

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030 Oslo

Sendt kun per epost til nasjonalhelseogsamhandlingsplan@hod.dep.no

Deres ref.: 22/2404

Vår ref: HSAK202200268

Dato:

Legeforeningens innspill til Nasjonal Helse- og samhandlingsplan

Innledning

Legeforeningen viser til brev av 3. august 2022 og takker for muligheten til å komme med innspill til regjeringens arbeid med Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Legeforeningen takker også for innvilget utsatt frist. Forespørsel om innspill har vært på bred høring i Legeforeningens foreningsledd. Disse er innarbeidet i innspillet og vedtatt av Legeforeningens sentralstyre.

Ministeren opplyser om at Nasjonal helse- og samhandlingsplan skal sees i sammenheng med blant annet arbeidet for styrking av det allmennmedisinske området, opptrappingsplan psykisk helse, forebyggings og behandlingsreform innen rusfeltet og bo trygt hjemme-reformen. Videre at Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil inngå i plansystemet for spesialisthelsetjenesten og gi føringer for lokale og regionale utviklingsplaner. Utredningene fra Helsepersonellkommisjonen og Sykehusutvalget vil følges opp i meldingen.

Ministeren ønsker innspill på følgende temaer:

- Samhandling
- Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp
- Digitalisering
- Personell og kompetanse
- Rehabilitering og mestring
- Svangerskaps-, føde- og barselstilbud
- Psykisk helse og rus
- Akutt-tjenester

Legeforeningen har i tillegg valgt å kommentere på:

- Sykehusbygg
- Avtalespesialistenes rolle i den offentlige helsetjenesten
- Styrking av fastlegeordningen, herunder legevakt
- Helseinnovasjon
- Kommuneoverlegenes rolle

Generelle innspill og viktige budskap

Vår felles helsetjeneste må ha som mål å beholde og videreutvikle et offentlig helsevesen som er førstevalg for pasienter og for helsepersonell. Legeforeningen ser med stor bekymring på manglende tiltak for å sikre en sterk og fremtidsrettet offentlig helsetjeneste. Koronapandemien vist hvor viktig en velfungerende offentlig helsetjeneste er for å takle kriser som rammer samfunnet. Det påhviler myndighetene et stort ansvar for å sikre befolkningen et offentlig helsetjenestetilbud som er robust nok til å takle både demografisk utvikling og kommende kriser. Dette krever investering i alle ledd av tjenesten. Det vil også kreve målrettede rekrutteringstiltak for å utdanne og beholde fremtidens helsepersonell.

Å opprettholde og videreutvikle et godt offentlig helsetilbud vil være en betydelig oppgave for myndighetene og helsetjenesten i en periode med sterkt økende behov som følge av demografiske endringer og medisinsk utvikling:

- Økt levealder vil medføre betydelig økt behov for tjenester.
- Den medisinske kunnskapsutviklingen gjør at vi stadig får flere behandlingsmuligheter.

Begge deler er gledelig.

Men det fører også til at behovet for personell og finansiering vil øke betraktelig, dersom befolkningen skal sikres gode, offentlige og likeverdige helsetjenester – uavhengig av bosted og betalingsevne, alder og avstand sykehus, psykisk eller somatisk sykdom.

For å få til dette, må det investeres mer i fremtidens helsetjenester. Det er ikke tilfellet i dag:

- Krisen i fastlegeordningen har store ringvirkninger og pasientkrisen som følge av dette forverrer seg for hver dag som går. Fastlegeordningen er selve grunnmuren i hele den offentlige helsetjenesten, men likevel uteblir virkningsfulle tiltak. Fastlegeordningen må reddes.
- Belastningen på spesialisthelsetjenesten er stor og mangelen på spesialister i ferd med å bli prekær. Spesialisthelsetjenestens effektivitet har vært presset til det ytterste gjennom en årrekke og det finnes ingen buffer. Nye sykehus bygges for små med få sengeplasser, få rom og lav kapasitet. Norge utdanner ikke tilstrekkelig antall leger og det er i økende grad spesialistmangel i flere fagområder.
- Digitale løsninger som hever kvalitet på behandlingen og er med på å øke pasientsikkerheten er positivt, men det legges til grunn en overdreven tro på effekten at samhandling og digitale løsninger skal løse alle fremtidige utfordringer. En rekke digitale innføringer fremstilles som å gi betydelig effekt, uten at dette er underbygget eller på annen måte sannsynliggjort.
- Den nordiske modellen, med sterk grad av involvering og medbestemmelse, undermineres av nye tilnærminger til styring, ledelse og endret personalpolitikk

Det er avgjørende at det offentlige helsevesenet innrettes med god kvalitet og stort omfang, men det er altså flere utviklingstrekk som utfordrer målet om gode og likeverdige helsetjenester. Legeforeningen vil i det følgende gjøre rede for disse, og lansere anbefalte tiltak og forslag til løsninger.

Samhandling og digitalisering

Legeforeningen mener:

- Uten en tilstrekkelig dimensjonert fastlegeordning med tid til samhandling vil en ikke kunne lykkes med samhandlingsarbeid
- Tverrfaglige tilbud må etableres basert på godt dokumenterte modeller, men tilpasset både lokale forhold og pasientenes behov
- God legebemanning på sykehjem og tett samarbeid mellom hjemmesykepleie og fastlege kan bidra til at bruk av legevakt for de sykeste pasientene reduseres.
- Nasjonal helse- og samhandlingsplan må legge rette for samarbeid om oppgave- og ansvarsfordeling mellom foretak, avtalespesialister og samarbeidende kommuner
- For mye av legens tid går til annet enn pasientrettet arbeid. Rett kompetanse på rett plass er avgjørende for å gjennomføre oppgavene mest mulig effektivt.

Krisen i fastlegeordningen er den største trusselen mot samhandling. Fastlegen er inngangsporten til pasientforløp som krever samhandling fra en rekke aktører. Fastlegene følger pasient, og ofte familien til pasient, gjennom hele livsløpet. De representerer kontinuiteten og koordinerer med de andre aktørene i helsevesenet for å gi best mulig behandling og oppfølging av pasientene. Fastlegene besitter en kompetanse som kommunene er avhengige av om en skal sikre god pasientflyt og samhandling på tvers av tjenestenivåene. Det er derfor viktig at fastlegene brukes aktivt inn i kommunens plan- og systemarbeid og at kommunene har budsjett for slikt frikjøp.

Samhandling mellom sykehus og kommune

Økt behov for tjenester til en aldrende befolkning med økende grad av multisykdom vil stille større krav til samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. God samhandling både knyttet til den enkelte pasient, men også til hvilke oppgaver som skal gis på hvilket nivå. Oppgaveoverføringer mellom primær og spesialisthelsetjenesten må være faglig begrunnet, gjøres i dialog og fellesskap og ikke være drevet av kortsiktig økonomisk gevinst for aktørene. Det vil være avgjørende at antallet fastleger økes for å kunne håndtere den samlede oppgavemengden, inkludert oppgaver overført fra spesialisthelsetjenesten.

"Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024" inneholder flere tiltak om samhandling mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten, herunder:

- Legeoppgaver skal løses på laveste effektive omsorgsnivå
- RHF-ene skal bidra til faglig riktig oppgavedeling mellom helseforetak og fastleger
- Sykehusene skal ikke bruke fastlegene til administrativt arbeid

I tillegg har Norsk forening for allmennmedisin utarbeidet "Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus" som bør legges til grunn for arbeidsdelingen mellom fastleger og sykehus¹:

1 <https://www.legeforeningen.no/contentassets/4c680a9c307640efaffda379b98f7528/anbefalinger-om-samarbeid-mellom-fastleger-og-sykehus-faggruppe-samhandling.pdf>

Samhandlingsreformen

Erfaringene fra samhandlingsreformen har vært at kommunene ikke i tilstrekkelig grad har fått bygget opp et godt nok tilbud til de pasientene de allerede har ansvaret for.

Norsk forskningsråds evaluering av samhandlingsreformen peker på at selv om avtaler ble inngått, resulterte ikke dette i bedre opplevd samarbeid². Asymmetrisk styrkeforhold mellom kommunene og helseforetakene førte til at sykehusene fikk for stor definisjonsmakt. Sett fra klinikken var avtalene i overkant administrative, med begrenset betydning for den faktiske pasientbehandlingen.

Samhandlingsreformen medførte videre at helsetjenesten i kommunene fikk langt flere og større oppgaver, uten at tilstrekkelig med ressurser ble overført i tråd med dette. Skal helsetjenesten i kommunene være i stand til å fullføre disse oppgavene må ressursene følge med.

Samhandlingsarenaer kan være et godt verktøy for å gjøre avtaler og samhandling mellom sykehus og kommune mer likeverdige og levende. Det er positivt at det er en rekke lokale samhandlingsarenaer under utvikling mellom helseforetak og kommuner. Legeforeningens erfaring er at lokale løsninger er gode, og fungerer godt der de er.

Helsetjenesten må sørge for at pasienter med ressurskrevende forløp får et tilbud som er tilpasset deres behov for kontinuerlige og koordinerte tjenester. Da trengs det tydeligere nasjonale føringer for samhandlingen mellom sykehus og kommune enn i dag. Legeforeningen har lenge understreket betydningen av medbestemmelse og stedlig ledelse, altså at pasientnære ledere er tilstrekkelig myndiggjort. For sterk styring ovenfra gir en rekke utilsiktede og negative konsekvenser i en så kunnskapsdrevet virksomhet som helsetjenesten. Vellykket samhandling mellom sykehus og kommune forutsetter klar oppgave- og ansvarsfordeling og motsvarende ressurstilgang.

Fastlegene opplever ikke å være tilstrekkelig involvert i prosesser når det gjelder oppgaveoverføring og pasientforløp og at oppgaver som har både prinsipiell og økonomisk karakter er overført til fastlegene fra sykehus og andre aktører uten enighet eller tilstrekkelig konsekvensutredning. Uten mekanismer som sikrer finansiering av oppgaver som overføres og nødvendig kompetanseheving, vil dette bidra til å svekke kapasiteten i fastlegeordningen.

Det bør videre utredes å utvikle kommunal betalingsplikt for ferdigbehandlede pasienter. Ordningen med kommunal betalingsplikt for ferdigbehandlede pasienter har skapt et høyt konfliktnivå mellom sykehus og kommuner, og heller ikke satt kommunene i stand til å ivareta sine plikter overfor disse pasientene.

Lokale samhandlingsarenaer

² Grimsø, A., et al., Evaluering av samhandlingsreformen, in Forskningsrådet. 2016, Forskningsrådet

Legeforeningen mener:

- Lokale samhandlingsarenaer må bidra til å drøfte og utvikle pasientbehandling på tvers av forvaltningsnivåer
- Det er særlig viktig å sikre likeverdig representasjon fra sykehus og kommune, og at kommuneoverleger og fastleger har en tydelig representasjon i samhandlingsarenaene
- Det bør utredes hvordan helsefellesskapene kan brukes til å sikre bedre samhandling med kommunehelsetjenesten om helhetlige pasientforløp

Praksiskonsulentordningen

Praksiskonsulentordningen (PKO) er et nettverk av allmennpraktiserende leger og sykepleiere som skal sikre og styrke samarbeidet mellom sykehusets avdelinger, allmennpraktiserende leger og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten til beste for enkeltpasienten. Legene representerer de kommunene som sokner til sykehuset, og hver praksiskonsulent er knyttet til en seksjon eller avdeling.

PKOs primære formål er god samhandling mellom leger i klinisk arbeid, knyttet til diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom. Praksiskonsulentene arbeider med å forbedre rutiner og kommunikasjon på systemnivå. Legeforeningen erfarer at PKO fungerer godt mange steder der de får tid og rom til å fylle sin rolle. Skal PKO fungere etter sin hensikt må hjemmelen være tilstrekkelig dimensjonert. Samtidig må PKOene være klinikknært for å fungere som den brobyggeren de er ment å være.

Praksiskonsulentordningen er viktig for god samhandling. Praksiskonsulentordningen bør breddes til alle helseforetak for å sikre bedre samhandling og oppgavefordeling i helsetjenesten.

En forutsetning er en klar funksjonsdeling mellom disse to nivåene av helsetjenestene, med kriterier for hvilke tilbud helseforetak og kommuner skal ha.

Helsefellesskap

Helsefellesskapet ble opprettet som en samarbeidsarena hvor sykehus og kommuner skal samarbeide om de mest sårbare pasientene. Som andre samhandlingsarenaer er det viktig at det gis både rom og tid for dette.

For å løse bærekraftutfordringene i fremtidens helsevesen er god samhandling, på tvers av tjenestenivåene, viktig. Legeforeningen er positiv til opprettelsen av helsefellesskap som en formalisert samarbeidsarena, ledelsesforankret og med klinikerinvolvering.

Helsefellesskapene må videreutvikles og legge til rette for bedre samhandling og skape partnerskap på tvers av nivåene. Det er viktig at prinsippet om at fastleger skal være representert på alle nivå videreføres.

Samtidig må etablerte arenaer for medbestemmelse i kommunene og helseforetakene opprettholdes og respekteres. Det innebærer slik Legeforeningen ser det at beslutninger av betydning for arbeidsforhold i kommuner og helseforetak drøftes med tillitsvalgte i disse virksomhetene.

Legeforeningens erfaring er at arbeidet med å etablere helsefellesskapene går sakte. For at helsefellesskapsmodellen skal lykkes må den breddes, utvikles og være basert på reell samhandling mellom de som skal løse utfordringene. Det er avgjørende at samspillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten beskrives bedre og det må være tilstrekkelige rammer i tjenestene som muliggjør god samhandling

Digitalisering

Legeforeningen mener:

- For å sikre høy brukervennlighet i løsningene er det avgjørende at leger og annet helsepersonell involveres ved uttesting og innføring av nye løsninger
- Det haster med nasjonal innføring av "Pasientens legemiddelliste"
- Det må gjøres en kritisk gjennomgang av tidsbruk og brukervennligheten til IKT-løsninger
- Kvalitet og pasientsikkerhet må ivaretas i digitale prosjekter. Datasikkerhet, tilgjengelighet og stabil oppetid må prioriteres
- Den nasjonale styringsmodellen for e-helse må omformes til en nasjonal råd- og dialogmodell for koordinering, hvor pasientens og helsetjenestens behov prioriteres
- Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren er et viktig for å bedre informasjonssikkerhet og personvern
- Digitalt utenforskap må håndteres med gode alternativer

Det er knyttet store forventninger til hvordan digital transformasjon kan gjøre helsetjenesten mer bærekraftig. Men at digitalisering er mulig, er ingen garanti for at det er nyttig og trygt. Legene opplever at det ofte legges til grunn urealistiske mål for effektivisering ved innføring av nye løsninger, og er skeptisk til en rekke løsningsforslag som presenteres som enkle løsninger på utfordringene sektoren står overfor. En rekke tiltak fremstilles å skulle gi betydelig effekt uten at dette er underbygget eller på annen måte sannsynliggjort. Overdreven tro på effekten av digitale løsninger og styrket samhandling er de mest fremtredende. Dette må gjøres en kritisk gjennomgang av tidsbruk ved og brukervennlighet til IKT-løsninger, slik at vi sikrer at personell ikke kaster bort arbeidstiden unødvendig. Klinisk nytte må alltid være målet.

Digital samhandling

Gode IKT-løsninger er en forutsetning for god samhandling. God samhandling krever utveksling av informasjon om den enkelte pasient, og avklart ansvarsfordeling mellom de involverte partnerne i pasientbehandlingen.

Nye løsninger må bygges slik at systemene utveksler nødvendig pasientinformasjon uavhengig av hvilket journalsystem den enkelte aktør velger å bruke. Det er viktig at en ved innføring av nye systemer ikke medfører tap av funksjonalitet i andre, men at det gir en forbedring for alle parter. Eksempelvis har fastlegene mer enn 40 års erfaring med elektroniske journalsystemer og har i dag programvare som er nøyte tilpasset deres arbeidsflyt og som sikrer høy effektivitet.

Data- og dokumentdeling er et eksempel effektiv samhandling og gjør at helseopplysninger som er lagret i én del av helsetjenesten, er tilgjengelig for en annen. Med data- og dokumentdeling reduseres også den administrative byrden og dobbeltregistreringer kan lettere unngås. Det øker pasientsikkerheten. Mye tid går tapt når leger manuelt må etterspørre viktig informasjon om pasienten hos andre helsetjenester, eller hos pasienten selv.

IKT-verktøyene er infrastruktur som er helt kritisk for dem som jobber i helsetjenesten. Små forbedringer i brukervennlighet kan gi store produktivetsgevinster.

Men elektroniske pasientjournaler (EPJ) må ikke leses ned med irrelevante data, for disse er først og fremst et målrettet, godt arbeidsredskap både for faglige prosesser og for deling av relevant informasjon. Import av store mengder med begrenset relevans vil kunne føre til dataoverflod og kan skape unødig merarbeid og risiko. Det som er klinisk nyttig og relevant kan bli borte i datamengden av irrelevante og støyende data. Premisset i pasientjournalforskriften §4 er: "Journalen skal gi en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand slik at det er lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og eventuelt videre planlagt helsehjelp."

Covid-19 har gitt viktig erfaringer innen digitalisering av helsetjenester. Lærdommer fra TISK-IKT-arbeidet er et eksempel til etterfølgelse. Nøkkelordene er tilstrekkelig finansiering, kortere beslutningslinjer, samarbeid og medvirkning fra fagmiljøene.

Medvirkning

Som ansvarlige for pasientutredning og -behandling bør legene ha en sentral plass i hele prosessen med utvikling, utvelgelse og implementering av nye IKT-løsninger for å sikre optimale pasientforløp.

Å utvikle IKT-verktøy som er brukervennlige og klinisk relevante forutsetter at legene blir engasjert i bestilling og testing, og at leger har en formalisert plass som forvaltere av innhold og oppsett av kliniske løsninger. Dette gjelder både på avdelingsnivå, i sykehus og i kommunehelsetjenesten. I en del andre land er dette formalisert gjennom egne stillinger, som Chief Clinical Information Officer (CCIO) i den britiske helsetjenesten og Chief Medical Information Officers (CMIO) i den amerikanske. Det trengs en markant organisatorisk omstilling hvor IT-prosjekter blir sterkere forankret i organisasjonens øverste ledelse. Klinisk informatikk er på fremmarsj internasjonalt og akademisk, og det er avgjørende at skolerte, digitale ledere har kunnskap og som vet å omsette medisinen i teknologien og vice versa.

For å sikre at nyttebegrepet ivaretas gjennom hele prosessen trengs et likeverdig samarbeid mellom dem som har kunnskap om klinikk og pasientsikkerhet, og dem som har teknisk kunnskap. Men for å være konstruktive samarbeidspartnere, må legene få styrket sin kompetanse og teknologiske endringer må skje med god nok bemanning både før og i lang nok tid etter at endringene innføres. Leger og andre ansatte må settes i stand til å beskrive og systematisere hvordan informasjon brukes, fortelle hva den representerer, ha et bevisst forhold til klinisk kunnskap og kunnskapspresentasjon, forstå hvordan man organiserer og endrer klinisk arbeid, ha innsikt i hvilke muligheter og begrensninger som ligger i å strukturere klinisk språk og dokumentasjon, og ha et bevisst forhold til dokumentert klinisk nytte. Dette er klinisk informatikk. Det er behov for systematisk kompetanseoppbygging over tid. Det er også viktig at bestiller- og anbudskompetansen innenfor IKT bedres, slik at nye løsninger tilfredsstiller de faktiske behovene, f.eks. ved å etablere klinisk informatikere i alle virksomheter. Kunnskap er en viktig byggestein i medisinen, og klinisk informatikk er kunnskap om klinisk informasjon og om hvordan digitale verktøy i klinikken bedre kan brukes til å understøtte informasjonsbruken.

Mer reell brukermedvirkning er helt nødvendig for å få løsninger som er tilpasset behovene i den kliniske hverdagen der møtet med pasienter skjer. Klinikerne må få teste ut ideer og løsninger. Helsetjenesten må derfor har tilgang til trygge IKT-utprøvingsarenaer. Gevinstrealisering kan da skje

over tid, ved gjentatte små forbedringer hvor systemet fininnstilles over tid. Forbedringsarbeid vil kunne skje fortløpende når klinikkene selv kan forvalte endringer i systemet, i stedet for å forsinkes som følge av avhengighet til IKT-systemene.

Legeforeningens oppfatning er at det er mange leger rundt om i helsetjenesten som i realiteten jobber som klinisk informatikere. Disse er ulikt fordelt, og har forskjellige roller og mandat. Det er også mange steder i helsetjenesten hvor de ikke finnes. Det er derfor et behov for å lage strukturer rundt klinisk informatikk-legere både i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Og faget klinisk informatikk må bli fugemassen som vi mangler mellom medisin og teknologi. Et eksempel på god klinikermedvirkning er pilotprosjektet for "Pasientens legemiddelliste" i Bergens-område, der mange klinikere fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samt sykehus-IKT er svært godt engasjert og der det er tett dialog. Det har hittil vært en gjensidig forståelse i prosjektet når utfordringer har oppstått, noe som gir et engasjement og tålmodighet for at prosjektet skal lykkes før det breddes ut nasjonalt. Dette er det største, viktigste pågående samhandlingsprosjektet i helsetjenesten nå, og det haster Det haster med å innføre "Pasientens legemiddelliste" nasjonalt. Det vil sikre både kvalitet og pasientsikkerhet.

Produktivitet må legges til grunn ved innføring av nye tiltak

Det er viktig å legge økt produktivitet til grunn når nye tiltak vurderes innført. Gitt betydelig økning i behov og rekrutteringsutfordringer i de kommende årene, bør endringstiltak i helsetjenesten være erfaringsbaserte og solid faglig fundert. Økt produktivitet bør være den viktigste rettesnoren og målsetningen når nye tiltak vurderes innført. Vi viser i denne sammenheng til tilrådingene Legeforeningen gav i rapporten "Smarte investeringer for en usikker framtid" (2019).

En rekke tiltak de senere år har vært svakt underbygget og at hensynet til økt produktivitet har vært for lavt vektlagt. Optimalisering av sykehus basert på arealeffektivitet er et egnet eksempel. Løsninger som optimaliseres for å være arealeffektive vil regelmessig være lite personell-effektive, og derfor utløse krav til økt bemanningsfaktor. Tilsvarende vurderinger gjelder på IKT-feltet. En rekke IKT-løsninger bidrar til bedre og mer effektiv pasientbehandling. Men mange av de store satsningene innen IKT-feltet de senere årene, som nye journalløsninger eller kurveløsninger, er i for liten grad innrettet for å være effektive verktøy for sluttbruker.

Også når det gjelder en hensiktsmessig arbeidsdeling ser vi utviklingstrekk som truer eller svekker helsetjenesten. Nye tiltak blir introdusert under forutsetning om nedbemanning. Når støttepersonalet sies opp, blir effekten for øvrige arbeidstakere regelmessig økt arbeidsbyrde og lavere produktivitet. Legeforeningen mener det er betydelig potensial for høyere produktivitet i behandlerleddet, gitt en bedre organisering, arbeidsdeling og understøttelse av behandlerne. Endret arbeidsdeling bør ta utgangspunkt i den spesifikke kompetansen som er nødvendig for å utføre arbeidsoppgaven på en effektiv og forsvarlig måte.

Det er internasjonalt og i Norge erfaring med at nye digitale løsninger skaper merarbeid. Internasjonalt er legers utbrenthet knyttet til digitalisering av pasientjournal et stort tema som bekymrer. Tiltak må iverksettes for å redusere merarbeid ved digitalisering.

Store deler av samfunnets virksomheter er i ferd med eller skal digitalisere sine arbeidsprosesser, og da vil dette påvirke helsetjenesten når helsetjenesten er samarbeidspart. Eksempler er NAV, Arbeidstilsynet, statsforvaltere, Vegvesen, HELFO, barnevern etc., statlige virksomheter som har

behov for opplysninger fra helsetjenesten. Når disse automatiserer sin informasjonsbehandling er det helt sentralt at nye oppgaver med å samle inn data ikke flyttes til helsetjenesten. Helsetjenesten må ikke bli datasamler for statlige og private virksomheter. Det må stilles krav om at disse virksomhetene ser helheten i helsetjenesten, mobiliserer pasientenes ressurser, forholder seg til gjeldende tekniske standarder og sørger for tett medvirkning med helsetjenesten i digitaliseringsprosjekter.

Varsomhet

Når samfunnets virksomheter digitaliserer sine prosesser må man påse at disse ikke flytter manuelt arbeid til den utøvende helsetjenesten mens de selv automatiserer og effektiviserer.

Blant løsningsforslagene Legeforeningen vil anmode behandles med en kritisk grunninnstilling er:

- digitalisering av tjenestene
- standardisering av tjenestene
- overføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten (integreerte tjenester)
- hjemmesykehus
- oppsøkende team

Blant disse løsningene finnes tiltak som kan bidra til enklere, bedre og mer sømløs oppfølging for pasientene, men som i liten grad løser grunnproblemet med økt behov og sviktende rekruttering. En rekke omorganiserings- og endringstiltak i tillegg i seg selv har skadepotensiale og kan utgjøre en betydelig utfordring for helsetjenesten. Dette gjelder:

- valg av løsninger som er ikke-utprøvde, malplasserte eller direkte feilslåtte
- sammenslåing til (for) store enheter
- innføring av overflødige eller tungdrevne IKT-løsninger
- oppføring av bygg som er for trange
- avhending av areal som er nødvendig i drift og bidra til fleksibilitet
- uhensiktsmessig forslag til ny arbeidsdeling; eksempelvis sykepleiere for å erstatte legevakts- eller fastleger

Legene opplever at det ofte legges til grunn urealistiske mål for effektivisering ved innføring av nye løsninger og erfaringsmessig har flere digitaliseringsprosesser heller medført økt arbeidsbelastning for legene fordi det ofte er utviklet som portaler med egen innlogging og ikke som integrerte løsninger i dagens journalsystemer. Det er knyttet tvil om og hvordan innføring av nye systemer gir effektivisering, og hvordan digitale løsninger faktisk fungerer i arbeidshverdagen. Legeforeningen har utarbeidet suksessfaktorer for digitaliseringsprosjekter i helsetjenesten³:

- Kunnskapsoppsummeringer viser at effekten på kvalitet og pasientsikkerhet mht. digital beslutningsstøtte er mer beskjeden enn man kunne ha håpet. En systematisk oversikt⁴ har

³ [Suksessfaktorer for digitalisering i helsetjenesten \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/suksessfaktorer-for-digitalisering-i-helsetjenesten)

⁴ Muhiyaddin R et al: The Impact of Clinical Decision Support Systems (CDSS) on Physicians: A Scoping Review. Studies in Health Technology and Informatics p 470 – 473, volume 272: The Importance of Health Informatics in Public Health during a Pandemic. DOI10.3233/SHTI200597



vist at mengden antatt nødvendige henvisninger kan øke. Det er holdepunkter for at særlig digital førstekontakt ved nyoppståtte helseplager, eller ved kontakt med helsepersonell som ikke kjenner pasienten, ofte fører til behov for fysiske konsultasjoner i oppfølgingen, og at samlet ressursbruk dermed øker^{5 6 7}. Det er dessuten sterke indikasjoner på at samlet forbruk av helsetjenester øker, og at grupper med store behov i mindre grad får del i denne veksten.

- Slike digitale tjenester må være kvalitetssikret, ha vist seg å være velfungerende, og at de som skal yte tjenestene, har klare kommando- og tiltakslinjer. Det er sparsomt med forskning på effekt av e-helsetjenester. En må ikke sette i gang nye tiltak uten mulighet til å evaluere effekten.

Digitalt utenforskap må håndteres

Pasientenes utgangspunkt og rammebetingelser for å kunne nyttiggjøre seg av digitale verktøy er svært ulike. Den enkeltes digitale helsekompetanse ('digital health literacy') er avgjørende. Evnen til å bruke digitale verktøy har ikke bare en aldersdimensjon, men også sosioøkonomiske og -kulturelle forhold har betydning. Det er anslått at 14 prosent av den norske befolkningen har begrensede digitale evner⁸. Mange pasientgrupper vil ha store utfordringer både når det gjelder helsekompetanse og digitale muligheter, og risikerer i enda større grad ikke å få tilgang til nødvendig helsehjelp når helsetjenester blir digitale. Blant de med grunnskole som høyeste fullførte utdanning er det for eksempel 30 prosent som har lite eller ingen erfaring med digitale tjenester⁹. Legeforeningen er bekymret for at digitale helsetjenester vil bidra til ytterligere todeling av helsevesenet da de ressurssterke vil kunne benytte seg av tilbudet mens flere av de ressursvake pasientene igjen blir taperne.

Videokonsultasjoner

Legeforeningen mener at hovedregelen skal være fysisk oppmøte for pasient, og at det må komme tydelige og kunnskapsbaserte retningslinjer for hvilke kontroller som kan være digitale. Bakgrunnen for oppmøte er risikoen for at viktige fysiske funn hos pasienten overses, og at behandler og pasient i videokonsultasjoner mister mye av den ikke-verbale kommunikasjonen, som er viktig for å bygge tillit mellom dem. Det må tas med i vurderingene risikoen for at kommunikasjon og gjensidig forståelse av informasjon mellom lege og pasient blir dårligere. Dette kan føre til lavere etterlevelse (compliance) hos pasienten, og på sikt dårligere oppfølging, med behov for flere kontroller. Videokonsultasjon er én av tre digitale konsultasjonsformer; det er stor forskjell på en skriftlig e-konsultasjon og telefon- eller videokonsultasjon, noe som bør tydeliggjøres i faglige veiledere.

Det lar seg ikke gjøre å vurdere en legevaktpasient over video med mindre pasienten kun er lettere syk eller skadet. Moderat og alvorlig syke og skadede pasienter trenger oftest fysisk legekontakt.

⁵ Car J et al: Video consultations in primary and specialist care during the covid-19 pandemic and beyond. BMJ 2020; 371 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3945> (Published 20 October 2020)

⁶ Murphy M et al: Implementation of remote consulting in UK primary care following the COVID-19 pandemic: a mixed-methods longitudinal study. Br J Gen Pract 2021; DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0948>

⁷ Salisbury C et al: The Impact of Digital-First Consultations on Workload in General Practice: Modeling Study. J Med Internet Res. 2020 Jun; 22(6): e18203. doi: 10.2196/18203

⁸ [befolkningens digitale kompetanse og deltakelse.pdf \(kompetansenorge.no\)](#)

⁹ [Digital sårbarhet: Hvem har høy risiko for å falle utenfor? \(ssb.no\)](#)

Videolegevakter uten lege hos pasienten, vil øke behovet for bil- og luftambulansetjenester i slike områder, gitt at legevaktmedisin i all hovedsak er allmennmedisin.

Digital hjemmeoppfølging

Flere pasienter og pasientgrupper vil få mulighet for behandling og oppfølging av helsetjenesten i eget hjem. Nye tjenester skal utvikles. Det er viktig at dette skjer fra de kliniske miljøene. Hittil har digital hjemmeoppfølging (ikke hjemmesykehus) vært et utviklingsprosjekt og det finnes få holdepunkter for at digital hjemmeoppfølging vil gi høyere effektivitet.

Innføring av digital hjemmeoppfølging kan gi merarbeid for helsetjenesten på flere nivåer. Behovet for tverrfaglige møter er én årsak. Strukturelt kan digital hjemmeoppfølging på tvers av nivåer i helsetjenesten sette i gang flere parallelle løp der helsepersonell ikke er i kontakt med hverandre. Det kan av den grunn genereres mye mer data. Da blir det et spørsmål om hvem som skal ha ansvar for å tolke dataene.

I en kunnskapsoppsummering fra FHI-rapport konkluderes det med at digital hjemmeoppfølging påvirker i liten grad sykehusinnleggelser, liggedøgn på sykehus eller besøk på poliklinikk og akuttmottak. Det er heller ikke noe som tyder på at timeforbruk på helsetjenester i hjemmet reduseres.¹⁰

Helseinnovasjon og forskning

Legeforeningen mener:

- Helseinnovasjon må være behovsdrevet og ha pasientnært perspektiv
- Det bør etableres finansieringsordninger for kliniske studier med lengre varighet
- De regionale helseforetakene bør oppfordres til å synliggjøre innovasjon, slik at dette blir mer integrert i helsetjenesten.
- Pasientsikkerhet må ivaretas i alle prosjekter

Helseinnovasjon

Innovasjon må ha som primært mål at det skal komme pasientene til gode, enten i form av bedre medisinske resultater, mer effektive behandlingsforløp eller mindre økonomisk belastning. For å oppnå dette, må legene involveres. Leger er vant til å vurdere nye behandlingsmetoder på en systematisk og vitenskapelig måte og har et tillitsfullt forhold til sine pasienter. Dette er en historisk styrke man må ivareta i arbeidet med innovasjon. Det er derfor viktig å arbeide for at det legges til rette for god klinikerinvolvering i tidlig fase av helseinnovasjonsprosjekter i alle deler av helsetjenesten.

Ikke alle innovasjonsprosjekter kan underlegges en vitenskapelig evaluering, men det er helt sentralt at prosjektet ivaretar pasientsikkerheten. Det er grunn til å være oppmerksom på at enkelte

¹⁰ [Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten \(fhi.no\)](https://fhi.no/dokumenter/rapporter-og-publikasjoner/digital-hjemmeoppfolging-og-ressursbruk-i-primar-og-spesialisthelsetjenesten)

innovasjonsprosjekter kan ha et primært økonomisk fokus med overforbruk av medisinske tjenester og andre uheldige effekter som resultat.

Klinisk forskning

Forskning og implementering av forskningsresultater er grunnlaget for en kunnskapsbasert helsetjeneste, og bidrar både til god helse og til innovasjon. Helseforskning må derfor igjen bli et helt tydelig og markert hovedsatsingsområde i norsk forskningspolitikk.

Den norske legeforening er opptatt av at forskning skal være en integrert del av klinisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å utvikle en forskningsvennlig kultur i helseforetakene. Konkrete krav om akademisk kompetanse og aktivitet i helseforetakenes rapportering kan motivere til økt omfang og kvalitet av klinisk forskning.

Evne, vilje og mulighet er stikkord for å bidra til at etablerte leger og klinikere fokuserer på forskning og at yngre leger rekrutteres. En positiv holdning i arbeidsmiljø og utdanning påvirker og motiverer leger og studenter til å delta i forskning. Kunnskap om forskning og forskningsmuligheter i medisinstudiene og spesialistutdanningen er essensielt, og medisinerere må ha mulighet til å utvikle kompetanse og kritisk vurdere og videreutvikle kunnskap.

Kommunehelsetjenesten

Fastlegeordningen må reddes

Legeforeningen mener:

- Det er et politisk ansvar å sørge for at hele befolkningen får oppfylt retten til fast lege.
- Staten må fremdeles ha hovedansvaret for finansieringen av ordningen, legetjenesten kan ikke være avhengig av ressursene i den enkelte kommune
- Fastlegeordningen er underfinansiert, og en betydelig styrking av økonomien er helt nødvendig for å få flere leger inn i ordningen og redusere arbeidsbelastningen
- Både basistilskuddet og den aktivitetsbaserte økonomien må økes for å legge til rette for kortere lister og redusert arbeidsbelastning.
- Finansieringssystemet må utvikles og tilpasses endringer i demografi, oppgaver og medisinsk utvikling.
- Det må etableres mekanismer som sørger for at det følger med økonomi til nye oppgaver, og som hindrer ukontrollert oppgaveoverføring.
- Nasjonal ALIS må videreutvikles slik at utdanningsløpet i allmennmedisin blir like attraktivt som spesialisering i sykehus.
- Særlig sårbare grupper må skjermes mot egenandeler, og egenandelen må fjernes for alle til og med 20 år

Fastlegeordningen er grunnmuren i vår felles helsetjeneste. Ordningen sikrer befolkningen tilgang på en kompetent og moderne primærhelsetjeneste uavhengig av bosted, sosial status og personlig økonomi. Fastlegene har ansvaret for at befolkningen får forsvarlig behandling og oppfølging, og er et stabilt og trygt kontaktpunkt i en stadig mer kompleks helsetjeneste. Fastlegens portvokterfunksjon og henvisningsplikt bidrar til at ressursene brukes på riktig nivå i helsetjenesten.

Fastlegene står pasienten nærmest. Å ha samme fastlege over tid reduserer bruken av legevakt, gir færre sykehus-innleggelser og reduserer dødelighet: Pasienter som har hatt samme fastlege i 15 år har 25% redusert dødelighet, 28% redusert risiko for innleggelse i sykehus og 30% færre legevaktsbesøk som de som har ny fastlege¹¹. Verdien av kontinuitet i lege-pasient forholdet kan derfor ikke understrekes nok.

Da trengs flere fastleger med kortere pasientlister. Det er ikke mulig å oppnå uten en betydelig styrking av økonomien. Videre må det på plass forutsigbare rammebetingelser for å beholde dagens fastleger og å rekruttere tilstrekkelig antall nye leger inn i ordningen.

¹¹ Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg and Steinar Hunskaar British Journal of General Practice 2022; 72 (715): e84-e90. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

Som en følge av økning i oppgaver som skulle løses i kommunene, forutsatte Samhandlingsreformen en betydelig økning i allmennleger. Til tross for dette, har andelen allmennleger i Norge sunket fra 20 prosent i 2009 til 16 prosent i 2019¹².

Fastlegen forvalter samfunnets helseressurser og sikrer at det er de pasientene som trenger det som får prioritert behandling videre i spesialisthelsetjenesten eller i andre helse- og omsorgstjenester i kommunen. Det er god samfunnsøkonomi at alle pasienter behandles på lavest mulig nivå i helsesystemet vårt. En forutsigbar og fungerende fastlegeordning er igjen et premiss for at sykehusene er dimensjonert riktig.

Legeforeningen varslet tidlig om utfordringer i fastlegeordningen. Vi så at erfarne leger ikke lenger ønsket å være fastleger og at det var vanskelig å rekruttere nye leger inn i ordningen. Legeforeningen identifiserte også tidlig årsakene til utfordringene, nemlig en formidabel arbeidsbelastning som følge av ukontrollert oppgaveoverføring og underfinansiering av ordningen. Ordningen er de siste årene blitt holdt i live av leger som jobbet stadig lengre dager, og kommuner som stadig bruker mer penger på ordningen enn det som var forutsatt. Det er helt nødvendig å rekruttere nye leger for å redusere arbeidsbelastningen for legene som er i ordningen og for å sikre pasientene en god helsetjeneste. I Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse fra 2018¹³ ble det slått fast at fastleger i gjennomsnitt jobber 55,6 timer hver uke. Undersøkelsen viste videre at 25 prosent jobber mer enn 62 timer, og 10 prosent jobber mer enn 75 timer i uken. Fastlegene besitter en kompetanse som kommunene er avhengige av om en skal sikre god pasientflyt og samhandling på tvers av tjenestenivåene, men da må de kunne ha tid i arbeidshverdagen til det.

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten ble lansert i mai 2020 etter evaluering av fastlegeordningen som ble gjennomført i regi av Helsedirektoratet i 2019. Legeforeningen var en viktig bidragsyter til planen, og den inneholder en rekke gode tiltak. Legeforeningen var imidlertid både før og etter fremleggelsen av planen svært tydelig på at tilstrekkelig finansiering var en forutsetning for at planen skulle ha ønsket effekt. Dessverre er de avsatte midlene i handlingsplanen på 1,6 milliarder er på langt nær nok til å sikre stabilisering og rekruttering. Det er derfor behov for en betydelig økt finansiering av allmennlegetjenesten.

Krisen i fastlegeordningen truer selve fundamentet i vår felles helsetjeneste. Pasientkrisen er allerede et faktum og Legeforeningen mener det er uholdbart at det nå står over 235.000 nordmenn uten fastlege – et tall som øker for hver dag som går.

Investeringer i primærhelsetjenesten er en investering for fremtiden. Sittende regjering har fra starten hatt fastlegeordningen høyt på sin agenda, men det er ikke tilført midler av en størrelsesorden som er nødvendig for å redde ordningen. Legeforeningen er svært bekymret for at man på nytt iverksetter tiltak og gjør justeringer som ikke vil ha effekt. I Helse- og samhandlingsplanen må det angis en tydelig retning for hvordan ordningen skal reddes og ikke minst videreutvikles.

Krisen i fastlegeordningen rammer sårbare pasienter hardest

Legeforeningen er kritiske til stadig økte egenandeler. Høye egenandeler rammer ofte pasienter med lavest betalingsevne. De har som regel størst behov for å oppsøke og få helsehjelp, og skal være

¹² OECD - Health at a Glance

¹³ [Fastlegers tidsbruk - regjeringen.no](https://fastlegers.tidsbruk-regjeringen.no)

prioritert av helsetjenesten. Økte egenandeler kan bidra til at helsetjenesten forsterker, heller enn motvirker, sosiale helseforskjeller.

Ungdom i aldersgruppen 16-20 år benytter fastlegetjenesten i minst grad. Ungdommer fra lavinntektsfamilier har større behov for oppfølging fra helsetjenesten, og vi ser at mange ikke tar seg råd til å oppsøke fastlegen. LHBT-ungdom er en spesielt sårbar gruppe, og særlig LHBT ungdom med innvandrerbakgrunn. Pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser er en pasientgruppe som er særlig avhengige av stabil og koordinert oppfølging for å få god nok helsehjelp. Erfaringer viser også at mange som sliter med rus og psykisk uhelse ikke har råd til å betale egenandeler og derfor lar være å oppsøke lege. Fritak for egenandel vil gjøre det lettere for denne gruppen å oppsøke fastlege.

Legevakt

Legeforeningen mener:

- Vaktbelastningen i legevakt er en viktig årsak til fastlegenes høye arbeidsbelastning, som bidrar til rekrutteringsutfordringer og lav stabilitet i fastlegeordningen
- Det er viktig for primærhelsetjenesten og beredskapen i distriktene at det fortsatt er lokalsykehus med akuttfunksjoner, slik at det ikke blir for store avstander til sykehus
- Sentralisering og desentralisering må være godt faglig fundert og konsekvensutredet
- Kommunene må gis rammevilkår som gjør det mulig for dem å oppfylle sitt sørge-for-ansvar

Legevakten er en viktig inngangsport til helsetjenesten. Legevakt er videre en viktig del av allmennmedisinen og skaper en trygghet for befolkningen. I 2021 hadde legevakten i Norge om lag fire millioner pasientkontakter¹⁴. Det skal være enkelt å oppsøke legevakten selv om det alltid vil være varierende grad av alvorlighet hos pasientene. Ulike behov må imidlertid møtes med ulike tiltak – dette krever god organisering og god bemanning av legevakten.

Organisering av legevakt

Legevakten kan organiseres på ulike måter. Særlig i de større kommunene er det blitt opprettet egne døgnåpne legevakter med fast ansatt helsepersonell som ivaretar de pasientene som har behov for helsehjelp og ikke har en tilgjengelig fastlege. Det er stor variasjon mellom kommuner iblant annet lokalisering, bemanning og utstyr ved legevaktsentralene. Hovedformen i de fleste kommunene er imidlertid at fastlegene deltar i legevakt på dagtid (daglegevakt) og setter av tid for dette arbeidet på bestemte dager i deres åpningstid (kl. 08-16). Etter kl. 16 kan legevakten organiseres med beredskapsvakt, eller at det er en åpen legevaktsentral som pasientene kan kontakte ved behov.

Organiseringen av legevakt har endret seg de siste årene, med en nedgang i antall legevakter og stadig større enheter. Interkommunalt samarbeid er i dag den dominerende organisasjonsformen. I 17 av 19 fylker har et flertall av kommunene gått inn i interkommunale legevaktordninger, og 11 fylker har så få som 0–2 kommunale legevakter. Kun to fylker, Oslo og Finnmark, har en klar

¹⁴ [Årsstatistikk fra legevakt - Norge \(nrcer.no\)](https://nrcer.no/arsstatistikk-fra-legevakt-norge)

dominans av kommunale legevakter og få interkommunale løsninger. Hver interkommunale legevakt dekker i snitt tre kommuner¹⁵.

Å slå sammen legevakter kan være en god løsning for å sikre mer hensiktsmessig bruk av ressurser, bygge gode fagmiljøer og profesjonalisere driften. Det er samtidig dokumentert at reiseavstand påvirker bruksmønsteret. I noen områder er sentralisering nødvendig for å ivareta beredskapen, ha god bemanning og sikre en profesjonell drift. Samtidig finnes det eksempler på små, lokale legevakter som fungerer godt. Det er ingen automatikk i at sentralisering hever kvaliteten. Det er viktig at god kvalitet settes som premiss for sammenslåinger og/eller for opprettholdelse av lokale legevaktstasjoner. Sentralisering og desentralisering må være godt faglig fundert, og konsekvenser av sentralisering må alltid vurderes nøye. Herunder konsekvensene i form av reisetid og arbeidsintensitet for personellet som skal bemanne legevaktene.

Krisen i fastlegeordningen har direkte konsekvenser for legevakt

Legevakt er et kommunalt ansvar og det er derfor nødvendig at kommunene sikrer en god, lokal beredskapstjeneste i hele landet. Dette inkluderer en forsvarlig legedekning, slik at alle kommunens legeoppgaver blir sett under ett.

Legevakter bemannes i stor grad av fastleger, som har dette på toppen av lange arbeidsuker på fastlegekontoret og øvrige oppgaver i allmennlegetjenesten. Særlig mindre kommuner i distriktene melder om vanskeligheter med å bemanne legevakt, og fastleger i distriktskommuner har ofte høy vaktbelastning¹⁶. Vaktbelastningen i legevakt er en viktig årsak til fastlegenes høye arbeidsbelastning, som bidrar til rekrutteringsutfordringer og dårlig stabilitet i fastlegeordningen. Fastlegeordningen og legevakttjenesten må derfor sees i sammenheng. Fastlegenes plikt til å gå legevakt kommer på toppen av allerede fulle arbeidsdager, uten at legen har mulighet til å takke nei og uten arbeidstidsvernet som gjelder ellers i samfunnet. En forskriftsfestet plikt til legevakt, som er oppstilt helt uten rammer for arbeidstid mv, svekker mulighetene til å innføre modeller som sikrer tilliten til ordningen og som kan stabilisere legedekningen i distrikt.

Det er behov for reguleringer som sikrer legene et bedre vern mot for høy arbeidsbelastning for både å beholde dagens leger og legge til rette for økt rekruttering av fastleger. Dette innebærer også at kommunene må gis rammevilkår som gjør det mulig for dem å oppfylle sitt sørge-for-ansvar. Legeforeningen jobber for at legevakt skal regnes som en offentlig allmennmedisinsk oppgave. Dette vil kreve flere leger i kommunene og at myndighetene sørger for finansiering og nødvendige forskriftsendringer.

Kommuneoverlegenes rolle

Legeforeningen mener

- Kommuneoverlegerollen er en knapphetsressurs og har vært underdimensjonert over lang tid.

¹⁵ [NOU 2015: 17 - regjeringen.no](#)

¹⁶ [Små kommuner har størst legevaktbelastning - regjeringen.no](#)



- Anbefalingene fra Koronakommisjonen for å styrke og stabilisere kommuneoverlegefunksjonen må følges opp
- Kommuneoverlegerollen må ha en stillingsbrøk som er tilstrekkelig stor og tilpasset lokale behov for å sikre samfunnsmedisinsk beredskap
- Kommuneoverlegen må ha en tydelig beskrevet rolle, og det må være administrativ nærhet til beslutningstakere
- Det er behov for en gjennomgang av oppgaveporteføljen til kommuneoverlegerollen
- Det bør settes tydeligere krav til samfunnsmedisinsk kompetanse

Covid-19 pandemien har vist betydningen av en velfungerende samfunnsmedisinsk beredskap og kommuneoverlegens rolle. Samtidig har den også synliggjort hvilken knapphetsressurs kommuneoverlegefunksjonen er. Kommuneoverlegen har hatt, og har fortsatt, en sentral rolle i pandemi-håndteringen i lokalsamfunnet og opp mot nasjonale helsemyndigheter. Viktigheten av Kommuneoverlege-rollen minker heller ikke selv uten en pandemi å vise til. Kommuneoverlegens arbeid med å ha oversikt over det helhetlige helsebehovet til lokalbefolkningen i kommunene, folkehelse, miljø, beredskap og planarbeid er viktig for lokalsamfunnet. Likevel varierer det fra kommune til kommune hvordan dette er løst. Underdimensjonerte samfunnsmedisinske legestillinger gir dårligere folkehelse fordi det rammer kommunenes kapasitet innenfor smittevernarbeid og medisinsk-faglig rådgivning overfor kommunen og innbyggerne. Helsedirektoratet skal på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjøre et arbeid for å se på om lovverket sikrer kommunelegefunksjonen så den er rustet for pandemier/epidemier av en viss varighet. Legeforeningen bidrar gjerne i dette arbeidet.

Stillingsstørrelse og samfunnsmedisinsk beredskap

Kommuneoverlegerollen er i mange tilfeller kombinasjonsstillinger eller plassert i mindre stillinger, og det er ikke uvanlig at det kun er ansatt en person som kommuneoverlege. I 2020-2021 kartla Helsedirektoratet kommunelegefunksjonen nasjonalt og det fremkom her at kun 34 prosent av kommunene hadde mer enn en kommunelege, og at hele 49 prosent ikke hadde stedfortreder i stillingen¹⁷. Dette har konsekvenser for den samfunnsmedisinske beredskapen i kommunen og gjør kommuneoverlegerollen svært sårbar ved sykdom eller andre situasjoner hvor kommuneoverlegen ikke er tilgjengelig.

Det bør vurderes om man skal innføre en minstenorm for størrelse på kommuneoverlegestillinger. Legeforeningen har tidligere gitt innspill til Helsedirektoratets arbeid vedr. videreutvikling av kommuneoverlegerollen i mai 2022 og har støttet en minstenorm på 75 prosent. Uavhengig av minstenorm eller ikke mener Legeforeningen at kommunene må sikre at det planlegges og organiseres en forsvarlig kommuneoverlegefunksjon med tilstrekkelige stillingsstørrelser, kapasitet og med stedfortredere. Samtidig er det viktig at kommuneoverlegenes organisatoriske plassering i kommuner sikrer tilgang til relevante beslutning og diskusjonsfora i kommunen - ikke bare i krisetilfeller¹⁸. Legeforeningen mener det må etableres KOSTRA-rapportering på kommuneoverlegefunksjonen. Et passende nivå kan være å redegjøre for antall årsverk kommuneoverlege, dekningsgrad ferdig spesialist, og hvor mange leger som inngår i funksjonen.

¹⁷ [Samfunnsmedisinsk beredskap i kommunene | Statsforvalteren i Vestland \(statsforvalteren.no\)](https://statsforvalteren.no/tema/samfunnsmedisinsk-beredskap-i-kommunene)

¹⁸ [Kommuneoverlegers opplevelse av egen rolle | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](https://tidsskriftet.no/2022/01/kommuneoverlegers-opplevelse-av-egen-rolle)

En tydeligere rolle - Gjennomgang av oppgaveporteføljen

Det må gjennomføres en omfattende rydding i lovverket på hvilke oppgaver skal falle til kommuneoverlegen. Det er i en rekke lover, forskrifter og veiledere, lovkommentarer, rundskriv osv. gitt oppgaver enten til "kommunelege" eller som er angitt å kreve "medisinskfaglig vurdering". Det er derfor nødvendig med en gjennomgang av "oppgaveporteføljen" til kommuneoverlegerollen. Dette både for å vurdere om det er oppgaver som skal fjernes, endres, eller legges til. Det er også grunn til å spørre om kommuneoverlegen har kompetanse til å utføre de oppgavene som er lagt til rollen eller om det er andre funksjoner i kommunen, eventuelt andre myndigheter, som er bedre egnet til å løse flere av disse.

En klar og ryddig veileder for kommunene er nødvendig. Veilederen bør omtale de lovpålagte oppgavene som må ivaretas av kommuneoverlegene. Den samlede oversikten kan benyttes av kommunen til å vurdere samlet arbeidsmengde, og eventuelt til å dele oppgavene i deler som kan ivaretas av forskjellige kommuneoverleger og dermed øke robusthet og forenkle kontinuitetsplanleggingen. Videre ble det under pandemien også bygget opp en database med oversikt over kommuneoverleger. Denne kan med fordel videreføres som et verktøy for bl.a. samarbeid på tvers av kommunegrenser.

Kommuneoverlegefunksjonen må ikke minst tydeliggjøres ved at begrepet "kommunelege" erstattes med "kommuneoverlege". Dette gjelder alle relevante regelverk for den samfunnsmedisinske funksjonen som kommunens medisinskfaglige rådgiver.

Kommuneoverlegens kompetanse – spesialisering i samfunnsmedisin

Av folkehelseloven § 27 framgår det at kommunen skal ha «nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse». Dette bør tydeliggjøres ved at det settes krav om at kommunens medisinskfaglige rådgiver, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 og folkehelseloven § 27 enten må være spesialist i samfunnsmedisin eller i spesialisering i samfunnsmedisin (med tilgjengelig veileder som er spesialist). Dette vil bidra til å sikre riktig kompetanse.

Regelverket krever at leger i spesialisering i samfunnsmedisin skal veiledes av en spesialist i samfunnsmedisin. For leger i spesialisering i allmennmedisin er det både fastsatt krav til antall timer veiledning per år, samt at kommunen kan søke tilskudd for å dekke kostnader knyttet til slik veiledning. Tilsvarende krav til omfang av veiledning eller mulighet for dekning av veiledningskostnader finnes ikke for samfunnsmedisin. Dette må komme på plass for å sikre kvalitet i utdanningen av nye spesialister. På denne måten vil man også sikre at leger i spesialisering, både i ny og gammel ordning, til enhver tid har en erfaren spesialist i samfunnsmedisin som veileder.

Sykehusbygg for framtiden

Legeforeningen mener:

- Det må innføres en ny finansieringsmodell for sykehusbygg
- Investeringsbehovet i landets sykehus må inngå i Nasjonal helse- og samhandlingsplan og behandles av Stortinget



- Sykehusbygg må planlegges og finansieres ut fra forventet demografisk, epidemiologisk og medisinsk utvikling
- Framskrivningene må ikke bygge på urealistiske forventninger om effektivisering, digitalisering, ytterligere kutt i døgnbehandling og oppgaveoverføring til kommunene
- Ansatte må sikres reell medvirkning og tidlig involvering i planleggingen av sykehus

Sykehusene er under press

Befolkningen blir eldre, og behovet for tjenester øker. Samtidig bygges mange nye sykehus med færre sengeplasser, færre rom og lavere kapasitet. Legeforeningen har over tid uttrykt bekymring for hvordan sykehusene planlegges, bygges og driftes. Alle nyere sykehusprosjekter legger til grunn betydelig effektivisering gjennom RHFenes framskrivningsmodell for aktivitet og kapasitet. Effektivisering i tråd med modellen er en forutsetning for at nyere sykehus skal bli store nok, men etter vårt syn er effektivitetsvurderingene urealistiske. Dagens finansieringsmodell innebærer at sykehusene må spare over driftsbudsjettet for å kunne investere i bygg, og håndtere avskrivninger og rentekostnader. Dette legger et særdeles sterkt press på sykehusøkonomien. Det kuttet arealer og funksjoner underveis i prosjektperioden. Kuttene skjer med liten grad av medvirkning fra ansatte. Flere sykehusprosjekter fragmenteres i byggetrinn der ikke alle gjennomføres, med halvferdige sykehus som resultat. I sum fører dette til alvorlige konsekvenser for pasientbehandlingen, pasientsikkerheten, forskning, utdanning og arbeidsmiljøet ved sykehusene.

For små sykehusbygg blir dyre og ineffektive på sikt

I rapporten "[Invester for fremtiden](#)" ga Legeforeningen et regneeksempel som viser typiske timekostnader for et poliklinikkrom og en overlege. Med kvadratmeterkostnad på 40 kroner og med 230 poliklinikkdager i året, får man en timekostnad for et poliklinikkrom på 82 kroner. Til sammenligning er lønnskostnader for en overlege når man beregner 45 arbeidstimer i uken rundt 917 kroner i timen¹⁹. Denne sammenligningen gjør det tydelig at det er mye bedre ressursutnyttelse for sykehusene å la et poliklinikkrom stå ubrukt noen timer i døgnet enn å la overleger vente på at et behandlingsrom skal bli ledig.

Poliklinikkrom - kostnad	
m2	40
Byggekost per m2	92 857
Byggekost	3 714 286
Sum kost per år	112 554
Inkludert rentekost	150 000
Kostnad per år (230 dager)	652 000
Kostnad per time (8 timer åpningstid)	82

Overlege - kostnad	
Lønn inkludert sosiale kostnader	1 725 000
Arbeidstimer per år (45 t per uke)	1 881
Snitt timekost	917
20 % effektivitetstap	183

Tall fra Helse Sør-Øst, gjengitt fra Legeforeningens Innspill til nasjonal helse- og sykehusplan (2019)

19 Legeforeningen (2019): Invester for fremtiden. Innspill til nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023.

Etterslepet øker

Når sykehusenes økonomiske rammer er for stramme, blir investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr ofte en salderingspost. Rådgivende ingeniørers forening har i sin "State of the Nation"-rapport for 2021, estimert en kostnad på 40-55 milliarder kr for å hente inn vedlikeholdsetterslepet sykehusbygg²⁰. Riksrevisjonen undersøkte i 2021 tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene²¹. Undersøkelsen til Riksrevisjonen konkluderer med at investeringene ikke har vært tilstrekkelige, og viser til at:

- Tilstanden til bygningsmassen har blitt forverret siden 2012 i et flertall av helseforetakene.
- Tilstanden til bygningsmassen er utilfredsstillende i nær halvparten av helseforetakene i 2020. Kun 4 av 20 helseforetak har en tilstand som er i tråd med målet i nasjonal helse- og sykehusplan.

Når vedlikeholdsetterslepet øker kan dette få negative konsekvenser for pasientsikkerheten, effektiviteten og arbeidsmiljøet ved sykehusene.

Medvirkning og involvering

Erfaringer fra flere byggeprosjekter viser at krav til involvering av ansatte ikke følges opp i tilstrekkelig grad, og at de ansatte opplever at de ikke har reell medvirkning. Legeforeningen mener at det må tilrettelegges for god og tidlig involvering av ansatte i byggeprosessen. Det må etableres rutiner som sikrer at kritiske innvendinger underveis i planleggingsfasen kommer frem, og at innvendingene når frem til ansvarlig beslutningstaker.

Sykehusene må rustes til å håndtere kriser

Sykehusenes evne til å håndtere en pandemi påvirkes av bygningsmessige forhold slik som plass, utforming av lokaler, sanitærinstallasjoner, teknisk infrastruktur (ventilasjon o.a.), bygningsmessig tilrettelegging for organisering og arbeidsforhold for personalet. Gamle sykehusbygg er sjelden tilpasset behovene som oppstår i en pandemisituasjon. I tillegg har Norge en lavere intensivkapasitet enn gjennomsnittet i OECD-landene²². Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har påpekt i en rekke rapporter at Norge mangler intensivplasser, utstyr og kompetanse til å håndtere pandemier^{23 24}. En viktig lærdom fra korona-pandemien er at sykehusene må dimensjoneres og innrettes slik at de kan håndtere kriser, men samtidig er i stand til å opprettholde normal drift.

Koronakommisjonens siste rapport²⁵ at viser til at sykehusbyggene ikke ble planlagt med tanke på beredskap og pandemi. Kommisjonen understreker at når det skal bygges nye sykehus og eldre

20 Rådgivende ingeniørers forening (2021): [State of the nation](#).

21 Riksrevisjonen. (2021). Undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr. Del av Dokument 3:2 (2021–2022).

22 OECD (2020): [Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD](#).

23 Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2010): Ny influensa A (H1N1) 2009. Gjennomgang av erfaringene i Norge.

24 Helse- og omsorgsdepartementet (2013): Meld. St. 16 (2012–2013). Beredskap mot pandemisk influensa.

²⁵ [NOU 2022: 5 \(regjeringen.no\)](#) Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2

sykehus skal bygges om, er det viktig å planlegge for framtidige pandemier og andre kriser, og at lokalene må være fleksible.

På bakgrunn av dette mener Legeforeningen at myndighetene må sørge for at det bygges tilstrekkelig store og fleksible sykehus som ivaretar ulike pasientgruppers særskilte behov. Sykehusbyggene må ha kapasitet til pasientbehandling av høy kvalitet, utdanning og forskning, samt legge til rette for et godt arbeidsmiljø.

Psykisk helse og rus

Legeforeningen mener:

- Legeforeningen viser til nylige innspill til opptrappingsplanen for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet. Disse planene må følges av øremerkede og målrettede midler.
- God behandling av alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser krever en helhetlig tilnærming
- Det må bevilges langsiktige ressurser for å bygge opp fagmiljøer
- Et av de aller viktigste forebyggende tiltakene er å utjevne sosial ulikhet
- Det er behov for en betydelig opptrapping av tiltak for barn og unge
- Nedbyggingen av sengeplasser i psykisk helsevern må stanses og reverseres
- Oppsøkende tverrfaglige tilbud, som ACT/FACT, må etableres i alle helseforetak
- Det er behov for å bygge ut og sikre tilgjengelige basistjenester i TSB, inkludert akutt-tjenester, døgnet rundt og over hele landet
- Det bør raskt iverksettes tiltak for å bedre rekrutteringen av spesialister innen psykisk helsevern

Kvalitet er avhengig av kompetente fagfolk

De siste tiårene har det skjedd en dramatisk omlegging av psykisk helsevern med kraftig nedbygging av døgnplasser, økt poliklinisk aktivitet, og betydelig økt ansvar hos kommunene for pasienter med alvorlig psykisk sykdom. God kvalitet i tjenestene krever nok fagfolk til å møte, vurdere, utrede og behandle pasientene lenge nok til at de blir bedre. Det er en betydelig mangel på spesialister i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri i psykisk helsevern²⁶. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er kun én av tre leger spesialister i rus- og avhengighetsmedisin; omtrent én av fem psykologer er spesialister på rus- og avhengighetspsykologi. Fagmiljøene blir små og sårbare. Slitne fagfolk slutter i tjenestene. Derfor er satsing på å utdanne, rekruttere og beholde spesialister et av de viktigste tiltakene for å heve kvaliteten i psykisk helsevern og TSB. En reell satsning på bedre somatisk helse og økt livslengde blant pasienter med psykiske lidelser, slik pakkeforløpene krever, forutsetter at man sikrer økt rekruttering av leger i psykisk helsevern og TSB.

26 Eggen, F.W., J.I. Steen, and I.F. Gunstad, Legebarometeret. 2021, Samfunnsøkonomisk analyse AS

Nedbygging av sengeplasser i psykisk helsevern må stanses

Det er stort press på døgnplassene i psykisk helsevern og dette øker risikoen for hyppige overføringer mellom avdelinger og mange korte innleggelser uten gode nok overganger. Nedbygging av sengetallet i psykiatrien må stanses og reverseres.

Samhandling i psykisk helsevern og rusbehandling

Pasienter med alvorlig psykisk sykdom eller ruslidelse dør flere tiår tidligere enn gjennomsnittsbefolkning og ofte av sykdommer vi kunne ha forhindret: hjerte-kar sykdom, kreft, lungesykdommer o.l.²⁷ Det kreves ulik innsats for å skape et likeverdig helsetilbud. Det er behov for økt oppmerksomhet på somatisk helsevurdering hos pasienter med alvorlig psykisk sykdom og/eller ruslidelse og vi trenger bedre samhandling mellom fastleger, psykisk helsevern, rusbehandling og somatisk spesialisthelsetjeneste. God behandling handler ikke bare om helsehjelp, men hjelp til å leve et fullverdig liv, med bolig, meningsfullt arbeid eller annen aktivitet, og sosial kontakt. Det er behov for økt satsing på tiltak i kommunene, også til de alvorlig syke pasientene. I tillegg må kompetansen på sykehjem og kapasiteten innenfor korttidsplasser for avlastning og skjerming, styrkes. Særlig den eldre pasientgruppen mangler per i dag et sømløst tilbud innenfor rus og psykiatri.

Samhandlingsteam, som ACT/FACT, har gode resultater, men ikke alle helseforetak har etablert slike team ennå, delvis pga mangel på egnet personell. Dette tilbudet bør bygges ut til alle helseforetak. Også for TSB bør ambulante og arenafleksible team utvikles. TSB og PHV bør samarbeide tettere om tjenestetilbudene. I samarbeid mellom TSB og psykisk helsevern bør det opprettes egne enheter, som FACT sikkerhet, for ivaretagelse og oppfølging av pasienter med forhøyet voldsrisiko.

Satsning på somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk sykdom

Pasienter med alvorlig psykisk sykdom eller ruslidelse dør flere tiår tidligere enn gjennomsnittsbefolkning og ofte av sykdommer som kunne vært forhindret, som for eksempel, hjerte-kar sykdom, kreft og lungesykdommer. Det kreves ulik innsats for å skape et likeverdig helsetilbud. Vi trenger økt oppmerksomhet på somatisk helsevurdering hos pasienter med alvorlig psykisk sykdom og/eller ruslidelse og vi trenger bedre samhandling mellom fastleger, psykisk helsevern, rusbehandling og somatisk spesialisthelsetjeneste. Munnhelse må få mer oppmerksomhet hos denne pasientgruppen.

Eksempel på tiltak

Sandnes kommune er et eksempel på en kommune som har lyktes i å samorganisere Housing first og FACT-team, og sørge for et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud som ser hele mennesket.

27 Heiberg, Ina, Bjarne Jacobsen, m.fl. (2018): "Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder". PLoS One, 2018. 13(8): p. e0202028.

Hjorthøj, C., et al., Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry, 2017. 4(4): s. 295-301.

Bygge ut tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Det er alvorlig at det i spesialisthelsetjenesten ikke er fullstendig utbygde basistjenester for ruspasienter. En økning av ressurser til og kapasitet i TSB må fokusere på å bygge ut basistjenestene, inkludert et tilgjengelig akutttilbud og spesialistkompetanse døgnet rundt alle dager. Rusakuttmottak må etableres ved alle helseforetak. Hele den akuttmedisinske kjeden må fungere, også for ruspasienter. Det bør etableres TSB-poliklinikker i alle fengsler.

Barn og unge

Det aller viktigste for å *forebygge* psykisk og somatisk sykdom, er å gi barn og unge en trygg og god barndom, både sosialt og økonomisk²⁸. Det virker med tiltak som bygger gode levevaner, inkludert satsing på tilrettelagte tilbud for fysisk aktivitet.

Helsedirektoratets egne tall viser en betydelig økning i antall henvisninger og behov for innleggelser i psykisk helsevern for barn og unge de siste årene. Det er derfor behov for en betydelig tilførsel av ressurser til psykisk helsevern for barn og unge, med fokus på å sikre tilstrekkelig spesialistkompetanse.

For barn og unge med rusproblematikk er tilbudet mangelfullt. I dag er det i hovedsak psykisk helsevern for barn og unge som utreder og behandler rusproblemer hos barn og unge i spesialisthelsetjenesten, men opplæring og erfaring med slikt arbeid er utilstrekkelig i psykisk helsevern²⁹, og det bør tilføres midler for kompetanseheving.

Personell og kompetanse

Legeforeningen mener:

- Rett kompetanse på rett plass er avgjørende for en effektiv helsetjeneste
- Utdanningskapasiteten må skaleres opp for å dekke behovet for nye leger
- Utdanning av helsepersonell må sidestilles med helseforetakenes andre hovedoppgaver
- Utdanningskapasiteten, både i grunnutdanningen og i spesialistutdanningen, må skaleres opp om vi skal dekke fremtidige behov for nye leger
- Flere spesialister må utdannes i Norge

Helsetjenesten skal være en god arbeidsplass for flere tusen ansatte. For lite medvirkning og autonomi i arbeidshverdagen øker opplevd stress og er en risiko for et godt arbeidsmiljø.

Det er gjennomført mange utredninger som viser hva som er effektive tiltak for drift og organisering. De viktigste tiltakene for å håndtere behovsveksten vil være tiltak som er rettet inn mot å øke produktiviteten til helsepersonell. De ulike nivåene i helsetjenesten kan ikke sees enkeltvis - de må

28 Dahl, E., H. Bergsli, and K.A. van der Wel, Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt, F.f. samfunnsfag/Sosialforsk. 2014, OsloMet.

29 Legeforeningens ressursgruppe for rus og psykiatri (2019): "Bedre psykiatri og rusbehandling"

sees i sammenheng. Kapasitet og bemanningsutfordringer i én del av helsetjenesten vil påvirke en annen del. Det er derfor viktig å se sammenhengen mellom helseinstanser slik at det blir gjort valg som er til det beste for pasienter og samfunnet, ikke bare basert på isolerte, kortsiktige budsjett.

Utdanning og rekruttering

En utfordring for helsetjenesten framover blir å sikre tilstrekkelig kompetent personell. Det er store rekrutteringsutfordringer i en rekke spesialiteter både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette blir et økende problem de neste årene fordi mange spesialister nærmer seg pensjonsalder. Det er derfor avgjørende at vi lykkes med å rekruttere ny arbeidskraft og beholde allerede utdannede. Legeforeningens egen statistikk, SSBs framskrivninger og nylig gjennomførte kartlegginger³⁰ viser et behov for at utdanningskapasiteten i Norge må skaleres opp om vi skal dekke fremtidige behov. Dette er i tråd med anbefalingene i Grimstadutvalget³¹.

Nesten halvparten av alle leger i Norge er utdannet i utlandet. Norge ligger på 26. plass av 29 OECD-land når det gjelder hvor mange leger vi selv utdanner per innbygger³². Våren 2021 hadde 87 prosent av de utenlandsutdannede søkerne til LIS1-stillinger i Norge norsk nasjonalitet³³. Antall søkere med utdanning fra Norge økte med fem prosent fra 2013 til 2021, antallet søkere med utdanning fra utlandet økte med 46 prosent³⁴. Mange av landene vi importerer spesialister fra har sågar selv stor mangel på spesialister. Grimstadutvalget anbefalte at vi utdanner 80 % av alle leger i Norge for å sikre tilgangen på leger og øke kvaliteten i medisinedukasjonen.

Videre vet vi at helsetjenestene i større grad enn før sliter med rekruttering innen flere av spesialitetene, både til sykehus og avtalepraksis. Mer spesialisert medisin gir også økende behov for og etterspørsel etter spesialister. Det årlige behovet for nye leger anslås til 1700 basert på følgende forutsetninger:

- En reell netto vekst på minst 600 per år i spesialisthelsetjenesten³⁵
- Et behov på minst 500 per år i kommunehelsetjenesten (enighet mellom KS, staten og Legeforeningen)³⁶
- Et behov på minst 50 per år i vitenskapelige stillinger og minst 50 per år i det øvrige legearbeidsmarkedet.
- En avgang på minst 500 per år, hovedsakelig pensjonsavgang. Men dersom utenlandske leger returnerer, pensjonering skjer tidligere, eller leger går over til annet arbeid, kan avgangen potensielt bli vesentlig høyere.

30 Legebarometeret 2021. <https://www.samfunnsokonomisk-analyse.no/rapporter/2021/5/10/r10-2021-legebarometeret?rq=legebarometeret>

31 Grimstad, m.fl (2019) "Studieplasser i medisin i Norge. Behov, modeller og muligheter".

32 OECD Health at a glance 2021

33 Helsedirektoratet. Leger i spesialisering – statusrapporter for søknadsrunder. Søknadsunde 17

34 Ibid

35 Spesialisthelsetjenesten (ssb.no); 09547: Spesialisthelsetjenesten. Årsverk, etter utdanning, tjenesteområde og helseforetak 2008 - 2020. Statistikkbanken (ssb.no)

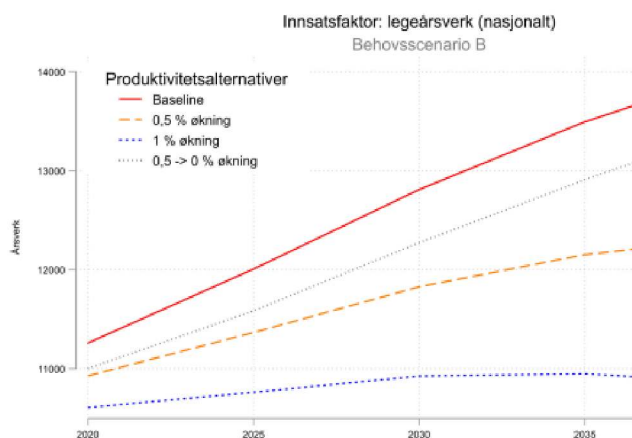
36 Helsedirektoratet, Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten, Rapport 2018, IS-2789 Hdir_Rapportmal-gjeldende (helsedirektoratet.no)

Fastlegekrisens konsekvenser for spesialistutdanningen i allmennmedisin

Fastlegekrisen har direkte konsekvenser for gjennomføring av spesialistutdanningen i allmennmedisin knyttet til mangel på spesialister som kan være supervisører og veiledere og til å foreta kompetansevurdering. Krisen gjenspeiler seg også i gruppeveiledningskorpset i form av tregere opptak til utdanning av gruppeveiledere, senere oppstart av grupper og gruppeveiledere som ikke gjennomfører veiledningsgruppene pga for stor arbeidsbelastning. Dette medfører lange ventelister for ALIS som får sin spesialistutdanning ytterligere forsinket.

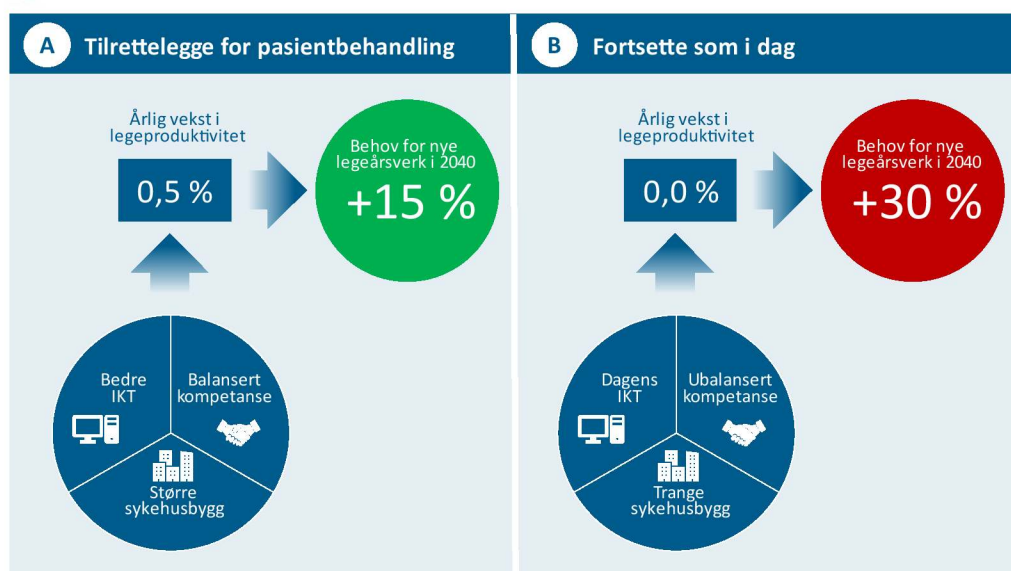
Bedre bruk av legetiden vil øke helsetjenestens bærekraft

Sykehusleger bruker stadig mer av tiden sin på ikke-kliniske oppgaver og oppgaver andre yrkesgrupper kunne gjort mer effektivt. Dette er ikke god ressursbruk. Det trengs en målrettet satsing for å sikre riktig bruk av personell i sykehusene.

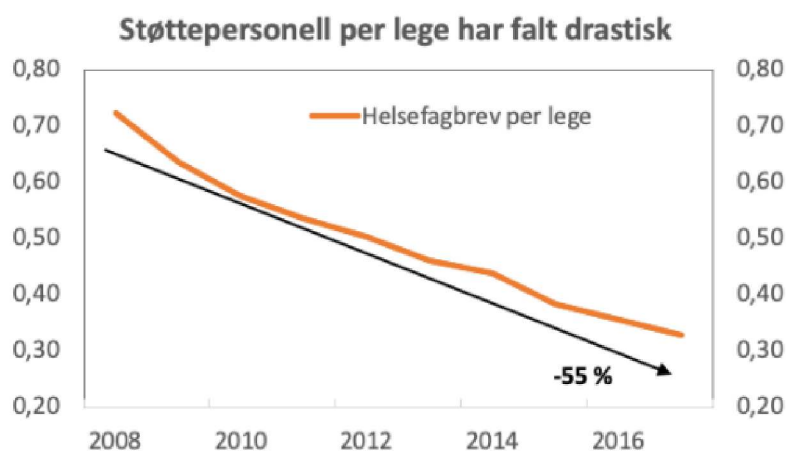


Figur: Hentet ut fra 2018 rapporten til Helseøkonomisk analyse, "[Framskrivninger av tjenestebehov, senger og årsverk i somatiske spesialisthelsetjenester, 2018-2040](#)"

Den gule, stiplede kurven viser at dersom sykehusene har en produktivitetsvekst på 0,5 % i snitt per år, vil behov for nye legeårsverk avta med om lag 50 %. En mer bærekraftig helsepersonellutvikling i sykehusene er altså mulig. Dersom investeringer rettes mot produktivitetsheving innenfor, IKT, bedre sykehusbygg og kompetansesammensetning, kan produktiviteten økes betraktelig:



Hurdalsplattformen angir at støttepersonell skal tas i bruk for å sikre effektive pasientmøter³⁷. Legeforeningen har tidligere pekt på at i og rundt behandlingen av en pasient er det mange helsefaglige, administrative og merkantile oppgaver som skal løses. De senere år har imidlertid antall helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere i spesialisthelsetjenesten falt kraftig. I perioden 2008 – 2017 falt andelen årsverk for disse yrkesgruppene i forhold til legeårsverk, med 55 prosent:



Figur: Årsverk av helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere samlet per legeårsverk. Kilde: Statistisk sentralbyrå

³⁷ [Hurdalsplattformen - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no) s. 60

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Legeforeningen mener:

- Kvalitetsarbeid må være en integrert del av helsepersonells daglige virke
- Det bør etableres et system med fagrevisjoner i sykehusene
- Pasientenes behov må stå i sentrum i kvalitetsarbeidet.

God pasientsikkerhet handler om å organisere helsetjenestene på en slik måte at uønskede hendelser forebygges og læres av. Kvalitetsarbeid er ikke noe man blir ferdig med, men noe som må være en integrert del av myndighetenes, kommunenes og helsepersonells daglige virke. En forutsetning for dette er at ansatte sikres reell medvirkning både i omorganiseringsprosesser og i daglig drift. Disse prinsippene må også gjelde for samarbeid om pasienter på tvers av nivåer. Det kan ligge betydelig gevinster ved i større grad å ettergå effekten av tiltak, og at tjenestene opptrer i tråd med etablerte faglige retningslinjer.

Det vil alltid være rom for å utvikle og forbedre helsetjenesten i tråd med tilgang på ny kunnskap og erfaringer og vet at tjenestene opptrer i tråd med etablerte, faglige retningslinjer. Egnede tiltak kan være å etablere ordninger for fagrevisjon (audit) som kan besøke helseinstitusjonene og behandlere, og gjøre en vurdering av om i hvilken grad tilbudet ivaretar hensynet til effektive tjenester³⁸.

Kvalitetsforbedring i allmennlegetjenesten

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan er det viktig at tiltak for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten får en sentral plass. Legeforeningen ønsker å presisere at det pågår et arbeid i regi av Helsedirektoratet for å følge opp tiltak 12 i "Handlingsplan for allmennlegetjenesten" vedrørende bedring av kvaliteten på allmennlegetjenesten og det systematiske arbeidet med kvalitet pasientsikkerhet, og at dette arbeidet må koordineres. Sykehusene må ha en pasientsikkerhetskultur basert på åpenhet og læring av feil.

³⁸ Et system for fagrevisjoner i sykehusene ble anbefalt og vedtatt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 – 2019, men er ikke fulgt opp

Desentraliserte tjenester

Legeforeningen mener:

- Organiseringen av helsetilbudet må gjøres utfra lokale forhold og pasientens behov
- Helsetjenesten må sørge for at pasienter med ressurskrevende forløp får et tilbud som er tilpasset deres behov for kontinuerlige og koordinerte tjenester.
- Mer tid til pasientrettet arbeid og tilrettelegging for gode pasientmøter må være hovedmålsetninger for utviklingen i helsetjenesten

Spesialisthelsetjenester skal være tilgjengelig for hele befolkningen, over hele landet. I områder med høyere befolkningstetthet og kortere reiseavstander er det naturlig å samle tjenestene i større enheter, med mål om å kunne utnytte stordriftsfordeler uten å belaste pasientene med reiser, og foretaket med dyre pasientreiseutgifter. I områder med store reiseavstander kan det være mer hensiktsmessig med desentraliserte tjenester, hvor spesialistene drar ut til satellittenheter. Dette kan gjøre tilbudet tilgjengelig for større deler av befolkningen, spare pasienter for lange reiser og helseforetakene for dyre pasientreiser.

Avtalespesialisters rolle i den offentlige helsetjenesten

- Avtalespesialistene er en viktig og integrert del av spesialisthelsetjenesten og ordningen bør videreutvikles for å utnytte kapasiteten på best mulig vis
- Avtalespesialistene er en viktig for å bedre spesialisthelsetilbudet over hele landet
- Antallet hjemler for avtalespesialister må økes

Avtalespesialistene står i dag for om lag 25 % av kapasiteten i den polikliniske spesialisthelsetjenesten og er en viktig og integrert del av spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialistene er en viktig ressurs for å sikre effektiv elektiv pasientbehandling og bedre det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet.

Det er derfor viktig å kontinuerlig utvikle samarbeidet mellom helseforetak og avtalespesialister for å kunne utnytte kapasiteten på best mulig måte. Gjennom eierkrav fra Helse- og omsorgsdepartementet de siste årene har de regionale foretakene fått i oppdrag å trappe opp bruken av ordningen ved å øke antallet hjemler. Det er likevel store forskjeller i hvordan de regionale helseforetakene har fulgt dette opp og ordningen er ulikt geografisk fordelt. Regjeringen må i Nasjonal helse- og samhandlingsplan legge til rette for at ordningen utvikles, og at man adresserer de regionale forskjellene i tilbudet. Blant annet må myndighetene, i dialog med de regionale helseforetakene og Legeforeningen, utvikle takstsystemet slik at det stimulerer til ønsket aktivitet. I tillegg bør det legges til rette for etablering av flere gruppepraksiser, samlokalisering av spesialister

og flere avtalespesialister bør samarbeide med godkjente utdanningsvirksomheter, slik at de i større grad kan brukes til utdanning av spesialister. Ved bortfall av ordningen med fritt behandlingsvalg, kan flere avtalehjemler være et godt alternativ for å sikre tilgjengelighet på en offentlig finansiert spesialisthelsetjeneste. Avtalespesialister kan også brukes som tillegg til ambulerende tjeneste fra sykehus.

Akutt-tjenester

Legeforeningen mener:

- God fastlegedekning i kommunene og robuste legevaktsordninger er førstelinjen i landets akuttberedskap og en forutsetning for likeverdige akutte helsetjenester til befolkningen
- Legeforeningen støtter myndighetenes planer om krav til formalkompetanse for ambulansearbeidere
- Spesialisthelsetjenesten må ha tilbud tilpasset hastegrad
- Helsetjenesten, inkludert akutte helsetjenester må dimensjoneres og bemannes basert på aktuelle pasientgrunnlag, og møte befolkningens behov på en måte som sikrer faglig god kvalitet og pasientsikkerhet

Det er et overordnet prinsipp at befolkningen i Norge skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester. Grunnet landets geografi, spredt bosetning, varierende legedekning i kommunene og varierende kontinuitet i legetjenestene, særlig på en del mindre sykehus, kan dette være vanskelig å oppnå. Som en følge av dette er ambulansetilbudet ekstra viktig. Dette gjelder både bil- og luftambulanse. En del spesialiserte tjenester er sentralisert og gir lang reisevei for mange, hvilket gjør luftambulanse stadig viktigere. Luftambulansetjenester må dimensjoneres for en stadig mer spesialisert helsetjeneste, for å sikre likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted. En godt utbygd luftambulansetjeneste, med både infrastruktur og faglig oppdatering og øvelser, er en sentral bærebjelke for å nå ut til befolkningen i distriktene. En slik tjeneste kan eksempelvis utvikles slik at spesialiserte tjenester kan flys ut fra universitetssykehusene.

Demografiendringer merkes også i akutt-tjenestene. Gjennomsnittsalderen til pasienter som får akutt livreddende behandling har økt og behovet for akutte helsetjenester forventes å øke i takt med at vi blir flere eldre. Dette utfordrer kapasiteten både i primær- og spesialisthelsetjenesten, inkludert ambulansetjenesten. Det vil også kreve gode prioriteringer ved valg av behandlingssted og behandlingsnivå.

Kompetanse og samhandling

Prinsippet om kompetanse i front må gjelde både i kommunene, for ambulansetjenesten og på sykehusene. En kommunehelsetjeneste med god fastlegedekning og en robust legevaktsordning må ligge til grunn for akutt-tjenestene. Akuttmottakene har nå mange steder akutt- og mottaksmedisinere som sammen med organspesialistene sikrer kompetanse i front, både ved mottak av pasienter og ved behandling på observasjonsposter i tilknytning til akuttmottakene. Gode samhandlingsrutiner mellom fastlege, ambulanse og spesialisthelsetjeneste vil være viktig for

helhetlige pasientforløp og for å sikre tidlig behandling og intervensjon ved akutte tilstander. Spesialisthelsetjenesten må ha fungerende tilbud tilpasset aktuelle hastegrad for den enkelte pasient. Noen trenger øyeblikkelig hjelp, mens andre trenger et tilbud i løpet av en uke. Fastleger må ha mulighet til å konsultere en sykehusspesialist med tanke på å iverksette adekvat behandling i hjemmet eller på en institusjon, og unngå sykehusinnleggelse. Mulighet for god kommunikasjon både mellom tjenestenivåene og innad på sykehus er avgjørende for god kvalitet i akuttbehandling av pasienter. Gode rutiner for kommunikasjon gir bedre prioritering av pasienter.

Det er flere gode eksempler på samhandlingsrutiner som sikrer rask og god akuttbehandling, allerede under transport til sykehus. F.eks. vil oversendelse av EKG fra fastleger og ambulanser til lege på sykehus gjøre at de rette pasientene raskt kan få behandling for hjerteinfarkt (trombolyse), før de ankommer sykehus. Forslaget om egne slagambulanser handler også om mulighet for tidlig intervensjon som igjen bedrer prognosen.

Rehabilitering og mestring

Legeforeningen mener:

- Det må arbeides for å minske regionale forskjeller i tilbud
- Offentlige sykehus må ha robuste fagmiljøer med kapasitet til å utdanne spesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering.
- God kvalitet og samhandling forutsetter tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i både kommunene og spesialisthelsetjenesten
- Myndighetene må ta ansvar for å iverksette tiltak for å styrke forskningsinnsatsen på rehabilitering

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.³⁹

Skal man oppnå god kvalitet og samhandling mellom rehabiliteringstjenestene forutsetter dette tilstrekkelig kompetanse og kapasitet både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det må arbeides for å minske regionale forskjeller slik at alle som har behov for rehabilitering kan få et likeverdig tilbud enten det er i kommunen eller gjennom sykehusene – uavhengig hvor i landet man bor. Det bør settes nasjonale krav til innhold av et rehabiliteringsforløp med tydelige frister. Helseforetakene må sørge for at rehabilitering er en del av behandlingskjedene, og kommunene må ha klare krav til kompetanse og kapasitet.

Pasienter med behov for tidlig rehabilitering, samtidig med eller rett etter at pasienten har fått akutt behandling, har ofte utfordrende og svingende forløp. Disse pasientene krever døgntilgang til høgspesialiserte team med tverrfaglig medisinsk og rehabiliteringskompetanse, og tett samhandling med akuttavdelingen i sykehus. Tidlig overflytting til spesialiserte rehabiliteringsavdelinger er et viktig tiltak for å sikre best mulig funksjonsevne etter skade, og er i tråd med internasjonale anbefalinger. Ansvar for tidlig rehabilitering og høgspesialisert rehabilitering må derfor ligge hos helseforetakene.

En forutsetning for å opprettholde høy kvalitet i norsk helsevesen er forskning. Dessverre ser vi at forskningsgrunnlaget for deler av rehabiliteringen som ytes er mangelfullt. Manglende kunnskapsgrunnlag gir rom for aktører som tilbyr utredning- og behandling uten påviselig effekt og som i verste fall kan skade pasientene. En fremtredende årsak til manglende forskning er at

³⁹ [Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator - Lovdata](#)

rehabilitering som forskningsfelt har lav status, lite rekruttering og lite fagutvikling. Myndighetene må ta ansvar for å snu denne retningen og iverksette tiltak for å styrke forskningsinnsatsen på rehabilitering.

Videre er robuste fagmiljøer viktig for å opprettholde god kvalitet i tilbudet. Et sterkt fagmiljø kjennetegnes av evnen til å utvikle, beholde og overlevere kompetanse. Fagmiljøet må bestå av et visst antall leger, slik at kompetansen ikke er avhengig av enkeltpersoner, eller at miljøet blir sårbart ved fravær. Kapasiteten til å utdanne spesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering må sikres.

Svangerskaps-, føde- og barselstilbud

Legeforeningen mener:

- En stadig større andel av gravide har risikosvangerskap og har stort behov for medisinsk faglig legevurdering under og etter svangerskapet
- Faglig forsvarlig fødetilbud hviler på at de gravide og fødende tilbys oppdaterte og kvalitetssikrede tjenester samt kompetent og uthvilt helsepersonell
- Oppfølging av mor og barn etter fødsel er av de oppgaver som ikke kan nedprioriteres

Det har gjennom mange år vært lav barnedødelighet i Norge. God oppfølging av mor og barn i svangerskapet, og et faglig forsvarlig fødetilbud bidrar til lav sykkelighet og dødelighet hos både mor og barn i denne sårbare fasen av livet. I Norge følges gravide og barselkvinner opp av fastleger, jordmødre, helsesykepleiere og gynekologer. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen (Helsedirektoratet 2014) sier at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for organiseringen av et sammenhengende og helhetlig tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Fastlegen er viktig i svangerskap- og barselomsorgen i Norge og må ikke glemmes når svangerskaps-, føde- og barseltilbud skal beskrives.

En stadig større andel av gravide har risikosvangerskap. Alderen til førstegangsfødende har økt. Flere og flere gravide kvinner har kroniske sykdommer, som diabetes, overvekt, astma/allergi, stoffskiftesykdom, høyt blodtrykk eller annen hjerte- og karsykdom. I tillegg har mange gravide arvelige sykdommer, fødselsdepresjon, annen psykisk sykdom eller misbruksproblematikk, som gjør at de har stort behov for medisinsk faglig legevurdering under og etter svangerskapet. Både fastlegetjenesten og spesialisthelsetjenestene involvert i oppfølging av mor og barn må dimensjoneres ut ifra oppdatert kunnskap om sykkelighet i den populasjonen de til enhver tid skal betjene. Dette betyr tid til undervisning, kursing og erfaringsutveksling på nasjonalt og internasjonalt nivå, og at de derfor i perioder må kunne tas ut av daglig drift for å få dette til. For å lykkes med det kreves politisk vilje til å allokere midler til faglig utvikling, oppdatering av fasiliteter og investering i medisinsk-teknisk utstyr.

Krav til kortere liggetid på barselavdelinger stiller store krav til kommunehelsetjenesten, jordmor, helsesykepleier og fastlege. Det stiller også krav til fungerende samhandlingsrutiner mellom føde- og barselavdelinger og kommunene. Oppfølging av mor og barn etter fødsel er av de oppgaver som ikke kan nedprioriteres, verken på grunn av pandemi eller andre hensyn. Endringer i liggetid og oppfølging på sykehus må derfor koordineres med anbefalinger og ressurser til

primærhelsetjenesten og de endringer som gjøres må være kunnskapsbaserte slik at vi gir best mulig helsetjeneste.

Mye tyder på at somatisk helse hos nyfødte barn ivaretas og overvåkes på en god måte. Rapportering om økende psykisk uhelse hos stadig yngre barn gir derimot grunn til bekymring. Dette må adresseres både i svangerskapsoppfølging, med rådgiving og støtte til den gravide, og i barselomsorgen. Tidlig identifisering av familier som trenger ekstra støtte og/eller tidlig identifisering av barn som har behov for støtte utover det de kan få i familien er viktig forebyggende helsearbeid. Forebyggende arbeid for barn og unge starter med god svangerskapsomsorg, et faglig forsvarlig fødetilbud og en barselomsorg som gir den tryggheten som trengs for god tilknytning mellom foreldre og barn.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
Generalsekretær

Marit Bækkelund Randsborg
Avdelingsdirektør

Marlene Havn Sæther
Rådgiver helsepolitikk

Ole Andre Gjerde
Seniorrådgiver helsepolitikk

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)