktsmessig måte i legevakttjenesten. En plikt for legevakter og legevaktsentraler til å tilby digitale tjenester, herunder digitale konsultasjoner, vil bli vurdert.

De akuttmedisinske tjenestene omtales nærmere i kapittel 4.

2.2.3 Modernisere allmennlegetjenesten for det digitale skiftet

Regjeringen vil legge til rette for løsninger som styrker innbyggere, pasienter og pårørendes mulighet til digitale tjenester for dialog og selvbetjening. Innbyggere forventer digitale løsninger for tilgang til allmennlegetjenester. I høringen av ny fastlegeforskrift er det foreslått at fastlegene får en plikt til å innrette sin praksis slik at innbyggere som ønsker det, tilbys digitale tjenester, herunder konsultasjoner via video, tekst og telefon, der dette er egnet. Det foreslås også at fastlegene må være tilgjengelige for timebestilling på Helsenorge. Hittil har fastlegen selv kunnet velge å bruke en annen plattform enn Helsenorge for denne tjenesten. Det foreslås også at det utredes om fastleger skal pålegges å bruke flere digitale tjenester på Helsenorge, herunder bruk av videokonsultasjon. Etter høringen vil det tas stilling til hvor langt kravet om digital tilgjengelighet skal gå.

Regjeringen vil også prøve ut en ordning med en offentlig nettlegetjeneste. Løsningen skal innrettes slik at den startes ved at innbyggeren logger inn på Helsenorge for å bestille time hos fastlegen sin. Dersom den tilgjengelige timen hos fastlegen ikke passer, vil innbyggeren kunne velge en digital konsultasjon med en annen lege som kommunen har avtale med, når problemstillingen er egnet for dette. Se kapittel 5.1.2 om den kommunale nettlegetjenesten. Regjeringen vil kartlegge erfaringene fra utprøvingen og vurdere videre utrulling. Staten vil sørge for en teknisk løsning for de digitale konsultasjonene, som legene som kommunen har avtale med, kan benytte. Tilbudet vil gjøre de offentlige allmennlegetjenestene mer tilgjengelige samlet sett og kan også avlaste legevakten. Staten vil bidra til å videreutvikle Helsenorge slik at dette kan være en felles inngang for innbyggerne i deres kontakt med fastlegen og den nye ordningen med nettlegetjeneste som skal prøves ut.

Regjeringen vil bidra til å øke takten på utvikling og innføring av digitale løsninger i allmennlegetjenesten. Framtidens allmennlegetjeneste forutsetter at ny teknologi utvikles og innføres raskere og på en mer koordinert måte, og at det er stor oppmerksomhet på hvordan ny teknologi kan understøtte bærekraft, sikkerhet og kvalitet. Digitalisering i allmennlegetjenesten skal ikke være personelldrivende. Det skal bidra til bedre helsetjenester, mer effektiv ressursbruk og gode arbeidsprosesser. Regjeringen vil utforske potensialet som ligger i å utvikle og bruke digitale løsninger støttet av kunstig intelligens, for å involvere, gi tilgang til egne helseopplysninger og bistå innbyggerne slik at de i større grad kan mestre egen helse.

Regjeringen vil fortsette å utvikle og innføre nasjonale samhandlingsløsninger i helse- og omsorgstjenesten, inkludert allmennlegetjenesten, for å gi best mulig helsehjelp og frigjøre tid som personell i dag bruker på å innhente informasjon. Digital samhandling skal bidra til at helsepersonell får tilgang til relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasienten, slik at de kan gi best mulig behandling, og bruke mindre tid til å lete etter, dele eller sammenstille informasjon.

Regjeringen vil understøtte kommunene i arbeidet ved å videreutvikle helseteknologiordningen, og vil, i tett samarbeid med KS, utrede om og på hvilken måte kommunal sektors modeller og nettverk kan benyttes og videreutvikles for raskere utvikling og innføring av digitale løsninger.

Det er behov for bedre systemer for tilgang til og deling av helsedata som bidrar til ledelse, kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og styrket helseberedskap. Helsedata er viktig for å understøtte prioriteringer og effektiv ressursutnyttelse i og på tvers av helse- og omsorgstjenesten, internt i kommunen og tverrsektorielt. Kommunen må sikres tilgang til data, analyser og rapporter om aktivitet og kvalitet for å kunne ivareta sørge for-ansvaret og ta kunnskapsbaserte strategiske valg for å utvikle allmennlegetjenesten. Det er også et mål å få et mer dekkende bilde av aktiviteten i allmennlegetjenesten og de samlede helse- og omsorgstjenestene som ytes. Regjeringen vil forenkle rapporteringen fra helse- og omsorgstjenestene, blant annet gjennom å øke innsatsen på standardiseringsarbeidet. Det pågår også arbeid med å vurdere løsninger som er bedre integrert i journalsystemene som helsepersonell benytter.

Allmennlegene samhandler med et stort antall aktører innad i kommunal helse- og omsorgstjeneste, men også med aktører i andre sektorer.

De ulike aktørene har ofte ulike løsninger for rapportering og samhandling. Dette gjør det krevende for allmennlegene å utveksle nødvendig informasjon. Regjeringen vil forenkle den tverrsektorielle informasjonsutvekslingen. Det er særlig behov for å forbedre god informasjonsutveksling mellom Arbeids- og velferdsetaten og helse- og omsorgstjenestene.

Sikkerhet er et sentralt tema i en omskiftelig verden. Regjeringen vil kartlegge status og behov knyttet til digital sikkerhet og personvern hos små helsevirksomheter, slik som allmennlegekontorer.

Digitalisering i allmennlegetjenesten omtales i kapittel 5.

2.2.4 Likeverdige tjenester og reduserte sosiale helseforskjeller

Regjeringen vil skape mer likeverdige tjenester og redusere sosiale helseforskjeller, blant annet ved å forbedre tilgjengeligheten til og styrke innsatsen i allmennlegetjenestene for den økende andelen innbyggere med store og sammensatte behov. Dette gjelder særlig innbyggere som i dag ikke får de tjenestene de har behov for. Det gjelder blant annet innbyggere som har utfordringer med å ta kontakt med og etterspørre tjenester. Fastlegene har plikt til å ha oversikt over innbyggere på listen der medisinskfaglig oppfølging og koordinering er nødvendig, og å tilby oppfølgingstilbud der det åpenbart er behov for behandling eller oppfølging. Regjeringen vil fremme allmennlegetjenestens bidrag i folkehelsearbeid og forebygging, og bidraget til økt helsekompetanse, mestring og deltakelse sosialt, i utdanning og arbeidsliv. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere hvordan omstilling til en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste kan understøttes, og om finansieringsordningene i helse- og omsorgstjenestene i tilstrekkelig grad understøtter forebygging. En mer forebyggende og helsefremmende allmennlegetjeneste omtales i kapittel 6.

Moderniseringen av fastlegeordningen som er omtalt i kapittel 2.2.1, skal bidra til å endre insentivene og legge til rette for at flere helsepersonellgrupper med annen kompetanse kan samarbeide med legene om behandling og oppfølging av pasienter.

Forsøk med å ha flere yrkesgrupper ved fastlegekontorene har vist at pasienter med kroniske og sammensatte tilstander og helsepersonell opplever tjenestene som bedre koordinerte og med bedre samhandling og kvalitet. Personellet kan bidra i oppfølging av innbyggere med kronisk sykdom, i forebyggende arbeid, til økt mestring og til bedre samhandling med helsepersonell i øvrige helse- og omsorgstjenester. Dette bedrer kvaliteten i tjenestene og kan bidra til å dempe etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester og forbedre ressursutnyttelsen. Flere yrkesgrupper i fastlegetjenesten, som omtalt i kapittel 3, er derfor et viktig tiltak for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Regjeringen vil vurdere fritak for egenandeler hos fastlege/legevakt for innbyggere til og med 18 år og fritak for egenandeler ved fastlegetjenester for personer med rusmiddellidelser. Fritaket skal bidra til at helsehjelp søkes tidlig nok, og for å redusere forskjellen i levealder mellom personer med rusmiddellidelser og øvrig befolkning.

For å bidra til bærekraftige og gode tjenester er det behov for faglig omstilling og heving av det faglige nivået i helse- og omsorgstjenesten, blant annet gjennom å øke andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning, skape større faglig bredde med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid. Dette skal gjøres blant annet ved å styrke kompetanse i geriatri, palliasjon og alders- og sykehjemsmedisin i spesialistutdanningen i allmennmedisin, utvide modellutviklingsprogrammet for klinisk ernæringsfysiologer, fremme rollen til sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleier (AKS-sykepleiere), etablere ny masterutdanning i allmennfysioterapi og øke kommunenes og arbeidsgiveres kjennskap til fagskolekandidatenes kunnskap, kompetanse og ferdigheter.

2.2.5 Bedre kommunens forutsetninger for å yte gode allmennlegetjenester

Regjeringen fremmer en rekke forslag som skal øke kommunens handlingsrom for å yte gode allmennlegetjenester. Endringene som er beskrevet i kapittel 3.3, der flere personellgrupper deltar i pasientoppfølgingen, vil gi kommunen mulighet for mer fleksibel bruk av personellressurser. Kommunens ansvar for fastlegeordningen tydeliggjøres ved å klargjøre hva som er kommunens sørge for-ansvar, hva som er virksomhetens ansvar, hva som er fastlegens oppgaver, og hvilket ansvar kommunen har overfor de næringsdrivende fastlegene. Dette bidrar til å forenkle ledelse og styring av både ansatte og næringsdrivende fastleger. Dette omtales nærmere i kapittel 3.

Regjeringen vil innføre kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester som balanserer hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet

mot hensynet til kommunalt handlingsrom og rekruttering av personell. Kompetansekrav skal bidra til at innbyggerne har trygghet for at legen de møter har nødvendig kunnskap, og bidra til trygghet for den enkelte lege. Samtidig begrenser slike krav kommunens frihet og handlingsrom.

Spesialistutdanningen i allmennmedisin skal være fleksibel og attraktiv. For å bidra til at flere leger kan starte spesialisering så raskt som mulig, har regjeringen åpnet opp for at kommuner og helseforetak selv kan opprette stillinger for leger i spesialistutdanningens første del (LIS1). Videre er det gjort endringer i spesialistutdanningen for allmennleger slik at det er enklere for kommunene å benytte leger i spesialisering i rotasjonsordninger, ved å oppheve kravet til minst 50 prosent stilling i åpen uselektert allmennpraksis for leger som spesialiserer seg i allmennmedisin. Regjeringen vil også styrke legenes kompetanse i geriatri, palliasjon og alders- og sykehjemsmedisin. Endringer i kompetansekrav og spesialistutdanning omtales i kapittel 7.

For å løfte fram en bredere del av utfordringsbildet i distriktene, også innen legetjenester i sykehjem og fastlegeordningen, vil regjeringen videreutvikle tilskuddet for legevakt til et bredere distriktstilskudd. Formålet er at et bredere tilskudd skal bidra til organisatorisk innovasjon, større fagmiljøer og faglige nettverk, se kapittel 8.5. Samtidig vil regjeringen avvikle utjamningstilskuddet i finansieringsmodellen for fastlegeordningen og styrke sentralitetstillegget i pasienttilpasset basistilskudd, se kapittel 3.2.2. Tiltakene skal legge til rette for mer innovasjon i organisering av allmennlegetjenestene og forsterke fagmiljøene. Målet er bedre kvalitet i pasientbehandling, bedre muligheter for å gi helsehjelp nær der folk bor og mer stabilitet i legetjenestene. Tiltak for distriktskommuner omtales i kapittel 8.5.

God ledelse og langsiktig planlegging er sentralt for gode tjenester og effektiv ressursutnyttelse. Det skal legges til rette for at krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten etterleves. Regjeringen vil legge til rette for at kommunene får nødvendig verktøy for å kunne gi gode og kunnskapsbaserte tjenester. Helsedirektoratet er i gang med å utvikle verktøy med relevante data for kommuner og virksomheter som skal støtte kommunen i ledelse og styring. Dette omtales i kapittel 8.

Statsforvalter er gitt viktige oppgaver med å veilede kommuner i arbeidet med kvalitetsforbedring og planlegging. Regjeringen vil også innføre en ny meldeordning for alvorlige hendelser. Se omtale i kapittel 8.6.

Et godt kunnskapsgrunnlag er nødvendig for bedre kommunal planlegging og utvikling, riktig prioritering og at nye og effektive løsninger tas i bruk. Regjeringen vil systematisk gjennomføre pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser, herunder brukererfaringsundersøkelser i allmennlegetjenesten. Det er behov for bedre styringsdata for å legge til rette for god ledelse i og av allmennlegetjenestene og de akuttmedisinske tjenestene.

Det er videre behov for systematisk kunnskapsstøtte i allmennlegetjenesten for kunnskapsbasert praksis samt behov for mer forskning i, på og om kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert forskningsinfrastruktur. Regjeringen har igangsatt en utredning av en mer samlet organisering av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten, se kapittel 8.7.

2.3 Utviklingstrekk

De siste 20 årene har innbyggernes behov for helse- og omsorgstjenester endret seg. Det blir flere eldre. Samtidig utvikles ny og bedre behandling. Flere lever derfor lenger med kroniske sykdommer. Sykdomsbildet preges av sykdommer som diabetes, kols, hjerte- og karsykdommer, kreft, muskel- og skjelettlidelser, rusmiddellidelser og psykiske plager og lidelser. Et økende antall personer har sammensatte helseutfordringer, det vil si mer enn én fysisk eller psykisk helseplage, og mange har en kombinasjon. I Norge oppgir om lag 55 prosent å ha to eller flere kroniske lidelser.[7] Disse samfunnsendringene har konsekvenser for allmennlegetjenestene og for de akuttmedisinske tjenestene. De samme utviklingstrekkene og utfordringene som følger av dem, som mangel på helsepersonell, ser man også i en rekke andre land.

Bærekraften i helse- og omsorgstjenesten er avhengig av at flere tjenestetilbud ytes på et lavest mulig tjenestenivå, innenfor rammene av forsvarlighet og lokale tilpasninger. De kommunale helse- og omsorgstjenestene har de siste tiårene fått flere og mer kompliserte oppgaver. Denne utviklingen vil fortsette. Flere hjemmeboende eldre med kroniske sykdommer og en sterk økning i yngre brukere bidrar til at mer av helsehjelpen må ytes i kommunene, nær der folk bor, framfor i sykehus.[8] Da kan eldre med skrøpelig-

[7] OECD (2025). *Patient Reported Indicator Surveys (PaRIS)*

[8] Kinge, J. M., Øien, H., Dieleman, J. L. mfl. (2025). Forecasting total and cause-specific health expenditures for 116 health conditions in Norway, 2022–2050. *BMC medicine, 23(1)*

het og andre med funksjonssvikt slippe forflytninger som svekker helsen. Innbyggerne kan slippe unødvendige reiser som tar tid, koster penger og skader miljøet, og som bidrar til tapt arbeidstid og fravær fra jobb. Flere innbyggere har behov for god opplæring og oppfølging for å mestre livet med sammensatte og langvarige tilstander og funksjonssvikt.

En tilgjengelig allmennlegetjeneste bidrar også til å forebygge sykdomsutvikling og til at behandling gis på rett nivå. Fastlegene har årlig over 15 millioner konsultasjoner. I 90 prosent av disse håndteres pasientene uten videre henvisning. En god og tilgjengelig allmennlegetjeneste og gode akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som har kjennskap til tjenestetilbudet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, er derfor viktig for å redusere ventetidene i spesialisthelsetjenesten og behovet for innleggelser.

Kommunene erfarer at de ikke har tilstrekkelig handlingsrom til å tilby gode allmennlegetjenester, og at de mangler veiledning og verktøy som kan møte deres utfordringer og behov. Styring og ledelse er utfordrende på grunn av manglende styringsdata, det gjelder både for allmennlegetjenestene og de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Utviklingen innenfor allmennlegetjenesten har de siste tiårene blitt faglig mer kompleks, og kravene til kompetanse har økt. Det er også større bredde i de medisinskfaglige oppgavene.

Innbyggerne har behov for tilgjengelige allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester. Dette gjelder særlig den økende andelen innbyggere med kroniske, sammensatte og av og til kompliserte tilstander som krever tid, kontinuitet, samhandling og koordinering mellom flere tjenester. Det gjelder også personer med god helse som har enklere og avgrensede problemstillinger, som de ønsker å få avklart ved digital tilgjengelighet. Også de som bor et stykke unna sykehus eller legevakt, og som kan føle seg utrygge på om de vil få hjelp i tide ved akutt sykdom eller skade, har behov for tilgjengelige allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester. Konsekvensene av at de offentlige tjenestene ikke er tilgjengelige nok, er økt sosial ulikhet i helse, mer bruk av helprivate tilbud og flere henvendelser til og press på den akuttmedisinske kjeden.

Dagens innretning av helse- og omsorgstjenestene er ikke bærekraftig. Etterspørselen etter fagfolk er allerede større enn tilbudet. Behovet vil bli enda større framover dersom ikke noe gjøres. Mange kommuner og sykehus har problemer med å rekruttere tilstrekkelig personell med riktig kompetanse og er avhengige av vikarer. For å skape bærekraft i helse- og omsorgstjenesten må personellet brukes annerledes framover. Det innebærer endringer i arbeidsformer, samhandling og oppgavedeling og at tjenesten tar i bruk digitale løsninger og ny teknologi. For å dempe behovet for helse- og omsorgstjenester er det viktig at tjenestene legger til rette for kloke valg for egen helse som fremmer selvhjelp og mestring, gir hjelp til å forebygge sykdom og tilbyr oppfølging som hindrer eller utsetter at tilstander forverres. Tjenestene må innrettes og dimensjoneres for å gjøre dette mulig. Dette er viktig både for innbyggerens egen del og for å redusere belastningen på helse- og omsorgstjenesten.

Ledelse og styring er nødvendig for å skape kvalitet og helhet i tjenestetilbudet. I dag opplever pasientene at tjenestene er for fragmenterte. Mangelfull samhandling både innad i og mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten er en av de største utfordringene for å gi helhetlige helse- og omsorgstjenester. Allmennlegetjenestene har en nøkkelrolle for å skape helhetlige pasientforløp. I den akuttmedisinske kjeden er god samhandling både nødvendig og ekstra utfordrende som følge av at ting må skje raskt. God ledelse i og av allmennlegetjenestene og akuttkjeden er derfor viktig.

De teknologiske mulighetene vokser raskt. Det øker muligheten for å levere helsetjenester digitalt og kan forbedre arbeidsprosesser og informasjonsutveksling mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten. Mange innbyggere er digitale, og de forventer at også helse- og omsorgstjenestene skal være det. Innbyggerne forventer muligheter for selvbetjening, dialog og digital tilgang til tjenester, og at informasjon deles på en måte som skaper god kvalitet, helhet og sammenheng. Slik er det ikke alltid i dag. Helse- og omsorgstjenestene har en kompleks organisering og henger etter i den digitale utviklingen. Det gjelder også de allmennmedisinske og akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.

Helse- og omsorgstjenestene i Norge holder et høyt nivå sammenliknet med andre OECD- land.[9] Det gjelder også for de allmennmedisinske og akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Norge har bevart et desentralisert tilbud, og har, til forskjell fra mange land, en tilgjengelig offentlig allmennlegetjeneste hele døgnet gjennom den kommunale legevaktordningen. I tillegg har Norge en solid faglig grunnmur for allmennlegetjenestene gjennom kompetente allmennleger

[9] OECD (2025). *Patient Reported Indicator Surveys (PaRIS)*

der flertallet enten er spesialister i allmennmedisin eller er under spesialisering.

2.4 Fastlegeordningen

Allmennlegetjenesten består av fastlegeordningen, legevakt og allmennlegetjenester i sykehjem, kommunal akutt døgnenhet (KAD), helsestasjons- og skolehelsetjenesten og fengselshelsetjenesten.

Flertallet av allmennlegene arbeider i fastlegeordningen. Fastlegeordningen ble innført i 2001 for å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten og for å sikre at alle mennesker bosatt i Norge, skulle ha en fast allmennlege å forholde seg til.

Fastlegeordningen skulle sikre innbyggerne tilgang til en fastlege og gi trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenester uavhengig av forhold som bosted og sosioøkonomisk bakgrunn. Ordningen skulle skape tettere bånd mellom innbygger og en fast lege, kontinuitet i tjenesteytelsen og behandling på lavest effektive omsorgsnivå.[10] I dag omfatter ordningen nesten alle innbyggerne.

Innbyggerne fikk en lovfestet rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale, og det ble stilt krav til listeregulering slik at legene og kommunene ikke skulle påvirke sammensetningen av listene. Fastlegen fikk ansvar for alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rusbehandling til innbyggerne på listen. Videre fikk fastlegen ansvar for å planlegge og koordinere medisinskfaglig individrettet forebyggende arbeid, undersøkelser og behandling. Ordningen skulle også gi legene bedre mulighet til å planlegge, organisere og avgrense sin praksis i samarbeid med kolleger og kommunen. Fastlegeordningen skulle bidra til bedre samhandling, ressurskontroll og styring for myndighetene.

Fastlegeordningen har vært og er fortsatt i en utfordrende periode. Over flere år fram mot 2017 ble det rapportert at fastleger opplevde en mer krevende arbeidshverdag, og at arbeidsbelastningen hadde økt. Dette påvirket kvaliteten i tjenesten og legenes livskvalitet. Evalueringen av fastlegeordningen[11] pekte på samhandlingsreformen, flere eldre og sykere pasienter som behandles i kommunene, medisinsk og teknologisk utvikling, forventninger i befolkningen og krav i fastlegeforskriften fra 2012 som sentrale årsaker til den økte arbeidsmengden. Samhandlingsreformen var en retningsreform som skulle bidra til å møte framtidens behov, men intensjonene og planene ble ikke godt nok realisert. Årsaker til at få leger i spesialistutdanningens første del (LIS1) og medisinstudenter ville bli fastleger, var høy arbeidsbelastning, mangelfull oppfølging fra kommunen og opplevelse av manglende økonomisk trygghet, blant annet investeringskostnader, usikkerhet knyttet til inntjeningsgrunnlag ved næringsdrift og fravær av sosiale ordninger (ved egen eller barns sykdom mv.). Dette medførte sviktende rekruttering til fastlegeordningen og at flere valgte å forlate yrket.

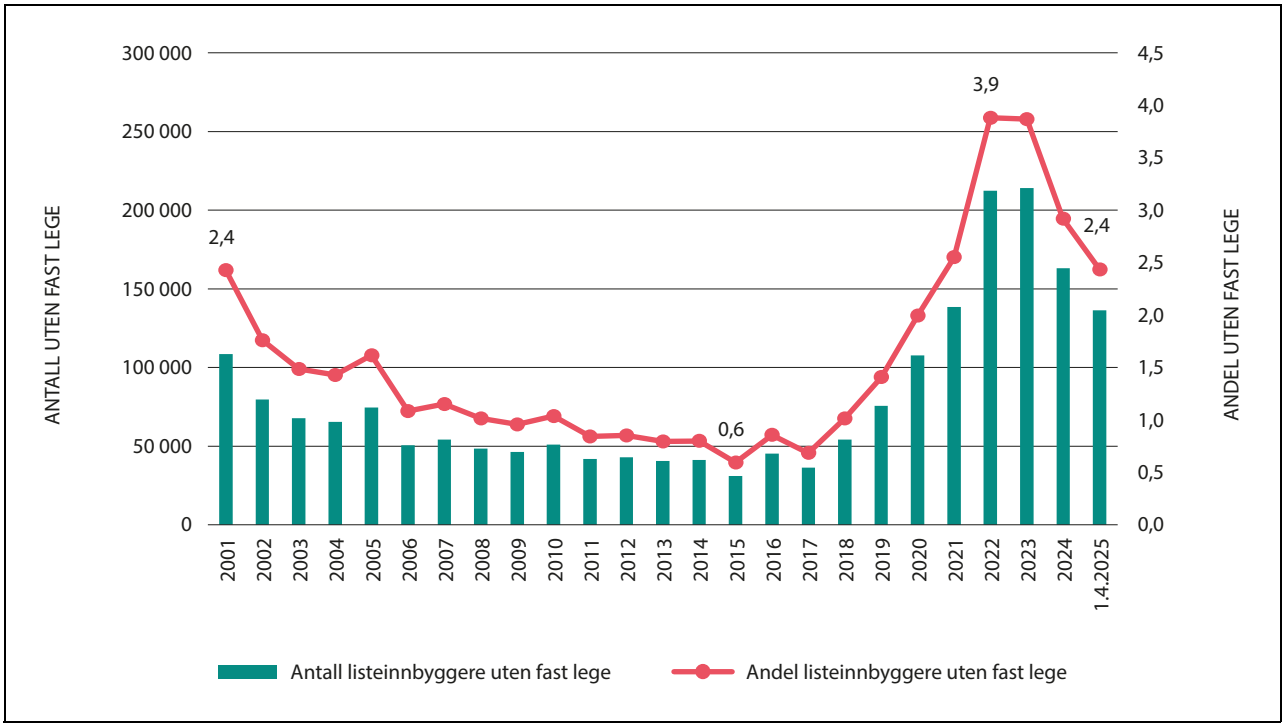
Evalueringen av fastlegeordningen ble fulgt opp gjennom *Handlingsplan for allmennlegetjenesten – Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert 2020–2024*. Tiltak som ble gjennomført, var blant annet innføring av tilskudd til leger i spesialisering i allmennmedisin (ALIS-tilskudd), etablering av ALIS-kontor og grunntilskudd og knekkpunkt i

Boks 2.2 Fastlegeordningens tre elementer

Gjennom *listesystemet* får innbyggere som ønsker det, rett til å stå på liste hos en fastlege som skal ivareta innbyggernes behov for allmennlegetjenester. Gjennom *individuelle fastlegeavtaler* inngår kommunen avtaler med legene om å utøve oppgaven som fastlege for innbyggerne på listen i henhold til lov, forskrifter og eventuelle andre avtaler. Avtalen spesifiserer hvilke eventuelle andre oppgaver fastlegen skal utføre. Gjennom *trepartssamarbeidet* baseres ordningen på et avtalesamarbeid mellom kommunene som har sørge for-ansvaret for allmennlegetjenester (KS/Oslo kommune) og representanter for de som skal utføre tjenestene (Legeforeningen). Staten er involvert i finansieringen gjennom Statsavtalen. Statsavtalen er en avtale mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene siden og Legeforeningen på den andre side om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med avtalepraksis. Det innebærer at finansieringsansvaret er delt mellom kommunen og staten.

[10] Forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene

[11] EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*



Figur 2.2 Figuren viser utviklingen i antall og andel av innbyggerne som står på en fastleges liste (per 1. desember hvert år samt 1. mars 2025), men hvor listen ikke betjenes av en fast lege. De aller fleste ivaretas imidlertid av vikarer eller andre leger i kommunen

finansieringsmodellen (høyere tilskudd for de første 1 000 innbyggerne på listen). Samtidig ble pilotering med tverrfaglige legekontor gjennomført. Handlingsplanen pekte på behovet for å utvikle fastlegekontorene til større og mer tverrfaglige enheter.

Til tross for tiltakene spredte utfordringene seg fra distriktskommuner til større byer. På det meste var over 230 000 innbyggere på lister uten fast lege. Disse ble i hovedsak ivaretatt av vikarer. Likevel viste rapporter fra både pasient- og brukerombudene og Helsetilsynet at utfordringene hadde konsekvenser. Helsetilsynet konkluderte i en gjennomgang av tilsynserfaringer med at mangelfull kontinuitet i fastlegeforholdet kan få alvorlige konsekvenser for pasienter, særlig for de som i utgangspunktet er sårbare. Dette gjaldt både svikt i helsehjelp og ytelser fra Arbeids- og velferdsetaten og hadde ringvirkninger for andre deler av helsetjenesten.[12] Tilgang på fastleger har også betydning for spesialisthelsetjenesten.[13]

For å styrke kunnskapsgrunnlaget om allmennlegetjenesten nedsatte regjeringen i 2022 ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Parallelt ble fastlegetjenesten betydelig styrket i perioden 2022–2024. Basistilskuddet ble samtidig endret for å bidra til økt tilgjengelighet og kapasitet og for at legene med de mest arbeidskrevende listene skulle kunne redusere listen eller ansette personell å dele oppgavene med. Tilskuddet til leger under spesialisering i allmennmedisin (ALIS) er gjort nasjonalt og styrket. For å møte utfordringene i de minste kommunene med høy legevaktbelastning for fastlegene ble det i 2022 etablert en egen tilskuddsordning. Videre gjennomførte Helsedirektoratet en rekrutteringskampanje rettet mot medisinstudenter og leger i spesialistutdanningens første del (LIS1).

Samtidig har kommunene bidratt med lokale tiltak for å rekruttere og stabilisere fastlegeordningen. Antall ansatte fastleger har økt fra 14,5 prosent i januar 2020 til 22,9 prosent i april 2025, og mange kommuner har insentivordninger der legene for eksempel beholder en del av takstinntekten i tillegg til fastlønn som en del av avlønningen. I tillegg rapporterer kommunen om økt bruk av 8.2-avtaler (økonomisk samarbeidsavtale mellom legen og kommunen, for eksempel

[12] Helsetilsynet (2022). *Presset fastlegesituasjon har konsekvenser for pasientene*. Rapport 3/2022

[13] Helse Sør-Øst (2022). *Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst*

at kommunen stiller med kontor, utstyr, helsepersonell mv.) og andre tilleggsgoder som sosiale ytelser ved sykefravær mv. for næringsdrivende leger. Undersøkelser tyder på at kommunene nå bruker minst 1,2 milliarder kroner på å understøtte fastlegeordningen. Ifølge beregninger ble det brukt om lag 800 millioner kroner til dette i 2021 og 600 millioner kroner i 2020.[14]

Regjeringens og kommunenes tiltak har gitt effekt. Ordningen har blitt mer stabil enn for få år siden. Fra 1. juli 2023 til 1. april 2025 har nesten 187 500 flere innbyggere fått fast lege, og antallet uten fast lege er redusert fra 228 000 til 136 000. Denne utviklingen har skjedd samtidig som Norge har tatt imot mange personer som er fordrevet fra Ukraina. Siden krigen i Ukraina brøt ut 24. februar 2022, har 92 000 ukrainere ankommet Norge per januar 2025.[15] Flyktninger og personer med midlertidig kollektiv beskyttelse har samme rett til helsetilbud som norske borgere har.

I evalueringen av handlingsplanen for allmennlegetjenesten fra mai 2024 oppga 39 prosent av fastlegene at de var fornøyde med arbeidsbelastningen, opp fra 20 prosent i 2022. 70 prosent av fastlegene oppga at det er litt eller svært sannsynlig at de er fastlege om fem år, opp fra 50 prosent i 2022. I 2024 var det rekordstor økning av leger som startet spesialisering i allmennmedisin, og flere medisinstudenter vil bli fastlege.[16] [17]

Selv om rekrutteringen er i bedring og målene med reformen i stor grad er nådd for mange, gjelder det ikke alle kommuner. Kapasitetsveksten er ulikt geografisk fordelt, og den er størst i sentrale kommuner. I noen deler av landet er kapasiteten fortsatt synkende. Utfordringer som er beskrevet i kapittel 2, handler om mer enn kapasitet og gjør det nødvendig å fornye og forbedre fastlegeordningen for framtiden.

2.4.1 Regulering og finansiering av fastlegeordningen

Fastlegeordningen er regulert gjennom lov og forskrift. I 2012 ble fastlegeforskriften revidert. Både kommunenes og fastlegenes ansvar ble tydeliggjort. I tillegg har partene inngått en sentral rammeavtale som legger føringer for kommunenes innretning av ordningen. Dette har lagt grunnlaget for en nasjonal og likeverdig ordning. Samtidig begrenser denne komplekse sentrale reguleringen kommunenes frihet og handlingsrom. Fastlegeforskriften regulerer nærmere hvilket ansvar, plikter og oppgaver kommunen og fastlegene har når det gjelder fastlegeordningen. Allmennlegeoppgaver i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ved sykehjem, fengsler og andre kommunale institusjoner med en organisert legetjeneste inngår ikke i fastlegens ansvar. Fastlegene har likevel en plikt til å delta i kommunalt organisert legevakt, og fastlege i fulltidspraksis kan pålegges inntil 7,5 timer per uke med «andre allmennmedisinske oppgaver». I de fleste kommuner er det fastlegene som ivaretar andre allmennlegeoppgaver i sykehjem, legevakt og i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Samtidig velger stadig flere kommuner å ansette egne leger for å ivareta andre allmennlegetjenester, spesielt i sykehjem og legevakt. Gjennom lov- og forskrifter har myndighetene også lagt til rette for at fastlegene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid.

Fastlegene har mulighet til å organisere seg i gruppepraksis med fellesliste. Ved fellesliste har fastlegene i gruppepraksisen felles ansvar for tilbudet av allmennlegetjenester til innbyggerne på listen. Fastlegene kan fordele ansvar og arbeidsoppgaver i pasientbehandlingen mellom seg for å dekke opp for ubesatte stillinger eller fastlegeavtaler, ferie- eller annet fravær eller av hensyn til kvaliteten på helsehjelpen. Innbyggere på fellesliste skal ha en av fastlegene som sin ansvarlige lege, og denne legen har hovedansvaret for journal og oppfølging av personen. Innbyggere på fellesliste kan framsette et ønske om hvem de vil ha som ansvarlig lege.

Kommunen er pliktig til å inngå en individuell avtale med hver fastlege, og forskriften forholder seg til kommunen og den enkelte fastlege som pliktsubjekter i avtalen. Dette gjelder uavhengig av om fastlegen organiserer seg i gruppepraksiser og i praksiser med fellesliste.

Fastlegeordningen finansieres av staten, kommunene og pasientene. Dette innebærer at sørge for-ansvaret ikke sammenfaller med finansieringsansvaret. Finansieringen av fastlegeordningen består av basisfinansiering, som er uavhengig av aktivitet og aktivitetsbasert finansiering som i hovedsak består av refusjoner fra folketrygden (takster) og egenandeler og annen egenbetaling fra pasientene.

Ved behandling av St.meld. nr. 23 (1996–97) *Trygghet og ansvarlighet – Om legetjenestene i kommunene og fastlegeordningen* vedtok Stortinget at det skulle legges til grunn en fordeling mellom

[14] Senter for økonomisk forskning (2024). *Variasjoner i kommunal finansiering av fastlegeordningen*. SØF-rapport 5/2024

[15] UDI (2025, 15. januar). *Har ankommet 92 000 ukrainere*

[16] Helsedirektoratet (2024, 29. oktober). *Rekordsøkning til allmennmedisin og ALIS-tilskuddet*

[17] Erstad, F. (2024). *Hvilke medisinstudenter ved UiT Norges arktiske universitet vil bli allmennleger i distrikt?*

basistilskudd og honorartakster på henholdsvis 30 og 70 prosent.[18] Denne fordelingen har vært styrende i årene som har gått, selv om den eksakte fordelingen har variert noe fra år til år. I 2023 utgjorde andelen basistilskudd 34 prosent. For leger i spesialisering som mottok ALIS-tilskudd, ligger andelen basistilskudd på om lag 40 prosent.

Basisfinansieringen består av basistilskudd, grunntilskudd og utjamningstilskudd. Basistilskuddet er et tilskudd per innbygger på fastlegens liste (per capita-tilskudd), og det ble i 2023 endret til å bli pasienttilpasset. Det innebar en endring fra én fast sum per listeinnbygger til en differensiert modell der innbyggerne utløser ulike summer basert på indikatorer som statistisk indikerer innbyggernes behov for fastlegetjenester, og for fastlegenes forventede arbeidsmengde, se nærmere omtale i kapittel 3.2.2. I tillegg til ordinært basistilskudd kan fastleger motta grunntilskudd og utjamningstilskudd hvis de oppfyller gitte kriterier.

Honorartakstene er summen av det beløpet folketrygden gir i stønad til innbyggerne i forbindelse med undersøkelse og behandling hos lege, pluss innbyggerens egenandel, og går fram av stønadsforskriften.[19] Legene mottar stønaden som en refusjon direkte fra Helfo gjennom direkteoppgjørsordningen. Det er et krav i folketrygdloven at stønad kun ytes ved sykdom, skade eller lyte. Utgifter til forebyggende tiltak dekkes som hovedregel ikke, heller ikke utgifter til alternative behandlingsformer og alternative legemidler. Det gjennomføres årlige forhandlinger mellom Legeforeningen, KS, Oslo kommune, de regionale helseforetakene og staten om endringer i stønadsforskriften. Pasientenes egenandeler er det andre leddet i den aktivitetsbaserte finansieringen. Det fastsettes et egenandelstak[20] gjennom statsbudsjettet hvert år. Innbyggernes utgifter ut over dette refunderes av folketrygden. Utgifter til medisinsk forbruksmateriell, de fleste vaksiner og attester er eksempler på egenbetaling som ikke inngår i opptjening av egenandeler under frikortordningen. Ved kommunal drift og for leger med fastlønn vil refusjoner og pasientenes egenbetaling tilfalle kommunen.

[18] St.prp. nr. 65 (2001–2002) *Om endringer i statsbudsjettet for 2001 som følge av fastlegereformen*

[19] Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege

[20] Egenandelstaket i 2025 er 3278 kroner

2.4.2 En god ordning for alle

Fastlegeordningen er høyt verdsatt i Norge og har i stort oppnådd formålet.[21] For innbyggerne har ordningen gitt økt trygghet for at én lege har ansvar og oversikt i oppfølgingen, og som portåpner til andre helse- og velferdstjenester og ytelser. Innbyggerne slipper å gjenta sykdomshistorien flere ganger. En velfungerende fastlegeordning kan bidra til at helseutfall og pasientsikkerhet bedres.[22] [23] [24] For helsepersonellet gjør kjennskap til innbyggeren over tid det enklere å bedømme en innbyggers helsetilstand, og det gir gjensidig trygghet i oppfølgingen. For samfunnet gir bedre helseutfall og portvaktrollen sparte kostnader i form av en friskere befolkning og redusert bruk av spesialiserte helsetjenester. Internasjonale erfaringer taler også for at det å møte den samme legen over tid, gir lengre tid mellom konsultasjoner og dermed økt kapasitet.[25] En velfungerende fastlegeordning bidrar til en friskere befolkning gjennom blant annet økt etterlevelse av forebyggende intervensjoner og tiltak, behandling av risikofaktorer og til å bremse utvikling og forverring av kroniske sykdommer.[12] Erfaringene fra koronapandemien viste at en sterk primærhelsetjeneste som bidrar til en friskere befolkning, er avgjørende for å redusere konsekvenser av helsekriser og til raskere normalisering i etterkant av kriser.[26]

Kontinuitet i oppfølgingen er godt dokumentert som en viktig faktor for å realisere gevinstene ved fastlegeordningen. Det gjelder den relasjonelle kontinuiteten i pasient–lege-relasjonen, men også informasjonskontinuitet i form av journal- og pasienthistorikk og organisasjonskontinuitet i form av tilhørighet til et fastlegekontor. Kontinuiteten gjelder derfor ikke bare til en lege, men ofte til et legekontor hvor annet personell som kjenner

[21] EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*

[22] OECD Health Policy Studies (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care*

[23] Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2021). *Kontinuitet i vården. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter*

[24] Pahlavanyali, S., Hetlevik, Ø., Baste, V. mfl. (2024). Continuity and breaches in GP care and their associations with mortality for patients with chronic disease: an observational study using Norwegian registry data. *British Journal of General Practice, 74(742)*

[25] Kajaria-Montag, H., Freeman, M. og Scholtes, S. (2024). Continuity of care increases physician productivity in primary care. *Management Science, 70(11)*

[26] OECD Health Policy Studies (2023). *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*

innbyggeren og har journaldata tilgjengelig, bidrar til å realisere kontinuitet for innbyggeren.

2.5 Kvalitetsindikatorer og brukererfaringsundersøkelser

Kvalitetsindikatorer og pasient- og brukererfaringsundersøkelser gir verdifull kunnskap om tjenestene og hvordan de oppleves av befolkningen. Arbeidet med indikatorer og brukererfaringsundersøkelser omtales nærmere i kapittel 8.6.2. Gjennom sitt følge med-ansvar innhenter og sammenstiller Helsedirektoratet tall og kunnskap om allmennlegetjenesten.

Helsedirektoratet publiserer per i dag ni kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten. Folkehelseinstituttet har gjennomført flere brukerfaringsundersøkelser med fastleger. Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ) publiserer også jevnlige innbyggerundersøkelser som omfatter fastlegeordningen.[27] Nedenfor presenteres kort utvalgte nasjonale kvalitetsindikatorer og resultater fra brukererfaringsundersøkelser.

2.5.1 Nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten

- *Innbyggere uten fast lege:* I 4. kvartal 2024 var det 2,9 prosent av innbyggerne som ikke hadde fast lege, tilknyttet listen de står på. Dette er en forbedring siden 2023 da andelen var oppe i 4 prosent. I flere fylker ser man en positiv utvikling i 2024.
- *Konsultasjoner hos egen lege:* Andelen har økt fra 71,9 prosent i 2017 til 73,4 prosent i 2023. Samtidig som tallene er stabile på nasjonalt nivå, er det store geografiske variasjoner. I 2023 varierer andel konsultasjoner hos egen fastlege mellom 79,9 prosent i Østfold og 44,4 prosent i Finnmark. Forskjellene mellom fylkene har vedvart i måleperioden. På kommunenivå er variasjonene større.
- *Varighet av fastlege–listeinnbygger-relasjon:* Ved utgangen av 2023 var median varighet på fastlege–listeinnbygger-relasjonen 4,9 år. Det er noe variasjoner mellom fylkene. Median varighet på fastlege–listeinnbygger-relasjonen strekker seg fra 4,1 år i Troms og Finnmark til 5,7 år i Rogaland. Gjennomsnittlig varighet på relasjonene har vært tilnærmet uendret de siste årene. På kommunenivå viser resultatene at det er store variasjoner i median og gjennomsnittlig varighet på relasjonene.
- *Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin:* Andelen fastleger med gjennomført spesialisering i allmennmedisin var 63,3 prosent i 2023, som er tilnærmet uendret fra 2022. Det er nokså store variasjoner mellom fylkene. I Oslo hadde 74,0 prosent av fastlegene gjennomført spesialisering, mens andelen i Nordland var på kun 54,4 prosent. Andelen med spesialisering er størst i gruppen kommuner med flest innbyggere og minst i gruppen med færrest innbyggere.

2.5.2 Brukererfaringer i fastlegeordningen

Folkehelseinstituttets brukererfaringsundersøkelse 2023–2024 med fastlegeordningen viser at mange pasienter har gode erfaringer med fastlegen og fastlegekontorene.[28] Pasientene har særlig gode erfaringer med fastlegens evne til å gjøre seg forstått, ta pasienten på alvor og vise faglig dyktighet. Derimot er det forbedringspotensial for informasjon om medisiner og legemiddelbruk, tid til pasienten og forklaringer om helseproblemer og behandling. Pasientene er minst fornøyd med tilgjengeligheten, ventetid til time og ventetid på venterom. En firedel oppgir at ventetid for vanlig time er uakseptabelt lang. Undersøkelsen indikerer at det er et forbedringspotensial når det gjelder å hjelpe pasientene med mestring. Andelen pasienter som hadde benyttet video-, tekst- eller telefonkonsultasjon de siste to årene, var mindre enn andelen som ønsket tilgang til slike tjenester. Dette viser at det er et gap mellom faktisk bruk og ønsket tilgang til digitale helsetjenester. Det er også store forskjeller mellom kommunene i hvordan pasientene plasserer seg på de enkelte indikatorene, med størst variasjon i kontinuitet og tilgjengelighet. De mest sentrale kommunene har høyere gjennomsnittsskår og mindre variasjon for de fleste indikatorene. Lavere skår for tilfredshet er knyttet til lengre tid siden siste kontakt med fastlegen, men også til dårligere psykisk og fysisk helse. Pasienter som har hatt samme fastlege over lengre tid, gir høyere skår, og skåren er bedre jo lenger pasient–lege-forholdet har vart.

PaRIS-initiativet (Patient-Reported Indicator Surveys) ledes av OECD. Undersøkelsen handler om å finne ut hvordan primærhelsetjenesten fungerer for personer med kroniske lidelser, se

[27] DFØ (2024). *Innbyggerundersøkelsen 2024*

[28] Folkehelseinstituttet (2025). *Den norske fastlegetjenesten 2023–2024: En forskningsbasert baselinemåling av pasienterfaringer på kommunenivå*

boks 8.16. Resultatene fra PaRIS viser at Norge skårer bedre på de to indikatorene fysisk helse og velvære, og ligger på gjennomsnittet for mental helse og sosial fungering når det gjelder pasientrapporterte mål om hvordan helsetilstanden er. Norge skårer over gjennomsnittet for hvordan pasientene opplever tillit til helsesystemet, men ligger på gjennomsnittet på disse indikatorene: troen på egenmestring, pasientopplevd koordinering, personsentrerte tjenester og opplevd kvalitet. OECD peker på pasientopplevd koordinering og troen på egenmestring som forbedringsområder i Norge. PaRIS viser at innbyggere med kroniske lidelser i økende grad er mindre tilfredse jo flere lidelser de har, at det er systematiske forskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper (f.eks. etter inntekt), og at kontinuitet i relasjon til fastlegen henger sammen med positive resultater av kontakten med fastlegen.

Samlet viser brukererfaringene at innbyggerne generelt er fornøyde, men at tilgjengeligheten fysisk og digitalt kan bedres. Det samme gjelder tjenester til de med kroniske og sammensatte tilstander og psykiske helseutfordringer. Det er også et forbedringspotensial i å hjelpe innbyggere til egenmestring. Geografiske forskjeller er en utfordring. Det vises til kapittel 3 for tiltak for å fornye og forbedre fastlegeordningen, kapittel 4.3 om distriktskommuner, kapittel 8.6 om kvalitetsarbeid og kapittel 5 om digitalisering i allmennlegetjenesten.

2.6 Legevakt

Helse- og omsorgstjenesteloven fastslår at kommunen skal tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap, medisinsk nødmeldetjeneste og psykososial beredskap og oppfølging. Videre er det fastsatt i akuttmedisinforskriften at kommunen har ansvar for å tilby en legevakttjeneste som ivaretar befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp.[29]

Kommunene står fritt til å organisere legevakten som en kommunal ordning eller gjennom interkommunalt samarbeid. Siden 1980-tallet har det vært en utvikling mot færre legevakter og legevaktsentraler. De siste årene har situasjonen vært stabil. Alle kommuner i Norge har en legevaktordning for øyeblikkelig helsehjelp hele døgnet. Det var til sammen 167 legevakter i Norge i 2024, hvorav 83 er kommunale og 84 interkommunale legevakter.[30] Antall legevakter i de ulike fylkene varierer fra én legevakt i Oslo til 25 i Nordland (per januar 2025). På natt og i helgene er det noen grad av samarbeid. Det er 94 legevaktsentraler. På dagtid har fastlegene plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp til sine listeinnbyggere. I tillegg ivaretar de fleste kommuner sørge for-ansvaret på dagtid ved at ett av fastlegekontorene har ansvar for øyeblikkelig hjelp som ikke kan ivaretas av fastlegen. På Nord-Vestlandet er det prøvd ut og satt i drift en ny organisasjonsmodell for legevakt med satellittlegevakter bemannet av sykepleier, og hvor lege gjennomfører konsultasjon via video fra sentral legevakt. Modellen har gitt gode resultater, se kapittel 4.3.2.[31]

Det skal være én lege tilgjengelig for legevakt hele døgnet, jf. akuttmedisinforskriften § 6. Ut over dette er det forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven som avgjør behovet for legebemanning. Det er ikke krav om bemanning av annet helsepersonell enn lege. Det er spesifiserte kompetansekrav for at leger kan ha legevakt alene, uten bakvakt. Det er også spesifiserte krav til kompetanse for annet helsepersonell i legevakt og legevaktsentral, jf. akuttmedisinforskriften §§§ 7, 8 og 13. Se omtale av akuttmedisinske tjenester i kapittel 4.

Ytterligere rammer for legevaktarbeidet er regulert i avtaleverket mellom Legeforeningen, KS og Oslo kommune.

Legevakt har historisk sett blitt håndtert av allmennleger og ble en kommunal plikt først i 1980. Fastlegene har, etter fastlegeforskriften § 13, plikt (med noen unntak) til å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid. Fastlegene utgjør grunnstammen i legevaktbemanningen, men ved stadig flere legevakter består bemanningen av enten fast ansatte legevaktleger (særlig i større kommuner) eller leger med andre tilknytningsformer (nordsjøturnus mm).

I Særavtalen mellom Legeforeningen og KS (SFS 2305) er det avtalt unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser der legene ikke har noen øvre ramme for daglig eller ukentlig arbeidstid i forbindelse med legevakt. Særlig i mindre legevaktdistrikter der det er få leger som deler på vaktbelastningen, kan derfor belast-

[29] Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)

[30] NORCE (2024). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2024*. Rapport 4/2024

[31] Helsedirektoratet (2023). *Pilot legevakt – oppsummering og anbefaling av prosjektet*

ningen på den enkelte fastlege bli høy. De minste legevaktdistriktene har lavest aktivitet på legevakten slik at det først og fremst er mange timer i beredskap som belaster fastlegene.

Næringsdrivende fastleger som jobber i legevakt, får som hovedregel utbetalt en beredskapsgodtgjøring fra kommunen i tillegg til at legen beholder egenandeler og refusjonen. Når legen er fastlønnet, utbetales refusjonen til kommunen/legevakten. Det er egne takster for legevaktarbeid i kommuner med lite pasientgrunnlag (15a og 15b). Takstene fungerer som et tilskudd til legevakt i små kommuner og kan heves én gang per kommune per vaktdøgn.

2.7 Digitalisering i allmennlegetjenesten

I takt med at samfunnet er blitt mer digitalisert, er det forventninger om at digitale løsninger er en integrert del av allmennlegetjenesten. De siste årene er det utviklet og tatt i bruk løsninger for digital kontakt med legekontor, digital samhandling innad i og mellom tjenestenivåer og bruk av ny teknologi, som kunstig intelligens. Journalsystemer, digital hjemmeoppfølging og helseteknologiske verktøy videreutvikles i ulik grad og ulikt tempo. Utviklingen stiller krav til godt samspill internt i tjenesten og koordinert tilnærming til arbeidsprosesser som har avhengigheter til hverandre. Dette gjelder både innad i sektoren, tverrsektorielt og med næringslivet slik at løsningene kan bidra til en trygg, bærekraftig og effektiv helse- og omsorgstjeneste. Det medfører også nye krav til digital sikkerhet.

Fastlegene var tidlig ute med elektroniske pasientjournaler (EPJ). Allerede i 1993 anslås det at halvparten av allmennlegene benyttet digitale løsninger.[32] Pasientjournalen er fastlegenes viktigste digitale verktøy. I en hverdag preget av høyt tempo og stor variasjon i oppgavene, er pasientjournalløsningen av stor betydning for kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen. Enhetene som fastlegetjenesten utgjør, har hver for seg begrensede ressurser til å anskaffe, finansiere og gjennomføre digitaliserings- og endringsprosesser.

Det er ulike journalløsninger i markedet til bruk i fastlegetjenesten. Trenden er en konsolidering med færre og større leverandører og flere internasjonale aktører inn i det som tradisjonelt har vært et norsk leverandørmarked. Leverandørmarkedet for journalløsninger vil bli påvirket av krav som følger av forordningen om det europeiske helsedataområdet EHDS[33] (se boks 5.7).

Fastlegene har i stor grad vært fornøyde med sine journalløsninger som en ressurseffektiv støtte i det daglige arbeidet på legekontoret.[34] Flere fastlegekontorer bruker også separate digitale verktøy for digitale konsultasjoner, gjennomføring av laboratorieundersøkelser, KI-basert dokumentasjonsstøtte og innhenting av måledata fra medisinsk utstyr.

Siden 2014 har det gjennom normaltarifforhandlingene vært satt av midler til samarbeidsprosjektet EPJ-løftet. Tiltaket har blitt fornyet årlig. Målet med EPJ-løftet er å forbedre de elektroniske pasientjournalsystemene til fastleger og avtalespesialister. EPJ-løftet er basert på legestyrte behov, uavhengig av hvilke EPJ-system som blir brukt. Fra starten i 2014 fungerte EPJ-løftets arbeidstilnærming godt ved å bringe sammen interessentene for løsningsutforming, ved å finansiere og anskaffe funksjonell og teknologisk utvikling hos EPJ-leverandørene. I mangel av en koordinerende arena for allmennlegetjenestens behov for bedre journalløsninger, bidro EPJ-løftet til å møte disse behovene. Aktør- og rollelandskapet har endret seg siden 2014.

Det er godt tilrettelagt for elektronisk meldingsutveksling mellom tjenesteyterne i helse- og omsorgstjenesten. Det sendes over 200 millioner elektroniske meldinger årlig mellom fastleger, sykehus og pleie- og omsorgstjenesten.

Kjernejournal og e-resept er i stor grad integrert i fastlegenes journalløsninger. Fastlegene spilte en sentral rolle i utvikling og innføring av e-resept i Norge. Deres deltakelse og samarbeid var avgjørende for å sikre at løsningen ble praktisk anvendbar og effektiv i klinisk hverdag. Løsningen har bidratt til økt pasientsikkerhet og færre feil, og den har langt på vei fjernet falske resepter.

Innføring av kjernejournal har bidratt til at fastlegene har tilgang til, og selv kan registrere, oppdaterte opplysninger om alvorlige allergier, anafylaktiske reaksjoner eller andre kritiske medisinske tilstander som kan påvirke behandlingen. Videre brukes kjernejournal til å dele journaldokumenter fra spesialisthelsetjenesten. Det er

[32] Norsk forening for allmennmedisin (2015). *Fra da til nå – den lange historien om elektronisk pasientjournal i legekontor*

[33] Rådet for Den europeiske union (2025, 21. januar). *European Health Data Space: Council adopts new regulation improving cross-border access to EU health data*

[34] Helsedirektoratet (2025). *Helsepersonellundersøkelsen om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten 2024: bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester*

foreløpig ikke digital tilgjengeliggjøring av journaldokumenter fra fastlegen til øvrige tjenesteytere. Ved fastlegebytte kan fastlegen overføre journalen digitalt til den nye fastlegen.

Per november 2024 har 87 prosent av fastlegene tatt i bruk Helsenorge for en eller flere digitale innbyggertjenester. Bruken har økt de siste årene. Alle fastlegejournalsystemer har støtte for bruk av Helsenorge. Fastlegene har stor valgfrihet i hvilken funksjonalitet og i hvilket omfang de ønsker å tilby innbyggerne på sin liste digitale tjenester, og hvorvidt de ønsker å benytte Helsenorge eller andre digitale løsninger i sin legepraksis. På Helsenorge er det tilgang til tjenester som reseptfornying, timebestilling, digitale konsultasjoner både via tekst og ved hjelp av video, og administrative henvendelser. I tillegg kan innbyggere be legen sende en digital kopi av hele journalen som innbygger kan motta som et vedlegg (PDF-format) til en melding på Helsenorge. Det er i liten grad lagt til rette for at innbyggeren på annen måte har enkelt innsyn i egne journaldokumenter.

Ved valg eller bytte av fastlege, har ikke innbyggeren tilgang til informasjon på Helsenorge om hvilket digitalt tilbud den enkelte lege har. Det medfører at innbygger i liten grad kan gjøre sitt valg på bakgrunn av digital tilgjengelighet.

Det er behov for å tilrettelegge ytterligere for at fastlegene i større grad samhandler med andre gjennom de ulike journalløsningene, og det pågår en satsing på digital samhandling, se kapittel 5.3.

Sykehjem har egne journalløsninger. Disse benyttes også ofte i andre institusjoner og boliger, i hjemmebaserte tjenester, tildelingskontor samt i habilitering og rehabilitering. Sykehjemjournalene er tradisjonelt mer tilpasset pleie og omsorg, og de er i mindre grad effektiv støtte til allmennlegearbeidet.

De fleste kommunene er teknisk tilkoblet kjernejournal i sine journalsystemer, men langt fra alle kommuner har tatt kjernejournal i bruk som en integrert del sine arbeidsprosesser. Norsk helsenett støtter kommuner med å innføre kjernejournal og har samarbeidet med KS og deres innføringsnettverk om å innføre kjernejournal i sykehjem og hjemmetjeneste. Dette gir helsepersonell tilgang til oppdaterte helseopplysninger om pasientene og gjør pasientbehandlingen bedre. Helsepersonell melder at de opplever informasjonen i kjernejournal som verdifull, og at løsningen gjør arbeidet mer effektivt.[35]

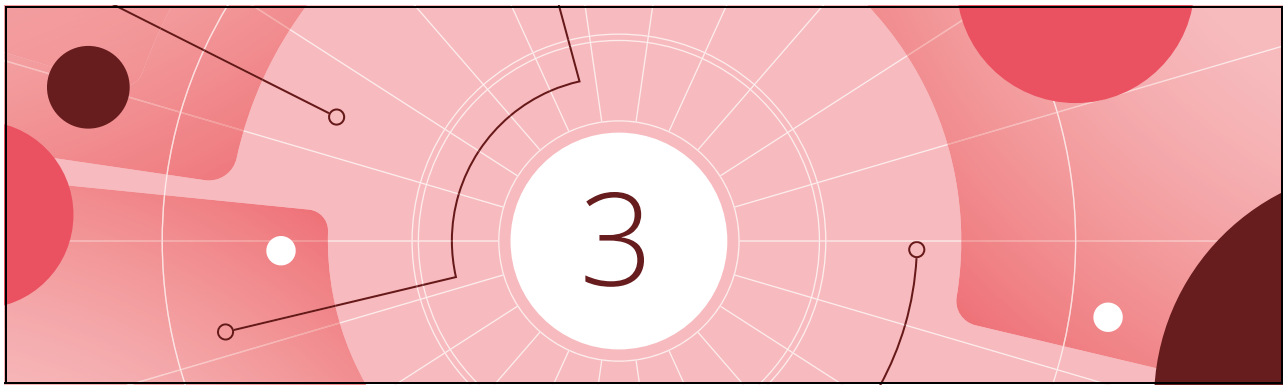
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har også egne journalløsninger. De fleste har innført kjernejournal, men e-resept er ikke innført ved alle helsestasjoner. Over halvparten av landets kommuner har per november 2024 tatt i bruk digitale helsestasjonstjenester via DigiHelsestasjon på Helsenorge.

Pasientpopulasjonen i fengsel har, i motsetning til andre allmennmedisinske oppgaver, ikke en geografisk tilhørighet til kommunen hvor legen jobber, og helseopplysninger dokumenteres i flere journalløsninger flere steder, se også kapittel 6.5.

Legevakt har egne journalløsninger. De fleste legevakter har tatt i bruk kjernejournal og e-resept, og noen få kommuner bruker i dag Helsenorge i legevakt. Oslo legevakt vil som første legevakt etablere en løsning for innsyn egne journaldokumenter.

---

[35] KS og Oslo Economics (2024). *Gir helseteknologi forventede gevinster?*



Figur 3.1

3 En fornyet, forsterket og forbedret fastlegeordning

Hovedformålet med fastlegeordningen er å sikre at alle innbyggere får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at alle har én fast allmennlege å forholde seg til. Dette formålet er i stor grad oppnådd. Samtidig gir endringer i samfunnet behov for å videreutvikle fastlegeordningen. Denne videreutviklingen skal bygge på styrkene til fastlegeordningen.

Fastlegeordningen er regulert gjennom lov og flere forskrifter, der fastlegeforskriften og stønadsforskriften er de mest sentrale. I tillegg har partene inngått en sentral rammeavtale som legger føringer for kommunenes innretning av ordningen. Dette har lagt grunnlaget for en nasjonal og likeverdig ordning. Samtidig begrenser den komplekse sentrale reguleringen kommunenes frihet og handlingsrom. Regjeringen vil styrke det kommunale handlingsrommet gjennom en modernisering av fastlegeforskriften. Regjeringen vil også utrede ytterligere tiltak og eventuelle endringer i reguleringen for å legge til rette for en teambasert og tverrfaglig fastlegeordning som fremmer tilgjengelighet, kvalitet, effektivitet, ledelse og innovasjon.

Regjeringen mener at en reformert finansieringsmodell er et sentralt virkemiddel for å nå målene for en framtidsrettet allmennlegetjeneste. Regjeringen mener at en ny finansieringsmodell bør bygge på en større andel fast tilskudd (basistilskudd) fra kommunene til legene. Ved å øke andelen basisfinansiering vil regjeringen øke kommunenes eierskap og handlingsrom. Endringene i finansieringsmodellen skal bidra til riktigere medisinske prioriteringer og legge til rette for at ledelse, tverrfaglig samarbeid, kvalitetsarbeid og innovasjon prioriteres høyere enn i dag. Endringene skal også legge til rette for god oppgavedeling og gjennom større bredde i tilbudet til innbyggerne ved at flere personellgrupper deltar i behandling og oppfølging.

3.1 Fornying som bygger videre på dagens fastlegeordning

Regjeringen vil bygge videre på og videreutvikle fundamentet som dagens fastlegeordning bygger på, med listesystemet, individuelle avtaler og trepartssamarbeidet. Dette innebærer også å bevare næringsmodellen som hovedmodell. Samtidig gjøres det strukturelle endringer i regulering og finansiering av ordningen for å skape bærekraft for framtiden.

3.1.1 Fortsatt kommunalt sørge for-ansvar og statlig finansiering

Sentrale egenskaper ved fastlegeordningen er at sørge for-ansvar og finansieringsansvar er delt mellom kommunene og staten, systemet med individuelle avtaler og en detaljert og kompleks nasjonal regulering.

Begrunnelsen for statlig finansiering gjennom folketrygden er at det sikrer innbyggernes rett til legetjenester, uavhengig av kommunal økonomi.

Boks 3.1 Regjeringen vil

Videreutvikle dagens fastlegeordning ved å
- bevare kommunalt sørge for-ansvar og statlig finansiering gjennom folketrygden
- bevare den individuelle avtalen mellom kommune og lege, listesystemet og trepartssamarbeidet
- bevare næringsdrift som hovedmodell, samtidig som det legges bedre til rette for kommuner som velger å ansette fastleger
- redusere behovet for vikarer ved at fastlegeyrket er attraktivt i hele landet

Fremme riktige medisinske prioriteringer og vurderinger, tverrfaglighet, kvalitetsarbeid, innovasjon og ledelse gjennom å ta sikte på å innføre en ny finansieringsmodell for fastlegeordningen:
- trinnvis øke basistilskuddets andel av finansieringen av fastlegeordningen med 10 prosentpoeng
- videreutvikle modellen for pasienttilpasset basistilskudd og vurdere å gjøre deler av basistilskuddet avhengig av kvalitetsmål
- gjennomføre en forenkling av takstsystemet og vurdere behov for å modernisere og videreutvikle honorartakstene for legeerklæringer til Nav slik at takstene i større grad støtte opp under målene om å redusere sykefravær og hindre frafall fra arbeidslivet.
- ta sikte på å åpne for at leger kan delegere konsultasjoner til sykepleiere og få refusjon fra folketrygden
- utrede hvordan pasientbehandling utført av flere helsepersonellgrupper i et fastlegekontor bør finansieres og hvilke krav som skal stilles for å benytte slik finansiering
- etablere et system for å følge med på effekt for innbyggerne, tjenesten og økonomiske konsekvenser av endringene og ved behov gjennomføre justeringer
- utrede hva som skal være oppgaveporteføljen i en modernisert fastlegeordning, avklare og tydeliggjøre konsultasjonsbegrepet og utrede hvordan det kan tilrettelegges for mer tilgjengelige fastlegekontor

Legge til rette for ledelse og tverrfaglighet i fastlegekontorene gjennom følgende tiltak:
- utrede hvordan det kan legges til rette for god ledelse og tverrfaglighet også ved næringsdrivende fastlegekontor
- utrede regulering av gruppeavtaler mellom fastleger og kommunen
- Helsedirektoratet skal bistå kommuner og fastlegekontorer i å utvikle fastlegekontor med flere helsepersonellgrupper, god oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid
- fremme helsesekretærenes rolle i fastlegekontorene

At finansieringen ikke følger sørge for-ansvaret for tjenesten, såkalt tredjepartsfinansiering, kan imidlertid medføre at kommunene i mindre grad involverer seg i eller ser det som mulig å endre og utvikle tjenesten etter lokale behov og ønsker. Det kan oppstå situasjoner hvor den statlige finansieringen, fastlegens prioriteringer og kommunens ønsker for fastlegetjenesten ikke er sammenfallende.

I tillegg til ansvarsdelingen mellom kommunen og staten bygger ordningen på et trepartssamarbeid mellom staten, KS / Oslo kommune og Legeforeningen. Sentrale elementer i ordningen er avhengig av enighet i forhandlinger med Legeforeningen. Dette bidrar til god forankring av ordningen og av endringer på tvers av aktørene. Samtidig innskrenkes statens og kommunenes styringsmuligheter.

Regjeringen vil gjøre endringer som styrker det kommunale finansieringsansvaret for allmennlegetjenestene. Dette gjøres både ved å øke andelen basistilskudd i fastlegeordningen og ved å ta sikte på endringer i finansiering av legevakt, jf. kapittel 3.2 og 4.4.

3.1.2 Videreutvikling av avtalesystemet

Regjeringen støtter vurderingen til ekspertutvalget som har gjennomgått allmennlegetjenesten, om at rammene for organisering av fastlegetjenesten bør åpne for større grad av handlefrihet for kommunene, for å tilpasse fastlegetjenestene sine etter lokale behov og forutsetninger.

Utvalget pekte på at dagens krav til individuelle avtaler med hver enkelt lege begrenser mulighetene til å tenke nytt om organiseringen av

fastlegetjenesten. Selv om legene er samlokalisert i et legekontor og ofte har etablert et felles driftsselskap, har den enkelte lege et individuelt ansvar for å oppfylle lov- og forskriftsfestede krav for sin virksomhet. Kommunen må forholde seg til den enkelte lege. Dette gjør det krevende for kommunen å følge opp, lede og utvikle fastlegetjenesten. De individuelle avtalene gjør det også vanskelig å etablere tydelig ledelse ved fastlegekontorene. Ledelse må ofte skje gjennom konsensus. Dette utfordrer mulighetene for oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid.

Ekspertutvalget mente at økt fleksibilitet i avtalestruktur var ønskelig for å åpne opp for større grad av tverrfaglighet innad i fastlegekontorene, samarbeid med andre helsetjenester og å fremme utvikling, kompetanseheving og utdanning i tjenesten. Utvalget anbefalte også å åpne opp for at kommunen kunne inngå avtale mellom kommunen og fastlegekontoret, *i tillegg til* individuelle fastlegeavtaler (gruppepraksisavtaler) eller *i stedet for* de individuelle avtalene ved at listeansvaret løftes til legekontoret (fastlegeselskap).

Utvalget pekte på at dagens regelverk ikke er til hinder for gruppepraksisavtaler som kommer i tillegg til individuelle fastlegeavtaler. I utgangspunktet må legene i gruppepraksisen være enige om hvilke elementer som skal inngå som en del av praksisens avtale med kommunen. Legenes individuelle ansvar for egen praksis og innbyggerne på sin liste består. En slik avtale kan legge til rette for at en representant for gruppepraksisen kan uttale seg på vegne av alle legene på kontoret. En slik løsning kan forenkle kommunens dialog med og oppfølging av legekontorene. Samtidig skaper disse avtalene nok et ledd med avtaler i et allerede komplisert system. Kommunene må fortsatt inngå individuelle fastlegeavtaler med den enkelte fastlege.

Utvalget vurderte at en organisering med fastlegeselskap hvor listeansvaret flyttes fra den enkelte lege til et selskap, kunne gi gevinster ved å legge bedre til rette for tydelig ledelse med mer oppmerksomhet på innovasjon, kunnskapsdeling, oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid. Selskap vil i større grad kunne tilby ansettelsesforhold, noe utvalget mente kunne virke rekrutterende og stabiliserende og bidra til at næringsdrift ble mer attraktivt. En organisering av fastlegetjenesten der ledelsen for legekontoret har et helhetlig ansvar for tjenestene som utføres, mente utvalget ville være en mer vanlig form for organisering og ledelse, sammenliknet med både offentlig og privat sektor. Selv om det overordnede listeansvaret ville være knyttet til fastlegeselskapet, mente utvalget at det var avgjørende at hver fastlege i selskapet fortsatt måtte ha oppfølgings- og behandlingsansvaret for en definert liste med innbyggere. Ekspertutvalget mente kommersielt eierskap av fastlegeselskap måtte forhindres.

Høringen av ekspertutvalgets rapport viste at enkelte sentrale aktører, som KS, støttet innføring av fastlegeselskap, mens et flertall aktører, blant annet Legeforeningen, ikke ønsker en organisering i fastlegeselskap. Mange uttrykte bekymring for glidning mot kommersielle aktører. Pasient- og brukerorganisasjonene fremmet i tillegg bekymring for kontinuiteten i pasientbehandlingen ved en slik organisering.

Regjeringen har utredet organisering med fastlegeselskap nærmere. I likhet med mange av høringsinstansene er regjeringen bekymret for at det å innføre fastlegeselskap eid av andre enn kommunene (leger og ideelle organisasjoner), vil kunne legge til rette for kommersielle aktører innenfor fastlegeordningen. Regjeringen vil derfor ikke foreslå å legge til rette for at kommunene kan inngå avtale med fastlegeselskap om fastlegetjenester for innbyggerne. Dagens fastlegeordning hvor det inngås individuell avtale mellom kommunen og den enkelte lege om å være fastlege for et bestemt antall listeinnbyggere, skal bestå.

Regjeringen ser imidlertid også utfordringer ved at det kun inngås individuelle avtaler mellom kommunen og næringsdrivende fastleger. Individuelle avtaler inviterer ikke til ledelse, oppgavedeling, tverrfaglig samarbeid og samhandling om å yte fastlegetjenester til innbyggerne. Regjeringen mener det er nødvendig med en tydelig ledelse i og av fastlegekontorene. Det gjelder både for å forenkle kommunens ledelse og dialog med fastlegene, forenkle andre tjenesters samhandling med fastlegekontoret og legge til rette for riktig oppgavedeling og klare ansvarsforhold ved oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid. Ledelse er også viktig for å understøtte riktige prioriteringer, forsterke systematisk kvalitetsarbeid og innovasjon og bidra til at krav som stilles til virksomhetene ivaretas.

Regjeringen vil derfor utrede tiltak som kan legge til rette for mer ledelse og tverrfaglighet, også ved næringsdrivende fastlegekontor. Regjeringen vil blant annet utrede muligheten for å regulere gruppeavtaler som inngås mellom en gruppepraksis og kommunen, i tillegg til individuell fastlegeavtale. Målet er å lette kommunens ivaretakelse av lovpålagte plikter knyttet til kvalitet, forsvarlighet og pasientsikkerhet og legge til

rette for mer ledelse, oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid ved fastlegekontorene. Gruppeavtaler kan danne grunnlaget for nye måter å finansiere andre helsepersonellgrupper på, som omtalt i kapittel 3.2. Regjeringen tar sikte på at en eventuell ordning med gruppeavtaler mellom fastleger og kommunen kan reguleres i et nytt kapittel i fastlegeforskriften.

Der hvor fastlegen er ansatt i kommunen, er det enklere å legge til rette for ledelse og samarbeid om oppgavene enn der hvor fastlegen er næringsdrivende. Regjeringen har i forslag til ny forskrift om fastlegeordning i kommunene foreslått presiseringer som tydeliggjør hva som er kommunens og fastlegens ansvar og oppgaver, både i de tilfellene der fastlegen er kommunalt ansatt, og der fastlegen er næringsdrivende. I kraft av å være ansvarlig for virksomheten ved det kommunale fastlegekontoret skal arbeidsgiver (kommunen) blant annet planlegge virksomheten og kan bruke sin styringsrett overfor de ansatte fastlegene og eventuelt annet ansatt helsepersonell.

3.1.3 En modernisert fastlegeforskrift for en ledet og tverrfaglig framtid

Det er snart 25 år siden fastlegeordningen ble etablert, og det er mer enn ti år siden fastlegeforskriften ble revidert. Selv om det er kommunen som har ansvaret for fastlegeordningen, har hovedmodellen i alle år vært at tjenesten ytes av næringsdrivende leger som har avtale med kommunen. I de senere årene har flere kommuner gått over til å yte fastlegetjenester i egen regi ved at fastlegene er ansatt i kommunen. Samtidig har det vært en kraftig vekst i økonomiske samarbeidsavtaler hvor kommunen tar et større ansvar for drift av legekontoret (8.2-avtaler). Fastlegeforskriften har i mindre grad en tydelig regulering av ansvarsforhold og oppgaver i situasjoner der kommunen selv yter fastlegetjenester med kommunalt ansatte fastleger. Yngre leger har i ulike sammenhenger gitt uttrykk for at de i økende grad ønsker å være ansatt i kommunen, framfor å være næringsdrivende.[1] [2]

Departementet har sendt forslag til ny fastlegeforskrift på høring med frist 18. juni 2025. I hovedsak foreslås det å videreføre det materielle innholdet fra nåværende fastlegeforskrift. Strukturen moderniseres for å gjøre den mer tilgjengelig og oversiktlig med hensyn til hvordan fastlegeordningen er organisert og praktiseres i dag. En endret struktur skal bidra til å tydeliggjøre ansvar og oppgaver for kommunen både som overordnet ansvarlig for fastlegeordningen i kommunen og i de tilfeller der kommunen selv yter fastlegetjenester gjennom kommunalt ansatte fastleger. En ny struktur vil i større grad synliggjøre hvilke oppgaver som gjelder for fastleger som er næringsdrivende, og fastleger som er kommunalt ansatte.

Forskriftsforslaget tydeliggjør kravene og ansvarsforholdene for ledelse og kvalitetsforbedring i kommunale og næringsdrivende fastlegekontorer. Forslaget presiserer kommunens ansvar og handlingsrom overfor både ansatte fastleger og næringsdrivende fastleger. Forslaget tydeliggjør også hva som er virksomhetsansvar i fastlegeordningen, og hva som er fastlegens kjerneoppgaver som behandler for innbyggerne på fastlegelisten, uavhengig av tilknytningsform.

I forskriftsutkastet foreslår regjeringen også en ny plikt for kommunale fastlegekontorer og næringsdrivende fastleger til å tilby digitale tjenester.

I tillegg foreslår regjeringen å presisere at fastlegens plikt til å utarbeide attester er avgrenset til

Boks 3.2 Sørlandsparken Legesenter

Sørlandsparken Legesenter i Kristiansand er et større næringsdrivende legesenter for 8 500 pasienter. Senteret har etablert en tydelig ledelse, tverrfaglig samarbeid og avansert teknologi i daglig drift. Ledelsen tar et helhetlig ansvar for drift og oppgaveutførelse. Gjennom prioritering av tid, ressurser og planlagt delegering av oppgaver og myndighet skapes en pasientflyt der oppgaver løses raskt og av riktig kompetanse. Fastlegene kan dermed fokusere på medisinske problemstillinger.

Legesenteret er innovativt og har tatt i bruk en rekke digitale verktøy som tale-til-tekst-diktering, KI-støttet transkribering av pasientsamtaler, KI-assistert henvisningsskriving, videokonsultasjoner, e-konsultasjoner, e-dialoger og nettbasert timebestilling. Innbyggerne tilbys time på dagen.

---

[1] EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*

[2] Oslo Economics og Universitetet i Oslo (2022). *Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I*

det som følger av lov og forskrift. Videre foreslås regulering av kommunens mulighet til å inngå ny fastlegeavtale der det er vanskelig eller umulig å rekruttere ny næringsdrivende lege til å kjøpe fratredende leges praksis, og å heve aldersgrensen for å inngå tidsbegrensede fastlegeavtaler. For nærmere beskrivelse av forslagene vises det til høringsnotatet om ny fastlegeforskrift.

3.2 Kvalitetsfremmende finansiering av fastlegetjenesten

Regjeringen vil stegvis innføre en ny finansieringsmodell for fastlegeordningen som skal understøtte regjeringens mål for fastlegeordningen.

3.2.1 Økt andel basistilskudd

Da fastlegeordningen ble opprettet i 2001, sluttet Stortinget seg til at fordelingen mellom aktivitetsbasert finansiering (refusjoner fra folketrygden og pasientbetaling) og tilskudd per innbygger (per capita-tilskudd) skulle være henholdsvis 70 og 30 prosent. Den faktiske fordelingen har variert noe over tid. Etter at basistilskuddet ble styrket fra 1. mai 2023, utgjør basistilskuddet i dag om lag 34 prosent. For leger som mottar ALIS-tilskudd eller annen tilleggsfinansiering fra kommunen, er andelen høyere.

Ekspertutvalget påpeker at finansieringsordningen for allmennlegetjenesten bør understøtte at befolkningen får tjenester av god kvalitet og tilgjengelighet etter behov. Finansieringssystemet bør belønne gode medisinskfaglige prioriteringer og vurderinger. Det bør også være insentiver til å utvikle gode tjenester for befolkningens behov i framtiden.

Regjeringen mener at et nødvendig grep for å fornye, forbedre og forsterke fastlegeordningen er å øke andelen basistilskudd. Mer fast tilskudd basert på antall innbyggere på listen, vil legge bedre til rette for medisinskfaglig skjønn og prioriteringer, øke unge legers økonomiske trygghet, legge til rette for at ledelse, kvalitetsarbeid, endringer i arbeidsformer og annen innovasjon kan prioriteres høyere og gi insentiv til økt listekapasitet. Økt andel basistilskudd er viktig i seg selv, men også fordi det ligger som en forutsetning for øvrige endringer, framfor alt finansiering av annet personell ved legekontoret. Oppgavedeling og mer tverrfaglig samarbeid og større innslag av annet personell er sentrale virkemidler for å møte utfordringene framover og for å nå de overordnede målene for fastlegeordningen.

Boks 3.3 Utilsiktede konsekvenser av høy aktivitetsbasert finansiering?

Blant næringsdrivende fastleger finner FHI at jo høyere inntjening fastlegene har, jo flere og kortere konsultasjoner har de, men de benytter likevel totalt mindre tid med hver av pasientene sine per år. På tross av kortere konsultasjoner og mindre tid med hver pasient, og det faktum at de har flere pasienter på listene sine, bruker de næringsdrivende fastlegene som tjener best mer av nært sagt alle takster (per pasient), inkludert tidstakst.

Folkehelseinstituttet har også undersøkt hvorvidt dagens finansiering av fastlegeordningen understøtter fastlegenes portvaktoppgaver. For næringsdrivende fastleger finner Folkehelseinstituttet en tydelig sammenheng mellom høyere inntjening og mer liberal portvokting. Jo mer de næringsdrivende fastlegene tjener, jo mer får pasientene forskrevet av antibiotika (også bredspektret), vanedannende legemidler, sykmelding og henvisning til MR-undersøkelser.

Rapporten «Fastlegenes avlønningsform og insentiver: Konsekvenser for portvokterrollen» (FHI, 2025) viser at dagens insentiver i innsatsstyrt finansiering i fastlegeordningen svekker fastlegenes portvaktrolle på disse områdene, og trekker i motsatt retning av nasjonale målsettinger og Legeforeningens «Gjør kloke valg-kampanje» (se boks 8.6).

Kilde: Mykletun A, Kraft KB, Hoff EH, Østby KA. (2025) *Fastlegenes avlønningsform og insentiver: Konsekvenser for portvokterrollen*. Folkehelseinstituttet.

God tilgjengelighet i fastlegeordningen er et viktig mål for regjeringen. Dagens finansieringsmodell, som gir sterkt insentiv til takstgenererende aktivitet, bidrar til dette. Økt andel basistilskudd vil gi større økonomisk trygghet for unge leger. Det kan gjøre næringsmodellen mer konkurransedyktig overfor fastlønnsavtaler samtidig som insentivet til aktivitet ivaretas. De fleste sammenliknbare land har en høyere andel basistilskudd enn Norge. Danmark er likest Norge, mens basistilskuddet i Sverige, England, Skottland og Nederland varierer fra ca. 50 til 90 prosent. Norske fastleger vil dermed relativt sett fortsatt ha en høy andel aktivitetsbasert finansiering. Det

betyr at insentivene til aktivitet fortsatt er sterke. Samtidig er de indirekte kostnadene ved å utføre annen viktig aktivitet som ikke utløser takster, lavere.

Dagens høye andel aktivitetsbasert finansiering kan føre til overbehandling eller flere konsultasjoner eller annen aktivitet enn det som er faglig anbefalt. Folkehelseinstituttet belegger at fastlønnede fastleger er mer restriktive enn næringsdrivende fastleger. For næringsdrivende fastleger finner Folkehelseinstituttet en tydelig sammenheng mellom høyere aktivitetsbasert inntjening og hyppigere forskrivning av antibiotika, vanedannende legemidler, sykmelding og hyppigere henvisning til MR-undersøkelser (Boks 3.3).

Når en stor andel av fastlegenes inntekt utløses av takster, vil aktivitet som utløser høye takstinntekter per arbeidsinnsats, kunne bli prioritert over annet arbeid som gir lavere eller ingen takstinntekt, men større faglig nytte. I dag er det kun de oppgavene som er direkte pasientrettede, som kan finansieres med takst over folketrygden. Samtidig er det behov for at fastleger deltar i oppgaver som ikke kan finansieres slik. Regjeringen ønsker derfor at en større andel av finansieringen skal komme gjennom basistilskuddet, slik at fastlegene i større grad kan prioritere sin aktivitet ut fra medisinskfaglige vurderinger.

Tilstrekkelig listekapasitet i fastlegeordningen er nødvendig for at alle innbyggere skal ha fastlege og mulighet til å bytte lege. De siste årene har gjennomsnittlig listelengde gått ned samtidig som fastlegene rapporterer om mer overkommelig arbeidsbelastning. For bærekraften framover er det likevel nødvendig at fastlegenes listelengde ikke blir for kort. Ettersom basistilskuddet som utbetales er basert på antall listepasienter, gir økt andel basistilskudd fastlegene insentiv til å øke listelengden sin. Målet for regjeringen er ikke økt arbeidsbelastning for den enkelte lege, men at en lengre liste skal ivaretas sammen med annet helsepersonell.

Økt andel basistilskudd vil også være et sentralt kostnadskontrollerende tiltak i en finansieringsmodell der flere helsepersonellgrupper kan utløse takst gjennom egne eller profesjonsnøytrale takster. Økningen i basistilskudd er kostnadskontrollerende ved at insentivene til overaktivitet tas ned gjennom reduksjonen i den aktivitetsbaserte andelen av finansieringen. Dette vil redusere sannsynligheten for en uønsket høy og faglig uriktig aktivitetsøkning og dempe konsekvensene dersom en slik økning skulle inntreffe.

Ekspertutvalget foreslo å øke basistilskuddet til 50 prosent av finansieringen til fastlegene og at den aktivitetsbaserte finansieringen ble redusert tilsvarende. Regjeringen vurderer at basistilskuddets andel av finansieringen bør økes trinnvis med totalt 10 prosentpoeng: 4 prosentpoeng i 2025, 3 prosentpoeng i 2026 og 3 prosentpoeng i 2027. Regjeringen mener at dette balanserer ulike hensyn og synspunkter som er fremmet i faglige innspill og i diskusjoner med partene.

Økt andel basistilskudd vil innebære omfordelingseffekter mellom legene, se kapittel 9. Isolert sett vil fastleger som har lavere andel av sin inntekt fra takster enn gjennomsnittet, komme godt ut, mens de som har høyere andel av inntekten fra takster, taper. For majoriteten av fastleger vil inntektsendringene være små. De som taper mer enn 150 000 kroner årlig på omleggingen, har etter Helsedirektoratets beregninger i all hovedsak en samlet inntekt på over tre millioner kroner i året.

3.2.2 Pasienttilpasset basistilskudd og utjamningstilskudd

Fra 1. mai 2023 styrket og endret regjeringen basistilskuddet fra en fast sum per innbygger på listen til en differensiert modell der innbyggerne utløser ulike summer, basert på indikatorer som statistisk indikerer innbyggernes behov for fastlegetjenester og for fastlegenes forventede arbeidsmengde. Dette omtales som pasienttilpasset basistilskudd (PTB). Formålet med endringen er blant annet at basistilskuddet i større grad skal reflektere arbeidsmengden listen innebærer, i stedet for bare listelengden. Fastlegene får dermed et mer likeverdig utgangspunkt for å levere gode tjenester, også til pasienter med større og mer sammensatte behov.

I den nåværende modellen for pasienttilpasset basistilskudd beregnes basistilskuddet per innbygger på bakgrunn av indikatorer på individnivå og kommune-/bydelsnivå. Indikatorene på individnivå er alder, kjønn, helsetilstand (pasientens utløste egenandeler hos fastlege det siste året) og sentralitet, hvor innbyggere som er folkeregistrert i kommuner med sentralitetsklasse 5 eller 6, utløser et påslag. På kommune-/bydelsnivå inngår indikatoren sosioøkonomisk status, som utløser et påslag dersom mer enn 28 prosent av innbyggerne i kommunen eller bydelen har grunnskole som høyeste utdanning.

Innføringen av pasienttilpasset basistilskudd medførte en omfordeling i basistilskuddet legene imellom, det vil si at noen fikk mer, og noen fikk mindre. For å redusere omfordelingene ble de statistisk beregnede effektene av indikatorene i modellen ca. halvert (dempet). Sagt med andre

ord ble kun 50 prosent av basistilskuddet pasienttilpasset, mens den resterende halvdelen ble videreført som et flatt per capita-tilskudd. Dette gjorde at utslagene på økning eller reduksjon i tilskudd ble lavere for den enkelte lege. Samtidig innebærer det at tilskuddet i mindre grad reflekterer arbeidsmengden for den enkelte fastleges liste.

Pasienttilpasset basistilskudd får økt betydning desto større andel tilskuddet utgjør av samlet finansiering. Regjeringen mener at basistilskuddet bør reflektere innbyggernes behov for fastlegetjenester og arbeidsmengden som fastlegelisten innebærer. Regjeringen anerkjenner fastlegenes tilbakemelding om at modellen ikke alltid oppleves å «treffe» den enkelte leges liste, men vurderer at modellen bedre reflekterer arbeidsmengden enn modellen fra før 1. mai 2023.[3] Da var basistilskuddet som legene fikk utbetalt per innbygger, likt for alle innbyggere, dog innebar knekkpunktet som ble innført i 2018, at det ble gitt et lavere tilskudd for hver listeinnbygger ut over 1 000 innbyggere.

Regjeringen vil derfor videreutvikle det pasienttilpassede basistilskuddet ved

- å fjerne dempingen slik at modellens forklaringskraft og effekt på basistilskuddet øker
- at sosioøkonomisk variabel for utdanning måles per grunnkrets framfor kommune/bydel
- at sentralitetstillegget baseres på fastlegenes praksiskommune i stedet for listeinnbyggernes bostedskommune og styrkes
- en ekstra sats for asylsøkere og bosatte flyktninger innlemmes i modellen det første året som medlemmer av fastlegeordningen.

Regjeringen vil gjennomføre endringene fra 1. juli 2026.

Utjamningstilskudd

Næringsdrivende leger i kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere, der den gjennomsnittlige listelengden er under 1 200, har hatt rett på utjamningstilskudd siden fastlegeordningen ble innført. Formålet med tilskuddet er å understøtte næringsdrift i små kommuner. Det er få næringsdrivende fastleger igjen i disse kommunene. Mange kommuner og KS oppgir at de opplever utjamningstilskuddet tilfeldig og med uheldige utslag. De fleste av de aktuelle kommunene bruker andre virkemidler og har andre økonomiske avtaler med fastlegene, blant annet gjennom såkalte 8.2-avtaler.

Regjeringen vurderer at målgruppen for utjamningstilskuddet, fastleger i de minste kommunene, fortsatt bør understøttes med særskilte midler ved siden av hovedmodellen (se kapittel 9). Dagens utjamningstilskudd er imidlertid lite treffsikkert. Kommunene som er i målgruppen for utjamningstilskudd, ligger i all hovedsak i sentralitetsgruppe 5 og 6 og treffes derfor av sentralitetstillegget i pasienttilpasset basistilskudd. Øvrige kommuner i gruppe 5 og 6 har i stor grad de samme utfordringene når det gjelder rekruttering og stabilisering av fastlegeordningen, som de som kvalifiserer for utjamningstilskudd. Sentralitetstillegget framstår derfor som en egnet mekanisme for å styre midlene til fastleger på en mer forutsigbar måte og i et bredere utvalg kommuner sammenliknet med i dag. Regjeringen foreslår derfor at utjamningstilskuddet avvikles, og at sentralitetstillegget i pasienttilpasset basistilskudd økes. Kommunerammen endres ikke. Kommunene må selv avgjøre om de vil fortsette å utbetale utjamningstilskudd finansiert over egne budsjetter, men staten har ikke forventninger om at kommunene gjør dette. Endringen gjennomføres samtidig med øvrige endringer i pasienttilpasset basistilskudd 1. juli 2026.

3.2.3 Stønad for konsultasjoner delegert til sykepleier

Regjeringen vil øke kapasiteten i fastlegeordningen og øke bredden i tilbudet. Å åpne for at det ytes stønad fra folketrygden for konsultasjoner som er delegert fra fastlege til sykepleier, er et første steg i retning av en fastlegeordning med større innslag av annet helsepersonell.

Mange av dagens legekontorer har sykepleiere ansatt, men de utfører få kliniske oppgaver. Fastlegene begrunner i stor grad dette med dagens finansieringsmodell. Dagens stønadsforskrift åpner for at annet helsepersonell kan utløse refusjon for prosedyrer og enkle kontakter etter delegasjon, selv om pasienten ikke møter legen. Eksempler på oppgaver som utløser takst når oppgaven utføres av annet personell, er prøvetaking, sårstell, EKG, spirometri og 24-timers blodtrykksmåling. Imidlertid er det en avgrensing i stønadsforskriften slik at det bare ytes refusjon for konsultasjon og sykebesøk når legen selv utfører disse. Konsultasjoner og sykebesøk utløser høyere refusjoner enn enkle kontakter. Legen kan delegere slike oppgaver i dag, men kan da ikke utløse

[3] Oslo Economics og Universitetet i Oslo (2024). *Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten. Evalueringsrapport III*

refusjon. Dette bidrar til at legene i liten grad ansetter andre yrkesgrupper. Å åpne for at sykepleiere kan utløse refusjon fra folketrygden for konsultasjoner delegert fra lege, vil styrke det økonomiske grunnlaget for både kommuner og næringsdrivende fastleger for å ansette annet personell i fastlegekontoret. Det vil kunne avlaste fastlegene eller utvide det samlede omfanget av og innholdet i tjenestene. Eksempler på oppgaver der sykepleier kan bistå og avlaste fastlegen, er kontroller av enkelte pasientgrupper og strukturert oppfølging for å endre levevaner eller for læring og mestring. Mange av sykepleierne i dagens fastlegeordning er ansatt i kommunale kontorer. Disse kommunene vil dermed raskt få effekt av inntektene som utløses av denne endringen. Hvordan inntekten fordeles i kontorer med 8.2-avtale, må avtales lokalt.

For å legge bedre til rette for oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid i fastlegekontoret har regjeringen derfor sendt på høring forslag om å endre stønadsforskriften, slik at det kan ytes stønad for konsultasjoner delegert fra lege til sykepleier ved fastlegekontoret. Regjeringen tar sikte på å innføre stønad for konsultasjon delegert fra lege til sykepleier fra 1. januar 2026. Det tas forbehold om at gjennomføring først kan skje når det er budsjettmessig dekning. Regjeringen vil komme tilbake til gjennomføring i de ordinære budsjettprosessene.

3.2.4 Finansiering av andre personellgrupper i fastlegekontor

Gjennom å åpne for at det ytes stønad for konsultasjoner delegert til sykepleiere, vil omstillingen til en fastlegetjeneste med mer oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid kunne starte. Regjeringen mener at det bør utredes ytterligere grep i finansieringsordningen for å understøtte denne utviklingen. Flere helsepersonellgrupper kan bidra til økt kapasitet, et bredere tjenestetilbud, gode pasientforløp og mer fleksibel og effektiv bruk av personellressursene. En slik utvikling forutsetter tid og ressurser til ledelse for å skape en koordinert, faglig riktig og ressurseffektiv oppgavedeling.

Takster skal understøtte god faglig praksis og de arbeidsoppgavene behandlerne utfører. Regjeringen vil vurdere endringer slik at flere helsepersonellgrupper som jobber i et legekontor for å ivareta fastlegenes oppgaver, kan utløse takst gjennom egne eller profesjonsnøytrale takster. Egne takstsett for ulike helsepersonellgrupper muliggjør differensiert betaling av arbeid utført av personell med ulik timekostnad. Profesjonsnøytrale takster legger til rette for at virksomheten i større grad velger hvilket personell som skal yte tjenesten, ut fra lokal kompetanse. Ulike innretninger gir ulike insentiv til oppgavedeling og må ses i sammenheng med andel basistilskudd og dermed nivå på takstene.

Finansiering med tilskudd er et velprøvd alternativ. Tilskudd kan enten dekke hele eller deler av årsverk, slik for eksempel fastlegenes basistilskudd gjør for legene. I forsøket med primærhelseteam var sykepleierårsverk finansiert gjennom tilskudd som var ment å dekke 50 prosent av kostnaden. De resterende 50 prosent av kostnaden ble finansiert gjennom egne sykepleiertakster. I forsøket viste det seg krevende for mange av forsøkskontorene å oppnå 50 prosent takstfinansiering for sykepleier. Dette samsvarer med internasjonale erfaringer som ekspertutvalget viser til.

God ledelse er avgjørende for at allmennlegetjenesten utvikler seg i ønsket retning, og for å realisere tiltakene i denne meldingen, se nærmere omtale i kapittel 8.1. Klare ansvarsforhold, rolleavklaringer og tid og ressurser til å lede er nødvendig når flere helsepersonellgrupper skal arbeide i fastlegekontorene og oppgavedele og jobbe i team med fastlegene, se kapittel 3.4. En tydelig ledelse i fastlegekontorene vil også forenkle kommunens dialog og styring av fastlegekontorene og vil kunne legge til rette for nødvendig kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Endringsarbeid for mer oppgavedeling og mer tverrfaglig samarbeid vil være forbundet med kostnader for næringsdrivende fastleger og kommuner som virksomhetsledere. Erfaringene fra forsøk med primærhelseteam støtter dette.

Det er gjort framskrivninger av behovet for fastleger og annet helsepersonell ved utvikling av en mer tverrfaglig fastlegetjeneste. Framskrivningene, som er beheftet med usikkerhet, viser at behovet for vekst i antall leger reduseres, samtidig som behovet for annet helsepersonell øker. En del oppgaver vil utføres i tillegg til hva legene utfører i dag. Det vil bidra til at flere oppgaver kan løses nærmere der folk bor. Merkostnadene er lave når en slik aktivitetsøkning følges av økt andel basistilskudd, og utføres av annet helsepersonell enn leger.

Ulike modeller for finansiering av andre personellgrupper i fastlegekontorene for å oppnå økt tverrfaglighet og effektiv bruk av legeressursene, samt andre endringer for å understøtte ledelse og

kvalitet i tjenesten, utredes videre. Eventuelle endringer vil følges opp i ordinære budsjettprosesser.

3.2.5 Forenkling av takstsystemet og utredning av andre finansielle insentiver

Regjeringen vil innrette insentivene i finansieringsordningene slik at de i større grad understøtter ønsket praksis i fastlegeordningen. Finansieringen må bidra til riktig medisinsk praksis, samordnede og koordinerte tjenester, oppgaveløsning på riktig nivå, fremme innovasjon, styrke portvaktrollen og at fastlegeordningen er et attraktivt arbeidsted.

Det er flere utfordringer ved dagens takstsystem som både påvirker aktiviteten ved legekontorene, fastlegenes atferd og forvaltning av refusjonsordningen. Å gi insentiver for å innrette legenes praksis gjennom prisen som settes på oppgavene, innebærer at medisinske behov og legenes skjønn i mindre grad får styre aktiviteten. Det er krevende å utvikle og vedlikeholde et takstsystem med så presise takster at ønsket aktivitet belønnes på riktig nivå. Ekspertutvalget anbefalte at takstsystemet bør forenkles, og at det bør vurderes om innretningen av takstene bør endres for bedre å stimulere til ønsket aktivitet og prioritering.

Spesialister i allmennmedisin kan i dag utløse egne takster. Dette tillegget kan både betraktes som et kvalitetselement i den aktivitetsbaserte delen av finansieringen og som kompensasjon for tid til spesialist- og etterutdanning. For å understøtte andre oppgaver enn takstutløsende aktiviteter mener regjeringen at deler av spesialisttillegget bør flyttes til basistilskuddet, og kobles til antall pasienter på listen. Det gir spesialistene insentiv til økt listekapasitet og økt handlingsrom for å ansette annet personell å dele oppgaver med. Nivået på godtgjørelsen bør opprettholdes på om lag dagens nivå for å stimulere til kvalitet og kompetanseutvikling. Regjeringen vil også se på muligheten for å utrede lik egenandel for innbyggerne uavhengig av om legen er spesialist eller ikke.

Videre mener regjeringen at ytterligere endringer i basistilskuddet bør utredes for å fremme ledelse, tverrfaglighet og kvalitet. Dette må være objektivt, målbart og enkelt å forvalte, eksempelvis elementer som understøtter tilgjengelighet og muligheter for selvbetjening, bruk av nasjonale samhandlingsløsninger og deling av styrings- og kvalitetsdata og samhandling, blant annet med kommunene.

For å bedre kvaliteten og tilgjengeligheten i fastlegetjenesten, spesielt for innbyggere med sammensatte behov og de som har utfordringer med å etterspørre tjenester eller har utfordringer med å oppsøke legekontor, vil regjeringen endre og forenkle takstsystemet og vurdere å innføre ytterligere endringer i basistilskuddet.

Sykmelder honoreres gjennom egne honorartakster for legeerklæringer til Nav (L-takster) for sitt arbeid med å dokumentere arbeidsuførhet og gi opplysninger til Arbeids- og velferdsetaten. Regjeringen vil vurdere om det er behov for å modernisere og videreutvikle L-takstene slik at takstene i større grad støtter opp under målene om å redusere sykefravær og hindre frafall fra arbeidslivet. Fastlegens rolle som sykmelder omtales nærmere i kapittel 6.8.

3.2.6 Kostnadskontrollerende tiltak

Et kostnadskontrollerende element ved dagens finansieringsmodell er at det i stor grad er forbeholdt fastlegene å utløse refusjon fra folketrygden. Tiden legene har til rådighet, setter ytre rammer for hvor mye det er mulig å arbeide. Helfo, som forvalter oppgjør fra folketrygden til helseaktører, utfører kontroll av legenes refusjonskrav.

Å innføre refusjon for oppgaver som er utført av annet personell i fastlegekontor, vil potensielt øke uttaket over stønadsbudsjettet. At fastlegekontorene bidrar til at flere oppgaver løses nær der folk bor, er en ønsket utvikling som gir best tjenester for innbyggerne og hensiktsmessig bruk av ressursene.

En ny finansieringsmodell må inneholde kostnadskontrollerende elementer som reduserer sannsynligheten for og konsekvensene av uønsket aktivitet. Økt andel basistilskudd vil være et viktig kostnadskontrollerende tiltak. Andre mulige kostnadskontrollerende tiltak er å sette et tak på antall annet personell på et fastlegekontor, tak på annet helsepersonells refusjoner, øvre tak for den totale mengden refusjoner for fastlegeordningen som helhet eller begrense andelen som aktivitetsbasert finansiering kan utgjøre av total inntekt for et legekontor.

Å gi annet personell refusjonsrett når de jobber i et legekontor, kan gi insentiv til at oppgaver som i dag ivaretas i andre deler av kommunale helse- og omsorgstjenester, flyttes inn i fastlegekontoret. Departementet har derfor gitt Helsedirektoratet i oppdrag å beskrive hvilke oppgaver det forventes at fastlegeordningen skal bidra til å løse, og hvordan dette avgrenses mot andre helse- og omsorgstjenester.

Det vil være nødvendig å følge med på effektene av endringene som gjennomføres. Gjennom data fra takstsystemet (KUHR-data) vil Helfo ha detaljert kunnskap om hvilke leger som sender refusjonskrav, og hvor stor andel som utløses av sykepleiere eller annet personell. Helse- og omsorgsdepartementet vil sammen med Helfo og Helsedirektoratet etablere en mekanisme for å identifisere uønskede konsekvenser av endringene som innføres.

3.3 En teambasert og tverrfaglig fastlegetjeneste

Norske fastlegekontorer har en smal personellsammensetning i forhold til sammenliknbare land. Dette har betydning for hvilke tjenester innbyggerne får, men også for hvordan kompetanse og ressurser brukes. Omstilling til nye arbeidsformer, hensiktsmessig oppgavedeling og bedre samhandling er nødvendig for å sørge for bærekraft i tjenesten. Spesialister i allmennmedisin vil fortsatt være kjernen i framtidens allmennlegetjeneste, men de vil jobbe sammen med personell med annen fagkompetanse.

3.3.1 Oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid

Flere helsepersonellgrupper kan øke den samlede kapasiteten i fastlegeordningen og bidra i behandling av de store sykdomsgruppene, som blant annet personer med psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, eldre med skrøpelighet og pasienter med kroniske sykdommer. For fastleger kan flere personellgrupper på fastlegekontoret frigjøre tid og kapasitet til pasientbehandling som krever legens kompetanse eller til oppgaver som samhandling, ledelse, systematisk kvalitetsarbeid og innovasjon. Helsesekretærers kompetanse og kunnskap er vesentlig i arbeidet med oppgavedeling mellom personellgrupper og riktig bruk av personell og kompetanse på fastlegekontorene. Se nærmere omtale av fagarbeidere i kapittel 7.3. Dette gjelder også for helsesekretærer med videreutdanning som er relevant for fastlegekontoret. Ved å yte tjenester i tillegg til dagens tjenester i fastlegekontorene vil helsepersonellgrupper med en annen kompetanse enn fastlegens gi en faglig og kapasitetsmessig utvidelse av tilbudet. Større kapasitet og bredde i tilbudet gjennom en bredere faglig sammensetning i fastlegekontorene kan bidra til bedre tilgang til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, avlaste spesialisthelsetjenesten ved at flere oppgaver løses i kommunen, og redusere omfanget av akutte innleggelser i sykehus.[4] Oppgavedeling i fastlegekontoret kan fremme mestring og forebygging og bidra til kontinuitet i oppfølgingen. Det vises for øvrig til omtale av bærekraftig bruk av personell i kapittel 7.3.

Som oppfølging av Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* ble primærhelseteam (PHT) pilotert ved 17 legekontorer i ni kommuner i perioden 2018–2023 (se boks 3.2). Formålet var å tilby bedre fastlegetjenester til innbyggere med sammensatte behov, blant annet i form av en teambasert, systematisk og proaktiv oppfølging av listeinnbyggerne. Teamet bestod av fastlege, sykepleier og helsesekretærer. Bruk av sykepleier i pasientoppfølgingen var sentralt i forsøket. Ved et av legekontorene var også psykolog del av teamet. Teamoppfølgingen ble understøttet av tydelig ledelse og faglig støtte og veiledning fra Helsedirektoratet. Ulike finansieringsmodeller ble prøvd ut. Evalueringen viser at pasientene opplevde styrket kontinuitet og mer planlagt og koordinert oppfølging. Forståelsen for og mestring av egne helseproblemer ble bedre. Legekontorene ble mer tilgjengelige for andre kommunale tjenester. Særlig hjemmetjenestene opplevde at innbyggere med større behov fikk raskere og flere tjenester fra fastlegen enn tidligere. Organiseringen påvirket i liten grad samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Personalet var stort sett fornøyde. Lederne i primærhelseteamene mente at tilgjengeligheten til og kvalitet i fastlegetjenesten ble bedret, og at den proaktive tilnærmingen styrket fastlegeordningen. Evalueringen konkluderte med at helsegevinster sammen med øvrige gevinster trolig veier opp for kostnadene ved organisering i primærhelseteam. Dette forutsetter at ekstra ressursbruk avgrenses til pasientgruppene som har særlig nytte av teambasert oppfølging. Alle lederne for primærhelseteamene mente at organiseringen har en rolle i framtidens fastlegetjeneste.[5]

Forsøket med primærhelseteam la særlig vekt på teamarbeid med lege og sykepleiere. Potensialet for oppgavedeling ble vurdert til å være større enn det som ble realisert, spesielt oppgavedeling

---

[4] Ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport*

[5] Oslo Economics, Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (2024). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport 2018–2023 (Statusrapport VI)*

med helsesekretærer som er den største personellgruppen ved dagens legekontor. Det er også en rekke andre personellgrupper som kan være aktuelle i legekontor. Her finnes mye erfaring fra andre land. Fastlegene selv peker særlig på psykolog og fysioterapeut.[6] Hva som er mest aktuelt, kan være avhengig av fastlegelistens sammensetning, legekontorets størrelse og lokalisering og andre egenskaper ved kommunen.

Legekontor med flere fastleger er trolig nødvendig for at oppgavedeling med andre helsepersonellgrupper i fastlegekontoret skal gi gevinst for arbeidsprosessene. Teamarbeid er også mulig når personell i fastlegekontorene samarbeider med helsepersonell utenfor fastlegeordningen, for eksempel personell i hjemmetjenesten, om oppfølging av pasienter med sammensatte behov. Samhandling omtales nærmere i kapittel 8. Flere studier og evalueringen av fastlegeordningen har vist at samlokalisering eller fysisk nærhet har bedret kommunikasjon og samhandling om pasientene. Samlokalisering bidrar til «én dør inn» for innbyggeren og legger til rette for bedre samhandling.

De fysiske lokalene kan være en barriere for å utvikle en fastlegeordning med flere helsepersonellgrupper. Blant fastlegene som i 2023 svarte at de ønsker seg annet personell i fastlegekontoret, oppga 86 prosent økonomi, 50 prosent fysisk størrelse på legekontoret og 26 prosent tilgang på personell som barrierer.[7] Dette må ses i sammenheng med at andelen kommuner som drifter legekontor, og dermed tar ansvar for lokaler og personell gjennom 8.2-avtaler med sine næringsdrivende fastleger, er økende.

I dag er det vanlig at fastleger fordeler og utfører administrative oppgaver og andre driftsoppgaver selv. Noen fastlegekontor har ansatt andre personellgrupper til å ivareta disse oppgavene. Mange leger oppgir at de primært ønsker å arbeide med kliniske oppgaver. Det anses å være et potensial for å frigjøre fastlegetid dersom administrative og driftsrelaterte oppgaver fordeles og organiseres på en annen måte.

Oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid om pasientene innebærer en endringsprosess og krever tilleggskompetanse hos helsepersonellet ut over egen profesjonskompetanse. Nytten som oppnås, vil ikke bare være avhengig av hvilke oppgaver man skal dele eller samhandle om, men også i hvilken grad en lykkes med omstilling. Viktige momenter som fremmer oppgavedeling, er blant annet klare roller, god opplæring og veiledning, god faglig ledelse, tilstrekkelig med administrative ressurser og evaluering med tilbakemeldinger.[8] [9] Også kunnskap om og anerkjennelse av andre profesjoners kompetanse samt vilje hos helsepersonellet til å la seg lede av andre enn egen profesjon er viktig for vellykket oppgavedeling og samarbeid. Oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid er ikke avhengig av formelle team.

Boks 3.4 Oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er oppgavedeling en hensiktsmessig overføring av konkrete oppgaver fra én yrkesgruppe til yrkesgrupper med kortere utdanning og andre kvalifikasjoner, med formål om å bruke ressursene på en mer effektiv måte. Handlingsrommet for oppgavedeling er stort, men skal være forsvarlig. Det er et ledelsesverktøy som muliggjør fleksibilitet i bruk av personellressursene. Det er den ansvarlige for virksomheten som har det overordnede ansvaret for styringssystemet, og som skal planlegge, organisere, evaluere og korrigere virksomheten, og kan tildele oppgaver til medarbeidere i virksomheten.

Tverrfaglig samarbeid innebærer en mer strukturert arbeidsform med felles beslutningspunkter der det ulike helsepersonellets kompetanse får betydning for hverandres arbeid. Det kan foregå innad i og mellom organisasjoner og kan variere fra løst til utstrakt samordnet samarbeid. Tverrfaglig samarbeid innebærer ikke at alle til enhver tid skal være samtidig til stede hos pasient og bruker, men tjenestene må være samordnet, og det må sikres konsensus og nødvendig informasjonsdeling slik at alle arbeider mot samme mål.[1]

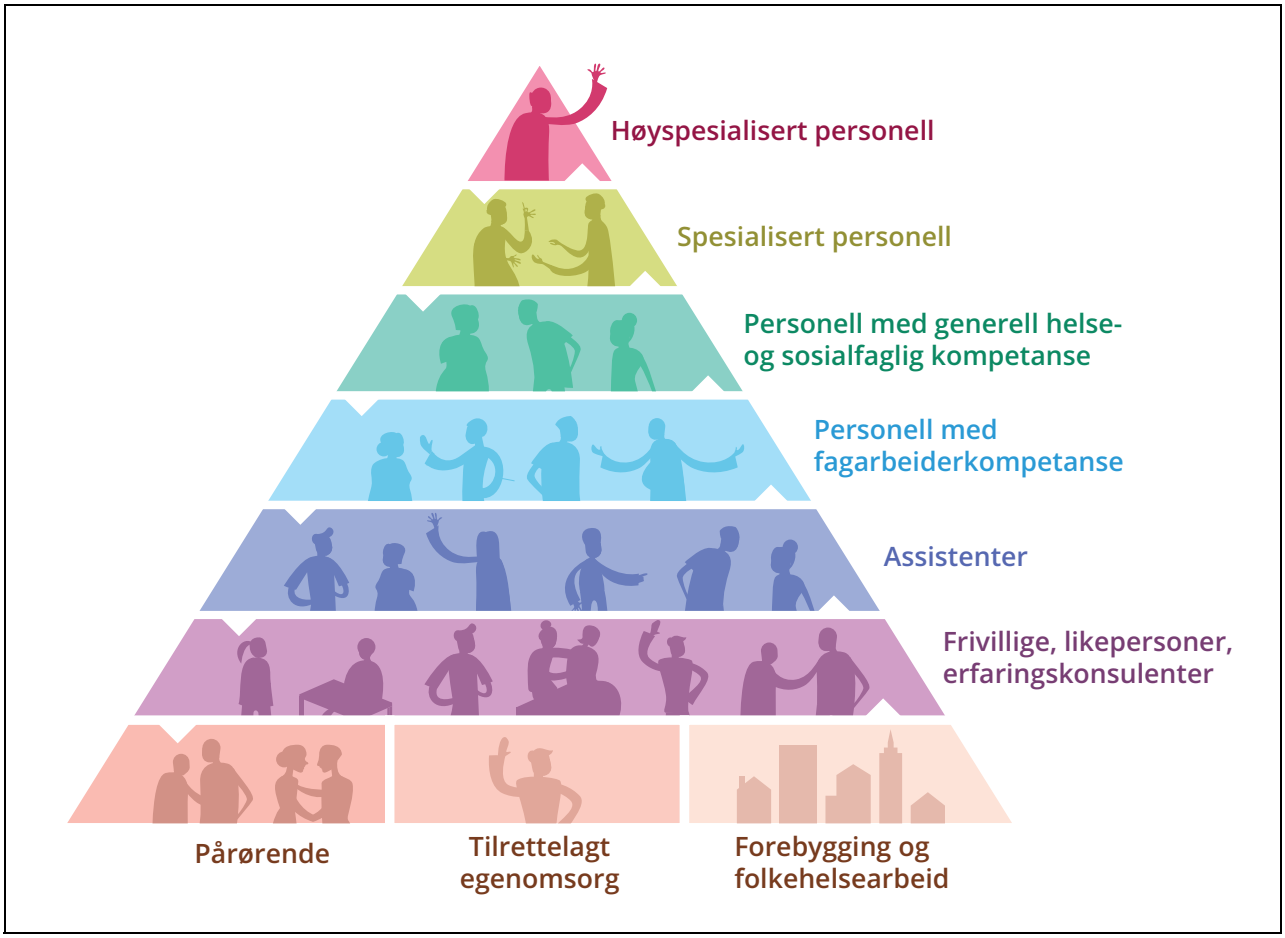
[1] Helsedirektoratet (2018). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*

[6] Oslo Economics og Universitetet i Oslo (2024). *Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten. Evalueringsrapport III*

[7] Oslo Economics og Universitetet i Oslo (2024). *Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten: Evalueringsrapport III*

[8] NOU 2023: 4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

[9] Farchi, T., Dopson, S. og Ferlie, E. (2023). Do we still need professional boundaries? The multiple influences of boundaries on interprofessional collaboration. *Organization Studies, 44(2)*



Figur 3.2 Skjematisk framstilling av oppgavedeling, bygd nedenfra

Kilde: Helsepersonellkommisjonen

God ledelse krever kompetanse hos leder. I medisinsk grunnutdanning skal legen få kunnskap om prinsipper og kriterier for prioritering og ledelse. Spesialistutdanningen i allmennmedisin stiller krav om at ferdige spesialister skal ha kunnskap om både internkontroll og styrings- og ledelsesmodeller i tjenesten. Legen skal også kjenne til prinsippene for enhetlig ledelse og forstå forholdet mellom enhetlig ledelse og egen rolle som fagperson. Regjeringen mener det er viktig at legene gjennom grunnutdanning og spesialistutdanning får nødvendig kompetanse til å kunne lede fastlegekontorer, faglige team og øvrig tverrfaglig samarbeid.

Regjeringen vil stimulere til tydeligere ledelse i fastlegetjenesten gjennom endringer i reguleringen og gjennom lederutdanning for fastleger. Ledelse omtales nærmere i kapittel 8.

På bakgrunn av erfaringene og kunnskapen om oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid vurderer regjeringen at dette bør være en naturlig del av framtidens fastlegetjeneste. Regjeringen mener at regulering og finansiering av fastlegeordningen må endres for å legge til rette for dette. Regjeringen vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å bistå kommuner og fastlegekontor i hvordan ulike helsepersonellgruppers kompetanse best kan bidra til oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid.

3.4 Redusere fastlegenes arbeidsbelastning

Som beskrevet i kapittel 2 har oppgavemengden for fastlegene økt over tid og medført økt arbeidsbelastning for legene. Regjeringen har derfor vurdert hvordan arbeidsbelastningen som følge av ikke-kliniske oppgaver kan reduseres. Utredningene viser at det er ønskelig å videreføre de fleste oppgavene som en del av fastlegekontorenes arbeid, men at det kan gjøres grep for å redusere arbeids*belastningen* som de ulike oppgavene utgjør. Arbeidsbelastningen vil kunne reduseres ved en annen oppgavedeling internt i legekontoret, bedre løsninger for informasjonsutveksling og presisering i regelverk. Flere lege-

kontor har erfaringer med at andre personellgrupper ivaretar den daglige driften i legekontoret.

Det mest kraftfulle grepet regjeringen gjør, er å tilrettelegge for oppgavedeling med annet personell i fastlegekontorene, som omtalt i kapittel 3.3.1. Andre personellgrupper kan avlaste fastlegene for både kliniske og ikke-kliniske oppgaver som fastlegene i dag gjør.

Det er gjort en helhetlig vurdering av attest- og erklæringsområdet og av særskilte attester. I utkast til fastlegeforskrift som er sendt på høring, foreslår regjeringen en ny bestemmelse som presiserer at fastlegenes plikt til å utarbeide attester, er avgrenset til det som følger av lov og forskrift. Dette omfatter også regelverk der det ikke nødvendigvis er fastsatt at det skal legges fram attest fra lege, eller at fastlege er spesifisert, men der det er forutsatt at det skal legges fram dokumentasjon som er relevant for saken, knyttet til helse og sykdom.

Det har vært særlig oppmerksomhet på bruk av legetid til å utstede fraværsattester for elever i videregående skole, samt attester og erklæringer til Arbeids- og velferdsetaten.

Flere hensyn er blitt vektlagt når det gjelder fraværsattestene, for eksempel arbeidsbelastning for legene, men også formålet med fraværsordningen samlet sett og hensynet til utsatte barn og unge. Nye fraværsregler i videregående skole ble besluttet av regjeringen høsten 2024. De nye reglene vil gjelde fra august 2025 og skal hindre at elever vil oppsøke lege for å «spare» egenmeldingsdagene sine. Formålet er å redusere antall legebesøk fra skoleelever ved kortvarig sykdom der det ikke er grunn til å oppsøke lege. Samtidig skal regelverket om fravær sørge for at elever også kan få dokumentasjon fra lege, når de trenger det.

På Arbeids- og velferdsetatens område utstedes det en rekke attester og erklæringer. Dette er nødvendig for etatens arbeid. Regjeringen har igangsatt et samarbeid med sikte på å utvikle og implementere en kvalitetsmessig bedre og mer ressurseffektiv måte å utveksle informasjonen mellom Arbeids- og velferdsetaten og helse- og omsorgstjenestene på, se omtale i kapittel 6.8.

Regjeringen har også vurdert fastlegenes arbeid med sykmeldinger ved korttidsfravær. Regjeringen vil ikke endre fastlegenes rolle, men vil vurdere behovet for å iverksette tiltak for å gjøre den utvidede egenmeldingsretten bedre kjent for arbeidsgivere, arbeidstakere og sykmeldere slik at flere benytter seg av muligheten. Dette omtales nærmere i kapittel 6.8.2.

3.5 Innbyggere på fastlegelister uten en fast lege

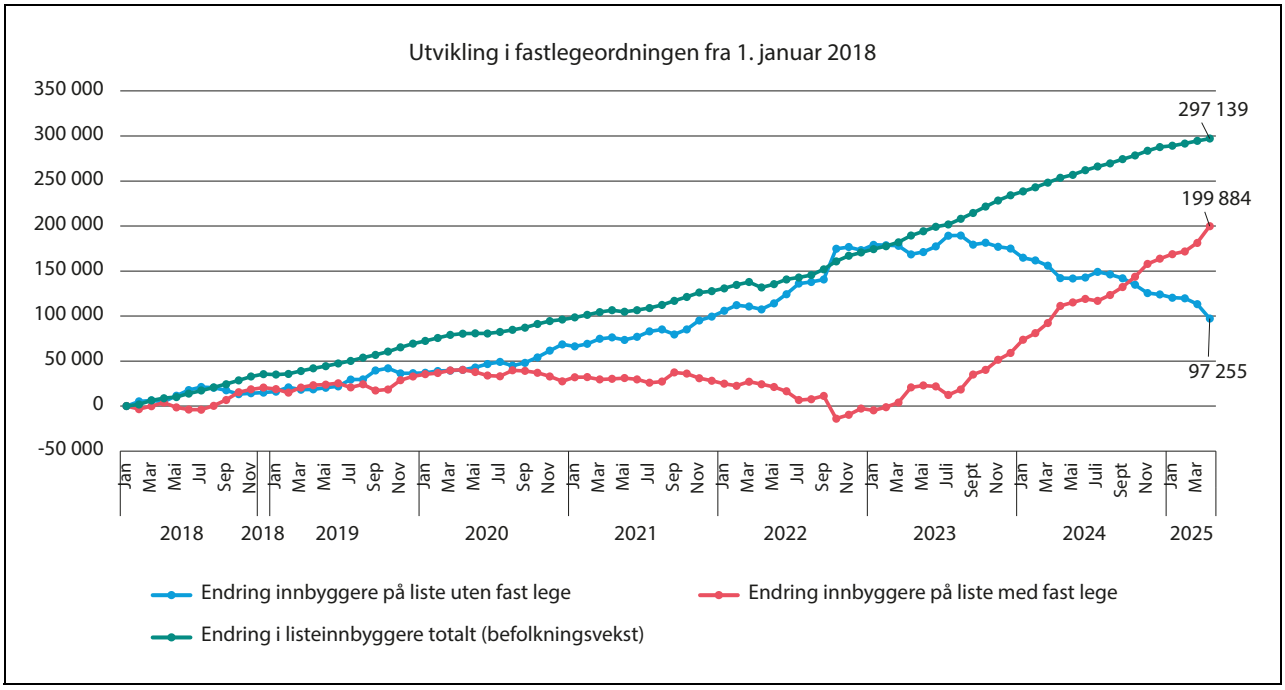
Det har aldri blitt rekruttert flere fastleger enn nå. Siden sommeren 2023 har ca. 187 500 flere innbyggere fått fast lege. Likevel er det for mange innbyggere som ikke har en fastlege å forholde seg til, eller som står på venteliste for å bytte. Det er et viktig mål for regjeringen at alle innbyggere i Norge har én fastlege, og at det skal være tilstrekkelig kapasitet i ordningen til at innbyggere som ønsker det, har mulighet til å bytte.

Det at listen ikke betjenes av en fastlege, betyr ikke at innbyggere ikke får allmennlegetjenester. Mer enn 90 prosent av listene betjenes av vikarer. Innbyggerne vil da kunne se på helsenorge.no hvem vikaren er. I de resterende tilfellene ivaretas ofte listen i fellesskap av leger ved legekontoret der listen er lokalisert etter avtale med kommunen. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten viste at innbyggere på lister uten fastlege mottar tilnærmet like mye allmennlegetjenester som andre.[10] Likevel er den beste løsningen for innbyggere, kommuner og leger at flest mulig lister betjenes av faste leger, og ikke av vikarer. Det tilrettelegger for stabilitet, kontinuitet og lavere kostnader, særlig i kommuner hvor det har vært utfordringer med kostbare vikarstafetter.

Det vil til enhver tid være lister uten fastlege, for eksempel i forbindelse med at fastleger pensjonerer seg, flytter eller slutter av annen årsak. Da kan det ta tid å få nye fastleger på plass. Andelen innbyggere på lister uten fast lege har variert over tid. Rett etter at ordningen ble etablert, og etter 2017 har andelen vært høyere enn i den mer stabile fasen mellom 2005–2015. I dette tidsrommet lå andelen på omlag 1 prosent. Toppunktet var på 4,2 prosent juli 2023. Per 1. april 2025 er tallet redusert til 2,4 prosent.

De viktigste tiltakene for å redusere antall innbyggere på lister uten fast lege er å utvikle tjenesten slik at den oppleves som en attraktiv arbeidsplass med gode fagmiljø. Tiltakene som denne regjeringen har gjort har både bidratt til å rekruttere flere fastleger og til at en større andel av de som blir fastleger, blir værende i ordningen. De overordnede grepene som beskrives i meldingen, vil bidra til å utvikle en tjeneste som er attraktiv for helsepersonell i hele landet. Fastlege-

[10] Ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport*



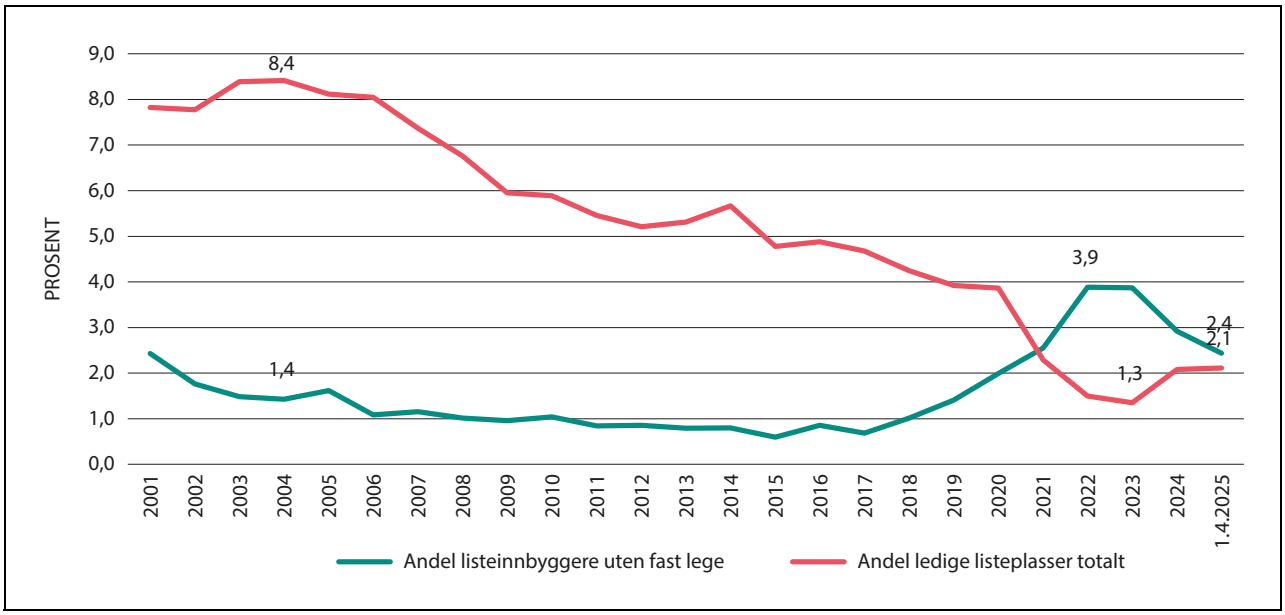
Figur 3.3 Figuren illustrerer utviklingen i fastlegeordningen fra 1. januar 2018 til 1. mars 2025 for hvor mange innbygere som står på liste uten fast lege, hvor mange innbyggere som har fått fastlege og totalt antall innbyggere tilknyttet fastlegeordningen.

kontor med flere yrkesgrupper vil kunne håndtere flere innbyggere enn i dag.

Samtidig mener regjeringen at det er nødvendig å iverksette mer kortsiktige tiltak, som raskt kan redusere antall innbyggere uten fastlege.

3.5.1 Målrettet innsats for kommuner med særlige utfordringer

Noen kommuner har vedvarende utfordringer med at mange innbyggere står på lister uten fast lege, enten periodevis eller over tid. Regjeringen



Figur 3.4 Figuren illustrerer det historiske forholdet mellom ledige plasser på fastlegers liste og andel innbyggere som står på en fastleges liste, men hvor listen ikke er betjent av en fast lege (betjenes i hovedsak av vikarer)

mener at det må gjøres en særlig innsats ovenfor disse kommunene. Helsedirektoratet er derfor bedt om å målrettet bistå disse kommunene med informasjon og veiledning. En del av kommunene med særlige utfordringer er distriktskommuner. Styrkingen av sentralitetstillegget i basistilskuddet, som beskrevet i kapittel 3.2.2, vil understøtte næringsdrift i distriktskommuner. Det samme vil tiltak rettet mot distriktskommuner som omtalt i kapittel 8.5.

3.5.2 Innstramming av mulighet til å låse fastlegelister

Antall innbyggere som kan være på en fastleges liste, er avtalt mellom fastlegen og kommunen. Når en fastleges liste blir full, lukkes den automatisk. Innbyggere som ønsker å bytte til en fastlege med full liste, må dermed sette seg på venteliste. Helfo har imidlertid mulighet til å låse fastlegelister på et lavere nivå enn det avtalte listetaket dersom kommuner ber om det, i dialog med sine fastleger. Denne ordningen ble innført som en mulighet ved særlige tilfeller, som ved en fastleges dødsfall, for å gi kommunene mulighet til å håndtere en akutt oppstått situasjon. Praksisen har imidlertid blitt mer omfattende, og den blir i dag benyttet av andre grunner enn det som var intensjonen.

Per 1. september 2024 var det om lag 20 000 ledige plasser på låste lister, fordelt på 566 fastlegelister. Dette er en økning fra 10–15 000 plasser i starten av 2022.

Regjeringen har bedt Helsedirektoratet og Helfo om å stramme inn muligheten for å låse lister slik at dette kun er et alternativ i særlige situasjoner. Lister som er låst i dag, må låses opp etter melding fra kommunen. Hvordan dette skal gjennomføres i praksis, vil Helsedirektoratet diskutere med Legeforeningen, KS og Oslo kommune.

3.5.3 Bedre kommunikasjon med innbyggerne, kommuner og leger

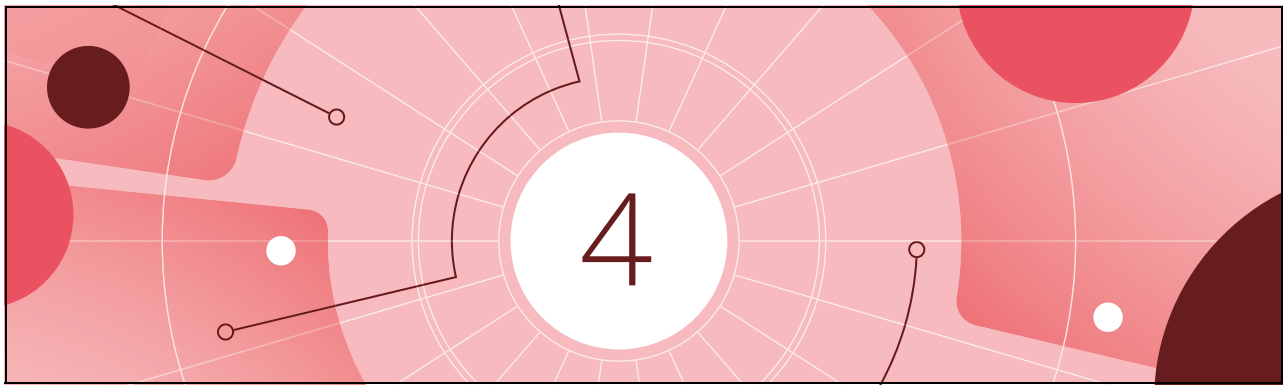
Alle innbyggere har mulighet til å bytte fastlege inntil to ganger per år. For innbyggere som står på lister uten fastlege, kan det være aktuelt å bytte til andre leger i kommunen eller nærliggende kommuner dersom det er ledig kapasitet der. Det er viktig at alle innbyggere er klar over sine rettigheter og muligheter i fastlegeordningen. Departementet har derfor bedt Helsedirektoratet vurdere hvilke kommunikasjonstiltak som kan være aktuelle, og iverksette kommunikasjonstiltak overfor innbyggere, leger og kommuner.

3.5.4 Videreutvikle statistikk om fastlegeordningen

Statistikk om forekomst av lister uten fast lege publiseres av Helfo hver måned. FLO Dashbord leverer oppdatert statistikk på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Det viser blant annet hvor mange lister som er ubesatt, og hvor lenge de har vært uten fastlege. Statistikken sier ikke noe om varigheten av vikaravtaler, noe som påvirker kontinuiteten mellom lege og pasient i perioden uten fast lege.

Det er ønskelig at tilgjengelig statistikk om fastlegeordningen gir et så riktig bilde av tjenesten som mulig, både som informasjonskilde til befolkningen og som styringsdata for offentlige myndigheter. Regjeringen vil be Helsedirektoratet utrede hvilke endringer som kan gjøres for å oppnå dette. Aktuelle nye mål kan være

- andel dager dekket av vikar for lister uten fast lege
- varighet av vikaravtaler – fordeling og gjennomsnitt
- andel konsultasjoner med samme lege for innbyggere på lister uten fast lege



Figur 4.1

4 En tilgjengelig og sammenhengende akuttmedisinsk kjede

Regjeringens mål er at innbyggere med akutt sykdom og skade får rask og trygg helsehjelp i hele landet. Norge har gode, desentraliserte akuttmedisinske tjenester. Sammenlikninger fra OECD viser blant annet gode resultater når det gjelder overlevelse etter hjerteinfarkt og hjerneslag.[1] Tjenestene har gjennomgått store endringer og blitt stadig mer profesjonaliserte. Det pågår arbeid med å innføre nye teknologiske og digitale løsninger i tjenestene og med å standardisere prosedyrer og utstyr. Regjeringen vil videreutvikle en faglig god og desentralisert tjeneste og styrke den lokale akuttberedskapen ved å ta alle ressursene i akuttkjeden i bruk og sørge for bedre prioritering og styring av disse. Regjeringen vil bygge på arbeidet som allerede er gjort i helseforetak og kommuner, og styrke de akuttmedisinske tjenestene gjennom bedre samarbeid og planlegging, innovative organisasjonsformer og bruk av teknologi og personell på nye måter.

4.1 Aktørene i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus

Det er viktig for bærekraften i tjenesten at så mye som mulig håndteres der folk bor. De kommunale helse- og omsorgstjenestene er sentrale i den akuttmedisinske kjeden og spiller en avgjørende rolle for at befolkningen i hele landet skal få god helsehjelp når noe akutt oppstår. I tillegg til legevakt, legevaktsentraler (LVS), fastleger og øyeblikkelig hjelp døgntilbud gjelder dette hjemmesykepleie, sykehjem og andre institusjoner der akutte hendelser oppstår og håndteres, men hvor øyeblikkelig hjelp ikke er den primære oppgaven. De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i spesialisthelsetjenesten omfatter bil-, båt- og luftambulansen samt akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK). Andre nødetater, frivillige organisasjoner og befolkningen selv spiller også en viktig rolle i akuttkjeden.

Følgetjenesten for gravide er en viktig del av beredskapen som gir trygghet for gravide og fødende med lang reisevei til sykehus. Følgetjenesten er organisert i et samarbeid mellom helseforetak og kommune, og de prehospitale tjenestene er involvert i tilbudet.

NOU 2015: 17 *Først og fremst* beskriver et helhetlig system som ivaretar befolkningens trygghet ved akutt sykdom og skade utenfor sykehus. Utvalgets 113 tiltak er i hovedsak fulgt opp. Tiltak som tidligere ikke er fulgt opp, for eksempel forslaget om å innføre krav om maksimal reisetid for legevakt, er utredet som ledd i arbeidet med denne stortingsmeldingen. NOU 2015: 17 ble godt mottatt i tjenesten, og grunntanken om at de akuttmedisinske tjenestene må fungere som en sammenhengende kjede, er lagt til grunn i utviklingen av de akuttmedisinske tjenestene mange steder og dette er også et viktig innsatsområde i denne meldingen.

[1] OECD (2023) *Health at a glance*

Boks 4.1 Regjeringen vil styrke lokal akuttberedskap

Regjeringen vil styrke den lokale akuttberedskapen gjennom bedre prioritering og styring av ressursene slik at innbyggerne i hele landet får forutsigbar og god helsehjelp ved akutt sykdom og skade, ved følgende tiltak:

- opprettholde folketrygdfinansieringen av legevakt, men ta sikte på å styre all aktivitetsbasert finansiering til kommunen
- helseforetakene skal gjennomgå og planlegge de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i samarbeid med kommunene
- revidere veileder for samarbeidsavtalen om beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. Effektiv ressursutnyttelse og hensyn til bærekraft legges til grunn
- utvikle en generisk modell for en sammenhengende akuttkjede og verktøy for å støtte innføring i tjenesten. Modellen er en veiledning for tjenestene om hvordan kjeden kan innrettes og videreutvikles
- redusere ventetidene på legevaktene ved å øke kapasiteten i allmennlegetjenesten og utnytte den bedre, bedre integrasjon mellom legevakt og øvrig allmennlegetjeneste og utrede hvordan oppgavedeling kan utnyttes i legevakt
- bidra til at alle kommuner oppfyller plikten til at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart
- utvikle tilskuddet for legevakt i distrikt til et bredere distriktstilskudd
- utrede hvordan digitale løsninger, herunder bruk av video og KI-baserte verktøy, kan nyttiggjøres på en mest mulig hensiktsmessig måte i legevakttjenesten og for personer som søker helsehjelp
- innhente kunnskapsgrunnlag for et nytt verktøy for beslutningsstøtte for medisinsk nødmeldetjeneste
- styrke opplæringen av operatører i AMK- og legevaktsentralene
- utrede hvordan øyeblikkelig hjelp døgntilbud best kan benyttes og tjenestens plass i den akuttmedisinske kjeden
- legge til rette for økt helsefrivillighet og styrking av befolkningens egenberedskap og førstehjelpskompetanse

4.2 Samarbeid og samhandling mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden

Innbyggerne skal være trygge på at de får faglig god helsehjelp ved akutt sykdom og skade. Sammenhengende tilbud og likeverdig tilgang til akuttmedisinske tjenester forutsetter at kommuner og helseforetak samarbeider om å utvikle disse tjenestene. Godt samarbeid mellom kommuner og helseforetak gir mer treffsikre tjenester, gjør at flere pasienter kan få helsehjelp på riktig nivå og unngår unødvendige forflytninger, og forebygger unødvendige akuttinnleggelser i sykehus. Dette er bra for pasientene og god bruk av ressursene.

Akuttmedisinforskriften stiller krav om samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester. Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre hensiktsmessig og koordinert innsats i tjenestene i den akuttmedisinske kjeden. De skal også sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, Hovedredningssentralen og andre myndigheter. Alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen, skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett. Forskriften stiller også krav om at personellet får nødvendig opplæring og trening i samhandling og samarbeid.

Helsefellesskapene skal være en drivkraft for samarbeid, tjenesteutvikling og felles planlegging mellom kommuner og helseforetak, jf. omtale i kapittel 8.2. Helsefellesskapene skal prioritere å samarbeide om utvikling av tjenester til utvalgte pasientgrupper, blant annet eldre med skrøpelighet, personer med flere kroniske lidelser og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Dette er pasientgrupper som ofte har behov for bistand fra de akuttmedisinske tjenestene, fordi de får akutt forverring i sin tilstand. Mange innspill til departementet understreker at også de akuttmedisinske tjenestene i større grad må innrettes for å ta seg av disse pasientene på en bedre måte.

Regjeringen har innført et rekrutterings- og samhandlingstilskudd som skal gi kommuner og

helseforetak større insentiver til å etablere lokalt samarbeid om gode tjenester, særlig for prioriterte pasientgrupper. Dette omfatter også de akuttmedisinske tjenestene.

4.2.1 Beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1, jf. spesialisthelsetjenesteloven 2-1e, slår fast at kommuner skal inngå samarbeidsavtaler med helseforetak. Samarbeidet skal ha som mål å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Krav til avtalens innhold angis i § 6-2. Avtalene skal blant annet omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for kommuner og helseforetak som ligger til grunn for samarbeidsavtalene. Samarbeidsavtalen om beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden skal ivareta områder som kommuner og helseforetak er forutsatt å samarbeide om.

Samarbeidsavtalene om akuttmedisinske tjenester bør være mer konkrete enn det som er lagt til grunn til nå. Avtalene bør også omfatte informasjon om hvilke ressurser som finnes, og hvor tilgjengelige de er. Dette omfatter også øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunen og responstider for ambulansetjenesten (jf. kapittel 4.3). Avtalene bør også omfatte avtalte samhandlingstiltak, bruk av akutthjelpere, omforente rutiner og behandlingsprosedyrer, samarbeid om felles fagutvikling og trening, hvordan definerte kvalitetsindikatorer følges opp og rutiner for avviksrapportering. Effektiv ressursutnyttelse og hensyn til bærekraft legges til grunn.

Helse- og omsorgsdepartementet vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å revidere veilederen for samarbeidsavtalen. Veilederen skal ligge til grunn for felles planlegging med utgangspunkt i helsefellesskapene, og det skal blant annet beskrives hvordan det akuttmedisinske tilbudet blir ivaretatt for innbyggere i legevaktdistrikt med lang reiseavstand til legevakt og ambulansestasjoner.

Lokal planlegging og utvikling

Utfordringene i de akuttmedisinske tjenestene treffer de ulike delene av landet ulikt. Den demografiske utviklingen vil forsterke utfordringene som allerede finnes, med tilgjengelighet, tilgang

Boks 4.2 Innhold i samarbeidsavtalen om beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

Etter Nasjonal helseberedskapsplan skal kommuner og helseforetak utarbeide beredskapsplaner innen helse- og omsorgstjenester. Beredskapsplaner skal utarbeides av alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, og er omfattet av helseberedskapsloven § 1-3. Flere særlover og forskrifter regulerer ansvaret nærmere på ulike områder.

Etter akuttmedisinforskriften skal kommunene og de regionale helseforetakene sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter, slik at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester, skal sikre at personellet som utfører tjenestene, får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne beredskapsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.

Alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen, skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett og ved å sikre prioritert informasjonsflyt både innenfor og mellom medisinske institusjoner, til mobile enheter og til samarbeidende etater.

Beredskap og den akuttmedisinske kjeden er tett koblet sammen og regulert i samme punkt i loven. Det er derfor viktig å se disse to områdene i sammenheng slik at planer og praktiske øvelser kan ha en tett kobling.

Ansvarsforhold ved samarbeidstiltak, inkludert arbeidsgiveransvaret må klargjøres, og organisering og finansiering av tiltak må beskrives i samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 Krav til avtalens innhold (2. ledd).

til personell og kompetanse. Dette innebærer at planlegging og utvikling av tilbudet må skje med utgangspunkt i lokale forhold og muligheter.

Det er nødvendig å tenke nytt om hvordan det akuttmedisinske tjenestetilbudet kan opprettholdes og utvikles for at befolkningen i hele landet skal motta gode tjenester. Kommuner og helseforetak må prøve ut nye tjenestemodeller og bruke teknologi, personell og kompetanse på nye måter. Mange av innspillene til departementet, både fra kommuner og helseforetak, har trukket fram eksempler på tjenestemodeller som bør breddes flere steder, for eksempel Akuttkjeden Telemark (jf. boks 4.3) og Rørosmodellen (jf. boks 4.6). Et annet eksempel er samarbeidet mellom Lillehammer kommune og Sykehuset Innlandet HF om prosjektet Bo trygt hjemme (jf. boks 4.4).

Tiltakene som er omtalt i kapittel 4.3.3 og 4.3.5 om innføring av teknologiske løsninger og digitalisering, vil gi nye muligheter for samarbeid mellom aktørene, mer sømløse tjenester og bedre ressursutnyttelse. Helsefelleskapene vil være arenaen for å videreutvikle samarbeidet mellom

Boks 4.3 Akuttkjeden Telemark

Akuttkjedeprosjektet Telemark, gjennomført i perioden 2016–2020, var et samhandlingsprosjekt mellom Sykehuset Telemark HF og kommunene. Prosjektet skulle bidra til en styrket akuttkjede innen somatikk og psykiatri i hele Telemark og likeverdig, ensartet og kunnskapsbasert praksis ved diagnostikk og behandling av akutte tilstander. En viktig erkjennelse i prosjektets kartleggingsfase var manglende tillit og respekt mellom aktørene og at pasientene opplevde forløpet som lite sammenhengende. Det ble derfor lagt vekt på å utvikle felles metoder og verktøy for alle som var involvert i et akuttforløp. Prosjektet hadde flere satsingsområder, blant annet å øke den akuttmedisinske kompetansen til hjemmetjenesten og dermed løfte deres rolle i akutte situasjoner. Et annet innsatsområde var å trene på effektiv kommunikasjon mellom de akuttmedisinske aktørene ved bruk av standardisert kommunikasjonsverktøy. Prosjektet har styrket kvaliteten og pasientsikkerheten i den akutte helsetjenesten og bidratt til å sikre pasienter rett behandling på rett nivå.

Boks 4.4 Prosjektet Bo trygt hjemme – integrerte tjenester på Lillehammer

Prosjektet Bo trygt hjemme er i regi av Lillehammer kommune i tett samarbeid med Sykehuset Innlandet HF. Målet er å tilby helhetlige og sammenhengende tjenester fra hjemmetjeneste, legetjeneste, ambulanse, helsehus og sykehus for å gi trygghet til hjemmeboende eldre og funksjonshemmede. En egen trygghetspatruljebil er i drift hele døgnet, alle dager. Bilen er bemannet med sykepleier eller paramedisiner og bistår den kommunale helse- og omsorgstjenesten med tjenester som kan utføres i hjemmet. Lillehammer kommune har en legevaktbil utstyrt som et legevaktkontor, slik at lege og sykepleier kan utføre avanserte undersøkelser og vurdere om pasienten kan behandles der den er. Det er utviklet digitale løsninger som bidrar til raskere og trygg behandling. Prosjektet bidrar til tettere samhandling mellom kommunen og helseforetaket om pasientene.

Boks 4.5 Akutt slagbehandling ved DMS Brønnøysund

Hjerneslag er en tidskritisk tilstand der rask behandling har stor betydning for utfallet. Effekten av behandling med trombolyse er bedre jo raskere den gis, og den må gis inntil fire og en halv time etter symptomdebut. Ved DMS Brønnøysund er det etablert «slagalarm» som innebærer at diagnostisering og behandling kan skje lokalt. Før måtte alle pasienter med hjerneslag transporteres til sykehus for CT og behandling. Luftambulanse var foretrukket transport, men ikke alltid mulig. Ved hjelp av fjernstyrt CT, videokommunikasjon og oppgavedeling kan pasientene nå få akuttbehandling av hjerneslag lokalt. Slagalarmen er et samarbeid mellom Helgelandssykehuset og Brønnøy kommune. Legevaktpersonell sørger for at CT-maskinen blir klargjort og koblet opp mot røntgenavdelingen ved sykehuset i Sandnessjøen. Radiograf i Sandnessjøen fjernstyrer CT-maskinen på DMS Brønnøysund. Ambulansepersonell gjør nevrologisk undersøkelse og gir trombolyse i samråd med sykehuslege i Sandnessjøen på video.

Boks 4.6 Røros prosjektet

Røros prosjektet er et samarbeid mellom St. Olavs hospital HF og Røros kommune om konseptet «mobil integrert tjeneste». Tjenesten innebærer at personell som har ansvar for akuttmedisinsk beredskap i lokalsamfunnet, også har oppgaver innenfor kommunens ansvarsområde. Ambulansepersonell som ikke er ute på oppdrag, skal kunne utføre oppgaver på vegne av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tidligere hadde Røros to ambulanser, henholdsvis én døgnbil og én dagbil. Det var få oppdrag for personellet ved ambulansetjenesten. Dagbilen ble erstattet med en helsevaktbil som er bemannet med en erfaren ambulansearbeider. Helsevaktbilen er utrustet som ambulanse (og legevaktbil), men uten båre. Ambulansearbeideren som bemanner helsevaktbilen, bidrar med sin kompetanse på legevakt, fastlegekontor og hos andre aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Ved akutte oppdrag rykker ambulansearbeideren ut, enten alene eller sammen med legevaktlege. I motsetning til ambulansene forblir helsevaktbilen i beredskapsområdet hele tiden, og har derfor kort responstid. Den lokale helsetjenesten opplever at bruk av helsevaktbil har ført til færre sykehusinnleggelser, bedre beslutningsstøtte og forbedret kvalitet på helsetjenesten.

Boks 4.7 Vurdering av brystsmerter på legevakt

Ved Oslo legevakt ble det i 2023 gjennomført en studie som evaluerte en ny og mer effektiv metode for å utelukke hjerteinfarkt hos pasienter med brystsmerter. For pasienter som i utgangspunktet hadde lav risiko for hjertesykdom, var to blodprøver med én times mellomrom effektiv og trygg, sammenliknet med den vanlige rutinen der pasientene venter fire timer mellom prøvene. Pasienter med brystsmerter utgjør en stor gruppe på legevakt, og på landsbasis henvises en betydelig andel av disse til sykehus for avklaring. Nye diagnostiske rutiner som dette gjør at flere pasienter vil kunne avklares i kommunene. På den måten kan den medisinskfaglige utviklingen endre arbeidsfordelingen og samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

helseforetak og kommuner. Regjeringen vil derfor gi de regionale helseforetakene i oppdrag å sørge for at helseforetakene gjennomgår og planlegger de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i samarbeid med kommunene, med mål om å styrke den lokale akuttberedskapen.

De beskrevne prosjektene er eksempler på at kommuner og helseforetak sammen finner gode løsninger, og utnytter tilgjengelige personellressurser bedre, noe som bidrar til at befolkningen får gode og likeverdige akuttmedisinske tjenester. Samtidig er det prosjekter som springer ut av lokale og regionale utfordringer og muligheter. Hvilke organisatoriske tiltak som er best egnet, vil variere i ulike deler av landet. Akuttkjeden Telemark er et prosjekt som, mer enn å se på organiseringen av tjenestene, har rettet innsatsen mot hvordan de ulike leddene kommuniserer og samhandler for at pasienter, pårørende og helsepersonell skal oppleve god samhandling og en sammenhengende kjede. Dette illustrerer at en sammenhengende akuttmedisinsk kjede ikke bare er avhengig av organisering, men av at aktørene har et felles språk, tillit til hverandre og at de opplever å være en del av et felles system. På bakgrunn av erfaringer fra Telemark og andre samhandlingsprosjekter vil Helsedirektoratet få i oppdrag å beskrive en generisk modell for en sammenhengende akuttkjede. Den skal ivareta pasientflyt og informasjonsflyt fra en hendelse inntreffer til endelig behandling er satt i verk. Modellen må legge til rette for pasientsentrert akuttflyt, felles metoder og verktøy for alle som er involvert i et akuttforløp, og tiltak for respekt og tillit mellom aktørene, slik at pasienter får helsehjelp av god kvalitet på riktig omsorgsnivå. Helsedirektoratet må også utvikle verktøy for å understøtte implementering i tjenesten. Et slikt rammeverk vil kunne ligge til grunn for samarbeidet mellom kommuner og helseforetak i regi av helsefellesskapene.

4.2.2 Frivillige organisasjoner og befolkningens rolle

Som omtalt i Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa* vil regjeringen legge til rette for at frivillig

sektor blir bedre integrert i helseberedskapen, både regulatorisk, i avtaler, planer og øvelser. Det innebærer blant annet at frivillige er vurdert som en ressurs for helseberedskapen, at frivillig personell må få oppfølging ved behov, og at konsekvenser for det frivillige skal tas hensyn til ved vurdering av tiltak. Regjeringen vil sørge for tettere dialog med frivillige organisasjoner gjennom et årlig dialogmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og frivillige organisasjoner. Utvalgene i den nye helseberedskapsmodellen som er omtalt i helseberedskapsmeldingen, skal ha i sitt mandat å sørge for kontakt og samarbeid med frivillige organisasjoner, der det er relevant.

Befolkningen er en viktig ressurs ved akutt sykdom og alvorlige ulykker ved at de tidlig identifiserer livstruende tilstander, varsler 113 og setter i verk livreddende førstehjelpstiltak før ambulanse/lege ankommer. Helsedirektoratet har utviklet *Nasjonal førstehjelpsstrategi for livslang læring (2023–2030)*. Den er bygd på erfaringene fra den nasjonale førstehjelpsdugnaden *Sammen redder vi liv (2017–2022)*. Dugnaden er den største satsingen på førstehjelpsopplæring i befolkningen i senere tid og er et samarbeid mellom de største frivillige organisasjonene, kommune- og spesialisthelsetjeneste og private aktører. Det er investert i ny teknologi, opplæringsprogrammer for barnehage og skoler, materiell til lærerutdanning og arbeidslivsprogrammer, kjøreskoleopplæring, kurs for vektere og satsing i kommunale helse- og omsorgstjenester. Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter i Helse Vest har etablert et tilbud til befolkningen der førstehjelpere kan få oppfølging etter alvorlige hendelser. Oppfølgingstilbudet består av samtale med erfarent helsepersonell. Akutthjelpere kan bidra med livreddende førstehjelp, og som del av dugnaden er det utviklet kursmateriell og systemer for varsling av akutthjelperoppdrag. Gjensidigestiftelsen har vært en viktig bidragsyter i dugnaden.

Befolkningens kunnskap om førstehjelp er grunnleggende i akuttberedskapen og i forbindelse med større kriser og krig. Det vises til Meld. St. 9 (2024–2025) *Totalberedskapsmeldingen – Forberedt på kriser og krig* hvor førstehjelp inngår i hva den enkelte kan gjøre for å styrke den sivile motstandskraften. I Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa* står det at befolkningens kunnskap om førstehjelp også er viktig for akuttberedskapen samlet sett. Regjeringen vil legge til rette for økt helsefrivillighet og styrking av befolkningens egenberedskap og førstehjelpskompetanse gjennom *Nasjonal førstehjelpsstrategi 2023–2030* og Helsedirektoratets oppfølging av denne.

Befolkningens evne til selv å vurdere alvorlighet og å vite hvor man skal henvende seg, er viktig for å unngå overbelastning på de akuttmedisinske tjenestene. Med økt helsekompetanse vil befolkningen i større grad være i stand til å kontakte riktig nivå i helsetjenesten og være i stand til å yte livreddende førstehjelp. Regjeringen vil legge fram en ny strategi for helsekompetanse, se kapittel 6.1.

4.2.3 Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester

For den samiske befolkningen er lange avstander en typisk utfordring. En annen utfordring er mangel på samisk språkkompetanse hos helsepersonell i de akuttmedisinske tjenestene. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres gjennom hele pasientforløpet. Mangel på samisk språkkompetanse kan være en utfordring i akutte situasjoner da det kan oppstå misforståelser og kommunikasjonssvikt. Det er derfor viktig å finne gode løsninger som gir tilgang til samisk språkkompetanse. Helseregionene fikk i 2024 i oppdrag å følge opp sluttrapporten *Nasjonalt prosjekt for tolkning av samiske språk*. Finnmarkssykehuset har styrket tilbudet med nordsamisk tolketjeneste og driver denne for alle sykehusene i Nord-Norge. Det er utviklet en egen bestillingsside der ansatte i spesialisthelsetjenesten, pasienter og pårørende kan bestille tolkeoppdrag, også via nett. Tilbudet gjelder både ved planlagte behandlingstimer og i akutte tilfeller.

4.3 Tilgjengelige akuttmedisinske tjenester

Det er en viktig del av samfunnskontrakten at befolkningen har trygghet for at de får faglig god helsehjelp ved akutt sykdom og skade. Ved behov for øyeblikkelig hjelp er tiden fra symptomstart til behandling viktig, og tilgjengeligheten til relevant akuttmedisinsk og allmennmedisinsk kompetanse har stor betydning. Likeverdig tilgjengelighet til akuttmedisinske tjenester påvirkes av mange forhold: tilstrekkelig rekruttering av allmennleger, akuttmedisinsk kompetanse hos annet helsepersonell i kommunen, reise- og ventetid til legevakt, responstid for ambulansetjenesten, digital tilgjengelighet, svartid i nødmeldetjenesten og til slutt hvordan de ulike aktørene i den akuttmedisinske

kjeden samhandler. Rammevilkårene for å levere akuttmedisinske tjenester varierer i ulike deler av landet, noe som også avspeiles i at utfordringsbildet varierer.

4.3.1 Tilstrekkelig rekruttering av leger til legevakt

Utfordringene i fastlegeordningen henger tett sammen med legevakt. Rapporten fra ekspertgruppe legevakt (2021) viste at fastleger i mindre legevaktdistrikter hadde flere timer legevakt og hyppigere helgevakt enn fastleger i større distrikter. En større andel jobber også nattevakter. Flere leger i ordningen vil være sentralt for å redusere arbeidsbelastningen for den enkelte lege. Regjeringens satsing på fastlegeordningen gjennom økt basis- og ALIS-tilskudd og det målrettede legevakttilskuddet har bidratt til en rekordhøy rekruttering av fastleger det siste året. I mange legevaktdistrikter er det allikevel fortsatt høy vaktbelastning.

For stor vaktbelastning påvirker rekrutteringen til fastlegeordningen, særlig i distriktene. Det er ikke ønskelig at leger pålegges arbeidstid som går langt ut over arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Samtidig er kommunene avhengige av rammevilkår som gjør det mulig å oppfylle sørge for-ansvaret for øyeblikkelig hjelp i hele landet.

Å redusere legenes arbeidstid i legevakt forutsetter enten å rekruttere flere leger til å dekke vaktbehovet eller å redusere antall timer som skal dekkes av lege på vakt. Tiltaket som vil ha størst og raskest effekt på fastlegers arbeidstid i legevakt, er å redusere antall legevakter og etablere større legevaktdistrikt. Dette må imidlertid balanseres mot eventuelt økt reisetid for innbyggerne og lokal tilknytning, jf. kapittel 4.3.2.

I forhandlingene om ny særavtale for legetjenesten i kommunene (SFS 2305) for perioden 1. januar 2024 til 31. desember 2025 (forhandlet fram i mai 2024) er partene enige om krav til antall leger i de ulike vaktordningene. Formålet med grensene er å sørge for at belastningen på den enkelte lege ikke blir for stor, samtidig som kommunene fortsatt har tilstrekkelig handlingsrom til å ivareta sitt sørge for-ansvar for befolkningen.

Regjeringen opprettet i 2022 et tilskudd for legevakt i små distriktskommuner. Helsedirektoratet beskriver at tilskuddet har hatt god effekt, og at det har bidratt til bedre rekruttering til legevaktordningen i de aktuelle distriktene. Den økte rekrutteringen til fastlegeordningen har også bidratt til at flere leger er tilgjengelige for legevakt. Tiltak i denne meldingen for å skape framtidens allmennlegetjeneste, vil indirekte ha positiv effekt på legevakt.

Legevakt henger tett sammen med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Særlig i mindre kommuner vil få leger dekke flere roller. Legevakttilskuddet adresserer rekrutteringsutfordringer i én tjeneste, noe som blir snevert for mange kommuner. Det er mange steder hensiktsmessig å se utfordringene i kommunene i sammenheng. Regjeringen ønsker derfor å utvikle tilskuddet til et bredere distriktstilskudd slik at kommuner i sentralitetsklasse fem og seks kan få tilskudd til å møte særskilte utfordringer for å levere likeverdige allmennlegetjenester av god nok kvalitet, uten at dette er isolert til legevakt. Se kapittel 8.5.1.

4.3.2 Tilgjengelighet til legevakt og responstid i ambulansetjenesten

Reisetid til legevakt

Avstand til et helsetilbud har betydning for hvor hyppig befolkningen benytter seg av det, også for tidskritiske tilstander. Det finnes ikke kunnskap om konsekvenser av denne sammenhengen på helse, sykelighet og dødelighet. Akuttutvalget fra 2015 foreslo likevel i NOU 2015: 17 et nasjonalt krav om at 90 prosent av befolkningen i hvert legevaktdistrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisevei til legevaktstasjon, og at 95 prosent av befolkningen skal ha maksimalt 60 minutters reisevei.

Antall kommunale og interkommunale legevakter har stabilisert seg det siste året. Oppdaterte beregninger basert på legevaktstrukturen i 2022 viser at 5,2 prosent av befolkningen har en reisetid på mer enn 40 minutter til legevakt, mens 1,5 prosent har reisetid på mer enn 60 minutter. Samtidig har innbyggerne i 71 kommuner gjennomsnittlig reisetid til nærmeste legevakt på mer enn 40 minutter, og i 30 kommuner er reisetiden i gjennomsnitt 60 minutter eller mer.

Helsedirektoratet har utredet innføring av maksimal reisetid til legevakt og vurderer at dette ikke bør innføres. Reisetid er bare én av flere faktorer som påvirker tilgjengeligheten til tjenesten. Ventetid før helsehjelp, tilgang til personell og kompetanse, tilgang på ressurser og utstyr og transportmuligheter er andre viktige faktorer. Helsedirektoratet vurderer at krav til de enkelte tjenestene ikke bør ses isolert, men som en helhet. Et reisetidskrav til legevakt kan føre til at kommuner og legevaktdistrikter organiserer og

optimaliserer sine områder med reisetid som viktigste indikator. En slik vektlegging vil dermed kunne gå på bekostning av viktigere tiltak for nødvendig tjenesteutvikling og kvalitetsforbedring for legevaktene og de andre aktørene i den akuttmedisinske kjeden. Kommunene må ha handlingsrom for å ivareta sitt sørge for-ansvar, og for stor grad av regulering kan utfordre dette.

Utfordringene med å oppnå god tilgjengelighet til legevakt varierer i ulike deler av landet basert på geografi, demografi, tilgjengelige ressurser og andre forhold. Regjeringen er enig med Helsedirektoratet og vurderer at nasjonale krav til enkeltelementer i kjeden, som maksimal reisetid til legevakt, vil gjøre det mer utfordrende å utvikle et helhetlig akuttilbud. Regjeringen vurderer derfor at det ikke bør fastsettes noen maksimalgrense for reisetid til legevakt.

Ventetid på legevakt

Mens lang reisetid til legevakt er en utfordring i distrikt, er lang ventetid ved legevakt en problemstilling i større byer. Lange ventetider er en sterk driver for veksten i det helprivate legevakttilbudet, både fysisk og digitalt. Dette bidrar til en todeling av helsetjenesten, hvor de med økonomiske ressurser kan kjøpe seg ut av køen. De siste årene har innbyggere med tilstrekkelige økonomiske ressurser fått stadig flere valgmuligheter innenfor helprivate allmennlegetjenester. Det er et kommunalt ansvar å dimensjonere kapasiteten på legevakttilbudet slik at ventetidene til nødvendig øyeblikkelig hjelp ikke blir for lang. Samtidig er legevakt en beredskapstjeneste som skal prioritere henvendelser av akutt karakter som ikke kan vente til neste dag. Mange henvendelser til de kommunale legevaktene kunne blitt håndtert hos fastlegene, men ender på legevakten fordi det oppfattes som det eneste tilgjengelige tilbudet. En kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning viser at majoriteten av pasientkontaktene i legevakt har laveste hastegrad, og at legevaktene bruker tid og ressurser på ikke-akutte tilstander.[2] Dette bidrar til økt ventetid for andre pasienter på legevakt.

I denne meldingen gjør regjeringen flere grep for å bedre tilgjengeligheten i den kommunale allmennlegetjenesten. Økt kapasitet i og innslag av annet personell i fastlegeordningen, krav til digital tilgjengelighet hos fastlegene og en prøveordning med kommunal nettlege vil øke kapasiteten og forbedre tilgjengeligheten, både fysisk og digitalt. Det vil bidra til mindre pågang til legevaktene, kortere ventetider og samlet sett bidra til å styrke legevakten som en beredskapstjeneste. Framtidige løsninger som hjelper innbyggeren med å vurdere symptomer og veiledning i hvilket omsorgsnivå de bør kontakte, for eksempel KI-baserte beslutningsstøttesystemer, vil også kunne bidra til bedre prioritering, lavere pågang og mer hensiktsmessig ressursbruk, jf. boks 5.2.

Regjeringen foreslår i høringsnotat om ny forskrift om fastlegeordning i kommunene å innføre plikt for næringsdrivende og kommunale fastlegekontor å være tilgjengelig for timebestilling på helsenorge.no. Dette muliggjør tettere integrasjon mellom legevakten og fastlegene. Pasienter som kontakter legevakten, men som ikke har behov for øyeblikkelig hjelp, kan få bistand til å bestille time hos egen fastlege. Dette vil bidra til at legevakten i større grad forbeholdes pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp, og at ventetidene for disse pasientene reduseres.

I denne meldingen beskrives det grep for å øke oppgavedelingen gjennom en mer fler- og tverrfaglig fastlegeordning. Rammene for oppgavedeling i legevakt er annerledes fordi det er snakk om akutte problemstillinger, der dette ofte er første møte mellom pasienter og helsepersonell, og fordi helsepersonellet ofte ikke har tilgjengelige journaldata om pasienten. Dette stiller særlige krav til medisinskfaglig kompetanse. Likevel er det rom for at sykepleiere og annet helsepersonell kan utføre flere oppgaver enn i dag, også direkte pasientbehandling. Dette kan særlig være aktuelt ved større legevakter der problemet med lange ventetider er størst. Regjeringen vil derfor utrede hvordan oppgavedeling kan utnyttes i legevakt.

En mobil legevakttjeneste

I tillegg til sentralisering av legevakter de siste tiårene har legevakttjenesten også blitt mindre mobil. Antall sykebesøk viste en nedadgående trend i mange år, fra om lag 685 000 hjemmebesøk på legevakt i 1995 til 67 000 besøk i 2013.[3] De siste årene har det igjen vært en svak økning. Tall fra Helsedirektoratet viser at det i 2022 ble gjennomført snaut 88 000 sykebesøk på legevakt. Økningen i antall sykebesøk de siste årene kan ses i sam-

[2] Ekspertgruppe legevakt (2021). *Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet*

[3] Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (2014). *Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget*

menheng med at stadig flere legevakter har legebiler dedikert til formålet.

Utviklingen mot færre sykebesøk har hatt konsekvenser både for den samlede kapasiteten i legevakttjenesten, men også for ambulansetjenesten. Legevaktleger på stasjonær legevakt håndterer flere pasienter per vakt enn leger som kjører sykebesøk. Slik sett bidrar dette til å øke den totale kapasiteten. Mange av pasientene som på 1990-tallet fikk sykebesøk, kommer nå til legevakten og får en adekvat vurdering der. En utilsiktet virkning av utviklingen er at en andel av det som før var sykebesøk med mer kompliserte problemstillinger, i dag håndteres av ambulansetjenesten i såkalte «vurderingsoppdrag». Disse oppdragene krever en leges vurderingskompetanse. Det vises til boks 4.10 for omtale av samarbeid mellom AMK Oslo og Moss legevakt om bedre håndtering av disse oppdragene. Ambulansetjenesten rapporterer om en relativt stor økning av slike oppdrag. Dette bidrar til at ambulanseoppdragene både tar lang tid, og at pasientene ofte transporteres til og eventuelt fra legevakt eller sykehus, fordi ambulansene mangler adekvat vurderingskompetanse. Denne utviklingen er utfordrende av flere grunner, blant annet:

- Særlig eldre, skrøpelige og psykisk syke ville hatt det bedre hvis de fikk vurdering og eventuelt behandling hjemme/på oppholdsstedet, gjennom et sykebesøk, uten å forflyttes.
- Ambulansetjenesten brukes til transportoppdrag som ikke gir god kvalitet for pasienten, og som samtidig legger beslag på ressurser og påvirker beredskap og tilgjengelighet.

Akuttmedisinforskriften slår fast at kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart. Bestemmelsen kom i 2015, og det er grunn til å tro at den har bidratt til at antall sykebesøk har økt de siste årene. Mange legevaktdistrikter har organisert seg slik at de kan ivareta utrykningsplikten, både ved organisatoriske grep og ved investering i legebiler og utstyr. Terskelen for at legevaktlegen deltar i oppdrag utenfor legevaktlokalene, blir lavere når forholdene er lagt til rette for dette, med egnet organisering, utstyr og kjøretøy. Utviklingen i tjenestene går i retning av at stadig flere analyser kan gjøres pasientnært. Dette gir bedre muligheter for diagnostikk og behandling der pasienten oppholder seg. Samtidig er det fortsatt kommuner som ikke oppfyller plikten til utrykning. Regjeringen vil bidra til at kommunens plikt til å rykke ut realiseres, blant annet ved å spre erfaringer med legevaktbil og andre måter å oppfylle plikten på.

I mange interkommunale legevaktdistrikter er avstandene såpass store at den reelle muligheten for å reise på mange sykebesøk er begrenset. I pilot legevakt[4] har sykepleiere ved flere av satellittlegevaktene etablert en praksis der de reiser i sykebesøk mens legevaktlege deltar via video. Dette øker tilgjengeligheten til kommunale øyeblikkelig hjelp-tjenester i disse kommunene og kan bidra til bedre samarbeid med ambulansetjenesten og til å integrere legevakten i de øvrige kommunale tjenestene. På denne måten kan teknologi også bidra til en mer mobil legevakttjeneste. For nærmere omtale av pilot legevakt og satellittlegevakter, se kapittel 4.3.3. Fra 2023 er det innført en ny takst for å honorere legevaktlegenes arbeid med beslutningsstøtte til ambulansetjenesten. Taksten kan også benyttes dersom det under e-konsultasjon med annet helsepersonell anses som nødvendig med øyeblikkelig hjelp-utredning og behandling på legevakt eller fastlegekontor samme dag.

Det finnes ikke noe endelig svar på hva som er riktig fordeling av oppgaver mellom legevakt og ambulansetjenesten, men sykebesøk er et godt eksempel på hvordan endringer i én tjeneste påvirker rammevilkårene til en annen. Det er viktig at forholdene tilrettelegges, for at kommuner og helseforetak kan ta hensyn til denne problemstillingen når de utvikler en samlet akuttmedisinsk kjede for at de samlede ressursene brukes best mulig.

Vilkår for å bruke betegnelsen legevakt

I en tid der det blir flere tilbud, kan det være viktig at pasienter og pårørende kan skille klart mellom hva som faktisk er kommunal legevakt, og hva som ikke er det. Etter hvert som omfanget av privatbetalte helse- og omsorgstjenester øker, kan det bli vanskeligere for befolkningen å orientere seg om hva som tilbys, hvem som er tilbyder, og om det offentlige betaler for tjenestene. Det kan oppstå fare for forveksling mellom de offentlige tilbudene med lav egenbetaling og private tilbud hvor pasientene må betale fullt ut selv, eller gjennom privat forsikring. Det kan også være et problem at pasientene tror de får et tilbud hos virksomheter som kaller seg legevakt, som ikke samsvarer med de forventningene som betegnelsen gir opphav til. Helse- og omsorgsdeparte-

[4] Helsedirektoratet (2023). *Pilot legevakt – oppsummering og anbefaling av prosjektet*

mentet tar denne våren sikte på å legge fram forslag til ny hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven om å stille vilkår for å bruke betegnelsen legevakt. Det er også adgang til å stille vilkår om at det skal framgå av betegnelsen om legevakten er privat. Dersom det er fastsatt vilkår for bruk av betegnelsen legevakt og disse ikke er oppfylt, vil det være forbudt å bruke betegnelsen.

Responstider i ambulansetjenesten og standard for kompetanse og utstyr

Det har vært en betydelig aktivitetsvekst i ambulansetjenesten. I sentrale strøk opplever ambulansetjenesten kapasitetsutfordringer. Samtidig er det ambulansestasjoner i spredt bebygde strøk med stagnasjon eller reduksjon i antall oppdrag. Det er eksempler på ambulansestasjoner i distriktene som har svært lav oppdragsfrekvens (opp mot 93 prosent beredskapstid). Dette gir høye beredskapskostnader, lite pasienttid og gjør det utfordrende for ambulansepersonellet å opprettholde kompetansen.

Stortinget har bedt regjeringen forskriftsfeste responstider for ambulansetjenesten og sette en standard for kompetanse og akuttmedisinsk utstyr i ambulansebilene og ved ambulansebasene. Vedtaket ble fattet i forbindelse med Stortingets behandling av Meld. St. 5 (2020–2021) *Samfunnssikkerhet i en usikker verden*.

Helsedirektoratet har utredet konsekvensene av å forskriftfeste dagens veiledende mål for responstider i ambulansetjenesten (jf. boks 4.8). Utredningen viser at de årlige kostnadene vil øke i en størrelsesorden mellom 780 millioner kroner og 1,26 milliarder kroner ut over dagens nivå, avhengig av om kravet skal oppnås på regionalt nivå eller helseforetaksnivå. Det vil være behov for mellom 62 og 115 nye ambulansestasjoner, mellom 96 og 147 nye ambulansebiler og mellom 700 og 1 200 flere årsverk. Det vil i tillegg påløpe kostnader til oppføring og vedlikehold av nye ambulansestasjoner, utdanning av flere ambulansearbeidere, vedlikeholdstrening mv. Med flere ambulansestasjoner med svært få oppdrag vil utfordringen med å rekruttere og beholde ambulansepersonell som verken får brukt eller opprettholdt sin kompetanse, bli enda større enn nå.

Helsedirektoratet har også utredet alternative måter å forskriftsfeste responstid på: 1) forskriftsfeste dagens mål, men hvor tiden brukt i AMK ekskluderes, 2) forskriftsfeste dagens mål kun for tidskritiske diagnoser, 3) forskriftsfeste faktisk oppnådde responstider målt med median, og 4) en modell der kravet som gjelder for grisgrendte strøk, forskriftsfestes, mens det veiledende målet for byer og tettsteder videreføres. Ingen av de alternative modellene kan gjennomføres innen gjeldende budsjettrammer. Samtlige modeller innebærer behov for flere ambulansestasjoner, biler og ambulansepersonell. Modell 4 vil for Helse Nord innebære at det må etableres 131 stasjoner for å nå målet om at ambulansen skal være fremme innen 25 minutter i 90 prosent av tilfellene. Det vil gi 67 stasjoner med færre enn ett oppdrag per dag og fem stasjoner med mindre enn to oppdrag per uke. Dette vil gjøre det svært utfordrende å opprettholde faglig kompetanse og å rekruttere personell.

Helsedirektoratets utredning har gitt et kunnskapsgrunnlag som belyser konsekvensene av å forskriftsfeste responstid for ambulansetjenesten og utfordringene det medfører i praksis. Helsedirektoratet anbefaler ikke å forskriftsfeste responstider. De akuttmedisinske tjenestene er allerede svært detaljert regulert sammenliknet med andre deler av helsetjenesten. Særegne krav i forskrift eller til enkelte deler av den akuttmedisinske kjeden vil kunne gå ut over mulighetene til

Boks 4.8 Responstid

Responstid for ambulansetjenesten er tiden det tar fra akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) varsles til ambulanse er på hendelsesstedet. Responstid er en nasjonal kvalitetsindikator for ambulansetjenesten. Den angir at bilambulansen skal være framme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 90 prosent av hendelsene i tettbygde strøk og innen 25 minutter i 90 prosent av hendelsene i grisgrendte områder. Ingen av de regionale helseforetakene nådde målene i 2023, men det er gjennomgående bedre resultater for grisgrendte strøk enn for tettbebygde strøk. Helse Nord og Helse Sør-Øst hadde best måloppnåelse for henholdsvis tettbebygde strøk og grisgrendte strøk i 2023. I Helse Nord var ambulansebil framme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 79,2 prosent av hendelsene i tettbygde strøk. I Helse Sør-Øst var ambulansebil framme innen 25 minutter i 83,3 prosent av hendelsene i grisgrendte strøk.

Helsedirektoratet

å planlegge for helhetlige tjenester. Regjeringen er enig i intensjonen bak Stortingets vedtak om å forskriftsfeste responstider, som er å trygge befolkningen for at de får rask hjelp ved akutt sykdom og skade. Regjeringens vurdering er imidlertid at Stortingets vedtak om forskriftfesting av responstider ikke kan gjennomføres i praksis.

Helsedirektoratet mener at det beste virkemiddelet som kan bidra til kort responstid, er å styrke hele akuttkjeden. De mener vurderingstiden i AMK bør ekskluderes fra dagens responstidsmål, jf. boks 4.8. Det vil gi AMK-operatørene bedre forutsetninger for å gjøre riktige vurderinger av hastegrad og ressursbruk, se også kapittel 4.3.5 om kompetanse, beslutningsstøtte og respons. Helsedirektoratet mener også at annet helsepersonell enn ambulansepersonell, blant annet legevaktlege, bør kunne inngå i responstidsmålet hvis de er første helsepersonell på stedet, og kan gi nødvendig helsehjelp. Regjeringen er enig i dette. I tillegg bør helseforetakene i større grad legge til rette for ulike typer pasienttransport og bedre logistikk. Det vil kunne begrense belastningen på akuttambulanser og slik styrke akuttberedskapen og responstidene. Helsedirektoratet har også fått i oppdrag å lage et nytt kvalitetsindikatorsett for hele den akuttmedisinske kjeden. Aktørene kan bruke dette som grunnlag for planlegging og utvikling av tjenesten.

Helsedirektoratet har også utredet behovet for å sette en standard for kompetanse og utstyr i ambulansetjenesten. De akuttmedisinske tjenestene er regulert, blant annet gjennom krav i akuttmedisinforskriften. Det foreligger også en veileder som stiller krav til utstyr i ambulanser. Bakgrunnen for anmodningsvedtaket var et ønske om større grad av samarbeid nasjonalt om teknologiløsninger, prosedyrer og kompetanse. Helsedirektoratets gjennomgang viser at de regionale helseforetakene samarbeider og harmoniserer kompetanse og utstyr, blant annet gjennom felles teknologiløsninger for AMK og ambulansetjenesten. Det bidrar til standardisering og felles grensesnitt som vil gjøre det lettere å koble aktørene i de akuttmedisinske tjenestene sammen. Dette er nærmere omtalt i kapittel 4.3.5. Helsedirektoratets gjennomgang viser også at helseforetakene i større grad samarbeider om å harmonisere opplæring, blant annet gjennom felles kurskonsepter. Videre er det etablert et nasjonalt samarbeid om retningslinjer for ambulansetjenesten (FRAm), der alle helseforetakene deltar. Formålet med FRAm er å få kunnskapsbaserte og oppdaterte retningslinjer for ambulansetjenesten. Det er utarbeidet felles rutiner som dekker alt fra medisinske og operative prosedyrer, legemiddelhåndtering og sikkerhetssjekk av ambulanser og utstyr. Gjennom FRAm er det etablert et nettverk av spesialister og fageksperter som samarbeider på tvers av helseforetakene, og kan utvikle felles kunnskapsbaserte retningslinjer. Dette er en arbeidsform som bidrar til effektiv ressursbruk, at retningslinjene er i tråd med den faglige utviklingen, og at praksis er enhetlig på tvers av helseforetak.

Helsedirektoratets vurdering er at det ikke bør fastsettes detaljerte, nasjonale krav til kompetanse og utstyr ut over det som allerede foreligger. Helsedirektoratet viser til at de regionale helseforetakene har et sørge for-ansvar og selv bør vurdere behovet for utstyr og kompetansekrav basert på regionale forhold, så lenge dagens forskriftskrav er oppfylt. De regionale helseforetakene samarbeider om felles teknologiløsninger, retningslinjer og kompetanse. Det nasjonale/interregionale samarbeidet om standardisering av prosedyrer, utstyr og innhold i ambulansetjenesten er nærmere omtalt i kapittel 4.3.5 og 4.5.1. Regjeringen anser anmodningsvedtakets del om å sette en standard for kompetanse og akuttmedisinsk utstyr i ambulansebilene og ved ambulansebasene som oppfylt gjennom det nasjonale/interregionale samarbeidet.

Den akuttmedisinske kjeden må ses i sammenheng

Selv om regjeringen ikke foreslår å forskriftsfeste maksimal reisetid til legevakt eller krav til responstider i ambulansetjenesten, mener regjeringen det er viktig at befolkningen opplever tilgjengeligheten til det samlede akuttmedisinske tilbudet som god nok.

Regjeringen mener at kommuner og helseforetak som dekker de legevaktdistriktene som ikke når målene for reisetid til legevakt som ble satt av Akuttutvalget i 2015, må ha konkrete planer for hvordan befolkningen skal motta et tilgjengelig nok øyeblikkelig-hjelp tilbud. Hva som skal til for å sikre et tilgjengelig tilbud i områder med lang reisetid til legevakt, vil variere mellom regionene. Omforente planer for den akuttmedisinske kjeden kan inneholde både tiltak som kompenserer for selve reisetiden til legevakt, og tiltak som kompenserer for konsekvensene av reisetid til legevakt. Den samlede tilgjengeligheten innbefatter også responstider i ambulansetjenesten. Disse planene bør beskrives i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak, jf. kapittel 4.2.

4.3.3 Bruk av digitale løsninger i legevakt

Det er rom for bedre utnyttelse av digital kontakt med pasienter og pårørende, også i legevakt. Legevakter får mange henvendelser om problemer som pasienter i flere tilfeller kan finne ut av selv, eller som primært trenger en avklaring av hastegrad før de eventuelt kan løses i dialog med fastlege. Både videokontakt og kartleggingsskjema er metoder som kan støtte legevaktarbeid og bidra til å redusere unødvendige oppmøter på legevakt. Mange legevaktsentraler har tatt i bruk video som beslutningsstøtteverktøy for operatører. Opprettelse av videostrøm via mobiltelefon gjør at operatør ser det samme som innringer. Dette kan gi operatør en riktigere forståelse av situasjonen. Se også omtale av teknologi og digitalisering i medisinsk nødmeldetjeneste i kapittel 4.3.5.

Bruk av teknologi har potensial til å desentralisere tjenesteutøvelsen i det akuttmedisinske tilbudet samtidig som personell og kompetanse organiseres i mer sentrale, robuste enheter. I pilot legevakt på Nord-Vestlandet ble det forsøkt en ny organisasjonsmodell for legevakt for å sikre bærekraftige og forsvarlige legevakttjenester i grisgrendte områder. I to legevaktdistrikter ble det etablert legevaktsatellitter bemannet med sykepleier i utvalgte kommuner perifert i legevaktdistriktet. Ved satellittene gjennomførte lege fra legevaktsentral konsultasjonen via video, med pasient som ble assistert av annet helsepersonell (oftest sykepleier) i en legevaktsatellitt. Innbyggere fra disse kommunene fikk tilbud om å oppsøke legevaktsatellittene eller den ordinære interkommunale legevakten.

Alle aktørene beskriver videokonsultasjonene som tilfredsstillende og helsetilbudet som ble gitt ved satellittene, som forsvarlig.[5] I de fleste kommunene har modellen gått over i ordinær drift etter pilotperioden. Helsedirektoratet beskriver i sin evaluering at modellen har medført kompetanseløft til kommunene, økt kommunal tilstedeværelse ved akuttoppdrag/røde responser i satellittkommunene og flere sykebesøk ved satellittsykepleier der lege er med på video.

Pilot legevakt er et eksempel på at teknologi benyttes til å levere legevakttjenester i distriktene, uten at det medfører økt behov for legeressurser i de samme distriktene. Det muliggjør også en bedre integrering av legevaktressursene i andre kommunale tjenester, som hjemmesykepleie og sykehjem, se kapittel 4.3.4.

Selv om et slikt tilbud krever ressurser og nytte-kostnadsvurderingene vil kunne variere på bakgrunn av lokale forhold, kan videosatellitter være en aktuell ressurs når kommunene og helseforetakene sammen skal planlegge sitt framtidige akuttmedisinske tilbud i helsefellesskapene. Særlig bør samarbeid mellom legevaktsatellitter i større legevaktdistrikt og ambulansetjenesten videreutvikles.

Regjeringen vil legge til rette for at innbyggerne har tilgang til digitale tjenester i fastlegekontoret (jf. kapittel 5). Dette vil kunne avlaste legevakten. Å organisere utprøvingen av den kommunale nettlegen i tilknytning til legevakttjenesten vil for noen kommuner kunne være en god og effektiv måte å utnytte ressursene på. Samtidig har digitale konsultasjoner ved satellittlegevaktene blitt vurdert som forsvarlige, og tilbakemeldingene ved bruk av video i legevaktsentral er gode. Den kommunale nettlegen kan også her være en ressurs dersom denne bres ut.

Det skjer en rask utvikling i KI-baserte verktøy som vil kunne effektivisere og endre hvordan tjenesten innrettes og organiseres. Regjeringen vil utrede hvordan digitale løsninger som video og KI-baserte verktøy kan nyttiggjøres på en mest mulig hensiktsmessig måte i legevakttjenesten og for personer som søker helsehjelp, se boks 5.2 og 5.4.

4.3.4 Akuttmedisinsk kompetanse hos annet helsepersonell i kommunen

Personell i hjemmetjenesten, på sykehjem og ved andre kommunale helseinstitusjoner, jobber tett på de sykeste innbyggerne i kommunen gjennom hele døgnet. Det er disse innbyggerne som bruker akuttmedisinske tjenester mest. Akuttmedisinsk vurderingskompetanse i omsorgstjenestene er viktig for å kunne gi helse- og omsorgstjenester til flere nært der de bor eller i eget hjem. Akuttmedisinsk vurderingskompetanse kan, sammen med behandlingsplaner og planer for akutt forverring, hindre både over- og underforbruk av legevakt og andre tjenester i den akuttmedisinske kjeden. Betydningen av dette vil øke etter hvert som andelen eldre i befolkningen øker. Akuttmedisinsk vurderingskompetanse er særlig viktig for kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene til eldre med skrøpelighet, se kapittel 6.5.1. Regjeringen vil forbedre kompetansen i alders- og sykehjemsmedisin for å styrke kvali-

[5] Helsedirektoratet (2023). *Pilot legevakt – oppsummering og anbefaling av prosjektet*

teten i tjenestene til hjemmeboende med store behov og beboere i kommunale institusjoner, se kapittel 7.2.4. Erfaringene fra pilot legevakt tilsier at når infrastrukturen for å gjennomføre digitale konsultasjoner er på plass i tillegg til tilstedeværende lege, er det mulig å utvikle tjenestetilbudet i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videosamtale til legevaktlege fra helsepersonell på sykehjem eller hjemmesykepleie vil kunne øke kvaliteten på de medisinske beslutningene, forhindre unødvendig forflytning av pasienter til legevakt eller redusere behovet for sykebesøk. Sykepleiere på legevaktsatellitter kan reise på sykebesøk med lege som støtte på video. Legevaktlegen kan også bruke video for å bidra med beslutningsstøtte for ambulansetjenesten.

Døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp

Kommunene har siden 2016 hatt plikt til å tilby døgnopphold for innbyggere med behov for øyeblikkelig hjelp som kommunen selv har muligheten til å utrede, behandle eller yte omsorg til, og som ikke har behov for spesialisthelsetjenester. Dette har gitt kommunene større ansvar for mer avansert behandling enn tidligere. Det er stor variasjon i hvordan kommuner har innrettet øyeblikkelig hjelp døgntilbud, og hvordan de bruker plassene. Rollen til øyeblikkelig hjelp døgntilbud i den akuttmedisinske kjeden er ikke tydelig definert, og dette kan være til hinder for effektivt samarbeid og bruk av kompetanse. For å bruke ressursene på best mulig måte og gi alle lik tilgang til akuttmedisinske tjenester vil organiseringen av tjenestene kunne variere lokalt. Mange kommuner har også opprettet tjenester som kan være komplementære til øyeblikkelig hjelp døgntilbud, slik som ulike oppfølgingsteam eller døgnbemannet trygghetspatruljebil på Lillehammer (jf. boks 4.4). Innspill til meldingsarbeidet viser at det er behov for bedre kunnskap om dette tjenestetilbudet. Regjeringen vil utrede hvordan øyeblikkelig hjelp døgntilbud best kan benyttes og denne tjenestens plass i den akuttmedisinske kjeden.

4.3.5 Medisinsk nødmeldetjeneste – teknologi og digitalisering

Medisinsk nødmeldetjeneste er et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser ved behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helse- og omsorgstjenesten. Medisinsk nødmeldetjeneste omfatter akuttmedisinske kommunikasjonssentraler og legevaktsentraler som skal motta og håndtere henvendelser, og sørge for at pasientene får riktig behandling til rett tid. Sentralene er ofte befolkningens første kontaktpunkt og akuttkjedens portvoktere.

Det har vært stor vekst i henvendelser til medisinsk nødmeldetjeneste, jf. tabell 4.1 og 4.2. Befolkningsveksten var på 2,5 prosent i samme tidsperiode. Dette tilsier at det er andre forhold enn befolkningsveksten alene som forklarer økningen.

Akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK)

Hovedoppgavene til AMK er å motta medisinsk nødtelefon 113 fra publikum, vurdere behovet for akutt helsehjelp, fastsette hastegrad, gi profesjonell veiledning til innringer, sette i verk nødvendig respons og ha oversikt over tilgjengelige ressurser. Det er 16 AMK-sentraler som håndterer nasjonalt medisinsk nødnummer. Fire sentraler (Tromsø, Trondheim, Oslo og Bergen) koordinerer og utfører flight following for ambulansehelikoptrene i helseregionen, det vil si å monitorere og følge opp helikopter på oppdrag for å ivareta sikkerheten ved uventede hendelser.

Det ble registrert 775 509 anrop til AMK i 2023, over 130 000 flere enn før koronapandemien. AMK Oslo har flest henvendelser med om lag en tredjedel av alle anropene hvert år. Oppdragsveksten i nødmeldetjenesten fører i neste omgang til flere ambulanseoppdrag, jf. omtale under kapittel 4.5.1.

Helsedirektoratet vurderer det som sannsynlig at økningen i antall henvendelser til medisinsk nødmeldetjeneste vil fortsette. Som følge av den

Tabell 4.1 Anrop til AMK-sentralene

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Antall anrop til AMK	605 504	637 799	624 082	666 352	745 805	775 509
Derav AMK Oslo	200 485	224 987	226 440	234 260	254 400	260 169

Kilde: Helsedirektoratet

Tabell 4.2 Anrop til legevaktsentralene

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Antall anrop til LVS	2 831 640	2 809 249	3 419 902	3 503 955	3 431 318	3 159 073

aldrende befolkningen vil medisinsk nødmeldetjeneste også måtte håndtere mer komplekse henvendelser fra publikum, i tillegg til økt volum. Det er derfor viktig at medisinsk nødmeldetjeneste kan ivareta sin viktige prioriterings- og portvaktfunksjon.

Legevaktsentraler

Legevaktsentralene mottar og håndterer henvendelser om øyeblikkelig hjelp innenfor et gitt legevaktdistrikt. Det er i dag 94 legevaktsentraler. Mange kommuner samarbeider om tjenesten. Legevaktsentralen skal gi medisinskfaglige råd og veiledning, anbefale og registrere tiltak, kommunisere direkte med AMK og andre legevaktsentraler samt koordinere legevaktleger som er på sykebesøk.

Antall anrop til legevaktsentralene falt noe i 2023 sammenliknet med pandemiårene 2020–2022. Pågangen er likevel over ti prosent høyere enn før koronapandemien.

Kompetanse, beslutningsstøtte og respons

Departementet har fått flere innspill om at det både er behov for bedre beslutningsstøtteverktøy ved AMK og legevaktsentralene, og det er behov for et nasjonalt opplæringsprogram for operatører i medisinsk nødmeldetjeneste. AMK-operatørene har begrenset tilgang til pasientjournal i sykehus, hos fastlege eller legevakt og har begrenset tid til å gjøre vurderinger. Helsedirektoratet angir at beslutningsstøtteverktøyene som brukes ved AMK (Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp), kan være upresis og gi rom for ulik fastsetting av hastegrad og triagering.

I legevaktsentralene er de vanligste beslutningsstøttesystemene Legevaktindeks, som bygger på Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp og Manchester telefontriage.

Helsedirektoratet peker på at det er store variasjoner mellom de enkelte AMK i prioritering og bruk av ambulanseressurser, som ikke kan begrunnes i befolkningsvekst eller sykelighet i befolkningen. En forklaring kan være at beslutningsstøtteverktøyet legger til rette for at for mange pasienter løftes til en høyere prioritet enn nødvendig (overtriage). For stor oppmerksomhet på overtriagering kan også føre til en trettbarhet i tjenestene – som igjen kan gi risiko for undervurdering av symptomer og tegn som ikke er helt åpenbart livstruende, men som likevel ikke må overses.

Det er viktig at operatørene i medisinsk nødmeldetjeneste får nødvendig tid til å gjøre gode vurderinger. Dette, sammen med bedre beslutningsstøtteverktøy, kan legge til rette for å gjøre så riktig triagering som mulig. Vurderingstiden i AMK inngår i kvalitetsindikatoren som måler responstid for ambulanse, det vil si tid fra AMK varsles til ambulansebil er på hendelsesstedet. Dette samsvarer ikke med at den faglige vurderingen er den avgjørende faktoren for riktig ressursbruk, og vurderingstiden i AMK bør ekskluderes i kvalitetsindikatoren, jf. kapittel 4.3.2.

AMK skal ha tilgjengelig lege med akuttmedisinsk kompetanse på døgnbasis. De fleste helseforetakene har valgt å bemanne legetjenesten i AMK med anestesilege som er på vakt i luftambulansetjenesten. Denne organiseringen av legeressursene i AMK kan gi noen utfordringer, blant annet kan tilgjengeligheten til legen utfordres, når legen er ute på oppdrag. Helseforetakene bør vurdere om oppgaven som AMK-lege kan organiseres på en annen måte. Kompetansekrav i legevaktsentral og AMK er omtalt i kapittel 7.1.2.

Helsedirektoratet vil få i oppdrag å innhente kunnskapsgrunnlag for et nytt verktøy for beslutningsstøtte for medisinsk nødmeldetjeneste. Dette vil være grunnlaget for å utvikle et nytt verktøy for beslutningsstøtte for medisinsk nødmeldetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet vil i neste omgang initiere utvikling av et standardisert opplæringsprogram for operatører i medisinsk nødmeldetjeneste. Dette må ses i sammenheng med innføringen av nye og bedre teknologiske løsninger som i de kommende årene vil forbedre nødmeldetjenesten.

4.3.6 Bruke teknologi på nye måter

Framtidens akuttmedisinske kjede må bruke personell og teknologi på nye måter. Oppgavedeling og teknologiske nyvinninger vil prege hele helse- og omsorgstjenesten framover, også den akutt-

medisinske kjeden. Den akuttmedisinske kjeden understøttes av ulike IKT-løsninger med begrensede integrasjoner seg imellom og til andre systemer. Det er behov for både IKT-systemer og også personvernvurderinger som muliggjør aktiv deling av nødvendige og oppdaterte pasientdata for de ulike helseaktørene.

I spesialisthelsetjenesten pågår det nå flere anskaffelser og implementering av nye løsninger med større grad av integrasjon, men disse er i begrenset grad felles for helseforetakene og kommunene. Flere av løsningene åpner imidlertid for at legevakt og andre kommunale helse- og omsorgstjenester kan bli integrert i systemene på sikt. Elektronisk pasientjournal i ambulanse og ny IKT-løsning i AMK vil etter hvert gi helseforetakene tilgang til data som også vil bidra til bedre utvikling av tjenestene.

For pasientene betyr dette at helsetjenesten vil henge bedre sammen, og at informasjon er tilgjengelig for flere ledd i kjeden. Standardisering legger til rette for et felles grensesnitt som vil gjøre det lettere å koble aktørene i akuttmedisinsk tjeneste sammen. Bruk av video bidrar til å flytte spesialisert vurderingskompetanse ut fra sykehusene til dit pasienten er, og aktivering av video fra AMK bidrar til det samme. Felles løsning for landets AMK betyr fleksibilitet og ikke minst sikkerhet ved store hendelser eller ved feil (etablering av redundans).

Nasjonal ambulansejournal

Elektronisk ambulansejournal (prehospital journalløsning) ble innført i bil- og båtambulansene i alle fire helseregioner i 2024. Det arbeides for å ta i bruk løsningen i luftambulansetjenesten. Integrasjon med medisinsk utstyr gjør det enkelt å registrere vitale parametere, EKG og andre relevante data direkte inn i journalen. Med prehospital elektronisk journalløsning kan helsepersonell på sykehuset følge med på informasjon om pasienten i sanntid, før pasienten kommer til sykehuset. Felles elektronisk ambulansejournal gir også nye muligheter for å levere gode data på kvalitetsindikatorer og legger dermed et godt grunnlag for kvalitetsarbeid.

Multimonitor

Multimonitor er en maskin med livsviktig utstyr i ambulansene som brukes til å måle pasientens blodtrykk, oksygenmetning, puls og temperatur. Ambulansearbeiderne bruker også utstyret for å overvåke hjertet (EKG), og den har innebygd hjertestarter. Det er gjennomført en nasjonal anskaffelse av nye multimonitorer med felles nasjonal mottaksløsning. Løsningen er en viktig del av den totale løsningen for den akuttmedisinske kjeden, blant annet koblet opp mot elektronisk ambulansejournal.

Utstyret er tatt i bruk i flere helseforetak, og planen er full innføring i løpet av 2026. Løsningen kommuniserer ikke på tvers av helseregionene i første omgang. Dette vil være mulig på sikt. Det vil også bli mulig å knytte luftambulansetjenesten og legevakt mv. til løsningen samt å drive tjenesteutvikling på tvers av nivåene i den akuttmedisinske kjeden.

AMK-IKT

Det er inngått kontrakt og satt i gang begrenset utprøving av en ny moderne IKT-plattform i alle AMKer. Oppstart av pilot ved første AMK er planlagt i første del av 2025. Innføringen nasjonalt vil strekke seg over noen år. Løsningen vil gi alle AMKer anledning til å samarbeide om oppdragshåndtering og fordele hendelser seg imellom. Dette skjer ved direkte digital samhandling innenfor én felles løsning. Når løsningen er innført i alle AMK, vil det bidra til betydelig bedre beredskap, også ved store hendelser.

Kommunikasjonsløsning i den akuttmedisinske kjeden

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF har anskaffet ny kommunikasjonsløsning for telefoni, video, tekst og Nødnett som skal innføres i alle AMKer, legevaktsentraler og somatiske akuttmottak. Planlagt periode for innføring er fra mai 2025 og utover i 2026. Løsningen gjør det mulig å samhandle på tvers av alle kontrollrom, uavhengig av om de befinner seg i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Samarbeid på tvers av sentraler kan gjøre nødmeldetjenesten mer robust.

Video for AMK og legevaktsentraler

De fleste AMKer og legevaktsentraler har tatt i bruk video som beslutningsstøtteverktøy for operatører. Ved Vestre Viken HF ble videosamtale opprettet i over 30 prosent av anropene i desember 2024. Opprettelse av videostrøm via mobiltelefon gjør at operatør ser det samme som innringer. Dette bidrar til å hindre misforståelser og gir operatør en riktigere forståelse av situasjonen.

Boks 4.9 Prehospital video i samhandling (PreVIS)

Siden 2019 har ambulansetjenesten i Sykehuset Innlandet HF prøvd ut mobilt hodekamera for å motta beslutningsstøtte fra legevakt eller spesialist fra sykehus. I prosjektet som pågår (PreVIS2), er målet å implementere løsningen innen sommeren 2026. Mobilt hodekamera skal også prøves ut med og mellom andre aktører i akuttkjeden, slik som kommunale helseinstitusjoner, Røde Kors, andre nødetater og Forsvaret. Parallelt skal det utvikles en løsning for videoassistert beslutningsstøtte der ulike typer videoløsninger kombineres med annen teknologi, for eksempel multimonitor, ultralyd og termisk kamera. Prosjektet ledes av Sykehuset Innlandet HF i samarbeid med Prehospital Innovationsarena i Sverige. Utprøvingen skjer i samarbeid mellom ambulansetjenesten i Innlandet, Lillehammer og Sel kommune, LMS Nord-Gudbrandsdal og LMS Valdres.

Nødnett

Regjeringen har satt i gang et forprosjekt for anskaffelse og implementering av neste generasjon Nødnett, som kombinerer statlig eierskap og kjøp fra kommersielle mobiloperatører. Regjeringen har vedtatt, og staten ved Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har inngått kontrakt om forlengelse av drift av dagens Nødnett til og med 2031. Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF koordinerer de regionale helseforetakenes og den kommunale helse- og omsorgstjenestens bidrag i prosjektet, som ledes av DSB. Helsedirektoratet og Norsk Helsenett SF bidrar også i prosjektet.

4.3.7 Bistand fra akutthjelpere

Akutthjelpere er en viktig ressurs som kan bidra med livreddende førstehjelp. Kommunene og de regionale helseforetakene kan i henhold til akuttmedisinforskriften, som en del av sin akuttberedskap, inngå avtale om bistand fra akutthjelpere. Akutthjelpere kan være medlemmer av frivillige organisasjoner eller kommunalt brann- og redningsvesen. Bistand kan komme i tillegg til eller i påvente av at personell fra de øvrige akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk hjelp. Helsedirektoratet har laget en nasjonal veileder for akutthjelperordningen.

Det skal være trygge og gode rammer for den avtalebaserte akutthjelperordningen. Akutthjelperne skal føle seg trygge på at de ikke blir møtt med erstatningskrav, etter å ha bistått pasienter i akuttmedisinske situasjoner. Helse- og omsorgsdepartementet mener at det som utgangspunkt vil være helse- og omsorgstjenesten, ikke den enkelte akutthjelperen, som vil bli erstatningsansvarlig for feil som har skjedd innenfor den akuttmedisinske tjenesteutøvelsen, herunder den avtalebaserte akutthjelperordningen. Det vil si feil som følge av manglende hjelp eller som følge av feil behandling utført av helse- og omsorgstjenesten i etterkant av akutthjelperens inngripen. Den enkelte akutthjelper anses ikke som helsepersonell og er derfor ikke omfattet direkte av pasientskadeloven. Deres innsats vurderes som førstehjelp inntil helsepersonell kommer til stedet. Departementet er ikke kjent med at det finnes eksempler på erstatningskrav overfor akutthjelpere, og vurderer at sannsynligheten for svikt i førstehjelp som gis av akutthjelpere som påfører pasienten skade med tilhørende erstatningsansvar, som liten. Departementet mener at det med utgangspunkt i hva man kan forvente av kvalitet og kompetanse på ytelse av førstehjelp fra akutthjelpere og befolkningen ellers, vil være lite aktuelt å rette et erstatningskrav for pasientskade direkte mot akutthjelper.

4.4 Endret finansiering av legevakt

Regjeringen tar sikte på å endre finansieringen av legevakt slik at modellen i større grad samler finansierings- og sørge for-ansvaret hos kommunene, legger til rette for bruk av fastlønn, fremmer innovasjon og nye tjenesteformer og muliggjør tettere integrasjon med øvrige kommunale tjenester. Folketrygdfinansieringen av aktivitet i legevakt opprettholdes, men regjeringen tar sikte på å gjøre endringer i forskrift som sørger for at Helfo-refusjonene utbetales til kommunene i alle legevaktdistrikter. Dette innebærer å videreføre dagens ordning i mange kommuner, men det blir en endring i kommuner der legene i dag selv mottar refusjonene fra Helfo.

Finansieringen av legevakttjenesten skal understøtte kommunenes mulighet til å ivareta sørge for-ansvaret for øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene. I dette ligger sentrale hensyn som tilstrekkelig tilgjengelighet for innbyggerne, helseberedskap, samhandling med øvrig kommu-

nal helse- og omsorgstjeneste og den akuttmedisinske kjeden og kommunenes mulighet til å disponere ressursene på en bærekraftig og hensiktsmessig måte.

Legevakten skal være for alle, men ikke for alt. Å premiere høy aktivitet medfører høy inntjening ved legevakter med stor pågang og bidrar til god kapasitet og tilgjengelighet. Tilgjengeligheten vil kunne komme på bekostning av aktivitet som ikke utløser takster, som samhandling og dialog med andre deler av akuttkjeden, og vil kunne svekke portvaktrollen. Den aktivitetsbaserte finansieringen gir inntektsusikkerhet for leger og kommuner i legevaktdistrikt der aktiviteten er lavere, og hvor mer av tiden brukes til beredskap.

Samtidig er det en sterk vekst i helprivate legevakttilbud både ved ordinære legevaktstasjoner i de større byene og ved digitale tilbud i hele landet. Dette kan bidra til en todeling av legevakttilbudet. God nok tilgjengelighet i den samlede kommunale allmennlegetjenesten, inkludert legevakttjenesten, er avgjørende for å motvirke denne utviklingen.

En finansieringsmodell for legevakt må derfor balansere ulike hensyn mot hverandre. Legeforeningen og KS har i to partssammensatte arbeider de siste årene pekt på mer bruk av fastlønn i legevakt som en ønsket utvikling, blant annet på grunn av argumentene som er skissert over.[6] Fastlønn er utbredt i mange legevaktdistrikter i dag, særlig i områder med lav forventet aktivitet. Der det er grunnlag for det, er næringsdrift fortsatt dominerende modell.

Finansiering av legevakt berøres av finansieringsmodellen for fastlegeordningen ved at aktiviteten i legevakt honoreres over normaltariffen. Økt andel basistilskudd kan dermed få betydning for finansieringen av legevakt ved at nivået på takstene relativt sett reduseres. For regjeringen er det viktig at de økonomiske insentivene til aktivitet i legevaktordningen opprettholdes. Samlede refusjoner og egenandeler som følge av aktivitet i legevakt skal ikke reduseres.

At folketrygdfinansieringen opprettholdes, innebærer at staten fortsatt bidrar til å utjevne de finansielle rammevilkårene mellom kommunene. Takster som grunnlag for aktivitetsdata og forskning videreføres, og kommuner som i deler av året har økt etterspørsel etter legevakttjenester (f.eks. turistkommuner), får kompensert dette gjennom takster.

Samtidig vil kommunene få større handlingsrom og mulighet til å tilpasse finansieringen av egne legevaktleger for å møte lokale behov. I legevaktdistrikter med stor pågang og behov for høy aktivitet vil kommunene og legene fortsatt kunne avtale å videreføre en høy andel aktivitetsbasert komponent i avlønningen som i dag, mens andre kommuner vil velge fastlønn.

4.5 Ambulansetjenesten

Ambulansetjenesten omfatter bil-, båt- og luftambulansetjenesten. Ambulansetjenesten er finansiert gjennom basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. I statsbudsjettet for 2025 har regjeringen redusert andelen innsatsstyrt finansiering fra 40 til 30 prosent med en tilsvarende økning av basisbevilgningen. Regjeringen har også i beregningen av demografikostnadene lagt til grunn at marginalkostnaden utgjør 100 prosent av gjennomsnittskostnaden. Dette innebærer en generell styrking av økonomien som gjør at helseforetakene kan prioritere oppgaver som ikke gir inntekter gjennom innsatsstyrt finansiering, herunder de prehospitale tjenestene.

4.5.1 Bil- og båtambulansetjenesten

Ambulansetjenesten har utviklet seg fra å være en ren transporttjeneste til å bli en avansert akuttmedisinsk ressurs når det gjelder kompetanse, diagnostikk og behandling. Kvalifisert helsepersonell rykker ut til pasienter med akutt sykdom eller skader, setter i verk stabiliserende behandling og bringer pasienten til lege eller sykehus under kontinuerlig overvåkning.

Bil- og båtambulansetjenesten er viktig for befolkningens tilgang til akuttmedisinske tjenester og utfører om lag 97 prosent av alle ambulanseoppdrag. I 2023 var det 526 ambulansebiler som gjennomførte 764 153 oppdrag. Det var om lag 6 500 oppdrag med båtambulanse og 19 600 oppdrag med luftambulanse, viser tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og Luftambulansetjenesten HF.

Tall fra SSB viser at i perioden mellom 2012 og 2023 har det totale antall ambulanseoppdrag økt med 20 prosent. Antall akutte oppdrag med ambulansebil har i perioden økt med 63 prosent, fra om lag 200 000 akutte oppdrag i 2012 til 325 000 i 2023. Antall vanlige oppdrag har gått ned med 22 prosent, fra om lag 201 000 i 2012 til 159 000 oppdrag i 2023. Andelen akuttoppdrag varierer mellom helseforetakene, og den mest markante økningen i akutte oppdrag har vært i Helse region Sør-Øst.

[6] Helsedirektoratet (2023). *Partssammensatt arbeidsgruppe på legevakt*

Ifølge Helsedirektoratet er det ingen åpenbar forklaring på økningen i akutte oppdrag. Som omtalt kan overtriagering i AMK, altså at flere pasienter løftes til høyere prioritering enn nødvendig, være en årsak til økningen. Det er derfor behov for å gjennomgå kunnskapsgrunnlaget for å utvikle et nytt verktøy for beslutningsstøtte i medisinsk nødmeldetjeneste.

Utviklingen med færre sykebesøk og utrykninger fra legevakt fører til mange unødvendige ambulansetransporter og transporter av pasienter til og fra legevakt. Mange av oppdragene krever legevaktlegens vurderingskompetanse, jf. kapittel 4.3.2. Dette gjelder ofte eldre pasienter med sammensatt sykdomsbilde og som ofte allerede mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, enten i eget hjem eller på institusjon. Både samarbeidet om akuttkjeden i Telemark og Bo trygt hjemmesamarbeidet mellom Lillehammer kommune og Sykehuset Innlandet HF (boks 4.4) er eksempler på samarbeidsformer som bidrar til at disse pasientgruppene kan få nødvendig oppfølging og behandling der de er. Et viktig innsatsområde i disse prosjektene er å øke den akuttmedisinske kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og dermed løfte deres rolle i de akuttmedisinske tjenestene.

Personell og kompetansekrav i ambulansetjenesten

Utvikling av ambulansefaget, bedre utdanning og ny teknologi gir stadig flere muligheter for avansert diagnostikk og behandling utenfor sykehus. Ambulansearbeidere er autorisert helsepersonell, og de er grunnmuren i ambulansetjenesten. Regjeringen har lansert et fagarbeiderløft som skal bidra til en forsterket satsing på utdanning av fagarbeidere til helse- og omsorgstjenestene, herunder ambulansearbeidere.

Stortinget besluttet i 2022 å gi paramedisinere autorisasjon som helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 48 første ledd. Før paramedisinere ble omfattet av autorisasjonsordningen, var personellet i ambulansetjenesten i hovedsak autorisert som ambulansearbeidere. Det var imidlertid flere som hadde kompetanse fra videreutdanning i paramedisin eller prehospitale tjenester. Det første kullet på bachelorutdanningen i paramedisin ble ferdig utdannet i 2017. I lovforslaget (Prop. 236 L (2020–2021)) ble det vektlagt at bachelorutdanningen i paramedisin gir en mer spisset akuttmedisinsk kompetanse enn fagbrevet for ambulansearbeidere, og at formaliseringen av bachelorutdanningen i paramedisin dekker et økt behov for kompetanse innen prehospital akuttmedisin.

Overgangsordning for rett til autorisasjon som paramedisiner

Etter anmodning fra Stortinget har regjeringen vedtatt en overgangsordning som i en avgrenset periode gir ambulansearbeidere og sykepleiere rett til autorisasjon som paramedisinere etter nærmere vilkår. Formålet med overgangsordningen er å sikre at personellet i tjenesten med spesialisert utdanning og lang yrkeserfaring fortsatt skal ha mulighet til å fungere i samme rolle etter innføring av autorisasjon i paramedisin. Ifølge de regionale helseforetakene har et flertall av helsepersonellet i gruppene som omfattes av overgangsordningen, i stor grad arbeidsoppgaver og ansvar tilsvarende det som forventes av en autorisert paramedisiner i ambulansetjenesten.

Overgangsordningen innebærer at for søkere med autorisasjon som sykepleier eller ambulansearbeider, stiller forskriften krav om enten videreutdanning i paramedisin eller mastergrad i prehospitale tjenester i tillegg til fem års yrkeserfaring fra prehospitale tjenester. For søkere med autorisasjon som både ambulansearbeider og sykepleier stilles det krav om fem års yrkeserfaring fra prehospitale tjenester. Personellet kan søke Helsedirektoratet om autorisasjon som paramedisiner dersom kravene til både utdanning og yrkeserfaring er oppfylt innen 1. januar 2030.

Ambulansebiler og utstyr

Helsedirektoratet har i rundskriv fastsatt krav til godkjenning og bruk av ambulanser mv. og hvordan disse skal uniformeres og merkes. De fleste helseforetakene har også innført pasient/syketransportbiler («hvite ambulanser») for transport av pasienter, både sittende og liggende på båre, men som ikke har behov for medisinsk overvåkning eller behandling. Disse bilene utfører oppdrag som ikke haster eller er akutt, og bidrar til å avlaste ambulansetjenesten og øke den samlede beredskapen.

Flere helseforetak har intensivambulanser og legebiler. Intensivambulansene er utstyrt som mobile intensivenheter og brukes primært til overflytting av pasienter mellom sykehus, og som krever mye utstyr. Flere helseforetak har etablert ordninger med anestesibemannet legebil i tillegg til legebilene som er knyttet til luftambulanse- og redningshelikopterbasene (jf. boks 4.12). Legebilen bidrar til tidlig å få avansert diagnostikk og behandling ut til pasienten.

Beredskapsambulanser er biler som eies og bemannes av frivillige fra Røde Kors Hjelpekorps og Norsk Folkehjelp. Beredskapsambulanser er, etter avtale, et supplement til den ordinære ambulansetjenesten. De tar seg av mindre alvorlige oppdrag og forflytninger på oppdrag fra AMK dersom den ordinære ambulansetjenesten ikke har kapasitet. Beredskapsambulansene brukes også i forbindelse med idrettsarrangementer, konserter mv.

Riktig bruk av transportmiddel og kompetanse i den akuttmedisinske kjeden er viktig både for å opprettholde beredskap og utnytte knappe ressurser på en god måte. Dette forutsetter helhetlig planlegging og dimensjonering av de alternative transportressursene innad i spesialisthelsetjenesten og felles planlegging og samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Boks 4.10 Samarbeid mellom AMK Oslo og Moss legevakt om bedre håndtering av hasteoppdrag

AMK Oslo og Moss legevakt har etablert et prosjekt som handler om bedre håndtering av gule oppdrag (hasteoppdrag som skal avvikles uten opphold, men vanligvis uten bruk av blålys og sirene). Dette er oppdrag som AMK tidligere ville sendt ambulanse til. Nå varsler AMK Moss legevakt om de gule oppdragene slik at legevaktbilen får mulighet til å reise ut på oppdraget alene eller med ambulanse. Dette vurderes av legen på legevaktbilen. Hvis legevaktbilen er opptatt eller det ikke er hensiktsmessig å reise ut, avvises oppdraget, og ambulanse sendes alene. Både AMK, legevakten, ambulansetjenesten og sykehuset er fornøyde med resultatene så langt. Erfaringene er at det gir bedre pasientbehandling, besparelse for ambulansetjenesten, trolig færre unødvendige innleggelser i sykehus, og personellet på legevaktbilen bruker beredskapstiden til nyttig arbeid. Viktige pasientgrupper for dette prosjektet er eldre med skrøpelighet som får stor belastning av transport og forflytning til annen lokasjon. Alvorlig psykisk syke kan avklares på stedet framfor å transporteres med politi og ambulanse til legevakt. Prosjektet har overføringsverdi til andre legevakter.

Bedre transport og behandling av pasienter med psykiske lidelser

Det er viktig at helsetjenesten sørger for god transport og behandling av pasienter med psykiske lidelser. Dette kan gjøres gjennom kompetansehevende tiltak i ordinær ambulansetjeneste eller ved egne psykiatriambulanser, som er etablert i Bergen og Stavanger. Erfaringen er at psykiatriambulanser ikke er egnet i hele landet, fordi pasientgrunnlaget varierer, og dette utfordrer ifølge de regionale helseforetakene prinsippet om en likeverdig tjeneste til befolkningen. Det er også en utfordring at psykiatriambulanse ikke er tilgjengelig for bruk av alle psykiske helseoppdrag, på grunn av samtidighetskonflikter og begrenset åpningstid. I en del tilfeller er det også uklart hva som er problemstillingen ved en akutt hendelse, og ambulansepersonell må kunne ivareta somatiske og psykiske lidelser like godt. Det er helseregionene som må vurdere hva som er mest hensiktsmessig organisering av og bruk av ressursene i ambulansetjenesten.

Etterspørselen etter psykiatriambulanse har særlig kommet fra politiet, med begrunnelse i at dette kan begrense antallet politiutrykninger. Regjeringen er opptatt av riktig bruk av politi og helsepersonell i ulike situasjoner. Selv om samarbeidet fungerer godt mange steder, viser erfaringer at politiet enkelte ganger opplever å bli brukt for ofte, og at helsetjenesten noen ganger erfarer at det er vanskelig å få bistand fra politiet. Helsedirektoratet og Politidirektoratet har revidert rundskrivet *Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse – oppgaver og samarbeid* (2023). Rundskrivet presiserer når det er behov for bistand fra politiet i forbindelse med transport, og når helsetjenesten selv kan ivareta dette. Et mål med samarbeidet er å løse oppgavene på en minst mulig inngripende måte og til det beste for pasientene.

Helsedirektoratet og Politidirektoratet har i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap utviklet et felles e-læringskurs om rundskrivet. De har også avholdt en nasjonal konferanse for helse- og omsorgstjenesten og politietaten og med deltakere fra brann- og redningsetaten (2024).

Helse Nord RHF har i samarbeid med politiet og ambulanseflyoperatøren utarbeidet en egen samarbeidsrutine for transport av pasienter med psykiske lidelser med luftambulanse.

Felles retningslinjer for ambulansetjenesten

Felles retningslinjer for ambulansetjenesten (FRAm) ble etablert av Prehospitale fellestjenester Midt-Norge i 2014 med støtte fra Helse Midt-Norge RHF. Samarbeidet startet som et regionalt arbeid med å standardisere retningslinjer og prosedyrer. Helgelandssykehuset var det første helseforetaket utenfor Helse Midt-Norge RHF som sluttet seg til samarbeidet i 2019. Fra november 2024 er alle helseforetakene med i samarbeidet.

Formålet med FRAm er å få kunnskapsbaserte og oppdaterte retningslinjer og prosedyrer for ambulansetjenesten. Dette vil legge til rette for enhetlig praksis, likeverdige helsetjenester og redusere uønsket variasjon i behandlingen. Gevinstene er bedre pasientsikkerhet med ensartede retningslinjer, effektiv ressursbruk ved å unngå dobbeltarbeid og fragmenterte løsninger og bedre samarbeid om å måle effekten av tiltakene som innføres.

Gjennom FRAm er det etablert et nettverk av spesialister og fageksperter som samarbeider på tvers av helseforetakene. Interregionalt Fagråd Ambulanse er det faglige organet som utvikler, vedlikeholder og forankrer retningslinjene i FRAm. Det interregionale fagrådet sørger for at arbeidet er forankret i kunnskapsbasert evidens eller beste praksis, samtidig som det gir rom for lokale tilpasninger der det er nødvendig. Samarbeidet er basert på konsensus.

Det er til nå utarbeidet mer enn 265 retningslinjer, som dekker alt fra medisinske prosedyrer og operative rutiner til legemiddelhåndtering og sikkerhetssjekk av ambulanser og utstyr. Fordi samarbeidet har utviklet seg over tid, har ikke alle helseforetakene innført retningslinjene i samme omfang. Målet er imidlertid at retningslinjer og prosedyrer skal være harmonisert i alle helseforetak i løpet av kommende toårsperiode.

FRAm har inngått samarbeid med Legevakthåndboken. Det bidrar til helhetlig pasientflyt og samhandling i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Det interregionale fagrådet bidrar blant annet med forslag til faglige forbedringer i ambulansejournalen og samarbeider med Sykehusinnkjøp HF om standardisering og harmonisering av ambulanser og utstyr. Dette åpner for felles innkjøp og kostnadsbesparelser gjennom større innkjøpsvolum. Etter initiativ fra Statens havarikommisjon er det startet opp et arbeid med en nasjonal bransjestandard for vedlikehold av trafikal kompetanse hos ambulansepersonell.

Det er et betydelig potensial i dette samarbeidet når det gjelder nasjonal standardisering av prosedyrer, kompetanse og utstyr i ambulansetjenesten. På sikt kan det vurderes om Helsedirektoratet bør gi relevante deler av dette status som nasjonale faglige retningslinjer. Departementet legger til grunn at de regionale helseforetakene bidrar til at FRAm-arbeidet blir videreført.

4.5.2 Luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten er en viktig del av den akuttmedisinske beredskapen utenfor sykehus. En gjennomgang av basestrukturen for ambulansehelikoptertjenesten i 2020 viser at om lag 99 prosent av befolkningen nås av legebemannet luftambulanse i løpet av 45 minutter.[7]

Aktivitet i luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten, inkludert Redningshelikoptertjenesten, gjennomførte i 2023 19 605 luftambulanseoppdrag (inkl. 207 oppdrag der luftambulansepersonell bisto i ambulansebil). I 2022 ble det gjennomført 19 725 oppdrag. Totalt ble 19 802 pasienter[8] assistert/transportert med luftambulansetjeneste i 2023, mot 19 948 i 2022.

Ambulanseflyene i Nord-Norge har langt flere akuttoppdrag enn i Sør-Norge. Når det benyttes ambulansefly i primæroppdrag i nord, er hastegraden oftest høy. Den største andelen av disse oppdragene er i Finnmark. Det er også en betydelig større andel av oppdragene i Helse Nord som gjelder pasienter med psykiske lidelser. Som omtalt har Helse Nord RHF i samarbeid blant annet politiet og ambulanseflyoperatøren utarbeidet en samarbeidsrutine for transport av pasienter med psykisk lidelse i luftambulanse.

Det har vært en jevn økning av ambulanseoppdrag for redningshelikoptrene de siste ti årene. En forklaring på økt bruk er at redningshelikoptrene har avisingskapasitet som gjør at de kan fly under dårligere værforhold, spesielt i vinterhalvåret. Forsvarets nye redningshelikopter SAR Queen er nå satt i drift ved alle basene (unntatt Tromsø, der det er inngått avtale med sivil operatør). Dette har også bidratt til å redusere flytiden.

---

7 De regionale helseforetakene (2020). *Gjennomgang av basestruktur for ambulansehelikopter. Rapport fra arbeidsgruppe*

8 Et luftambulanseoppdrag kan gjennomføres både med og uten pasient(er), f.eks. søk- og redningsoppdrag, transport av personell og utstyr, eller oppdrag med flere pasienter. Derfor er det forskjell på antall pasienter og antall oppdrag.

Organisering av luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten HF eies av de fire regionale helseforetakene og ivaretar den flyoperative delen av luftambulansetjenesten for hele landet. Luftambulansetjenesten HF inngår kontrakter med private virksomheter (flyselskaper) om fly- og helikoptertjenester etter ordinære anbudsprosesser.

Helseforetakene har det medisinske ansvaret for tjenesten og bemanner ambulansefly og helikopter med sykepleiere og leger. Helsepersonellet er faglig forankret i helseforetakenes anestesi- og intensivmiljøer.

Luftambulansetjenesten HF drifter Flykoordineringssentralen, som er døgnbemannet og ivaretar den flyoperative koordineringen av ambulanseflyene fra Tromsø. Medisinsk koordinering ambulansefly (MKA) i Tromsø, Ålesund og Lørenskog har ansvaret for medisinske avklaringer, hastegrad, ledsagerbehov og sørger for praktisk gjennomføring av oppdrag. De regionale helseforetakene har besluttet at medisinsk koordinering ambulansefly i framtiden skal utføres fra to steder; Universitetssykehuset i Nord-Norge og Oslo universitetssykehus. Luftambulansetjenesten HF har også ansvaret for anskaffelse og drift av alt medisinsk teknisk utstyr i luftambulansetjenesten og redningshelikoptertjenesten.

Norsk Luftambulanse AS er operatør i ambulansehelikoptertjenesten og Avincis Aviation Norway AS (tidligere Babcock Scandinavian AirAmbulance AS) er operatør i ambulanseflytjenesten. Operatørene har arbeidsgiveransvaret for piloter og redningsmenn (i helikopter). Regjeringens vurderinger om framtidig operatøransvar i luftambulansetjenesten er omtalt under.

Boks 4.11 Operatøravtaler i luftambulansetjenesten

Gjeldende avtale med Norsk Luftambulanse AS har en avtaleperiode på seks år, med mulighet for forlengelse gjennom to opsjonsperioder på to år hver. Avtalen trådte i kraft 1. juni 2018, og det er utløst opsjon med varighet til 31. mai 2026. Det er anledning til å ta ut opsjon fram til 31. mai 2028. Avtalen med Avincis Aviation Norway AS har også en avtaleperiode på seks år, med mulighet for to opsjonsperioder på to år og tre år. Avtalen trådte i kraft 1. juli 2019, og det er utløst opsjon med varighet til 30. juni 2027. Det er anledning til å ta ut opsjon fram til 30. juni 2030. Utløsning av opsjon skal meldes operatørene senest 12 måneder før utløp av gjeldende avtaleperiode.

Redningshelikoptre i luftambulansetjenesten

Redningshelikoptrene har utført ambulanseoppdrag siden tjenesten ble startet. Dette ble formalisert gjennom en avtale mellom Forsvarsdepartementet og Sosialdepartementet i 1990. I Prop. 146 S (2010–2011) *Anskaffelse av nye redningshelikoptre mv. i perioden 2013–2020*, jf. Innst. 82 S (2011–2012), ble det lagt til grunn at denne ordningen fungerer godt, og gir effektiv utnyttelse av statens ressurser. Redningshelikopter er et viktig supplement til den ordinære luftambulansetjenesten som skal fungere innenfor et flerbrukskonsept hvor oppgavene i hovedsak vil være søk, redning og luftambulanse. Redningshelikoptrenes kapasitet i dårlig vær er en viktig faktor.

Regjeringen legger til grunn at ordningen med bruk av redningshelikoptre i luftambulansetjenesten skal videreføres også i framtiden. Hovedredningssentralen kan tilsvarende rekvirere ambulansehelikopter til søk- og redningsoppdrag. Det pågår et arbeid mellom Hovedredningssentralen og de regionale helseforetakene om revisjon av avtaler om samarbeid og bruk av helikopterressursene, medisinsk bemanning og medisinskteknisk utstyr i redningshelikoptertjenesten.

I Prop. 101 S (2014–2015) *Endringer i statsbudsjettet 2015 under Justis- og beredskapsdepartementet* ble kostnadsrammen for anskaffelse av nye redningshelikoptre justert. Det ble også presisert at tilpasning av landingsplasser til de nye redningshelikoptrene ved sykehus som tidligere ble benyttet av Sea King-helikoptrene skulle omfattes av anskaffelsesprosjektets kostnadsramme. Anskaffelsesprosjektet, NAWSARH, utarbeidet en egen plan for tilpasninger ved utvalgte sykehus. Ved Oslo universitetssykehus Ullevål, Universitetssykehuset i Nord-Norge Tromsø og St. Olavs hospital er det satt i verk sikringstiltak for bruk av eksisterende helikopterplattform. Ved Oslo universitetssykehus Rikshospitalet er det satt i gang bygging av en midlertidig, frittstående helikopterplattform. Helse Midt-Norge RHF bygger også ny elevert landingsplass ved Sykehuset i Namsos, som er planlagt ferdigstilt i slutten av 2025.

Boks 4.12 Luftambulansebaser

Det er 14 ambulansehelikoptre plassert på 13 baser: Arendal, Lørenskog (to helikoptre), Ål, Dombås, Stavanger, Bergen, Førde, Ålesund, Trondheim. Brønnøysund, Harstad (midlertidig), Tromsø og Kirkenes. Det er ti ambulansefly plassert på sju baser: Gardermoen (to fly), Ålesund, Brønnøysund, Bodø, Tromsø (to fly), Alta (to fly) og Kirkenes.

Det er sju baser for redningshelikoptre: Rygge, Sola, Florø, Ørland, Bodø, Tromsø og Banak. I tillegg kommer Sysselmesterens helikopter på Svalbard.

Det er utrykningsbiler til bruk for lege og redningsmann ved alle ambulanse- og redningshelikopterbasene. Bilene brukes ved akuttmedisinske hendelser nær basene eller når helikoptrene ikke kan fly på grunn av dårlig vær eller fartøytekniske forhold.

Luftambulansetjenesten har blitt styrket i Nord-Norge med ambulansehelikopter i Kirkenes (2020), redningshelikopter og jetfly i Tromsø (2022).[1] I forbindelse med planene for å utvikle Sykehuset Innlandet HF er det besluttet å etablere en ambulansehelikopterbase i Elverum.

[1] Jetflyet i Tromsø er opprettet som Norges bidrag til et program under «European Protection and Humanitarian Aid Operations» med felles kapasiteter for rask respons til alvorlige katastrofer og kriser (rescEU). Det har til nå vært få oppdrag for EU og flyet inngår som en tilleggsressurs for den nasjonale ambulanseflytjenesten.

Framtidig organisering av operatøransvaret i luftambulansetjenesten

Med bakgrunn i utfordringene i beredskapssituasjonen i ambulanseflytjenesten våren 2018, som særlig berørte Nord-Norge, behandlet Stortinget representantforslag (Dokument 8: 224 S (2017–2018)) om å annullere anbud med selskapet Babcock før luftambulansetjenesten bryter sammen, forlenge avtalen med Lufttransport og forberede offentlig drift av tjenesten på sikt, jf. Innst. 362 S (2017–2018). Stortinget ba regjeringen utrede offentlig/ideell drift av luftambulansetjenesten og komme tilbake til Stortinget på egnet måte. I 2019 ble det oppnevnt en ekspertgruppe for å utrede ulike modeller for framtidig drift av luftambulansetjenesten. Ekspertgruppen leverte sin rapport til Helse- og omsorgsdepartementet i mars 2021.

Regjeringen har vurdert ulike modeller for organisering av operatøransvaret i luftambulansetjenesten med utgangspunkt i utredningen fra ekspertgruppen (2021) og en påfølgende utredning fra Oslo Economics (2023).[9] I begge rapporter framgår det at valg av organisering av operatøransvaret ikke forventes å medføre forskjeller i kvaliteten i tjenesten. Luftfartssektoren er gjennomregulert, og uavhengig av modell må operatøren(e) overholde det samme regelverket og kravene. Modellen med offentlig drift er vurdert både av ekspertutvalget og Oslo Economics til klart å innebære høyest risiko i etableringsfasen ved etablering av et nytt offentlig flyselskap. Risiko er særlig knyttet til forsinkelser som også kan bli svært kostnadskrevende. Kostnadsøkningene med offentlig drift ble beregnet til mellom 25 til 55 prosent sammenliknet med nullalternativet.

Stortinget ble orientert i Prop. 1 S (2024–2025) om at regjeringen vurderer direktetildeling av operatøransvaret for ambulansehelikoptertjenesten til Stiftelsen Norsk Luftambulanse (SNLA/deres datterselskap), men at det var behov for å utrede modellen nærmere. Regjeringen er også åpen for en mulig direktetildeling av operatøransvaret for ambulanseflytjenesten. Dette må vurderes på et senere tidspunkt, blant annet ut fra erfaringen med en eventuell direktetildeling av ambulansehelikoptertjenesten.

Det ble gitt et oppdrag til de regionale helseforetakene i juli 2024 om å legge til rette for en prosess med forhandlinger for å vurdere en eventuell direktetildeling av operatøransvaret for ambulansehelikoptertjenesten til SNLA/deres datterselskap. Det skal ligge reelle forhandlinger til grunn for en eventuell direktetildeling av operatøransvaret og til en kostnad som ligger nærmest mulig nullalternativet i rapporten fra Oslo Economics (2023).

Det ligger til grunn for oppdraget at framtidige kontrakter om operatøransvaret skal innrettes med formål om effektiv bruk av samfunnets økonomiske ressurser, der det legges vekt på risiko knyttet til styring, beredskap, operasjonell kvalitet og mulige forsinkelser. De regionale helseforetakene skal i kraft av sitt sørge for-ansvar sette rammene for tjenesten. En eventuell framtidig avtale inngått gjennom direktetildeling skal ha en

[9] Oslo Economics (2023). *Økonomiske og administrative konsekvenser av ulike modeller for drift av luftambulansetjenesten. Utarbeidet for Helse- og omsorgsdepartementet*

tidsmessig avgrensning, slik det også er i dagens avtaler.

Prosessen med forhandlinger med sikte på en eventuell direktetildeling av operatøransvaret i luftambulansetjenesten, skal være gjennomført innen utgangen av april 2025.

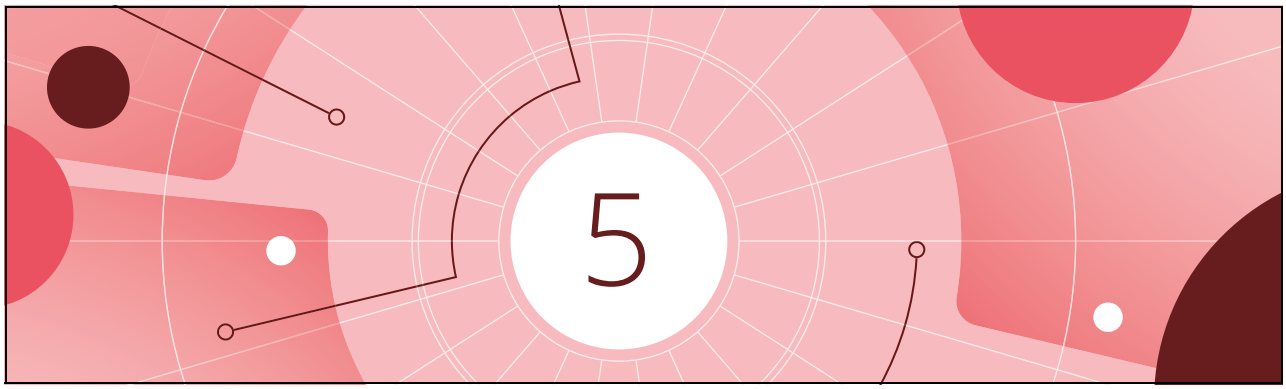
Bedre bruk av ressursene

Samarbeid om planlegging og bedre koordinering av ressursene er viktig også i denne delen av tjenesten. Luftambulansen er en kostbar ressurs som skal brukes når det gir forventet økt helsegevinst, sammenliknet med bruk av ambulansebil eller -båt. Det er rom for å utnytte ressursene i tjenesten bedre enn i dag. Kapasiteten til ambulanseflyene påvirkes blant annet av kapasiteten i andre ressurser, som ambulansebiler og følgepersonell til og fra lufthavner. Ved overføring av pasienter mellom sykehus er det også potensial for å utnytte returkapasiteten bedre enn i dag. Det er også eksempler på at det sendes ut flere luftambulanseressurser til samme oppdrag.

De regionale helseforetakene har satt i gang et arbeid med å gjennomgå retningslinjene for bruk av luftambulanse som etter planen skal foreligge sommeren 2025. Arbeidet vil omfatte bedre koordinering av ressursene både innad i luftambulansetjenesten, mellom luftambulansetjenesten, legebiler og bilambulansetjenesten, og mellom luftambulansetjenesten/AMK-LA og Hovedredningssentralen. Bedre bruk av de samlede ressursene vil også bidra til å styrke beredskapen totalt sett.

Det er viktig både for helsetjenesten og redningstjenesten at det blir brukt riktig ressurs til oppdraget, og at det ikke blir tatt ut unødvendige ressurser på et enkelt oppdrag som fører til at beredskapen samlet sett blir svekket. Ambulansehelikopter og redningshelikopter har overlappende egenskaper, og det bør være en helhetlig vurdering av bruken av ressursene. Dette er også aktualisert i totalberedskapssammenheng gjennom Meld. St. 9 (2024–2025) *Totalberedskapsmeldingen*, der bedre utnyttelse av samfunnets ressurser samlet sett, og styrking av tverrsektorielt samarbeid, er sentralt.

Det er forhold som tyder på at det er et uutnyttet potensial i tettere faglig og operativ kontakt og samordning mellom helsetjenesten og redningstjenesten. Effekten av bedre samordning av beredskapen knytter seg til bruk av riktig ressurs, tilstrekkelig med ressurser og sikkerhet. Det kan være hensiktsmessig å utarbeide et kunnskapsgrunnlag for å se videre på hvordan koordineringen av disse ressursene kan forbedres.



Figur 5.1

5 En modernisert allmennlegetjeneste for det digitale skiftet

Regjeringen mener at en modernisert allmennlegetjeneste skal ta i bruk digitale løsninger for å gi innbyggere et tjenestetilbud med god tilgjengelighet, kvalitet og kontinuitet, og for å bidra til effektiv bruk av ressursene. Det er et mål at innbyggerne skal medvirke aktivt i oppfølging av egen helse, og at pårørende skal få bedre mulighet til å følge opp sine nærmeste. Digitale løsninger skal gi helsepersonell tilgang til nødvendig informasjon når de trenger det, og gjøre effektiv informasjonsdeling mulig både innad i helse- og omsorgstjenesten og med tjenester i andre sektorer. Det digitale skiftet krever gode løsninger for å ivareta personvern og digital sikkerhet i et landskap med mange selvstendige virksomheter og mange leverandører. Innbyggerne skal ha tillit til at opplysninger om dem blir behandlet på en trygg måte.

Samlet skal regjeringens tiltak innenfor digitalisering styrke tilliten til den offentlige helse- og omsorgstjenesten, forbedre livskvaliteten til innbyggerne og bidra til at fysiske møter og fysisk oppfølging kan prioriteres til pasienter som har størst behov for det.

Regjeringen mener at innføringen av digitale løsninger i allmennlegetjenesten må gå raskere, for å innfri innbyggeres forventinger om en allmennlegetjeneste som er tilgjengelig, moderne og av god kvalitet, og som en samhandlende part med øvrige offentlige tjenester.

5.1 Digitale tilbud til innbygger, pasient og pårørende

Regjeringen vil legge til rette for at innbyggerne får mulighet til å benytte digitale helse- og omsorgtjenester. Bruk av digitale tjenester gir mulighet for bedre tilgjengelighet og kontinuitet, tettere oppfølging og mindre reisebelastning.

5.1.1 Digital tilgjengelighet til fastlegekontoret

Mange fastleger tilbyr digitale konsultasjoner, primært som tekst- og telefonkonsultasjoner. Enda flere fastleger er digitalt tilgjengelige for administrative henvendelser, timebestilling og fornying av resepter. Dette gjelder imidlertid ikke alle fastleger. Fastlegetjenester må tilbys og være tilgjengelige på en måte som gjør at innbyggerne velger fastlegen når de har behov for allmennlegetjenester. Mange velger i dag å benytte legevakten eller helprivate tilbud. Gode digitale løsninger er nødvendig for å bevare og styrke fastlegens rolle som innbyggernes vei inn i helsetjenesten og som portvakt til videre henvisning i spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen vil legge til rette for at innbyggerne har tilgang til digitale tjenester i fastlegekontoret. I forslag til ny forskrift om fastlegeordning i kommunene, som er sendt på høring,

Boks 5.1 Regjeringen vil

Gi innbyggere og pårørende en tilgjengelig allmennlegetjeneste og økt mulighet til å ta en mer aktiv rolle i egen helse gjennom følgende tiltak:
- ta sikte på å forskriftsfeste en plikt for fastlegene til å tilby sine listeinnbyggere digitale tjenester, herunder konsultasjoner via video, tekst og telefon for henvendelser som er egnet for slik oppfølgning, og at timebestilling tilbys på Helsenorge
- prøve ut en nettlegetjeneste
- vurdere behovet for en nasjonal faglig veileder for digitale allmennlegetjenester
- stimulere til økt tilgang til og bruk av digitale verktøy for innbyggere og pårørende
- styrke innbyggernes helsekompetanse og digitale ferdigheter
- ta i bruk kunstig intelligens for å forenkle tilgangen til generell informasjon om helse og rettigheter og andre verktøy på Helsenorge

Legge til rette for å øke takten i utvikling og innføring av digitale løsninger i allmennlegetjenesten gjennom følgende tiltak:
- videreutvikle helseteknologiordningen i samarbeid med KS og helsenæringen
- utrede, i samarbeid med KS, om og på hvilken måte kommunal sektors modeller og nettverk for digitalisering kan benyttes og videreutvikles
- øke innsatsen på standardiseringsarbeidet og forberede innføring av forordningen om det europeiske helsedataområdet (EHDS)

Understøtte sammenhengende tjenester av god kvalitet og frigjøre tid til pasientbehandling gjennom følgende tiltak:
- utvikle og støtte innføring av nasjonale samhandlingsløsninger i helse- og omsorgstjenesten
- forenkle rapportering fra helse- og omsorgstjenestene og bidra til bedre og enklere tverrsektoriell informasjonsutveksling
- forbedre informasjonsutvekslingen mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten

Øke kompetansen om digital sikkerhet og personvern gjennom følgende tiltak:
- kartlegge status for digital sikkerhet og personvern i mindre virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester
- vurdere behovet for veiledningstiltak for å ivareta digital sikkerhet

foreslås det å forskriftsfeste fastlegens plikt til å tilby digitale tjenester, herunder konsultasjoner via video, tekst og telefon, der dette er egnet. I tillegg er det foreslått en plikt til å tilby timebestilling på Helsenorge. Etter høringen vil det tas stilling til hvor langt kravet om digital tilgjengelighet skal gå. Departementet vil be Helsedirektoratet vurdere behovet for nasjonal faglig veileder for digitale allmennlegetjenester.

Regjeringen mener det er viktig å sikre at digitale konsultasjoner i minst mulig grad resulterer i en fysisk konsultasjon i tillegg til den digitale, med mindre det er medisinsk nødvendig. Regjeringen legger ikke opp til at digitale konsultasjoner skal være en ny pasientrettighet. Innbyggerne skal ha mulighet til å komme til fysisk konsultasjon. Muligheten til å dokumentere arbeidsuførhet (skrive sykmelding) etter digital konsultasjon er avgrenset med egne kriterier som må være oppfylt, jf. folketrygdloven § 8-7 tredje til femte ledd.

5.1.2 Kommunal nettlege

Regjeringen vil gjøre de offentlige allmennlegetjenestene mer tidsriktige og tilgjengelige for befolkningen, og gi innbyggerne et mer fleksibelt allmennlegetilbud i kommunene.

Regjeringen vil derfor prøve ut en kommunal nettlegetjeneste også utenfor fastlegeordningen. Ordningen skal være tilgjengelig via Helsenorge (se boks 5.3). Den skal være et supplement til fastlegeordningen og kommunal legevakt – ikke komme istedenfor disse tjenestene. Når innbyggerne bestiller time på Helsenorge, vil de først bli ledet til timebestilling hos fastlegen sin. Dersom timen hos fastlegen ikke passer for innbyggeren og problemstillingen egner seg for digital legekonsultasjon, kan innbyggeren velge å bestille en digital legekonsultasjon hos en annen lege som kommunen har avtale med.

Over 800 000 nordmenn har private helseforsikringer. De fleste får disse dekket av arbeids-

Boks 5.2 SiO Helse – sammenhengende digitalt og fysisk helsetilbud

Studentsamskipnaden i Oslo (SiO) leverer blant annet boliger og helse- og velferdstjenester til 77 000 studenter ved 27 utdanningsinstitusjoner i Oslo. Fastlegekontoret ved SiO Helse har avtale med Oslo kommune, som er hjemlet i regulering fra 2001. De har 15 fastlegeavtaler fordelt på 19 fastleger. Legekontoret har pasienter i alle aldre, både studenter og ansatte, med en demografisk profil som kan sammenliknes med et legekontor i Oslo. De har også tannleger, vaksinepoliklinikk, helsesykepleier og et psykisk helsetilbud med 35 årsverk for psykologspesialister, sexolog, psykiater, klinisk sosionom og psykomotorisk fysioterapeut.

SiO jobber systematisk med innovasjon og med å ta i bruk nye digitale verktøy. De samarbeider tett med Norsk helsenett og Helsenorge for å sikre at tilbudet er godt integrert i den øvrige offentlige helsetjenesten. Eksempler på vellykket digital utvikling:

- *Digital dialog psykisk helse:* SiO Helse har omorganisert psykisk helsehjelpstilbudet blant annet med endret pasientflyt og kartlegging på Helsenorge. En del studenter får først tilbud om kurs, deretter mulighet for individuell behandling hvis det er behov for det. Ventetiden er redusert fra over fire måneder til innen fire uker, og behovet for konsultasjoner er vesentlig redusert.
- *Studenterspør.no:* Dette er en nettbasert tjeneste som gir studentene svar på anonyme spørsmål, som også kan leses av andre enn den som spør. Tjenesten er laget etter modell fra ung.no, som er en nettside med offentlig informasjon og en spørretjeneste for unge. Studentene får kvalitetssikrede svar fra helsepersonell og andre fagfolk, kan finne fram til selvhjelpsverktøy og få bedre helsekompetanse.
- *KI i konsultasjoner:* SiO Helse har tatt i bruk KI-baserte verktøy som transkriberer konsultasjoner. Dette sparer tid for helsepersonell og bedrer kommunikasjonen med pasienten. Verktøyet tester også ut forslag om koding og takstsetting i henhold til Helfos regelverk, og verktøyet er integrert i pasientjournalsystemet. Se boks 5.5.

SiO Helse har flere prosjekter for å utvikle tjenesten gjennom samarbeid og digitalisering. Et eksempel er:

- *Digitalt mottak:* SiO Helse samarbeider med Oslo kommune, Oslo universitetssykehus, KS og Norsk helsenett om å teste løsninger som leder innbyggeren til riktig omsorgsnivå for det aktuelle helseproblemet, inkludert selvhjelp. Dette gjøres ved bruk av et KI-basert beslutningssystem der innbyggerne rapporterer egne symptomer. Deretter blir de automatisk fordelt til fastlege, legevakt eller andre tjenester. Informasjonen som innbyggeren har oppgitt, og vurderingene som er gjort, kommer automatisk inn i helsetjenestens pasientjournalsystem. Digitalt mottak skal gi helsetjenestene støtte i beslutninger om helsehjelp, bidra til at pasienten får hjelp på riktig nivå, forenklet dokumentasjon og bedre prioritering av de pasientene som trenger det mest.

giver eller gjennom kollektive avtaler, for eksempel knyttet til fagforeningsmedlemskap. Mange av forsikringene kommer med nær fri tilgang til digitale konsultasjoner hos helprivate allmennlegetjenester. Dette gir en sosial skjevhet i tilgangen til digitale allmennmedisinske legekonsultasjoner, blant annet siden innbyggere som står utenfor arbeidslivet, i liten grad vil ha økonomi til å kjøpe slike forsikringer. En offentlig finansiert ordning med en nettlege i kommunen kan bidra til å utjevne uønskede sosiale ulikheter i tilgang til tjenester.

Regjeringen har gitt Norsk Helsenett SF i oppdrag å anskaffe en digital løsning som kan prøves ut i et utvalg pilotkommuner. Helsedirektoratet vil sørge for utprøvingen og blant annet utarbeide veiledning for hvilke problemstillinger som egner seg for digitale konsultasjoner.

Det er planlagt at utprøvingen skal starte i inntil 20 kommuner i 2025. Utprøvingen vil bli evaluert, og basert på erfaringene vil regjeringen vurdere videre utrulling.

5.1.3 Pasienten gjør oppgaver selv og veiledes til bedre mestring

I takt med utviklingen av digitale løsninger i samfunnet stiger også innbyggernes forventninger til kvalitet og tilgjengelighet til allmennlegetjenester. De forventer innsyn i helseopplysninger og ønsker flere muligheter for å løse enkelte oppgaver selv gjennom ulike selvhjelps- lærings- og mestringsverktøy, administrasjon av avtaler og tilgang til tilpasset informasjon. Digitale verktøy gir mulighet for å delta mer aktivt i behandling og oppfølging av egen og de næres helse. Regjeringen vil legge til rette for at innbyggerne kan utføre enkelte oppgaver selv, og bli veiledet til selvhjelp gjennom brukervennlige digitale verktøy. Helsenorge skal være en best mulig innbyggerportal. Ved hjelp av digitale verktøy kan innbyggernes helsekompetanse og mestring øke, de kan ta gode helsevalg og belastningen på tjenestene kan reduseres. Dette kan bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Bruk av kunstig intelligens

Bruk av kunstig intelligens (KI) kan inngå i digitale informasjonstjenester som tilbys via Helsenorge, for å gi innbyggerne kvalitetssikret generell helseinformasjon. KI kan også inngå i selvhjelpsverktøy som finnes i verktøykatalogen på Helsenorge. Det tverrsektorielle prosjektet Alvorlig sykt barn og arbeidet med DigiUng har gitt erfaringer og kunnskap om hvordan kunstig intelligens kan brukes for å tilpasse informasjon til enkelte målgrupper. Regjeringen vil vurdere hvordan kunstig intelligens kan brukes for å sammenstille kunnskap fra flere kilder, og tilpasse informasjonen slik at pasientene kan forstå og bruke den. Regjeringen vil også ta i bruk kunstig intelligens for å forenkle tilgangen til generell informasjon om helse, rettigheter og verktøy som finnes på Helsenorge. Personvern, informasjonssikkerhet og pasientsikkerhet må ivaretas i arbeidet. I regjeringens digitaliseringsstrategi *Fremtidens digitale Norge* 2024-2030 er det et mål at 80 prosent av offentlige virksomheter skal ha tatt i bruk kunstig intelligens i løpet av 2025, og 100 prosent innen 2030.

Boks 5.3 Helsenorge

Helsenorge er innbyggernes digitale hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester, enten via nettløsningen helsenorge.no eller via Helsenorge-appen. Det er 5,4 millioner brukere på Helsenorge. Det betyr at mer enn 90 prosent av befolkningen har en brukerprofil som gir tilgang til tjenester for tilgang til egen helseinformasjon, eller for å samhandle. Det gjør Helsenorge til den mest brukte innbyggerportalen i Norge. Helsenorge har i gjennomsnitt mer enn 10 millioner besøk per måned.

Helsenorge gir innbyggerne muligheten til å ta større del i oppfølging av forhold som gjelder egen helsesituasjon, gjennom innsyn i egne helseopplysninger og ved å kunne bestille timer og ha dialog med helsepersonell. På Helsenorge er det også kvalitetssikret helseinformasjon og verktøy til selvhjelp om blant annet: livsstil og trening, psykisk helse, graviditet og fødsel, sykdom og skader. Enklere tilgang til informasjon kan redusere antall unødvendige henvendelser til fastleger. Mange fastleger vurderer at Helsenorge bidrar til mer effektiv planlegging av allmennlegetjenesten.[1]

Helsenorge tilbyr mange tjenester for å hjelpe pårørende med å holde oversikt over den enkeltes helsesituasjon, rettigheter og behandling. Et eksempel er tjenesten DigiHelse som gir brukere og pårørende mulighet til å sende melding til og motta informasjon fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Pårørende kan få varsel om gjennomførte besøk fra hjemmetjenesten, og de kan også sende spørsmål og beskjeder digitalt. Dette gir økt trygghet for at hjemmebesøk er utført til avtalt tid, og helsepersonell avlastes for mange telefonhenvendelser fra pårørende. Gjennom DigiHelse kan helsepersonell svare på henvendelser når det passer, noe som bidrar til mer effektiv ressursbruk. Per januar 2025 er det 85 kommuner som har tatt i bruk DigiHelse.

[1] Fagerlund, A.J., Holm, I.M. og Zanaboni, P. (2019). General practitioners' perceptions towards the use of digital health services for citizens in primary care: a qualitative interview study. *BMJ Open, 9(5)*

KI-verktøy kan brukes av allmennlegene, og det kan være selvhjelpsverktøy for innbyggere. Kunstig intelligens kan også inngå i digitale informasjonstjenester som tilbys fra kommunen, helseforetak eller helsemyndigheter via Helsenorge. Det er ulike krav til bruk av kunstig intelligens for generelle helseinformasjonrettigheter når KI-verktøy brukes for helsehjelp. For alle KI-verktøy som bruker person- og helseopplysninger, stilles det krav i helselovgivningen og personvernlovgivningen til at behandlingen skjer i samsvar med taushetsplikten og prinsippene i personvernforordningen. Virksomheten, som dataansvarlig, må sørge for at bruk av KI-verktøyet skjer innenfor disse rammene. Når KI-verktøy brukes til helsehjelp, er det en rekke krav i helselovgivningen både til virksomheten og helsepersonellet som yter helsehjelp.

KI-verktøy kan være å anse som medisinsk utstyr etter lov om medisinsk utstyr. Det gjelder dersom verktøyet er ment å brukes på mennesker, i den hensikt å bidra til diagnostisering, forebygging, overvåking, prediksjon, prognostisering, behandling eller lindring av sykdom. Dersom formålet er medisinsk, må virksomheten anskaffe CE-merket utstyr. Helsepersonell må sørge for å bruke verktøyet i samsvar med produsentens bruksanvisning.

Allmennleger kan bruke KI-verktøy som støtte i arbeidsprosesser, for eksempel til å effektivisere allmennlegens dokumentasjonsplikt (se kapittel 5.3.1). Andre verktøy kan være ment som kunnskapsstøtte eller beslutningsstøtte, for eksempel for å gi legen adgang til å søke i flere kvalitetssikrede kilder eller for å få forslag til svar på medisinske spørsmål og alternativer for behandling. Hvis et KI-verktøy er ment å påvirke behandlingsvalg eller oppfølging, vil det kunne anses som medisinsk utstyr.[1]

Digitale mestrings- og selvhjelpsverktøy

Det utvikles stadig nye digitale mestrings- og selvhjelpsverktøy som er designet for å hjelpe enkeltpersoner med å håndtere egen helse. Verktøyene gir brukerne mulighet til å overvåke, evaluere og forbedre sin egen helsetilstand uten direkte involvering fra helsepersonell. Det finnes ulike typer selvhjelpsverktøy, inkludert mobilapplikasjoner, med funksjoner som dagbokføring av symptomer, påminnelser om medisiner og sporing av fysisk aktivitet. Nettbaserte plattformer gir tilgang til helseinformasjon og interaktive verktøy for risikovurdering, og de fungerer som digitale møteplasser for personer som har like helseutfordringer. Det finnes bærbare enheter som smartklokker og fitnessarmbånd som overvåker ulike helseparametere. Disse kan utfordre grensene for hva helse- og omsorgstjenesten skal forholde seg til. Blant annet er det spørsmål om hva som ligger til den private sfæren, og hva som grenser opp til, og kan være nyttig i møte med den offentlige helsetjenesten.

Verktøykatalogen på Helsenorge inneholder kvalitetssikrede verktøy. Verktøyene kan gi støtte til å forebygge og mestre ulike psykiske og fysiske plager og utfordringer, og støtte innbyggere i oppfølgingen av ulike sykdomsforløp. Dette er også gode verktøy som kan bidra til at allmennlegetjenesten kan yte helsetjenester på ulike måter og tilpasset den enkelte, ved å veilede pasienter til å bruke kvalitetssikrede digitale verktøy på en god måte.

Det er en rekke utfordringer og uløste problemstillinger knyttet til bruk av selvhjelpsverktøy. Personvern og datasikkerhet er avgjørende for å sikre at brukerdata beskyttes mot uautorisert tilgang og misbruk. Verktøyene må også være brukervennlige slik at de er tilgjengelige, uavhengig av teknologikompetanse. Videre er det viktig at informasjon og råd som gis gjennom selvhjelpsverktøy, er basert på vitenskapelig forskning og kunnskapsbasert medisinsk praksis. Med den raske utviklingen innen kunstig intelligens, kan framtidige selvhjelpsverktøy bli mer nyttige og gi mer presis og persontilpasset helsestøtte. Det er imidlertid viktig å balansere teknologiske framskritt mot hensynet til personvern og brukervennlighet. Digitale helsetjenester må heller ikke skape økt distanse og fremmedgjøring mellom pasient og helsepersonell eller utilsiktet mer- eller dobbeltarbeid for helsepersonell.

Det er et stort potensial for å synliggjøre, systematisere og få opp bruken av digitale selvhjelps- og behandlingstilbud, og å utvikle mer kostnadseffektive måter å organisere tilbudet på, regionalt og nasjonalt. Digitale tilbud kan bidra til at hjelpen blir mer tilgjengelig for dem som trenger det, og til å redusere ventetidene. Regjeringen har i *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* sagt at den vil legge til rette for at digitale selvhjelpsverktøy og veiledet internettbehandling videreutvikles og implementeres. Helsedirektoratet har i 2025 fått i oppdrag å iverksette tiltak for å tilgjengeliggjøre og øke bruken av kvalitetssikrede

[1] Medical Device Coordination Group (MDCG, 2019). *Guidance on Qualification and Classification of Software in Regulation (EU) 2017/745 – MDR and Regulation (EU) 2017/746 – IVDR*

digitale verktøy innen psykisk helse. Som del av dette vil direktoratet i samarbeid med relevante aktører bli bedt om å utrede hvordan man kan legge til rette for et nasjonalt tilbud om informasjon, selvhjelp, psykoedukasjon og internettveiledet behandling innen psykisk helse. Det skal særskilt vurderes om det kan være hensiktsmessig å etablere tilbud på tvers av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og om pasienter kan ta direkte kontakt for hjelp. Målet er at flere skal kunne få kunnskapsbasert informasjon, hjelp og behandling raskere, og at de samlede ressursene i tjenestene brukes mer effektivt.

I spesialisthelsetjenesten er veiledet internettbehandling (eBehandling) og økt bruk av behovsstyrt poliklinikk eksempler på involvering av pasienter, blant annet ved at pasienten oppgir sine symptomer via et digitalt skjema eller telefonkontakt. Dette gir færre unødvendige kontroller. For at dette skal fungere godt, må pasientene få god informasjon om egne rettigheter og kostnader ved bruk av tjenestene. I tillegg er det viktig at digitale helsetjenester ikke skaper distanse og fremmedgjøring. Allmennlegene kan veilede pasienten om eBehandling, for eksempel ved henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen har etablert helseteknologiordningen for å bistå kommunene i å anskaffe, vurdere og å innføre helseteknologi. Helsedirektoratet har som del av helseteknologiordningen også fått i oppdrag å bygge ut ordningen med en veilednings- og godkjenningsordning. Dette skal gi både kunder og leverandører god oversikt over aktuelle krav og hvilke systemer som imøtekommer kravene. Denne ordningen skal på sikt også inkludere helseapplikasjoner som innbyggerne kan bruke for rehabilitering og økt mestring og selvhjelp. Se nærmere omtale av helseteknologiordningen i kapittel 5.2.1.

5.1.4 Helsekompetanse og digital kompetanse

Det er et samfunnsmål at innbyggere skal medvirke aktivt i egen og de næres helse. For å lykkes med dette mener regjeringen at det er behov for å styrke innbyggernes helsekompetanse og digitale ferdigheter. Digitale ferdigheter omfatter alt fra å kunne søke opp, finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon fra elektroniske kilder til å kunne bruke elektroniske verktøy i oppfølging av egen sykdom. En undersøkelse fra 2024 viste at andelen innbyggere som har vært i digital kontakt med helsetjenesten de siste tolv månedene, økte fra 33 prosent i 2019 til 59 prosent i 2024. Videre viser undersøkelsen at 37 prosent av innbyggerne ønsker tilgang til flere digitale helsetjenester enn de har i dag, mens 37 prosent har tilgang til det de trenger.[2] Framveksten av private aktører som tilbyr helsetjenester digitalt, viser at befolkningen også er villig til å betale for legetjenester med god tilgjengelighet.

Helsekompetanse er avgjørende for at befolkningen kan gjøre gode helsevalg, og kan virke dempende på den enkeltes behov for helse- og omsorgstjenester. Innbyggerne har ulike forutsetninger når det gjelder evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon. Ressurssterke og høyt utdannede personer har ofte høyest forventninger til og mest bruk av helsetjenester. Enkelte grupper bruker tjenestene sjeldnere og i mindre omfang enn de har behov for, og ofte har de flere helse- og livsstilutfordringer. Det gjelder særlig grupper av første- og andregenerasjons innvandrere, flyktninger, personer med annet førstespråk enn norsk, personer med nedsatte lese- og skriveferdigheter, personer med nedsatt kognitiv funksjon og enkelte grupper eldre.[3] [4] Det er nødvendig å styrke innsatsen for å øke helsekompetansen i alle grupper i befolkningen, og å gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon til alle brukere av helse- og omsorgstjenester. Se også omtale av helsekompetanse i kapittel 6.1.

Norge har en digitalt moden befolkning. De fleste er på internett og har erfaring med bruk av digitale tjenester. Men det er en del som ikke kan bruke digitale tjenester, eller som av ulike grunner ikke ønsker å bruke dem. Manglende digital kompetanse, forvaltningskompetanse, tillit og mestringstro er individuelle utfordringer som kan stå i veien for å bruke digitale løsninger. I tillegg kan forhold ved selve løsningene, blant annet at de ikke er universelt utformet, har dårlig brukergrensesnitt, er komplekse eller ikke henger godt nok sammen med hverandre, bidra til at innbyggerne ikke klarer å ta dem i bruk. Regjeringen lanserte i juni 2023 *Handlingsplan for auka inkludering i eit digitalt samfunn*. Målet med handlingsplanen er å sikre at alle innbyggere skal få likeverdige offentlige tjenester, uavhengig av

---

[2] Helsedirektoratet (2025). *Innbyggerundersøkelsen om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten 2024: bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester*

[3] Helsedirektoratet (2021). *Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam*

[4] Helsedirektoratet (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I: The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS_{19}) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII*

bakgrunn, språkkunnskaper og alder. Handlingsplanen retter seg primært mot de gruppene som opplever digitale barrierer og digitalt utenforskap. I regjeringens digitaliseringsstrategi 2024–2030 *Fremtidens digitale Norge* er det tiltak for å styrke innbyggernes digitale kompetanse og arbeidet med brukskvalitet, klarspråk og universell utforming i offentlige tjenester.

Digitalt utenforskap refererer til situasjonen der enkelte grupper i samfunnet har begrenset tilgang til eller ferdigheter i å bruke digitale verktøy og tjenester. Dette er i stor grad de samme gruppene som benytter helse- og omsorgstjenestene sjeldnere, eller i mindre omfang enn behovet deres tilsier. Disse gruppene kan ha utfordringer med å navigere i en stadig mer digitalisert helsetjeneste. For grupper som står utenfor den digitale sfæren, blir det også krevende å forholde seg til digitale verktøy, som å bestille legetimer og fornye resepter, å navigere i det tverrsektorielle landskapet og være kjent med rettighetene sine. Dette kan føre til dårligere helseutfall og økt risiko for sykdommer som kunne vært forebygget med riktig informasjon og oppfølging. I digitaliseringsstrategien understreker regjeringen viktigheten av å koordinere arbeidet med digital inkludering på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer for å sikre at alle kan dra nytte av digitaliseringen.

5.1.5 Bruk av Helsenorge på vegne av andre

Helsenorge brukes aktivt av befolkningen for å ha kontakt med helsetjenestene og for å ivareta egen helse (se boks 5.3). Det er per desember 2024 over 5,4 millioner aktive brukerprofiler i Helsenorge. Disse inkluderer både innbyggere som bruker Helsenorge på egne vegne og innbyggere som bruker Helsenorge på vegne av andre. For å representere andre på Helsenorge må du ha fullmakt, ha foreldreansvar eller representere personer med manglende helserettslig samtykkekompetanse. 90 prosent av dem som bruker Helsenorge, gjør det for å ivareta egne helsebehov, og 10 prosent gjør det for å bistå andre. De som bistår andre, er oftest foreldre som bistår egne barn, men mange bruker også Helsenorge for å bistå nærstående som ikke selv er digitale, og som har behov for bistand. Av dem som bruker Helsenorge på vegne av andre, er 85 prosent foresatte, mens 15 prosent er personer med ordinær eller tildelt fullmakt. Regjeringen vil øke kjennskapen til hvordan foresatte og personer med fullmakt kan bistå nærstående i å bruke Helsenorge.

Muligheten til å representere egne barn er automatisk tilgjengelig på Helsenorge, men med noen begrensinger for å beskytte barn i sårbare situasjoner. Barn har tilgang til utvalgte tjenester på Helsenorge fra de fyller 13 år. Fra de fyller 16 år har de full tilgang til alle tjenester. Foresatte mister tilgangen når barnet fyller 16 år. Men hvis barnet ønsker det, kan det gi foresatte fullmakt til å bruke Helsenorge på deres vegne. Det pågår et arbeid med å utvikle tilgang til digitale tjenester for fosterforeldre der digitale tilganger muliggjøres ved at fosterforeldrerelasjonen blir registrert i Folkeregisteret. Et av målene er at fosterforeldre skal få tilgang til helseopplysninger og helsetjenester på Helsenorge. Dette er et samarbeid mellom Barne-, ungdoms, og familiedirektoratet, Skatteetaten, Norsk helsenett og Helsedirektoratet på vegne av Barne- og familiedepartementet, Finansdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet.

DigiHelse er en tjeneste på Helsenorge som blant annet gjør det enklere for pårørende å få kontakt med hjemmetjenesten, ved at de kan sende spørsmål og beskjeder digitalt. Hjemmetjenesten vil motta færre henvendelser på telefon og kan unngå mange bomturer. Tjenesten gjør det også enklere for pårørende som bor langt unna, å involvere seg i omsorgen som et familiemedlem mottar. DigiHelse fører dermed til økt pårørendeinvolvering og økt trygghet. Per januar 2025 er det 85 kommuner som har tatt i bruk DigiHelse, og ca. halvparten av befolkningen har tilgang til tjenesten (se boks 5.3). Det pågår arbeid med å innføre tjenesten til flere kommuner.

5.2 Øke takten på utvikling og innføring

Helsehjelp til den enkelte pasient ytes i stor grad i samarbeid mellom personell i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Overganger mellom ulike aktører kan skje raskt og hyppig, for eksempel overgang fra fastlege eller legevakt til sykehus og deretter tilbake til fastlege og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er viktig at nødvendig informasjon følger pasienten i slike overganger, og at det er god samhandling mellom ulike aktører og innad i tjenestene.

Utvikling og bruk av nye teknologier kan bidra til en mer bærekraftig utvikling av helsetjenestene. Regjeringen er opptatt av at nye teknologier skal støtte tjenesteutviklingen på en ressurseffektiv måte, og ivareta behovene til helsepersonell og innbyggere. Dette innebærer langt mer

enn å ta i bruk teknologi. Blant annet er det nødvendig å endre arbeidsprosesser, og ofte er det behov for oppgavefordeling for å ta ut gevinster av å innføre ny teknologi. Digitalisering skal ikke være personelldrivende. Det skal bidra til bedre helsetjenester, mer effektiv ressursbruk og gode arbeidsprosesser.

Regjeringen vil fram mot 2030 legge til rette for at alle får ta del i digitaliseringen. Videre skal innsatsen styrkes for å øke den digitale kompetansen hos de gruppene som opplever digitale barrierer og digitalt utenforskap. Regjeringen vil ha sterkere styring og samordning av digitaliseringen på tvers av sektorer, slik at potensialet utnyttes bedre. I det ligger også å skape sterkere synergier mellom norsk og europeisk digitaliseringspolitikk. Regjeringen varsler også et taktskifte i digitaliseringen av offentlig sektor i den nasjonale digitaliseringsstrategien. Målet er en offentlig sektor som tilbyr bedre og mer sammenhengende digitale tjenester til innbyggere og næringsliv. Digitalisering skal brukes til å skape mindre byråkrati og sørge for at fagfolk kan bruke mer av kompetansen sin til å gi gode tjenester til folk.

Kunstig intelligens (KI) fører til raske endringer, og nye verktøy påvirker allerede tjenesten, forskning, dataforvaltning, administrasjon og kommunikasjon. Regjeringen har mål om å opprette en nasjonal infrastruktur for kunstig intelligens. Det er viktig at språkmodellene i infrastrukturen er trent på norske og samiske språk, og dermed tilpasset norske samfunnsforhold. Arbeidet krever spesialisert teknologikompetanse og innsikt i hva helse- og omsorgstjenesten har behov for, slik at digitaliseringen blir en relevant og integrert del av tjenestene, og ikke noe som kommer i tillegg til det som allerede finnes.

Regjeringen har styrket og vil styrke forskningen på kunstig intelligens og digital teknologi. Norges Forskningsråd har mottatt over 50 søknader om å bli ett av fire til seks nasjonale forskningssentre innenfor kunstig intelligens. I Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* understrekes det at kunstig intelligens vil kunne utgjøre et betydelig bidrag til en bærekraftig utvikling av vår felles helsetjeneste. Det forventes at kunstig intelligens og annen personellbesparende teknologi vil kunne bidra til at vi kan opprettholde kvaliteten i tjenestene i årene framover, og at det kan bidra til å redusere ventetider til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Regjeringens strategi for digitalisering i helse- og omsorgstjenesten (*Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*, kapittel 9) vektlegger trinnvise utviklingsprosjekter med tidlig testing, slik at kursen kan justeres hvis det er behov for det, og slik at løsningene raskere kan tas i bruk. Det er et mål at både innbyggere og helsepersonell skal ha sikker tilgang til relevant helseinformasjon når de trenger det. Regjeringen vil at staten skal ha en tydelig rolle i arbeidet med digitalisering. Blant annet vil regjeringen prioritere tiltak for å få bedre og mer helhetlig samhandling mellom kommuner og sykehus og tydeliggjøre det lokale ansvaret for å innføre og å ta i bruk digitale løsninger.

Tydelig plassering av ansvar og roller i arbeidet med digitalisering kan bidra til en mer samordnet, effektiv og helhetlig digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Kommunene organiserer fastlegetilbudet på ulike måter, og de har ulike forutsetninger for å gjennomføre digitaliseringstiltak på tvers av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mange kommuner har gått sammen om å anskaffe ny journalløsning for de kommunale tjenestene (se kapittel 2.7). Dette er i tråd med *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* som tydeliggjør at virksomheten selv har ansvar for digitalisering. Foreløpig ser det ut til at samarbeidet om anskaffelser i begrenset grad omfatter fastlegeløsninger. Det er fremdeles behov for journalløsninger i allmennlegetjenestene som gjør det mulig med bedre samhandling, og som gir styringsdata til kvalitetsutvikling og ledelse. Journalløsningene skal samtidig være nyttige arbeidsverktøy for dem som arbeider i ulike deler av allmennlegetjenesten.

5.2.1 Videreutvikle helseteknologiordningen

Kommunene må håndtere stadig flere pasienter og brukere med komplekse tilstander. Det er behov for å utvikle ny kunnskap og kompetanse for å finne smartere løsninger og bedre måter å jobbe på og gi pasienter og pårørende mulighet til medvirkning. Helsepersonell må ha verktøy for å kunne samhandle på tvers av sektorer og nivåer. Regjeringen vil understøtte kommunene i deres arbeid med digitalisering. Regjeringen etablerte helseteknologiordningen i 2024. Dette er en samling av virkemidler som gir kommunene drahjelp i digitaliseringsarbeidet. Tilskudd er et av virkemidlene (se boks 5.4) sammen med utvikling av en veilednings- og godkjenningsordning, standardiseringsarbeid og annet koordinerings- og myndighetsarbeid. Helsedirektoratet skal i 2025 etablere en første versjon av veilednings- og godkjenningsordningen for helseteknologi. Formålet

er å gjøre det enklere for kommunene å ta gode beslutninger når de anskaffer helseteknologi, og enklere for leverandørene å imøtekomme krav. Ordningen bidrar til å utvikle markedet for helseteknologi ved å gi stabile rammebetingelser for leverandører.

Ordningen er godt mottatt. Den bidrar til at kommuner går sammen om å anskaffe og ta i bruk helseteknologi som velferdsteknologi, digital hjemmeoppfølging og journalløsninger. Utprøving og organisering av kommunal nettlege skal bygge på erfaringer fra helseteknologiordningen når det gjelder veiledning og oppfølging i kommunene.

Regjeringen vil videreutvikle helseteknologiordningen i samarbeid med KS og helsenæringen. Ordningen skal bygges ut gradvis basert på erfaring og økonomiske rammer. Det skal vurderes tiltak som bidrar til at kommunene enklere kan ta i bruk helseteknologi som frigjør tid hos helsepersonell, inkludert allmennlegetjenesten, og som støtter samhandling rundt innbyggerne. Økt bruk av veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologi skal også tilrettelegge for bedre samhandling og forberedelse til EHDS-forordningen (European Health Data Space), et felles europeisk helsedataområde som vil gjelde for Norge gjennom EØS-avtalen.

5.2.2 Modeller for raskere utvikling og innføring av digitale løsninger

Den digitale utviklingen går raskt. Det er stadig nye behov som krever at IT-systemene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert allmennlegetjenesten, utvikles og tilpasses. Kommunene og virksomhetene som yter helsetjenester, har selv ansvar for å spesifisere krav til funksjonalitet og bestille dette hos leverandørene. Videre må de ta ansvar for å innføre nye løsninger og realisere gevinster, noe som ofte innebærer både tjenesteutvikling og endringsprosesser. Dette er krevende å ivareta for mange kommuner og samarbeidende virksomheter, som kan ha begrensede ressurser.

Leverandørene på sin side møter i dag en fragmentert kundeside med ulike behov og ulike prioriteringer. Det er flere leverandører, og noen er relativt små med begrenset kapasitet. Dette bidrar til at det er krevende å få til en koordinert utviklingstakt. Det tar tid å utvikle og innføre ny funksjonalitet og å koble systemene til nasjonale samhandlingsløsninger. Kommunene får derfor ikke hentet ut gevinstene av digitalisering raskt nok.

Kommunene har de siste årene begynt å samarbeide mer på deler av digitaliseringsområdet. Formålet er å bygge kompetanse, lære av hverandre og opptre mer koordinert og samordnet på tvers av kommunegrenser, med spesialisthelsetjenesten og overfor leverandørene. KS er regjeringens formelle samarbeidspartner i digitalisering av offentlig sektor. Gjennom dette samarbeidet og Landstinget i 2020 har KS fått et utvidet mandat med å ivareta samordning og samstyring innen digitaliseringsområdet, representere sektoren og dets interesser, være premissgiver for standarder og arkitektur samt pådriver for fellesløsninger. Som en del av mandatet har KS etablert en modell for innføring av digitale løsninger i

Boks 5.4 Helseteknologiordningen

Målet med helseteknologiordningen er å tilrettelegge for at kommuner lærer av hverandre, samarbeider mer og at kommuner som går foran, «drar med seg» andre kommuner. Regionale digitaliseringsnettverk i regi av KS spiller en rolle for mange av prosjektene. I 2025 har mer enn 300 kommuner og 15 fylkeskommuner fått midler til prosjekter, enten som prosjekteier eller at de inngår som en av kommunene som er med på en felles søknad.

Eksempler på prosjekter som har fått midler i 2025:

- Modalen kommune har gått sammen med 15 kommuner på Vestlandet og fått tildelt midler til velferdsteknologiprosjektet *Digitalt vaktrom i sky* og til innføring av en nyanskaffet journalløsning. Velferdsteknologi handler om å gi personer med hjelpebehov bedre livskvalitet, økt trygghet og større mulighet til å klare seg på egen hånd.
- Oslo kommune får tilskudd til sju prosjekter i 2025. Et av prosjektene er bruk av kunstig intelligens til dokumentasjon, og et annet prosjekt er bruk av Helsenorge for testing av digitalt mottak med formål å lede innbyggeren til riktig omsorgsnivå for det aktuelle helseproblemet (se boks 5.2).
- Bergen kommune har fått tilskudd til utprøving og innføring av Pasientens legemiddelliste (PLL) i Bergensområdet.

kommunene. I modellen inngår nettverk som skal støtte kommunene i innføring og bruk av digitale løsninger innen helseområdet, både nasjonalt og regionalt.

Underveisevaluering av den nye modellen har vist at det er bred støtte og gode tilbakemeldinger fra kommuner som deltar i nettverkene. Det er i tillegg et godt samarbeid med statlige myndigheter, Helsedirektoratet og Norsk helsenett, spesielt der det er avklart behov for felles innføringsløp.

Det er behov for at allmennlegetjenesten, særlig fastlegetjenesten, blir bedre integrert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. kapittel 8.2. Det gjelder også digitalisering. Kommunen skal tilrettelegge for samarbeid mellom kommunen og fastlegen, mellom fastlegen og andre tjenesteytere, herunder spesialisthelsetjenesten. Formålet er å gi pasienter og brukere et helhetlig og samordnet tjenestetilbud og bedre mulighet for styring og prioritering.

Regjeringen vil fortsatt støtte digitaliseringsnettverkene i regi av KS og kommunene. Helseteknologiordningen omfatter allerede tilskudd til utvikling og innføring og nettverk i regi av KS. Regjeringen vil i samarbeid med KS utrede om og på hvilken måte kommunal sektors modeller og nettverk kan benyttes og eventuelt videreutvikles, slik at allmennlegetjenesten i større grad kan inngå i kommunenes arbeid med digitalisering. Som en del av arbeidet skal det vurderes tiltak for å styrke bestillerkompetansen i kommunene og også bidra til koordinert dialog med leverandørene.

5.3 Tilgang til helseinformasjon som støtter gode pasientforløp

5.3.1 Digitale verktøy og kunstig intelligens i allmennlegekontoret

Pasientjournalen er allmennlegens viktigste digitale verktøy. Journalsystemet brukes til å dokumentere pasientens medisinske historie, herunder diagnose, behandlinger, legemidler og allergier. I systemene registreres også planlegging og oppfølging, og de gir støtte for beslutninger. Systemene kan benyttes for rapportering og analyse, og det skal sikres at pasientinformasjon håndteres i samsvar med lover og regler for personvern og datasikkerhet. Allmennlegen bruker også andre digitale løsninger i legekontoret i forbindelse med undersøkelser og diagnostisering og har løsninger som er særlig egnet for digital hjemmeoppfølging av pasienter, eller som tjener som beslutningsstøtte.

Flere legekontorer har vært raskt ute med å prøve ut og ta i bruk ulike former for kunstig intelligens basert på språkmodeller som kan utnytte tekstlig informasjon i journalsystemene[5], og hvordan disse vil kunne avhjelpe arbeidet med å velge riktige diagnosekoder og sette riktige koder («takster») for honorering (se boks 5.5). Bruk av KI for å lede innbyggerne til riktig omsorgsnivå,

[5] Johansson, C.U. (2025). Fastlegen om bruk av kunstig intelligens: – Fått mer tid til å puste. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 145*

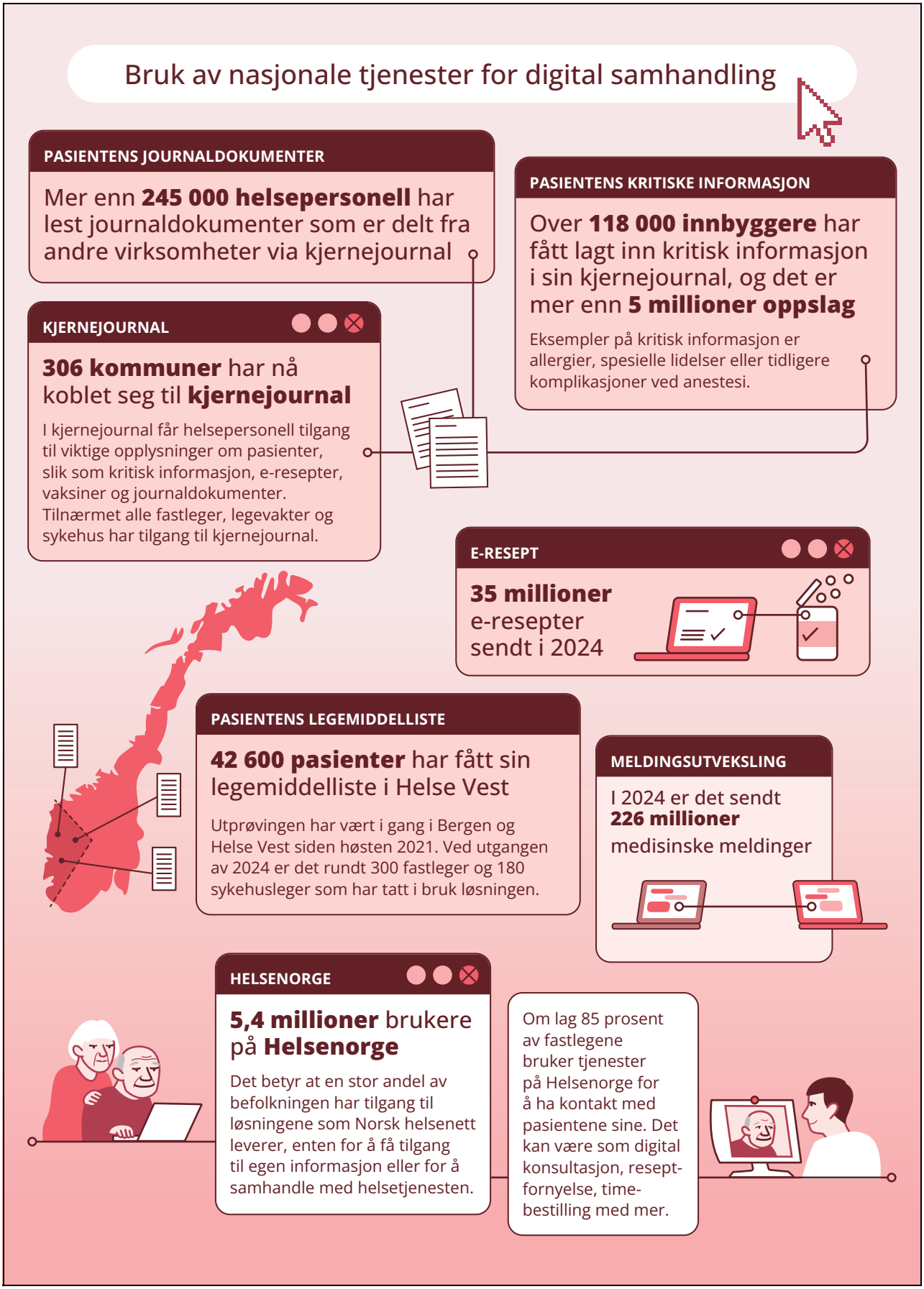
Boks 5.5 KI-verktøy på allmennlegekontor

Bruken av kunstig intelligens på allmennlegekontor er i en tidlig fase, men utviklingen går raskt. De første bruksområdene for KI-verktøy er transkripsjon av konsultasjonen fra tale til tekst, å lage journalutkast, kunnskapsstøtte og enkelte former for beslutningsstøtte. Ved generering av journalutkast brukes kunstig intelligens til å prosessere transkribert tekst. SiO Helse har tatt i bruk KI-baserte verktøy til transkripsjon av pasientkonsultasjon og tester ut KI-basert beslutningsstøttesystem som bidrar til at pasienten får hjelp på riktig nivå, for eksempel om det er fastlege eller legevakt pasienten trenger.

Leger uttrykker både forventning og skepsis til å bruke KI-basert teknologi i arbeidshverdagen. Skepsisen er oftest knyttet til personvern, og de har forventninger til at kunstig intelligens kan effektivisere arbeidet, ved å lage mer standardiserte notater, bedre dokumentasjon og gi beslutningsstøtte. Fastlegene mener de kan spare 30–40 minutter daglig.[1]

Samtidig er det flere utfordringer ved bruk av KI-verktøy, blant annet at de kan gjøre feil, mangle medisinsk presisjon og egengenerere funn/symptomer (såkalt hallusinering). Det er en forutsetning at legene leser gjennom og kvalitetssikrer egne notater før de ferdigstilles, for å sikre at pasientene får forsvarlig helsehjelp.

[1] Sintef (2025). *AIFAL-prosjekt: Allmennlegers perspektiv på muligheter og begrensninger ved bruk av KI på fastlegekontoret*



Figur 5.2 Bruk av nasjonale tjenester for digital samhandling

kan for eksempel gi færre konsultasjoner på legevakt.[6] KI-verktøyene kan ha ulike former, for eksempel en selvstendig applikasjon på mobiltelefon eller PC eller inngå i et journalsystem.

Kunstig intelligens er et fagområde som er i rask utvikling, og ny lovgivning er på trappene. I en rapport om kvalitetssikring av bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten[7] beskrives forhold som virksomheten må være spesielt oppmerksom på, når den vurderer å ta i bruk KI-verktøy. Det omfatter vurderinger rundt blant annet helsefaglig forsvarlighet, tilgang til helseopplysninger, datahåndtering og automatiserte beslutningsprosesser. Videre er det viktig å ta hensyn til personvern og informasjonssikkerhet knyttet til bruk av ulike KI-verktøy. I tillegg er det behov for gode risikovurderinger, validering og kvalitetssikring. KI-verktøyet skal være trygt og etisk akseptabelt å bruke.

5.3.2 Digital samhandling

Digital samhandling skal bidra til at personell får tilgang til relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasienten, slik at de kan gi best mulig behandling og bruke mindre tid til å lete etter, gi ut eller sammenstille informasjon. De nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept og Helsenettet er fellesløsninger som bidrar til sammenhengende tjenester og pasientsikkerhet på tvers av sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er investert i og satt i gang nasjonale tiltak for å dekke de største behovene for digital samhandling på tvers av virksomheter og nivåer, jf. boks 5.6. Dette er områder hvor det er særlig viktig at allmennlegene kan dele relevant og nødvendig informasjon om og med pasienten. Løsningene utvikles trinnvis, og det legges vekt på raskere gjennomføring og realisering av nytte. Et eksempel er arbeidet med pasientens journaldokumenter der legevakten har stor nytte av å se dokumenter fra sykehus. Løsningen for deling av journaldokumenter utvikles gradvis og gir mer og mer nytte. Regjeringen har ambisjon om å utrede hvordan også fastlegene på sikt skal kunne dele sine journaldokumenter. Når helsepersonell har tilgang til oppdatert og relevant informasjon, får de et bedre bilde av pasientens behov og utfordringer. Dette legger grunnlaget for å yte god helsehjelp og individuelt tilpassede forløp i kommunene. Regjeringen vil prioritere arbeidet med de nasjonale samhandlingstjenestene for effektiv deling av nødvendig helseinformasjon mellom helsepersonell i alle deler av helse- og omsorgstjenestene, inkludert allmennlegene. Regjeringen viser til at Stortinget har besluttet en seksårlig satsing på digital samhandling, jf. Prop. 1 S (2023-2024).

5.3.3 Standardisering av kodeverk, terminologi, sikkerhet og personvern

Standardisering av informasjonsutveksling er nødvendig for at opplysninger skal kunne utveksles korrekt mellom virksomheter, personell og innbyggere. Det bidrar også til økt datakvalitet og automatisert datafangst både internt i allmennlegevirksomheten og ved deling av informasjon med andre. Standardisering i denne sammenheng er enhetlige krav til kodeverk, terminologi, sikkerhet og personvern. Både kunstig intelligens og verdiskaping med data som ressurs er viktige temaer i *Fremtidens digitale Norge – Nasjonal digitaliseringsstrategi 2024–2030*. Dette inkluderer å legge til rette for sektorovergripende samarbeid om standarder og formater for datautveksling for digitalisering av hele verdikjeder.

De kommende årene er standardiseringsarbeidet tett knyttet til forordningen om det europeiske helsedataområdet, se boks 5.7. Det er behov for å øke innsatsen på standardiseringsarbeid som involverer og gir nytte for allmennlegetjenesten, og som er i tråd med samarbeidsmodellen for internasjonale standarder.[8] Allmennlegetjenesten må være inkludert og gjøre medisinskfaglige vurderinger knyttet til dette standardiseringsarbeidet.

5.4 Digitale løsninger for kvalitetsforbedring, ledelse og samhandling

Helseforvaltningen har utviklet flere digitale løsninger i allmennlegetjenesten for å forbedre pasientbehandling, effektivisere prosesser og sikre innbyggere like rettigheter og tilgjengelige tjenester. Eksempler på dette er søknader og erklæringer som fastleger sender på vegne av sine pasienter til staten, digital sykmelding til Arbeids- og velferdsetaten, helseerklæring for førerkort til

[6] Bangstad, Arne (2025). *Digital triagering – erfaringer fra Indre Namdal*. Dagens medisin

[7] Helsedirektoratet (2025). *Rapport om kvalitetssikring: Bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten*

[8] Helsedirektoratet (2024). *Samarbeidsmodell for internasjonale standarder*

Boks 5.6 Prioriterte områder for digital samhandling mellom personell

I *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* presiserer regjeringen at den vil prioritere følgende nasjonale tjenester for digital samhandling som også inkluderer allmennlegetjenesten:

Pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste gjør det mulig for helsepersonell å få samlet oversikt over alle legemidler pasienten bruker, som er oppdatert til enhver tid, og som skal være tilgjengelig for pasienten selv og personellet, uavhengig av hvor i tjenesten personellet arbeider. Legemiddellisten opprettes av behandlende lege som kjenner pasienten best, og det er oftest fastlegen. Pasientens legemiddelliste vil styrke fastlegens mulighet til å ivareta koordineringsansvaret for pasientene sine og kan bidra til redusert tidsbruk. Feil legemiddelbruk er blant de viktigste årsakene til pasientskader, og løsningen vil bidra til å redusere feilbehandling.

Pasientens journaldokumenter

Deling av pasientens journaldokumenter gir personell tilgang til journaldokumenter fra andre virksomheter. På den måten kan personellet på legevakt, fastlegekontor og innbyggeren selv få enkel og sikker tilgang til informasjon som epikriser og sammenfatninger. På legevakt vil løsningen gi vesentlig bedre informasjon om pasienter de ikke kjenner. Dette kan bidra til bedre beslutningsgrunnlag for helsepersonell og forhindre unødvendige innleggelser på sykehus.

Allmennleger i kommunene vil få anledning til å slå opp i journaldokumenter fra andre virksomheter. Det er allerede tilrettelagt nasjonalt for at fastleger kan gjøre slike oppslag. Det arbeides for at kommuner skal kunne tilgjengeliggjøre journaldokumenter, som blant annet er skrevet av allmennleger.

Pasientens prøvesvar

Pasientens prøvesvar gir personellet tilgang til og oversikt over laboratorie- og radiologisvar digitalt, uavhengig av hvem som har rekvirert undersøkelsen, og hvor den er utført. Mange undersøkelser blir bestilt på nytt fordi prøvesvar ikke er tilgjengelig. Tjenesten vil derfor bidra til bedre utnyttelse av ressurser og spare tid hos allmennlegene, blant annet fastleger, i sykehjem og på legevakter. Innbyggerne vil få en samlet oversikt over sine prøvesvar på Helsenorge.

Pasientens kritiske informasjon

Deling av pasientens kritiske informasjon (alvorlige diagnoser og tilstander) er informasjon som det er særskilt viktig at personellet kjenner til i en behandlingssituasjon. Tiltaket skal gjøre det enklere for allmennlegene å registrere opplysningene i eget fagsystem samtidig som opplysningene overføres automatisk til kjernejournalen. Tiltaket skal også bidra til å øke registreringsgraden av opplysninger nasjonalt.

Pasientens måledata

Pasienter og brukere som får digital hjemmeoppfølging, gjennom blant annet velferdsteknologi og helseapper, har ofte behov for behandling fra personell fra flere virksomheter og tjeneste- og omsorgsnivåer. Pasientens måledata tilrettelegger for at informasjon om pasienten kan deles med helsepersonell som deltar i oppfølgingen. For pasienter med digital hjemmeoppfølging er det i første rekke aktuelt å dele vitale målinger, slik som puls, blodtrykk, respirasjonsfrekvens og oksygenmetning. Innbyggerne skal få se sine måledata på Helsenorge.

Helsekort for gravide

Etablering av digitalt helsekort for gravide skal bidra til å løfte kvaliteten i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen gjennom økt digital informasjonsdeling mellom virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten. Tiltaket innebærer at informasjon fra dagens papirhelsekort for gravide blir digitalt tilgjengelig for den gravide og for helsepersonell i svangerskaps- og fødselsomsorgen.

Boks 5.7 Sikker utveksling av helsedata i Europa

Det europeiske helsedataområdet (EHDS) består av teknisk infrastruktur for deling av helsedata for primærbruk og sekundærbruk og et rettslig rammeverk i form av en forordning om det europeiske helsedataområdet. Forordning (EU) 2025/327 (European Health Data Space) ble vedtatt 11. februar 2025 og får anvendelse i EU fra 26. mars 2027.

EHDS skal bidra til sikker tilgang til og utveksling av helsedata i Europa. Forordningen skal legge til rette for at innbyggere kan ta større kontroll over egne helsedata, fremme et indre marked for digitale tjenester og produkter og skape en sikker og effektiv ramme for bruk av helsedata til forbedring av helsetjenesten, forskning, innovasjon og regelverksutforming.

Forordningen representerer et stort sprang framover for å styrke robustheten til Europas digitale helsesystemer. EU har utpekt 14 dataområder, og helsedataområdet er først ute.

Forordningen vil begynne å gjelde trinnvis. Store deler må implementeres i løpet av de første fire årene, og regelverket må være fullt ut implementert innen 2034.

I 2025 skal forordningen tas inn i ordinær prosess for EU/EØS-arbeid. Oppfyllelse av forordningens krav vil kreve lovendringer, og det forventes behov for endringer i nasjonale e-helseløsninger og IT-systemer som benyttes i Norge.

Statens vegvesen og individuell søknad om legemiddel på blå resept til Helfo.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 stadfester at aktørene selv har hovedansvaret for digitalisering. Dette er også modellen helseforvaltningen har benyttet ved innføring av nye nasjonale løsninger og tjenester. Hver enkelt journalleverandør skal bygge tjenesten inn som en integrert del av sitt system. En slik tilnærming krever mye ressurser fordi det er mange ulike systemer og leverandører i helse- og omsorgstjenesten. Det er økende etterspørsel etter å vedlikeholde og videreutvikle systemene for å ivareta behovet til fastleger, kommuner og statlige aktører. Behovene overstiger ofte leverandørenes kapasitet samtidig som aktørene ikke koordinerer sine behov overfor leverandørene. Dette kan medføre at behovet for oppdateringer og utvikling av ny funksjonalitet i helseforvaltningen og øvrig forvaltning ikke prioriteres, aktørene har ulik prioritert rekkefølge og at det skjer med ulike og tidkrevende innfasinger. Erfaringer deles ikke tilstrekkelig på tvers. Dette kan sette allerede etterspurt IKT-kompetanse under ytterligere press.

5.4.1 Bedre digitale rapporterings- og analysesystemer

Det er et mål å få et mer dekkende bilde av allmennlegetjenesten og de samlede helse- og omsorgstjenestene som ytes i Norge. I innspillene til denne stortingsmeldingen viser både Oslo kommune og KS til at et forbedret digitalt rapporterings- og analysesystem er viktig for å sikre grunnlaget for kvalitetsforbedring, god planlegging og styring av tjenestene og likebehandling for kommunens innbyggere.

Sammenliknet med spesialisthelsetjenesten er det lite data tilgjengelig om og fra allmennlegetjenesten. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) har som formål å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse og omsorgstjenester. Men data fra allmennlegetjenestene i Kommunalt pasient- og brukerregister er i stor grad registrert for andre formål enn styring, utvikling og forskning (se kapittel 8.6.2).

Nye helsetrusler og helseutfordringer treffer i stor grad kommunale helsetjenester. Tilgang til data i sanntid er særlig viktig i beredskapssammenheng, og dette vil kreve bedre rapporterings- og analysesystemer. Det er viktig at det vurderes hvilke helsedata fra allmennlegetjenesten som skal tilgjengeliggjøres, og til hvilke formål. Kommunen må sikres tilgang til analyser og rapporter om aktivitet for å kunne ivareta sørge for-ansvaret og ta kunnskapsbaserte strategiske valg for utviklingen av allmennlegefunksjonen i kommunen.

Helsedirektoratet har anbefalt tiltak som skal gjøre det enklere å hente ut og bruke data fra allmennlegetjenesten. Et av tiltakene som anbefales

er å legge til rette for økt grad av strukturert registrering. Det kan skje ved å utvikle funksjonalitet som støtter standardiserte informasjonsmodeller, samt å se på hvordan bruk av kunstig intelligens, for eksempel språkmodeller, kan bidra til prosessering av data. Regjeringen vil forenkle rapportering fra allmennlegetjenesten ved å øke innsatsen på standardiseringsarbeidet.

Kommunalt pasient- og brukerregister jobber med å utvide datafangst fra helsestasjons- og skolehelsetjeneste og fra øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Via helseaktørportalen kan allmennlegen logge inn og finne statistikk basert på egneinnrapporterte data til registeret. Formålet med tjenesten er å gi innsikt i egen praksis og å tilby et verktøy for kvalitetsforbedring. Kun fastlegen selv har tilgang til egne data. Se kapittel 8.

Kommuneoverlegen og fylkeslegen har behov for tilgang til data for beredskap og krisehåndtering i kommunen. Under koronapandemien samarbeidet KS og IKT-leverandører om å finne løsninger for å lette samarbeidet og dataflyten mellom kommunene. Blant annet ble Fiks-plattformen der kommunal sektor kan kommunisere på tvers av forvaltningsnivåer, en viktig digital fellestjeneste for alle kommuner og fylkeskommuner. Tjenesten Fiks smittesporing ble utviklet og tilgjengelig for kommunene via Fiks-plattformen. Den hjalp kommunene med å holde oversikt over smittesituasjonen og forenklet rapporteringen til Folkehelseinstituttet.[9] Tjenesten er siden videreutviklet til Fiks smittevern som en nasjonal løsning for smittesporing og tuberkuloseoppfølging.

5.4.2 Enklere rapportering og informasjonsutveksling på tvers

Allmennlegene samhandler med store deler av helse- og omsorgstjenesten, arbeids- og velferdsforvaltningen og med en rekke kommunale tjenester som skole, barnevern og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). I tillegg rapporterer de til registre, følger opp meldeplikter til ulike instanser og fyller ut helseattester og andre erklæringer i ulike formater. Over flere år er det utviklet en rekke portal-, skjema- og rapporteringsløsninger, og det er ulike og separate løsninger for rapportering og utveksling av helsedata med offentlige myndigheter Samlet sett gir dette fastlegen mange rapporteringssystemer å forholde seg til. Fastlegene må ut av egne journalsystemer for å kunne rapportere eller sende inn attester. Det er utfordrende og tidkrevende å forholde seg til ulike innloggingsprosedyrer, dobbeltregistrering av opplysninger og mange ulike skjemaer og attester. Regjeringen ønsker å forenkle rapporteringen fra helse- og omsorgstjenestene og bidra til bedre og enklere tverrsektoriell informasjonsutvikling.

Det trengs ulike teknologivalg avhengig av hvem som skal samhandle om hva. Det er derfor behov for å finne løsninger som bidrar til en brukervennlig og enkel innrapportering for helsepersonell, og til en effektiv innsamling av data for register- og tjenesteeiere. Helsedirektoratet har satt i gang et arbeid for at rapportering og ulike typer oppgaver skal bli tettere integrert i journalløsningene til helsepersonell, for eksempel ved bruk av applikasjoner (apper) i journalsystemene eller bruk av felles portaler for rapportering. Det skal fastsettes felles krav og veiledning om slike løsninger.

Det er et særlig behov for å forbedre god informasjonsutveksling mellom Arbeids- og velferdsetaten og helse- og omsorgstjenestene. En gjennomgang av attester og erklæringer som fastleger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten, viser at det største forbedringspotensialet handler om hvordan informasjonsinnhentingen gjennomføres, herunder prosessen for dialog og samhandling.[10] Fastleger bruker særlig mye tid på sykmelding og legeerklæring ved arbeidsuførhet til Arbeids- og velferdsetaten fordi disse attestasjonene utgjør et stort volum. Det er dermed på disse områdene at potensialet for gevinster er størst (se kapittel 6).

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet leverte i oktober 2023 rapporten *Nå snakker vi – utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgssektoren*. Den bygger på tidligere utredninger som har beskrevet utfordringer på feltet, herunder nevnte gjennomgang av attester og erklæringer. Rapporten oppsummerer de viktige årsakene til at journalutviklingen går for sakte, blant annet et fragmentert leverandørmarked og fragmentert kundeside fordelt på to forvaltningsnivåer, mange styringslinjer og begrenset kompetanse og kapasitet til å initiere og følge opp bestilling av videreutvikling i journalløsningene. Videre at dagens utveksling av helseopplysninger skaper usammenhengende

[9] DFØ (2023): *Områdegjennomgang om innovasjon og mer effektive løsninger – læring fra koronapandemien.* DFØ-rapport 2023-8

[10] Arbeids- og velferdsdirektoratet (2021). *Informasjonsutveksling mellom Nav og fastleger. En gjennomgang av attester og erklæringer fastleger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten*

Boks 5.8 Ny løsning fjerner tidstyv hos fastlegene

Bruk av Altinn som digital samhandlingsløsning mellom fastlegen og kommunal og statlig sektor, slik som statsforvalter, barnevern og øvrige kommunale tjenester har ikke fungert tilfredsstillende i arbeidsflyten på legekontoret. Nå utvikles det en løsning som sender meldinger direkte til fastlegenes journalsystemer, noe som sikrer at meldinger som er underlagt taushetsplikt, overføres på en sikker og effektiv måte. Dette bidrar til å styrke pasientdatasikkerheten og forbedre informasjonsflyten mellom fastleger, kommunale tjenester og statlige etater. KS, Digitaliseringsdirektoratet (Digdir), Norsk helsenett og Legeforeningen samarbeider om løsningen, og regjeringen har bidratt med midler.

tjenester og representerer en høy arbeidsbyrde for helsepersonell, noe som igjen får konsekvenser for innbyggere, helsepersonell og Arbeids- og velferdsetaten. Anbefalingene i rapporten bekrefter at det er nødvendig med flere typer samhandlingsteknologier, og peker på prioriterte områder for videre arbeid og mulige virkemidler. Regjeringen vil forbedre informasjonsutvekslingen mellom Arbeids- og velferdsetaten og helse- og omsorgstjenesten. Direktoratene arbeider med oppfølging av anbefalingene i rapporten.

Det pågår også et arbeid med å forbedre utveksling av taushetsbelagte opplysninger mellom statsforvalter, barnevernet, kommunen og fastlegen. I dag brukes Altinn og papirpost, og dette er en tungvint og tidkrevende løsning som i mange tilfeller kan forsinke oppfølgingen. Prosjektet kom i gang i februar 2025, og målet er å ha en løsning klar i løpet av året (se boks 5.8). Den nye kommunikasjonsløsningen har vært etterspurt i mange år og vil fjerne en tidstyv hos fastlegene.

5.5 Støtte for digital sikkerhet

Alle virksomheter har ansvar for å ivareta egen digital sikkerhet. Det innebærer at hver virksomhet i allmennlegetjenesten har ansvar for å ivareta et tilstrekkelig nivå av informasjonssikkerhet og personvern, blant annet å sikre person- og helseopplysninger, oppdatere programvare og tilgangskontroll. Det er økt oppmerksomhet på cyberområdet både i Norge og Europa. Mindre virksomheter, blant annet næringsdrivende fastleger, har ofte begrenset kompetanse og kapasitet innen digital sikkerhet. For kommunalt ansatte fastleger vil ansvaret ligge til arbeidsgiver.

Journalsystemene og øvrige digitale løsninger som brukes i allmennlegetjenesten, har ofte vært driftet lokalt med sørvere plassert hos hver enkelt virksomhet. Det gir sikkerhetsutfordringer, blant annet som følge av manglende sikkerhetsoppdateringer. Allmennlegekontorene tar i økende grad bruk skybaserte tjenester. Dette bidrar til å redusere risikoen som er forbundet med lokal drift.

En grunnleggende støtte for digital sikkerhet ligger i Helsenettet som leveres av Norsk helsenett SF, og er et medlemsnettverk for trygg og lovlig samhandling i helsetjenesten. Gjennom Helsenettet kan aktørene i helse- og omsorgstjenesten dele pasient- og personopplysninger innenfor trygge og lovlige rammer. Helsenettet gir tilgang til en rekke sikkerhetstjenester som skal bidra til å styrke digital sikkerhet, som for eksempel HelseID for autentisering og autorisasjon. Andre tjenester, som monitorering for å avdekke skade-

Boks 5.9 Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren

Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen) er en bransjenorm som er utarbeidet og forvaltes av organisasjoner og virksomheter i helse- og omsorgssektoren. Normen arrangerer kurs og webinarer og lager faktaark og veiledere som skal støtte helse- og omsorgssektoren med kompetanse og kunnskap innenfor informasjonssikkerhet og personvern. Normen har en egen veileder for små helsevirksomheter, men ikke spesifikt for allmennleger eller fastleger. Normen har også en veileder for digital pasientkommunikasjon som omhandler risiko og risikoscenarioer ved ulike kommunikasjonsteknologier, samt personvern og informasjonssikkerhet, juridiske spørsmål og tiltak. Veilederen belyser spørsmål og prosesser som virksomheten må ta stilling til for å oppnå god sikkerhet og ivareta personvernet.

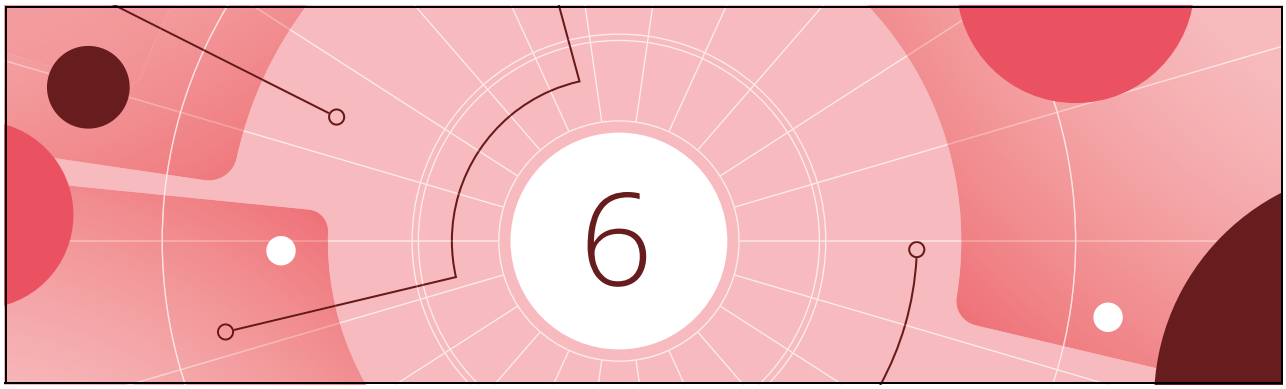
lig trafikk, vil være umiddelbart aktive gjennom tjenestene til Helse- og KommuneCERT. Helse- og KommuneCERT er cybersikkerhetssenter for både helse- og kommunesektoren. Medlemsskapet i Helsenettet gjør det enklere for virksomhetene å ivareta databehandleransvaret sitt og å følge Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen), se boks 5.9. Leverandører kan også tilby sine tjenester og fagsystemer gjennom Helsenettet. Kommunene kan få bistand fra KS som bidrar med råd om informasjonssikkerhet, digital beredskap og personvern og gjennomfører arrangementer som skal bidra til kompetanseutvikling. Foreningen kommunal informasjonssikkerhet (KiNS) skal bidra til økt informasjonssikkerhet i kommuner og fylkeskommuner gjennom felles arrangementer, kurs, verktøykasse og liknende tiltak.

Danmark tester ut et konsept hvor et legekontor kan få installert en teknisk komponent som på en brukervennlig måte hjelper legen med å forstå sikkerhetstilstanden på legekontoret og løse sikkerhetsutfordringer. Dette er et eksempel på en teknisk og praktisk tilnærming til hvordan teknologi kan støtte fastlegene med å ivareta ansvaret sitt.[11]

Regjeringen vil kartlegge status og behov knyttet til digital sikkerhet og personvern hos fastleger og vurdere om det er behov for ytterligere veiledninger for å ivareta digital sikkerhet. I tillegg vil krav til digital sikkerhet og personvern inngå i arbeidet med en veiednings- og godkjenningsordning for helseteknologier.

---

[11] Indenrigs- og sundhedsministeriet (2023). *Sundhedssektorens strategi for cyber- og informationssikkerhed 2023–2025*



Figur 6.1

6 Sammen om en friskere befolkning

Regjeringen ønsker å skape en sterk og likeverdig offentlig helse- og omsorgstjeneste som er tilgjengelig for alle, og tilpasset den enkeltes behov. For innbyggerne er det trygt å vite at de har en lett tilgjengelig allmennlegetjeneste. Tilgangen til og kvaliteten på tjenestene skal være god, uavhengig av brukernes kjønn, alder, økonomi, bakgrunn eller bosted, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering eller uttrykk.

Innbyggerne har ulike behov for hjelp som krever ulik grad av involvering fra tjenestene. For noen er det nok å få god og kvalitetssikret informasjon om sin helsesituasjon eller tilgang til selvhjelpsverktøy. Andre trenger raske og korte avklaringer eller å drøfte konkrete spørsmål med helsepersonell. Noen har behov for tettere oppfølging, veiledning og behandling.

Regjeringen ønsker tettere samhandling mellom allmennlegetjenesten, øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten slik at særlig innbyggere med store og sammensatte behov får bedre og mer sammenhengende tjenester.

God helsekompetanse i befolkningen kan fremme mestring av egen helse hos den enkelte. Evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger om egen helse vil redusere behovet for tjenester og bidra til bedre helse. Regjeringen vil styrke allmennlegetjenestens bidrag til å fremme helsekompetanse.

6.1 Målrettet folkehelsearbeid og styrket helsekompetanse

Målrettet folkehelsearbeid og tilrettelegging i helse- og omsorgstjenestene bidrar til at befolkningen kan ta vare på egen helse. Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller* presenterer regjeringens innsats på folkehelseområdet. Å utjevne sosial ulikhet i helse er et sentralt mål for regjeringen. Pasienter med kroniske lidelser opplever dårligere tjenester og tilgjengelighet fra fastlegen og fastlegekontoret enn pasienter uten kroniske lidelser gjør. Det gjelder særlig når en av de kroniske lidelsene gjelder psykisk helse, og særlig blant personer med lav utdanning, jf. brukererfaringsundersøkelsen PaRIS (boks 8.16).

Regjeringen vil forsterke den forebyggende innsatsen i helse- og omsorgstjenesten gjennom oppfølging av *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*, blant annet ved at tjenestene må bistå med livsstilsendringer, ved å fokusere på tidlig innsats mot risikofaktorer for ikke-smittsomme sykdommer og ved å forsterke forebyggende innsats for å opprettholde funksjon og bremse sykdomsutvikling. Helsedirektoratet er bedt om å utrede hvordan omstilling til en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste kan støttes og evalueres, og vurdere om finansieringsordningene i tilstrekkelig grad understøtter en forebyggende helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen vil understreke at det er viktig at offentlige helse-

Boks 6.1 Regjeringen vil

Styrke arbeidet med forebygging og tilbudet til innbyggere med store og sammensatte behov gjennom følgende tiltak:

- legge til rette for enklere informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud og pårørendeverktøy
- legge fram en ny strategi for helsekompetanse
- legge fram en nasjonal diabetesplan
- legge fram en nasjonal handlingsplan innen rehabilitering
- endre og forenkle takstsystemet og vurdere ytterligere endringer i basistilskuddet, se kapittel 3.
- utvikle «den nye hjemmetjenesten» gjennom oppfølging av Bo trygt hjemme-reformen
- revidere nasjonal veileder for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling
- utrede hvordan allmennlegetjenestene til innbyggere med sammensatte behov som bor i egen bolig med heldøgns omsorg eller andre kommunale institusjoner, kan forbedres
- etablere klinisk masterutdanning i allmennfysioterapi rettet mot behovene i kommunene
- fremme rollen til sykepleiere med mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS)
- vurdere å innføre å innføre nasjonal prøveordning med henvisningsrett for helsesykepleiere til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
- utrede finansiering av undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra fysioterapeut
- utvide modellutviklingsprogram for klinisk ernæringsfysiolog i omsorgstjenesten til å gjelde hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- utrede fastlegenes rolle og ansvar i vaksinasjonsarbeidet i kommunen
- legge til rette for utvikling av flere lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene
- arbeide for å forebygge selvmord og selvskading
- utarbeide en helhetlig plan for å heve levealderen hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer
- øke fastlegers kompetanse om vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse

Legge til rette for at flere får behandling for alkoholbrukslidelser gjennom følgende tiltak:

- øke kunnskapen om følgeskader av alkohol og øke ferdighetene hos fastleger
- øke kunnskapen om legemidler som kan brukes for å behandle alkoholproblemer, herunder om muligheten til å søke individuell stønad etter blåreseptforskriften
- øke fastlegers oppmerksomhet på å identifisere tilstander der alkohol er en medvirkende årsak til sykdomsbildet
- utrede effekt og konsekvenser av å gi fritak for egenandeler for alle helsetjenester som ytes av allmennlegetjenesten, for personer med rusmiddellidelser

Legge til rette for at flere får behandling for legemiddelavhengighet, og at færre utvikler slik avhengighet, gjennom følgende tiltak:

- øke fastlegers kompetanse om og kvalitet i rekvireringspraksis
- øke tilgjengeligheten til og kompetansen om andre behandlingsmetoder enn legemidler ved langvarige smerter

Inkludere flere med helseutfordringer i arbeid, gjennom et forsterket samarbeid mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren:

- videre utprøving av modeller for samhandling mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder fastlegekontor
- vurdere behovet for å iverksette tiltak for å gjøre den utvidede egenmeldingsretten bedre kjent for arbeidsgivere, arbeidstakere og sykmeldere
- forbedre informasjonsutvekslingen mellom Arbeids- og velferdsetaten og helse- og omsorgstjenesten
- vurdere behov for å modernisere og videreutvikle honorartakstene for legeerklæringer til Nav slik at takstene i større grad støtter opp under målene om å redusere sykefravær og hindre frafall fra arbeidslivet.
- vurdere tiltak som kan bidra til å støtte opp under legens rolle i sykmeldingsarbeidet, herunder behovet for bedre informasjon, opplæring og veiledning

Boks 6.1 (forts.)

Bidra til at alle pasienter, brukere og pårørende blir møtt med forståelse og respekt, gjennom følgende tiltak:
- vurdere tiltak for å øke kunnskap om mangfold, diskriminering og trakassering blant ledere for bedre å ivareta dem som opplever rasisme
- kartlegge hvordan sammenhengen mellom opplevd rasisme, diskriminering og helse behandles i eksisterende undersøkelser
- styrke kunnskapsgrunnlaget om opplevd rasisme og diskriminering i møte med helse- og omsorgstjenestene

tjenester er lokalisert slik at de ikke bidrar til å opprettholde sosiodemografiske skiller.

Helsekompetanse handler om en persons evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon. Mange kan ha vansker med å forstå helseinformasjon, finne fram til riktige tjenester i helsetjenesten og kommunisere med helsepersonell. Lav helsekompetanse kan også ha betydning for livsstil og en persons evne til å følge opp sykdom og symptomer.[1] Helsekompetanse er en viktig faktor for personers evne til å ta aktivt del i oppfølging av egen helse og for å forebygge sykdom, jf. kapittel 5.1.4.

Befolkningsundersøkelser i Norge viser at én av tre har lav helsekompetanse.[2] Tradisjonelt har mye av arbeidet for å øke helsekompetansen vært rettet mot individer eller befolkningen, eksempelvis kampanjer, informasjonstiltak og undervisning/veiledning. Det er samtidig behov for mer oppmerksomhet på systemrettet arbeid. Det er myndighetenes og helsetjenestens ansvar å tilpasse informasjonen slik at ulike grupper i befolkningen kan forstå den. Informasjonen må gjøres lett tilgjengelig både digitalt og fysisk, den må tilbys på ulike språk og være tilpasset mennesker med lesevansker, sansetap eller liknende.

Helsekompetanse bør være en integrert del av planlegging og organisering i helse- og omsorgstjenesten. Dette kan blant annet handle om hvordan informasjon formidles, hvordan det legges til rette for brukermedvirkning og lærings- og mestringsvirksomhet i tjenesten. Et kartleggingsverktøy som måler helsekompetanse, er prøvd ut i helse- og omsorgstjenesten.[3] Norge har også en koordinatorrolle i EU-programmet JA Prevent-NCD. Helsedirektoratet skal gjennomføre en ny kartlegging av befolkningens helsekompetanse i 2025/2026. Regjeringen vil også legge fram en ny strategi for helsekompetanse, jf. Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*.

Sammenliknet med andre land som har lav arbeidsledighet, har Norge mange mottakere av helserelaterte ytelser. Helseproblemer er en viktig årsak til at folk står helt eller delvis utenfor arbeidslivet. Den største gruppen er personer som mottar helserelaterte ytelser. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er de to vanligste diagnosegruppene. En høy andel (10,5 prosent) av befolkningen mottar uføretrygd, og andelen unge uføretrygdede har aldri vært høyere. Det er alvorlig at så mange blir uføretrygdede, og vi vet at disse i stor grad blir stående varig utenfor arbeidslivet. Det er et stort potensial for å øke sysselsettingen i Norge ved å inkludere flere med helseutfordringer i arbeidslivet og redusere tilstrømmingen til uføretrygd.[4] Andelen uføretrygdede i befolkningen i aldersgruppen 18–29 år er doblet de siste ti årene, men det kan se ut til at økningen har bremset opp. Andelen uføretrygdede er lavere i den unge delen av befolkningen enn i den eldre, men det er likevel alvorlig at mange unge er uføre. Denne gruppen har mange år foran seg, og i utgangspunktet har de dårlige utsikter til arbeid. Nesten 70 prosent av de unge uføre har en hoveddiagnose innenfor kategorien «psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser».[5] I *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* er et av målene

[1] Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023*

[2] Helsedirektoratet (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del I: The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII*

[3] Finbråten, H. S., Guttersrud, Ø., Spilker, R. S. mfl. (2023). *Helsekompetansevennlige helsetjenester: Pilotering av et kartleggingsvektøy for organisatorisk helsekompetanse ved fem helseinstitusjoner i Norge*. Høgskolen i Innlandet

[4] Meld. St. 33 (2023–2024) *En forsterket arbeidslinje. Flere i jobb og færre på trygd*

[5] Arbeids- og velferdsdirektoratet (2025). *Utviklingen i uføretrygd 2024. Statistikknotat*

at barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent i opptrappingsperioden, og at andelen unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser, er redusert.

Det må tilstrebes et arbeids- og samfunnsliv der den enkelte i enda større grad kan delta i arbeidslivet, selv om man ikke er helt frisk. Dette er et sentralt mål i *Nasjonal kreftstrategi (2025–2035)*. Regjeringen vil inkludere flere med helseutfordringer i arbeid gjennom et forsterket samarbeid mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren, se kapittel 6.8.

6.2 Forebygging, mestring og allmennlegens rolle

Sykdomsbildet i Norge er preget av ikke-smittsomme sykdommer. Disse sykdommene rammer sosialt skjevt og bidrar til økt sosial ulikhet i helse. Fysisk inaktivitet, et usunt kosthold og bruk av rusmidler er blant de viktigste enkeltårsakene til utvikling av ikke-smittsomme sykdommer og for tidlig død i Norge. Slike sykdommer kan i stor grad forebygges og mestres ved hjelp av støtte til livsstilsendring, bedre sosiale nettverk og gjennom tiltak som fremmer sunne levevaner i befolkningen.

De fleste innbyggerne i Norge er i kontakt med fastlegen sin hvert år. Det gir både mulighet for forebyggende tiltak før sykdom oppstår og til å begrense utvikling av en rekke sykdommer. Informasjon og veiledning på fastlegekontoret om kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse og rusmidler kan hjelpe pasienter med å endre livsstil og forebygge sykdom. Små endringer kan gi stor effekt for den enkelte, som økt livskvalitet og levealder, og de kan redusere behovet for helse- og omsorgstjenester og ha stor samfunnsøkonomisk effekt.[6] Ensomhet og mangelfull sosial tilknytning er andre områder som er av særlig betydning for livskvalitet og livslengde. Her kan fastlegen være en god samtalepartner, gi informasjon om tilbud i kommunen og henvise til videre oppfølging ved behov. Det bør være et samarbeid mellom fastlegekontor og frisklivstilbud eller liknende tilbud i kommunen.

Flere profesjoner kan og bør bidra i å veilede og følge opp personer med livsstilsykdommer. Mer tverrfaglighet på legekontorene kan legge til rette for bredere og bedre oppfølging av personer med kroniske og sammensatte lidelser slik at de får styrket helsekompetanse. Pasienter med diabetes type 2 er et eksempel på en diagnosegruppe som med fordel kan få oppfølging og hjelp til mestring innen livsstilsendring, både hos fastlegene og gjennom tilbud i kommunene. Regjeringen vil endre og forenkle takstsystemet og vurdere ytterligere endringer i basistilskuddet for å understøtte tjenester til pasienter med store og sammensatte behov, se kapittel 3.

I 2022 ble det opprettet en takst for livsstilsintervensjon. Taksten kan benyttes uavhengig av om pasienten behandles med legemidler for den aktuelle diagnosen. I 2023 ble bruk av denne taksten nesten doblet, viser tall fra Helfo. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utrede ulike måter å følge opp ordningen med grønn resept på og hvordan det kan legges til rette for økt bruk av taksten for livsstilsintervensjon, og bedre samarbeid med andre tjenester om pasienter som har behov for livsstilsendringer.

Helsedirektoratets veileder *Etablering og organisering av frisklivssentraler* er nyttig for kommuner som skal etablere frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Om lag 87 prosent av befolkningen har tilgang til en frisklivssentral.[7] I 2023 ble mer enn 30 000 personer fulgt opp gjennom slike tilbud. Helsedirektoratet gjennomfører en evaluering av effekten av frisklivstilbud.

Mange kommuner har gode tilbud til personer som trenger hjelp til livsstilsendring, men informasjonen om disse tilbudene er ikke alltid lett tilgjengelig. Bedre informasjon om tilbudene vil være nyttig slik at befolkningen kan ta direkte kontakt, og for fastleger eller andre i helsetjenesten som kan informere og vise pasienter til disse tilbudene. Regjeringen vil legge til rette for enklere informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, pasient- og pårørendeopplæring og selvhjelpsverktøy. I forebyggings- og behandlingsreformen for rusmiddelfeltet peker regjeringen på at kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i større grad kan rette seg mot personer med psykiske helseplager eller rusmiddelproblemer. Videre har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utrede hvordan lærings- og mestringsvirksomhet i kommunene kan videreutvikles, herunder om det er behov for lovendringer. Helsedirektoratet jobber også med å revidere nasjonale anbefalinger om læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten.

---

[6] Helsedirektoratet (2024). *Vunne leveår og helsetapsjusterte leveår (DALYs) ved fysisk aktivitet*

[7] https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/kommunehelsetenesta/artikler/6-av-10-kommunar-har-frisklivssentral

Aktivitetsnivået i befolkningen er generelt lavt. Det synker gjennom barne- og ungdomsårene og varierer mellom kjønn og sosiale grupper. Det er en sterk og tydelig sosial gradient hvor særlig utdanningsnivå slår ut. Om lag halvparten av voksne og eldre, fire av ti 15-årige jenter og knapt halvparten av 15-årige gutter oppfyller nasjonale anbefalinger om fysisk aktivitet. Det er derfor viktig at råd og informasjon om fysisk aktivitet blir bedre kjent og tatt i bruk i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet reviderer og digitaliserer *Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling* på helsedirektoratet.no. Aktivitetshåndboken er et godt verktøy for fastleger og annet helsepersonell i oppfølging av pasienter. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å gjøre de nasjonale anbefalingene om fysisk aktivitet og aktivitetshåndboken kjent i allmennlegetjenesten og i øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste. *Sammen om aktive liv – Handlingsplan for fysisk aktivitet (2020–2029)* gir rammen for en tverrsektoriell innsats for å øke fysisk aktivitet i befolkningen. Tiltak er forsterket gjennom oppfølging av *Folkehelsemeldinga, Bo trygt hjemme*-reformen og *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en sentral arena for universelt og selektivt forebyggende arbeid. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har tilknyttet allmennleger. Det er viktig at fastlegen samarbeider med og involveres i samarbeid med helsestasjons- og skolehelsetjenesten og andre tjenester som møter barn og unge. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal for eksempel samarbeide med fastleger for å sikre tydelig ansvars- og oppgavefordeling og god rolleforståelse. Det er kommunenes ansvar å tilrettelegge for at tjenestene kan samarbeide.

Boks 6.2 Aktive lokalsamfunn

Viken idrettskrets er et eksempel på godt samarbeid mellom kommune og frivilligheten som kan skape gode arenaer og tilbud for innbyggerne. Satsingen Aktive lokalsamfunn er et samarbeid mellom idrettslagene, kommuner og private aktører med bidrag fra Gjensidigestiftelsen og Sparebankstiftelsen. Tilbudet når fram til langt flere enn de som er medlem av et idrettslag. Det er utviklet tilbud i nærmiljøet som gir aktivitetsglede og sosial inkludering, og det legges vekt på å få med flere. Tilbudene er særlig rettet mot barn og unge og pensjonister. En lønnet koordinator og samarbeid med kommunen om lokaler om å spre informasjon om tilbudene er viktige suksessfaktorer.

Boks 6.3 Modellutviklingsprogram for klinisk ernæringsfysiologer

Mat og ernæring er viktig for en god helse. Kliniske ernæringsfysiologer er kvalifisert til å forebygge, diagnostisere og behandle ernæringsrelaterte sykdommer og tilstander. Mangelfull ernæring og feilernæring utgjør en betydelig samfunnskostnad og sykdomsbyrde for mange innbyggere. Regjeringen har styrket det systematiske mat- og ernæringsarbeidet i omsorgstjenesten gjennom videreføring av modellutviklingsprogram for klinisk ernæringsfysiolog som ressurs i omsorgstjenestene. Regjeringen vil videreføre rammene for modellutviklingsprogrammet, utvide ordningen til å gjelde hele helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spre kunnskap om hvordan klinisk ernæringsfysiolog kan bidra til bedre ernæringskompetanse og bedre kvalitet og systematikk i oppfølging av pasientene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

6.2.1 Vaksinasjon

Vaksiner skal som hovedregel rekvireres av lege. Det er utvidet rekvireringsrett for vaksiner til barnevaksinasjonsprogrammet og for influensa- og koronavaksine til vaksinasjonsprogrammer. Det betyr at også andre spesifiserte helsepersonellgrupper kan rekvirere disse vaksinene. For andre vaksinasjoner er det lege som rekvirerer vaksine, blant annet: oppfriskningsvaksinasjon mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio, reisevaksinasjon og vaksinasjon av personer med spesiell risiko. Legen kan bruke annet personell til å gjennomføre selve vaksineringen (administrasjon). Dette arbeidet er ikke tilpliktet fastlegene gjennom forskrift. Det er heller ingen takst for vaksinasjonsarbeid ettersom forebyggende tiltak faller utenfor folketrygdloven.

Et vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper etableres i 2025. Målet er å oppnå bedre

oppslutning om vaksinasjonsanbefalinger. Bedre oppslutning vil gi bedre forebygging av sykdom og redusert risiko for alvorlig sykdom og død, redusere behovet for helsehjelp og belastningen i helsetjenestene, redusere sykefravær og redusere bruk av antibiotika. Kommunene har ansvar for å sikre innbyggerne tilbud om vaksinasjon og kan gjøre avtale med leger i allmennlegetjenesten om å gjennomføre vaksinasjonsprogrammet. Vaksinasjonsprogrammet skal gi innbyggerne i kommunen sikkerhet for at vaksinasjonstilbudet er tilgjengelig. Regjeringen mener fastlegenes rolle og ansvar i vaksinasjonsarbeidet i kommunen bør utredes. Utredningen kan omfatte eventuell plikt til å delta i kommunens arbeid med å tilby vaksinasjoner i vaksinasjonsprogrammer, tilbud om vaksiner utenfor program og ordninger for økonomisk kompensasjon for arbeidet.

6.3 Psykisk helse

Psykisk helse er et av regjeringens viktigste satsingsområder, og Meld. St. 23 *Opptrappingsplan psykisk helse (2023–2033)* ble derfor lansert i 2023. Det overordnede målet er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp, skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Utvikling av flere lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene er en sentral del av satsingen.

Psykiske helseutfordringer er vanlig i befolkningen og er særlig utbredt blant unge voksne. Fastlegen spiller en sentral rolle i behandling og oppfølging av psykiske plager og lidelser. Med økende forekomst utgjør dette en stor del av arbeidet ved fastlegekontorene. Nær halvparten (47 prosent) av alle pasienter hos fastlegen mellom 2006 og 2019 oppsøkte fastlegen for psykiske plager og lidelser. Barn oppsøkte hovedsakelig fastlegen for å få hjelp med søvnforstyrrelser, kontinensproblemer og ADHD. Unge og yngre voksne søkte hjelp for depresjon og eldre voksne for hukommelsesproblemer og søvnforstyrrelser. Totalt utgjorde psykiske symptomer 11,7 prosent av alle konsultasjonene i denne perioden, hvorav halvparten handlet om depresjon, angst og/eller søvnforstyrrelser.[8]

Psykiske helseplager kan ha underliggende somatisk sykdom som årsak. Å utrede somatiske årsaker er derfor en viktig del av fastlegens oppfølging av pasienter med psykiske helseplager. Personer med angst-, depresjons- og stressrelaterte diagnoser oppsøker oftere fastlegen og har flere somatiske plager enn andre.[9]

Hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser er fastlegen ofte koordinator i oppfølgingen av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester (se kapittel 6.5.5). Fastlegen kan ha en viktig rolle i å avdekke mennesker i selvmordsrisiko, og mange tar også selv kontakt med fastlegen ved akutte selvmordstanker. Mer enn en tredel av alle som tar livet sitt, har vært i kontakt med fastlegen i løpet av måneden før selvmordet. Regjeringen vil arbeide for å forebygge selvmord og selvskading, blant annet gjennom oppfølging av *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 – Ingen å miste*. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere hvordan arbeidet med å forebygge selvmord skal videreføres og videreutvikles når handlingsplanen løper ut i 2025.

6.4 Økt oppmerksomhet om rusmiddelproblemer

Bruk av alkohol og ulovlige rusmidler utgjør en vesentlig andel av sykdomsbyrden i Norge og globalt.[10] [11] [12] Fastlegen er ofte et første kontaktpunkt for personer med rusmiddelproblemer. Ikke minst er fastlegen en aktør som møter personer med risikofylt eller problematisk bruk av rusmidler, som ikke er kjent for eller oppsøker andre deler av tjenesteapparatet.

Rusmidler omfatter alkohol, avhengighetsskapende legemidler og ulovlige rusmidler (narkotika). Negative holdninger til personer med rusmiddelproblemer finnes både i befolkningen

---

8 Caspi, A., Houts, R. M., Moffitt, T. E. mfl. (2024). A nationwide analysis of 350 million patient encounters reveals a high volume of mental-health conditions in primary care. *Nature Mental Health, 2(10)*

9 Dahli, M. P., Šaltytė-Benth, J., Haavet, O. R. mfl. (2021). Somatic symptoms and associations with common psychological diagnoses: a retrospective cohort study from Norwegian urban general practice. *Family Practice, 38*(6)

10 Folkehelseinstituttet (2016). *Sykdomsbyrde som følge av bruk av alkohol og illegale rusmidler i Norge. Resultater fra the Global Burden of Disease Project 2013*

11 Mokdad, A. H., Forouzanfar, M. H., Daoud, F. mfl. (2016). Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet, 387(10036)*

12 Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C. mfl. (2016). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet, 392(10152)*

generelt og blant personell i helse- og omsorgstjenestene, også blant fastleger.[13] Bevisste og ubevisste holdninger hos personellet kan bidra til at personer med rusmiddellidelser ikke får nødvendige undersøkelser og helsehjelp for somatiske og psykiske lidelser.[14] [15] Som ledd i oppfølging av forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet* skal det utarbeides en tverrsektoriell plan rettet mot stigmatisering og for likebehandling i offentlige tjenester og blant offentlige tjenesteytere. For å sikre tilgjengelige og likeverdige tjenester bør fastleger kunne identifisere rusmiddelproblemer, kjenne til øvrige tjenester i kommunen for denne pasientgruppen og ha kunnskap om virksomme, korte intervensjoner ved rusmiddelproblemer.

Fordi majoriteten av befolkningen drikker alkohol, men også på grunn av alkoholens effekter er alkohol i langt større grad enn andre rusmidler årsak til sosiale og helsemessige problemer og skader for tredjepart.[16] Negative helsekonsekvenser og mange problemer knyttet til alkohol kan oppstå hos personer der bruken i seg selv ikke nødvendigvis anses som problematisk, eller som selv ikke opplever bruken som et problem. Forskning viser at selv et moderat alkoholinntak øker risikoen for tap av friske leveår.[17] Mange har barrierer mot å snakke om sine alkoholproblemer. Dette kan handle om skam og stigma, men også om redsel for konsekvenser knyttet til tap av relasjoner, førerkort og/eller arbeid.[18] Negative holdninger og mangel på kunnskap kan være barrierer for helsepersonell mot å ta opp alkoholproblematikk. Det er derfor viktig at fastlegen har kunnskap om hva som fremmer og hemmer samtaler om alkohol og alkoholproblemer, samt tilgang til gode verktøy for å identifisere og intervenere ved risikofull eller skadelig alkoholbruk.

Et tiltak i forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet er å legge til rette for at flere får behandling for alkoholbrukslidelser, gjennom å øke kunnskapen om følgeskader av alkohol og ferdigheter hos fastleger og om legemidler som kan brukes for å behandle alkoholproblemer, herunder om muligheten til å søke individuell stønad etter blåreseptforskriften. Det skal videre legges til rette for å øke fastlegers oppmerksomhet på å identifisere tilstander der alkohol er en medvirkende årsak til sykdomsbildet.

Psykiske lidelser og ulike smertetilstander er utbredt, og god behandling er viktig. Mange av de mest brukte legemidlene ved slike tilstander kan imidlertid også gi uheldige kort- og langtidseffekter, som redusert koordinasjon, økt risiko for fall, redusert kognitiv funksjon, rusmiddelpåvirkning, skadelig bruk og avhengighet. Det skal legges til rette for at flere får behandling for legemiddelavhengighet, og at færre utvikler slik avhengighet, gjennom å øke fastlegers kompetanse og kvalitet i rekvireringspraksis samt å øke kompetansen om andre behandlingsmetoder enn legemidler ved langvarige smerter.

6.5 Styrket innsats for innbyggere med store og sammensatte behov

Framtidens allmennlegetjeneste må være rustet til å følge opp pasienter med store og sammensatte behov med tilstrekkelig kapasitet, kompetanse, tverrfaglighet og samarbeid med andre tjenester. I dag har enkelte grupper med store og sammensatte behov underforbruk av helsetjenester. Noen har et underforbruk av fastlege-/allmennlegetjenester. Dette kan gi akutt sykdom og innleggelse i sykehus. For flere typer sykdommer kan slike forverringer forebygges gjennom god oppfølging i primærhelsetjenesten. For lite medisinsk oppfølging kan også gi for tidlig død, jamfør at personer med alvorlige psykisk helse- og rusmiddelproblemer lever i snitt 15–20 år kortere enn gjennomsnittsbefolkningen. Det er også ønskelig at flere pasienter skal kunne dø hjemme ved hjelp av god lindrende behandling (palliasjon).

Oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov skal forbedres gjennom blant annet tiltak i denne meldingen som handler om å modernisere fastlegeordningen. Regjeringens tiltak for en fornyet og forbedret fastlegeordning med flere helsepersonellgrupper i fastlegekontorene gir mulighet for en mer proaktiv og

---

[13] Volkow, N. D., Gordon, J. A. og Koob, G. F. (2021). Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders. *Neuropsychopharmacology, 46(13)*

[14] Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M. mfl. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry, 199(6)*

[15] Legeforeningen (2023). *Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse*

[16] Folkehelseinstituttet (2023). *Alkohol i Norge*

[17] Wood, A. M., Kaptoge, S., Butterworth, A. S. mfl. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *The Lancet, 391(10129)*

[18] Finn, S. W., Mejldal, A. og Nielsen, A. S. (2023). Public stigma and treatment preferences for alcohol use disorders. *BMC Health Services Research, 23(1)*

tverrfaglig oppfølging og bedre samhandling med øvrige kommunale tjenester.

Kompetanse i andre kommunale helse- og omsorgstjenester kan både avlaste allmennlegetjenesten og styrke den samlede kompetansen for å ivareta disse pasientene. Erfaringer fra andre land viser at blant annet farmasøyter og klinisk ernæringsfysiologer kan fylle viktige roller både i klinisk arbeid og på systemnivå (boks 6.3). Stadig flere kommuner har ansatt egne kommunefarmasøyter som bidrar både på systemnivå og klinisk, eksempelvis med legemiddelgjennomganger. Samtidig er det viktig å ha god nok grunnbemanning både i hjemmetjenester og sykehjem og bidra til at flere ansatte får formell helse- og sosialfaglig utdanning og videregående opplæring, samt forsterke arbeidet for å rekruttere og beholde sykepleiere og helsefagarbeidere i omsorgstjenesten. Ved å gi kommunene større handlingsrom vil regjeringen legge til rette for at det kan utvikles gode lokale løsninger som ivaretar likeverdige og gode tjenester til disse innbyggerne.

Flere innbyggere som tidligere fikk allmennlegetjenester i sykehjem, bor i dag i eget hjem eller i boliger med heldøgns omsorg. Regjeringen vil derfor utrede hvordan allmennlegetjenestene til innbyggere med sammensatte behov som bor i egen bolig med heldøgns omsorg eller andre kommunale institusjoner, kan forbedres, se kapittel 6.5.3.

For innbyggere som har store og sammensatte behov, eller som av ulike grunner er utsatt, er det særlig viktig med samhandling både mellom tjenester og innad i tjenester. Samarbeid både på individ- og systemnivå er avgjørende for å skape en helhetlig tjeneste som møter pasientens behov effektivt og sammenhengende. Sykehus, fastlege og øvrige kommunale tjenester må samarbeide for å sikre en sømløs overgang mellom nivåer av helsetjenesten og for at behandlingsplaner følges opp. Godt samarbeid og god kommunikasjon mellom aktørene, både elektronisk og på annen måte, bidrar til at pasienter med store og sammensatte behov får den helsehjelpen de trenger, når de trenger det, og på en måte som er tilpasset individuelle behov. Samhandling omtales i kapittel 8, og tilgang til helseinformasjon som støtter gode pasientforløp og samhandling, er omtalt i kapittel 5.

Kapasitetsutfordringer i allmennlegetjenesten reduserer tilgjengelighet og kontinuitet i behandlerrelasjonen, også for pasienter med store og sammensatte behov. Kapasitetsveksten i fastlegeordningen de senere årene har særlig kommet unge voksne i arbeidsfør alder til gode.

Personer med psykiske lidelser, personer med rusmiddelproblemer, eldre med skrøpelighet og pasienter med kroniske lidelser er pasientgrupper som fastlegen særlig bør bidra til å tilrettelegge gode pasientforløp for. En annen pasientgruppe er barn og unge. Mange barn og unge i Norge har det bra, men for utsatte barn og unge er gode pasientforløp særlig viktig. Personer som er utsatt for vold, kan ha behov for tett oppfølging av fastlegen og annen helsehjelp. Voldsutøvere kan også ha behov for helsehjelp.

6.5.1 Eldre med skrøpelighet

Andelen eldre øker. Selv om eldre er friskere og mer selvhjulpne enn før, vil flere trenge helse- og omsorgstjenester i framtiden. Kommunene må planlegge for en framtid med flere eldre og gjennomføre nødvendige endringer, blant annet gjennom satsingene i Bo trygt hjemme-reformen.

Sykdom og sanseproblemer øker med alderen, og ved høy alder øker også depressive symptomer og ensomhet. Det er estimert at 1,9 prosent av Norges befolkning hadde demens i 2020, og andelen anslås å øke til 3,3 prosent i 2040.[19] Risikoen for flere samtidige sykdommer øker med alderen, noe som påvirker funksjonsevne, livskvalitet og psykisk helse.[20] Det er stor variasjon i helse og skrøpelighet, og det er særlig eldre over 80 år som har helse- og funksjonsproblemer med hjelpebehov. Legemiddelbruken blant eldre er høy, og mange bruker flere legemidler.[21]

Tre av fire pasienter på langtidsopphold i institusjon i 2021 hadde svært dårlig funksjonsnivå, og 69 prosent av eldre med skrøpelighet var i kontakt med somatiske sykehus, viser tall fra Helsedirektoratet. Uten vurdering av skrøpelighet kan pasienter få feil behandling. Skrøpelighet kan forebygges, utsettes og i noen grad reverseres, spesielt tidlig i utviklingen. Å identifisere skrøpelighet blant eldre kan forebygge utilsiktede hendelser, innleggelser og mortalitet og øke funksjonsevne og livskvalitet. Den europeiske handlingsplanen mot skrøpelighet foreslår at fastlegen får en nøkkelrolle i forebygging, påvisning og behandling av skrøpelighet hos hjemmeboende eldre. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en felles metode for kartlegging og vurdering av

---

[19] Nasjonalt senter for aldring og helse. *Hvor mange i Norge har demens?*

[20] Johnston, M. C., Crilly, M., Black, C. mfl. (2019). Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. *European Journal of Public Health, 29(1)*

[21] Folkehelseinstituttet (2023). *Folkehelserapporten*. Helse hos eldre i Norge

Boks 6.4 Integrerte helsetjenester for skrøpelige eldre

Integrerte helsetjenester til eldre over 65 år med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester er et samhandlingsprosjekt mellom Akershus universitetssykehus og flere kommuner. Prosjektet har utviklet en modell for samarbeid mellom kommune, fastlege og sykehus som er iverksatt fra januar 2025. Bedre samordning på tvers av forvaltningsnivåer gir mulighet for skreddersydde behandlingstjenester. Modellen innebærer at teamet for integrerte helsetjenester gjennomfører en kartleggingssamtale hjemme hos pasienten, ofte med pårørende til stede. Basert på denne samtalen utarbeides en behandlingsplan med pasientens egne mål og tiltak, som er tilgjengelig i pasientens journal både i sykehus, kommunen og hos fastlegen. Deltakerne i prosjektet har ofte flere kroniske sykdommer og behov for både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Målet er å bedre livskvalitet og helsetjenester ved å tilby helhetlige og integrerte tjenester. Bakgrunnen for prosjektet er manglede koordinering og kontinuitet for denne pasientgruppen.

funksjonsnivå og skrøpelighet for kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. I 2025 vil Helsedirektoratet utarbeide faglige råd for å forebygge funksjonssvikt og skrøpelighet.

6.5.2 Pasienter i sykehjem og andre boformer i institusjon

I henhold til forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie skal boformer i institusjon, herunder sykehjem, ha en lege som har ansvar for medisinsk behandling. Fastlegens ansvar faller bort for pasienter som er innlagt i sykehjem, og overtas av sykehjemslegen. Leger på sykehjem er viktig for å sikre gode helsetjenester til sårbare pasientgrupper med sammensatte behov. Høringsinnspill til meldingen peker på viktigheten av kontinuitet i tjenestene til denne pasientgruppen. Noen kommuner rapporterer store rekrutteringsutfordringer, stort gjennomtrekk og liten kontinuitet blant sykehjemslegene, mens andre har stabil bemanning. Nasjonale kvalitetsindikatorer viser en økning i legetimer per uke for beboere i sykehjem, og flere beboere enn tidligere år er blitt vurdert av lege, og har fått legemiddelgjennomgang de siste tolv månedene.

Regjeringen vil bedre kontinuitet, samhandling og medisinskfaglig kompetanse i tjenestene til sykehjemsbeboerne. I de fleste kommuner er det én eller flere fastleger som også har stilling som sykehjemslege. Regjeringen foreslår derfor å fornye fastlegeordningen og endringer i kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er sentrale grep for å øke tilgangen til leger til sykehjem. Videre vil regjeringen styrke kompetansen i alders- og sykehjemsmedisin hos leger gjennom tilpasninger i spesialistutdanningen til allmennleger og sykehusspesialiteter. Regjeringen vil også fremme rollen til sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS), jf. kapittel 7.2.

6.5.3 Hjemmeboende pasienter og brukere

Hjemmetjenesten vil spille en stadig viktigere rolle i framtidens helse- og omsorgstjeneste. Kommunenes utgifter til pleie- og omsorgstjenester er økende, spesielt for tjenester til hjemmeboende, og den er størst hos yngre (se boks 6.7). Det er vekst både i antall tjenestemottakere og i timer per tjenestemottaker.[22] Dette krever tilpasning både i hjemmetjenesten og i allmennlegetjenesten.

I Bo trygt hjemme-reformen brukes begrepet «den nye hjemmetjenesten» om retning og tiltak som samlet utgjør regjeringens helhetlige innsats for eldre med behov for helse- og omsorgstjenester og deres pårørende. Aktivitet, mestring, kvalitet, kompetanse, oppgavedeling og støtte til pårørende er sentrale områder i den nye hjemmetjenesten. Målet er at innbyggerne får gode tjenester i hjemmet, slik at de kan bo trygt hjemme så lenge de ønsker det. For å nå dette målet er det viktig med godt samarbeid mellom fastlegetjenesten, sykehus og hjemmebaserte tjenester for å sikre kontinuitet og kvalitet. Endringer i regulering og finansiering av fastlegeordningen (se kapittel 3) vil øke fastlegenes kapasitet til å følge opp pasienter med skrøpelighet eller sammensatte behov. Det vil også styrke kontinuitet og kvalitet i behandlingen og bidra til raskere respons på endringer i pasientens helsetilstand.

[22] Hagen, T. P., Aarflot, M. og Tjerbo, T. (2024). *Brukere blir yngre, psykiske lidelser øker: Dypdykk i pleie- og omsorgstjenestene 2017–2021.* Universitetet i Oslo

Som omtalt i kapittel 4 vil behandlingsplaner og god akuttmedisinsk vurderingskompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene hindre både over- og underforbruk av legevakt og andre tjenester og redusere nødvendige forflytninger og belastning for pasientene. Et godt samarbeid mellom fastlege og de hjemmebaserte tjenestene på individnivå gir begge parter faglig støtte i vurderinger og beslutninger om videre behandling og oppfølging av den enkelte pasient.

Fastlegen skal bidra til å sikre at hjemmeboende, alvorlig syke pasienter og skrøpelige eldre får helhetlig og koordinert medisinsk behandling. Helsedirektoratet reviderer *Nasjonal veileder for beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. Hos pasienter med begrenset forventet levetid vil behandlingsavklaringer være sentralt. Behandlingsavklaringer innebærer beslutninger om hvilke utredninger og behandlinger som skal gjennomføres eller unngås, samt planer for symptomlindring og tiltak ved forverring. Avklaringene baseres på en helhetsvurdering og gjøres i samråd med pasienter og pårørende. Behandlingsavklaringer er viktig for at tjenesten kan legge til rette for best mulig lindring, livskvalitet, hjemmetid og eventuelt hjemmedød hvis pasienten og de pårørende ønsker det.

I kapittel 7 omtales regjeringens tiltak for å forbedre palliasjonskompetansen i spesialistutdanningen i allmennmedisin.

Boks 6.5 Fastlege tilknyttet omsorgsbolig i Nordre Follo kommune

I 2023 startet Nordre Follo kommune en ordning hvor beboere ved en av kommunens omsorgsboliger fikk tilbud om fastlege gjennom det kommunale fastlegekontoret. Beboerne hadde flere diagnoser og økende behov for medisinske tjenester. Det ble avdekket at 17 ulike fastleger fulgte opp de 23 beboerne i boligen. Dette gjorde det utfordrende for beboerne å få kontinuerlig oppfølging fordi de fleste enten måtte ha følge til legen, eller legen måtte komme på hjemmebesøk. Det ble besluttet å tilby fastlegetjenester gjennom kommunalt ansatte fastleger for å bedre situasjonen. Dette ble forankret både i lokalt samarbeidsutvalg (LSU) og allmennlegeutvalget (ALU). Nordre Follo kommune har en fellesliste ved det kommunale fastlegekontoret og prioriterte kontinuitet ved å la en erfaren fastlege ha praksis en dag per uke ved omsorgsboligen. Både pasienter, pårørende og ansatte rapporterer om økt kvalitet, kontinuitet og trygghet.

Kontinuitet i legetjenestene til beboere i bolig med heldøgns omsorg

Beboere i boliger med heldøgns omsorg er en variert gruppe hjemmeboende pasienter, både eldre og voksne med funksjonsnedsettelser. Fastlegene er ansvarlige for allmennlegetjenester til disse innbyggerne som ofte trenger tett oppfølging, tilsvarende det som tilbys på sykehjem. Dette inkluderer regelmessige medisinske vurderinger, justering av medisiner og håndtering av akutte helseproblemer. Kapasitetsutfordringer i fastlegetjenesten utfordrer nødvendig oppfølging. For personalet i boligen kan det være krevende å sikre god oppfølging av alle når de må forholde seg til mange fastleger.

Noen kommuner velger å samlokalisere kommunale helse- og omsorgstjenester og ulike boformer. Dette kan gi mer effektiv ressursbruk.[23] Flere kommuner velger også å samlokalisere fastlegekontor med kommunale institusjoner og boliger med heldøgns omsorg for å kunne tilby tettere og enklere oppfølging av innbyggere og enklere samhandling om pasientene. Dette legger til rette for effektiv bruk av kommunens helsepersonellressurser og bedre pasientforløp med god samhandling og koordinering av tjenestene for innbyggerne. I noen tilfeller samlokaliseres kommunalt driftede legekontor med kommunale institusjoner for å få til enda tettere samarbeid.

Med noen få unntak har i dag alle innbyggere like rettigheter og prioritering ved valg av fastlege. Dette er et sentralt fundament i fastlegeordningen, som omtalt i kapittel 3. Det gir innbyggerne like rettigheter, men skaper også utfordringer. Det er godt dokumentert at mange innbyggere som har vanskeligheter med å oppsøke fastlegekontoret, som innbyggere med høy alder eller med funksjonsnedsettelser, opplever mindre gode tjenester. Mange mottar heller ikke de fastlegetjenestene de har behov for. Når kommunene velger å samlokalisere fastlegekontor for

[23] Agenda Kaupang og SSB Samfunnsbygg (2023). *Boligbehov for eldre innbyggere frem mot 2040*

Boks 6.6 Modell for hjemmetid og hjemmedød

Kongsberg kommune har jobbet systematisk med palliasjon over mange år, men har møtt utfordringer knyttet til samhandling mellom tjenester. For å løfte dette feltet ble det etablert et prosjekt i kommunen og på Kongsberg sykehus, forankret både politisk og administrativt. Prosjektet startet med å identifisere sårbarheter og utfordringer i tjenestene. Deretter ble det utviklet en modell for bedre palliativ behandling, forhåndssamtaler og samhandling. Modellen har løst utfordringer som manglede toveis kommunikasjon mellom kommuner og sykehus og sikret tidlig involvering av fastlegen. Det viste seg at omfanget av palliative pasienter var større enn antatt, og modellen bidrar til å identifisere disse pasientene tidligere. Modellen har sikret systematisk identifisering og inkludering av pasienter i palliativ fase, økt hjemmetid og tilrettelegging for at flere som ønsker det, kan få dø i eget hjem i Kongsberg kommune.

å få til en tettere tilknytning til andre kommunale tjenester, står alle innbyggere i dag fritt til å velge fastlege ved kontoret. Dette kan imidlertid medføre at de innbyggerne man forsøker å få etablert et tilbud til, likevel ikke får tilbudet eller må stå lenge på venteliste for å få tilgang til fastlege ved det kontoret som samlokaliseres.

6.5.4 Barn og unge

Regjeringen understreker viktigheten av at barn og unge får god oppfølging i allmennlegetjenesten, og at allmennlegetjenesten samarbeider med andre tjenester ved behov. Fastleger og øvrig allmennlegetjeneste har en viktig rolle i å følge opp barn og unge. Perioden fra unnfangelse og fram til to års alder, omtalt som de 1 000 første dagene, spiller en særlig viktig rolle for barns utvikling. Særlig er det sentralt at fastlegen er involvert i oppfølging av barn og unge som av ulike årsaker er særlige utsatte eller sårbare. I 2023 var 66 prosent av barn og unge i alderen 0–19 år i kontakt med fastlegen. Det har vært en økning i konsultasjoner knyttet til psykiske helseplager hos barn og unge de senere årene.

Boks 6.7 Voksne med funksjonsnedsettelser

Veksten i kommunens pleie- og omsorgstjenester er økende og den er størst hos yngre hjemmeboende. Mange av disse innbyggerne har nedsatt funksjonsevne og sammensatte behov. Vanlige diagnoser er nevrologiske lidelser, psykisk utviklingshemming, lungelidelser og psykiske lidelser. Det er behov for å bedre tilgjengeligheten og kapasiteten i allmennlegetjenesten også for denne målgruppen for å ivareta kontinuitet og kvalitet i det samlede tjenestetilbudet til den enkelte. Det stilles krav til fastleger om å delta i tverrfaglig samarbeid i tillegg til å ha det medisinskfaglige koordineringsansvaret for listepasienter med behov for sammensatte tjenester i livslang oppfølging.[1] Dette ansvaret gjelder også for pasienter med progredierende tilstander.[2] Regjeringen har besluttet å ta FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) inn i menneskerettsloven. Dette innebærer at konvensjonen gis forrang foran annen norsk lovgivning ved motstrid, og markerer et viktig skritt for å styrke rettsvernet og likeverdet for personer med funksjonsnedsettelser. Inkorporeringen vil tydeliggjøre statlige myndigheters forpliktelse til å fremme selvbestemmelse, ikke-diskriminering og deltakelse for alle på tvers av samfunnsområder, inkludert innen helse- og omsorgstjenester.

[1] Helsedirektoratet. *Nasjonal veileder Oppfølging av personer med store og sammensatte behov.* Sist oppdatert 2023

[2] Helsedirektoratet. *Nasjonal veileder ALS – (amyotrofisk lateral sklerose)*. Sist oppdatert 2023

Psykiske plager og lidelser og rusmiddelproblemer blant barn og unge

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har ansvar for å identifisere psykiske plager og rusmiddelproblemer hos barn og unge og å sikre en helhetlig og koordinert kartlegging før henvisning til psykisk helsevern barn og unge (PHBU). I dag har fastlege, psykolog i kommunen og barnevernsleder henvisningsrett i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil

vurdere å gjennomføre en nasjonal prøveordning med henvisningsrett for helsesykepleiere til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Hensikten er å legge til rette for bedre oppfølging og behandling av barn og unge med psykiske plager/lidelser/tilstander samt riktigere bruk av helsepersonellets og helsetjenestens ressurser. Potensielle negative konsekvenser som forskyving av andre oppgaver for helsesykepleier, svekket ivaretakelse av somatisk helse, risiko for at unødig mange henvises, og at fastlegens rolle som medisinskfaglig koordinator svekkes, bør belyses i følgevalueringen.

Når et barn eller en ungdom har psykiske helseutfordringer eller rusmiddelproblemer, vil det ofte være behov for samarbeid med flere instanser. Den nasjonale veilederen *Psykisk helsearbeid barn og unge* har anbefalinger om koordinering mellom kommune og psykisk helsevern for barn og unge, herunder om etablering av lokale samarbeidsmodeller for henvisning til psykisk helsevern barn og unge (PHBU) for å avklare hjelpebehov på rett omsorgsnivå. I *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* er et av resultatmålene at barn og unge som henvises til psykisk helsevern, får tilbud om vurderingssamtale for å avklare videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vurderingssamtale for barn og unge er innført i alle helseregioner. Godt samarbeid rundt inntak kan redusere risikoen for at problemene pasientene ønsker hjelp med, blir verre, og det bidrar til rett behandling, på rett sted og til rett tid.

Flere rapporter og tilsyn har avdekket alvorlig svikt og mangler i tjenestetilbudet til barn og unge med rusmiddelproblemer. Tilbudene til barn og unge framstår ofte som fragmenterte. Det er uklart hvor ansvaret ligger, og kvaliteten i tilbudene er ikke alltid god nok. Flere kommuner uttrykker bekymring for at de ikke i tilstrekkelig grad har tjenester som fanger opp unge med rusmiddelproblemer tidlig. Det er bekymring for ungdom som eksperimenterer med rusmidler, og for unge med omfattende rusmiddelbruk som kommunen ikke kommer i kontakt med. Mange som er i en utsatt posisjon for å utvikle et rusmiddelproblem, ikke bare unge, vil ikke nødvendigvis oppsøke rus- og psykisk helsetjeneste i kommunen.

Barn i barnevernet

Fastlegen er viktig også for barn i barnevernet. Nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rusmiddelproblemer er «grunnmuren» i helsesatsingen i barnevernet. Forløpet kan tilbys alle barn som er i kontakt med barnevernet, dersom det er indikasjon på at de kan ha behov for helsehjelp. Forløpet skal sikre at barn i barnevernet får kartlagt sine behov, og får nødvendig helsehjelp. Forløpet beskriver ansvar, oppgaver og samarbeid mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten og barnevernstjenesten. Fastlegen har en sentral rolle i nasjonalt forløp for barnevern. Fastlegen skal være medisinsk koordinator, bindeledd og portvakt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, som både skal tilby helsehjelp og veilede pasientene til riktig instans. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være der for pasientene både før, under og ikke minst etter et opphold i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også for barn i barnevernet.

En undersøkelse om erfaringer med ulike hjelpetjenester blant barn og unge voksne som var i kontakt med barnevernet, viste at 79 prosent hadde konsultert fastlegen.[24] Det kom fram at mangel på fastleger for barn som plasseres i institusjon, skaper barrierer for helsehjelp, fordi barnet kan bli stående uten fastlege og på venteliste i lange perioder. I en studie om samarbeid med barnevernet gir fastleger uttrykk for at det er vilje til samarbeid, men at det er vanskelig. Særlig savner de mer informasjon fra barnevernet.[25] Dette viser at det er et stort behov for å bedre samarbeidet mellom allmennlegetjenesten og barnevernet for å bidra til at barn i barnevernet får nødvendig helsehjelp og trygg omsorg. Det pågår et arbeid med forbedret digital løsning for utveksling av taushetsbelagte opplysninger mellom barnevernet og fastlegen. Prosjektet startet i februar 2025. Målet er å ha en løsning klar i løpet av året (se boks 5.8.).

Nasjonalt forløp for barnevern skal styrke samarbeidet mellom barnevern og helse- og omsorgstjenesten om barn i barnevernet. Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) jobber med å implementere forløpet. Tjenestene påpeker at utfordringen med å få inkludert fastleger i samhandlingen er et gjentakende hinder for å få til god implementering og styrke samarbeidet mellom barnevern og helse. Direktoratene har lagt forløpet inn i NEL (Norsk Elektronisk Legehåndbok) sammen med et skriv

---

[24] SINTEF (2024). *Helsehjelp til barn i barnevernet*

[25] Øverhaug, O. M. S., Laue, J., Vis, S. A. mfl. (2024). 'There's a will, but not a way': Norwegian GPs' experiences of collaboration with child welfare services – a grounded theory study. *BMC primary care, 25 (1)*

om honorering og et skriv om veiledning for første konsultasjonstime, i samarbeid med Legeforeningen. Direktoratene reiser landet rundt og presenterer forløpet for tjenestene, og de påpeker viktigheten av at både kommuneoverlege, kommuneledelse og fastlegerepresentant inviteres med i møtene.

For å bidra til at barn i barnevernsinstitusjon får bedre tilgang på helsehjelp, har de regionale helseforetakene fått i oppdrag å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjenesteteam, forankret i psykisk helsevern for barn og unge og med kompetanse innen psykisk helse og rusmiddellidelser. Barn som skal flyttes i barnevernstiltak utenfor hjemmet, skal tilbys tverrfaglig helsekartlegging. Regjeringen har lagt fram en strategi som viser en ny retning for barnevernets institusjonstilbud, og som følger opp NOU 2023: 24 *Med barnet hele vegen – Barnevernsinstitusjoner som har barnas tillit*. I strategien inngår mål om at barn på institusjon skal få god helsehjelp, at det jobbes for en bedre innretning av tverrfaglig helsekartlegging, og at barn med rusmiddelproblemer skal få trygg og helhetlig hjelp. Mål og tiltak vil bli omtalt i en lovproposisjon om kvalitetsløftet i barnevernet.

6.5.5 Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer

Fastlegen er, sammen med annet helsepersonell, sentral i arbeidet med å ivareta somatisk helse hos pasienter som har alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Det er viktig med en god relasjon til pasienten og godt samarbeid med andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Fastlegene må også ha tid til å prioritere dette arbeidet.

Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer har ofte flere og sammensatte helseutfordringer. Dette gjenspeiles i både hjelpebehov og forventet levealder. Det er vist at forskjellen i levealder mellom personer som har alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser, og den øvrige befolkningen er minst 15 år.[26] Overdødeligheten kan i stor grad tilskrives somatiske lidelser som det finnes behandling for. Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og velferdstjenester til personer med samtidige rusmiddellidelser og psykiske lidelser påpeker at tjenestene må være bedre tilpasset de individuelle behovene til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse, og at myndighetene må sikre at tilpassede tjenester er tilgjengelige, og har nok kapasitet til å møte behovene deres. I *Opptrappingsplan psykisk helse (2023–2033)* har regjeringen satt som mål at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og at forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en egen plan for å øke levealderen i denne gruppen. Ivaretakelse av somatisk helse er sentralt. Meldingen har også en rekke andre tiltak for å bedre tilbudet til mennesker med langvarige og sammensatte behov.

I Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet Del 1* framheves årskontroll hos fastlege og egenandelsfritak som sentrale tiltak. Årskontroll av personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddellidelser vil kunne bidra til bedre systematikk og kvalitet i oppfølgingen. Legeforeningen vurderer at årskontroll kan være en hensiktsmessig måte å bedre tilgangen til fastlegetjenester på, for pasienter med rusmiddellidelser. Regjeringen vurderer å gi fastlegene insitament for å gjennomføre årskontroll hos pasienter med alvorlige rusmiddellidelser og har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede hvordan insentivtakstene kan benyttes.

En del personer med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer oppsøker ikke selv helsehjelp for disse problemene. Noen av dem er ukjente for helsetjenestene, mens mange er i kontakt med tjenestene for andre tilstander. Uten en proaktiv tilnærming er det fare for at sterkt hjelpetrengende pasienter blir stående uten tjenestetilbud, hvis de takker nei eller har vansker med å ta imot helsehjelp. Invitasjon til årskontroll bør for noen personer også gå til aktuelle tjenesteytere i kommunen for å sikre at brukerne mottar denne.

Sammen med årskontroll og en mer proaktiv fastlegetjeneste er fritak for egenandeler hos fastleger mulige grep for å øke tilgangen til helsehjelp for personer med rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser. Mange pasienter i denne målgruppen kan ha dårlig økonomi, og de ser på egenandeler som en viktig barriere for å søke helsehjelp, viser Legeforeningens rapport. Regjeringen vil vurdere fritak for egenandeler ved fastlegetjenester for personer med rusmiddellidelser. Fritak skal bidra til at helsehjelp søkes tidlig nok, og for å redusere forskjellen i levealder hos perso-

[26] Legeforeningen (2023). *Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddel- og avhengighetslidelse*

ner med rusmiddellidelser og den øvrige befolkningen.

6.5.6 Volds- og overgrepsutsatte og voldsutøvere

Å utsettes for vold og overgrep kan gi betydelige negative fysiske og psykiske helsekonsekvenser. Vold i nære relasjoner omfatter ulike former for vold og overgrep mellom nåværende og tidligere familiemedlemmer. Vold i nære relasjoner kan være grov, gjentakende og/eller kontrollerende. Den kan også være av mer episodisk karakter. Volden kan ta mange former: fysisk, psykisk, seksuell, materiell eller økonomisk. Ofte opplever voldsutsatte ulike former for vold i kombinasjon. Mange som utsettes for vold, vegrer seg for å fortelle om hva de har opplevd. Få oppsøker helsehjelp. Derfor er det viktig at fastlegen, som gjerne følger personen over tid, har god kunnskap om tegn på at noen utsettes for vold, og kan følge opp dette. Fastlegen kan være en god samtalepartner for personer som er utsatt for vold og overgrep, og kan informere og henvise videre til andre hjelpetilbud ved behov. Det er behov for mer kompetanse om oppfølging av personer som har vært utsatt for vold og overgrep, hos fastleger og andre helsetjenester. Regjeringens innsats mot vold og overgrep er beskrevet i Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028) – Trygghet for alle.*

Ved vold og overgrep er det viktig at fastlegene har tett samarbeid med relevante tjenester som krisesentre, barnevern, politi, psykologer og sosionomer. Tverrfaglig samarbeid sikrer helhetlige og effektive forløp hvor både voldsutsatte og utøvere får en koordinert innsats fra flere aktører.[27] Det er laget en egen voldsveileder til bruk for ansatte i kommunens helse- og omsorgstjeneste, som blant annet fastleger kan bruke i sitt arbeid med vold i nære relasjoner. Fastleger kan også ha en rolle i sporsikring og dokumentasjon av skader for videre behandling og eventuelle rettslige tiltak.

Også personer som utøver vold eller overgrep, kan få hjelp av fastlegen. Mange som utøver vold, kan oppleve skam og stigmatisering. Selv om denne gruppen er sammensatt, er de i risiko for å ha flere helseplager og levekårsutfordringer, som for eksempel psykiske helseplager, rusmiddelproblemer, dårlig sosialt nettverk og manglende sosiale og emosjonelle ferdigheter. Det er utarbeidet en nasjonal strategi for helsesektorens arbeid med personer som utøver vold eller overgrep. Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) har retningslinjer for hvordan helsepersonell skal håndtere og hjelpe både utsatte og utøvere av vold og overgrep. Fastleger skal forsøke å motivere til endring og hjelpsøking og vurdere behov for henvisninger til for eksempel psykisk helsetjenester og rusbehandlende helsetjenester. I tillegg kan henvisning til spesialiserte behandlingstilbud som Alternativ til Vold (ATV) være aktuelt. Kurs i volds- og overgrepshåndtering er obligatorisk for alle som jobber i legevaktstjenesten. Kurset er nettbasert og er utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Dette arbeidet må ses i sammenheng med det øvrige arbeidet i *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028) – Trygghet for alle.*

6.5.7 Innsatte i fengsel

Kommuner som har fengsler i kriminalomsorgen, har lovpålagt ansvar for å ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte. Kommunens ansvar oppfylles ved at de kommunale helse- og omsorgstjenestene importeres inn i fengselet. Helse- og omsorgstilbudet er faglig uavhengig, det betyr at ledelsen i fengselet ikke kan instruere helse- og omsorgstjenesten, herunder helsepersonell, i deres kliniske vurderinger.

Mange innsatte i fengslene har behov for kommunale helsetjenester. Særlig er psykiske lidelser og rusmiddellidelser utbredt. Behovene varierer imidlertid på tvers av ulike grupper, og det er de siste årene belagt at kvinner og mindreårige har særlige behov for helsetjenester i fengslene. Det er om lag 200 kvinner som soner i fengsel til enhver tid, det vil si 5 prosent av alle innsatte. Kvinner sto likevel for 80 prosent av all selvskading, og 42 av 43 beltelegginger i 2022 var med kvinner. Ansatte i kriminalomsorgen avverget 88 selvmordsforsøk i 2022. 65 prosent av disse var kvinner, viser tall fra Kriminalomsorgen.

Det er stor variasjon i bruk av journalsystemer og digitale samhandlingsløsninger i fengslene, og det er krevende å sammenstille og følge helsetilstanden til de innsatte med dagens IKT-verktøy.[28]

Det er i dag to ungdomsenheter for mindreårige mellom 15 og 18 år. Det skal i tillegg etableres 11 nye plasser på Evje. De første fire plassene

[27] Meld. St. 9 (2024–2027) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*

[28] *Rapport fra Europarådets komité for forebygging av tortur (CPT) etter periodisk landvisitt*, mai 2024

vil kunne tas i bruk i løpet av første halvår 2025, mens de resterende plassene vil tas i bruk i løpet av 2025. Mange unge som dømmes for kriminalitet, har en utfordrende bakgrunn, og unge domfelte har oftere tilbakefall enn eldre domfelte.

I 2024 var det 41 fengsler i Norge fordelt på 39 kommuner. Tall fra Helsedirektoratet viser at om lag 50 fengselsleger arbeider i fengslene, hovedsaklig i deltidsstillinger. De fleste kombinerer jobben som fengselslege med jobb som fastlege. Fengselshelsetjenesten omfatter få leger og er sårbar for utskiftninger og frafall. Rekrutteringen er nært knyttet til situasjonen i fastlegetjenesten.

Utgiftene til helse- og omsorgstjenester dekkes i utgangspunktet av kommunens egen ramme. Helsedirektoratet forvalter en tilskuddsordning som skal bidra til at kommuner og fylkeskommuner tilbyr nødvendige helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester til innsatte i fengsel. Tilskuddet er ikke ment å skulle fullfinansiere tjenestene, men skal bidra til å dekke merutgifter som følger av å yte helsetjenester til innsatte i fengsel. Kommunene og fylkeskommunene vil måtte bidra med egne midler ved behov ut over det som dekkes av tilskuddsordningen, dersom det er nødvendig for å ivareta lovpålagt ansvar.

Regjeringen vurderer at kommuner med fengselsplasser dedikert til kvinner og mindreårige, bør prioriteres høyere i fordelingen av tilskuddsmidlene. Tilskuddsregelverket er derfor endret fra 2025. Det innebærer en omfordeling av midler fra «ordinære» fengselsplasser til disse kommunene. Samtidig er tilskuddet til helse- og omsorgstjenester til innsatte i overgangsboliger avviklet fordi denne gruppen i stor grad er i stand til å benytte seg av det ordinære kommunale tilbudet. Endringen i tilskuddsregelverket skal evalueres etter et år.

Regjeringen har satt ned Straffereaksjonsutvalget som blant annet skal utrede hvordan innsattes helse, særlig med vekt på alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming, best kan ivaretas under varetekt, straffegjennomføring og ved tilbakeføring til samfunnet. Utvalget leverte NOU 2025: 2 *Samfunnsansvar og omsorg* i mars 2025.

6.6 Rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten

Kommunene er ansvarlige for å tilby rehabilitering til innbyggerne. Fastlegene kjenner sine pasienter og kan gjøre vurderinger av behov for rehabilitering ved sykdom eller funksjonsfall. Alle pasienter og brukere bør få vurdert sitt behov og potensial for rehabilitering før kompenserende tiltak eventuelt iverksettes. Rehabiliteringsbehovet vil være individuelt. Fastlegene kan henvise pasienter videre til rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Pasienter som har behov for intensiv rehabilitering eller rehabilitering som krever et visst kompetansenivå, skal følges opp i spesialisthelsetjenesten. All annen rehabilitering skal foregå i kommunene eller i et samarbeid mellom kommuner og sykehus.

Regjeringen vil forbedre rehabiliteringstilbudet til befolkningen. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal handlingsplan innen rehabilitering. *Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene* (Dokument 3:12 (2023–2024)) følges opp gjennom dette arbeidet.

Kommunene har plikt til å legge til rette for systematisk samarbeid mellom fastleger og rehabiliteringstjenestene. Det er viktig at fastlegen har oversikt over kommunens rehabiliteringstjenester, som for eksempel fysioterapi og ergoterapi og frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.

Alle innbyggere kan oppsøke eller ta direkte kontakt med kommunens fysioterapeuter og manuellterapeuter uten henvisning fra lege. Muskel- og skjelettplager utgjør likevel mer enn én av seks konsultasjoner hos fastlegen. Det jobbes for at befolkningen kan bestille timer til fysioterapeut/manuellterapeut via Helsenorge, på lik linje med time hos fastlegen. Fysioterapeuter og manuellterapeuter er naturlige samarbeidspartnere med fastlegene. I framtidens allmennlegetjeneste kan disse inngå som del av teamet på fastlegekontoret og bidra til en første vurdering og kortvarig oppfølging av pasienter med muskel- og skjelettlidelser. Tverrfaglig samarbeid kan også etableres utenfor fastlegekontoret og eventuelt understøttes av samlokalisering. Knutepunktmodellen er et eksempel på en arbeidsmetodikk som fremmer samarbeid mellom fastleger og fysioterapeuter. Modellen innebærer at fastleger og fysioterapeuter deltar i et program med faglige møter hvor det etableres enighet på kommunalt nivå om prioritering, behandling og samhandlingsformer. Dette er innført blant annet i Kristiansand og Trondheim. I *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* ble det omtalt et behov for å styrke generalistkompetansen i fysioterapi. Regjeringen ønsker å legge til rette for at universitetene og høyskolene kan opprette en utdanning som svarer til disse behovene, og vurderer å opprette en nasjonal retningslinje for masterutdanning i klinisk allmennfysioterapi gjennom samarbeidet i styringssystemet Nasjonale ret-

ningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS).

Poliklinikkforskriften regulerer adgang til å henvise til spesialisthelsetjenesten. I dag skal pasienten normalt være henvist fra lege, kiropraktor, manuellterapeut, tannlege eller psykolog for at det skal ytes godtgjørelse etter forskriften. Regjeringen vil vurdere om henvisning fra fysioterapeut bør gi grunnlag for dekning av utgifter til poliklinisk undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette vil bety at flere fysioterapeuter vil kunne få tilsvarende mulighet som manuellterapeuter til å henvise til spesialisthelsetjenesten. Disse tiltakene vil utvikle fysioterapitjenesten, gi bedre oppgavedeling i tjenestene og kan gi forbedret tilbud til personer med muskel- og skjelettlidelser.

6.7 Kulturforståelse og diskriminering

Alle pasienter, brukere og pårørende skal bli møtt med forståelse og respekt uavhengig av kjønn, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder. Likevel opplever noen rasisme og diskriminering i møte med helsetjenesten. Personer som opplever rasisme og diskriminering, rapporterer oftere psykiske plager, og diskriminering kan også ha konsekvenser for den fysiske helsen. For å styrke kunnskapsgrunnlaget om sammenhengen mellom opplevd diskriminering og rasisme på helse må eksisterende undersøkelser kartlegges og eventuelt nye undersøkelser vurderes. Målet er at helsepersonell skal ha kunnskap om sammenhengen mellom opplevd rasisme og diskriminering og helse, i tillegg til inkludering, likestilling og ikke-diskriminering for å sikre likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet. Helsepersonell skal også kjenne til samers rettigheter og ha kunnskap om og forståelse for samenes status som urfolk. Tilsvarende skal personellet heller ikke oppleve diskriminering verken fra arbeidsgiver, pasienter, brukere eller pårørende.

Handlingsplan mot rasisme og diskriminering – ny innsats 2024–2027 presenterer regjeringens mål for å forebygge og bekjempe rasisme og etnisk diskriminering i det norske samfunnet. Et av tiltakene løfter fram styrket ledelse som avgjørende for bedre å ivareta og møte personer som møter rasisme og diskriminering i møte med helse- og omsorgstjenesten. Ledelse er avgjørende for å lykkes i arbeidet med en god, trygg og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som ivaretar alle pasienter og brukere. Leder må ha kunnskap og kompetanse om mangfold, rasisme, diskriminering og trakassering for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne jobbe for likeverd og inkludering, og for å ivareta ansatte som opplever rasisme, diskriminering eller trakassering på jobben. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere tiltak for å øke kompetansen om mangfold, diskriminering og trakassering blant ledere i helse- og omsorgstjenesten.

6.7.1 LHBT+

Fastlegen har en viktig rolle i å følge opp LHBT+-personer, forstå deres hjelpebehov og henvise til relevante helsetjenester. LHBT+-personer rapporterer dårligere livskvalitet enn resten av befolkningen med lavere tilfredshet med psykisk helse og dårligere levekår.[29] Mange opplever strukturelle barrierer som begrenset tilgang til relevante tjenester, økonomiske utfordringer, lange køer og vansker med å få time. Noen ønsker spesifikke tjenester rettet mot LHBT+ eller behandlere med samme identitet. Mangel på kompetanse om LHBT+-perspektivet i helsetjenesten fører til at mange ikke blir henvist til relevante tilbud, og velger å ikke være åpne om sin identitet av frykt for diskriminering.[30] Regjeringens *Handlingsplan mot rasisme og diskriminering – ny innsats 2024–2027* og *Handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold (2023–2026)* inkluderer tiltak for å øke kunnskap om mangfold i helse- og omsorgstjenestene og styrke innsatsen for skeives psykiske helse. Helsedirektoratet følger opp disse tiltakene.

6.7.2 Innvandrere og flyktninger

Innvandrere er en mangfoldig gruppe med ulik bakgrunn og levekår og også enkelte særskilte helseutfordringer. Det er store variasjoner i helse blant innvandrere, avhengig av faktorer som innvandringsgrunn, sosial bakgrunn og landbakgrunn. Noen helseproblemer, som overvekt, muskel- og skjelettplager, diabetes type 2, røyking og vitamin D-mangel, er vanligere i enkelte innvandrergrupper. Andre problemer, som visse kreftformer og alkoholbruk, er mindre utbredt. Psykiske plager er mer vanlig blant innvandrere, spesielt de fra lav- og mellominntektsland som

[29] Statistisk sentralbyrå (2022). *Dårligere levekår blant ikke-heterofile*

[30] Senter for tverrfaglig kjønnsforskning (2024). *Erfaringer og barrierer i møtet med helsevesenet blant LHBT+ personer*

ofte opplever rasisme og diskriminering. Flyktninger har høyere forekomst av psykiske lidelser som posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon og angst, ofte på grunn av traumatiske opplevelser og postmigrasjonsstress. Språklige utfordringer kan også virke begrensende for den enkeltes tilgang til helseinformasjon og helsetjenester. Dårlige norskkunnskaper kan bidra til ensomhet og sosial isolasjon.

Fastlegene spiller en sentral rolle i å ivareta innvandreres helse. De kan tilpasse helseråd, gi nødvendig informasjon og bruke kvalifiserte tolker ved behov og når det er lovpålagt, jf. pasient- og brukerrettighetsloven og tolkeloven (lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv). Fastleger er også viktige i å identifisere og behandle psykiske plager, som PTSD, depresjon og angst, og kan henvise til spesialiserte tjenester ved behov. I tillegg gir de råd om forebygging og behandling av vanlige helseproblemer som overvekt, diabetes og vitamin D-mangel. Fastleger sørger også for at innvandrere deltar i nasjonale screeningprogrammer, og får nødvendig oppfølging under svangerskap og fødsel.

Folkehelserapporten fra Folkehelseinstituttet viser at det er lite data om helse og bruk av helsetjenester blant innvandrere. Tilgjengelig kunnskap er basert på enkeltundersøkelser, kvalitative studier og analyser av nasjonale registerdata som har begrensninger. Innvandrere bruker generelt helsetjenester mindre enn den øvrige befolkningen, men bruken varierer med alder, botid, årsak til innvandring og landbakgrunn. Flyktninger har høyere dødelighet enn andre innvandrergrupper.

I likhet med den demografiske utviklingen ellers vil andelen eldre med innvandrerbakgrunn også øke betydelig framover. Eldre innvandrere rapporterer om dårligere helse og har lavere forbruk av omsorgstjenester enn den øvrige befolkningen. Dette kan skyldes språkproblemer, tabuer mot å søke hjelp, manglende kunnskap om tjenestetilbud eller tradisjoner for familieomsorg. For eldre, særlig personer med demens, er det kjent at tillært språk kan bli borte, eller at man kan få utfordringer med å uttrykke seg på majoritetsspråket. Økt botid kan gi økt etterspørsel etter offentlige omsorgstjenester. Noen innvandrere har lav helsekompetanse, blant annet som følge av dårlige norskkunnskaper. Se omtale av helsekompetanse i kapittel 5.1 og kapittel 6.1.

Det er behov for grundigere informasjon om regelverk for å oppnå en mer enhetlig praksis for helsehjelp til personer uten fast opphold, blant annet med oppmerksomhet på barn og gravide og fødende kvinner. Helsedirektoratet skal utarbeide et nytt rundskriv om helsehjelp til personer uten fast opphold. Helsedirektoratet vurderer også om det skal iverksettes tiltak for å heve kompetansen til helsepersonell, på hvilken måte dette bør gjennomføres og andre tiltak.

6.8 Forsterket samarbeid om arbeid og helse

Mange med helseutfordringer kan og vil jobbe. Arbeid er i mange tilfeller helsefremmende.[31] [32] Arbeid kan bidra til å forebygge helseplager og gi bedre helse for den enkelte ved at arbeidsdeltakelse kan gi mening og mestring, struktur på dagen, økt livskvalitet, tilhørighet med andre, økonomisk trygghet og inkludering i samfunnslivet. Samtidig kan krevende arbeidsoppgaver og et dårlig arbeidsmiljø ha negative helsekonsekvenser. Mer enn én av tre sysselsatte med sykefravær lengre enn 14 dager rapporterte i 2022 at fraværet helt eller delvis skyldtes arbeidsrelaterte helseproblemer. Et godt arbeidsmiljø vil virke positivt inn på både helse, motivasjon og sykefravær blant ansatte, men også på produktivitet i virksomheter og kostnader for samfunnet. Tilrettelagte arbeidsoppgaver kan også bidra til raskere retur til arbeidslivet.

Regjeringen vil inkludere flere med helseutfordringer i arbeid, styrke arbeidsrettet rehabilitering og bidra til et bedre arbeidsmiljø.[33] Etter sykdom med fravær fra arbeidslivet kan det ta tid å komme tilbake. Noen ganger er det behov for rehabilitering og mer langsiktige tiltak for å gjenvinne et funksjonsnivå eller finne fram til hvordan man kan delta i arbeidslivet på en annen måte enn man har gjort tidligere. Tilbud om rehabilitering for å hjelpe folk til å opprettholde eller gjenvinne funksjon er viktig for å få folk til å stå i eller komme tilbake til arbeid. Å jobbe det man kan og har helsemessige forutsetninger for vil også kunne ha positive helsegevinster for den enkelte og være et godt alternativ til 100 prosent sykmelding når det er mulig.

---

[31] Wilkie, R., Bjork, M., Costa-Black, K. M. mfl. (2020). Managing work participation for people with rheumatic and musculoskeletal diseases. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 34:2*

[32] Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A. mfl. (2018). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation, 28*

[33] Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste*

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 understreker at arbeidsretting ikke er et primærmål i helsetjenesten, og at potensialet for å komme tilbake i arbeid i utgangspunktet ikke bør tillegges vekt ved prioriteringsbeslutninger. Men det å være i arbeid kan ha positive helsegevinster for den enkelte. Dersom arbeidsdeltakelse er helsefremmende, vil dette inngå i vurderingen av helse- og funksjonsforbedring. Hvis en ny behandling gjør at pasienter kan gjenvinne et funksjonsnivå som gjør at de kan arbeide, vil eventuelle livskvalitetsaspekter ved det å være i arbeid kunne vektlegges som en del av nyttekriteriet. Dette gjelder selv om gevinsten av lønnet arbeid ikke skal telles med.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide felles faglige anbefalinger om arbeid og helse. Det er et mål at veiledning og råd til personell i helse- og omsorgstjenesten og i Arbeids- og velferdsetaten om betydningen av arbeidsinkludering og helse også innarbeides i kommende retningslinjer og faglige råd. Fra 2025 knyttes fagmiljøene i helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren tettere sammen gjennom et interregionalt kompetansenettverk.

Det finnes mange gode eksempler på at det å motta helsehjelp samtidig med arbeidsdeltakelse har dokumentert effekt både på den enkeltes helse og deltakelse i arbeidslivet. Individuell jobbstøtte (IPS), som er rettet mot personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, er et godt eksempel på at man samtidig med helsehjelp får støtte og veiledning fra jobbspesialister som er integrert i behandlingsteam i helse- og omsorgstjenesten. I tiltaket HelseIArbeid gis personer med muskel- og skjelettlidelser og/eller lettere psykiske plager tverrfaglig utredning og arbeidsfokusert avklaring i poliklinikk av helsepersonell og personell i Arbeids- og velferdsetaten. Gjennom forsterket samarbeid mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren er det flere samhandlingsmodeller under utvikling, se omtale i kapittel 6.8.1.

I spesialisthelsetjenesten har det vært et systematisk arbeid med å utvikle behandlingstilbud som både er helsefremmende og som støtter arbeidsinkludering, blant annet gjennom forskjellige tverrfaglige, kunnskapsbaserte og arbeidsrettede behandlingstilbud for personer med angst og depresjon og for personer med muskel- og skjelettlidelser. Evalueringer av slike helsetilbud har vist fornøyde brukere og gode behandlingsresultater[34]. Evalueringer av tilbud innen arbeidsrettet rehabilitering har vist økt tilbakekomst til arbeid samt positive endringer i subjektiv helse, livskvalitet og fysisk aktivitet.[35]

6.8.1 Samhandlingsmodeller om arbeid og psykisk helse

Fastleger sykmelder stadig flere med psykiske helseplager som årsak. NAV Sykefraværsstatistikk viser at diagnosegruppen psykiske lidelser, som også omfatter psykiske plager, er den nest største diagnosegruppen knyttet til legemeldt sykefravær. Legemeldt sykefravær med disse diagnosene utgjorde om lag 28,7 prosent av alle tapte dagsverk i 2024. Sykefravær grunnet psykiske lidelser har økt gradvis siden 2005. Økningen i sykefravær grunnet psykiske lidelser de senere årene var størst blant de yngre arbeidstakerne (fra 20–39 år), og økningen var størst blant kvinner. Legemeldt sykefravær som skyldes muskel- og skjelettlidelser, utgjorde omtrent 32 prosent av alle tapte dagsverk i 4. kvartal 2024. Studier fra 2024 viser at både organisatoriske og psykososiale forhold på arbeidsplassen har betydning for slike plager.[36]

Arbeids- og helsetilbud tilbys sjeldnere i kommunale tjenester sammenliknet med spesialisthelsetjenesten.[37] I tråd med ambisjonen i *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* har Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet utviklet to modeller for samhandling mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunale helsetjenester. Disse piloteres gjennom prosjektet Samspill – for styrket jobbhelse. Målgrupper er personer med milde til moderate psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, eventuelt også muskel- og skjelettplager.

Regjeringen har i 2025 avsatt midler til videre pilotering og utvikling av samhandlingsmodellene. Modellene skal bidra til tidlig, samtidig og koordinert oppfølging av brukere som både har behov for oppfølging fra Arbeids- og velferdsetaten og kognitiv terapi for å kunne mestre arbeid, deltakelse i arbeidsrettede tiltak eller

---

[34] Helse Sør-Øst RHF, Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF (2017). Anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet fra de regionale helseforetakene om Raskere tilbake-ordningen i spesialisthelsetjenesten

[35] SINTEF (2022). *Følgeevaluering av omleggingen fra prosjekt «Raskere tilbake» til drift av Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten*

[36] Sterud, T., Marti, A. R. og Degerud, E. (2024). Comprehensive evaluation of the impact of workplace exposures on physician-certified sick leave in the general working population. *BMC Public Health, 24(1): 214*

[37] Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2021). *Strategi for fagfeltet arbeid og helse*

utdanning. I den ene modellen samarbeider veilederressurs fra Arbeids- og velferdsetaten og terapeutressurs fra Rask psykisk helsehjelp om oppfølging av felles brukere. Den andre modellen prøver ut et strukturert samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten, kommune, fastlegekontor og kognitiv terapeut. Det er etablert til sammen ni piloter for de to modellene. Hver av pilotene prøver ut ulike lokale samarbeidsmodeller der personell fra Arbeids- og velferdsetaten jobber sammen med personell i kommunale tjenestetilbud og på fastlegekontor om felles bruker- og pasientgrupper. Gjennom pilotene skal en vurdere om modellene er egnet til å forebygge og redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Tiltaket følgeevalueres, og muligheten for å videreutvikle og skalere opp samarbeidsmodellene skal vurderes.

6.8.2 Fastlegen som sykmelder

Fastlegen er medisinsk sakkyndig i vurderingen av medisinske forhold som påvirker retten til ytelse fra folketrygden. Opplysningene danner grunnlag for Arbeids- og velferdsetatens vurdering av pasientenes rett til sykepenger. Dette innebærer å forstå pasientens helsetilstand, alvorlighetsgrad og hvordan den eventuelt påvirker pasientens evne til å utføre arbeidsoppgaver. Fastlegen har dermed en portvaktrolle for fellesskapets ressurser. I oppfølgingsrollen skal fastlegen diagnostisere og behandle sykdom og vurdere muligheten for og støtte opp under aktivitet og arbeidsdeltakelse.

Fastlegen vurderer og samhandler med pasienten, arbeidsgiver og Arbeids- og velferdsetaten om mulighetene for å være i arbeid, sett opp mot pasientens helsetilstand. Fastlegen beslutter endelig hvorvidt sykmelding gis eller ikke. Hovedregelen i folketrygdloven er at sykmeldinger skal graderes. Dersom den sykmeldte delvis kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver eller nye arbeidsoppgaver etter tilrettelegging gjennom bedriftsinterne tiltak, skal det ytes graderte sykepenger. Fastleger står for det aller meste av sykmeldingene i Norge. Dermed har fastlegenes utøvelse av portvaktrollen betydning for sykefraværet.

Det er betydelig variasjon i fastlegenes utførelse av portvaktrollen, noe som påvirker både forekomsten og varigheten av sykefravær.[38] Avgjørelser om sykmelding er særlig krevende når pasientens symptomer og opplevelse av eget funksjonsnivå ikke objektivt kan observeres av legen, eller ikke samsvarer med objektive funn. Frykt for konflikt og skade på lege–pasient-relasjonen, innbyggerens evne til å framkalle empati hos legen, legers kommunikasjonsevner og konkurranse om pasientene er faktorer som bidrar til fastlegenes beslutning om å sykmelde. Det tar kortere tid å si ja til sykmelding enn å bruke tid på å utforske muligheter og alternative løsninger til sykmelding sammen med pasienten. Dette framheves også i Panel med unge leger, se omtale i boks 8.5. Sykmeldte pasienter på listene til fastleger som oftest bruker gradert sykefravær, kommer fortere tilbake til arbeid og har større sannsynlighet for fortsatt å ha en jobb to år senere enn pasienter som ikke har hatt gradert sykmelding.[39]

Studier viser at fastlegers sykmeldingspraksis kan påvirkes av økonomiske insentiver.[40] Registeranalyser utført av Folkehelseinstituttet, viser at det hos næringsdrivende leger er en sammenheng mellom inntjening og sykmeldingspraksis (boks 3.3). Fastlønnede fastleger sykmelder færre dager enn næringsdrivende leger. Det ser også ut til at fastleger som har høyere takstinntekt per time, har en lavere andel gradert sykefravær i sin praksis og relativt høyere andel fullt sykefravær. Dette taler for at dagens finansieringsmodell kan ha insentiver som ikke understøtter utøvelsen av portvaktrollen. Regjeringen mener at videreutviklingen av fastlegeordningen må understøtte en effektiv portvaktrolle. Endringene som regjeringen foreslår i finansieringsmodellen, som blant annet handler om å vurdere om det er behov for å modernisere og videreutvikle takstene som benyttes ved sykmelding, er viktige bidrag for å realisere dette. Se kapittel 3.

Regjeringen er opptatt av å legge til rette for at sykmelder skal kunne ivareta sin rolle i arbeidet med oppfølging av sykmeldte på en god måte, og gjøre gode vurderinger av arbeidsevne og mulighetene for aktivitet og arbeidsdeltakelse. Regjeringen mener at både opplæring, informasjon og veiledning er viktig i den forbindelse. Som en del av dette er myndighetene og partene i arbeidslivet enige i Avtale om redusert sykefravær og frafall fra arbeidslivet (IA-avtalen) 2025–2028 om å starte opp et samarbeidsprosjekt med Legeforeningen

[38] Folkehelseinstituttet (2024). *Notat til Helse- og omsorgsdepartementet om fastlegen som sykemelder*

[39] Markussen, S., Mykletun, A. og Røed, K. (2012). The case for presenteeism — Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics, 96(11–12)*

[40] Reibling, N. og Wendt, C. (2012). Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems. *Current Sociology, 60*

om Bærekraft på legekontoret og sykmelding (se boks 8.7). Prosjektet skal styrke fastlegens rolle i sykefraværsarbeidet og øke helsekompetansen i befolkningen. Det er videre behov for å forbedre informasjonsdelingen mellom aktørene i sykmeldingsarbeidet, herunder mellom sykmelder og arbeidsgiver.

Arbeidet med oppfølging av sykmeldte utgjør en betydelig del av fastlegens arbeid. Som et tiltak for å bidra til å redusere fastlegenes tidsbruk knyttet til å dokumentere korttidsfravær, foreslo ekspertutvalget for allmennlegetjenesten å lovfeste at arbeidstaker måtte bruke egenmelding i hele arbeidsgiverperioden, og at egenmeldingsdagene måtte brukes opp før sykmelding kunne benyttes. Som grunnlag for å vurdere ekspertutvalgets forslag har Proba samfunnsanalyse, på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, gjennomført en kartlegging av bruken av den utvidede egenmeldingsretten i regelverket i dag. Kartleggingen viser at halvparten av virksomhetene, som omfatter om lag to tredeler av arbeidstakerne, har gitt rett til bruk av egenmelding ut over tre dager. Rapporten peker også på at flere ikke er kjent med at de har en utvidet egenmeldingsrett, og at det er få som benytter egenmelding ut over tre dager. Regjeringen har vurdert ekspertutvalgets forslag og har kommet fram til at det er usikkert i hvilken grad ekspertutvalgets forslag vil bidra til hensiktsmessig reduksjon i fastlegenes arbeidsbelastning. Det er også usikkert hvilke konsekvenser et slik tiltak vil ha for sykefraværet. Med økende sykefravær og bedre rekruttering og stabilitet hos fastlegene mener regjeringen at det ikke bør gjøres endringer som reduserer fastlegens portvaktrolle i sykefraværsarbeidet. Kartleggingen til Proba viser at det er et potensial for økt bruk av egenmelding innenfor dagens regelverk, både når det gjelder andelen virksomheter og antall dager. Regjeringen vil derfor i stedet se på hvordan handlingsrommet innenfor dagens regelverk kan brukes bedre. Dagens regelverk gir arbeidsgiver fleksibilitet til å vurdere hvorvidt de ønsker å gi rett til bruk av utvidet egenmelding i arbeidsgiverperioden. Regjeringen vil vurdere tiltak for å gjøre adgangen til å gi utvidet egenmeldingsrett mer kjent både for arbeidsgivere, arbeidstakere og sykmeldere. Regjeringen vil også vurdere tiltak som kan bidra til å støtte opp under legens rolle i sykmeldingsarbeidet, herunder behovet for bedre informasjon, opplæring og veiledning.

Demografiske endringer gjør at det blir færre yrkesaktive i forhold til eldre. Pensjonsforliket innebærer at den faktiske pensjonsalderen skal økes. Samtidig er belastningen på omsorgstjenestene stor. Mange pårørende ønsker å hjelpe og støtte sine nærmeste når det er behov for det. Men som det går fram av undersøkelser, er det pårørende som opplever å stå i svært krevende omsorgssituasjoner over flere år. Forskning tyder på at pårørende til eldre per i dag ikke har vesentlig høyere sykefravær enn andre arbeidstakere, men at pårørende med stor omsorgsbelastning i noe grad blir sykmeldt på grunn av totalbelastningen. Et prosjekt ved OsloMet forsker på hvordan omsorg for gamle foreldre påvirker yrkesaktivitet (CoWorkCare).[41] Et av funnene er at over en tredel av det formelle fraværet arbeidstakere har for å ta vare på gamle foreldre, er sykefravær. Dette utgjør imidlertid en svært liten del av det totale sykefraværet.

I Nasjonal pårørendeundersøkelse 2021/2022 (Helsedirektoratet) svarte 45 prosent av pårørende som selv sier at de yter pårørendeinnsats mer enn fem timer per uke, at de har opplevd forverring av helseplager, eller at de har fått nye som følge av pårørendeinnsats. Blant dem som jobber redusert eller er sykmeldt, oppga nesten halvparten at dette helt eller dels skyldes belastningen som følge av pårørendeinnsats.

Noen pårørende opplever så stor belastning at de oppsøker fastlegen. Omsorgsoppgaver gir ikke rett til sykepenger. Dersom pasienten ikke har symptomer på somatiske eller psykiske helseplager, må fastlegen registrere en diagnose som gir rett til sykepenger, dersom sykmelding likevel er aktuelt. Noen blir diagnostisert med situasjonsbetinget psykisk ubalanse eller liknende. Denne type diagnoser kan gi uheldige utslag for den enkelte i for eksempel forsikringsvurderinger og jobber som krever sikkerhetsklarering.

Manglende kunnskap om eksisterende ordninger kan gjøre situasjonen mer krevende enn nødvendig for pårørende. Regjeringen jobber med å sammenstille informasjon om eksisterende rettigheter, rettet mot både arbeidsgivere, arbeidstakere og sykemeldere.

6.8.3 Informasjonsutveksling

Det er behov for bedre informasjonsutveksling mellom Arbeids- og velferdsetaten og helse- og omsorgstjenestene. Fastleger bruker særlig mye tid på sykmelding og legeerklæring ved arbeids-

[41] (CoWorkCare): Gautun, H. og Bratt, C. (2024). Caring for older parents in Norway – How does it affect labor market participation and absence from work? *Social Science & Medicine*, 346; 116722

uførhet til Arbeids- og velferdsetaten. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet leverte i 2023 rapporten *Nå snakker vi – utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom Nav og helse- og omsorgssektoren*. Regjeringen vil fortsette arbeidet mellom Arbeids- og velferdsetaten og helse- og omsorgstjenestene for å forbedre informasjonsutveksling (se kapittel 5.4.2).

Dialog og informasjonsutveksling mellom aktørene i sykefraværsoppfølgingen er viktig for å få til god og effektiv oppfølging av sykmeldte arbeidstakere og for å kunne vurdere mulighetene for å være i aktivitet. En hovedutfordring ved dagens sykefraværsoppfølging er å legge til rette for bedre informasjonsdeling mellom de ulike aktørene, slik at de får den informasjonen de har behov for på enklest mulig måte til rett tid, samtidig som aktørenes taushetsplikt ikke utfordres. Informasjonsutvekslingen i dagens system foregår primært gjennom tekniske løsninger etablert i Arbeids- og velferdsetaten, i helsetjenestens journalsystemer og i arbeidsgiveres lønn- og personalsystemer. I Sysselsettingsutvalgets rapport (NOU 2021: 2) framheves behovet for at det utvikles bedre rammer for dialog mellom sykmelder, arbeidstaker og arbeidsgiver. Blant annet foreslo de at det skulle vurderes å utvikle elektronisk samhandling mellom sykmelder, arbeidsgiver og arbeidstaker. *I ny Avtale om redusert sykefravær og frafall fra arbeidslivet (IA-avtalen) 2025–2028* er partene og myndighetene enige om å igangsette et forprosjekt i 2025 knyttet til et digitalt samhandlingsrom for enklere og bedre informasjonsdeling mellom alle aktørene i sykefraværsoppfølgingen. Som en del av dette arbeidet skal blant annet behovene til de ulike aktørene og utfordringene i dagens samhandling og systemer kartlegges. Det skal også vurderes hvordan utfordringene kan løses og fremmes forslag til løsninger som forbedrer den digitale samhandlingen mellom aktørene i sykefraværsoppfølgingen. Det skal også vurderes hvorvidt løsningene bør bygge på eksisterende systemer eller om det bør utvikles en eller flere nye løsninger.

6.9 Helseberedskap

Kommunene er viktige for å sørge for befolkningens trygghet både gjennom tjenestene kommunene ivaretar i det daglige og beredskapen de skal ha for å håndtere kriser.

Formålet med helseberedskap er å verne liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser og katastrofer, både i fredstid, kriser og i krig. Kommunenes ansvar for helseberedskap er blant annet regulert gjennom sivilbeskyttelsesloven (lov om kommunal beredskapsplikt), sikkerhetsloven, smittevernloven, folkehelseloven og helseberedskapsloven med tilhørende forskrifter. Som lokal myndighet skal kommunene være pådriver og samarbeidspartner overfor andre aktører som er av vesentlig betydning for helseberedskapen lokalt, og kommunene må planlegge for større hendelser hvor samfunnet er avhengig av at ressursene finner hverandre.

Kommunene har ansvar for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Kommunene har også ansvar for å beskytte befolkningens helse og forebygge sykdom og skade ved å sørge for smittevern, miljørettet helsevern, trygt drikkevann og strålevern.

Kommunene har etter helseberedskapsloven plikt til å utarbeide beredskapsplan for sine helse- og sosialtjenester og arbeidet med å beskytte befolkningens helse.

Beredskapsplanen skal ta utgangspunkt i kommunenes daglige tjeneste, risiko- og sårbarhetsanalyser og skal også omfatte tjenester som etter lov eller avtale blir utført av private virksomheter som del av de respektive tjenestene, for eksempel fastlegene. Det skal også i nødvendig utstrekning utarbeides delplaner for aktuelle institusjoner og tjenesteområder.

Kommunene har i liten grad involvert fastlegene i beredskapsplanarbeidet. Fastlegene har en svak organisasjonsmessig tilknytning til kommunens beredskapsarbeid. De har sentrale og lokale avtaler som i liten grad ivaretar kommunens behov for ressurser i kriser og katastrofer. Det bør legges til rette for at kommunene kan bruke fastlegeressursene i beredskapsarbeidet. Avtaleverket bør sikre at fastlegene kan inngå i det helhetlige planverket til kommunene.

Leger og annet helsepersonell som yter privatfinansierte tjenester, er som annet helsepersonell omfattet av helseberedskapslovens bestemmelser. Kommunene må ha avtaler for å kunne pålegge fastlegene oppgaver ut over det som følger av fastlegeregelverket og inngåtte avtaler. I en mer omfattende akutt katastrofesituasjon vil legeressursene være mindre tilgjengelige for kommunen enn om legene var ansatte i kommunen fordi arbeidsgiver mangler styringsrett. Kommunene kan innarbeide beredskapskrav i de individuelle avtalene med fastlegene.

Kommunen skal etter sosialtjenesteloven (lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvalt-

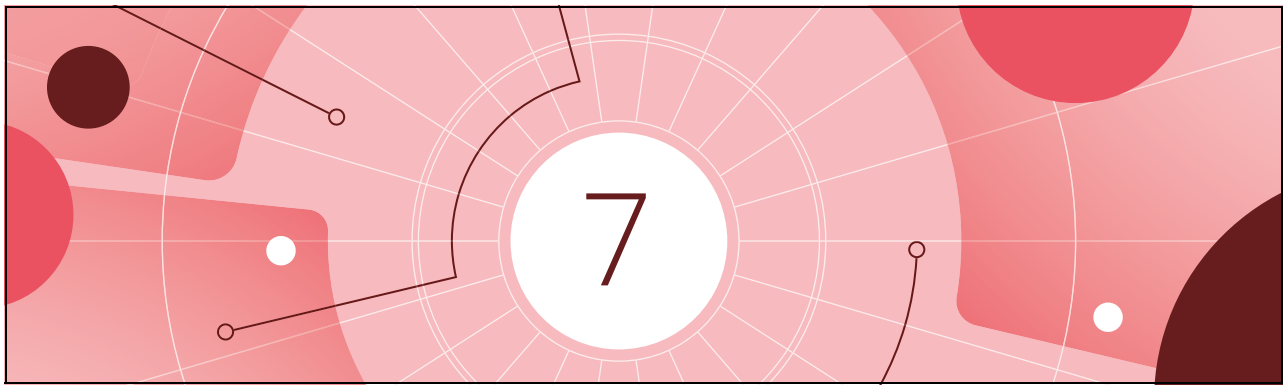
ningen) legge til rette for at befolkningen ved kriser sikres mat, bolig, klær med videre. Fylkeskommunene har ansvar for deler av tannhelsetjenesten.

Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa* og Stortingets tilslutning, jf. Innst. 220 S (2023–2024) gir politisk og strategisk retning for norsk helseberedskap. Regjeringen viser til omtale av helseberedskap i denne meldingen og i innstillingen og i Prop. 87 S (2023–2024) *Forsvarsløftet – for Norges trygghet*, jf. Innst. 426 S (2023–2024) og Meld. St. 9 (2024–2025) *Totalberedskapsmeldingen.*

6.10 Kommunens samfunnsmedisinske ansvar

Som det framgår av Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga* vil regjeringen vurdere hvordan kommunenes samfunnsmedisinske ansvar kan ivaretas, og vurdere tiltak for å styrke samfunnsmedisinsk kompetanse. Som oppfølging av Folkehelsemeldinga pågår det et arbeid med en nasjonal veileder for samfunnsmedisinske oppgaver og kommuneoverlegens oppgaver og funksjon. Regjeringen vil endre betegnelsen kommunelege til kommuneoverlege i regelverket. Regjeringen vil også vurdere behov for endringer i lov og forskrift for å tydeliggjøre hvilket ansvar som ligger til kommunen, og hvordan kommuneoverlegen skal omtales, herunder kommunens ansvar for de samfunnsmedisinske oppgavene.

Kommunen skal bruke virkemidlene i folkehelseloven til å fremme folkehelse, herunder styring av allmennlegetjenesten. Regjeringen vil revidere folkehelseloven, og et forslag til endringer har vært på høring. Samfunnsmedisinsk kompetanse er viktig i kommunens arbeid med miljørettet helsevern, smittevern og i folkehelsearbeidet. Dette følges blant annet opp i forslag til revidert folkehelselov.



Figur 7.1

7 God og tilgjengelig kompetanse

Regjeringen vil sette i verk en rekke tiltak for å styrke kommunenes handlingsrom til å rekruttere og benytte personell ut fra lokale behov og muligheter. Regjeringen har lansert flere tiltak i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* som skal understøtte arbeidet med ivaretakelse og utvikling av personellet i sektoren. Regjeringen vil blant annet rette hovedvekten av innsatsen mot å rekruttere, utvikle og beholde personell med riktig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten i hele landet og å bidra til analyser av framtidig personell- og kompetansebehov.

Regjeringen vil legge til rette for god og nødvendig kompetanse i allmennlegetjenesten gjennom kompetansekrav som balanserer hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet mot hensynet til rekruttering og kommunalt handlingsrom. Regjeringen vil gjøre spesialistutdanningen i allmennmedisin framtidsrettet og attraktiv og styrke kompetansen i geriatri, palliasjon og alders- og sykehjemsmedisin.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er personellintensive. Mange kommuner opplever store problemer med å rekruttere riktig kompetanse. Gode, effektive og trygge tjenester forutsetter kompetanse på riktig tid, nivå og sted. Helsetjenestene i distriktene krever ofte helsepersonell med bredere kompetanse enn i bynære strøk. Lang avstand til sykehus og utfordrende vær og geografi medfører at både akutte og kroniske tilstander må håndteres lokalt, i større grad enn i byene.

I *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* slås det fast at Norge ikke kan bemanne seg ut av utfordringene ved å øke tilgangen på personell. Det betyr at personellressursene må brukes mest mulig effektivt, at det er behov for god arbeids- og oppgavedeling, og at personellressurser må prioriteres i tråd med prioriteringsprinsippene. Både Helsepersonellkommisjonen og ekspertutvalget for allmennlegetjenesten peker på at helsepersonell i tiden framover vil måtte ta hånd om flere pasienter og brukere enn i dag, og at den største behovs- og aktivitetsøkningen vil komme i kommunene. Økt spesialisering i sykehusene gir oppgaveoverføring og oppgaveglidning til kommunene. Samtidig har flere innbyggere sammensatte utfordringer som må møtes. Dette endrer kompetansebehovet. Kommunene har derfor blant annet behov for personell med både bredere og høyere kompetanse enn før, i tillegg til viktige grupper som fagarbeidere. Regjeringen vil fortsette arbeidet med å sikre nok fagfolk med en helhetlig innsats for arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, oppgavedeling og effektiv organisering samt rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling.

7.1 Balanserte kompetansekrav

Regjeringen er opptatt av å bevare friheten kommunene har til å organisere sine tjenester. Samtidig er det nødvendig å stille kompetansekrav av

Boks 7.1 Regjeringen vil

Gjøre spesialistutdanningen i allmennmedisin framtidsrettet og attraktiv gjennom følgende tiltak:
- tilrettelegging for at tjenesten kan etablere egne LIS1-stillinger
- oppmykning av krav i spesialistutdanningen i allmennmedisin for å bidra til fleksibilitet for den enkelte lege og for kommunene
- utrede framtidig innretning på og organisering av etterutdanning for spesialister i allmennmedisin

Legge til rette for gode rammer for kommunene til å bemanne tjenestene med god og nødvendig kompetanse gjennom følgende tiltak:
- innføre kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester som balanserer hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet mot hensynet til rekruttering og kommunalt handlingsrom
- utarbeide veiledning til kommunene til forskrift om kompetansekrav
- utrede harmonisering av kompetansekrav i legevaktsentral og AMK-sentral

Videreføre arbeidet med å rekruttere, beholde og utvikle tilstrekkelig og kompetent personell i hele landet gjennom følgende tiltak:
- styrke kompetansen i geriatri, palliasjon og alders- og sykehjemsmedisin
- legge til rette for bedre rammebetingelser gjennom veiledning og tilskudd for å understøtte god og relevant gjennomføring av yrkesfaglig opplæring innen helse- og omsorgssektoren i kommunene
- gjøre kompetanse gjennom fagskoleutdanning bedre kjent i helse- og omsorgssektoren

hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet. Dagens kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven er en stadfesting av kjernekompetanse som kommunene må tilby for å oppfylle kravene om forsvarlige og gode tjenester. Kravene omfatter ulike yrkesgrupper i kommunale helse- og omsorgstjenestene, slik som sykepleiere og psykologer. Kompetansekravene omfatter vurderinger om hvilken kompetanse kommunene konkret har behov for å ha knyttet til seg. I tillegg stilles det særskilte kompetansekrav til leger i kommunale helse- og omsorgstjenester.

7.1.1 Kompetansekrav for leger

Kompetansekravene til leger i kommunene skal bidra til trygge og gode tjenester til innbyggerne, gi legene trygghet for egen kompetanse og for at faglig støtte er tilgjengelig når de skal arbeide selvstendig. Kompetansekrav for leger må balansere hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet mot hensynet til rekruttering og tilstrekkelig tilgang på leger og kommunalt handlingsrom. Videre må regelverket være tilgjengelig på en måte som gjør det mulig å etterleve for kommunene og helsepersonellet. Dagens regelverk er komplisert og ikke lett tilgjengelig. Regjeringen mener derfor at det er nødvendig med endringer som kan bidra til nødvendig rekruttering, større handlingsrom for kommunene og til et oversiktlig og konsistent regelverk.

På bakgrunn av rekrutteringsutfordringer er det innført midlertidige unntak fra kompetansekravene for leger. Regjeringen har forlenget unntakene til 31. desember 2025 for å gi kommunene og legene forutsigbarhet og mulighet til å planlegge for nye kompetansekrav. Unntakene betyr blant annet at leger uten LIS1 (spesialistutdanningens første del) kan jobbe selvstendig for trygdens regning i kommunale helse- og omsorgstjenester. I perioden med unntak fra kompetansekrav har antall fastleger og leger under spesialisering i allmennmedisin økt betydelig. Det er således grunn til å anta at det store flertallet av leger som har jobbet i kommunene på unntaksbestemmelser, har gått videre til spesialisering i allmennmedisin.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte høsten 2024 forslag til kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester på høring. Forslaget innebar en forenkling av dagens regelverk, blant annet ved at alle kompetansekrav for leger samles i én felles forskrift, framfor å være fordelt mellom forskrift om kompetansekrav for leger, akuttmedisinforskriften og trygderefusjonsforskriften. Det kom inn en rekke høringsinnspill.

Høringsinnspillene vektla i ulik grad ønsket om så lave krav som mulig av hensyn til rekruttering, og strammere krav til kvalitet, pasientsikkerhet og trygghet og gode fagmiljøer.

Generalistkompetansen til spesialister i allmennmedisin spiller en avgjørende rolle i en modernisert helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen ønsker å gi insentiver til spesialisering i allmennmedisin slik at tilgangen på fastleger med nødvendig kompetanse øker. Regjeringen mener derfor at det er viktig å opprettholde krav om at fastleger skal være under spesialisering i allmennmedisin, eller ferdige spesialister i allmennmedisin.

For øvrige deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten vurderer regjeringen at det bør stilles krav om å være under spesialisering i spesialistutdanningens andre eller tredje del (LIS2/LIS3), eller ferdig spesialist i relevant spesialitet. Det betyr at det både i legevakt og sykehjem stilles krav om spesialisering. Arbeidsgiver må vurdere om vedkommende lege har nødvendig kompetanse til å utføre pålagte arbeidsoppgaver i kommunen, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Kommunen kan dermed også være læringsarena for flere spesialiteter og rekruttere flere leger ved at kommunale helse- og omsorgstjenester framstår som en faglig attraktiv arbeidsplass.

Samtidig foreslås det endringer regelverket slik at unntaksbestemmelsene fra kravene skal gi nødvendig fleksibilitet for både leger og kommuner. Regjeringen ønsker å innføre unntak fra kompetansekravene for lege med oppgave å yte helsehjelp i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven, som tiltrer ett eller flere arbeidsforhold eller avtaleforhold av inntil totalt tolv måneders varighet. Dette gir leger mulighet til å fylle kortere vikariater og til å prøve seg som fastlege uten å begynne spesialisering. For å gi ytterligere fleksibilitet for kommuner og leger foreslås det også for unntak for arbeidsforhold på inntil fire måneder per kalenderår, i tillegg til unntak for arbeidsforhold eller avtaleforhold som totalt utgjør tolv måneder. For legevakt ønsker regjeringen å erstatte unntaket på fire måneder per kalenderår med seks måneder per kalenderår. Denne utvidelsen av unntaket vil for eksempel gjøre det mulig å bruke faste sommervikarer fra år til år. Varighet av arbeidsforhold eller avtaleforhold beregnes ut fra antall dager med arbeid.

Det har fram til nå vært gjort unntak fra hvilke krav som skal stilles til at en lege kan ha legevakt uten bakvakt. Unntaket har medført at leger som har gjennomført LIS1 kan være på vakt, uten bakvakt. Regjeringen ønsker å videreføre dette som permanent krav, men med tillegg om at legen må ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Dette betyr at leger som ikke har startet i LIS2/LIS3, men fullført læringsmålene i LIS1 og tatt de to nevnte kursene, kan ha legevakt uten bakvakt. Disse legene vil likevel være omfattet av kravet om spesialisering og tilhørende unntaksbestemmelser. Endringene i kompetansekrav foreslås å tre i kraft 1. januar 2026.

For at sentrale myndigheter skal ha oversikt over bruk av unntaksbestemmelsene, foreslår regjeringen å stille krav om at den enkelte kommune innen 31. mars hvert år skal rapportere til statsforvalter om bruk av unntaksbestemmelsene i det foregående året. Formålet med kravet om rapportering er å kartlegge bruken av unntaksbestemmelsene og få oversikt over bemanningssituasjonen i hele landet. Rapporteringskravet foreslås å tre i kraft 1. januar 2026 og varer til 31. desember 2028. Departementet har bedt Helsedirektoratet i samarbeid med statsforvalter om å etablere løsninger slik at alle kommuner rapporterer samme data. Det er ønskelig at det legges til rette for enkel elektronisk rapportering. Dette vil også redusere den administrative byrden ved rapportering for kommunene og statsforvalter.

For å støtte kommunene og bidra til etterlevelse av krav i forskrift om kompetansekrav for leger skal det utarbeides veiledning til kommunen om forståelse av bestemmelsene og hvilken praktisk betydning reguleringer har for kommuner og leger. Dette er i tråd med innspill i høringen av ovennevnte endringer.

7.1.2 Kompetansekrav i legevaktsentral og AMK

Nødnummeret 113 og det nasjonale legevaktnummeret 116 117 er publikums inngang til medisinsk nødmeldetjeneste ved akuttmedisinske hendelser. Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) og legevaktsentralene samhandler tett slik at man kan henvise publikum til riktig nivå for helsehjelp.

Det er ulike kompetansekrav for personellet som bemanner medisinsk nødmeldetjeneste. For legevaktsentral er det stilt krav om bachelorgrad i en relevant helsefaglig utdanning uten at det er definert hvilke spesifikke personellgrupper som kan bemanne legevaktsentralen. For AMK er det definert hvilke personellgrupper som kan utgjøre bemanningen: sykepleier, ambulansearbeider og paramedisiner. Sykepleier og paramedisiner har

utdanning på bachelornivå, mens ambulansearbeiderutdanningen omfatter to år på videregående skole og to års læretid for å oppnå fagbrev.

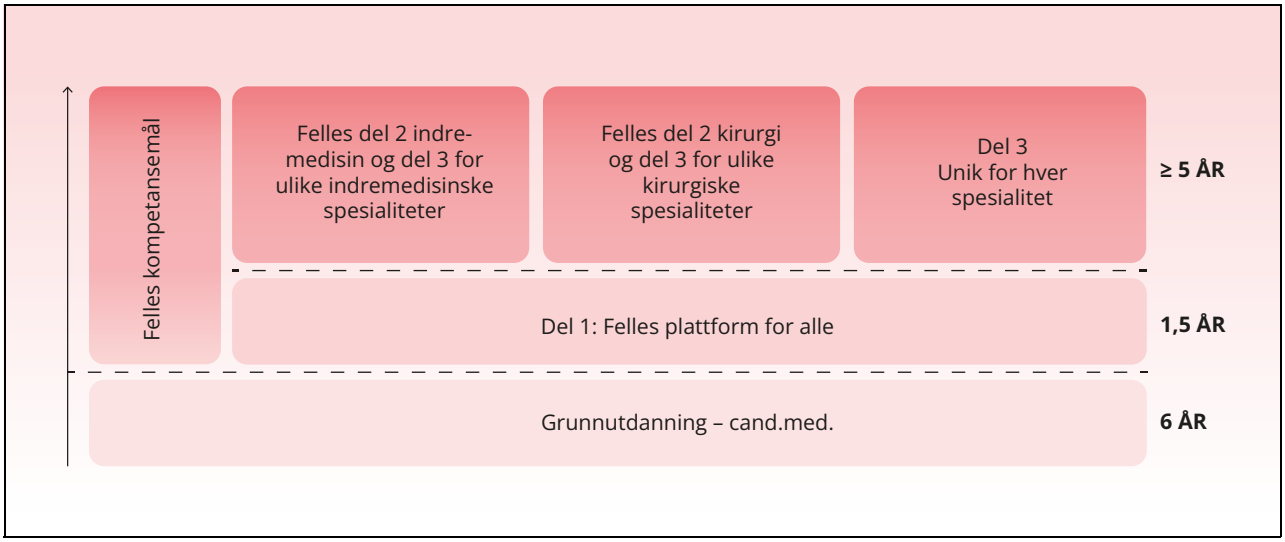
Det framstår uhensiktsmessig å ha ulike kompetansekrav til personell i de to delene av medisinsk nødmeldetjeneste. Ambulansearbeidere kan for eksempel ikke bemanne legevaktsentralen, og det er til hinder for å benytte dem i legevaktarbeid. Kravene bør samstemmes bedre. Regjeringen vil vurdere endringer i akuttmedisinforskriften for å harmonisere kravene til bemanning i de forskjellige delene av medisinsk nødmeldetjeneste bedre. Ved en slik samstemming av kompetansekravene for operatørene er det naturlig å se på den tilgjengelige kompetansen i medisinsk nødmeldetjeneste under ett. I dag er det krav om å ha tilgjengelig lege med akuttmedisinsk kompetanse på døgnbasis i AMK, organiseringen av dette er omtalt under kapittel 4. Kravene til kompetanse hos operatørene må ses i lys av tilgjengelighet til å konferere med lege. Derfor vil regjeringen også se på behovet for å endre tilgjengelighet til legekompetanse i denne tjenesten.

7.2 En framtidsrettet og attraktiv utdanning for leger

Legers utdanning består av en grunnutdanning og en spesialistutdanning slik det framgår av figur 7.2. Utdanningen skal gi kunnskap, ferdigheter og kompetanse til å møte behovet til innbyggere i alle aldre. I tillegg til medisinskfaglig kompetanse er det viktig at legers grunnutdanning og spesialistutdanning gir solid systemforståelse og innsikt i andre aktørers roller og kompetanse, samt evnen både til å lede og fungere i tverrfaglige team. Utdanningen må også innrettes slik at den oppleves attraktiv.

Del 1 av spesialistutdanningen (LIS1) er obligatorisk for alle og består av ett år på sykehus og seks måneder i kommunale helse- og omsorgstjenester. Indremedisinske og kirurgiske spesialiteter har begge ett sett med felles læringsmål (LIS2/del 2) og ett sett med læringsmål som er spesifikke for den enkelte spesialitet (LIS3/del 3). Øvrige spesialiteter, inkludert allmennmedisin, går rett fra del 1 til del 3. For samtlige spesialiteter er det krav til å oppnå felles kompetansemål, som blant annet gir kompetanse i samhandling og systemforståelse.

Det er etablert en tilskuddsordning (Nasjonal ALIS og veiledning) til kommuner som har leger som spesialiserer seg i allmennmedisin. Tilskuddet skal legge til rette for at flere leger starter og gjennomfører spesialistutdanningen i allmennmedisin. Tilskuddsordningen er betydelig styrket for å øke rekrutteringen til allmennmedisin. Søknadene til ALIS-tilskudd har økt jevnt de siste årene. Fra september 2023 til september 2024 fikk om lag 500 nye leger ALIS-avtale. I 2024 ble det søkt om ALIS-tilskudd til totalt 2 320 leger. Regjeringen er opptatt av å styrke vår felles helsetjeneste og ønsker at offentlig finansiert spesialistutdanning skal komme fellesskapet til gode. Regelverket for hvilke leger kommunene kan få tilskudd til under spesialistutdanningen i allmennmedisin, ble derfor endret i 2024, slik at det ikke gis tilskudd til leger som er ansatt eller tilknyttet vikarbyrå eller annen privat



Figur 7.2 Grunn- og spesialistutdanning for leger

kommersiell aktør innen medisinsk virksomhet. Det er ikke ønskelig at private kommersielle aktører skal bruke offentlig finansiering for å utdanne egne leger.

Alle kommuner som har leger som spesialiserer seg i allmennmedisin, skal være registrert som utdanningsvirksomheter i Helsedirektoratet. Det er opprettet seks ALIS-kontorer som skal bidra til rekruttering og tilrettelegging for spesialisering i allmenn- og samfunnsmedisin. ALIS-kontorene finansieres av staten. Kontorene ble opprettet i 2020 under Regjeringen Solberg. Regjeringen Støre har justert mandatet og utvidet formålet til også å omfatte samfunnsmedisin. Målet er å bidra til gode, forutsigbare og enhetlige utdanningsløp samt å redusere terskelen for å starte i spesialisering. Regjeringen oppfordrer til samarbeid mellom kommuner om spesialistutdanningen i allmennmedisin. Kommuner kan samarbeide om blant annet veiledere for ALIS, kurs og andre læringsaktiviteter samt å tilby læringsarenaer. ALIS-kontorene kan også legge til rette for samarbeid mellom kommuner. Regjeringen oppfordrer også til samarbeid mellom ALIS-kontorene og de regionale utdanningssentrene for leger i spesialisering.

God veiledning er viktig i spesialistutdanningen for leger. En viktig forutsetning for å kunne gi god veiledning er erfaring og ikke minst veilederopplæring. For å sørge for en god og helhetlig veilederopplæring har ALIS-kontorene fått ansvar for opplæring av veiledere for LIS1 i kommunale helse- og omsorgstjenester og av veiledere for ALIS. Dette bidrar til enhetlig opplæring, nettverksbygging og erfaringsutveksling mellom leger som skal veilede.

Det er behov for å øke antall veiledere. Fastleger i fulltidspraksis kan pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, i henhold til forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften). Mange kommuner anser allerede i dag veiledning av leger i spesialisering i allmennmedisin som en oppgave som er sidestilt med andre offentlige legeoppgaver. Regjeringen vurderer at det er hensiktsmessig å tydeliggjøre viktigheten av veiledning gjennom å eksemplifisere i fastlegeforskriften at fastleger kan pålegges veiledning av ALIS, som en del av de 7,5 timene de kan tilpliktes.

7.2.1 Praksis i grunnutdanningen i medisin

God og tilstrekkelig praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er viktig både for å rekruttere til spesialisering i allmennmedisin og for å gi et godt grunnlag for arbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette er særlig viktig for rekruttering til distriktskommuner og[1] støttes både av ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten og Helsedirektoratet. Praksis former grunnleggende kunnskaper, ferdigheter og holdninger og er en viktig del av medisinutdanningen og videre spesialisering. Læring i praksis bidrar til positive synergieffekter mellom praksissted, utdanningsinstitusjon og studenter og kan bidra til økt fag- og forskningssamarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og tjenestene.

Veiledning av medisinstudenter hos fastleger finansieres av utdanningsinstitusjonene. Utdanningsinstitusjonene inngår avtaler med fastleger om gjennomføring av praksis og veiledning, der økonomisk kompensasjon inngår som del av avtalene.

Praksisplasser er en nødvendig del av utdanningen av helsepersonell. Det har vært utfordrende for utdanningsinstitusjonene å knytte til seg tilstrekkelig med praksisplasser i allmennlegetjenesten. Kunnskapsdepartementet har de siste

Boks 7.2 Flere praksisplasser og bedre veiledning for medisinstudenter

Flere praksisplasser og bedre veiledning for medisinstudenter på fastlegekontorene (FRONESIS) er et nasjonalt pilotprosjekt der resultatene både fra rekruttering av praksisplasser og erfaringene fra veilederutdanningen skal spres og kunne brukes av de fire universitetene i Norge med medisinutdanning. Formålet er å bidra til at utdanningene har et tilstrekkelig antall praksisplasser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene med god kvalitet og kompetente praksisveiledere. Hypotesen er at nye kontraktsformer og mindre støttetiltak til legekontorene vil resultere i økt antall praksisveiledere med flere praksiskontorer og flere praksisperioder per kontor. Blant annet er det utviklet et veiledningstilbud til praksisveiledere. Prosjektet er et samarbeid mellom Universitetet i Bergen og Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest.

[1] Abelsen, B., Fosse, A., Gaski M. mfl. (2022). Tiltak i grunnutdanningen for å sikre leger i distrikt – en systematisk oversikt *Tidsskrift for Den norske legeforening, 142*

årene finansiert en bo- og reisestøtteordning slik at utdanningsinstitusjonene kan knytte til seg praksisplasser lenger unna studiestedene, samtidig som studentene kan få kompensert bo- og reiseutgifter. KS og regjeringen inngikk i 2022 en samarbeidsavtale om kvalitets- og kapasitetsøkning for praksis for helse- og sosialfagsstudenter. Avtalen skal bidra til flere praksisplasser for helse- og sosialfagsstudenter. Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vurderer i dialog med relevante aktører også andre mulige tiltak for å legge til rette for god og tilstrekkelig praksisperiode i kommunale helse- og omsorgstjenester, også for medisinstudenter.

7.2.2 Spesialistutdanningens første del (LIS1)

For å bidra til bedre rekruttering av leger over hele landet er det gjennomført forskriftsendringer som åpner opp for at kommuner og helseforetak eller sykehus i fellesskap kan opprette egne LIS1-stillinger. Stillingene kommer i tillegg til stillingene som finansieres over statsbudsjettet. De egenopprettede stillingene må finansieres innenfor kommunens og helseforetakets egne budsjettrammer. Det er økende bruk av innleid, ofte dyr, arbeidskraft, og det er ulike tidsavgrensede stillinger for leger uten LIS1 både i kommuner og helseforetak. Det er mer hensiktsmessig og bedre ressursbruk for samfunnet om tjenesten i stedet kan benytte ressursene til egenopprettede LIS1-stillinger. Dette vil føre til at legen får gjennomført første del av spesialistutdanningen, og tjenesten kan legge opp et utdanningsløp for videre spesialisering. Det er nå 1 219 LIS1-stillinger, etter den siste økningen med 34 stillinger bevilget over statsbudsjettet for 2025. For å legge til rette for leger som ønsker å spesialisere seg i allmennmedisin, er et antall av de statlig finansierte LIS1-stillingene innrettet for videre spesialisering i allmennmedisin.

7.2.3 Spesialistutdanning i allmennmedisin

Regjeringen er opptatt av å legge til rette for bedre rekruttering til kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom en god, fleksibel og attraktiv spesialistutdanning i allmennmedisin. Gjennomføring av spesialistutdanningen bør være så smidig som mulig både for den enkelte lege, for tjenestene og kommunene.

Ekspertutvalget viser til at mange kommuner har utfordringer med å ivareta sitt sørge foransvar for legetjenester, og at det er behov for å rekruttere flere fastleger. Utvalget foreslår en rekke tiltak for å styrke rekrutteringen. Utvalget peker på noen særlige utfordringer med spesialistutdanningen. Dette omfatter blant annet tid til veiledning, tilgjengelige veiledere og vurderingen av om praktisk tjeneste oppfyller kravene til to års uselektert allmennpraksis.

For å sikre et minimumsomfang på veiledningen for leger under spesialisering i allmennmedisin (ALIS) var det tidligere forskriftsfestet at veiledningen i gjennomsnitt skulle være minst fire timer per måned i 10,5 av årets måneder. Dette gjaldt i den perioden legen har praktisk tjeneste i en registrert utdanningsvirksomhet, det vil si i en kommune. Gjennomsnittskravet medførte at timetallet kunne variere noe fra måned til måned, ut fra hva som var mest hensiktsmessig. Ekspertutvalget pekte imidlertid på at behovet for veiledning vil kunne variere gjennom utdanningsløpet, og at kravet ikke var fleksibelt nok. Hvor langt legen er kommet i utdanningsløp og arbeidserfaring før vedkommende starter sin spesialisering, påvirker behovet for veiledning. For å øke fleksibiliteten i gjennomføring av veiledningsløpet er minimumskravet til veiledning endret fra gjennomsnittlig fire timer per måned i 10,5 måneder til i gjennomsnitt 42 timer per år. På den måten kan veiledningen av ALIS bedre tilpasses den enkeltes behov gjennom hele utdanningsløpet, samtidig som legen totalt sett vil ha krav på samme antall timer veiledning.

Spesialistforskriften stiller krav om at en utdanningsvirksomhet/kommune skal oppnevne individuell veileder for den enkelte lege, og at veilederen skal være spesialist i allmennmedisin. Veilederen skal fremme refleksjon, gi råd, følge opp faglig progresjon i henhold til den individuelle utdanningsplanen og bidra i vurderingen av læringsmål. Det kan imidlertid være situasjoner der det kan være vanskelig å oppfylle kravet om at veileder for lege under spesialistutdanning i allmennmedisin skal være godkjent spesialist. Det oppfordres derfor til interkommunalt samarbeid om blant annet veiledere. ALIS-kontorene vil også ha en rolle i å finne veiledere med nødvendig kompetanse og legge til rette for samarbeid mellom kommuner om veiledere.

Ved spesialisering i allmennmedisin er det krav om at minst to år av spesialistutdanningen gjennomføres i åpen uselektert allmennpraksis, det vil si i fastlegepraksis. Det fulgte tidligere av spesialistforskriften at de to årene må gjennomføres innenfor en arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid. På grunn av blant annet rekrutteringsutfordringer har flere kommuner tatt i

bruk ulike rotasjonsordninger (ofte kalt «nordsjøturnus»), for eksempel to uker med arbeid i kommunen etterfulgt av en periode med fire uker uten tilstedeværelse i kommunen.[2] Dette har ikke gitt tellende tid i kravet om to år i åpen uselektert allmennpraksis i spesialistutdanningen. Kravet om 50 prosent stilling er opphevet for å oppnå mer fleksibilitet knyttet til gjennomføring av to års åpen uselektert allmennpraksis. Mange kommuner med rekrutteringsutfordringer ansetter i dag leger som fastlegevikarer uten at vikarene er spesialister i allmennmedisin, eller under spesialisering i allmennmedisin. Opphevelse av kravet bidrar til at flere kommuner kan tilby spesialistutdanning i allmennmedisin framfor vikarbruk. Dette gir en mer hensiktsmessig ressursbruk med økt utdanningskapasitet som kan igjen bidra til bedre rekruttering.

Leger som spesialiserer seg i allmennmedisin, skal gjennomføre gruppeveiledning. Ansvaret for å organisere og finansiere gruppeveiledning er overført til Helsedirektoratet. Det er avsatt særskilt bevilgning i Prop. 1 S (2024–2025) for å gjennomføre denne aktiviteten.

Spesialistforskriften gjelder ikke på Svalbard per i dag. Regjeringen vil utrede behovet for lov- og forskriftsendringer for å tilrettelegge for spesialisering i allmennmedisin på Svalbard.

Spesialister i allmennmedisin må hvert femte år gjennomføre et etterutdanningsprogram for å opprettholde retten til å kreve spesialisttakst. Formålet med etterutdanningen er å sikre at spesialistene opprettholder og videreutvikler sin faglige kompetanse. Dette er viktig for å kunne tilby høy kvalitet på helsetjenestene og for å fremme pasientsikkerhet. Etterutdanningen fungerer også som et insentiv til å holde seg faglig oppdatert, noe som er spesielt viktig for leger som ofte jobber alene, og ikke har tilgang til et større faglig miljø. Som ekspertutvalget påpeker, er det nødvendig å gjennomgå innretning på og organisering av etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin. En gjennomgang er særlig relevant i lys av foreslåtte endringer i finansiering av fastlegeordningen, se kapittel 3.

7.2.4 Kompetanse i alders- og sykehjemsmedisin

Som beskrevet i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* og kapittel 6, er det behov for å styrke kvaliteten i tjenesten til hjemmeboende med store behov og beboere i kommunale institusjoner. Med stadig større medisinsk kompleksitet og de store demografiske endringene samfunnet står overfor, mener regjeringen at kompetansen i alders- og sykehjemsmedisin bør styrkes. Helsedirektoratet har derfor utredet om det bør etableres en ny medisinsk spesialitet i alders- og sykehjemsmedisin for å ivareta dette behovet, samt alternative tiltak for å styrke kompetansen i helsetjenesten til denne gruppen. Regjeringen vurderer oppfølging av utredningen.

Regjeringen vil gjennomføre tiltak for å fremme økt kompetanse og gode utdanningsløp i eksisterende legespesialiteter som ivaretar hjemmeboende med store behov og beboere i kommunale institusjoner. Innholdet i spesialistutdanningen i allmennmedisin skal revideres for å få inn økt kompetanse om geriatri, alderspsykiatri, palliativ medisin mv. Relevante tilpasninger i etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin skal også vurderes. Videre vil innholdet i spesialistutdanningene i indremedisin og geriatri tilpasses framtidens behov for økt breddekompetanse og samhandling på tvers av tjenestenivåene.

Både breddekompetanse og spesialisert avansert kompetanse innen fagfeltet palliasjon er nødvendig for å sikre at befolkningen har et helhetlig og likeverdig tilbud. Mangel på helsepersonell er en stor utfordring. Derfor må helsepersonellets tid og kompetanse brukes på en måte som ivaretar befolkningens behov.

Det skal etableres et opplæringstilbud som ivaretar behovet for breddekompetanse i palliasjon, ved blant annet å legge vekt på slik kompetanse i de større medisinske spesialitetene for leger. Innholdet i en spesialisert avansert kompetanse i palliasjon vil tilpasses dette. Den pågående forsøksordningen med palliasjon som kompetanseområde skal opprettholdes inntil det helhetlige opplæringstilbudet er etablert. Den spesialiserte avanserte kompetansen og den høye kvaliteten i kompetanseområdet skal ivaretas og videreutvikles i det nye opplæringstilbudet.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere et slikt opplæringstilbud i palliasjon i samråd med de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har derfor fått et oppdrag som speiler oppdraget til Helsedirektoratet. Relevante aktører vil også involveres i det videre arbeidet.

Tiltak som fremmer tverrfaglig teamarbeid, samhandling og mer hensiktsmessig organisering, vil også bidra til at kompetansen som finnes i kommunene, utnyttes. En bedring av digital samhandling i kommunal helse- og omsorgstjeneste

---

[2] Prestgaard, E. E., Fosse, A., Abelsen, B. mfl. (2024). Rotasjonsordning for allmennleger i norske kommuner. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 144*

og kompetansetiltak for god bruk av digitale samhandlingsløsninger er eksempler på dette, jf. kapittel 5. Sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) vil også være viktig for kvalitet i tjenesten til hjemmeboende med store behov og beboere i kommunale institusjoner. Fagarbeidere med utvidet kompetanse innen eldreomsorg og kliniske oppgaver er også viktige i ivaretakelsen av eldre og andre med sammensatte behov i kommunale tjenester, se omtale i kapittel 7.3.

7.3 Bærekraftig bruk av personell

Riktig og tilstrekkelig kompetanse på rett sted er vesentlig i alle deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, herunder allmennlegetjenesten. For å sikre gode og forsvarlige tjenester med god kvalitet må de begrensede personellressursene i dag og i framtiden brukes hensiktsmessig i de ulike delene av tjenestene. Bærekraftig og rettferdig ressursbruk er et av målene i helse- og omsorgspolitikken. Dette innebærer at tjenestene kjenner til kompetansen til den enkelte og hvilken kompetanse som er nødvendig for å utføre konkrete oppgaver og ansvar. Dette fordrer systematisk kompetanseplanlegging og utvikling med utgangspunkt i brukernes behov. Strategisk kompetanseutvikling er viktig for å sikre at kommunene når sine kompetansemål, og er særlig viktig i distriktskommuner. Dette kan igjen bidra til økt rekruttering og muligheter for å beholde personellet i tjenesten over tid. Stabilt personale underbygger god ivaretakelse av pasientenes behov. Se nærmere omtale i kapittel 8.

Regjeringen la i 2022 fram *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Målet med planen er å bistå kommunene i å møte personellutfordringene i tjenestene både på kort og lang sikt. I tillegg er *Kompetanseløft 2025* en plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Det er viktig å legge til rette for at alle ansatte, uavhengig av stilling, tilbys muligheter for videre opplæring eller utdanning. Dette vil bidra til økt kvalitet i tilbudet til pasienter og andre tjenestemottakere og kan også gjøre opplæring, utdanning og en yrkeskarriere i sektoren mer attraktiv.

Både i allmennlegetjenesten og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste er det behov for å tenke nytt og innovativt om bruk av personell. Økte muligheter for oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid legger til rette for nye roller og videre karriereløp for personellgrupper både i og utenfor allmennlegetjenesten.

Regjeringen vil derfor, i tråd med *Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024–2027* og reformen *Bo trygt hjemme*, bidra til å sikre bærekraftige og gode tjenester gjennom faglig omstilling og en heving av det faglige nivået i helse- og omsorgstjenesten, blant annet gjennom å øke andelen personell med helse- og sosialfaglig utdanning og skape større faglig bredde med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglig arbeid. Det er mange personellgrupper som er viktige for å ivareta pasienters og brukeres behov og sikre gode helse- og omsorgstjenester. Fagarbeidere og sykepleiere er to profesjonsgrupper som er særlig sentrale for god og helhetlig ivaretakelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, se omtale under.

7.3.1 Fagarbeidere

Fagarbeidere utgjør en viktig arbeidskraft i kommunale helse- og omsorgstjenester. På fastlegekontorer jobber det særlig helsesekretærer, se omtale i boks 7.3 og kapittel 3. Mangelen på faglært personell utfordrer kvaliteten på tjenestene. Å styrke rekrutteringen og å sørge for å beholde nyutdannede fagarbeidere i helse- og omsorgstjenesten er viktig for god kvalitet og kontinuitet for brukere og pårørende samt et styrket fagmiljø.

Regjeringen har lansert et fagarbeiderløft for fagarbeidere med kompetanse som er relevant for helse- og omsorgstjenestene. I tillegg har Stortinget vedtatt 2 000 nye studieplasser til fagskolene i 2023 og 2024, hvor helse- og velferdsfag var et av tre prioriterte fagområde. En forsterket satsing på opplæring av fagarbeidere i helse- og omsorgstjenesten er et felles ansvar for helseforetak, kommuner og fylkeskommuner. Økt tilgang til fagarbeidere er en forutsetning for å opprettholde et godt kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Fagarbeidernes kompetanse er viktig for å lykkes med hensiktsmessig oppgavedeling mellom personellgrupper. Som del av fagarbeiderløftet inngår statlige virkemidler som Menn i helse og Jobbvinner (se boks 7.4).

Yrkesfaglig opplæring i videregående skole er en viktig rekrutteringskanal med blant annet utdanning for helsefagarbeidere, helsesekretærer og ambulansearbeidere. Andelen elever som får lærlingkontrakt, varierer betydelig mellom de ulike programmene innenfor. Regjeringens mål er

at alle som starter på en videregående opplæring, blir kvalifisert til læreplass, arbeid, utdanning og livslang læring.

Mange ansatte i helse- og omsorgssektoren uten relevant utdanning tar fagbrev mens de er i jobb, og øker sin kompetanse på den måten. Helsedirektoratet melder om høy måloppnåelse for kurspakken til fagbrev som Nasjonalt senter for aldring og helse står bak, og som tilbys ansatte i tjenestene uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning. Dette bidrar til viktig kompetanseutvikling.

Det er viktig med rammebetingelser som sikrer at alle aldersgrupper gjennomfører videregående opplæring. Det vises i den forbindelse til utdanningsmyndighetens ansvar for opplæring og utdanning. Innsøking til skoleplasser er viktig for antall framtidige fagpersoner i sektoren. Kunnskap om arbeidsoppgaver, lønn, utviklingsmuligheter og den generelle attraktiviteten til sektoren og tjenesten er viktig for at mange skal ønske seg til helsefaglig yrkesopplæring. Kommuner som tar inn lærlinger, skal gi opplæring i samsvar med gjeldende læreplaner. Mye tyder på at kommunene mangler insentiver til å tilby læreplasser. Det er behov for å vurdere tiltak som understøtter kommunenes arbeid med å rekruttere lærlinger innen relevante fag for den kommunale helse- og omsorgssektoren. Regjeringen ser derfor nærmere på tiltak for å rekruttere og beholde lærlinger i kommunene. Regjeringen vil anmode kommunene om å rekruttere lærlinger innen fag som er relevante for helse- og omsorgstjenesten, i tråd med *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*.

Det er etablert flere aktuelle virkemidler som understøtter kompetanseutvikling i sektoren, slik som kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet og veiledningstilskudd for studenter og ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester. Kompetanse- og tjenesteutviklingstilskuddet skal bidra til å redusere mangel på personell med relevant fagutdanning i helse- og omsorgstjenesten og legge til rette for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen vil vurdere om dette tilskuddet i enda større grad kan legge til rette for å understøtte kompetanseutvikling gjennom yrkesfaglig opplæring av ansatte i tjenestene og tilbud om lærlingeplasser.

Regjeringen vil legge til rette for bedre rammebetingelser gjennom veiledning og tilskudd for å understøtte god og relevant gjennomføring av yrkesfaglig opplæring innen helse- og omsorgstjenesten i kommunene. God veiledning er vesentlig for trivsel, riktig bruk av kompetanse, hensiktsmessig oppgavedeling og motivasjon for å fortsette i jobben. Tilskudd til veiledning av studenter og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ble opprettet i 2024. Formålet er blant annet å utvikle gode modeller for å bidra til å sikre kvaliteten av veiledere til praksisstudenter, nyutdannede og ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tiltakene skal også bidra til å rekruttere og beholde ansatte i tjenestene. Regjeringen vil vurdere om tilskuddet også skal omfatte lærlinger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Den yrkesfaglige grunnkompetansen er viktig for helse- og omsorgssektoren, og det må legges til rette for gode muligheter for fagarbeidere til å spisse kompetansen og videreutdanne seg i tråd med arbeidslivets behov. For å sikre at fagarbeiderutdannede har muligheter for en karrierevei hele yrkeslivet, er det vesentlig at fagskolene tilbyr relevante fag, og at arbeidsplassen oppfordrer til å ta videreutdanning. Fagskolene er en viktig arena for formell videreutdanning og kompetanseutvikling for fagarbeidere. Slik videreutdanning kan sikre en karrierevei et helt yrkesliv. Det finnes flere muligheter for kliniske og administrative videreutdanninger for fagarbeidere, eksempelvis rehabilitering, hverdagsmestring, demensomsorg, psykisk helsearbeid, palliasjon og helseadministrasjon og IKT. Et annet eksempel er et studium for helsefagarbeidere som startet ved Fagskolen Innlandet i 2024, Spesialise-

Boks 7.3 Helsesekretærer

Helsesekretærene utgjør en viktig gruppe i helsetjenesten, blant annet på fastlegekontorene. Helsesekretærer har autorisasjon som helsepersonell. Deres kompetanse bidrar til god produktivitet i tjenesteytingen. Helsesekretærer er den nest største gruppen helsepersonell ved fastlegekontorene, etter legene. De fyller en viktig rolle. Arbeidsoppgavene er blant annet laboratoriearbeid, journalskriving, pasientoppfølging og å assistere leger og annet helsepersonell. Helsesekretæren kan avlaste legene med flere kliniske og administrative oppgaver. Søkertallene til helsesekretærutdanningen har de siste årene gått noe ned, og det vil ha betydning for rekruttering til yrket framover.

ring innen klinisk helsefagarbeid, etter initiativ fra KS.

I tråd med Meld. St. 14 (2022–2023) *Utsyn over kompetansebehovet i Norge* skal det vurderes hvordan utdanningssystemet kan bidra til bedre karriereveier for fagarbeidere. Høyere yrkesfaglig utdanning kan bidra til at arbeidsgivere klarer å rekruttere og beholde ansatte. Det er behov for å synliggjøre kompetansen til fagarbeidere med fagskolegrad og tydeliggjøre hvordan denne kompetansen best kan benyttes i helse- og omsorgstjenestene.

Personell med høyere yrkesfaglig utdanning fra fagskole har tilegnet seg økt kunnskap og kompetanse som tjenestestedet må evne å benytte seg av. Brukt riktig vil den kunne bidra til en mer hensiktsmessig oppgavedeling og ressursbruk og kan understøtte en langsiktig karrierevei i et helt arbeidsliv i sektoren. Det er imidlertid en kjent problemstilling at utdannede fagskolekandidater innen helse- og omsorgssektoren kan oppleve at det er manglende kunnskap om utdanningen i tjenestene, og at kompetansen derfor ikke blir brukt tilfredsstillende. Det er viktig å spre kunnskap om fagskolene og de mange tilbudene ved fagskolene, hvilken kompetanse fagskolekandidater besitter og hvilke muligheter som finnes for personer med høyere yrkesfaglig utdanning. Økt bevissthet rundt dette kan føre til økt rekruttering og muligheten til å beholde kompetent personell. Regjeringen vil derfor bidra til å gjøre kompetanse gjennom fagskoleutdanning bedre kjent i helse- og omsorgssektoren. Det vises også til stortingsmeldingen om høyere yrkesfaglig utdanning Meld. St. 11 (2024–2025) *Fagfolk for en ny tid – med høyere yrkesfaglig utdanning.*

Boks 7.4 Jobbvinner

Trygghet, støtte og veiledning er spesielt viktig under praksis i opplæring og utdanning og tidlig i yrkeslivet. Dette kan bidra til å hindre frafall fra utdanning og øke motivasjonen for å fortsette i jobben.

Jobbvinner er en nasjonal satsing med mål om å øke rekrutteringen av sykepleiere og helsefagarbeidere til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. En viktig del av satsingen er tilrettelegging og mottak av praksisstudenter og hvordan man skaper gode arbeidsplasser. Sentralt i Jobbvinner er også utviklingen av et mentorprogram for nytilsatte og læringsnettverk i flere regioner. Erfaringer viser at kommunene som har deltatt i slike nettverk, har klart å rekruttere og beholde nyansatte. Mentorprogrammer har også positiv innvirkning på rekruttering, faglig utvikling og trivsel blant nytilsatte og mentorer.

7.3.2 Sykepleiere

Sykepleiere spiller en avgjørende rolle i pasientrettet arbeid. De administrerer legemidler og overvåker pasientenes helsetilstand, og de er ansvarlige for å koordinere pleieplaner og samarbeide med annet helsepersonell for å sikre helhetlig behandling og gode pasientforløp i både sykehjem og hjemmetjenesten. Sykepleierne er også viktige i det forebyggende helsearbeidet, i folkehelsearbeid, for kvaliteten i tjenestene og de samarbeider med fastlegene om en sammenhengende tjeneste. Ut over klinisk arbeid er sykepleiere involvert i administrasjon og ledelse. Sykepleiere utgjør en stor andel av årsverkene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. De utfører en rekke oppgaver i tverrfaglige team sammen med leger, fysioterapeuter og andre, og de har en viktig rolle overfor pasienter og pårørende gjennom sykdomsforløp og rehabilitering.

Sykepleiere er en viktig ressurs ved flere fastlegekontor og kan utføre en rekke oppgaver i samarbeid med fastlege, helsesekretærer og andre profesjoner. Det varsles i denne meldingen at regjeringen vil åpne for at leger kan delegere konsultasjoner til sykepleiere, og få refusjon fra folketrygden. Dette vil løfte sykepleiernes rolle i fastlegekontorene og styrke det tverrfaglige samarbeidet mellom leger, helsesekretærer og sykepleiere ytterligere. Dette er viktig for bærekraften i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samtidig har sykepleier med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) en særlig høy klinisk kompetanse som kan nyttiggjøres i tverrfaglige fastlegekontorer. En klinisk karrierevei for sykepleiere er ikke bare viktig for det tverrfaglige arbeidet i fastlegekontorene, men bidrar også til å utvikle og beholde sykepleiere i direkte pasient- og brukerrettet.

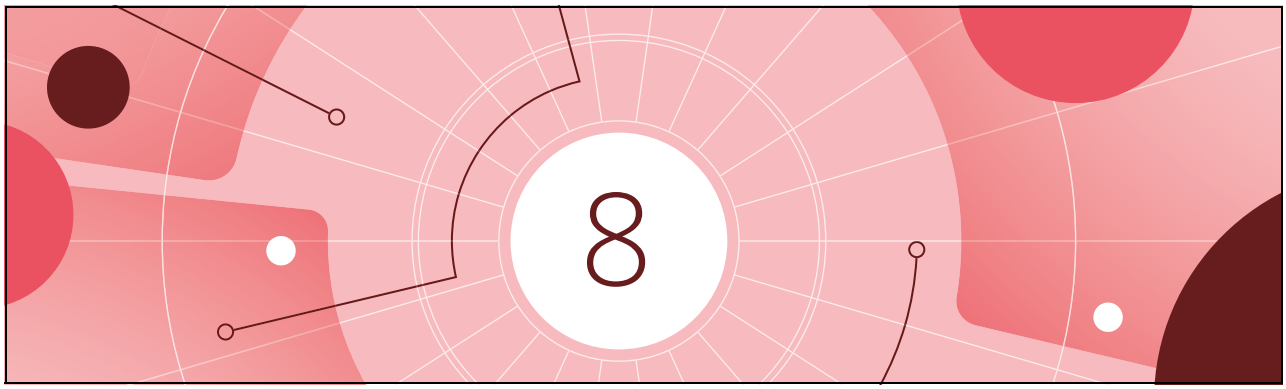
Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie trådte i kraft i 2020. Masterutdanning i Avansert klinisk allmennsykepleie er et tiltak for å møte utfordringene med flere og sykere innbyggere som får oppfølging i kommunale helse- og omsorgstjenester. Sykepleiere med masterutdan-

ning i avansert klinisk allmennsykepleie har en særlig høy klinisk kompetanse som kan spille en viktig rolle i tverrfaglige fastlegekontor. De bidrar også til bedre samhandling mellom hjemmebaserte tjenester, sykehjem og fastlege. Det er etablert en tilskuddsordning for kommuner som har ansatte som ønsker å ta en masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie. Utviklingen i antall søknader til tilskuddsordningen viser at mange sykepleiere ønsker å ta denne utdanningen. Det er også avsatt midler til Helsedirektoratet for å fremme rollen til avansert klinisk allmennsykepleie i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det vurderes aktuelle nasjonale tiltak for rekruttering av sykepleiere, særlig til distriktskommuner som har bemanningsutfordringer, i tråd med *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten.*

Boks 7.5 AKS i Notodden kommune

Ved Tinneberget legesenter har Notodden kommune valgt å organisere sine sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS) sammen med legetjenesten. Hver sykepleier er tilknyttet samarbeid med tre til fire fastleger og samarbeider om pasientoppfølgingen på deres lister på et utvalg pasienter. Sykepleier rekvirerer og vurderer blodprøver, svarer på meldinger fra de kommunale tjenestene, sender ordinasjonskort til sykepleietjenesten og til multidose med mer. Sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie kan også «ordinere medisiner etter prosedyre» for enkelttilstander fram til legen kan sende resept. Fastlegen er medisinskfaglig leder, veileder og kvalitetssikrer arbeidet i teamet. Samlokalisering med legetjenesten gjør at sykepleieren opplever økt medisinsk kompetanse og høyere grad av selvstendighet. Fastlegene opplever økt avlastning og bedre kjennskap til avansert klinisk allmennsykepleie sin kompetanse. Sykepleiere i de kommunale tjenestene rapporterer om kortere vei til legesenteret og at AKS er en brobygger mellom de kommunale tjenestene og legekontoret.



Figur 8.1

8 Trygge og kunnskapsbaserte tjenester i hele landet

Regjeringen har tillit til at kommunene leder, planlegger og organiserer helse- og omsorgstjenestene ut fra lokale behov. Samtidig trenger kommunene verktøy, handlingsrom og nødvendige faglige føringer. Dette gjelder for hele bredden av Norges kommuner, enten de er sentrale, i distrikt, store eller små.

Helse- og omsorgstjenestene er komplekse. Dette stiller store krav til samhandling for at innbyggerne skal motta gode tjenester, og for bærekraftig ressursbruk. For å få til samhandling og samarbeid trengs planlegging og god ledelse.

Regjeringen vil bidra til målrettet, systematisk og samordnet innsats for gode og trygge helse- og omsorgstjenester og bedre pasientsikkerhet. Regjeringen vil legge til rette for at krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kan etterleves. Det er behov for å styrke arbeidet gjennom kunnskap, verktøy, tilgjengelige data og tilgjengelig tid.

Det må jobbes systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet både i kommunens ledelse, i ledelsen av tjenesten og hos det enkelte helsepersonell. Helsepersonellet skal føle seg trygge på jobb, kunne stå trygt i egne faglige beslutninger for blant annet å unngå overbehandling og være en del av et godt fagmiljø. Det skal være tillit mellom pasienter, brukere og pårørende og helsepersonell. Det skal være trygt å melde om det som ikke er bra.

Et godt kunnskapsgrunnlag er nødvendig for bedre kommunal planlegging og utvikling, riktig prioritering og for at nye og effektive løsninger tas i bruk. En helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet fordrer kunnskapsbasert praksis. Det er behov for systematisk kunnskapsstøtte i allmennlegetjenesten og for mer forskning både i, med og om kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert forskningsinfrastruktur. Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) er et kunnskapssystem under oppbygging for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

8.1 En godt ledet og planlagt tjeneste

Ledelse og planlegging er sentralt for å lykkes med å gi et godt tilbud til innbyggerne og se allmennlegetjenesten som en integrert del av hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunene må ha handlingsrom til å utøve nødvendig ledelse og planlegging gjennom rammer i lov og forskrift og gjennom lokalt samarbeid og lokale løsninger.

8.1.1 Ledelse

Helse- og omsorgstjenesten er en stor og kompleks sektor. Det er behov for strategisk arbeid for å gjennomføre nødvendige endringer, utvikle godt fungerende praksiser og god kvalitet i tjenestene. Dette krever kompetente ledere i alle deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder i allmennlegetjenesten. Det er også viktig at både per-

Boks 8.1 Regjeringen vil

Styrke arbeidet med ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet gjennom følgende tiltak:
- utvikle et dashbord for kommunenes systematiske arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet
- utrede hvilke data som bør innhentes fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, for å kunne utvikle et sett kvalitetsindikatorer som kan bidra til at både stat, kommune og innbyggere får bedre kunnskap om kvaliteten i tjenestene, særlig til eldre
- systematisk gjennomføre pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser, herunder brukererfaringsundersøkelser i allmennlegetjenesten
- delta i den OECD-ledete brukererfaringsundersøkelsen PaRIS
- styrke statsforvalters veiledningsoppdrag som en del av tilsynssatsningen i samarbeid med Helsetilsynet
- sørge for at statsforvalter tilbyr alle kommuner bistand til å planlegge helse- og omsorgstjenestene over en periode på fem til ti år fra 2025
- videreutvikle nasjonal handlingsplan for kliniske studier i 2025
- videreføre felles topplederutdanning for ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten
- gi Helsedirektoratet i oppdrag, i samarbeid med Utdanningsdirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, å anskaffe et lederutviklingsprogram for toppledergrupper i kommunene
- videreutvikle tilskuddet for legevakt til et bredere distriktstilskudd som bidrar til organisatorisk innovasjon, større fagmiljøer og faglige nettverk, se kapittel 4.

Styrke samhandling og samarbeid i tjenestene gjennom følgende tiltak:
- konkretisere hva som i framtiden skal være oppgaveporteføljen til fastlegeordningen
- videreutvikle læringsnettverk for gode pasientforløp

Styrke arbeidet med kunnskapsstøtte til kommunene gjennom følgende tiltak:
- fortsette arbeidet med å utvikle Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF)
- videreutvikle kunnskapsstøttesystem som retter seg mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom oppdrag til Folkehelseinstituttet

sonellet og ikke minst ledere har kunnskap om andre tjenesters og personellgruppers kompetanse.

Dersom kommunen velger å tilby hele eller deler av fastlegetilbudet ved bruk av næringsdrivende fastleger, vil fastlegeavtalen mellom kommunen og den enkelte lege være et sentralt virkemiddel for kommunen til å styre tjenesten. For fastleger som har et ansettelsesforhold i kommunen, har kommunen styringsrett som arbeidsgiver. Som omtalt i kapittel 2.1.4, opplever noen kommuner at det er uklart hvilken myndighet de har overfor næringsdrivende leger, og at de har begrensede muligheter til lokal tilpasning og utvikling av fastlegetjenesten. Samtidig er det behov for mer oppgavedeling og teamarbeid innad i fastlegekontorene, bedre samarbeid mellom fastlegene og andre tjenester, riktigere prioriteringer og mer effektiv og samlet ressursbruk. Regjeringen har derfor foreslått en ny fastlegeforskrift der blant annet kommunens og fastlegenes ansvar og oppgaver tydeliggjøres, se kapittel 3.1.3.

Det er behov for å øke den formelle lederkompetansen på alle nivåer, også i den enkelte fastlegepraksis. Helse- og omsorgsdepartementet finansierer flere relevante lederutdanninger. Handelshøyskolen BI tilbyr en kortere lederutdanning for fastleger og andre leger i kommunen. Utdanningen skal bidra til å legge til rette for god ledelse og kontinuerlig forbedringsarbeid som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene. Evaluering av utdanningen viser at deltakerne har god nytte av tilbudet. Helsedirektoratet skal, i samarbeid med relevante aktører, gjennomføre tiltak for å øke antall leger som deltar på denne lederutdanningen.

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten på Handelshøyskolen BI har som mål å nå ledere fra ulike profesjoner for å bidra til mer

læring, bedre kommunikasjon og økt tverrfaglighet på tvers i helsesektoren. Målgruppen for utdanningen er hovedsakelig ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Utdanningen er også relevant for ledere av fastlegepraksiser. I tillegg finansierer Helse- og omsorgsdepartementet en kortere lederutdanning for ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester etter modell av den nevnte lederutdanningen for fastleger.

Nasjonalt topplederprogram for kommune- og spesialisthelsetjenesten er et felles program for toppledere i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Programmet avsluttes fra tilbyder i 2025. Fortsatt er det utfordringer når det gjelder samhandling og felles forståelse og kunnskap om hverandres tjenester, for ledere både i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil derfor videreføre en felles topplederutdanning etter 2025.

For å bidra til bedre samhandling og mer koordinerte tjenester, særlig til barn og unge, skal Helsedirektoratet i samarbeid med Utdanningsdirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet utvikle et lederutviklingsprogram for toppledergrupper i kommunen.

8.1.2 Kommunal planlegging for en bærekraftig tjeneste

God lokal samfunnsplanlegging er en forutsetning for å lykkes med å utvikle trygge og gode samfunn. Planlegging av helse- og omsorgstjenestene er en del av kommunens totale samfunnsplanlegging.

Kommuneplanens samfunnsdel skal gi retning for utviklingen av lokalsamfunnet og bidra til at nasjonale og regionale mål tilpasses lokale forhold. Systematisk planarbeid av god kvalitet er en viktig forutsetning for å kunne fordele ressurser på best mulig måte slik at kommunen kan levere gode og likeverdige tjenester.

Mangel på planer kan utfordre politisk og administrativ styring og gå ut over kvaliteten og ressursbruken i tjenesten. Det er fortsatt mange kommuner som ikke har satt helse- og omsorgsutfordringer på dagsorden i sin kommuneplanlegging, til tross for at krav og forventninger om planlegging er nedfelt i flere lover, stortingsmeldinger og handlingsplaner. Mange kommuner har ikke tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen samfunnsplanlegging. Planoppgaver blir nedprioritert til fordel for løpende driftsoppgaver. Denne utfordringen kommer spesielt til uttrykk i små kommuner med begrensede ressurser. Lederspennet i helse- og omsorgssektoren er ofte svært stort og kan være til hinder for strategisk planarbeid.

Regjeringen vil støtte kommunenes arbeid for god og kunnskapsbasert planlegging av helse- og omsorgstjenestene. Formålet er å bidra til helhetlig planarbeid og sikre strategisk kompetanseplanlegging og bedre samarbeid mellom ulike deler av tjenestene. Regjeringen vil initiere flere tiltak som skal bidra til dette. Statsforvalter vil være sentral i

Boks 8.2 Tørn-programmet

I *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* presenterer regjeringen sin politikk for å rekruttere, beholde og utvikle fagfolk til vår felles helsetjeneste, blant annet oppgavedeling og effektiv organisering og kompetanseutvikling. Hensiktsmessig oppgavedeling mellom personell er viktig for å sikre god bruk av personellets tid og kompetanse og bidra til en mer bærekraftig tjeneste med økt produktivitet. Derfor har regjeringen styrket Tørn-programmet som handler om forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i helse- og omsorgstjenestene.

Tørn-programmet består av tre delprogrammer: et for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, et for spesialisthelsetjenesten og et for samhandling. Programmet skal støtte opp om forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer, forsøk for å fremme riktig oppgavedeling på tvers og innenfor flere tjenesteområder, nivåer og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, bruk av kombinerte stillinger, hensiktsmessig oppgavedeling, alternative arbeidstids- eller turnusordninger og samlokalisering av tjenester.

Tørn har blitt underveisevaluert av Fafo mens det fortsatt var et kommunalt prosjekt. Rapporten peker blant annet på at Tørn har oppnådd mer enn tidligere nasjonale lærings- og utviklingsnettverk. Den samme rapporten angir at Tørn-modellen har vist seg å være en effektiv og gjennomførbar metode for nye måter å jobbe på.

arbeidet og har fått i oppdrag å tilby alle kommuner bistand til å planlegge helse- og omsorgstjenestene over en fem- til tiårsperiode, fra 2025 og framover. Kommuner med størst behov for bistand skal prioriteres. Tilbudet skal utvikles og gjennomføres i samarbeid med relevante aktører, blant annet fylkeskommunen, som er planfaglig veileder for den helhetlige kommunale planleggingen, og har planoppgaver i folkehelsearbeidet. Det vises også i den forbindelse til statsforvalternes regionale koordinatorrolle som skal støtte og veilede kommuner i forbindelse med strategisk kompetanseutvikling, for å sikre at kommunene når sine kompetansemål.

8.2 En samhandlende tjeneste

Samhandling og samarbeid i og mellom kommuner og sykehus og tverrfaglig samarbeid er avgjørende for å gi gode og helhetlige pasientforløp til pasienter med behov for tilbud fra flere tjenester. Det er også sentralt for en best mulig bruk av både pasientens, helsepersonellets og samfunnets ressurser. En styrket og mer tverrfaglig fastlegetjeneste kan frigjøre kapasitet til å delta i samhandlingen rundt pasienter med store og sammensatte behov for tjenester, se kapittel 3. Samarbeid mellom kommuner drøftes nærmere i kapittel 8.5.2.

Regjeringen vil starte arbeidet med en ny helsereform. Målet er å skape en felles helsetjeneste med høy kvalitet og sammenhengende behandling og oppfølging på tvers av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Som ledd i arbeidet skal det blant annet prøves ut nye organisasjonsformer for å skape mer sammenhengende tjenester og bedre bruk av personell.

I *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* har regjeringen synliggjort sentrale samhandlingsutfordringer og tatt grep for å styrke samhandling og legge til rette for gode pasientforløp. Gode pasientforløp sikrer pasienter helsehjelp av god kvalitet til rett tid. De kjennetegnes ved at de er pasientsentrerte, sammenhengende uten unødig ventetid og godt koordinerte på tvers av de aktuelle tjenestene. Gode pasientforløp på individnivå forutsetter helhetlig og overordnet ledelse både innenfor og på tvers av organisatoriske virksomhetsgrenser. Systematikk og samhandling sikrer smidig overføring av informasjon og oppgaver til rett tid. Pasientsentrering ivaretas ved at pasienten deltar i beslutninger om mål og utforming av tiltak. Behandlingen baseres kontinuerlig på kunnskap og opplysninger om pasientens tilstand og behov. For å bidra til gode pasientforløp vil regjeringen videreutvikle læringsnettverk i gode pasientforløp, se boks 8.3.

Boks 8.3 Tilskudd til videreutvikling av læringsnettverk i gode pasientforløp

Læringsnettverk i gode pasientforløp skal forbedre overgangene i pasientforløp, både internt i kommunene og sykehusene og mellom sykehus og kommuner. Gode pasientforløp gjennomføres av KS i samarbeid med Folkehelseinstituttet, og intervensjonene er forskningsbasert. Prosjektperioden som startet i 2013, ble avsluttet i 2023. Det er behov for støtte og veiledning for å bidra til at kommuner og helseforetak viderefører arbeidet og integrerer dette i ordinær virksomhet. Midler er videreført, og de skal brukes til å videreutvikle og drifte en nettside med veiledningsmateriale for læringsnettverk i regi av KS, og til helsefellesskapene som skal veilede i planlegging, gjennomføring og implementering av læringsnettverk lokalt. Metodikken i gode pasientforløp skal være et praktisk verktøy som helsefellesskapene kan bruke i utvikling av samarbeid om skrøpelige eldre og pasienter med kroniske sykdommer og lidelser. Videreføringen er koblet til planperioden for *Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024–2027*.

8.2.1 Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Regjeringen vil bygge videre på de 19 helsefellesskapene som er etablert mellom kommuner og helseforetak, og har inngått en ny samarbeidsavtale med KS. Regjeringen og KS er enige om fire pasientgrupper som kommuner og helseforetak bør prioritere å samarbeide om i helsefellesskapene: barn og unge med store og sammensatte behov, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, personer med flere kroniske lidelser og eldre med skrøpelighet. I tillegg oppfordres helsefellesskapene til å vurdere hvordan de sammen kan skape et godt tilbud til kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Fastlegen har en viktig rolle i å bidra til sammen-

hengende tjenester til disse pasientgruppene, og det allmennmedisinske perspektivet tas med i helsefellesskapenes arbeid.

En velfungerende allmennlegetjeneste er en forutsetning for en bærekraftig spesialisthelsetjeneste og riktig bruk av de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten. Allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten har komplementerende kompetanse som må fungere godt sammen for å ivareta befolkningens behov. Undersøkelser viser at fastlegene har et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.[1] I 2023 ble det sendt over 1,4 millioner henvisninger til spesialisthelsetjenesten, ifølge ventelistestatistikk fra Folkehelseinstituttet. 7,8 prosent av henvisningene ble avvist i 2023, en økning fra 5,7 prosent i 2019. Tallene er beheftet med noe usikkerhet. Det store flertallet av henvisninger kommer fra fastleger. Henvisingene er grunnlag for spesialisthelsetjenestens vurdering av en pasients behov for og rett til spesialisthelsetjenester.

Det finnes flere arenaer og ordninger som skal bidra til bedre samarbeid mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Flere steder er det etablert samarbeidsarenaer for leger i spesialisthelsetjenesten og allmennlegetjenesten, se boks 8.4 for et eksempel. Det har over flere år vært en etablert ordning for samhandlingsleger (tidligere kalt praksiskonsulentordningen) som skal bidra til bedre samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingslegen skal arbeide på overordnet systemnivå og bidra i avdelingenes arbeid med å utvikle samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetaket.

Leger i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten har ofte behov for å konsultere hverandre for å vurdere hva som er riktig behandling eller oppfølging av en pasient. Ved St. Olavs hospital er det for eksempel etablert en «samhandlingstelefon» der fastleger kan ringe vakthavende akutt- og mottaksmedisiner direkte for drøfting og avklaring av krevende problemstillinger. Tilsvarende løsninger er etablert ved flere andre sykehus for å gi beslutningsstøtte. I noen tilfeller er det mest hensiktsmessig at en fastlege og spesialist gjennomfører en felles konsultasjon med pasienten. Helsedirektoratet har utredet takst for samkonsultasjon.

[1] Oslo Economics og Universitetet i Oslo (2024). *Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten: Evalueringsrapport III*

Boks 8.4 Møteplass Oslo

Møteplass Oslo er en arena for utvikling av medisinsk samhandling i hovedstadsområdet. Målgrupper er fastleger og kommunalt ansatte leger i Oslo samt leger ved Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet, Akershus universitetssykehus og Lovisenberg diakonale sykehus. Møteplass Oslo skal bidra til å sikre et godt og tillitsfullt samarbeidsklima, utarbeide felles anbefalinger om ansvars- og arbeidsdeling og bidra til deling av klinisk kunnskap og erfaring. Det er blant annet utarbeidet anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus og anbefalinger om samarbeid mellom leger i helsehus, sykehjem, kommunalt akutt døgntilbud (KAD), legevakt og sykehus.

8.2.2 Samarbeid innad i kommunale tjenester

Forskrift om fastlegeordningen presiserer at kommunen skal legge til rette for samarbeid, blant annet mellom kommunene og fastlegene og øvrig kommunale helse- og omsorgstjenester for å skape og opprettholde godt samarbeid. Fastlegen har også ansvar for samarbeidet. Et eksempel på slike arenaer er såkalte allmennlegeutvalg (ALU) der også kommuneoverleger er med. Evalueringen av fastlegeordningen pekte imidlertid på at gode kanaler for informasjonsutveksling og fysiske møteplasser mellom kommune og fastlege synes å være mangelvare, og dermed et hinder for godt samarbeid og et best mulig tjenestetilbud.

Mange innspill til denne meldingen viser at det er behov for tettere integrering av fastleger i øvrige kommunale tjenester. Det er utfordrende å få til samhandling på individnivå, men også når det gjelder strukturert samhandling, og hvordan kommunene tilrettelegger for samhandling. Evalueringen av fastlegeordningen viser at kommunene er fornøyde med samhandlingen med legene, kommunens ledelse og oppfølging av fastlegene. Fastlegene, derimot, mener at kommunens oppfølging og samhandling med fastlegetjenesten er mangelfull.

Det er behov for å tydeliggjøre fastlegens og kommunens roller, oppgaver og ansvar og å avklare hva de kan forvente av hverandre, se kapittel 3. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å

vurdere konkretisering av oppgaveporteføljen til fastlegeordningen i framtiden.

8.3 Gode fagmiljøer og psykologisk trygghet for personellet

Et godt fagmiljø er avgjørende for både helsepersonellets trivsel på jobb og for god pasientbehandling. Gode fagmiljøer handler om kontinuerlig læring, faglig oppdatering og mulighet til å delta i forskning og innovasjon i tjenestene. Det handler også om ledelse som legger til rette for et godt arbeidsmiljø, der den enkelte opplever psykologisk trygghet med aksept for å ytre seg, stille spørsmål og gjøre feil. Ikke minst handler det om å ha et faglig miljø på egen arbeidsplass. Som en del av dette er det behov for støtte til å ta riktige beslutninger og prioriteringer. Det er også viktig for personellet å bli respektert og verdsatt og ikke oppleve diskriminering på jobb, se nærmere omtale av diskriminering i kapittel 6.7. Regjeringen viser til at det i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* framgår at regjeringen vil fremme et godt og trygt fysisk og psykisk arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår. Forslag fra panel med yngre leger (se boks 8.5) som gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester, følges blant annet opp i denne meldingen.

8.4 Prioriterings- og beslutningsstøtte

Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering* og Meld. St. 38 (2020–2021) *Nytte, ressurs og alvorlighet* har forankret gjennomgående nasjonale prinsipper for prioritering i helse- og omsorgstjenesten, herunder de tre prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet. Meld. St. 38 (2020–2021) påpekte at det er behov for mer kunnskap om prioriteringskriteriene i kommunene, og at det var behov for å utrede nærmere hvordan kriteriene i praksis kan benyttes i de kommunale helse- og omsorgs-

Boks 8.5 Panel med unge leger

For å lykkes med å rekruttere og beholde unge leger til den offentlige helse- og omsorgstjenesten trengs det kunnskap om legers arbeidssituasjon. Helse- og omsorgsministeren har derfor oppnevnt et panel bestående av unge og engasjerte leger tidlig i spesialistutdanningsløpet. I panelet sitter ti leger fra hele landet som er i spesialisering i allmennmedisin, indremedisin, psykiatri og kirurgi. De jobber som fastleger, i andre kommunale tjenester og i små og store sykehus.

Panelet har i møter med helse- og omsorgsministeren bidratt til å belyse utfordringer de møter i arbeidshverdagen, og gitt innspill til hvordan disse kan møtes. Panelet har blant annet drøftet

- høyere forventinger til tjenestetilbudet fra befolkningen generelt
- utfordringer knyttet til høy vaktbelastning i sykehus
- for lav grunnbemanning
- planlegging og koordinering av spesialiseringsløpet

Legene som jobber i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, beskriver bedre muligheter til å styre arbeidsdagen selv, sammenliknet med sykehusleger. Både selvstendig næringsdrivende og fast ansatte fastleger uttrykker at de er tilfredse med tilknytningsformen.

Panelet har utarbeidet en liste over prioriterte anbefalinger som de mener helse- og omsorgsministeren bør fokusere på.

Panelet mener det er nødvendig med målrettede tiltak for å forbedre legenes arbeidsvilkår. Dette innebærer bedre organisering av vaktarbeid, økt støtte fra annet helsepersonell, mer fleksibiltet i arbeidshverdagen samt tilrettelegging for forskning og ledelsesutvikling. Gode arbeidsforhold er avgjørende for å rekruttere og beholde leger i den offentlige helse- og omsorgstjenesten og begrense behovet for vikarer.

Panelet mener at det trengs flere LIS1-stillinger, og at spesialistutdanningen for leger bør inneholde mer supervisjon og veiledning, og bli lettere å navigere.

Panelet mener at det er viktig med flere tiltak for å understøtte allmennlegenes portvaktfunksjon og å redusere overbehandling og overutredning.

tjenestene. Meldingen la også til grunn at kommuner er selvstendige rettssubjekter, og at statlig styring må skje gjennom lov, forskrift eller budsjettvedtak i Stortinget.

Hovedprinsippet for den statlige styringen av kommunesektoren er juridisk og økonomisk rammestyring. Rammestyring gir kommuner og fylkeskommuner handlingsrom slik at de kan fordele økonomiske ressurser og prioritere mellom de ulike tjenesteområdene de har ansvar for. Juridisk rammestyring betyr at kommunene får handlefrihet ved gjennomføring av lovpålagte oppgaver, blant annet slik at de beholder en fleksibilitet til å se behov på tvers og samordne tjenester til innbyggerne. Nærheten til lokalsamfunnet gir politikerne god kjennskap til kommunens behov og utfordringer og gir dem mulighet til å tilpasse tjenestene etter befolkningens sammensetning og behov.

Stortingsmeldingen om prioritering; *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste* (se kapittel 1) er forankret i Hurdalsplattformen, der det står at: «Regjeringen vil legge frem en ny prioriteringsmelding som blant annet vurderer persontilpasset medisin og sikrer åpenhet og etterprøvbarhet rundt prioriteringer i helsetjenesten.» Regjeringen fremmer følgende mål for prioritering i helse- og omsorgstjenesten: Prioriteringer skal ivareta likeverdig og rask tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet og bidra til bedre helse og mestring i befolkningen i hele landet og uavhengig av bosted. Prioritering skal ha legitimitet i befolkningen og hos personellet i helse- og omsorgstjenestene og ivareta tilliten til den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Prioritering skal understøtte utviklingen av helse- og omsorgstjenestene og samtidig ivareta tjenestenes bærekraft.

En satsing på de kommunale allmennlegetjenestene er et viktig grep for å redusere overdiagnostikk og overbehandling. Gode akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som har kjennskap til mulighetene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, reduserer behovet for innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsmeldingen omtaler blant annet fastlegenes sentrale rolle som portåpner for innbyggerne til spesialisthelsetjenesten og offentlige ytelser og som portvakt for samfunnets ressurser, basert på prioriteringskriteriene nytte, alvorlighet og ressursbruk.

Regjeringen mener prioriteringskriteriene i helse- og omsorgstjenesten bør tas i bruk gjennom nasjonale normerende produkter som nasjonale faglige retningslinjer, veiledere, faglige råd, pasientforløp og pakkeforløp samt e-helsestandardnormering og andre pedagogiske virkemidler som beslutningsstøtte, informasjon, opplæring og kommunikasjon. Helsedirektoratet har utarbeidet Nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. Den inneholder anbefalinger til kommunens ledelse, saksbehandlere og helsepersonell, herunder fastleger, som fatter vedtak om helse- og omsorgstjenester. Veilederen beskriver også bakgrunn og metode for prioriteringspraksis.

Det har kommet innspill fra blant annet panel med unge leger (boks 8.5) om at det kan være utfordrende og tidkrevende å si nei til pasienter som ønsker rekvisisjon på spesifikke prøver, eller henvisninger som ikke er vurdert av legen som nødvendig for pasienten. Prioriteringsveilederne for spesialisthelsetjenesten, publisert på Helsedirektoratets sider, skal være et praktisk hjelpemiddel for personell som skal ta stilling til om en pasient som er henvist, har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten eller ikke. Veilederne skal bidra til at rettighetsvurderingen av «like» pasienter er uavhengig av klinisk fagområde, hvor i landet de bor og hvilket sykehus de henvises til. Det er også sentralt at henvisninger holder god kvalitet, både for å sikre god kvalitet i helsehjelpen, for at pasienter med størst behov skal prioriteres, og for effektiv bruk av ressurser som bidrar til bærekraft i tjenestene. Prioriteringsveilederne er ikke kliniske retningslinjer eller handlingsprogram, men veiledere for hvem som skal få tilgang, hvor raskt helsehjelpen skal starte, og hva man faglig skal legge til grunn i disse vurderingene.

Øvrig beslutningsstøtte omfatter verktøy og systemer som hjelper personell med å ta informerte valg i pasientbehandlingen. Helsedirektoratets ulike nasjonale anbefalinger, retningslinjer og veiledere er ment som beslutningsstøtte for tjenestene og legene og etablerer nasjonale standarder for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper. Enkelte av disse inneholder vurderinger og krav som påvirker prioriteringer og binder ressurser. Dagens kliniske retningslinjer og handlingsprogrammer er i stor grad ment å avklare hvilke grupper av pasienter som kan eller bør behandles med hvilke metoder, og hvordan disse behandlingene bør gjennomføres. Retningslinjene og handlingsprogrammene sier i mindre grad noe om hvilke andre forhold ved pasienten ut over diagnosen eller tilstanden som bør tilsi at den aktuelle behandlingen ikke bør tas i bruk, eller hva som skal være kriterier for å slutte med denne behandlingen. Dette gjelder alle behandlinger, men behovet for å være åpen om hva som er de

Boks 8.6 Gjør kloke valg

I 2018 tok Legeforeningen initiativ til å starte kampanjen Gjør kloke valg, basert på den internasjonale kampanjen Choosing Wisely. Hensikten er å redusere overbehandling og overdiagnostikk i helse- og omsorgstjenesten. Mange undersøkelser og behandlinger er ikke bare unødvendige, men kan også være skadelige for pasientene. Senere har flere fag- og profesjonsorganisasjoner inngått samarbeid med kampanjen. Fagfolk kommer fram til anbefalinger om prosedyrer og behandling som bør unngås, basert på fagkunnskap. Dette kan andre fagfolk bruke i sin kliniske hverdag. På hjemmesiden til Gjør kloke valg finnes anbefalinger til personell om prosedyrer og behandling som bør unngås, og råd til pasienter om prøver, tester, prosedyrer og undersøkelser som ikke alltid er nødvendige, og om plager som ikke alltid skal behandles.

Boks 8.7 Bærekraft på legekontoret

Bærekraft på legekontoret er et prosjekt startet av Norsk forening for allmennmedisin i samarbeid med allmennmedisinske forskere i Bergen og Trondheim. Målet er å motvirke medisinsk overaktivitet og ikke-bærekraftig bruk av den felles, offentlige helsetjenesten i Norge. Prosjektets mål er å styrke befolkningens helsekompetanse ved å informere om hvordan allmennleger arbeider, blant annet portvaktfunksjonen, og informere om at overdiagnostikk og overbehandling er uheldig og potensielt skadelig for den enkelte pasient og truer bærekraften i den offentlige helsetjenesten. I ny IA-avtale er et av tiltakene Bærekraft på legekontoret og sykmelding. Tiltaket skal styrke fastlegens rolle i sykefraværsarbeidet og øke helsekompetansen i befolkningen.

eksplisitte inklusjons- og stoppkriteriene for behandlingen, blir særlig viktig når behandlingen er svært ressurskrevende.[2]

Riktige beslutninger og prioriteringer er også avhengig av god kommunikasjon mellom pasienten og helsepersonellet. Det er viktig at pasienten også forstår legens prioriteringer og valg. Gjør kloke valg-kampanjen er et eksempel på informasjon rettet både mot helsepersonell og pasienter, se boks 8.6. Et annet eksempel er prosjektet Bærekraft på legekontoret, se omtale i boks 8.7.

8.5 Særlige tiltak for distriktskommuner

Regjeringen har som mål å skape en attraktiv og framtidsrettet allmennlegetjeneste i hele landet. En framtidsrettet allmennlegetjeneste skal også i distriktene bygges på at allmennleger og deres familier velger å bosette seg lokalt. Distriktskommuner har alltid hatt de største rekrutterings- og stabilitetsutfordringene, og fortsatt er det slik. Årsakene er blant annet høy vaktbelastning, små fagmiljøer med faglig isolasjon og spesielle kompetansebehov.

I grisgrendte kommuner er ofte en større andel av befolkningen eldre. Innbyggerne har lengre reisevei til spesialister og sykehus, og mer av helsehjelpen skjer lokalt. Legene har høyere vakt- og beredskapsbelastning. Kontinuiteten blant helsepersonell og i kommuneadministrasjon kan være lavere, noe som utfordrer langsiktig planlegging, tjenesteutvikling og fagmiljøer.

Små forhold har også en rekke fordeler. De ulike helse- og omsorgstjenestene er i større grad samlokalisert. Det kan forbedre tilgjengeligheten til legetjenesten for andre tjenester. Mindre forhold gjør relasjoner enklere å etablere og kan dermed bedre mulighetene for samhandling, samtrening og tverrfaglig samarbeid.

De tradisjonelle bosettingsområdene for samer er i typiske distriktskommuner. Når kjennskap til samisk kultur og språk er viktig for å yte god helsehjelp, gir manglende stabilitet i lege–pasient-relasjonen særlige utfordringer. Samer som driver reindrift og flytter mellom ulike områder sommer og vinter, kan også ha behov for å motta helsehjelp i to kommuner. Kommunenes sørge for-ansvar for helsehjelp gjelder for alle som oppholder seg i kommunen, og kommunene kan gjøre avtaler seg imellom.

[2] Rasmussen m.fl. (2023). Start- og stoppkriterier for svært dyre medisiner – spinal muskelatrofi som eksempel | Tidsskrift for Den norske legeforening

For at helsetjenestene til befolkningen langt fra sykehus skal være best mulig, trengs det breddekompetanse, god lokalkunnskap og god akuttmedisinsk samhandling innad i kommunene og med ambulansetjenesten. Det krever stabilitet og kontinuitet blant helsepersonellet, tid til lokalt fagutviklingsarbeid og arenaer for samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester og med ambulansetjenesten.

Flere kommuner har valgt egne løsninger for å kunne levere forsvarlige allmennlegetjenester til innbyggerne og unngå for stor arbeidsbelastning på enkeltleger. Mange har valgt å bruke vikarbyråer, etablert ulike turnusordninger, inngått særskilte avtaler med legene utenom de sentralt framforhandlede rammene, knyttet til seg flere leger enn nødvendig i forhold til befolkningsgrunnlaget eller tatt i bruk kombinasjoner av disse tiltakene. For innbyggerne har vikarstafetter svekket kontinuiteten i lege–pasient-relasjonen. Kvalitet i tjenesten og forankring i lokalsamfunnet må da ivaretas best mulig. For kommunene, spesielt de usentrale, innebærer tiltakene høye kostnader til allmennlegetjenesten.

Det er også en utfordring å rekruttere andre yrkesgrupper til distriktskommunene. I *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning* har regjeringen blant annet lagt opp til å vurdere nasjonale tiltak for å sikre satsing på rekruttering av sykepleiere i rekrutteringssvake distriktskommuner. Helsedirektoratet har utredet dette.

Tiltak som er beskrevet andre steder i meldingen, vil styrke allmennlegetjenestene i distriktskommuner. Eksempler på slike tiltak er: endringer i regulering og finansiering av fastlegeordningen, oppmyking av krav i spesialistutdanning og kompetansekrav og økt bruk av digitale løsninger, som utprøving av kommunal nettlege og økt bruk av video i legevaktsentralene. Regjeringen mener likevel at de særegne utfordringene i distriktskommuner må løftes spesielt. Tiltak skal legge til rette for mer innovasjon i organisering, inkludert tverrfaglighet, av allmennlegetjenestene og forsterke fagmiljøene i distriktskommuner for å gi økt stabilitet og redusert vikarbruk av leger, økt kvalitet i pasientbehandlingen og bedre muligheter for å gi helsehjelp nær der folk bor.

Boks 8.8 Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er et kompetansesenter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Senteret er et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø, Helsedirektoratet og Helse Nord RHF. Formålet er å fremme forskning og fagutvikling innen distriktsmedisinske problemstillinger, å bygge nettverk for leger og annet helsepersonell i distriktene samt å bidra til å bygge bro mellom praksis og akademia og bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i distriktshelsetjenesten.

8.5.1 Rekruttere og beholde leger i distrikt

For at unge leger skal velge allmennmedisin, må de tilbys attraktive arbeidsplasser og gode rollemodeller. Erfarne leger må beholdes. Det er solid kunnskap om hva som får leger og annet helsepersonell til å bli i jobbene sine: tid og mulighet til å gjøre godt faglig arbeid, tid til å vedlikeholde og utvide egen kompetanse og god balanse mellom jobb og fritid.[3] [4] Spesielt unge leger er opptatt av god balanse mellom jobb og fritid og forutsigbare arbeidsforhold. Flere innspill til denne stortingsmeldingen anbefaler at interkommunalt samarbeid bør oppmuntres og stimuleres til. Mange kommuner trenger veiledning og støtte for å kunne tilby attraktive arbeidsplasser.

Studier om bruk av økonomiske insentiver viser at disse har ført til mange leger i distriktskommuner, men Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) viser til at det er vanskelig å peke på økonomiske insentiver som har dokumentert stabiliserende effekt.[5] Dette samsvarer med funnene fra en norsk studie som viser at rekrutteringstiltak til fastlegetjenesten som inneholder flere ikke-økonomiske insentiver, kan bidra til å rekruttere og beholde fastleger i distriktene.[6] Eksempler på slike insentiver er bedre muligheter for faglig utvikling og kontroll over arbeidstiden. Nær 20 prosent av unge leger ville foretrekke en fastlegejobb i distrikt framfor i en

[3] Nasjonalt senter for distriktsmedisin (2024). *Innspill til stortingsmeldingen om allmennlegetjenesten*

[4] Friedberg, M, W., Chen, P. G, van Busum, K. mfl. (2014). Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems and health policy. *Rand health quarterly, 3(4): 1*

[5] Nasjonalt senter for distriktsmedisin (2020). *Rekruttering og stabilisering av helsepersonell til distrikt*

[6] Helgheim, J. H., Kjær, T., Abelsen, B. mfl. (2015). The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. *Social Science of Medicine, 128: 1–9*

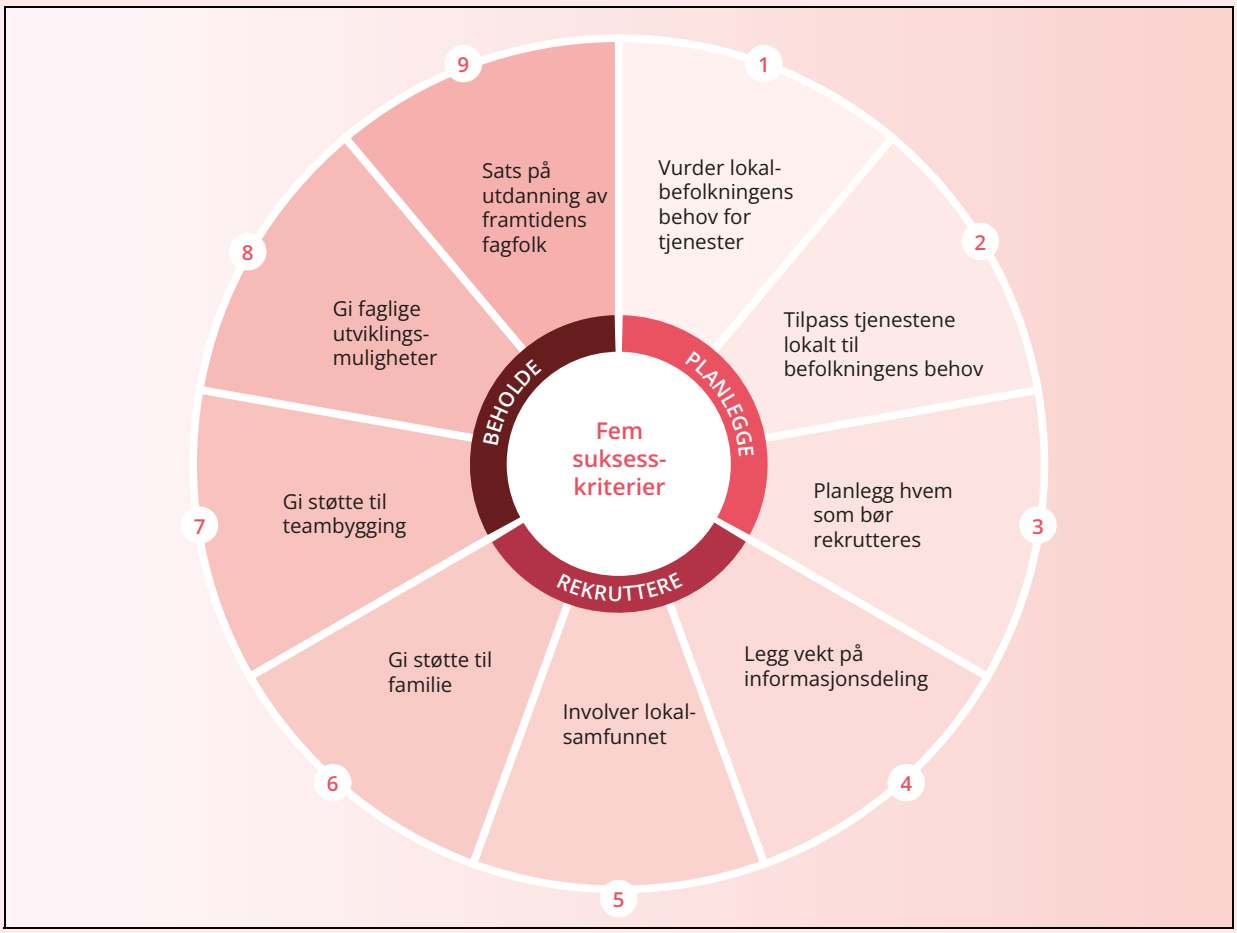
Boks 8.9 Rammeverk for å rekruttere og beholde personell i distrikt

Rammeverket for rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt er et kunnskapsbasert, strategisk verktøy for å skape en bærekraftig arbeidsstokk. Rammeverket ble utviklet gjennom et internasjonalt samarbeid hvor tre norske kommuner (Odda, Årdal og Meløy) deltok.[1] Det er i bruk i Vesterålen og er et samarbeid mellom fem kommuner og lokalsykehuset. Erfaringene er at rekruttering og stabilisering henger tett sammen i komplekse systemer. Det gjør det nødvendig å involvere hele organisasjoner, i dette tilfellet en hel region. Tiltak må tilpasses lokale forhold. Man må være pragmatisk og fleksibel, men samtidig arbeide langsiktig og systematisk. Rammeverket kan være et nyttig verktøy for å få det til.

Rammeverket består av ni strategiske hovedelementer, gruppert under tre hovedoppgaver: planlegge, rekruttere og beholde.

- *Planlegge* innebærer å vurdere befolkningens behov jevnlig, at en hensiktsmessig tjenestemodell er på plass, og at rekrutteringsinnsatsen rettes mot riktige målgrupper.
- *Rekruttere* omfatter tiltak som skal sikre at aktuelle kandidater og deres familier får nødvendig informasjon og støtte for å kunne flytte og integreres i lokalsamfunnet.
- *Beholde* innebærer innsats for å styrke samhold i team, utdanne nåværende og fremtidige fagpersoner for arbeid innen helse- og omsorgstjenester i distriktene, samt å gjøre slike karriereveier attraktive.

Fem suksesskriterier er: anerkjennelse av særlige utfordringer i distrikt, målrettet innsats, jevnlig involvere sentrale aktører, systematisk evaluering og justering samt aktiv medvirkning fra lokalsamfunnet.



Figur 8.2 Planlegge, rekruttere og beholde personell

[1] Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D. mfl. (2020). Plan, Recruit, Retain: a Framework for Local Health Care Organizations to Achieve a Stable Remote Rural Workforce. *Human Resources for Health, 18(63)*

by hvis disse tre forholdene lå til rette: at de kunne sikres arbeidsforhold hvor muligheten til å kontrollere arbeidstiden og mulighet for faglig utvikling var svært god, at kontorstørrelsen lå på mellom tre og fem leger, og at inntekten var på nivå med gjennomsnittlig lønn for unge sykehusleger. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har utviklet et rammeverk for å rekruttere og beholde personell i distrikt, se boks 8.9.

I 2022 etablerte regjeringen et tilskudd for å bedre rekrutteringen til mindre distriktskommuner med særlige utfordringer knyttet til legevakt. Tilskuddet har senere blitt utvidet både med tanke på hvilke kommuner som omfattes av tilskuddet, og størrelsen på tilskuddet. Tilskuddsordningen beskrives av Helsedirektoratet å ha høy måloppnåelse.

Distriktskommunenes utfordringer med allmennlegetjenesten er imidlertid ikke avgrenset til rekrutteringsutfordringer i legevakt. For å møte en bredere del av utfordringsbildet i distriktene, også innen legetjenester i sykehjem og fastlegeordningen, vil regjeringen videreutvikle tilskuddet til et bredere distriktstilskudd som bidrar til organisatorisk innovasjon, større fagmiljøer og faglige nettverk. Formålet med tilskuddet er bedre rekruttering til og stabilitet i allmennlegetjenestene i distrikt, redusert vikarbruk og kostnader, økt kvalitet i pasientbehandlingen og bedre muligheter for å gi helsehjelp nær der folk bor.

8.5.2 Interkommunalt samarbeid

Interkommunalt samarbeid om allmennlegetjenestene kan være et godt alternativ for en del kommuner. Kommuner som har etablert eller er i prosess for å etablere slikt samarbeid, oppgir som årsaker til samarbeid: å forenkle rekruttering, styrke fagmiljøene, øke tjenestekvalitet og redusere sårbarhet. Interkommunalt samarbeid trenger ikke å være geografisk samlokalisert. På Island er det etablert en ordning hvor et legekontor i Reykjavik har avtale med en liten distriktskommune om å ivareta legetjenestene ved at faste leger fra legesenteret roterer til distriktskommunen. Det sikrer tilstrekkelig kontinuitet og lokal kjennskap og opplæring samt faglig nettverk både for unge og eldre leger. En mulig modell i Norge kan være et vertskommunesamarbeid der legekontorer i små distriktskommuner driftes fra en større kommuner i samme region, og at leger fra en større kommune delvis bemanner legetjenesten og legevakten i mindre kommuner. Det kan knytte regioner tettere sammen og være en god løsning for å sikre god legedekning.

De fire kommunene Lierne, Grong, Røyrvik og Namsskogan i Indre Namdal har søkt om å få bli med på den nasjonale forsøksordningen for kommuner og fylkeskommuner som regjeringen inviterte til i 2023. Kommunene jobber for å få etablert et kommunalt oppgavefellesskap for legetjenesten. Kommunene ønsker å bruke kommunalt oppgavefellesskap som samarbeidsmodell, blant annet fordi dette legger til rette for demokratisk styring og kontroll for alle kommunene i samarbeidet. Målet med en felles legetjeneste for Indre Namdal er trygghet for pasienter og attraktivitet for legene, slik at innbyggerne også i framtiden kan motta nødvendige og forsvarlige tjenester. For at kommunene skal kunne organisere legetjenesten som et kommunalt oppgavefellesskap, kan det bli behov for fritak fra blant annet regler i kommuneloven og forskrift om fastlege-

Boks 8.10 Interkommunalt samarbeid – Senjalegen

Senjalegemodellen ble etablert som et interkommunalt samarbeid hvor tidligere Lenvik kommune har vært vertskommune for legetjenester i de tre tidligere kommunene Berg, Tranøy og Torsken. Legene ble samlet og fikk sin hovedarbeidsplass i et nytt legekontor på Silsand (i Lenvik). De betjente i tillegg fire utekontorer i Torsken, Berg og Tranøy deler av uken og ble kompensert med et lønnstillegg. En evaluering utført av Nasjonalt senter for distriktsmedisin i 2015, viste gode resultater med tilfredse listeinnbyggerne samt økt legestabilitet og legekompetanse. Evalueringen viste også at organiseringen med utekontor var lønnsom for samfunnet. I 2020 ble de fire kommunene slått sammen til Senja kommune. Kommunen eier og drifter nå to hovedlegekontor, lokalisert på Silsand og Finnsnes, med totalt 25 fastlegehjemler og fire LIS1-hjemler. Fire utekontor er blitt til fem. Disse kontorene bemannes av fastleger og støttepersonell (sykepleiere, bioingeniører og helsesekretærer) en til to ganger i uken. Det er ventelister for tildeling av fastlege, og ventetiden for en konsultasjon varierer fra tre dager til to uker. Det er ikke gjennomført evaluering etter kommunesammenslåingen.

ordning i kommunene. Forsøket skal skje innenfor hjemlene i forsøksloven. Det er en grunnleggende forutsetning for et slikt forsøk om samarbeid at pasient- og brukerrettigheter ikke svekkes. Det er nødvendig med god utredning hvor det må tas stilling til flere problemstillinger. Indre Namdal har innhentet juridisk bistand fra KS Advokatene og får veiledning underveis i arbeidet fra Kommunal- og distriktsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kultur- og likestillingsdepartementet.

Et annet alternativ er etablering av interkommunale vikarordninger. Etter inspirasjon fra «Rediscover the Joy of General Practice» er pilotprosjektet *Gjenoppdag gleden ved allmennmedisin* under etablering. Formålet er gjennom fag- og verdiutvikling i allmennlegetjenesten å bidra til å rekruttere og beholde leger i distriktskommuner. Prosjektet vil prøve ut en modell for et interkommunalt vikarsamarbeid hvor erfarne, motiverte spesialister eller leger med lang erfaring fra allmennpraksis og legevakt tar kortere eller lengre vikar- eller avlastningsoppdrag i utvalgte kommuner.

8.5.3 Rotasjonsordninger

Regjeringen har som mål at allmennlegene som arbeider i distriktskommuner, også er bosatt der. Imidlertid er det mange kommuner hvor dette er utfordrende å få til, og hvor blant annet høy vaktbelastning i legevakt gjør at kommunen må finne andre alternativer. For noen kommuner er derfor rotasjonsordninger en hensiktsmessig løsning. En rotasjonsordning, eller «nordsjøturnus», innebærer at en lege veksler mellom ulike kommuner, eller veksler mellom å jobbe intensivt i en periode for så å disponere resterende tid på en annen måte. Ved rotasjonsordninger betjener to eller flere fastleger en fastlegeliste. Rotasjonsordninger er attraktive for leger, og det er et høyt antall søkere per utlyst stilling. Det finnes mange varianter av ordningen. Den vanligste rotasjonen er to uker på og fire uker av. Alle rotasjonsavtalene inkluderer legevaktarbeid. I noen tilfeller etableres rotasjonsordning kun for legevaktarbeid. Rotasjonsordninger kan være kostbare, og de er ikke regulert i tariffavtaler eller forskrifter. Samtidig kan de gi bedre kontinuitet og stabilitet og reduserte kostnader sammenliknet med alternativene.

Endringer i spesialistforskriften som åpner opp for at også leger i rotasjonsordninger, under visse betingelser, kan få tellende tid i spesialiseringen i allmennmedisin, kan gjøre det enklere å rekruttere leger. Mer forskning er nødvendig for å forstå de langsiktige konsekvensene av rotasjonsordninger i kommunene for leger, pasienter og helsetjenesten generelt.[7]

Boks 8.11 Rotasjonsordning i Stor-Elvdal kommune

I 2022 etablerte Stor-Elvdal kommune en rotasjonsordning for fastlegetjenesten. Fem av fastlegene startet i en rotasjonsordning hvor de har to uker bundet tid (til stede på kontoret) og tre uker ubundet tid. Legevakt utføres i ukene med bundet tid. Kommuneoverlegen utgjør en sjette lege i turnusen. Legene er ansatt i kommunen i 100 prosent stilling og ivaretar sykehjem og helsestasjon/skolehelsetjeneste. Listelengden er kort, 350–450 innbyggere, avhengig av sykehjemsansvar.

Kontinuitet har vært viktig for å møte innbyggernes behov. Kontinuiteten ivaretas av sykepleierne som er til stede ved legekontoret, og ved at legene følger opp pasientene sine i ubundet tid ved å svare på resepter, blodprøvesvar og andre henvendelser som ikke kan vente til legen er tilbake på kontoret. En suksessfaktor har vært like rammebetingelser for legene hvor lønn avhenger av om legen er spesialist eller ikke.

Mens kommunen tidligere hadde mye uforutsette utgifter som overtid, vikarleger og lite inntekt til kommunen, har rotasjonsordningen gitt reduserte og stabile utgifter for kommunen til tross for flere ansatte leger.

8.6 Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Det viktigste pasientsikkerhetsarbeidet skjer gjennom ledelsesforankret sikkerhetskultur og gode systemer for avdekking, oppfølging, læring og forebygging av uønskede hendelser, se nærmere omtale av ledelse i kapittel 8.1.

Kommunen har gjennom sitt sørge for-ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven et overordnet ansvar for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i

[7] Prestgaard, E., Fosse, A., Abelsen, B. mfl. (2024). Rotasjonsordning for allmennleger i norske kommuner. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 144*

kommunen. Det framgår av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten at det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, som skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, og at medarbeiderne i virksomheten skal medvirke til dette. Dette innebærer for eksempel at kommunen må ha et styringssystem for hvordan kommunens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Dette omfatter også fastlegeordningen.

Evalueringer og erfaringer viser at kommunene i mindre grad følger opp medisinskfaglig kvalitet og systematisk kvalitetsarbeid i allmennlegetjenestene. Flere fastlegekontor har ikke en tydelig overordnet ledelse. Dette betyr at arbeid med kvalitetsforbedring ikke alltid settes i system. Fastlegene er opptatt av at det er god kvalitet i tjenestene, men systematisk kvalitetsarbeid nedprioriteres ofte som følge av blant annet kapasitetsutfordringer og innretning på finansieringsordningene. Kommunene involverer i liten grad fastlegene i kommunens langsiktige planarbeid, i det systematiske folkehelsearbeidet og i øvrig kvalitetsarbeid, se kapittel 8.1.2.

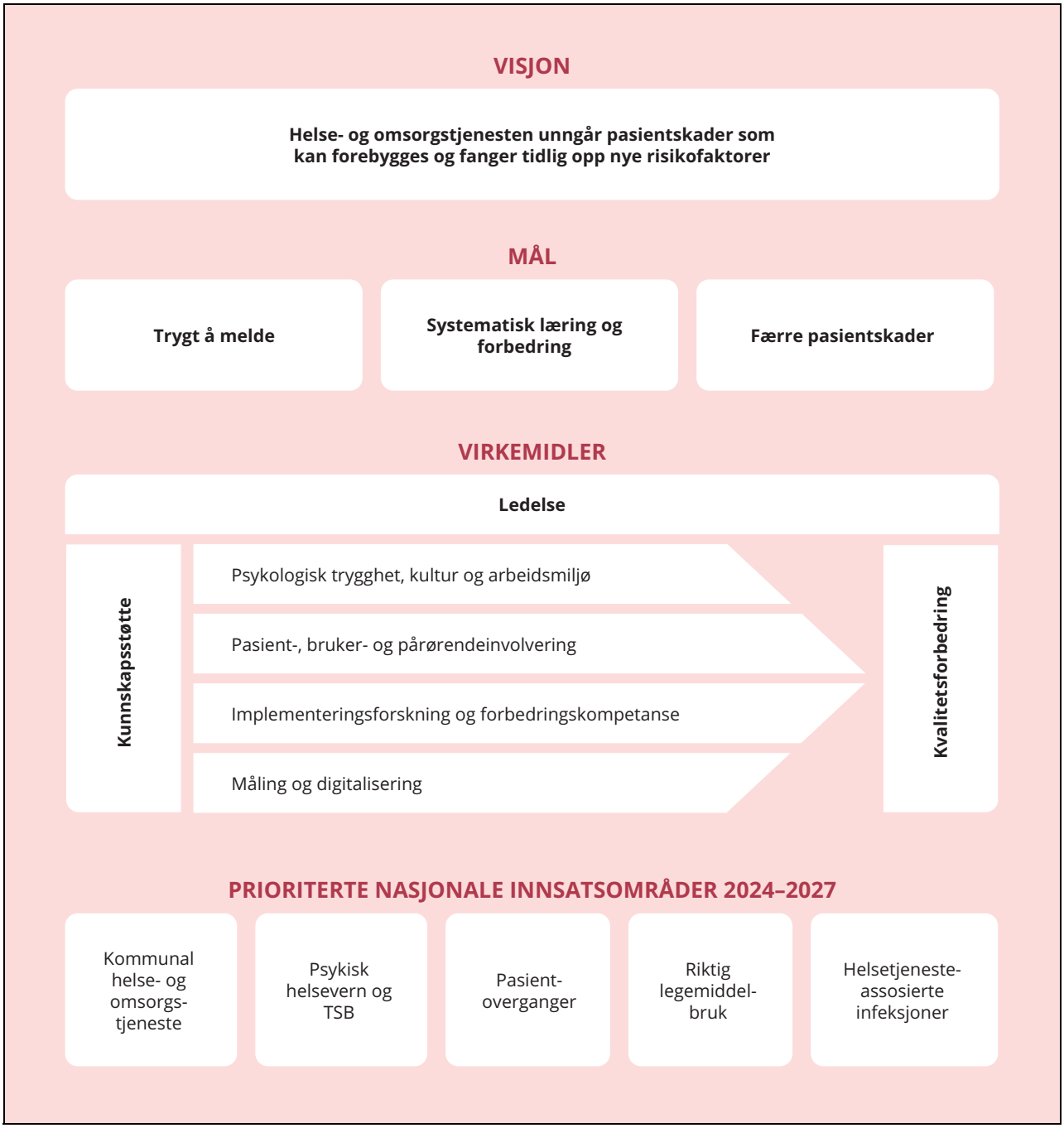
God kvalitet i helse- og omsorgstjenestene innebærer at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Kvalitetsforbedring kan handle om alt fra å justere små ting i hverdagen til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester. Målet er at dette skal være en integrert del av allmennlegetjenesten. Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket, og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger og implementere de tiltakene som viser seg å være effektive. Kvalitetsarbeid er regulert i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Både kommuner og leger savner tilgang til bedre styringsdata. Tekniske løsninger for automatisk uttrekk av data fra journalsystemer er avgjørende for at tjenesten kan få tilgang på data uten manuelt og tidkrevende arbeid, og gjøre det mulig å samle inn relevante data til helseregistre og til forskning. Se kapittel 5 for omtale av utfordringsbildet og tiltak på digitaliseringsfeltet. Regjeringen lanserte Nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*, se figur 8.3. Rammeverket angir visjon, mål, virkemidler og nasjonale innsatsområder og gir hovedlinjer for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet i tjenestene, forvaltningen og hos øvrige relevante aktører. Alle aktører har medansvar for å implementere rammeverket. Rammeverket gjelder også for arbeidet i og med allmennlegetjenesten. Helsedirektoratet har ansvar for nasjonal koordinering og oppfølging i samarbeid med Helsetilsynet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for medisinske produkter. Samarbeidet skjer gjennom et formalisert samarbeidsorgan som skal inkludere tjenesten og andre relevante aktører. Helsedirektoratet har ansvar for å utarbeide en årlig statusrapport for pasient- og brukersikkerhet.

Rammeverket tar utgangspunkt i at helse- og omsorgstjenesten gjør sitt beste og arbeider systematisk for å unngå pasientskader som kan forebygges, og fanger tidlig opp nye risikofaktorer. Målene i rammeverket er at det skal være trygt å melde om både det som går galt og det som går bra, og at dette danner grunnlag for systematisk læring og forbedring, og færre pasientskader. God pasient- og brukersikkerhet fordrer et sett av virkemidler for å forbedre kvaliteten i tjenesten, ivareta de ansatte og verne pasienter og brukere

Boks 8.12 Riktig legemiddelbruk

Riktig bruk av legemidler er ett av de fem innsatsområdene i rammeverket for pasientsikkerhet (figur 8.3). Legemiddelområdet er stort og komplekst med høy risiko for svikt. Uhensiktsmessig og feil legemiddelbruk kan skje i alle ledd i prosessen fra forskrivning, tilrettelegging, utdeling og faktisk bruk. Det er satt i gang mange tiltak og tatt i bruk mange virkemidler som gir grunnlag for å redusere pasientskader som er forårsaket av legemidler. Samtidig mangler det en helhetlig og koordinert innsats på dette området. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å utarbeide, følge opp og koordinere en gjennomføringsplan for riktig legemiddelbruk med status, mål og prioriterte tiltak for å få færre legemiddelrelaterte pasientskader.



Figur 8.3 Nasjonalt faglig rammeverk for pasient- og brukersikkerhet

mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser.

For å legge til rette for kunnskapsstøtte for helsepersonellet og for systematisk arbeid med pasient- og brukersikkerhet er det utviklet et nordisk rammeverk for pasientsikkerhetskompetanse i samarbeid med de nordiske landene. Rammeverket bygger på Verdens helseorganisasjons anbefalinger. Det kan også benyttes av alle som har ansvar og oppgaver innenfor undervisning og læring om pasient- og brukersikkerhet i alle deler av helse- og omsorgstjenesten, av utdanningsinstitusjoner og utviklere av læringsmateriell. Helsedirektoratet tilpasser det nordiske rammeverket til norske forhold og skal integrere dette i arbeidet med nasjonalt faglig rammeverk for pasient- og brukersikkerhet.

8.6.1 Trygge tjenester

Også i allmennlegetjenesten er det viktig å kunne melde fra, drøfte og lære av uønskede hendelser

som har, eller kunne ha ført til skade på pasient. Ved uønskede hendelser eller kvalitetssvikt i tjenesteytelsen i allmennlegetjenestene er det viktig at legene og ledere i andre allmennlegetjenester får tilbakemelding om dette for å kunne forbedre og videreutvikle tjenestene. Ofte vil god dialog mellom innbyggerne og de lokale tjenestene være den beste måten å fremme læring og forbedring i tjenestene på. Alvorlige hendelser som fører til dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker, og hvor utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko, skal også varsles i varselordningen til Helsetilsynet og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom).

Læring fra uønskede hendelser er avgjørende for en trygg allmennlegetjeneste. I likhet med alle leger, vil de fleste allmennleger i løpet av karrieren oppleve å gjøre større og mindre feil i pasientbehandlingen som kan få konsekvenser for innbyggerne. De fleste vil også oppleve å få klage fra pasienter og eller bli utsatt for tilsyn fra Statsforvalter og Helsetilsynet. Tilsynsmyndighetene har en viktig rolle ved alvorlige hendelser, spesielt for å fremme kvalitet og læring i helsetjenesten og bidra til å styrke innbyggernes tillit til helsetjenesten og helsepersonell. Samtidig kan klager og tilsyn oppleves belastende for mange leger, spesielt unge leger. Allmennlegene arbeider ofte uten de samme organisatoriske rammene og fagmiljøet som finnes i sykehusene. Klagene rettes oftere mot dem som leger framfor systemet. Frykten for å gjøre feil kan bidra til overdiagnostikk og overbehandling og være en utfordring for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Flere tiltak i meldingen er knyttet til kapasitet og en mer ledet og tverrfaglig fastlegeordning med tydeligere organisatoriske rammer og bedre fagmiljø. Dette er viktige grep for å bidra til at legene i større grad skal være trygge på å ta kloke valg sammen med innbyggerne, og ikke stå alene i møte med klager og tilsyn.

Regjeringen har fremmet lovforslag om en ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, som ledd i oppfølgingen av Varselutvalgets rapport *Fra varsel til læring og forbedring*. I tillegg utredes etablering av et nasjonalt register for alvorlige hendelser og nesten-hendelser. Det er foreslått en innretning på ny meldeordning som tydeliggjør og understøtter virksomhetenes ansvar for læring og forbedring etter alvorlige hendelser. Det er også foreslått å lovfeste at formålet med meldeordningen er å bidra til å styrke arbeidet med læring og forbedring for å forebygge alvorlige hendelser. Varselordningen handler om å lære av alvorlige hendelser for å hindre at de skjer igjen, og for å redusere risikoen for upåregnelige dødsfall og pasientskader i helse- og omsorgstjenesten. Forslaget til ny meldeordning innebærer at det først og fremst er de enkelte virksomhetene som har ansvar for å følge opp alvorlige hendelser, mens statsforvalterne skal veilede og støtte opp om virksomhetenes eget arbeid med læring og forbedring. Varsler om helsepersonell som begår overgrep og utviser annen grenseoverskridende atferd overfor pasienter, skal primært håndteres som en tilsynssak med oversendelse fra statsforvalteren til Helsetilsynet for vurdering av reaksjoner overfor det aktuelle helsepersonellet, samt politianmeldelse. Regjeringen viser til proposisjonen om *Endringer i helsetilsynsloven mv. (ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten)* som ble lagt fram for Stortinget i april 2025.

Helsepersonell forvalter stor tillit og gjør en stor innsats. Det er imidlertid enkelte helsepersonell som misbruker den tilliten de er gitt av samfunnet, og utøver grenseoverskridende atferd. Det er viktig med tydelige sanksjoner og konsekvenser når det skjer. Helsetilsynet har iverksatt en rekke forbedringstiltak når det gjelder oppfølging av saker knyttet til overgrep mot pasienter. Tilsynet har gjort endringer i saksbehandlingsveilederen til statsforvalterne som gir klarere føringer for oppfølging av slike saker. Blant annet gis det tidlig tilbud om møter med pasienter, brukere og pårørende. Helsetilsynet prioriterer alvorlige saker høyt for å sikre rask framdrift og anmelder helsepersonell til politiet mer systematisk enn tidligere. Dette gjelder uavhengig av hvilken varslingskanal eller informasjonskilde sakene stammer fra. Tilsynet har sammen med statsforvalterne etablert en mer samordnet praksis for samarbeid med politiet. Samtidig må det tas høyde for at tilsyn må samordnes med eventuell politietterforskning. Helsetilsynet gjør også mer systematiske og rutinemessige vurderinger av suspensjon av autorisasjon mens tilsynssaken er under behandling.

Innsikt fra situasjoner hvor leger har grenseoverskridende atferd i forbindelse med undersøkelser på fastlegekontorene, viser at mange innbyggere ikke vet hva som kan forventes, og hva som er normal praksis. I den senere tid er dette aktualisert i forbindelse med gynekologiske undersøkelser. Både innbyggere og leger opplever utrygghet når slike situasjoner oppstår, og mange har spørsmål. Regjeringen vil bidra til økt trygghet og innsikt hos innbyggere i hva som kan forventes ved gynekologiske undersøkelser, og derigjennom også økt helsekompetanse. Regjeringen vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å utar-

beide og spre pasientinformasjon om hva som kan forventes ved gynekologiske undersøkelser, i samarbeid med Legeforeningen.

For å møte tilsynsmyndighetenes behov for bedre digitale verktøy og prosesser har Stortinget i budsjettet for 2025 bevilget midler til utvikling av et nytt, felles fagsystem og dataplattform for Helsetilsynet og statsforvalterne. Dette vil gjøre det lettere med informasjonsdeling mellom overordnet og regional tilsynsmyndighet og gi større muligheter for søk mellom fylker i saker som gjelder grenseoverskridende atferd overfor pasienter.

For å ivareta de som varsler om alvorlige hendelser, har Helsetilsynet etablert en rutine hvor tilsynet selv tilbyr en tidlig samtale med de som varsler om alvorlige hendelser, tar opp spørsmål om behov for hjelp og at de vil informere pasienten når saken er ferdigbehandlet. Det er viktig å understreke at det er helse- og omsorgstjenesten, ikke tilsynsmyndighetene, som har ansvar for å vurdere behovet for helsehjelp, og å gi tilpasset hjelp, eventuelt henvise videre. Kommunene skal ha gode rutiner for krisehåndtering og være rigget for å håndtere alvorlige hendelser. Ved kriser er det anbefalt at kommunene har en proaktiv tilnærming til psykososial oppfølging av berørte. Det innebærer at kommunene aktivt bør henvende seg til de berørte i en tidlig fase.

Ved tilsynssaker med næringsdrivende fastleger oppleves rollen til kommunen som uklar, og ofte er ikke kommunen orientert og involvert, noe også pasient- og brukerombudet erfarer. Pasient- og brukerombudet påpeker også at når det oppstår problemer ved et fastlegekontor der legen er selvstendig næringsdrivende med kommunal avtale, oppstår det stadig usikkerhet i kommunen om hvilken myndighet man har overfor det enkelte legekontor og den enkelte legen. Det kan derfor ta uforholdsmessig lang tid å få løst problemet, noe som går ut over pasientens mulighet til å få forsvarlig helsehjelp. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag i fastlegeforskrift som tar opp disse utfordringene, se kapittel 3.1.3.

8.6.2 Gode data og kvalitetssikrede verktøy

Å måle kvalitet er komplekst og vanskelig. Mange forhold påvirker kvalitet, blant annet: kapasitet, kompetanse, ledelse, arbeidsmiljø, kultur, kontinuitet, styring og kommunal prioritering, organisering, planlegging og forventinger fra pasienter, brukere og pårørende. Den enkeltes individuelle oppfatning er sentral for opplevelsen av kvaliteten på tjenesten. Oppfatningen av hva som er god kvalitet og hva som er viktig, vil avhenge av hvem som blir spurt. Standardiserte eller generaliserbare mål for kvalitet er ikke fullt ut dekkende.

Et godt og kvalitetssikret datagrunnlag er en forutsetning for å utvikle kvalitetsindikatorer som grunnlag for ledelse etter kvalitetsmål og for forskning. Videre er det behov for metoder for datafangst og tilgjengeliggjøring av data. Se kapittel 5 for omtale av utfordringsbildet og tiltak på digitaliseringsfeltet.

Det kan være utfordrende for den enkelte kommune å få oversikt over data og kvalitetssikrede verktøy som kan brukes til å utføre sørge for-ansvaret, og ta kunnskapsbaserte strategiske valg for utviklingen av allmennlegetjeneste i kommunen, og for å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Tilgang på data fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten har vært etterspurt lenge. Data fra allmennlegetjenesten har vært en hovedprioritet i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) siden etableringen i 2018. Det er fortsatt behov for ytterligere data om tjenesten.

Et viktig tiltak på statlig nivå er å bistå kommunene med data, verktøy og metodikk som til sammen gjør kommunene i stand til å jobbe systematisk og godt med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Et godt datagrunnlag

Det finnes flere ulike kilder til data om tjenester og aktivitet i kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er sentralt. Formålet med registeret er å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. FLO, som er et system som Helfo bruker for å administrere fastlegeordningen, er en annen viktig datakilde om fastlegeordningen. FLO gir blant annet statistikk om fastleger, fastlegekontorer, fastlegeavtaler og innbyggere i fastlegeordningen. Helfo og Helsedirektoratet har utviklet et dashbord som presenterer de viktigste dataene fra FLO. Legemiddelregisteret (LMR) samler informasjon om hvilke legemidler som har blitt utlevert fra apotek. Legemiddelregisteret er datakilden til flere av de nasjonale kvalitetsindikatorene på allmennlegefeltet. Statistisk sentralbyrå (SSB) presenterer KOSTRA-tall (kommune-stat-rapportering) som inneholder data om ulike deler av kommunehelsetjenesten. Informasjon om legevakt har lenge vært mangelfull, men SSB presenterte i november 2024 en rapport om samlede

Boks 8.13 KPR og KUHR – data om legeaktivitet

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) har lansert offentlige nettvisninger som belyser aktiviteten hos fastlege og legevakt. Det er også utviklet påloggingsløsning for fastleger der de får tilgang til statistikkvisninger og ulike nøkkeltall over egen aktivitet. Påloggingsløsningen er utviklet i samarbeid med SKIL (Senter for kvalitet i legetjenester) og benyttes i flere refusjonsgodkjente kvalitetsforbedrende kurs for fastleger. Påloggingsløsningen videreutvikles i samarbeid med KS Digitale fellestjenester for beslutningstakere i kommunene. Alle kommuneoverleger får tilgang til statistikker og nøkkeltall over allmennlegetjenestene i egen kommune, som de kan bruke til å planlegge og styre allmennlegetjenesten i kommunen. Registeret er under utvikling med nye datakilder og hyppigere oppdatering av data. Data fra allmennlegetjenesten er et prioritert område. Kommunalt pasient- og brukerregister inneholder også KUHR-databasen (kontroll og utbetaling av helserefusjoner). De delene av pasientenes regninger hos fastlege og legevakt som skal refunderes av staten, sendes til Helfo. Disse regningene er grunnlaget for informasjonen som lagres i KUHR, og som gir oversikt over tall for kontakter og aktivitet i allmennlegetjenesten. KUHR er også datakilden til aktivitetsdata som presenteres av SSB.

utgifter til legevakt i 2023.[8] Andre relevante datakilder er Helsepersonellregisteret (HPR), felles Kontakt- og reservasjonsregister for stat og kommune og IPLOS-registeret (inneholder informasjon om personer som har søkt om eller mottatt helse- og omsorgstjenester fra sin kommune i perioden 2007–2017).

Det samles også inn data i forbindelse med utarbeidelse av rapporter og kunnskapsproduksjon i regi av ulike aktører, for eksempel har Oslo Economics i samarbeid med Universitetet i Oslo levert evalueringsrapporter om arbeidet med å styrke allmennlegetjenesten.

[8] Statistisk sentralbyrå (2024). *Legevaktutgifter 2023*

Kvalitetssikrede verktøy

For å gi kommunene verktøy til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring er Helsedirektoratet gitt i oppdrag å utvikle et dashbord og metodikk for kommunenes arbeid med kvalitet i tjenestene og for at innbyggerne skal kunne følge med på kvaliteten i tjenestene. Tjenester til eldre skal prioriteres. Dashbordet skal også være en nyttig kilde til informasjon om kvalitet i tjenestene for innbyggerne. Oppdraget og systematikken skal inkludere hvordan oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet forankres og prioriteres i kommunenes øverste ledelse. Dashbordet bør inneholde indikatorer for brukeropplevd kvalitet. Det er blant annet relevant å presentere resultater fra undersøkelsen PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys) og brukererfaringsundersøkelsen med fastleger, se kapittel 2.5. Dashbordet utvikles i tråd med tilgjengeliggjøring av data og utvikling av nye kvalitetsindikatorer.

Helsedirektoratet skal koordinere styrkingen av statsforvalternes veiledningsoppdrag som en del av tilsynssatsningen, i samarbeid med Helsetilsynet. Dette vil bidra til bedre kapasitet til å bistå kommuner som har størst behov for veiledning og oppfølging, basert på kunnskap om lokale forhold og risiko for svikt i tjenestene rettet mot eldre. Styrkingen skal også bidra til en mer enhetlig praksis og tolkning av lov og regelverk i statsforvalterembetene. Målet er at tiltaket vil bidra til bedre helse- og omsorgstjenester, inkludert allmennlegetjenester til befolkningen.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2016 en veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som beskriver hvordan tjenesten kan forstå og etterleve forskriftens krav. Dagens veileder revideres nå slik at den i større grad blir tilpasset kommunal helse- og omsorgstjeneste generelt og særskilt allmennlegetjenesten. Veilederen vil blant annet tydeliggjøre kommunens ansvar for allmennlegetjenesten, allmennlegers virksomhetsansvar og hvordan fastleger og andre allmennleger kan jobbe systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet.

Helfo tilbyr flere digitale verktøy for helsepersonell. Tjenesteportalen for helseaktører er for eksempel en sikker nettportal hvor flere tjenester fra Helsedirektoratet og Helfo er tilgjengelig for helseaktører.

Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer er statistikk som bidrar til å belyse kvaliteten i tjenesten. Helsedirektoratet

publiserer åtte kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten og ti kvalitetsindikatorer for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, hvorav fem omhandler legevakt. For den øvrige kommunale helse og omsorgstjenesten er det publisert 17 kvalitetsindikatorer, hvorav tre omhandler legetjenester i sykehjem. Dette er relativt få sammenliknet med spesialisthelsetjenesten der det finnes om lag 160 kvalitetsindikatorer. Det er viktig at det er tilstrekkelige indikatorer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samtidig er det viktigste at de indikatorene som finnes er relevante og benyttes i forbedringsarbeid. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utrede hvilke data som bør innhentes fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, for å kunne utvikle et sett kvalitetsindikatorer som kan bidra til at både stat og kommune får bedre kunnskap om kvaliteten i tjenestene, særlig til eldre.

Innbygger-, pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser

Pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser gir viktig informasjon til tjenesteyter og myndigheter både om kvaliteten på tjenesten som ytes og hvordan den oppleves. Helsedirektoratet har utarbeidet en tiårsplan for systematisk gjennomføring av pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser. I tiårsplanen inngår blant annet brukererfaringsundersøkelse med legevakt. Undersøkelsen vil gi viktig informasjon om hvordan tilbudet oppleves på ulike legevakter og vil være grunnlag for systematisk arbeid med kvalitet i legevakt.

Den OECD-ledete undersøkelsen «Patient-Reported Indicator Surveys» (PaRIS) har gitt verdifull informasjon om allmennlegetjenesten i Norge, sammenliknet med andre OECD-land, se boks 8.16. For å følge med på utviklingen i allmennlegetjenesten i Norge vil regjeringen legge til rette for at Norge deltar i andre runde med datainnsamling i PaRIS.

Folkehelseinstituttet har gjennomført flere brukererfaringsundersøkelser blant fastlegers pasienter. Målet var å etablere en forskningsbasert baselinemåling for å følge utviklingen i pasienterfaringer på kommunalt, fylkeskommunalt og nasjonalt nivå. De seks nøkkelindikatorene, som er satt sammen av grupper av spørsmål, måler pasientenes erfaringer med fastlegen, organisering og øvrige ansatte, koordinering og samhandling, mestring, tilgjengelighet og kontinuitet. Undersøkelsene gir viktig informasjon om hvordan tjenesten oppleves for pasientene. Den siste undersøkelsen viser at tilgjengelighet er den indikatoren som har størst forbedringspotensial sett fra pasientenes perspektiv. Det er stor variasjon i pasienterfaringer mellom kommunene, og de største variasjonene gjelder indikatorene for kontinuitet og tilgjengelighet. Dette betyr at pasientenes erfaringer varierer avhengig av hvor i landet de bor, spesielt for disse indikatorene. Regjeringen vil gjennomføre nye brukererfaringsundersøkelser med fastleger.

Boks 8.14 Folkehelseundersøkelsen i Oslo

Folkehelseinstituttet har gjennomført Folkehelseundersøkelsen i Oslo i samråd med Oslo kommune. Undersøkelsen har egen rapportering om innvandrerhelse. Folkehelseundersøkelsen ble gjennomført i november og desember 2024 og startet i bydelene Stovner og Grorud i Groruddalen. Befolkningen i Groruddalen består av om lag 54 prosent innvandrere eller norskfødte med innvandrerbakgrunn.

Boks 8.15 SAMINOR

SAMINOR er en helse- og levekårsundersøkelse i områder med samisk, nord-norsk og kvensk bosetting. Formålet er å få kunnskap som kan bidra til å fremme god helse, forebygge lidelser og forbedre helsetjenestetilbudet for alle. SAMINORs særskilte fokusering på helse og levekår til den samiske befolkningen gjør undersøkelsene til en unik databank nasjonalt og internasjonalt. Samtidig inkluderes kvener/norskfinner som er en av Norges fem nasjonale minoriteter. Det er gjort to helse- og levekårsundersøkelser: SAMINOR 1 fra 2003 til 2004, og SAMINOR 2 fra 2012 til 2014. Den tredje undersøkelsen, SAMINOR 3, startet i oktober 2023 og vil pågå ut 2025. Senter for samisk helseforskning (SSHF) tilknyttet UiT Norges arktiske universitet, er ansvarlig for undersøkelsen og samarbeider med ulike forskningsgrupper som også driver helseforskning i urfolkssamfunn. SAMINOR 3 finansieres blant annet med midler over statsbudsjettet

Boks 8.16 PaRIS

PaRIS-initiativet (Patient-Reported Indicator Surveys) startet i 2017 og handler om hvordan primærhelsetjenesten fungerer for personer med kroniske lidelser. PaRIS ledes av OECD, og målet er å framskaffe robuste, internasjonalt sammenliknbare pasientrapporterte indikatorer om brukererfaringer, helse og helserelatert livskvalitet, som basis for brukerorienterte helsesystemer som leverer høy kvalitet. I Norge er Folkehelseinstituttet nasjonal prosjektleder. PaRIS har målt pasientrelaterte utfalls- og opplevelsesmål for brukere av primærhelsetjenesten som er 45 år eller eldre, og som har en eller flere kroniske lidelser. Hovedresultater fra undersøkelsen ble publisert i februar 2025, samtidig med en egen rapport med resultater for Norge. Folkehelseinstituttet har inkludert flere spørsmål fra PaRIS i brukererfaringsundersøkelsen med fastleger, som skal brukes til å se på sammenhengen mellom egenskaper ved kommuner, fylker og brukeropplevd kvalitet blant pasienter med kroniske lidelser.

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og hvilke positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Folkehelseinstituttets årlige folkehelseprofiler er viktig som kunnskapsstøtte. De gir lokale myndigheter enkel oversikt over hvordan befolkningen skårer på helse, levekår og livskvalitet. Profilene kompletteres av Folkehelseinstituttets fylkeshelseundersøkelser og andre befolkningsundersøkelser som Ungdata, Hunt (Helseundersøkelsen i Trøndelag), Tromsøundersøkelsen og SAMINOR. Folkehelseinstituttet og Oslo kommune har nylig gjennomført Folkehelseundersøkelsen i Oslo (boks 8.14).

8.7 En kunnskapsbasert tjeneste

Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten forutsetter tilgang til fagressurser, deltakelse i forskning og fagutvikling og ikke minst implementering av forskningsbasert kunnskap. Deltakelse i kunnskapsutvikling kan dessuten bidra til bedre rekruttering og til å bygge opp gode fagmiljøer.

8.7.1 Et tjenestenært kunnskapsstøttesystem

I nært samarbeid med KS utvikler Folkehelseinstituttet et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette kunnskapsstøttesystemet samarbeider med andre samfunnssektorer rundt kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger, med særlig vekt på mini-metodevurderinger og andre verktøy. Hensikten er å generere kunnskap fra kommunale helse- og omsorgstjenester om effekt av tiltak og ulike intervensjoner og betydning for ressursbruk. Målet er å gi kommunene et bedre grunnlag for å kunne ta beslutninger i tråd med prioriteringskriteriene. Kunnskapsstøttesystemet skal bidra til framskrivninger og analyser som understøtter nasjonale, regionale og kommunale beslutninger om innføring eller avvikling av tiltak, og gi kommunene et bedre grunnlag for å fatte beslutninger i tråd med den kommende Nasjonal veileder for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. Kunnskapsstøttesystemet skal legge grunnlaget for et forsterket samarbeid med andre samfunnssektorer rundt kunnskapsoppsummeringer og metodevurderinger. Arbeidet vil særlig legge vekt på utvikling og bruk av mini-metodevurderinger og andre verktøy for å utvikle kunnskap om effekt av tiltak og betydning for ressursbruk.

Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) er et kunnskapssystem for de kommunale helse- og omsorgstjenestene i kommunene, som er under oppbygging og ledes av KS. Formålet med KSF er å styrke rammebetingelsene for forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling i kommunene med utgangspunkt i deres behov. KSF bygger samarbeid mellom små og store kommuner, forskningsmiljøer og andre aktører som understøtter kunnskapsutvikling og spredning av kunnskap i kommunene. KSF skal styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte beslutninger og tjenesteutvikling i kommunene, bidra til å samordne kommunenes kunnskapsbehov, prioritere kommunerelevant forskning og bidra til spredning og bruk av kunnskap, innovasjons- og forskningsresultater.

Det er etablert ulike kunnskaps-, forskning- og fagmiljøer som skal bidra til en faglig sterk og trygg allmennlegetjeneste. Det finnes 26 kunnskaps- og kompetansesentre for helse-, omsorgs- og velferdstjenesten, som er organisert utenfor spesialisthelsetjenesten. Disse er fordelt på områdene kommunale helse- og omsorgstjenester, psykisk helse, rus og vold, og tannhelsetjenester.

Sentrene skal være ressurser både for tjenestene og den forebyggende virksomheten i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Som del av prosjektet *Gjennomføring av endringer i organisering, roller og ansvar i den sentrale helseforvaltningen* ble det besluttet å utrede en mer samlet organisering av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Formålet er å etablere et mer helhetlig system for bedre og mer koordinert støtte til kommunesektoren. Utredningen legger vekt på vurderinger og anbefalinger i KS-rapporten *Kommunenes og fylkeskommunenes behov for kompetansesentre innenfor tannhelse, helse og velferdsfeltet* (høsten 2023). Kommunene etterspør støtte til kompetansebygging og formidling, rådgivning og veiledning, og oppgaver knyttet til formidling av forskningsbasert kunnskap. Departementet utreder hvordan dette best kan ivaretas.

8.7.2 Forskning og implementering

Regjeringen prioriterer forskning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom en satsing i Norges forskningsråd på forskning i, om og med kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*, Kommunenes samarbeidsarena for kommunale helse- og omsorgstjenester (KSF) og gjennom flere forsknings- og kompetansemiljøer. Bedre muligheter for å delta i forskning virker motiverende for helsepersonellet og bidrar til forsvarlig og god medisinsk behandling og oppfølging.

En rekke forsknings- og kompetansemiljøer forsker på problemstillinger som er relevante for allmennlegetjenesten. Et eksempel er de fire allmennmedisinske forskningsenhetene (AFE), lagt til de fire universitetene med medisinutdanning. Sentrene har som formål å styrke kunnskapsgrunnlaget i allmennmedisin og derved kvaliteten på allmennlegetjenestene. Enhetene skal drive formidlingsaktivitet i tillegg til forskning.

Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025 skal videreutvikles i 2025. Visjonen om at klinisk forskning skal være en integrert del av all pasientbehandling og klinisk praksis, videreføres. Flere studier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er et innsatsområde i gjeldende handlingsplan. Departementet har mottatt innspill om at kliniske studier i disse delene av tjenesten bør gis mer oppmerksomhet i videreutviklingen av handlingsplanen, for eksempel gjennom egne mål for aktiviteten. Dette vil bli vurdert i det videre arbeidet med planen. Videre er det aktuelt å se nærmere på hvordan det kan legges til rette for økt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten om kliniske studier, for eksempel gjennom etablerte infrastrukturer for kliniske studier, som PraksisNett, NorCrin, NorTrials og NorPedMed, se boks 8.18.

Boks 8.17 Forskning som understøtter bærekraft i tjenestene

Gjennom Forskningsrådet er det tildelt 150 millioner kroner til ti prosjekter som skal bidra til å styrke bærekraften i kommunale helse- og omsorgstjenester. Prosjektene skal være forankret i kommunenes behov. Forskningsrådet, KS og Kreftforeningen har samarbeidet om å utvikle satsingen og mobilisere kommuner og forskningsmiljøer til å delta. Utlysningen var et samarbeid med Kreftforeningen, som bidro med 15 millioner kroner.

Boks 8.18 Infrastrukturer for kliniske studier

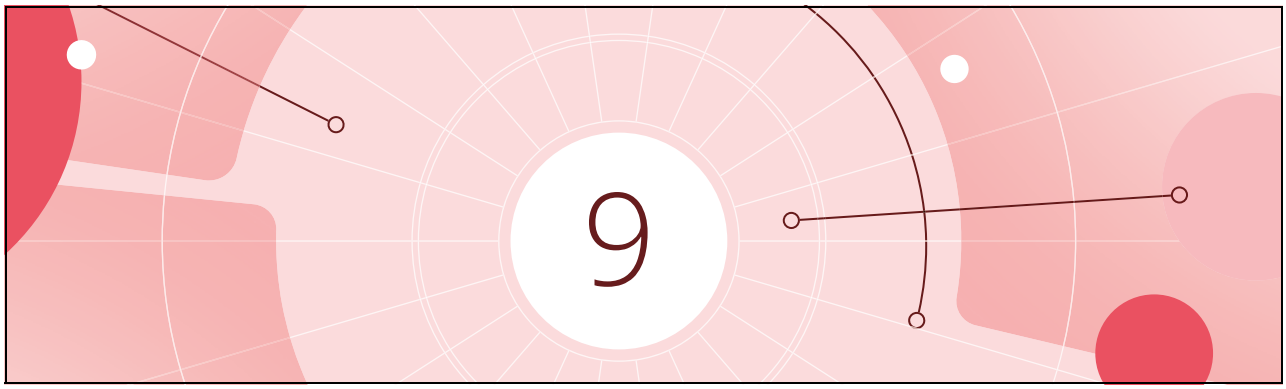
Det er flere nasjonale infrastrukturer for kliniske studier som på ulike måter bidrar til at det gjennomføres flere kliniske studier av god kvalitet i Norge.

- NorCrin, et nasjonalt nettverk for kliniske studier mellom universitetssykehusene, bidrar til å heve kompetansen hos studiepersonell og utvikler standarder og prosedyrer for gjennomføring av kliniske studier i spesialisthelsetjenesten.
- PraksisNett legger til rette for at forskere skal kunne gjennomføre kliniske studier i allmennlegetjenesten.
- NorPedMed er et nasjonalt klinisk forskningsnettverk for legemidler til barn.
- NorTrials er et partnerskap mellom spesialisthelsetjenesten og helsenæringen som ble etablert med *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025*. NorTrails skal bidra til at det gjennomføres flere kliniske studier i samarbeid med helsenæringen ved landets sykehus.

Som en viktig del av forskningsvirksomheten bidrar helsetjenesteforskning til utvikling av kunnskap om effektive måter å organisere, lede, finansiere og levere helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet. Helsetjenesteforskning finansieres nasjonalt gjennom Norges forskningsråd og de regionale helseforetakene og i EU gjennom for eksempel partnerskapet European Partnership on Transforming Health and Care Systems (THCS) i Horisont Europa, der norske miljøer deltar aktivt. I kombinasjon med stort datatilfang fra nasjonale registre, medisinske kvalitetsregistre og elektroniske pasientjournaler gir dette et godt grunnlag for helsetjenesteforskningen i Norge. Det er behov for å fremme bruk av resultater fra helsetjenesteforskningen i tjenestene og som grunnlag for beslutningstaking og politikkutforming.

En kunnskapsbasert tjeneste tar kunnskapen i bruk. Evnen til å ta i bruk resultater fra forskning i allmennlegenes praksis avhenger av en rekke forhold. Helsepersonellet må blant annet ha tilgang til nyttige fagressurser, som tidsskrifter, medisinske oppslagsverk og databaser. Tilbudet gjennom Helsebiblioteket er blitt betydelig redusert over flere år av ulike årsaker. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Folkehelseinstituttet i 2025 utrede hvilken rolle Helsebiblioteket kan ha i framtiden for å møte framtidige behov som ikke ivaretas av andre aktører, og utrede hvilke tiltak som kan være aktuelle for å sikre best mulig ressursbruk og økt samordning nasjonalt.

For å møte utfordringen med avstand mellom forskning og praksis rettes økt oppmerksomhet mot implementeringsforskning både nasjonalt, i EU og internasjonalt. Regjeringen har fra 2024 lagt til rette for implementeringsforskning gjennom øremerkede midler gjennom Norges forskningsråd, jf. *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*.



Figur 9.1

9 Økonomiske og administrative konsekvenser

For å møte behovet til et samfunn og en befolkning i endring vil regjeringen fornye, forsterke og forbedre allmennlegetjenesten og de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. I en framtidig bærekraftig helse- og omsorgstjeneste skal fortsatt den offentlige allmennlegetjenesten være innbyggernes førstevalg ved behov for allmennlegetjenester. Gjennom denne stortingsmeldingen presenteres regjeringens mål og hovedgrep for disse tjenestene. Flere av tiltakene som presenteres i meldingen, innebærer økte utgifter for staten og kommunene. Formålet er likevel samlet bedre ressursutnyttelse. Kostnadene må ses i forhold til hva det ville koste å videreføre dagens ordninger. Å fortsette dagens utvikling vil medføre større framtidig behov for leger, at en mindre andel av samlet tjenestebehov kan løses i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og en akselererende todeling av helsetjenesten. Denne utviklingen vil gi innbyggerne dårligere tjenester, kreve høyere ressursbruk og samlet sett være en mindre bærekraftig modell.

Allmennlegetjenesten i kommunene er mangfoldig. Dette gjenspeiles i tiltakene i meldingen. Tiltakene må ses i sammenheng og utgjøre en helhet. Det tas forbehold om at gjennomføring av enkelttiltak først kan skje når det er budsjettmessig dekning for dem. Regjeringen vil derfor komme tilbake til gjennomføring av mange av tiltakene i de ordinære budsjettprosessene.

Dersom utviklingen skulle tilsi det, vil det også kunne bli aktuelt med nye tiltak etter framleggingen av stortingsmeldingen. Dette vil bli håndtert i ordinære prosesser.

9.1 Ny plikt for fastlegene til å tilby digitale tjenester

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag om ny plikt for fastlegene til å tilby sine listeinnbyggere digitale tjenester, herunder konsultasjoner via video, tekst og telefon for henvendelser som er egnet for slik oppfølging, og at timebestilling tilbys på Helsenorge.

Ny plikt til å tilby digitale tjenester for konsultasjon, herunder videokonsultasjon, innebærer estimerte investeringskostnader for fastlegene på totalt 5–6 millioner kroner. Videre kommer anslagsvis 5–6 millioner kroner i investeringskostnader for Norsk helsenett som dekkes innenfor eksisterende budsjettrammer.

Andelen fastleger som i dag tilbyr videokonsultasjoner, er lav. Samlede årlige lisenskostnader for videoløsninger til fastlegene estimeres til 30–35 millioner kroner. Øvrige økonomiske og administrative konsekvenser forventes å være små.

Per 1. april 2025 var 21,7 prosent av alle fastleger kommunalt ansatte. For disse legene faller merkostnadene på kommunene. Basert på dette estimeres de økte kommunale utgiftene å være totalt 1,0–1,3 millioner kroner i investeringskostnader og 6–8 millioner kroner i årlige lisenskost-

nader for alle kommunalt ansatte fastleger samlet.

Det foreslås også en ny bestemmelse i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger som pålegger selvstendig næringsdrivende fastleger og kommunale fastlegekontor å være tilgjengelig for timebestilling på Helsenorge. Fastlegene har allerede i stor grad tatt i bruk ulike digitale løsninger innenfor Digital dialog fastlege (DDFL) på Helsenorge. Ved utgangen av 2024 hadde 75 prosent av fastlegene digital timereservasjon, 85 prosent hadde digital reseptfornyelse, 64 prosent hadde digital konsultasjon og 79 prosent tilbød e-kontakt på Helsenorge. Kostnadene forbundet med anskaffelse og bruk av digitale løsninger, inkludert plikt til å tilby digital konsultasjon, dekkes av fastlegevirksomhetene selv. Regjeringen viser her til at majoriteten av fastlegene allerede bruker disse løsningene i dag, og at de tilbys på Helsenorge. Norsk helsenetts kostnad for tilpasning av Helsenorge dekkes innenfor gjeldende økonomiske rammer.

En ny plikt forventes å medføre økt bruk av digitale konsultasjoner. Hvorvidt dette medfører økte kostnader over folketrygden, avhenger av om den ekstra aktiviteten erstatter ordinære konsultasjoner eller om de kommer i tillegg til dagens aktivitet. For de legene som allerede bruker digitale konsultasjoner, forventes endringene å bli små. Økt bruk av digitale konsultasjoner vil gi mindre reisetid og lavere reisekostnader sammenliknet med fysiske konsultasjoner og kan på denne måten redusere folketrygdens utgifter til pasientreiser og pasientenes fravær fra skole og jobb.

9.2 Utprøving av kommunal nettlege

Utprøvingen av en kommunal nettlegetjeneste er viktig som ledd i modernisering av velferdsstaten. Utprøvingen kan også gi kunnskap om hvordan forbruket av helsetjenester påvirkes av tilbudet, hvilke problemstillinger som bør løses gjennom en digital tjeneste, og hvorvidt en slik tjeneste medfører flere «dobbeltkonsultasjoner», først digitalt og deretter hos fastlege eller legevakt. Utprøvingen skal evalueres.

Norsk helsenett vil drive anskaffelsesprosessen av en ny teknisk løsning til kommunene, tilpasse Helsenorge og støtte kommuner som allerede er teknisk tilrettelagt, til å koble seg opp mot helsenorge.no. Norsk helsenetts kostnader er beregnet til om lag 26 millioner kroner og vil dekkes av Norsk helsenett selv.

Gjennomføringen av forsøket har også en kostnadsside for kommunene. Øvrige kostnader til anskaffelse av teknisk løsning samt kostnadene som påløper for kommunene, skal dekkes i sin helhet. Disse kostnadene vil bli finansiert gjennom tilskudd til kommunene i 2025 og 2026, i tillegg til en andel av kostnadene for legenes arbeid som vil dekkes gjennom økning i kostnadene til folketrygden.

Tilskuddet til kommunene skal dekke kostnader til deltakelse i anskaffelsen, kommunal tilrettelegging av eget IT-miljø og egne journalsystemer, kommunenes kostnader til investeringer og økte driftskostnader, for eksempel til økte lisenskostnader, forvaltning av ordningen og deltakelse i prosjektet.

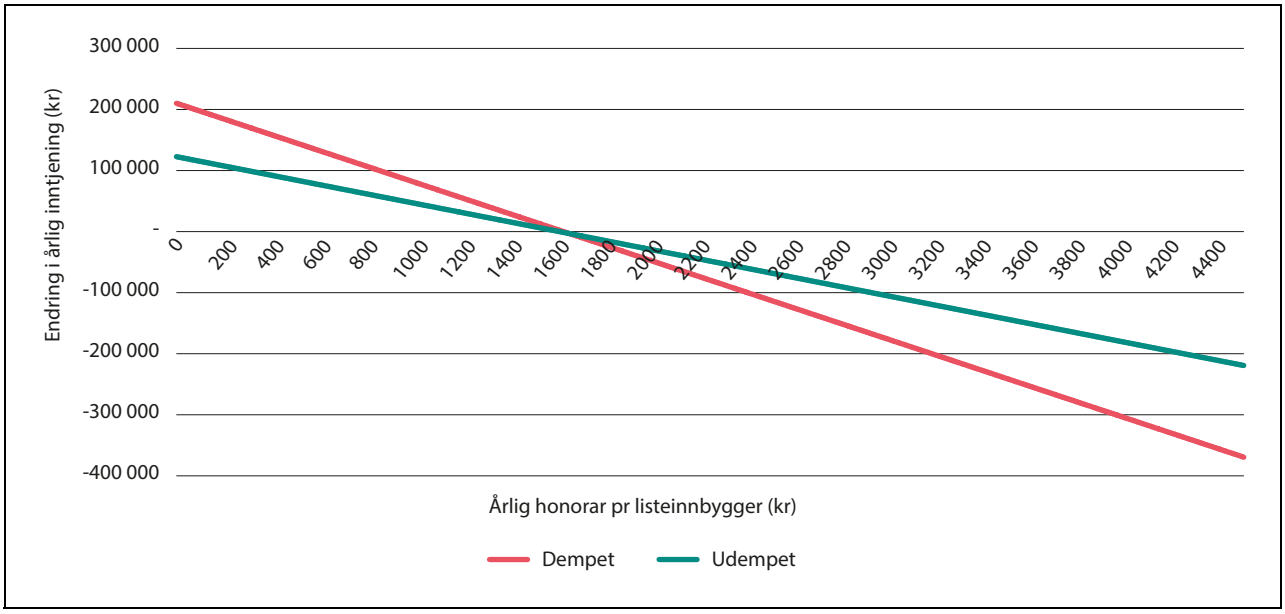
De totale kostnadene ved utprøvingen av nettlegen vil avhenge av antall kommuner som deltar i forsøket.

9.3 Ny finansieringsmodell for fastlegeordningen

Regjeringen foreslår flere elementer som skal inngå i en ny finansieringsmodell for fastlegeordningen. Blant annet foreslås det å øke basistilskuddet med 10 prosentpoeng. Økningen i andelen basistilskudd foreslås gjennomført i tre steg: 4 prosentpoeng i 2025 og 3 prosentpoeng både i 2026 og 2027. Økningen foreslås gjennomført i forbindelse med takstforhandlingene. Regjeringen tar sikte på å innføre stønad for konsultasjon delegert fra lege til sykepleier fra 1. januar 2026. Videre foreslås det endringer i modellen for pasienttilpasset basistilskudd (PTB) og å avvikle utjamningstilskuddet. Øvrige elementer i en ny finansieringsmodell må utredes nærmere, blant annet finansiering av andre helsepersonellgrupper, endringer i basistilskuddet for å fremme ledelse, tverrfaglighet og kvalitet og forenkling av takstsystemet med tilhørende system for kostnadskontroll.

9.3.1 Økt andel basistilskudd og fjerning av demping i modell for pasienttilpasset basistilskudd

Regjeringen foreslår å øke basistilskuddet med 10 prosentpoeng. Endringen foreslås gjennomført provenynøytralt ved å legge hele inntektsøkningen (rammetillegget) på basistilskuddet (og ikke øke honorartakstene) og ved å omfordele midler fra takster til basistilskudd. Dette vil gi en omfordeling mellom fastleger. Fastleger som har en høyere andel av inntekten sin fra takster, enn



Figur 9.2 Endringer i gjennomsnittlig totalinntekt for ulike grupper av fastleger, ved en dempet og en udempet modell

Tabell 9.1 Omfordelingseffekter av dempet og udempet modell etter driftsform, kjønn, alder, om legen er spesialist i allmennmedisin og listelengde

	Udempet	Dempet
Driftsform		
Næringsdrivende	-0,2 %	-0,2 %
Fastlønnet	1,5 %	1,8 %
Kjønn (næringsdrivende)		
Kvinne	0,1 %	0,1 %
Mann	-0,4 %	-0,4 %
Aldersgruppe (næringsdrivende)		
< 40	0,2 %	0,1 %
40–49	-0,4 %	-0,4 %
50–59	-0,6 %	-0,5 %
60+	0,3 %	0,1 %
Spesialist i allmennmedisin (næringsdrivende)		
Ja	-0,6 %	-0,5 %
Nei	0,9 %	0,7 %
Listelengde (næringsdrivende)		
< 500	-0,2 %	-1,0 %
500–999	0,1 %	-0,4 %
1000–1499	-0,2 %	-0,2 %
1500+	-0,7 %	0,2 %

gjennomsnittet for fastlegene, vil isolert sett tape på omleggingen, mens de som har en lavere andel enn gjennomsnittet, vil komme positivt ut. At endringen gjennomføres i tre steg over tre år og i forbindelse med takstforhandlingene, innebærer at endringene per år blir mindre. Nedtrekket i nivået på takstene blir også mindre enn det ville blitt, dersom hele endringen hadde blitt gjennomført i ett steg.

Å fjerne dempingen i pasienttilpasset basistilskudd (PTB) innebærer at fastleger som har lister med høyt forventet bruk av fastlegetjenester, får økt basistilskudd. Dette er lister der den gjennomsnittlige pasienten utløser mange takster, slik at de samme fastlegene i snitt vil tape på den økte andelen basistilskudd. Å fjerne dempingen vil dermed redusere (men ikke oppheve) omfordelingseffektene ved økningen i andelen basistilskudd. Figur 9.2 viser omfordelingseffekter av å øke andel basistilskudd med dempet og udempet modell for pasienttilpasset basistilskudd (PTB).

9.3.2 Videreutvikling av modell for basistilskudd

Regjeringen foreslår flere endringer i modellen for pasienttilpasset basistilskudd (PTB) som har økonomiske og administrative konsekvenser. I tillegg foreslås det å avvikle utjamningstilskuddet og øke sentralitetstillegget i PTB.

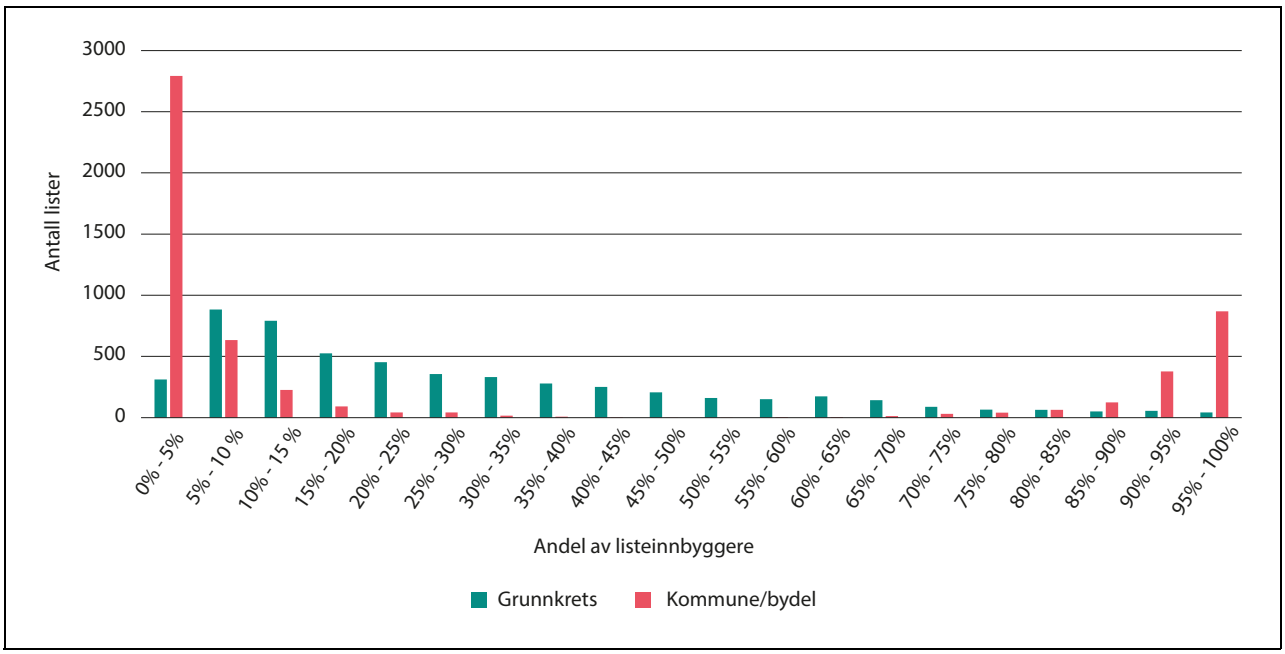
Beregning av sosioøkonomisk status på grunnkretsnivå

Regjeringen foreslår å beregne sosioøkonomisk status i det pasienttilpassede basistilskuddet, basert på grunnkretsnivå. Å benytte grunnkretsnivå i stedet for kommune-/bydelsnivå, slik det gjøres i dag, vil gi enkeltlegene mer presis kompensasjon for listeinnbyggerne. Endringen vil gi omfordelingseffekter mellom fastlegene. Ved en omlegging til grunnkrets vil langt flere leger få *noe* tillegg for sosioøkonomi.

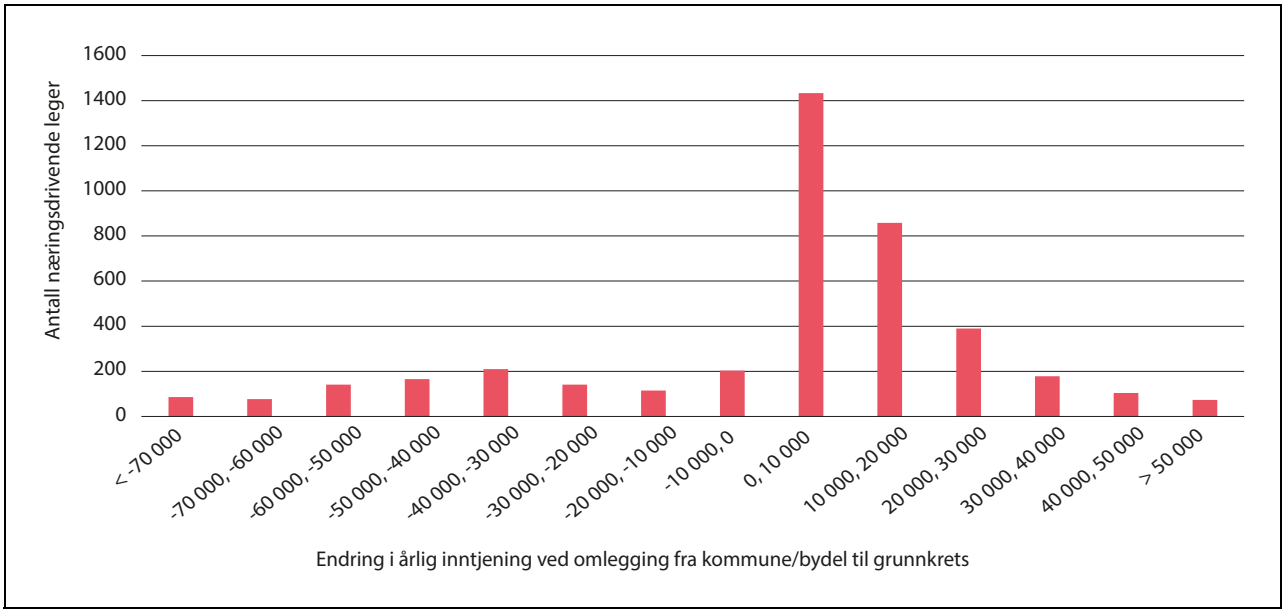
Færre kommuner vil betale sosioøkonomitillegg enten for veldig få eller nær alle innbyggerne i kommunen. Flere kommuner vil betale noe tillegg for sosioøkonomi. Utgiftene for kommunene vil bli mer likt fordelt.

Knytte sentralitetstillegget til legekontorets adresse i stedet for listeinnbyggerens

Regjeringen foreslår å knytte sentralitetstillegget i pasienttilpasset basistilskudd (PTB) til legekontorets adresse i stedet for til listeinnbyggerens adresse, slik det er i dag. Totalt vil det omfordeles 10,8 millioner kroner på årsbasis. Legene i sentralitetsklasse 1–4 taper i gjennomsnitt om lag 1 500 kroner per år, mens legene som kommer positivt ut, er i sentralitetsklasse 5 og 6 og vil tjene mellom 4 000 og 10 000 kroner årlig på endringen.



Figur 9.3 Antall lister fordelt på andel av listeinnbyggerne som utløser sosioøkonomitillegg



Figur 9.4 Omfordelingseffekter for næringsdrivende leger

Avvikle utjamningstilskuddet og øke sentralitetstillegget

Regjeringen foreslår å avvikle utjamningstilskuddet og øke sentralitetstillegget i persontilpasset basistilskudd (PTB). I kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere skal det i tillegg til basistilskudd gis et utjamningstilskudd til næringsdrivende fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1 200. Det er betydelig overlapp mellom dette tilskuddet og sentralitetstillegget i PTB. Det er i dag 178 fastleger som kvalifiserer til å motta utjamningstilskudd. Helsedirektoratet og Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) estimerer at det kun er 70–120 fastleger som faktisk mottar det. Tallet er usikkert. Det antas at mange av de legene som kvalifiserer for, men ikke mottar utjamningstilskudd, har andre avtaler med kommunen som styrker deres økonomi. Helsedirektoratet estimerer at midlene som leger har krav på i utjamningstilskudd, er totalt 82 millioner kroner årlig. Midler for å finansiere utjamningstilskuddet ble lagt i kommunerammen da fastlegeordningen ble innført i 2001.

Ved å øke sentralitetstillegget i små kommuner vil flere leger enn i dag (i overkant av 1 100 lister per august 2024) få styrket sin økonomi sammenliknet med ordningen med utjamningstilskudd. De kommunene som utbetaler utjamningstilskudd i dag, vil ikke få redusert rammetilskudd. Kommunene må selv avgjøre om de vil fortsette å utbetale utjamningstilskudd finansiert over egne budsjetter, men staten har ikke forventninger om at kommunene gjør dette.

Leger som får styrket sentralitetstillegg, og som ikke tidligere har hatt utjamningstilskudd, kommer positivt ut og får økt sin inntekt med 50–100 000 kroner per år.

Kommuner som må betale økt sentralitetstilskudd til sine leger, og ikke har hatt utgifter til utjamningstilskudd, vil samlet få en merutgift på om lag 40 millioner kroner. Det er om lag 38 kommuner som har mer enn 5 000 innbyggere, og som er i sentralitetsklasse 5 eller 6, og som dermed vil bli berørt av økt sentralitetstilskudd.

9.3.3 Delegering av konsultasjoner

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag om å endre forskrift om stønad til dekning av utgifter hos lege slik at det kan ytes stønad for konsultasjoner delegert fra lege til sykepleier. Forslaget forutsetter at andelen basistilskudd økes, og det innebærer potensielt økt kapasitet i fastlegeordningen.

Helsedirektoratet legger til grunn at om lag 1,7 millioner innbyggere står på fastlegelister der det i dag er tilgang til sykepleier i legekontoret. Det gjelder 31 prosent av samlet antall listeinnbyggere. Dette er basert på en antakelse om at alle kommunale legekontor og 20 prosent av næringsdrivende leger (inkludert de med 8.2-avtale) har ansatt sykepleier. Videre legges det til grunn en 10 prosent årlig vekst i antall listeinnbyggere som vil ha tilgang til sykepleier de neste årene.

Merkostnader ved endringen følger dels av økt aktivitet i ordningen og dels av at kontakter som i dag kodes som «enkle pasientkontakter», vil kunne kodes som «konsultasjoner» etter endringen. Skillet mellom de to takstene er dels skjønnsmessig. Å åpne for delegasjon vil gjøre det enklere å tolke og dermed takste «enkle pasientkontakter» som «konsultasjoner». På den andre siden kan ikke annet personell utføre konsultasjoner per i dag, selv om aktiviteten de utfører, innholdsmessig kunne kvalifisert til en «konsultasjon». Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake med nærmere presisering av begrepene.

Det er utfordrende å forutsi framtidig utvikling av aktivitet, men de økte utgiftene over stønadsbudsjettet på bakgrunn av denne endringen estimeres til 60–100 millioner kroner per år, med stor usikkerhet. Initialt vil det være sykepleiere som allerede er i fastlegeordningen, som tar i bruk muligheten for å gjennomføre konsultasjoner. Etter hvert forventes flere sykepleiere å bli ansatt i fastlegekontorer, men Helsedirektoratet vurderer likevel de personellmessige konsekvensene av endringen som små.

9.3.4 Personellkonsekvenser

En framtid med større innslag av annet personell på fastlegekontorene vil ha personellmessige konsekvenser. Behovet for en økning i antall fastleger vil dempes mens behovet for annet helsepersonell forventes å øke. Hvordan dette vil slå ut for behovet for leger, sykepleiere, helsesekretærer og andre relevante helsepersonellgrupper, vil være avhengig av endelig utforming av finansieringsmodell for fastlegeordningen.

9.3.5 Nullalternativet: Framtidige behov uten endringer i fastlegeordningen

I vurderingen av de økonomiske og personellmessige konsekvensene av de foreslåtte endringene i fastlegeordningen er det relevant å sammenlikne forslagene med konsekvensene av å ikke gjøre endringer i ordningen. Nullalternativet hvor framtidig utvikling møtes innenfor dagens rammer, vil også medføre økte kostnader, økt etterspørsel etter allmennlegetjenester og økt personellbehov i ordningen.

Helsedirektoratet har estimert effekten av underliggende kostnadsdrivere som styrer behovet for fastlegetjenester i Norge. Dersom allmennlegetjenesten skal møte det kommende behovet innenfor dagens fastlegeordning, vil dette kreve en betydelig rekruttering av nye fastleger. Viktige forhold er befolkningsøkning og endring i befolkningssammensetning. I tillegg forventes det at listelengden per lege faller videre fra dagens nivå. Yngre leger som starter som fastleger, ønsker kortere lister enn eldre leger som slutter. Dette er en markedstilpasning som forventes å fortsette både innenfor dagens modell og ved andre modeller med visse endringer av organisatoriske rammer og finansiering. Noe av kapasiteten som frigjøres ved at legene har kortere lister, forventes å innebære flere tjenester til de gjenværende innbyggerne på listen.

Regjeringen beskriver i denne meldingen en retning for fastlegeordningen med økt andel basistilskudd og større innslag av annet helsepersonell. Endelig innretning for ny finansieringsmodell er ikke ferdig utredet. Helsedirektoratet har imidlertid gjort overordnede beregninger basert på økt andel basistilskudd og mulighet for delegasjon til sykepleiere. Beregningene tilsier at disse to hovedgrepene vil muliggjøre økt antall konsultasjoner til en lavere kostnad per konsultasjon i 2033, sammenliknet med nullalternativet.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 10. april 2025 om Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus blir sendt Stortinget.

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Omslags- og kapittelillustrasjoner:
Melkeveien Designkontor

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon – 04/2025

SVANEMERKET
Trykksak
2041 0446