



Legeforeningen

Deres ref.:

Vår ref.: NKK

Dato: 22.5.2025

Høringssvar - forskrift om forsøk med nettlege i allmennlegetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet har med uvanlig kort frist sendt på høring et forslag til forskrift om forsøksordning med nettlege i allmennlegetjenesten (kommunal nettlege). Departementet foreslår i denne forskriften regulering av en finansierings- og oppgjørsløsning for en ny nettlegetjeneste gjennom folketrygden, samt kompetansekrav for leger som skal jobbe som nettlege.

Allmennlegeforeningen mener at Regjeringens forslag om utprøving av en digital allmennlegetjeneste er et feilgrep som ikke bør gjennomføres slik det er foreslått. Nettlegeordningen introduserer en ny type tjeneste som i praksis innebærer at pasienter behandles av leger uten listeansvar, journaltilgang eller forpliktelse til videre oppfølging. Dette utfordrer kjernen i fastlegeordningen og risikerer å skape parallelle og fragmenterte tjenester. Allmennlegeforeningen mener at allmennlegetjenesten fortsatt må baseres på prinsippene om personlig ansvar, kontinuitet og helhetlig oppfølging. Digitale løsninger må utvikles innenfor rammen av fastlegeordningen, ikke som en konkurrerende tjeneste. Vi har derfor spilt inn en rekke konkrete forslag til Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet om hvordan prosjektmidlene kan brukes alternativt for å styrke digital tilgjengelighet for hele befolkningen til fastlegekontorene – uten opprettelse av egne digitale nettleger.

Vi har følgende kommentarer til høringen:

Forsøksordning

Departementet definerer nettlegeordningen som forsøksvirksomhet etter folketrygdloven § 25-13, hvor det stilles krav om at «Forsøksvirksomheten må være faglig og økonomisk vel underbygd». Vi kan ikke se at høringsnotatet tilfredsstiller dette kravet. Det mangler vurderinger av konsekvensene for fastlegeordningen, henvisningsrater, antibiotikabruk og pasientsikkerhet. Slik vi ser det, er risikoen betydelig for at tiltaket fører til merarbeid for øvrige deler av helsetjenesten, lavere kvalitet på oppfølgingen og svekket kontinuitet.

I lys av prosjektets omfang, 50 millioner kroner i statlige midler og ytterligere 26 millioner fra Norsk Helsenett samt takster og egenandeler, forventer vi at det foreligger en grundig utredning i tråd med utredningsinstruksen. Vi kan ikke se at departementet har redegjort for hvorfor dette ikke er gjort (jf. § 1-4 i instruksen). Det må også stilles spørsmål ved om tiltaket faktisk er egnet til å nå sitt formål, og om ikke andre tiltak raskere og mer målrettet kunne forbedret den digitale tilgjengeligheten i fastlegeordningen. Vi savner også en kost-nytte-analyse og en vurdering av alternative tiltak som kunne gjort eksisterende fastlegekontorer mer digitalt tilgjengelige.

Tilgjengelighet

Formålet med forsøket er å gi befolkningen bedre digital tilgang til allmennlegetjenester.

Allmennlegeforeningen mener dette best oppnås gjennom styrking av fastlegeordningen. Leger som nå skal rekrutteres til forsøket burde heller vært tilbudt fastlegeavtaler og bidratt til å fylle de over 230 ubesatte fastlegelistene i Norge. Videre kan digital tilgjengelighet bedres gjennom videreutvikling og forbedring av funksjonalitet på Helsenorge, noe vi allerede har spilt inn til både departementet og direktoratet.

At tjenesten kun skal tilbys innbyggere med folkeregistrert adresse i pilotkommunene, skaper også utfordringer: Fastleger har ofte pasienter bosatt i flere kommuner, og det vil kunne føre til ulikt helsetilbud for pasienter på samme fastlegeliste. Det må også presiseres om personer uten fastlege, men med bostedsadresse i en pilotkommune, skal omfattes av tilbudet.

Videre er det tenkt at pasienten først skal forsøke å bestille time digitalt hos fastlege, men dersom tilbud om time er for langt frem i tid eller ikke passer, skal pasienten tilbys nettlege i stedet. Det er viktig å understreke at grunnet manglende funksjonalitet på Helsenorge vil ofte fastlegekontoret ha flere ledige timer enn det som er synlig og digitalt tilgjengelig. Pasientene bør derfor også oppfordres til å ringe eget legekontor, før de eventuelt rutes videre til nettlege. Det er etter vårt syn også svært begrenset hvilke problemstillinger som egner seg for nettlege-konsultasjoner når legene ikke kjenner pasienten fra tidligere og ikke har tilgang på journal. Video-, telefon- og tekstbaserte konsultasjoner har en rekke begrensninger sammenliknet med fysisk konsultasjon og gir ikke mulighet for kliniske undersøkelser samt laboratorieprøver. Mange pasienter vil nok derfor ikke få løst sine behov via denne løsningen.

Vi ser også en utfordring med asynkrone e-konsultasjoner, da disse ved dialog frem og tilbake ofte vil strekke noe ut i tid og noen ganger over et døgn. En kan da risikere at nettlegen går av vakt og ikke er tilgjengelig på noen dager. En ny lege kan i verste fall måtte overta en uavsluttet konsultasjon, noe som svekker både kvalitet og ansvarslinjer. Vi anbefaler derfor at forsøket begrenses til telefon- og videokonsultasjoner.

Forskjeller i hvordan kommunene organiserer tilbudet vil også gjøre evalueringen vanskeligere. En forsøksordning bør være mest mulig standardisert for å gi et godt kunnskapsgrunnlag.

Betalingsløsning

Det foreslås at betaling skal skje via Helsenorge. Allmennlegeforeningen mener at slik funksjonalitet burde vært tilgjengelig for samtlige fastleger – ikke kun for nettlegeforsøket.

Takster

Det legges opp til bruk av legevaktstakster for nettleger. Det er hensiktsmessig for evaluering at det er egne takster i forsøket og at de skiller mellom konsultasjonsform. Vi finner det rart at det ikke åpnes for bruk av takster for enkle kontakter. Erfaringsmessig er det umulig, selv med gode veiledningsverktøy, å sikre at alle pasientinitierte kontakter virkelig er konsultasjonsverdige slik Helfo beskriver det. En del henvendelser vil trolig være enkle kontakter med råd og veiledning. Om nettlegene finner at konsultasjonstakst ikke kan benyttes, har de ingen alternativ takst, selv om det er brukt tid på å gi informasjon, enkle råd og veiledninger.

Takst 616 (særlig tidkrevende henvisning f.eks. til KAD) og takst 617 (skjemakartlegging) bør kunne benyttes, men støtter at det ikke gis anledning til 612a/b og 615. Det er også inkonsekvent at det for noen takster står at de *kan* kombineres med oppgitte takster, mens det for andre står at de *kun* kan kombineres med oppgitte takster – teksten må være entydig og konsistent.

Honorering

Fastleger har vært digitale i lang tid og har egen kveldstakst for e-konsultasjoner etter ordinær åpningstid. Pasientene betaler det samme hos fastlegen sin uavhengig av tidspunkt for konsultasjonen. Det gir forutsigbarhet for pasienten.

Nettlegene er tenkt å være tilgjengelige mellom 08.00 og 22.00. Med legevaktstakster vil egenandelen for pasientene variere ut fra om legen du rutes til er spesialist og når på døgnet du får tilbud om nettlegetime. Variasjonen er ikke ubetydelig og kan variere fra kr 179 til kr 357. Legevakt er for

tilstander som ikke kan vente, og pasienter aksepterer da stort sett høyere egenandel på kveld og i helg. Hos nettlege vil én og samme tjeneste kunne doble seg i pris om klokken er ett minutt over kl. 16, uavhengig av når du bestilte timen. Det bør vurderes å ha én fast egenandel uavhengig av tidspunkt. Det må også kreves eksplisitt samtykke fra pasienten dersom pris varierer på grunn av tidspunkt for konsultasjonen – særlig når prisforskjellen er betydelig og ikke alltid kjent på forhånd.

Prisen på kr 357 ligger etter hva vi erfarer ikke langt unna det andre helprivate tilbydere opererer med. Det er også godt over hva en e-konsultasjon hos fastlege på kveld koster. Det kan stilles spørsmål om en slik prisforskjell er i tråd med Helsepersonellovens § 6. En prisforskjell avhengig av tidspunkt på døgnet vil trolig også kreve et samtykke fra pasienten om prisen blir høyere dersom tilbudt time skulle bli utenfor kontortid.

Det er også verdt å merke seg at staten i de siste års normaltariffforhandlinger for fastlegene har krevd en reduksjon av taksten for e-konsultasjon på kveldstid. Tidligere var det likt honorert med legevakt, men ligger nå ca. kr 100 lavere. Det har trolig medvirket til at færre fastleger bruker av sine kvelder og helger til e-konsultasjoner, og antallet e-konsultasjoner sank med ca. 30 % siste år. Det er et paradoks at regjeringen i stedet for å honorere fastlegene for å ivareta og være tilgjengelige for egne listepasienter, nå etablerer en høyere honorering av leger uten kjennskap til pasienten for tilsvarende arbeid på kveldstid.

Kompetansekrav

Digitale konsultasjoner uten pasientkontakt og journaltilgang krever høy faglig kompetanse og erfaring. Risikoen for feilvurderinger og unødvendige henvisninger øker betydelig dersom legen ikke har bred klinisk erfaring. Vi foreslår derfor at leger som deltar i forsøket må ha minst to års erfaring fra uselektert allmennpraksis. Det bør også vurderes innført opplæring eller kurs i digitale konsultasjoner for å øke legenes bevissthet rundt de utfordringene og begrensningene det digitale formatet har.

Til merknad 3

Det vises i merknaden til kravene i folketrygdloven § 8-7, men vi mener merknaden også må inneholde de kumulative vilkårene om at *pasienten skal være kjent for legen, diagnosen skal være kjent, legen kan vurdere pasientens arbeidsevne uten fysisk undersøkelse og at legen anser at det er faglig forsvarlig å gjennomføre konsultasjonen som en e-konsultasjon.*

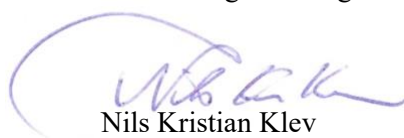
Oppsummering

Allmennlegeforeningen støtter utvikling av digitale løsninger i helsetjenesten, men forsøket med nettlege slik det nå foreslås, er etter vår vurdering dårlig faglig forankret og risikerer å undergrave grunnprinsippene i fastlegeordningen. Forslaget bærer preg av å være hastverksarbeid, uten tilstrekkelig konsekvensutredning, og vil kunne føre til merarbeid, økt fragmentering og svekket pasientsikkerhet.

I stedet for å etablere en parallell digital tjeneste med leger uten pasientansvar, mener vi ressursene må brukes til å styrke den eksisterende fastlegeordningen, både kapasitetsmessig og digitalt. Digital tilgjengelighet for befolkningen kan og bør bedres innenfor rammene av fastlegekontorene, der relasjonen mellom pasient og lege allerede er etablert, journaltilgang foreligger, og oppfølging kan sikres.

Vi oppfordrer departementet til å avstå fra å innføre denne forsøksordningen i sin nåværende form, og heller invitere Legeforeningen og relevante aktører til en felles innsats for å utvikle bærekraftige og faglig forsvarlige digitale løsninger innenfor fastlegeordningen. Det er her vi finner både kunnskapen, kapasiteten og kontinuiteten befolkningen trenger.

Med hilsen
Allmennlegeforeningen



Nils Kristian Klev
leder