NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTS MEDISIN

Tromsø, 28.05 2025

Høringssvar fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin vedrørende forskrift om kommunal nettlege

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) takker for muligheten til å avgi høringssvar til *Forskrift om forsøksordning med nettlege i allmennlegetjenesten (kommunal nettlege)*. Høringsfristen er usedvanlig kort.

Vi leser høringsnotatet i en helhetlig sammenheng, men med et spesielt blikk på konsekvenser for helsetjenester i distrikt («rural proofing»).

Kortversjon:

En nettlegetjeneste utenfor fastlegeordningen som foreslått i forskriften

- vil kunne undergrave relasjonen mellom pasient, fastlege og legekontor, som kan føre til økt sykelighet.
- vil kunne føre til overbehandling som er dårlig for pasient og samfunn
- vil kunne medføre fare for underbehandling, om nettlegen ikke fanger opp mønster/endring fra tidligere
- vil føre til økt ressursbruk/dobbeltarbeid fordi mange må henvises videre til fastlege eller legevakt
- vil undergrave LEON-prinsippet fordi direkte tilgang til nettlege vil bli brukt til å avklare enkle problemstillinger som i mange tilfeller trolig kan løses i nåværende system med råd fra helsesekretær/sykepleier som har tilgang til pasientens journal via fastlegekontoret eller legevaktsentral
- vil ikke føre til faglig god digital tjeneste fordi den skal bemannes med ferske leger rett fra LIS1-tjenesten, uten veiledning eller annen oppfølging.
- vil bidra til å øke rekrutteringsutfordringene, spesielt i distrikt.

Vi foreslår at

- forslaget til kommunal nettlege legges bort
- målrettet styrking og videreutvikling av digitale løsninger må skje innenfor dagens fastlege- og legevaktordning
- fastholde at alle leger som jobber i allmennlegetjenesten må være spesialist i allmennmedisin eller ALIS. Vikarer som unntas fra dette i inntil ett år må ha tett og god veiledning og oppfølging
- arbeidet for en tilgjengelig og bærekraftig helsetjeneste som gir mest til dem som trenger det mest, bygger på LEON-prinsippet, kontinuitet, Kloke valg-tilnærming og riktige prioriteringer

Tilgjengelighet og digitale tjenester hos fastlege og legevakt

Etterspørselen etter helsetjenester er økende, men ikke nødvendigvis knyttet til økt behov for helsetjenester. Vi kommer til å oppleve en økende mangel på helsepersonell i fremtiden. For å redusere behovet for helsetjenester og helsepersonell må befolkningens egenomsorg økes. Økt

tilgjengelighet på høyt kvalifisert helsepersonell signaliserer det motsatte, og vil heller øke forventingen til – og et opplevd behov for helsetjenester.

En nasjonal digital nettside med informasjon og veiledning som kan bidra til folks egenmestring av helseplager er bra, og bør videreutvikles i nært samarbeid med de allmennmedisinske og samfunnsmedisinske fagmiljøene. En slik nettside bør lede videre til fastlege eller legevakt for videre vurdering ved behov.

Norge og de fleste andre land vi sammenligner oss med har en ordning der henvendelser fra publikum siles gjennom et faglig nett av helsesekretærer eller sykepleiere, som kan vurdere og gi råd, og eventuelt sende videre til fastlege eller legevaktlege. Dette er en effektiv og rasjonell bruk av kompetanse og ressurser i tråd med LEON-prinsippet. Med e-konsultasjon er det skapt løsninger der pasientene får direkte adgang til legen – dette gjelder både elektroniske meldinger og den foreslåtte nettlegetjenesten. Denne direkteadgangen til lege, uten at hevendelsen vurderes av annet helsepersonell først, er et nytt fenomen i norsk helsetjeneste, som ikke er vurdert eller gjennomtenkt, hverken i lys av fag, ressursbruk eller bærekraft.

Slik forslaget om kommunal nettlege foreligger, gjøres det ingen avgrensning av type henvendelser som skal kunne få direkte legekontakt. Forslaget vil bidra til en ikke bærekraftig forventnings-økning hos befolkningen om at de alltid (nesten hele døgnet) skal kunne få direktekontakt med en lege.

Bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenester bør skje ved at fastlegekontorene og legevaktene – i samarbeid med lokale og nasjonale myndigheter – regelmessig vurderer egen tilgjengelighet, og hvordan den kan forbedres. Bedre tilgjengelighet betyr ikke at alle skal få direkte tilgang til lege. Alle henvendelser bør håndteres og vurderes raskt og faglig fundert av helsesekretærer eller sykepleiere, og hastegrad og behov må alltid vurderes helhetlig og prioriteres fornuftig.

Betydningen av kontinuitet i flere dimensjoner

Kontinuitet mellom lege og pasient er vist å føre til redusert forbruk av helsetjenesten og redusert mortalitet. Tilsvarende er kontinuitet i forhold til legekontoret og teamet der viktig. Helsesekretærer, sykepleiere og annet personell på legekontoret er viktige kontinuitetsbærere som på bakgrunn av faglighet og kjennskap til pasientene kan gjøre gode vurderinger og gi fornuftige råd til innringere. Denne viktige kompetansen og relasjonen hoppes det bukk over i forslaget om nettleger.. Dette vil føre til unødvendig bruk av legeressurser, og bidra til å bryte ned LEON-prinsippet.

Kompetansekrav, rekruttering og stabilisering

I innledningen til forskriftsforslaget står det at det å yte nettlegetjenester *«… stiller visse krav til vurderingskompetanse og erfaring hos de legene som skal utføre arbeidet. Dersom legene er for uerfarne kan dette gi risiko for at sykdom eller skade med behov for videre oppfølging eller behandling, ikke fanges opp.»* Det er vi enig i. Da er det underlig at det legges opp til at det primært er helt ferske leger rett etter LIS1 skal kunne jobbe selvstendig som nettleger. Det er ingen krav til veiledning, ingen krav til et fagmiljø og ingen krav til spesialistutdanning. Henvisningen til at det ikke lenger stilles krav til bakvakt ved legevakt for leger som har fullført LIS1 er lite relevant. Leger i legevakt vil stort sett ha et fagmiljø rundt seg eller i nærheten, og kan

kontakte kolleger ved behov. Digitale konsultasjoner i legevakt skjer oftest med annet helsepersonell til stede hos pasienten.

Vi mener at dersom en nettlegetjeneste skal prøves ut, må kompetansekravet være spesialist i allmennmedisin, evt lege i siste del av ALIS. Som departementet selv skriver, krever digitale konsultasjoner mer kompetanse enn vanlige konsultasjoner grunnet begrensningene i kommunikasjonen og undersøkelsesmuligheter. Leger rett fra LIS1 er ikke utdannet innen allmennmedisin. Det er dermed ikke en reell allmennlegetjeneste departementet vil tilby befolkningen, men en legetjeneste løsrevet fra spesialistutdanningen og relevante kompetansekrav. At private selskap byr på slike tjenester er ikke en grunn til at offentlige helsetjenester skal kopiere dårlige løsninger.

Departementet argumenterer for at å stille høyere kompetansekrav enn fullført LIS1-tjeneste vil gi utfordringer med rekruttering til nettlegestillingene, og at leger som er kommet lenger i spesialiseringen trengs i andre deler av helsetjenesten. Denne bekymringen er betimelig og må tas på alvor. En nettlegetjeneste på siden av fastlegeordningen og legevakt vil kunne bidra til drenering av leger ut av ordinære tjenester, og dermed forverre rekrutteringssituasjonen til allmennlegestillinger, spesielt i distrikt.

Fastlegekrisen er avlyst, men det er fortsatt legemangel og rekrutteringsutfordringer mange plasser i landet, fremfor alt i distriktene. Det er usikkert hvor stort volum en ordning med kommunal nettlege kommer til å få, og dermed er konsekvensene for rekruttering av leger også usikker. Uansett kan en åpning for nye stillinger innenfor allmennlegetjenesten som ikke er knyttet til fastlegeordningen redusere tilgjengeligheten på leger i distrikt.

Prioritering av ressurser, bærekraft og kloke valg

Kommunene bør bruke legeressursene hensiktsmessig og målrettet, til befolkningens og pasientenes beste. Den nye prioriteringsveilederen for kommunale helse- og omsorgstjenester anbefaler at alle tiltak vurderes etter nytte, alvorlighet og ressursbruk. Disse bør legges til grunn i arbeidet med hvordan digitale helsetjenester best kan organiseres.

Kvaliteten i tiltaket må også vurderes systematisk: «Helsetjenesten definerer derfor tjenester av god kvalitet som «*virkningsfulle, trygge og personsentrerte tjenester som er samordnet, bruker tilgjengelig ressurser på en god måte og fordeles rettferdig mellom de som trenger dem.*»[1]

Vi mener at forslaget om kommunale nettleger ikke fyller kvalitetskriteriene. Vi vet ikke om de er virkningsfulle, vi vet ikke om de er trygge, de er ikke personsentrerte, neppe samordnet og ressursbruken er usikker. I og med at pasienten får direkte tilgang til lege, skjer det ikke prioritering av ressursbruken og dermed er tjenesten neppe rettferdig fordelt.

Tiltaket kan føre til økt henvisningspraksis, økt bruk av antibiotika, og økt arbeidsbelastning for fastlegene dit pasienten blir henvist når nettlegen ikke kan løse problemet. Direkte tilgang til kommunal nettlege vil også bidra til å senke terskelen for å kontakte lege, øke forventingen til helsetjenesten og dermed redusere egenmestring hos befolkningen.

---

[1] https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester#de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet

I innledningen til høringsnotatet står det at forsøksordningen skal *«motvirke utviklingen av en todeling av helsetjenestene gjennom den pågående utbredelsen av helseforsikringer og private tilbydere»*. Vi mener at oppdemming mot private helseforsikringer og helprivate, kundebaserte ordninger best kan møtes med å tilby gode, tilgjengelige, kontinuitetsbærende offentlige tjenester innenfor fastlegeordningen, basert på kunnskap, faglighet og fornuftig ressursbruk. Fastlegene og de kommunale legevaktene er allerede langt fremme med digitale løsninger, og offentlige midler bør brukes målrettet til å videreutvikle gode digitale ordninger innenfor dagens system.

Konsekvensvurderinger

I høringsnotatet på s.9 står det: *«Etter folketrygdloven § 25-13 kan departementet samtykke i at det gjøres avvik fra loven i forbindelse med forsøksvirksomhet. Forsøksvirksomheten må være faglig og økonomisk vel underbygd.»*

Vi kan ikke se at forslaget slik det foreligger er hverken faglig eller økonomisk underbygd. Dette forslaget bør trekkes. Departementet bør invitere allmennleger, kommuner, pasienter/brukere og andre aktuelle aktører til en prosess der man ser på et mangfold av muligheter for å videreutvikle digital (og annen) tilgjengelighet til fastleger og legevakt, med klar forankring i faglighet, kontinuitet, pasientens og befolkningens beste, og forsvarlig ressursbruk.

Uavhengig av hvilke tiltak eller forsøksordninger som settes i gang, må de følges av forskning.