



15.mai 2025

Høring om forslag til ny forskrift om fastlegeordning i kommunene mv.

Forskrift om fastlegeordningen i kommunen er viktig for alle innbyggerne i Norge. Endringer i denne forskriften vil kunne påvirke alle deler av den norske helsetjenesten, siden fastlegen er gitt rollen som inngangsport, portvokter og koordinator i et stort og komplekst system, og er sentral i samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre kommunale tjenester. I kommunen er fastlegen vanligvis den eneste helseaktøren som regelmessig har kontakt med alle deler av befolkningen, fra nyfødte til de aller eldste. Fastlegeordningen er avgjørende for å sikre likeverdig tilgang til primærhelsetjenester for alle i Norge, uavhengig av hvor de bor eller deres økonomiske situasjon. Den gir hver innbygger rett til en navngitt fastlege som kan gi kontinuerlig og helhetlig medisinsk oppfølging over tid. Dette bidrar til bedre forebygging, diagnostisering og behandling av sykdommer, samt en tryggere og mer forutsigbar helsetjeneste for befolkningen. Tross utfordringer de senere årene, er og forblir ordningen en suksess for både innbyggere og myndigheter. En god fastlegeordning skaper gode, likeverdige og effektive helsetjenester for alle innbyggere.

"Når lykken er best, må man akte seg mest", sier ordtaket. Fastlegeordningen har behov for videreutvikling, men det er likevel med stor ydmykhet at Norsk forening for allmennmedisin (NFA) kommenterer de ulike forslagene til forskriftsendringer. Endringer i en velfungerende ordning må analyseres nøye med tanke på faglige konsekvenser på både kort og lang sikt, og løsninger som kan virke gode og praktiske, kan likevel føre til uønskede bivirkninger.

Generelle merknader

Departementet foreslår en ny kapittelinnndeling av forskriften og justeringer i enkelte bestemmelser som skal gi bedre oversikt over ansvar og oppgaver for henholdsvis kommunen, kommunale fastlegekontor, næringsdrivende fastleger og kommunalt ansatte fastleger.

NFA mener at det er positivt at departementet foreslår klargjøring av begreper og at man prøver å få til en kapittelinnndeling som understøtter en intuitiv forståelse av hvem som har ansvar for hva. NFA er positive til at departementet ønsker å tydeliggjøre hva som er fastlegens kjerneoppgaver.

I ny forskrift § 7 lyder første ledd: *«Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og næringsdrivende fastleger.»* Det fremstår litt underlig å her spesifisere næringsdrivende fastleger, særlig når fjerde ledd lyder: *«Kommunens ansvar gjelder uavhengig av om fastlegen er ansatt i kommunen eller har avtale med kommunen som næringsdrivende fastlege.»*.

Departementet foreslår også en ny § 15 om Krav til ledelse og kvalitetsforbedring, som presiserer gjeldende rett i tråd med andre relevante lover og forskrifter. NFA er positive til at viktigheten av ledelse og kvalitetsforbedring løftes frem på denne måten, og forventer at myndighetene i tråd med dette bidrar til tilstrekkelige ressurser til å fortsette med kontinuerlig ledelses- og kvalitetsutvikling i fastlegeordningen.

Departementet foreslår å heve aldersgrensen fra 75 år til 80 år for leger for å kunne inngå tidsbegrenset avtale med kommunen om fastlegevirksomhet. Aldersgrensen samsvarer med bestemmelsen om autorisasjon i helsepersonelloven § 54.

NFA mener det er hensiktsmessig at aldersgrensene harmoniserer.

Rekruttering

Departementet foreslår en ny bestemmelse for å styrke kommunens mulighet til å på nærmere vilkår inngå ny fastlegeavtale i de tilfeller der det ikke lar seg gjøre å rekruttere en ny næringsdrivende fastlege som er villig til å kjøpe den fratredende leges praksis.

NFA mener at denne bestemmelsen fører til en betydelig endring i hvilken risiko en lege tar på seg ved å inngå avtale om fastlegehjemmel med næringsdrift sammenlignet med dagens forskrift. Dette er relevant i et faglig perspektiv, fordi det potensielt kan destabilisere fastlegeordningen og dermed redusere både kvaliteten og fagligheten i helsetjenesten.

Endringen kan få negativ innvirkning på kommunenes evne til å rekruttere nye leger inn i næringsdrift. Med næringsdrift som hovedmodell for fastlegeordningen, vil dette kunne føre ordningen inn i en ny og forverret rekrutteringskrise, som igjen medfører at kommunene ikke klarer å tilby fastlege til innbyggerne sine. Kommunen vil kunne omgjøre praksiser som i dag har næringsdrift til å drives med ansatte fastleger. Dette er imidlertid både tidkrevende og kostnadskrevende for kommunen. Ansatte leger er underlagt arbeidsmiljølovens bestemmelser, i motsetning til næringsdrivende leger. Dette medfører i mange tilfeller at ansatte leger har kortere listelengder. Det vil ofte kreve mer enn én ansatt lege for å erstatte én næringsdrivende lege. Personellmangel er fremover forventet å bli en betydelig utfordring i hele helsevesenet. Historisk rammer personellmangel hardere i distriktene enn i sentrale strøk. I seg selv er ikke flere fast ansatte fastleger negativt for fagutviklingen i ordningen, men NFA er bekymret for at konsekvensene av forskriftsendringen samlet sett likevel vil skape økte forskjeller i fastlegetilgjengelighet, og dermed øke forskjellene i helsetilbudet til innbyggerne i Norge. Kommuner med ressurser i form av økonomi og kompetanse vil ha et stort fortrinn i å klare å rekruttere og beholde leger. Næringsdrift medfører at fastlegeordningen kan drives til dels uavhengig av kommuneøkonomi, og er derfor et middel for å utjevne forskjeller.

Forskriftsendringen vil også kunne påvirke eksisterende legers villighet til å si opp sin fastlegeavtale i områder med rekrutteringsutfordringer, med begrunnelse i frykt for å tape investeringer gjort i praksis over år. Man kan da seg for seg at hjemler i stedet blir vikardrevet over tid. Vikarer kan gi legetjenester av like god kvalitet som hjemmelshaver, men redusert kontinuitet kan gi negative konsekvenser for listeinnbyggerne.

NFA vil også uttrykke bekymring for det politiske signalet som sendes ved å foreslå forskriftsfesting av en bestemmelse som nylig er inkludert i gjeldende avtaler mellom partene. Etter foreningens vurdering har det ikke vært tilstrekkelig tid til å evaluere effekten av denne avtalereguleringen. En slik fremgangsmåte risikerer å undergrave legenes tillit til det etablerte avtalesamarbeidet.

Digitale tjenester og prioritering

Departementet foreslår en ny bestemmelse som presiserer at fastlegenes plikter til å utarbeide attester er avgrenset til det som følger av lov og forskrift. Formålet er å skape en bevissthet rundt hvilke oppgaver fastleger pålegges eller forventes å utføre.

NFA er takknemlige for at departementet foreslår å presisere begrensninger i fastlegens plikter. Prioritering av fastlegenes kapasitet og oppgaveportefølje er helt nødvendig for å unngå at tjenesten blir overbelastet, og for å motvirke at etterspørsel eller lønnsomhet skal være førende for hvordan fastlegen innretter sin virksomhet. NFA støtter at denne paragrafen tas inn i forskriften.

Departementet foreslår en ny plikt for kommunale fastlegekontorer og næringsdrivende fastleger til å innrette sin praksis slik at innbyggerne tilbys digitale tjenester, herunder konsultasjoner via video, tekst og telefon, for henvendelser som er egnet for slik oppfølging.

NFA er sterkt bekymret for hvordan departementet i forslaget til ny § 17 i fastlegeforskriften ikke har lyktes i å skape et skille mellom iveren etter å tilby høy tilgjengelighet opp mot behovet for å prioritere ressursene i helsetjenesten, herunder fastlegenes kapasitet. Dette står i klar kontrast til punktet om attester, hvor departementet søker å styrke denne prioriteringen.

Fastlegeforskriften som trådte i kraft 1. januar 2013 inneholdt en omdiskutert bestemmelse om telefontilgjengelighet. Gjeldende forskrift, § 21 tredje ledd, fastslår: «*Systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter.*» Utfordringen med bestemmelsen er at forskriftens første ledd samtidig pålegger fastlegen å motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Dette skaper en situasjon der fastlegen forventes å prioritere kapasitet til å svare telefonen uavhengig av medisinsk alvorlighetsgrad., og behovet for øyeblikkelig hjelp-vurderinger sidestilles med reseptforespørsler, ønske om legeattester og spørsmål om veibeskrivelse til øyelegen i nabokommunen. Det er bemerkelsesverdig at tilsvarende strenge krav til telefontilgjengelighet ikke gjelder for andre sentrale offentlige instanser som NAV, Statsforvalteren og kommunale tjenester. Hensikten med strenge krav til telefontilgjengelighet hos fastlegen må være å ivareta innbyggere med behov for øyeblikkelig hjelp. NFA foreslår derfor at departementet endrer ordlyden i forskriften slik at det tydeliggjøres at tilgjengelighetskravet for telefon gjelder

medisinsk prioriterte henvendelser. En slik presisering vil også kunne fremme innbyggernes vilje til å ta i bruk digitale kommunikasjonskanaler med fastlegekontoret, og motvirke at telefonen blir en ineffektiv snarvei for raskest mulig svar. Dermed frigjøres telefonlinjene for de som har størst behov.

I ny forskrift § 23 er det videreført følgende setning fra eksisterende forskrift:

«Listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og normalt innen fem arbeidsdager.» I merknadene til forskriften er dette utdypet med: *«Det innebærer at det kun unntaksvis skal være mer enn fem dagers ventetid.»* NFA mener det er viktig at pasientene får hjelp til rett tid, og fastlegen skal være et lavterskeltilbud. I en tid hvor alle våre felles helsetjenester er under press, savner vi at myndighetene balanserer tilgjengelighet mot behovet for å prioritere de som trenger det mest – også der det ikke er behov for øyeblikkelig hjelp.

Begrepet "time needed to treat" handler om hvordan legens tid prioriteres med bakgrunn i forskrifter og retningslinjer. Hvis pasienter med lav risiko for sykdom eller uklare symptomer som sannsynligvis vil gå over av seg selv skal ha rett til time innen få dager, kan dette gå på bekostning av pasienter med mer alvorlige eller komplekse tilstander, for eksempel kronisk multisykke, eldre med skrøpelighet, barn og unge med risiko for å falle utenfor eller pasienter med rus- og psykisk lidelse.

I Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle - Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste* ønsker Regjeringen at helsepersonells tidsbruk skal vektas inn i prioriteringsvurderingene. Vi støtter dette helhjertet, men det er da et paradoks at Regjeringen i en annen Stortingsmelding samme dag ikke ser konsekvensen av å så sterkt vektlegge tilgjengelighet i fastlegeordningen framfor alt annet.

En viktig allmennmedisinsk arbeidsmetode er å bruke tid som diagnostisk hjelpemiddel, der sannsynligheten er lav for at et symptom trenger utredning og behandling. Det er god ressursutnyttelse å la noen tilstander vente mer enn fem dager før de utredes. Det kan motvirke overdiagnostikk og overbehandling.

Hvis vi skal lykkes i å skape bærekraft i fastlegekontorene, må myndighetene samarbeide med fastlegene om å avklare befolkningens forventninger til hva og hvor mye som skal gjøres, og hva som ikke skal gjøres. En forskrift skaper sterke forventninger om hva en pasient har rett til. NFA mener at prioriteringsavveininger med fordel kunne vært løftet bedre frem i merknadene

til forskriften. Vi bidrar gjerne i arbeidet med å utarbeide gode formuleringer som rommer kompleksiteten.

Parallelt med de foreslåtte forskriftsendringene, fremlegges det en stortingsmelding som tar sikte på å redusere aktivitetsbasert finansiering og styrke basistilskuddet i fastlegeordningen. Dette er et insentiv for fastleger til å ha flere pasienter på sine lister, noe som potensielt kan øke kapasiteten. Vi er bekymret for at lengre pasientlister i kombinasjon med forventningen om korte ventetider, vil føre til at hver konsultasjon må gis kortere tid, og frykter at redusert konsultasjonstid vil gjøre det krevende for legene å prioritere bærekraftige og kloke valg. Det er ofte tidkrevende å forklare hvorfor vi venter eller lar være å gjøre noe. Dårlig tid skaper kanskje flere prøver og undersøkelser og flere henvisninger.

NFA har forståelse for at departementet ønsker at fastlegene skal tilby digitale tjenester til sine innbyggere. Vi er imidlertid svært skeptiske til å forskriftsfeste en bestemmelse om å tilby konkrete former for digitale konsultasjoner, uten at man kan vise til en faglig begrunnelse for en slik plikt. Her er noen av våre bekymringer:

1. Begrenset tilgang til oppdaterte faglige retningslinjer gjør det krevende for legene å vurdere hvilke henvendelser som er egnet for digital konsultasjon. Samtidig er det, særlig gjennom stønadsforskriften, lagt opp til at innbygger selv skal velge konsultasjonsform. Innbyggere har enda dårligere forutsetninger enn fastlegen til å vurdere når dette er egnet. Dermed går det bort mye tid for fastlegene i å vurdere om henvendelser egner seg for digital konsultasjon, og veilede innbyggere i dette. I verste fall kan pasientsikkerheten være truet, der innbygger velger en uegnet konsultasjonsform, og legen – med begrenset observasjonsgrunnlag gjennom digitale plattformer – ikke klarer å avdekke en alvorlig tilstand i tide.
2. Konsultasjoner på video og telefon har en fastsatt varighet, tilsvarende fysiske konsultasjoner. Der det viser seg at henvendelsen er uegnet for digital vurdering må det avtales fysisk konsultasjon i tillegg. Dette skaper ineffektivitet for både lege og pasient, og øker risikoen for uheldige løsninger. Eksempler på dette er å akseptere en ufullstendig konsultasjon før tiltak iverksettes, eller unødvendig forsinkelse i diagnostikk og behandling på grunn av ventetid på en fysisk time hos legen.

3. I pandemien ble videokonsultasjon raskt en vanlig konsultasjonsform på fastlegekontoret. NFA er kjent med at utviklingen i ettertid har gått i retning av at leger og pasienter ofte foretrekker telefon fremfor video som konsultasjonsform. Det kan skyldes at videoløsningene som tilbys via sikre digitale plattformer er utilstrekkelige med tanke på teknisk kvalitet, tilgjengelighet eller kostnadseffektivitet, men det kan også hende at videokonsultasjon har andre svakheter som medfører at det velges bort.
4. For å prioritere digitale konsultasjoner, må legene prioritere bort noe annet. Det er ikke kartlagt hva fastlegene har prioritert ned for å skape digital tilgjengelighet. Dermed vet vi heller ikke om digital tilgjengelighet skaper bedre helsetjenester for innbyggerne.
5. Økt tilgjengelighet er ikke det samme som økt kvalitet. Tvert imot kan økt tilgjengelighet være en driver for overforbruk av tjenesten. Medisinsk overaktivitet er en betydelig trussel mot bærekraftige helsetjenester i dag og i fremtiden. Overdiagnostikk og overbehandling kan skade pasienten. For dårlig tilgjengelighet er et kvalitetsproblem, men for god tilgjengelighet kan også true kvaliteten.

NFA støtter aktivt utvikling av digitale løsninger i fastlegeordningen. Fastlegene er ofte ledende i å implementere digitale verktøy, og de fleste tilbyr allerede et bredt spekter, inkludert e-konsultasjoner. Det faglige kunnskapsgrunnlaget knyttet til digitale løsninger er mangelfullt. Derfor mener NFA at tiden ikke er moden for en forskriftsfestet plikt som pålegger alle fastleger å tilby konsultasjon via tekst, telefon og video.

NFA vil oppfordre Helse- og omsorgsdepartementet til å innhente mer kunnskap om nytte og bivirkninger av digitale løsninger. Samtidig må satsingen på digital utvikling videreføres gjennom EPJ-løftet, og aktiv involvering av fastleger i helsenorge.no og andre digitale tjenester. Velfungerende løsninger vil naturlig finne sin plass, og plikt blir unødvendig.

Digital timebestilling

Departementet foreslår endring i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger som innebærer at kommunale fastlegekontor og selvstendig næringsdrivende fastleger må tilby digital timebestilling på helsenorge.no.

NFA støtter at fastleger skal tilby digital timebestilling, og at vi skal beholde og videreutvikle helsenorge.no som en felles portal til fastlegen for innbyggerne. Samtidig vil vi påpeke at begrepet «digital timebestilling» kan forstås på ulike måter.

Digital timebestilling kan bestå i at listeinnbygger fremmer et ønske om time via en sikker digital melding. Legekontoret mottar og behandler forespørselen, og tildeler time digitalt. Der det er behov for oppklarende eller supplerende opplysninger for å gi riktig prioritet, kan det også være hensiktsmessig at legekontoret besvarer henvendelsen per telefon. Innbygger bør få digital bekreftelse om timen.

En annen forståelse av digital timebestilling kan bestå i at legens timebok gjøres tilgjengelig for listeinnbyggerne via helsenorge.no, og at innbygger selv kan velge ledig time direkte. Denne løsningen benyttes av mange leger i dag, for en andel av konsultasjonskapasiteten, men den har en del svakheter. Legene skal ivareta likeverdig tilgjengelighet for alle pasienter, også de som ikke er digitalt moden. Det betyr at det er bare deler av de tilgjengelige timene som til enhver tid kan gjøres fritt tilgjengelig på helsenorge.no. Legekontorene har svært dyktige medarbeidere med kompetanse i å prioritere henvendelser, beregne riktig tidsbruk og sørge for at legen har smidige og effektive dagsplaner. Dette mister vi når pasienten selv skal velge timen i et digitalt timebestillingsystem. En del pasienter misforstår også tilgjengeligheten. Dersom de ikke finner ledig time i det digitale systemet, tror de at det ikke er mulig å få komme til hos legen. De oppfatter ikke at legen har reservekapasitet som er tilgjengelig gjennom andre kontaktflater. Kanskje velger de å kontakte legevakt eller private helsetilbydere, og opparbeider seg et feilaktig bilde av dårlig tilgjengelighet hos legen.

På grunn av disse svakhetene, vil NFA advare mot å plikte legekontorene til å ta i bruk denne formen for digital timebestilling. Samtidig må det prioriteres ressurser til å forbedre og tilpasse bestillingsløsningene på helsenorge.no.

Oppgavedeling

Departementet foreslår endringer i stønadsforskriften som skal legge til rette for oppgavedeling og en mer tverrfaglig fastlegetjeneste, i form av forslag om at det ytes stønad for konsultasjon som delegeres fra lege til sykepleier.

NFA støtter intensjonen om å skape ytterligere insentiv for oppgavedeling på fastlegekontor gjennom økt honorering av arbeid utført av medarbeidere. NFA kan likevel ikke støtte det fremlagte forslaget, som ensidig fokuserer på sykepleiere. Vi er redd for at det kan skape utilsiktede og uheldige konsekvenser for den tverrfaglige sammensetningen og ressursutnyttelsen i fastlegepraksis.

Fastlegekontor i Norge kjennetegnes allerede av en betydelig grad av tverrfaglighet og oppgavedeling, hvor legene samarbeider med en rekke ulike yrkesgrupper. Ved våre kontorer finner man blant annet helsesekretærer, medisinske sekretærer, bioingeniører, ambulansefagarbeidere, medisinstudenter, radiografer, vernepleiere og sykepleiere, som alle utfører viktige oppgaver. Denne variasjonen i kompetanse er en styrke ved fastlegeordningen, og tilpasses lokale behov og forutsetninger.

Et konkret eksempel fra praksis illustrerer hvordan forslaget slår uheldig ut: Nesbyen er en kommune med mye godt friluftsliv. Dette medfører dessverre også en del bruddskader. Legesenteret har røntgenapparat og radiograf med kompetanse i gipsbehandling av enkle frakturer. Senteret har også sykepleiere. Med departementets forslag vil en sykepleier kunne håndtere og motta honorering for selvstendig behandling av en enkel bruddskade, mens radiografen, som besitter spesifikk kompetanse og erfaring innen dette området, ikke vil ha den samme muligheten. Dette skaper en ulogisk forskjellsbehandling basert på profesjon, ikke kompetanse.

Med den foreslåtte ordningen, kan man se for seg at legekontor som i dag ikke har sykepleier ansatt, vil velge å ansette dette. Dette er sannsynligvis i tråd med departementets ønske, men er det bærekraftig bruk av ressurser? Kan vi risikere at det skaper medisinsk overaktivitet hvis kontoret skal ha tilstrekkelig med arbeidsoppgaver til en sykepleier med selektert kompetanse? Blir sykepleiere sluset bort fra viktigere oppgaver i kommunen? Vil vi få flere leger med mange listepasienter, mye delegering, og begrenset involvering?

Insentivene må knyttes til den faktiske kompetansen og de aktuelle oppgavene. Hvilken profesjon som er nyttig på et fastlegekontor vil variere avhengig av eksisterende kompetanse i teamet, avstand til sykehus og det øvrige helsetilbudet i kommunen. Fastlegeordningen er tilpasningsdyktig, og det skaper effektive helsetjenester med lav kostnad. Fremtidige insentivordninger må derfor også være fleksible og ta høyde for eksisterende variasjon, slik at de understøtter en helhetlig og kompetansebasert tilnærming til oppgavedeling.

Med vennlig hilsen

Marte Kvittum Tangen
leder

Elisabeth Stura
styremedlem