



STORTINGET

Innst. 460 S

(2024–2025)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 23 (2024–2025) og Dokument 8:127 S (2024–2025)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om For-nye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennle-getjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og Representantforslag frå stortingsrepre-sentantane Kjersti Toppe og Siv Mossleth om å styrke den akuttmedisinske beredskapen utanfor sjukehus, inkludert legevakt og ambulanse

Til Stortinget

1. Innledning

Meld. St. 23 (2024–2025)

Regjeringen har fire mål for framtidens allmennle-getjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor syke-hus som skal bygge opp under de overordnede målene for helse- og omsorgstjenesten. Før det første fremmes at den offentlige allmennlegetjenesten skal være inn-byggernes førstevalg. For det andre at alle innbyggere skal oppleve gode og sammenhengende tjenester, og sosiale forskjeller i helse reduseres. For det tredje at inn-byggere med akutt sykdom skal få rask og god helsehjelp i hele landet. For det fjerde at kommuner i hele landet tilbyr tilgjengelige, kunnskapsbaserte og gode allmenn-legetjenester.

For å nå målene om en framtidsrettet allmennle-getjeneste og akuttmedisinsk kjede foreslår regjeringen 13 hovedgrep:

- Regjeringen vil stegvis innføre en ny finansierings-modell for fastlegeordningen. Basistilskuddets andel av finansieringen skal økes med 10 prosent-

poeng, pasienttilpasset basistilskudd videreut-vikles, og takstsystemet skal forenkles. Endringene i finansieringsmodellen skal bedre kapasiteten, kva-liteten og tilgjengeligheten til fastlegeordningen, særlig for innbyggere med store og sammensatte behov. Endringene skal også understøtte god medi-sinsk praksis og en styrket portvaktrolle, gjøre all-mennlegetjenesten attraktiv for unge leger og fremme samhandling, ledelse og innovasjon.

- Regjeringen vil legge til rette for tverrfaglige fastle-gekontorer med god oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid. Regjeringen starter denne endringen ved å ta sikte på endringer i stønadsforskriften slik at fastleger kan utløse refusjon for konsultasjoner som er delegert til sykepleiere. Gjennom dette til-rettelegges det for at innbyggerne kan møte et bre-dere faglig tilbud i fastlegekontorene, og bedre sam-arbeid med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ved å ha flere å dele arbeids-oppgavene med vil fastlegene kunne redusere arbeidsbelastningen eller øke tilgjengeligheten.
- Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring en modernisert fastlegeforskrift som bedre samsvarer med dagens organisering med flere kom-munalt ansatte leger, og gir bedre oversikt over ansvar og oppgaver. Blant annet tydeliggjør den hva som er et virksomhetsansvar i fastlegeordningen. Regjeringen vil utrede ytterligere regulatoriske og finansielle endringer for å fremme ledelse, tverrfag-lige og tilgjengelige fastlegekontorer og forenkle kommunens ledelse av næringsdrivende leger.
- Krav til bruk og utprøving av nye digitale løsninger. Ta sikte på å forskriftsfeste at fastleger må kunne tilby timebestilling på Helsenorger, og digitale kon-sultasjoner, for eksempel videokonsultasjoner, og

utprøving av en offentlig nettlege. Dette vil kunne øke kapasitet og tilgjengelighet samt bidra til å avlaste fastleger og legevakt. Videre legges det til rette for økt takt i utvikling og innføring av digitale løsninger i kommunene gjennom helseteknologiordningen, der økonomisk støtte til kommunene er et av virkemidlene.

- Utvikle og innføre flere digitale samhandlingsløsninger som skal legge til rette for samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten, at fastleger vil få tilgang til journaldokumenter fra sykehus, prøvesvar og radiologiske beskrivelser, kritisk informasjon og pasientens legemiddelliste.
- Forsterke samarbeidet mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren gjennom forenkling av rapportering og bedre informasjonsutveksling. Dette har betydning både for arbeidsdeltakelse og utjevning av sosiale helseforskjeller.
- Utarbeide ny strategi for helsekompetanse i befolkningen og legge til rette for enklere informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.
- Innbyggerne skal få økt tilgang til digitale verktøy, og kunstig intelligens skal tas i bruk for å forenkle tilgangen til generell informasjon på Helsenorge. Helsenorge skal være en best mulig innbyggerportal.
- Legge til rette for bedre oppfølging av barn og unge gjennom å vurdere en prøveordning med henvisningsrett for helsepsykiatere til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).
- Bedre kommunenes forutsetninger for å yte gode allmennlegetjenester gjennom endring i kompetansekrav for leger. Øke aldersgrensen for leger i fastlegeordningen og styrke handlingsrom for kommunene til å inngå nye fastlegeavtaler i de tilfeller hvor rekruttering av næringsdrivende fastlege ikke er mulig.
- Styrke pasientsikkerhet og kvalitet gjennom å utvikle verktøy for kommunene som skal legge til rette for god oppfølging, læring og forbedring.
- Styrke den lokale akuttberedskapen ved å bre ut innovative tjenestemodeller som er utprøvd lokalt, samt ved bruk av teknologi og personell på nye måter. Helseforetak og kommuner skal gjennomgå og planlegge de akuttmedisinske tjenestene i fellesskap slik at pasienter får forutsigbar og god hjelp når de trenger det.
- Endre finansieringsmodellen for legevakt slik at finansierings- og sørge for-ansvaret i større grad samles hos kommunene. Det legger til rette for kommunalt handlingsrom, innovasjon og samarbeid med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Det tas forbehold om at gjennomføring av enkelttiltak først kan skje når det er budsjettmessig dekning

for dem. Regjeringen vil derfor komme tilbake til gjennomføring av mange av tiltakene i de ordinære budsjettprosessene.

Dokument 8:127 S (2024–2025)

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringa fremme ein eigen handlingsplan for å styrke legevakttenesta i heile landet, og greie ut løysingar for legevakt som tar omsyn til fastlegen si arbeidsbelastning både på kontoret og på legevakt.
2. Stortinget ber regjeringa greie ut maksimal reisetid til legevakt for å sikre eit godt tilbod til alle, og vurdere innføring av ei slik maktsgrense i samarbeid med kommunane.
3. Stortinget ber regjeringa fastsette forpliktande responstider for ambulansenesta, responstider skal målast på kommunenivå og offentleggjerast, og legge fram sak om dette for Stortinget.
4. Stortinget ber regjeringa legge fram tiltak som styrker ambulanseberedskapen, som hindrar sentralisering, og som særleg opprettheld ambulanseberedskapen der det er lange avstandar til sjukehus.
5. Stortinget ber regjeringa etablere eit system kor ansvarleg departement for statlege nødetatar må betale vertskommunen dersom det kommunale brannvesenet må gjere den jobben som ambulanse eller politi skulle ha utført.
6. Stortinget ber regjeringa legge fram tiltak for Stortinget som bidrar til å betre samarbeidet mellom dei ulike nødetatane og andre beredskapsorganisasjonar.
7. Stortinget ber regjeringa prøve ut nye samarbeidsformer mellom nødetatane i distriktsområde, med mål om å styrke den samla beredskapen i området, og utan at kostnader og ansvar blir velta over på kommunane.
8. Stortinget ber regjeringa innføre følgjeteneste for gravide med over 1 times reiseveg til fødestaden.
9. Stortinget ber regjeringa fremme forslag om lovfesta krav til felles akuttmedisinske planar mellom sjukehus og kommunar.
10. Stortinget ber regjeringa fremme ein fornya nasjonal førstehjelpsstrategi for å styrke førstehjelpskompetansen i sivilsamfunnet og befolkninga.»

2. Komiteens behandling

Komiteen gjennomførte en muntlig høring vedrørende Meld. St. 23 den 6. mai 2025. I den muntlige høringen deltok 18 høringsinstanser. I tillegg mottok komiteen flere skriftlige innspill til meldingen.

Høringsnotatene til både den muntlige og skriftlige høringen kan leses på sakens side på stortinget.no.

Komiteen har vedrørende representantforslaget Dokument 8:127 S bedt om uttalelse fra helse- og omsorgsministeren. Statsråden har uttalt seg om forslagene i brev til komiteen av 2. april 2025. Brevet følger som vedlegg til denne innstillingen. Det er også avholdt skriftlig høring i saken, hvor det innen fristen kom inn tre høringssvar fra henholdsvis Delta, Den norske Legeforeningen og Den norske Tannlegeforening. Høringsvarene kan leses på sakens side på stortinget.no.

3. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kamzy Gunaratnam, Tove Elise Madland, Even A. Røed og Truls Vasvik, fra Høyre, Sandra Bruflot, Erlend Svardal Bøe og lederen Tone Wilhelmsen Trøen, fra Senterpartiet, Siv Mossleth og Kjersti Toppe, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, fra Sosialistisk Venstreparti, Marian Hussein, fra Rødt, Seher Aydar, fra Kristelig Folkeparti, Hadle Rasmus Bjuland, og fra Pasientfokus, Irene Ojala, viser til at regjeringen 10. april 2025 fremmet melding til Stortinget om framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Komiteen noterer at stortingsmeldingen er delt inn i ni kapitler, og komiteens innstilling vil således også være inndelt etter samme oppdeling.

Komiteen viser også til Dokument 8:127 S (2024–2025) Representantforslag om å styrke den akuttmedisinske beredskapen utanfor sykehus, inkludert legevakt og ambulanse.

3.1 Framtidens allmennlegetjeneste og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Komiteen merker seg at regjeringen vektlegger at allmennlegetjenester er fundamentet for likeverdig tilgang til legetjenester og en trygg akuttmedisinsk kjede. Stortingsmeldingens fire overordnede mål er: a) at den offentlige allmennlegetjenesten er innbyggernes førstevalg, b) at alle innbyggere opplever gode og sammenhengende tjenester, og sosiale forskjeller i helse reduseres, c) at innbyggere med akutt sykdom får rask og god helsehjelp i hele landet og d) at kommuner i hele landet tilbyr tilgjengelige, kunnskapsbaserte og gode allmennlegetjenester.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at en trygg og tilgjengelig primærhel-

setjeneste er en bærebjelke i det norske helsevesenet. Fastlegeordningen er en sentral del av dette, og utgjør for mange inngangsporten til helsehjelp. Disse medlemmer understreker at en velfungerende allmennlegetjeneste er avgjørende for å sikre befolkningens helse og trygghet, og at det er nødvendig med en helhetlig og fremtidsrettet politikk for å møte utfordringene i tjenesten.

Disse medlemmer viser til at det er snart 25 år siden fastlegeordningen ble innført, og at det nå er behov for å modernisere og videreutvikle ordningen for å møte dagens og fremtidens behov. Meldingen peker på viktige utfordringer og foreslår konkrete tiltak for å styrke fastlegeordningen og den akuttmedisinske beredskapen utenfor sykehus.

Disse medlemmer viser til at Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring en modernisert fastlegeforskrift, som bedre reflekterer dagens organisering med flere kommunalt ansatte leger. Forskriften vil gi bedre oversikt over ansvar og oppgaver, og bidra til en mer robust og oversiktlig tjeneste. Samtidig vil disse medlemmer understreke at næringsmodellen fortsatt er hovedmodellen i ordningen.

Disse medlemmer vil også understreke at fastlegenes arbeid er inngangsporten for mange av ytelsene og rettighetene i velferdsstaten. Gjennom sykemeldinger får man tilgang på sykepenger, gjennom legeattester får man rettigheter i Nav, og det er fastlegene som vurderer om eldre kan fortsette å kjøre bil. Denne rollen krever mye av fastlegene, og det er behov for å styrke fastlegene for å gjennomføre denne rollen på en god måte. Disse medlemmer vil særlig trekke frem behovet for å få en god praksis med sykemeldinger og at bruken av jobbfokuserte samtaler økes.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil sikre en sterk fastlegeordning, som er tilgjengelig for innbyggerne, som fungerer som en viktig portvokter for spesialisthelsetjenesten, og hvor hovedregelen er privat næringsdrift.

Disse medlemmer mener regjeringens melding om fastlegeordningen og om de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus ikke sikrer bærekraften i allmennlegetjenesten. Allmennlegetjenestemeldingen mangler tiltak som vil gjøre fastlegeordningen mer tilgjengelig for pasienter, til tross for at tilgjengelighet omtales som regjeringens mål med allmennlegetjenestemeldingen. Disse medlemmer mener det er kritikkverdig at regjeringens slagord ikke henger sammen med regjeringens forslag til tiltak. Disse medlemmer merker seg at regjeringen ikke legger frem en stortingsmelding om prehospitale tjenester slik regjeringen varslet i Hurdalsplattformen, men velger å legge dette inn som et kort kapittel i meldingen om allmennlegetjenesten. Disse medlemmer noterer også at re-

gjeringen lanserer en rekke nye utredninger og vurderinger, men tar forsvinnende få grep for å sikre fremtiden i allmennlegetjenesten. Disse medlemmer viser til at regjeringen Solberg reetablerte trepartssamarbeidet mellom KS og Oslo kommune, Legeforeningen og staten, med drøftinger om utfordringer og tiltak for å utvikle allmennlegetjenesten. Disse medlemmer viser til regjeringen Solbergs Handlingsplan for allmennlegetjenesten, Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert, 2020–2024, som et resultat av trepartssamarbeidet, og som styrket allmennlegetjenesten i Norge gjennom forbedret finansiering, teambasert arbeid, digitalisering og bedre samhandling. Disse medlemmer mener en bedring i situasjonen i fastlegeordningen er positivt og ser at dette også er et resultat av handlingsplanen som ble inngått i et tett partnerskap med de ovennevnte parter. Disse medlemmer viser til at regjeringen Solberg etablerte ALIS-ordningen, som hadde som mål å rekruttere og utdanne spesialister i allmennmedisin gjennom å opprette fastlønnte stillinger.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til at allmennlegetjenesten er fundamentet i helsetjenestene og portvokter til spesialisthelsetjenestene. En sterk primærhelsetjeneste er viktig for å sikre innbyggernes helse.

De fleste medisinske tilstander diagnostiseres og behandles der. Derfor er det viktig med nok kapasitet og riktig kompetanse i allmennlegetjenesten. Disse medlemmer ser det som positivt at rekrutteringen til allmennlegetjenesten har økt i årene Senterpartiet har vært i regjering. Men fremdeles er det en sårbarhet i ordningen, og fremdeles er det for mange innbyggere uten fastlege. Det er store geografiske forskjeller i tilgangen til fastleger. I mange distriktskommuner opplever innbyggere hyppige skifter og mange vikarer, og mindre kontinuitet. En robust fastlegeordning i hele landet er viktig for å sikre likeverdige helsetjenester uavhengig av hvor du bor eller sosial bakgrunn. I årene fremover vil behovet for fastlege øke, ut fra demografiske endringer med flere eldre. Derfor må kapasiteten i fastlegeordningen økes. I tillegg til høy kapasitet og tilgjengelighet er kontinuitet i ordningen et viktig mål. At innbyggere har en fast lege å forholde seg til over tid, er en styrke både for pasient og behandler. Fastlegens unike kontakt med pasienten er en viktig verdi som må bevares i ordningen. Disse medlemmer savner at meldingen omtaler kontinuitet som et mål for ordningen. Erfaring viser at kontinuitet er viktig for pasienters tilfredshet med fastlegeordningen, at pasient får møte den samme legen over tid. Disse medlemmer merker seg at meldingen har stort fokus på at fastlegeordningen skal være en del av det digitale skiftet. Disse medlemmer vil understreke at digitalisering av tjenesten ikke er et mål i seg selv, men et virkemiddel for at møtet og kontakten

mellom pasient og lege/behandler blir effektivt og best mulig for pasientene og bidrar til rett prioritering. Disse medlemmer vil også fremheve at fastleger allerede tar i bruk digitale løsninger, men at dette selvsagt skal kunne bli bedre. Disse medlemmer mener at en ordning med kommunal nettlege er en feilprioritering. Disse medlemmer vil understreke at fastlegeordningen må finansieres slik at fastlegene kan ta seg av sårbare grupper, som hjemmeboende eldre, barn i barnevernet og pasienter med psykiske lidelser, også med hjemmebesøk. Disse medlemmer mener at legevakt fremdeles er en akuttmedisinsk tjeneste i bakevja, fordi regjeringen ikke tar tak i de reelle utfordringene. Det blir også vanskelig å fremme tiltak om fastlegeordningen uten å se dette sammen med legevakt, fordi det er de samme legene som driver begge deler.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt mener at helsepolitikken må sikre både like helserettigheter til alle, og utjevne forskjellen slik at alle får samme livsbetingelser. Fastlegeordninga bidrar til det når den fungerer som tenkt; en fastlege som er tilgjengelig, kjenner pasienten sin, kan se hele bildet og gi behandling tilpassa hver enkelt. Fastlegene er også portvokter inn til resten av helsetjenesten og sikrer at helsetjenestene bruker ressursene sine riktig ved å løse det som kan løses på legekontoret og henvise de som trenger spesialist, videre. Når denne ordninga nå går opp i liminga ser vi forskjellene øke. Samtidig som flere og flere står uten fastlege har det kommersielle legemarkedet eksplodert. For de som har god økonomi er det lettere enn noen gang. De kan få resepter ved å sende en SMS. De kommer rett til spesialist når det måtte passe dem. Kampen for å sikre fastlegeordninga er kampen mot helseforskjeller.

Disse medlemmer mener at det er viktig å styrke fastlegeordningen, og samtidig ta politisk ansvar for helheten i tilbudet. Disse medlemmer viser til at de kommersielle legeskjedene rekrutterer de samme yrkesgrupper som kommuner og sykehus. Kommersielle legeskjeder tapper den offentlige helsetjenesten for den viktigste og knappeste ressursen vi har, og de bidrar til å flytte tilbudet fra dem som trenger det, til dem som har råd til å betale for det. De kommersielle selskapene reklamerer for unødvendige helsetjenester, og dreier behandling dit det er penger å hente. Denne utviklingen må stanses for å hindre todelt helsevesen. Det må både gjøres gjennom å sikre gode arbeidsvilkår, og å regulere kommersielle aktører.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at en regulering av kommersielle legetjenester kommer på plass, og

sikre at det offentlige ikke finansierer kommersielle legeselskaper.»

3.2 Utfordringer, tiltaksområder og utviklingstrekk

3.2.1 UTFORDRINGER

Komiteen merker seg at regjeringen særlig vil løfte fram og utdype fire utfordringer for den allmennmedisinske tjenesten og de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. 1) tjenestene møter ikke i tilstrekkelig grad innbyggernes behov og forventninger, 2) det er behov for å forbedre samhandlingen mellom aktørene i den akuttmedisinske kjeden, 3) de digitale løsningene må møte dagens og framtidens behov og 4) kommunene mangler handlingsrom og verktøy for å styre allmennlegetjenesten.

3.2.2 REGJERINGENS TILTAKSOMRÅDER

Komiteen noterer seg at regjeringen presenterer fem tiltaksområder for allmennlegetjenesten og de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus som samlet skal bidra til en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, og til å realisere regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken. Disse fem tiltaksområdene er: 1) fornye og forbedre fastlegeordningen gjennom endringer i regelverk og en ny finansieringsmodell, 2) øke tilgjengeligheten og bedre samhandlingen i de akuttmedisinske tjenestene, 3) modernisere allmennlegetjenesten for det digitale skiftet, 4) likeverdige tjenester og reduserte sosiale helseforskjeller og 5) bedre kommunenes forutsetninger for å yte gode allmennlegetjenester.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt vil fremheve at en sentral intensjon bak innføringen av fastlegeordningen i 2001 var å sørge for kontinuitet i forholdet mellom pasient og lege, samt å sikre at alle som ønsket det, fikk en fast lege å forholde seg til. En fast lege som kjenner pasientens historie og kan følge opp over tid, kan bidra til bedre forebygging, rett behandling, redusere behov for legevaktbesøk og sykehusinnleggelser. Disse medlemmer etterlyser et større fokus på dette i meldingen, og mener at det å sikre kontinuitet i fastlegeordningen må være et tiltaksområde i årene fremover. På denne bakgrunn ber disse medlemmer regjeringen legge til grunn et sjettede tiltaksområde: – Å sikre kontinuitet i fastlegeordningen.

3.3 En fornyet, forsterket og forbedret fastlegeordning

Komiteen støtter regjeringens hovedformål om å sikre at alle innbyggere får nødvendige allmennlegetje-

nester av god kvalitet til rett tid, og at alle har én fast allmennlege å forholde seg til. Komiteen merker seg at regjeringen mener dette formålet i stor grad er oppnådd, men at endringer i samfunnets behov gjør det nødvendig å videreutvikle fastlegeordningen.

Komiteen fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen inkludere ideelle og frivillige aktører som samarbeidspartnere i arbeidet med å utvikle akuttberedskap og lavterskel helsetjenester, og sikre dem forutsigbare og stabile rammevilkår.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus savner at meldingen i større grad løfter den ideelle og frivillige sektorens rolle som en samarbeidspartner i akuttberedskap, oppfølging og lavterskel helsetilbud. Disse medlemmer mener det bør etableres ordninger som gir ideelle aktører stabile og forutsigbare rammer for å bidra langsiktig i helsetjenesten, også i tilknytning til akuttberedskap og rehabilitering.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at allmennlegetjenesten er en grunnpilar i det norske helsevesenet og en forutsetning for at befolkningen skal ha tilgang til helsehjelp av høy kvalitet, uavhengig av bosted og livssituasjon. Fastlegeordningen er, for de fleste, inngangsporten til helsetjenesten og en viktig garantist for kontinuitet, trygghet og helhetlig oppfølging. Disse medlemmer mener at det nå er riktig tidspunkt for å utvikle og styrke ordningen, slik at den er rustet for framtidens behov.

Disse medlemmer støtter regjeringens ambisjon om å fornye, forsterke og forbedre allmennlegetjenesten. Meldingen peker på sentrale utfordringer knyttet til kapasitet, rekruttering, tilgjengelighet og samhandling, og presenterer en helhetlig strategi for å møte disse. Disse medlemmer mener at tiltakene som foreslås, vil bidra til å sikre en bærekraftig og tilgjengelig tjeneste, og at dette er avgjørende for å opprettholde tiliten til og kvaliteten i den offentlige helsetjenesten. Disse medlemmer viser også til innføringen av samhandlingstilskudd, og at dette med rette brukes til å styrke den akuttmedisinske kjeden og organiseringen av føde og barsel.

Disse medlemmer mener at det er behov for både strukturelle og innholdsmessige endringer i allmennlegetjenesten. Det handler om å sikre god kompetanse, bedre finansiering, mer tverrfaglig samarbeid og økt bruk av digitale løsninger. Samtidig må tjenesten være tilpasset lokale forhold og behov, og bidra til sosial utjevning og bedre folkehelse. Disse medlemmer vil understreke at en sterk allmennlegetjeneste er avgjørende for at pasienter får raskt hjelp, og at pasienter kan behandles uten å legge unødvendig trykk på sykehuse-

ne og de spesialiserte helsetjenestene. I dag ferdigbehandler allmennlegeordningene ca. 90 pst. av pasientene, men står bare for 10 pst. av kostnadene i helsetjenesten.

Disse medlemmer støtter derfor stortingsmeldingen slik den er lagt frem, og mener den representerer et viktig og nødvendig løft for allmennlegetjenesten. Disse medlemmer vil fortsette å arbeide for at alle innbyggere skal ha tilgang til gode, trygge og sammenhengende helsetjenester – i hele landet.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at en god allmennlegetjeneste og en robust akuttberedskap i hele landet er avgjørende for tilliten til og bærekraften i vår felles helsetjeneste. Disse medlemmer støtter meldingen på punkter som styrking av basistilskuddet til fastlegene, tiltak for bedre rekruttering og anerkjennelse av den lokale akuttberedskapens betydning. Samtidig er det flere områder hvor meldingen etter disse medlemmers syn ikke svarer godt nok på utfordringene.

Disse medlemmer mener fastlegeordningen må utvikles med mål om varig bærekraft og høy kvalitet. Disse medlemmer ønsker å legge til rette for fleksible modeller, blant annet med fastlønnsordninger og teamorganisering, særlig for å sikre rekruttering og stabilitet i distriktene. Meldingen peker på slike muligheter, men uten å presentere konkrete grep. Disse medlemmer mener det er nødvendig at staten følger opp dette ansvaret tydeligere.

3.3.1 FORNYING SOM BYGGER VIDERE PÅ DAGENS FASTLEGEORDNING

Komiteen merker seg at regjeringen vil videreutvikle dagens fastlegeordning ved å bevare kommunalt sørge for-ansvar og statlig finansiering gjennom folketrygden. Den vil bevare den individuelle avtalen mellom kommune og lege, listesystemet og trepartssamarbeidet. Videre vil regjeringen bevare næringsdrift som hovedmodell, samtidig som det legges bedre til rette for kommuner som velger å ansette fastleger. Regjeringen vil redusere behovet for vikarer ved at fastlegeyrket skal være attraktivt i hele landet.

Komiteen merker seg videre at regjeringen vil fremme riktige medisinske prioriteringer og vurderinger, tverrfaglighet, kvalitetsarbeid, innovasjon og ledelse gjennom å ta sikte på å innføre en ny finansieringsmodell for fastlegeordningen. Dette skal gjøres ved å trinnvis øke basistilskuddets andel av finansieringen av fastlegeordningen med totalt 10 prosentpoeng og videreutvikle modellen for pasienttilpasset basistilskudd og vurdere å gjøre deler av basistilskuddet avhengig av kvalitetsmål.

Komiteen noterer også at regjeringen vil gjennomføre en forenkling av takstsystemet og vurdere behov for å modernisere og videreutvikle honorartakstene for legeerklæringer til Nav, slik at takstene i større grad støtter opp under målene om å redusere sykefravær og hindre frafall fra arbeidslivet. Regjeringen tar sikte på å åpne for at leger kan delegerer konsultasjoner til sykepleiere og få refusjon fra folketrygden og utrede hvordan pasientbehandling utført av flere helsepersonellgrupper i et fastlegekontor bør finansieres, og hvilke krav som skal stilles for å benytte slik finansiering.

Komiteen merker seg videre at regjeringen vil etablere et system for å følge med på effekt for innbyggerne, tjenesten og økonomiske konsekvenser av endringene og ved behov gjennomføre justeringer. Regjeringen vil utrede hva som skal være oppgaveporteføljen i en modernisert fastlegeordning, avklare og tydeliggjøre konsultasjonsbegrepet og utrede hvordan det kan tilrettelegges for mer tilgjengelige fastlegekontor. Regjeringen vil videre legge til rette for ledelse og tverrfaglighet i fastlegekontorene gjennom å utrede hvordan det kan legges til rette for god ledelse og tverrfaglighet også ved næringsdrivende fastlegekontor, og utrede regulering av gruppeavtaler mellom fastleger og kommunen. Komiteen merker seg at Helsedirektoratet skal bistå kommuner og fastlegekontorer i å utvikle fastlegekontor med flere helsepersonellgrupper, god oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid. Regjeringen vil også fremme helsesekretærenes rolle i fastlegekontorene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Kristelig Folkeparti, mener at styrings- og forskningsdata fra fastlegeordningen må sikres. Det nasjonale helseregistret Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) må ikke ødelegges.

Flertallet viser til at finansieringsordningen skal endres ved forskyvning mellom takster og pasienttilskudd. Flertallet viser så til at det diskuteres flere steder i meldingen verdien og viktigheten av styringsdata, forskning og å følge med utviklingen.

Flertallet er kjent med at data i legedelen av KPR kommer i stor grad fra legenes regningskort, der takstene bygger på Normaltariffen. Flertallet merker seg at departementet i lang tid har hatt en strategi for å forenkle Normaltariffen, og dette blir også viktigere om takstene skal bety mindre i fremtiden. Men arbeidet med å forenkle Normaltariffen har tilsynelatende blitt utført uten tanke for at dette samtidig er det essensielle datagrunnlaget for aktivitetene i fastlegeordningen; konsultasjonene, prosedyrene og laboratoriebruken. Som eksempel vil flertallet vise til at en sammenslåing av takster har ført til at Norge som et av få land i Europa faktisk ikke kan måle utviklingen av digitale tje-

nester (chat, video, digital konsultasjon etc.) i fastlegeordningen. Samtidig ønsker regjeringen å styrke slike tjenester, uten å legge til rette for å måle bruken av dem.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at essensielle data for styring, monitorering og forskning ikke går tapt gjennom en forenkling av Normaltariffen, og at akademiske forskningsmiljøer får medvirke til en styrking av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) gjennom metodeutvikling og sikring av nødvendige variabler.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet understreker at fastlegeordningen fortsatt må baseres på en næringsdrivende modell. Ordningen har vært en suksess fordi den kombinerer faglig selvstendighet med lokal tilknytning og høy effektivitet. Det gir insentiver for tilgjengelighet, ansvarlighet og personlig eierskap til praksisen.

Disse medlemmer viser til at stadig flere kommuner eksperimenterer med fastlønn og kommunale modeller, men disse medlemmer mener slike løsninger verken er bærekraftige eller ønskelige som hovedmodell. Fastlønn svekker ansvarsforhold og risikerer å redusere tilgjengelighet og pasientkontakt. Det må legges til rette for at det fortsatt er attraktivt å etablere og drive praksis som privat næringsdrivende fastlege.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre rammevilkår som gjør det attraktivt å drive som privat næringsdrivende fastlege, og legge til rette for at dette fortsatt skal være hovedmodellen i fastlegeordningen.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt støtter regjeringen i at det ikke blir lagt rette for at kommunen kan inngå avtale med fastlegeselskap om fastlegetjenester for innbyggerne. Disse medlemmer mener, i motsetning til Høyre og Fremskrittspartiet, at fastlønn og kommunale modeller (8.2-avtaler) også må være et tilbud for de kommuner der dette fungerer best, selv om næringsmodell blir opprettholdt som hovedmodellen. Disse medlemmer er kjent med at yngre, nyutdannede leger gjerne kan foretrekke slike modeller, og at det også er forskjell på by og land i hvilken finansieringsmodell som kan passe best. Disse medlemmer vil fremheve tiltak i meldingen om å legge til rette for mer ledelse og tverrfaglighet, også ved næringsdrivende fastlegekontor.

Komiteens medlem fra Fremskrittspartiet mener pasientene må ha reell valgfrihet i møtet med helsetjenesten. Dagens regel om maks to bytter per år fremstår som en unødvendig barriere for pasientenes rett til å velge lege som passer deres behov. I praksis kan pasienter bli stående hos en fastlege de ikke opplever god kommunikasjon eller tilgjengelighet hos, noe som svekker tilliten til ordningen. Å fjerne denne begrensningen vil styrke pasientens stilling, øke konkurransen mellom fastleger og gi insentiver til god pasientoppfølging.

På denne bakgrunn fremmer dette medlem følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at antallsbegrensningen for bytte av fastlege fjernes.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt støtter dagens regel som setter begrensning på to fastlegebytter hvert år, og opplever ikke at dette er en regel som svekker tilliten til ordningen. Det er et mye større problem at mange ikke har et reelt valg fordi listene til fastlegene er fulle og det er venteliste for å bytte fastlege. Derfor mener disse medlemmer at det er viktigere å styrke kapasiteten slik at alle innbyggere reelt kan velge blant flere fastleger enn tilfellet er i dag.

3.3.2 NY FINANSIERINGSMODELL FOR FASTLEGEORDNINGEN

Komiteen merker seg at regjeringen mener at det er nødvendig å øke andelen basistilskudd. Regjeringen vurderer at basistilskuddets andel av finansieringen bør økes trinnvis med totalt 10 prosentpoeng: 4 prosentpoeng i 2025, 3 prosentpoeng i 2026 og 3 prosentpoeng i 2027. Regjeringen mener at dette balanserer ulike hensyn og synspunkter som er fremmet i faglige innspill og i diskusjoner med partene. Komiteen merker seg at økt andel basistilskudd vil innebære omfordelingseffekter mellom legene. Isolert sett vil fastleger som har lavere andel av sin inntekt fra takster enn gjennomsnittet, komme godt ut, mens de som har høyere andel av inntekten fra takster, taper.

Komiteen viser videre til at regjeringen fra 1. mai 2023 endret basistilskuddet til en differensiert modell omtalt som pasienttilpasset basistilskudd (PTB). Formålet med endringen var at basistilskuddet i større grad skal reflektere arbeidsmengden listen innebærer, i stedet for bare listelengden. Komiteen registrerer at regjeringen i meldingen varsler en videreutvikling av det pasienttilpassede basistilskuddet fra 1. juli 2026. Endringene vil være å fjerne dempingen slik at modellens forklaringskraft og effekt på basistilskuddet øker, at sosioøkonomisk variabel for utdanning måles per grunnkrets framfor kommune/bydel, at sentralitetstil-

legget baseres på fastlegenes praksiskommune i stedet for listeinnbyggernes bostedskommune og styrkes, og at en ekstra sats for asylsøkere og bosatte flyktninger innlemmes i modellen det første året som medlemmer av fastlegeordningen.

Komiteen noterer seg at regjeringen vil åpne for at det ytes stønad fra folketrygden for konsultasjoner som er delegert fra fastlege til sykepleier, og at regjeringen mener dette er et første steg i retning av en fastlegeordning med større innslag av annet helsepersonell. Videre merker komiteen seg at regjeringen vil utrede videre ytterligere grep i finansieringsordningen for å understøtte finansiering av andre personellgrupper i fastlegekontor.

Komiteen merker seg at regjeringen vil se på mulighetene for å forenkle takstsystemet og utrede andre finansielle incentiver for å understøtte riktig medisinsk praksis, samordnede og koordinerte tjenester, oppgaveløsning på riktig nivå, innovasjon, styring av portvokterrollen og at fastlegeordningen er attraktiv å jobbe i.

For å sikre kostnadskontroll og følge med på effektene av endringer i finansieringsmodellen merker komiteen seg at Helse- og omsorgsdepartementet sammen med Helfo og Helsedirektoratet vil etablere en mekanisme for å identifisere uønskede konsekvenser av endringene som innføres.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at innføringen av pasientjustert basistilskudd har vært et viktig grep for å styrke fastlegeordningen og sikre bedre oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov. Denne modellen gir økt forutsigbarhet for fastlegene og gjør det mer attraktivt å ta ansvar for pasienter med høyere behov for helsehjelp.

Disse medlemmer støtter regjeringens forslag om å øke andelen av basistilskuddet, forenkle takstsystemet og videreutvikle pasienttilpasset basistilskudd. Dette vil bidra til å styrke kapasiteten, kvaliteten og tilgjengeligheten i fastlegeordningen, særlig for pasienter med store og sammensatte behov. Endringene vil også understøtte god medisinsk praksis og bidra til å gjøre allmennlegetjenesten mer attraktiv for unge leger.

Disse medlemmer viser til at regjeringen har tatt fastlegekrisen på alvor, og gjennom målrettede investeringer og strukturelle endringer er utviklingen snudd. Det er nå rekordmange leger som ønsker å bli fastlege, og over 200 000 flere innbyggere har fått fastlege siden starten av 2023. Dette viser at politikken virker, og at det er mulig å bygge en sterkere og mer bærekraftig fastlegeordning gjennom tydelig politisk vilje og handling. Disse medlemmer mener det er avgjørende å bygge videre på denne utviklingen.

Disse medlemmer viser til at det er viktig at finansieringen av fastlegeordningen bidrar til høy kapasitet og tilgjengelighet. Disse medlemmer støtter en gradvis økning av basistilskuddets andel av finansieringen og mener dette kan gjøres over tid uten å svekke takstene i særlig grad. Disse medlemmer er bekymret for at en for rask omlegging kan gi uheldige konsekvenser for leger i distriktene med 8.2-avtaler eller fastlønn.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at meldingen tydeliggjør behovet for å styrke basiskomponenten i finansieringen av fastlegeordningen. Disse medlemmer mener det er avgjørende at andelen basistilskudd økes blant annet for å få flere helsepersonellgrupper i fastlegeordningen på en forsvarlig måte.

Disse medlemmer viser til at Helsedirektoratet anbefaler økt andel basis for å bidra til redusert risiko for overaktivitet og gi bedre kostnadskontroll, noe som er ønskelig dersom det skal innføres profesjonsnøytrale takster og økte muligheter for delegasjon til andre helsepersonellgrupper.

Disse medlemmer viser til at regjeringen allerede har varslet å innføre delegasjon av konsultasjoner til sykepleiere, som et første steg for å få økt tverrfaglighet ved fastlegekontorer.

Disse medlemmer er bekymret både for kostnadskontrollen og for incentivene til hvilke tjenester som ytes om basisandelen ikke øker samtidig som det innføres økt tverrfaglighet i fastlegekontor. Høy aktivitetsbasert finansiering kan bidra til høy produksjon av lav-verdi helsetjenester om det vil bli svært lønnsomt, fremfor at innsatsen rettes mot de med størst behov.

Disse medlemmer viser videre til at økt basistilskudd vil bidra til bedre prioritering av pasienter med store og sammensatte behov, samt gjøre det lettere og tryggere for fastleger å ansette annet helsepersonell. Dette er nødvendig for å sikre en bærekraftig fastlegeordning og en sterk offentlig helsetjeneste i hele landet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at i dag er rundt 80 pst. av alle fastleger næringsdrivende og om lag 20 pst. kommunalt ansatte. En hovedregel i fastlegeordningen og en viktig bidragsyter til dens effektivitet har vært næringsdrivende fastleger. En utredning fra Helsedirektoratet i 2022 viser at fullstendig omlegging fra næringsdrift til kommunalt ansatte fastleger vil koste over 11 mrd. kroner mer årlig og kreve rundt 2 700 flere fastleger, dette for å kompensere for lavere effektivitet hos kommunalt ansatte leger enn hos næringsdrivende fastleger. Disse medlemmer mener regjeringens politikk gjør det mindre attraktivt å være næringsdri-

vende fastlege når den aktivitetsbaserte finansieringen reduseres og basisfinansieringen øker.

For å sikre pasienter en tilgjengelig fastlegetjeneste fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen bevare dagens finansieringsordning i fastlegeordningen hvor den aktivitetsbaserte andelen beholdes på 70 pst. og basisfinansieringen utgjør 30 pst.»

Disse medlemmer viser til at fastlegene har en sentral rolle i oppfølgingen av sykefravær, og mener dette må reflekteres tydeligere i rammebetingelsene for fastlegeordningen. Sykefravær er ikke bare en kostnad for arbeidsgiver og samfunn, det er ofte en indikator på sviktende oppfølging og samhandling i helse- og arbeidslivet.

Disse medlemmer mener fastlegene er den aktøren som kjenner pasienten best, og som er i posisjon til å vurdere både medisinske forhold og arbeidstilpassning.

Disse medlemmer viser til at likevel opplever mange fastleger at oppfølgingen av sykmeldte havner i skyggen av mer akutt og kronisk sykdom. Disse medlemmer viser til hørings svar fra NHO, som peker på at bedre samhandling mellom helsetjenesten og arbeidslivet kan være avgjørende for å få ned sykefraværet.

Disse medlemmer mener at for å lykkes med dette må fastlegene ha tid, verktøy og økonomiske insentiver til å prioritere sykefraværarbeid. Det gjelder både dialog med arbeidsgiver og Nav, oppfølging av behandlingsplaner og rask tilbakeføring til arbeid der det er mulig. Disse medlemmer mener det bør innføres tydeligere takster og støtteordninger for sykefraværsoppfølging, og at dette arbeidet må ses som en integrert del av fastlegeansvaret, ikke som et pålagt administrativt tillegg.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen foreslå nye insentiver for fastlegene for å få ned sykefraværet.»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener det viktigste er at finansiering av fastlegeordningen både sikrer kapasiteten i tjenestene og tar høyde for de store utfordringene Norge har knyttet til sosiale forskjeller i helse. Sosialistisk Venstreparti mener man må ha en finansieringsordning som kompenserer for sosial ulikhet og tar høyde for særlige utfordringer knytta til kvinners helse. En høyere andel pasienttilpasset basistilskudd er et skritt i riktig retning. Dette medlem viser videre til at Helfo har måttet kreve tilbake 340 mill. kroner fra leger som de mener fakturerer for mye, og til FHIs rapport om hvordan avlønning av fastleger påvirker deres rolle som portvokte-

re. Dette medlem mener for eksempel at det at næringsdrivende fastleger med høy takstinntekt sykemelder mer, mens fastleger på fast lønn er strengere portvoktere, indikerer at insentivene ikke er som de skal. Det synes klart at flere leger på fastlønn burde være en målsetting.

På dette grunnlag fremmer komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge fram flere tiltak for å styrke fastlegenes faglige autonomi, herunder større bruk av fastlønn.»

Komiteens medlem fra Rødt vil påpeke forskjellene i fastlegens ansvar for å tilby øyeblikkelig hjelp i storbyene og distrikt. I storbyer har alle tilgang til døgnåpen legevakt som aksepterer i større grad de som ikke trenger øyeblikkelig hjelp, enn distriktene har mulighet til. Døgnåpen legevakt kan gi konsultasjoner, noe som bidrar til at fastlegene ikke selv trenger å håndtere alle kontaktene med egne pasienter. Fastlegene vil dermed ha muligheten for å ha flere pasienter på listene sine enn det de klarer å betjene. Ulempen med dette er at de da også mottar kunstig høye basistilskudd, fordi en fastlege i storbyen kan ha mange pasienter på sine lister, men ha ventetid på flere uker. Da kan pasienten i noen tilfeller bli legevaktas ansvar.

I distriktene må fastlegene som oftest selv tilby legevaktstjenester på dagtid, og det er ikke rom for at fastlegene har flere pasienter på lista enn at de klarer å håndtere alle kontaktene selv. Dette fører til kortere lister og mindre basistilskudd for fastlegene i distriktene enn fastlegene i storbyene. Dette medlem er derfor bekymret for at økning av andelen basistilskudd vs. takstene vil kunne føre til en skjevhet i mulighetene for inntjening mellom fastleger i storbyene og distriktene, og være et insentiv for legene i storbyene til ytterligere å øke pasientlistene sine. Det må sikres at dette ikke blir konsekvensen.

Dette medlem vil understreke at det med pasientjustert basistilskudd ikke følger noen krav om at legen skal bruke mer kapasitet på pasientene som trenger mer ressurser. Legene får mer penger for å ha disse pasientene på lista si, uten at det i utgangspunktet følger noen forpliktelser. For å sikre at økt basistilskudd ikke bare stimulerer til lengre pasientlister og økt inntjening, og at nettleger og døgnåpne storbylegevakter tar ekstra jobben dette medfører, støtter dette medlem å innføre knekkpunkt. Dette for å tydeliggjøre oppfordringen om kortere pasientlister, noe som gir mer tid til de pasientene som trenger det.

Dette medlem fremmer på bakgrunn av dette følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å gjeninnføre knekkpunktet på 1 000 pasienter for fastleger før en økning av basistilskuddet trer i kraft.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet vil presisere at alle fastleger har plikt til deltakelse i legevakt, også utenfor ordinær åpningstid. Dette kommer i tillegg til andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegen (inntil 7,5 time per uke). Fastleger har også plikt til å innrette sin praksis slik at listeinnbyggerne som må ha øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes i åpningstiden. Dette gjelder også for leger i byene. Disse medlemmer viser til eget tilskudd til legevakt i distriktskommuner, som er styrket siste årene, og som har hatt god effekt. Disse medlemmer merker seg regjeringens forslag til omlegging av legevaktstilskuddet til et generelt distriktstilskudd. Disse medlemmer ber regjeringen følge nøye med på omleggingen og sikre at den ikke gir uheldige konsekvenser for legevakt.

3.3.3 EN TEAMBASERT OG TVERRFAGLIG FASTLEGETJENESTE

Komiteen merker seg at regjeringen trekker frem at norske fastlegekontorer har en smal personellsammensetning i forhold til sammenliknbare land, og at flere helsepersonellgrupper kan øke den samlede kapasiteten i fastlegeordningen og bidra i behandling av de store sykdomsgruppene, som blant annet personer med psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser, eldre med skrøpelig og pasienter med kroniske sykdommer. Komiteen merker seg også at regjeringen fremhever pilotforsøk med primærhelseteam ved 17 legekontorer i 9 kommuner i perioden 2018–2024. Evalueringen viser at pasientene opplevde styrket kontinuitet og mer planlagt og koordinert oppfølging, forståelsen for og mestring av egne helseproblemer ble bedre og legekontorene ble mer tilgjengelige for andre kommunale tjenester. Komiteen merker seg at alle lederne for primærhelseteamene mente at organiseringen har en rolle i framtidens fastlegetjeneste.

Komiteen fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede forskrivningsrett i legenær praksis for sykepleiere med spesialisering i avansert klinisk allmennsykepleie.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus, mener avanserte kliniske allmennsykepleiere har en viktig kompetanse for å kunne sikre bedre oppfølging av alvorlige og kronisk syke pasienter i kommunene. Bedre ivaretagelse av sårbare pasienter og skrøpelige eldre i kommunene var bakgrunnen for at

regjeringen Solberg opprettet egen masterutdanning med spesialistgodkjenning i avansert klinisk allmennsykepleie. Disse medlemmer viser til at sykepleiespesialister i andre land også har forskrivningsrett innenfor sine behandlingsområder. Disse medlemmer mener det samme bør utredes i Norge, for å gjøre fastlegekontorene mer effektive og pasientnære, redusere dobbeltarbeid og unødvendige konsultasjoner.

Et annet flertall, medlemmene i komiteen fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, viser til regjeringens intensjon om å legge til rette for tverrfaglige fastlegekontorer med god oppgavedeling og samarbeid mellom ulike yrkesgrupper. Dette flertallet mener dette vil bidra til å redusere arbeidsbelastningen for fastlegene og samtidig øke tilgjengeligheten for pasientene.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener det er helt avgjørende at fastlegeordningen blir mer tverrfaglig for å møte de store og sammensatte utfordringene i årene fremover. Dette er særlig viktig for de som lever med kroniske sykdommer, skrøpelige eldre, de som lever med psykiske lidelser og rusavhengighet, utviklingshemming og funksjonsnedsettelse. Disse medlemmer merker seg at regjeringen vil åpne for at det ytes stønad fra folketrygden for konsultasjoner som er delegert fra fastlege til sykepleiere. Disse medlemmer mener sykepleiere har en viktig og naturlig rolle i en moderne allmennhelsetjeneste, og mener regjeringen burde tatt flere og tydeligere grep for større tverrfaglighet. Disse medlemmer mener det er skuffende at regjeringen Støre ikke følger opp regjeringen Solbergs pilotprosjekt med primærhelseteam, som er evaluert til å vise gode resultater. Legekontorer som testet ut samhandling mellom fastlege, helsesekretær, sykepleier, psykolog og i noen tilfeller ernæringsfysiolog og fysioterapeut, ga bedre tverrfaglig oppfølging og reduserte behovet for andre helse- og omsorgstjenester. Pasienter opplevde mer helhet, bedre koordinering og fikk bedret helsetilstand og opplevelse av å mestre egen helse bedre. Disse medlemmer viser til dokumentet «Evaluering av forsøk med primærhelseteam (PHT) og alternative finansieringsordninger Statusrapport VI, 2024» av Institutt for helse og samfunn, UiO, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, som sier:

«Vi finner at PHT bidrar til en rekke nyttevirksomheter. Vi vurderer at den viktigste av disse er knyttet til bedre helsetilstand for listeinnbyggerne, som skapes gjennom økt kvalitet og tilgjengelighet til legekontoret. Vårt inntrykk er at PHT særlig har gitt bedre kvalitet i oppfølgingen av listeinnbyggere med store og sammensatte behov.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til evaluering av primærhelseteam. Disse medlemmer mener at det må gjøres en mer helhetlig evaluering av erfaringene før man konkluderer med at dette skal videreføres. Disse medlemmer merker seg de positive virkningene, men også at evalueringen ikke fullt ut gir svar på hvor stort omfanget av virkningene er. Evalueringen viser at PHT trolig kan gi helsegevinst som kan veie opp for kostnadene, men dette er altså ikke helt sikkert. Det er heller ikke vurdert om andre tiltak til samme kostnad ville gitt større nytte enn PHT. Innenfor rammene av dagens organisering og finansieringsmodell synes PHT-modellen i liten grad å føre til kapasitetsøkning for legene.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener regjeringen ikke tar de nødvendige og viktige grepene for en mer tverrfaglig allmennhelsetjeneste, og mener fremtidens tjenester må være teambasert. Disse medlemmer ønsker å legge til rette for mer samhandling mellom ulike profesjoner og mener dette vil komme innbyggere og pasienter til gode, men at det også vil legge til rette for større og mer spennende fagmiljø, kvalitetsarbeid og fagutvikling.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede innføring av profesjonsnøytrale takster i hele fastlegeordningen. Utredningen skal foreligge innen mars 2026.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at prøveordningen med primærhelseteam har gitt verdifulle erfaringer. Det er positivt at ulike helseprofesjoner kan samarbeide i team rundt pasienten, og at sykepleiere og annet helsepersonell får en mer fremtredende rolle. Dette forutsetter imidlertid at takstsystemet moderniseres slik at det muliggjør finansiering uavhengig av yrkestittel – såkalte profesjonsnøytrale takster. Dette kan øke kapasiteten og sikre bedre oppgavedeling, samtidig som det gir økonomisk forutsigbarhet.

Disse medlemmer ønsker at folk skal få helsehjelp når de trenger det, uten unødvendig venting. I dag står tusenvis uten fastlege, og ventetiden i spesialisthelsetjenesten er rekordlang. Disse medlemmer mener en effektiv måte å kutte ventetidene på er å la andre profesjoner avlaste legen der det er forsvarlig. Hvis andre enn legen tar hånd om enklere konsultasjoner, kontroll av kronikere, forebyggende samtaler m.m. kan legen bruke tiden på de sykeste. Det vil bety at flere pasienter får hjelpen de trenger.

Disse medlemmer viser til at i dag må ofte en lege signere eller gjøre oppgaver som eksempelvis en sykepleier allerede har kompetanse til å utføre, fordi regel-

verket er rigid. Dette byråkratiet forsinker pasientbehandlingen. Disse medlemmer mener at profesjonsnøytrale takster vil være med på å fjerne dette unødvendige byråkratiet, gjennom at refusjon knyttes til hva som gjøres, ikke hvem som gjør det. Dette vil effektivisere tjenestene, og frigjøre tid hos legen.

Disse medlemmer viser videre til at regjeringen i meldingen skriver at dersom sykepleiere kan utføre konsultasjoner mot refusjon, vil dette «styrke det økonomiske grunnlaget for både kommuner og næringsdrivende fastleger». Disse medlemmer mener vi må bruke alle gode krefter, slippe alle profesjoner til, og velge smarte løsninger som gjør helsetjenesten vår mer effektiv.

Disse medlemmer vil peke på at det er lenge siden apotekutvalget leverte sin utredning, og at dagens lov har stort behov for å moderniseres og oppdateres. Nettapotek representerer en naturlig forlengelse av den digitale fastlege-tjenesten. Når konsultasjonen skjer digitalt, bør også legemiddelutleveringen kunne følge samme spor, noe som er i tråd med regjeringens mål om en moderne, tilgjengelig og desentralisert helsetjeneste.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlem fra Fremskrittspartiet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest, og innen utgangen av 2025, legge frem forslag til ny apoteklov.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet mener det må legges til rette for tverrfaglighet og bedre oppgavedeling i primærhelsetjenesten, og viser til at dette løftes av flere aktører gjennom høringsinnspill. Disse medlemmer viser til høringsinnspill fra LHL, som sier at erfaringer fra pilotprosjekter viser at når flere yrkesgrupper jobber sammen på fastlegekontoret, opplever pasienter med kroniske og sammensatte lidelser bedre koordinering og kvalitet i tjenestene.

Disse medlemmer viser til Den norske legeforeningens høringsinnspill som poengterer følgende:

«Regjeringen vurderer profesjonsnøytrale takster på legekontorene. Formålet er å styrke tverrfagligheten og gjøre helsetjenestene mer effektive. Profesjonsnøytrale takster kan gi en uensiktsmessig oppgaveoverføring, der økonomiske insentiver overstyrer faglige vurderinger. Det kan også øke risikoen for unødige bruk av helsetjenester og høyere kostnader. Myndighetene bør i stedet lovregulere et takstsystem som sikrer riktig bruk av kompetanse for personell tilknyttet fastlegens kontor – ikke bare sykepleiere.»

Disse medlemmer viser også til høringsinnspill fra Helsesekretærforbundet, som poengterer følgende:

«Regjeringen foreslår at det åpnes for at enkelte konsultasjoner kan delegeres til sykepleier for så å utløse refusjon fra folketrygden. Helsesekretærene er, i motsetning til sykepleiere, til stede på legekontorene i

dag og utfører allerede mange oppgaver på vegne av legene. Det er derfor naturlig at helsesekretærene bør kunne utløse egne takster. Å utvide takstsystemet til helsesekretærene, som den største gruppen på legekontoret, vil gi betydelig forbedret ressursutnyttelse, uten at det går ut over behovet for sykepleiere og andre yrkesgrupper i andre deler av helsetjenesten.»

Disse medlemmer vil på denne bakgrunn fremme følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede hjemmel for egne takster som kan benyttes av annet personell på fastlegens kontor, som helsesekretærer, sykepleiere og andre som kan bidra til et bedre tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten.»

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt merker seg at regjeringen legger stor vekt på å legge til rette for oppgavedeling, og å gi rom for flere yrkesgrupper i fastlegjetjenesten. Primærhelseteamforsøket viste noe av potensialet i dette. Disse medlemmer mener at oppgavedeling ikke bare er nødvendig for å sikre tilgangen på personell og utnyttelse av tilgjengelig kompetanse, men også for å bedre pasientsikkerheten og for å gi mer helhetlig helseoppfølging til flere. Disse medlemmer viser til blant annet Fellesorganisasjonens høringsuttalelse:

«FO mener en allmennlegetjeneste med større bredde i det faglige tilbudet kan gi en bedre utnyttelse av ressursene. Primærhelseteamene viser dette. Når flere personellgrupper jobber sammen i team rundt pasienten, kan det bidra til å øke kapasiteten i fastlegjetjenesten. Ikke minst gir det bedre kvalitet i tjenestene, og pasienten får bedre helseoppfølging. Vektlegges tverrfaglig teamarbeid kan pasienten få mer helhetlig hjelp enn det som er standarden i dag.»

Disse medlemmer mener en viktig forutsetning for å få til dette er innføring av profesjonsnøytrale takster.

Disse medlemmer understreker at ekspertutvalget anbefaler «innføring av profesjonsnøytrale takster for fastlegeselskaper og kommunale legekontorer».

På bakgrunn av dette fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen å følge anbefalingen fra ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten og innføre profesjonsnøytrale takster for fastlegeselskaper og kommunale legekontorer.»

Disse medlemmer peker på at en viktig forutsetning for et velfungerende helsevesen, er oppgavedelingsprinsippet, og mener at profesjonsnøytrale takster vil være et tiltak for å bidra til dette, og viser Allmennsykepleierne i NSFs høringsinnspill, der de skriver følgende:

«Takstsystemet må gjenspeile faktisk ansvar og utførelse, ikke tittel. Det er oppgavene som bør styre størrelsen på refusjon, ikke hvilken yrkesgruppe som utfører dem. Slik er det allerede i spesialisthelsetjenesten, og det tilrettelegger for tverrfaglighet. Hvilken kompetanse som kan utføre hva ligger i helsepersonelloven og krav om forsvarlighet, og bør ikke ligge i takstsystemet.»

Og videre:

«Avansert klinisk allmennsykepleie er ikke en erstatning for fastleger, men et nødvendig supplement i en moderne og samhandlende helsetjeneste. Rollen er godt etablert internasjonalt som 'nurse practitioner' eller 'advanced practice nurse', og fremheves som en løsning på press i allmennhelsetjenesten. Forskriften må ikke begrense potensialet i denne rollen, men legge til rette for å ta den i bruk – til beste for pasienter, kommuner og samfunnet som helhet.»

Komiteens medlemmer fra Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus støtter prinsippet om oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid, men understreker at dette må skje i respekt for de ulike yrkesgruppens kompetanse og ansvar. Som Sykepleierforbundet påpeker i sitt høringsinnspill, må nye ordninger baseres på tillit og likeverd – ikke på et hierarkisk delegeringsforhold. Disse medlemmer foreslår at det innføres profesjonsnøytrale refusjonsordninger, slik at helsesekretærer, sykepleiere og annet personell på fastlegekontorene kan benyttes mer effektivt og likeverdig i det daglige arbeidet.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Pasientfokus følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at det etableres fleksible modeller i fastlegeordningen, inkludert fastlønsordninger og teamorganisering, for å bidra til bedre rekruttering og stabilitet – særlig i distriktene.»

3.3.4 REDUSERE FASTLEGES ARBEIDSBELASTNING

Komiteen merker seg at regjeringen i meldingen har vurdert hvordan arbeidsbelastningen som følge av ikke-kliniske oppgaver kan reduseres for fastlegene. Regjeringen mener arbeidsbelastningen vil kunne reduseres ved en annen oppgavedeling internt i legekontoret, bedre løsninger for informasjonsutveksling og presisering i regelverk. Det trekkes også frem at flere legekontor har erfaringer med at andre personellgrupper ivaretar den daglige driften i legekontoret. Komiteen merker seg at det er gjort en helhetlig vurdering av attest- og erklæringsområdet og av særskilte attester. I utkast til fastlegeforskrift som er sendt på høring, foreslår regjeringen en ny bestemmelse som presiserer at fastlegenes plikt til å utarbeide attester er avgrenset til det som føl-

ger av lov og forskrift. Komiteen merker seg videre at regjeringen har vurdert fastlegenes arbeid med sykmeldinger ved korttidsfravær, og at regjeringen ikke vil endre fastlegenes rolle. Regjeringen vil i stedet vurdere behovet for å iverksette tiltak for å gjøre den utvidede egenmeldingsretten bedre kjent for arbeidsgivere, arbeidstakere og sykmeldere, slik at flere benytter seg av muligheten.

3.3.5 INNBYGGERE PÅ FASTLEGELISTER UTEN EN FAST LEGE

Komiteen deler regjeringens mål om at alle innbyggere i Norge skal ha en fast lege, og at det skal være tilstrekkelig kapasitet i fastlegeordningen til at innbyggere som ønsker det, har mulighet til å bytte.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt vil understreke at fastlegers arbeidsbelastning også henger sammen med utskrivningspraksis i sykehus. Effektiviseringskrav i sykehus og tidlig utskrivning av skrøpelige eldre og andre pasienter som trenger oppfølging lokalt, fører til større arbeidsbelastning for fastlegene. Disse medlemmer mener at måten sykehus er finansiert og organisert på gjennom en markedsstyringsmodell, har vært en driver for denne utviklingen som fastlegene har fått i fanget. Disse medlemmer mener at denne utviklingen må snus, og ber regjeringen om å sikre dette.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til Dokument 8:128 S (2024–2025), Innst. 311 S (2024–2025) om å greie ut alternativ til helseforetaksmodellen.

Komiteens medlemmer fra Rødt og Kristelig Folkeparti mener det haster å løse personellkrisen i kommunehelsetjenesten. Det må komme en tydeligere satsing på rekruttering, bedre utdanningsløp med praksisnær tilknytning og ordninger som gjør det enklere å etablere seg og bli i fastlegeyrket – særlig i kommuner med lav dekning.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem en konkret strategi for rekruttering og utdanning til fastlegeyrket, herunder tiltak for praksisnære utdanningsløp og etableringsstøtte i kommuner med lav fastlegedekning.»

Komiteens medlemmer fra Rødt og Pasientfokus peker på at oppgavene i kommunehelsetjenesten har endret karakter over tid og at fastlegene er blitt oversvømt av ansvar. Fastlegene holder nå i oppfølging av mange svært alvorlig syke pasienter: døende kreftpasienter, multisyke eldre og mennesker som lever

med alvorlige psykiske lidelser. I tillegg binder dokumentasjonskrav fra Helfo og Nav opp mye tid. Attesteringen av sykefravær, ikke bare til arbeidsgiver og skole, men også reiseselskaper og arrangører krever legeerklæring for å gi refusjon. En voksende papirbunke på fastlegenes pult er også helseattester for private helseforsikringer. Disse medlemmer mener fastlegene primært skal bruke sin kapasitet på pasientene sine, og mindre på byråkratiske systemer som bidrar til større belastning for både pasient og fastlege. Disse medlemmer viser til at fastlegen kjenner pasienten best, og at det er unødvendig ressursbruk med egne Nav-leger til å overstyre fastlegene.

Disse medlemmer fremmer på bakgrunn av dette følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen avvikle ordningen med den rådgivende legetjenesten i Nav.»

«Stortinget ber regjeringen sikre gjennomgang av fastlegers pålagte henvisningsrutiner og dokumentasjonskrav og komme tilbake til Stortinget med tiltak som kan bidra til å avbyråkratisere fastlegene.»

3.4 En tilgjengelig og sammenhengende akuttmedisinsk kjede

Komiteen merker seg regjeringens mål om at innbyggere med akutt sykdom og skade får rask og trygg helsehjelp i hele landet. Videre noterer komiteen at regjeringen vil videreutvikle en faglig god og desentralisert tjeneste og styrke den lokale akuttberedskapen ved å ta alle ressursene i akuttkjeden i bruk og sørge for bedre prioritering og styring av disse. Regjeringen vil bygge på arbeidet som allerede er gjort i helseforetak og kommuner, og styrke de akuttmedisinske tjenestene gjennom bedre samarbeid og planlegging, innovative organisasjonsformer og bruk av teknologi og personell på nye måter.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus er en avgjørende del av beredskapen og den første responsen ved akutt sykdom og skade. Disse medlemmer understreker at en velfungerende akuttmedisinsk kjede er avgjørende for å sikre trygghet og rask hjelp til befolkningen – uansett hvor i landet man bor.

Disse medlemmer støtter regjeringens mål om å styrke og videreutvikle den akuttmedisinske kjeden, og mener det er viktig å sikre god samhandling mellom fastleger, legevakt, AMK-sentraler, ambulansetjenesten og spesialisthelsetjenesten. En helhetlig og koordinert innsats er nødvendig for å sikre at pasientene får riktig hjelp til rett tid.

Disse medlemmer mener at det er behov for å styrke kompetansen og kapasiteten i legevaktstjenesten, og at det må legges til rette for bedre bruk av teknologi og digitale verktøy i akuttmedisinske tjenester. Disse medlemmer mener at dette kan bidra til å styrke tilgjengeligheten og kvaliteten i tjenestene, særlig i distriktene.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at det er mange gode eksempler på videreutvikling av legevaks- og akuttjenester i mange deler av landet. Disse medlemmer mener det er viktig å sikre robuste fagmiljøer i legevakt og de prehospitale tjenestene, samtidig som pasienter har trygghet for at den akutte helsehjelpen er tilgjengelig når de trenger den. Disse medlemmer mener det er viktig at sykehus og kommuner inngår gode samarbeid og utvikler de prehospitale tjenestene på en måte som passer lokale forhold. Disse medlemmer har merket seg at regjeringen vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å beskrive en generisk modell for en sammenhengende akuttkjede basert på erfaringer fra et samhandlingsprosjekt i Telemark. Det henvises i stortingsmeldingen til at prosjektet har styrket kvaliteten og pasientsikkerheten i den akutte helsetjenesten og bidratt til å sikre pasienter rett behandling på rett nivå. Disse medlemmer vil bemerke at dette samhandlingsprosjektet ble avsluttet i 2020, og mener det er påfallende at regjeringen først nå gir dette oppdraget til Helsedirektoratet.

Disse medlemmer merker seg at regjeringen ønsker tettere dialog med frivillige organisasjoner gjennom et årlig dialogmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og frivillige organisasjoner, og at dette også er omtalt i forbindelse med helseberedskap. Disse medlemmer vil minne om at det aller viktigste for de frivillige organisasjonene er stabil og forutsigbare finansiering gjennom støtteordninger de kan stole på, og at denne regjeringen på flere områder har svekket dette ved å legge om tilskuddsordninger og redusere tilskuddsbeløpene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Rødt mener at det som blir presentert i meldingens kapittel 4 er svakt, og at meldingen ikke tar tak i de reelle utfordringene i det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus. Det skjer selv om vi er i en tid der helsetjenestenes del av totalberedskapen er tydeligere enn noen gang. Likevel ser vi at akutttilbud som ambulanse-tjenester sentraliseres, uten at regjeringen griper inn eller viser vilje til å få til en positiv og nødvendig utvikling og sikre beredskapen.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Fremskrittspartiet mener det er svært skuf-

fende at regjeringen ikke har fulgt opp Hurdalsplattformen og fremmet en egen stortingsmelding om prehospitale tjenester.

Disse medlemmer er kritiske til at meldingen samler to så omfattende tema som fastlegeordningen og akuttmedisinske tjenester i én melding. Den akuttmedisinske kjeden fortjener en egen og mer inngående vurdering. Tema som legevaktstruktur, AMK-kompetanse, responstid, beslutningsstøtte og digital infrastruktur krever mer dyptgående analyser enn det som presenteres her.

Disse medlemmer viser til at flere høringsinstanser, som Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og KoKom, har pekt på behovet for klare kompetansekrav i legevakt og nødmeldetjeneste, samt nasjonale data og beslutningsstøtteverktøy. Disse medlemmer mener det burde vært lagt frem en egen akuttmelding for å sikre nødvendig politisk og faglig forankring i en sektor som er avgjørende for liv og helse.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme en egen stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, med særskilt fokus på kompetanse, struktur, digitalisering og responstid.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Rødt mener at utfordringene med hensyn til legevakt heller ikke tas opp på en måte som er egnet til å styrke denne tjenesten for fremtiden, med et mål om at legevakt skal være noe alle innbyggere skal ha trygghet for som sin nærmeste helsetjeneste ved akutt sykdom.

Disse medlemmer viser til at det nå er gått ti år siden NOU2015:17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus ble lagt fram. Disse medlemmer mener det er beklagelig at det ikke legges frem en melding som nettopp sørger for et helhetlig system for prehospitale tjenester. Disse medlemmer mener at regjeringen i stedet har med formuleringer som «å tenke nytt», se hvordan det akuttmedisinske tilbudet «kan» opprettholdes, «prøve ut» nye tjenestemodeller osv.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å ikke svekke kompetansekravet i medisinsk nødmeldingstjeneste.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge fram en egen stortingsmelding om et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus, og denne

må bygge på oppdaterte gjennomganger og kunnskapsinnhentinger.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til representantforslag fra Senterpartiet (jf. Dokument 8:127 (2024–2025)), som tar opp en del forslag som burde hørt hjemme i regjeringens egen melding.

3.4.1 SAMARBEID OG SAMHANDLING MELLOM AKTØRENE I DEN AKUTT MEDISINSKE KJEDEN

Komiteen merker seg at helsefelleskapene skal være en drivkraft for samarbeid, tjenesteutvikling og felles planlegging mellom kommuner og helseforetak. Videre noterer komiteen at Helse- og omsorgsdepartementet vil gi Helsedirektoratet i oppdrag å revidere veilederen for samarbeidsavtalen, og at veilederen skal ligge til grunn for felles planlegging med utgangspunkt i helsefelleskapene, og det skal blant annet beskrives hvordan det akuttmedisinske tilbudet blir ivarettatt for innbyggere i legevaktdistrikt med lang reiseavstand til legevakt og ambulansestasjoner.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus advarer mot sentraliserende tiltak som reduserer akuttberedskapen i distriktene.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge geografisk nærhet og lokal tilstedeværelse til grunn som styrende prinsipper for utformingen av akuttmedisinske tjenester, og unngå sentralisering som svekker beredskapen i distriktene.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus støtter behovet for bedre samordning mellom nivåene når det gjelder akuttmedisinske tjenester. Samtidig mener disse medlemmer at meldingen er for vag med tanke på lokal tilstedeværelse og nærhet til helsehjelp. Det er avgjørende at pasienter får rask og kvalifisert hjelp uansett hvor de bor.

Komiteens medlem fra Fremskrittspartiet peker på at kvelds- og helgeåpne fastlegekontorer bør premieres gjennom takstsystemet, og viser til at dette kan avlaste legevakt, redusere behovet for akuttberedskap og gi innbyggerne mer fleksibel tilgang.

På denne bakgrunn fremmer dette medlem følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå takstsystemet med sikte på å gjøre det mer lønnsomt for fastleger og allmennlegekontorer å holde åpent på kveldstid og i helger.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til at det er de samme legene som har legevaktsansvar, som er fastleger, i alle fall i store deler av landet. Disse medlemmer stiller spørsmål ved om hvordan kvelds- og helgeåpne fastlegekontor skal avlaste legevakt eller redusere behovet for akuttberedskap.

3.4.2 TILGJENGELIGE AKUTT MEDISINSKE TJENESTER

Komiteen merker seg at regjeringen mener tilstrekkelig rekruttering av leger til legevakt, tilgjengelighet til legevakt og responstid i ambulansetjenesten, bruk av digitale løsninger i legevakt, akuttmedisinsk kompetanse hos annet helsepersonell i kommunene, medisinsk nødmeldetjeneste og bruk av teknologi på nye måter er viktig for å sikre gode akuttmedisinske tjenester.

Komiteen merker seg at regjeringen ikke vil forskriftsfeste responstider i ambulansetjenesten, slik Stortingets flertall vedtok i forbindelse med Meld. St. 5 (2020–2021) Samfunnssikkerhet i en usikker verden. Dette baserer seg på en utredning og et kunnskapsgrunnlag fra Helsedirektoratet som viser at å forskriftsfeste dagens veiledende mål vil ha store årlige kostnader på mellom 780 mill. kroner og 1,26 mrd. kroner, kreve betydelig flere ambulansestasjoner og ambulanserbiler og vil kreve mellom 700 og 1 200 flere årsverk i tjenesten.

Komiteen viser videre til at regjeringen deler Helsedirektoratets oppfatning av at det beste virkemiddelet som kan bidra til kort responstid, er å styrke hele akuttkjeden, og at vurderingstiden i AMK bør ekskluderes fra dagens responstidsmål. Dette er basert på at AMK-operatørene da vil ha bedre forutsetninger for å gjøre riktige vurderinger av hastegrad og ressursbruk. Regjeringen er også enig med Helsedirektoratet i at annet helsepersonell enn ambulansepersonell, blant annet legevaktlege, bør kunne inngå i responstidsmålet hvis de er første helsepersonell på stedet og kan gi nødvendig helsehjelp.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Fremskrittspartiet og Rødt ser ikke at en forskriftsfesting i seg selv skal koste mer penger enn dagens anbefalinger, dersom ikke man legger opp til at responstidsmålene ikke trenger å nås i distriktskommuner, noe disse medlemmer er uenige i. Disse medlemmer mener det må gjeninnføres åpenhet om responstid på kommunenivå, og ber regjeringen legge til rette for dette. Disse medlemmer

mener vi må sikre likeverdige helsetjenester uavhengig av hvor du bor, spesielt for akutt helsehjelp. Disse medlemmer viser til merknader og forslag i denne innstillingen til Dokument 8:127 (2024–2025).

3.4.3 ENDRET FINANSIERING AV LEGEVAKT

Komiteen noterer at regjeringen vil endre finansieringen av legevakt ved å opprettholde folketrygdfinansieringen, men ta sikte på å styre all aktivitetsbasert finansiering til kommunen. Komiteen merker seg at regjeringen trekker frem at i legevaktdistrikter med stor pågang og behov for høy aktivitet, vil kommunene og legene fortsatt kunne avtale å videreføre en høy andel aktivitetsbasert komponent i avlønningen som i dag, mens andre kommuner vil velge fastlønn. Komiteen merker seg også at regjeringen vil utvikle tilskuddet for legevakt i distrikt til et bredere distriktstilskudd.

3.5 En modernisert allmennlegetjeneste for det digitale skiftet

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

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at digitalisering og teknologisk utvikling gir store muligheter for å forbedre tilgjengeligheten og kvaliteten i helsetjenestene. Disse medlemmer mener at en modernisert allmennlegetjeneste må være rustet for det digitale skiftet, og at digitale løsninger skal bidra til å styrke pasientens møte med helsetjenesten – ikke erstatte det.

3.5.1 DIGITALE TILBUD TIL INNBYGGER, PASIENT OG PÅRØRENDE

Komiteen viser til at regjeringen vil gi innbyggere og pårørende en tilgjengelig allmennlegetjeneste og økt mulighet til å ta en mer aktiv rolle i egen helse gjennom å ta sikte på å forskriftsfeste en plikt for fastlegene til å

tilby sine listeinnbyggere digitale tjenester, herunder konsultasjoner via video, tekst og telefon for henvendelser som er egnet for slik oppfølging, og at timebestilling tilbys på Helsenorge.

Komiteen noterer også at regjeringen vil styrke innbyggernes helsekompetanse og digitale ferdigheter og ta i bruk kunstig intelligens for å forenkle tilgangen til generell informasjon om helse og rettigheter og andre verktøy på Helsenorge.

Videre merker komiteen seg at regjeringen vil vurdere behovet for en nasjonal faglig veileder for digitale allmennlegetjenester og stimulere til økt tilgang til og bruk av digitale verktøy for innbyggere og pårørende.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Senterpartiet og Rødt er opptatt av å sikre innbyggere raskest mulig tilgang til time hos fastlege. Disse medlemmer merker seg at regjeringen ønsker å opprette en kommunalt ansatt digital lege for å ivareta henvendelser fra pasienter som ikke får time hos sin faste lege. Disse medlemmer viser til revidert nasjonalbudsjett for 2025 (Prop. 146 S (2024–2025)), der det fremkommer at regjeringen vil finansiere ordningen ved blant annet å redusere Helseteknologiordningen til kommunene. Disse medlemmer merker seg at det kun er snakk om et begrenset prosjekt som skal utprøves i et fåtall kommuner. Det fremkommer ingen tidsfrister for prosjektet i Prop. 146 S (2024–2025). Disse medlemmer mener dette er å etablere en ordning helt utenom den ordinære fastlegeordningen, som vil kunne bidra til å svekke denne.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å ikke opprette en ordning med en kommunalt ansatt nettlege.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti ønsker at nettlegetjeneste prøves ut som en kommunal tjeneste, der kommunene selv kan organisere tilbudet på en måte som passer inn i deres øvrige helsetjenester. Dette kan bidra til å møte kapasitets- og tilgjengelighetsutfordringer i allmennlegetjenesten.

Disse medlemmer mener det vil være naturlig at noen kommuner organiserer nettlegetjenesten under legevakten, mens andre legger den til et større legekontor, eksempelvis et kommunalt drevet legekontor der det er naturlig.

Disse medlemmer understreker at fastlegen skal fortsatt være hovedkontakt for innbyggere med behov for allmennlegetjenester – også digitalt. Ved akutt behov skal legevakt eller 113 benyttes som i dag. Nettlegetjenesten kan avlaste eksisterende tjenester og gi rask hjelp ved problemstillinger som egner seg for digital konsultasjon. Forskrivning av A- og B-preparater samt

sykmelding skal ikke være mulig. Innbyggerne skal få veiledning om hva som passer for digital oppfølging, slik at ressursene brukes hensiktsmessig.

Disse medlemmer støtter en utprøving som vil gi nyttig kunnskap om hvordan en digital løsning påvirker bruk av andre helsetjenester – om den gir reell avlastning eller fører til økt etterspørsel. Derfor er det viktig at nettlegetjenesten prøves ut med undersevaluering og justering underveis. Disse medlemmer støtter en slik tilnærming.

Disse medlemmer mener at digitale konsultasjoner skal være et supplement til fysiske møter, og at det skal være like muligheter for innbyggere til å ha kontakt med fastlegen via video, tekst og telefon, når det er medisinsk forsvarlig. Dette vil særlig være til nytte for pasienter med kroniske sykdommer, funksjonsnedsettelser eller lang reisevei. Videre mener disse medlemmer at innbyggerne skal sikres tilgang til informasjon på Helsenorge om hvilket digitalt tilbud den enkelte lege har, slik at innbyggerne kan gjøre valg på bakgrunn av digital tilgjengelighet.

Disse medlemmer viser til Kantars Helsepolitiske barometer for 2025, som viser at befolkningen har blitt mer fornøyde med fastlegeordningen etter at det pasienttilpassede basistilskuddet ble innført. Likevel er det verdt å merke seg at den yngre delen av befolkningen er de som er minst fornøyde med ordningen. De er særlig misfornøyde med at de må vente lenge på time. Disse medlemmer merker seg at 27 pst. av de spurte i det Helsepolitiske barometeret oppgir at de har brukt private allmennlegetjenester det siste året. De oppgir samtidig at lang ventetid hos fastlegen og tilgang gjennom helseforsikring er de vanligste årsakene til at de valgte å benytte seg av de private legetjenestene.

Disse medlemmer er bekymret for en utvikling der unge i 30-årene, særlig i de store byene, ikke opplever at de får et godt nok tilbud gjennom kommunale allmennlegetjenester som fastlegeordningen og legevakten. Disse medlemmer frykter at det gir en sosial skjevhet i tilgangen til digitale allmennmedisinske legekonsultasjoner, blant annet siden innbyggere som står utenfor arbeidslivet, i liten grad vil ha økonomi til å kjøpe slike forsikringer eller betale direkte til en privat legetjeneste.

Disse medlemmer støtter at regjeringen vil prøve ut en ordning med kommunale nettleger. En offentlig finansiert ordning med en nettleger i kommunen kan bidra til å utjevne uønskede sosiale ulikheter i tilgang til tjenester.

Disse medlemmer merker seg at Legeforeningen har innvendinger mot piloten. Dette gjelder både en frykt for overbehandling og overdiagnostisering, samt at de frykter at manglende tilgang til pasientjournaler kan føre til feilbehandling. Disse medlemmer mener at effektene Legeforeningen frykter, er enda ster-

kere til stede i kommersielle allmennlegetjenester. Det er i dag lite offentlig statistikk om hvilke typer problemstillinger som pasienter som går til private allmennleger, har. Disse medlemmer mener derfor at en pilot med kommunale nettleger vil, sammen med de nye rapporteringsløsningene for private helsetjenester, dekke viktig kunnskapshull om befolkningens allmennlegekonsultasjoner.

Disse medlemmer vil også påpeke at meldingen vil innføre flere digitale samhandlingsløsninger som skal legge til rette for samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten, slik at leger vil få tilgang til journaldokumenter fra sykehus, prøvesvar og radiologiske beskrivelser, kritisk informasjon og pasientens legemiddelliste. Dette vil avbøte bekymringene som Legeforeningen løfter.

Disse medlemmer støtter regjeringen i at piloten med kommunale nettleger skal evalueres. Piloten og evalueringen vil gi viktige erfaringer og lærdommer for å digitalisere allmennmedisinen og fastlegeordningen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet støtter regjeringens forslag om å stille krav til bruk og utprøving av nye digitale løsninger i fastlegeordningen. Det foreslås blant annet at fastleger skal tilby timebestilling via HelseNorge og kunne gjennomføre digitale konsultasjoner, inkludert videokonsultasjoner. Dette vil gjøre tjenesten mer tilgjengelig for innbyggerne og bidra til å redusere unødvendige reiser, ventetid og fravær fra arbeid.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet mener vi må utnytte kapasiteten i fastlegeordningen bedre, og foreslår derfor at Helsenorge.no tilbyr innbyggere en mulighet til å booke time hos andre næringsdrivende fastleger som har avtale med kommunen, og som har ledig kapasitet. Disse medlemmer mener dette handler om å gi pasienter flere valgmuligheter og raskere tilgang til legehjelp. Ved å la næringsdrivende fastleger fylle opp ledige timer utnytter man kapasiteten til dagens fastleger bedre, og helsetjenesten blir mer tilgjengelig for pasienter.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre en digital mulighet i Helsenorge som gjør at fastleger i fastlegeordningen kan legge ut sine ledige timer, slik at disse timene gjøres tilgjengelige og valgbare for innbyggere som opplever lang ventetid hos egen fastlege.»

Disse medlemmer støtter at digitalisering og ny teknologi tas mer i bruk i allmennlegetjenesten. Disse medlemmer er likevel opptatt av at det offentlige ikke skal utvikle egne digitale løsninger som fortrenger private tilbud. I stedet bør private digitale ak-

tører kunne inngå i offentlig finansiering gjennom refusjonsordninger eller samarbeidsavtaler, gitt krav til kvalitet og dokumentasjon. Dette vil bidra til innovasjon, valgfrihet og bedre ressursutnyttelse – og sikre pasientene tilgang til tjenester de allerede tar i bruk.

Disse medlemmer mener det er viktig at digitale helsetjenester utvikles i samspill med private aktører.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt er positive til en forbedret digitalisering i fastlegeordningen, men frykter for at en parallell oppbygd struktur som en kommunal nettlege uten tilgang til pasientens journal gir økt risiko for både feilvurderinger og overbehandling.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet vil derfor sterkt fraråde og gå videre med regjeringens forslag om et forsøk med kommunal nettlege på utsiden av fastlegeordningen. Regjeringen legger opp til at alle som ikke får time når det passer pasienten hos sin fastlege, i stedet skal få time hos en «ukjent» kommunal nettlege. Det betyr at dette kan bli en ordning som undergraver hele fastlegeordningen på sikt. Fremfor å bygge opp parallelle strukturer bør regjeringen forbedre og utvikle fastlegeordningen, slik at man sikrer kontinuitet og gode pasientrelasjoner og målrettet bruk av helseresurser.

Disse medlemmer vil understreke at de to basale allmennmedisinske kjerneverdiene er tilgjengelighet og kontinuitet. Disse må ikke bare oppfylles, de må balanseres. Tilgjengelighet betyr at hele befolkningen skal ha god tilgang til allmennmedisinsk vurdering hos sin egen lege for alle slags helseproblemer innen rimelig tid.

Disse medlemmer vil fremheve at tilgjengelighet er en verdi med bivirkninger; det er fare for overforbruk, senket terskel for bruk av helsetjenesten, sykeliggjøring og markedstilpassing.

Disse medlemmer viser til at fastlegeforskriften har flere viktige bestemmelser om tilgjengelighet. Problemet er at det er variasjon i oppfyllelsen. Norske fastlegekontor har generelt svært god tilgjengelighet, men den kan og må bli bedre, ikke minst digitalt, slik meldingen foreslår. Noen har svært dårlig tilgjengelighet, og noen fastleger har beskyttelsesmekanismer som hindrer god allmennmedisin. Det blir likevel et farlig eksperiment å løse dette problemet utenfor fastlegeordningen, slik forslaget om kommunal nettlege innebærer. Disse medlemmer erfarer at det har vært varierende praksis hos kommunene og tilsynsmyndighetene å følge opp tilgjengelighetsutfordringene i fastlegeordningen. Tilgjengelighetsutfordringene må primært løses innenfor ordningen, med forsterkede krav og nye di-

gitale løsninger, og krav må følges opp med konsekvenser ved brudd.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Pasientfokus etterlyser et større fokus i meldingen på kontinuitet i fastlegeordningen. Kontinuitet betyr at pasienten opplever sammenheng og personlig relasjon med sin lege over tid. Kontinuitet utøves også ved legekontoret og ved journalinformasjon på samme sted, men forskningen er helt klar på at det er den personlige kontinuiteten som gir pasienttilfredshet.

Disse medlemmer viser til at kontinuitet i fastlegeordningen gir store helsegevinster: Bedre total helse, lavere kostnad for samme helsegevinst, mindre bruk av sykehus, redusert dødelighet, bedre fordeling av helse i samfunnet, bedre prioritering mellom tiltak. Dette er godt dokumentert i et utall undersøkelser fra utlandet, og også fra Norge de siste årene.

Disse medlemmer vil understreke at fastlegene i Norge har svært god kontinuitet i internasjonal sammenheng, og den har holdt seg også gjennom fastlegekrisen. Tallmessig vil 7 av 10 konsultasjoner i fastlegeordningen skje hos fastlegen personlig. Hos eldre med kronisk sykdom er tallet opp mot 8 av 10. England har hatt et svært fall i kontinuitet til nå godt under 50 pst., Finland det samme, mens Nederland og Danmark har vært mer stabile, men lavere enn Norge. Kontinuiteten i Norge må opprettholdes, den trenger ikke økes. Derfor må det ikke innføres ordninger som sikkert vil svekke kontinuiteten.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet mener derfor at kontinuiteten må prioriteres reelt. Det er det ingen forslag om i meldingen. Disse medlemmer mener at kontinuitetsmålinger må forskriftsfestes på samme måte som tilgjengelighet. Det kan skje som kvalitetsindikator, som spesifikke krav eller som audit-ordninger. Slike målinger er enkle, kan leveres av Helfo til minimal kostnad, og kan enkelt gis på enkeltlege-, legekontor-, kommune- og nasjonalt nivå.

Disse medlemmer vil vise til at det er gjennomført flere studier som viser at pasienttilfredsheten er assosiert med å treffe sin egen lege, ikke legekontoret eller en annen helsearbeider. Pasienter er stort sett villige til å vente fra noen dager til et par uker mot å få treffe sin egen fastlege personlig. En norsk studie fra UiB under publisering viser at 70–80 pst. av pasientene ønsker å treffe sin egen fastlege ved et nytt helseproblem, mens tallet stiger til hele 80–90 pst. ved kroniske helseproblemer / kronisk sykdom. Disse medlemmer mener at krav om økt digitalisering av fastlegeordningen er viktig, men må ikke gå på bekostning av kontinuitet. 600 000 personer i Norge er ikke digitale, og tilliten til ordningen er avhengig av at pasienter får treffe sin egen fastlege, dette gjelder særlig eldre og kronikere.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at kontinuitet blir en essensiell verdi og mål for fastlegeordningen, som dokumenteres på lik linje som tilgjengelighet.»

«Stortinget ber regjeringen sikre at kontinuitetsmålinger i fastlegeordningen forskriftsfestes.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Rødt har forståelse for hensikten bak forslaget om kommunale nettleger, som skal kunne avlaste med enkle fastlegeoppgaver som fastlegene ikke har kapasitet til. Likevel støtter ikke disse medlemmer forslaget fordi ved etablering av en slik ordning vil pasienten risikere å møte en lege som ikke kjenner en, og heller ikke har tilgang til journalen der det er oppgitt relevant og viktig informasjon. Fastlegen kan dermed gå glipp av informasjon som kan være viktig for å gi pasienten nødvendig hjelp og behandling, samt unngå eventuelle unødvendige henvisninger og innleggelser seinere.

Disse medlemmer viser til Norsk legeforenings høringsinnspill der de skriver:

«En kommunal nettlege, uten tilgang til pasientens journal, gir risiko for feilvurderinger, unødvendige undersøkelser, overdiagnostikk og overbehandling. Det vil føre til flere prøver og henvisninger, økt antibiotikaforskrivning, flere sykmeldinger og kontakter med primærhelsetjenesten, og flere henvisninger til spesialisthelsetjenesten – uten at det nødvendigvis gir pasienten bedre helse. Fremfor å bygge opp parallelle strukturer, bør myndighetene utvikle og forbedre fastlegeordningen. Denne er tuftet på kontinuitet i pasientrelasjonen, noe som gir bedre behandling, færre feil og mer målrettet bruk av helseressurser.»

Disse medlemmer peker på at det er svært uklart hvor vi skal ta legene til nettstillingene fra, og er bekymret for at ordningen vil forverre legemangel steder hvor vi allerede sliter med rekruttering. Disse medlemmer peker på at det er viktig at ordningen ikke åpner for at private kommersielle aktører skal kunne benytte seg av muligheten til å snikprivatisere en del av den offentlige fastlegeordninga. Ordninga vil i tillegg kunne føre til økte utgifter for kommuner som ikke klarer å rekruttere nok fastleger, og som blir nødt til å gjøre dyre avtaler med nettleger. Disse medlemmer viser til at nettlegene ikke vil kunne få basistilskudd, og i kombinasjon med at takstene er foreslått redusert, er det risiko for at nettlegene på en eller annen måte vil kreve ekstra betalt fra dem som har ansvar for dekning i fastlegeordningen, nemlig kommunene. Disse medlemmer viser til at tilrettelegging for videokonsultasjon der fastlegen vurderer det som hensiktsmessig, kan fortsatt forekomme, men det er viktig å bevare en viktig

kjerne i fastlegeordninga, nemlig at legen og pasienten kjenner hverandre.

Komiteens medlem fra Rødt fremmer på bakgrunn av dette følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen arbeide for å redusere bruk av nettleger som ikke kjenner pasienten, også når det er kommersielle aktører som tilbyr det.»

Komiteens medlem fra Fremskrittspartiet viser til at private nettleger og videokonsultasjoner har vist seg å være et viktig supplement til fastlegeordningen, særlig i områder med lav kapasitet eller store avstander. Dette medlem mener det bør også vurderes om de digitale konsultasjonstjenestene bør settes ut på anbud, da det er flere aktører i markedet som har gode systemer og strukturer for dette i dag.

På denne bakgrunn fremmer dette medlem følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for at private digitale helsetjenester kan inngå i offentlig finansiering gjennom refusjonsordninger eller samarbeidsavtaler.»

3.5.2 FASTLEGETJENESTER TIL STUDENTER

Komiteen peker på at noen studenter bor og studerer langt fra hjemstedet sitt, og har ofte ikke fastlege der de faktisk oppholder seg. Ifølge Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT 2022) oppgir hele 57,6 pst. at de ikke har fastlege på studiestedet. Studenter faller ofte mellom to stoler i det ordinære helsevesenet, og i kombinasjon med at de er i en livsfase som kan oppleves som uforutsigbar.

Komiteen viser til høringsinnspillet fra Norsk studentorganisasjon (NSO) og Samskipnadsrådet, som skriver:

«Studentsamskipnaden SiO i Oslo har i dag hjemmel til å tilby fastlegetjenester til studenter gjennom § 3 i forskriften. Dette har vært et populært og effektivt tilbud i over 20 år. SiOs modell gir høy dekning, tverrfaglig organisering og avlastning for kommunale helsetjenester. Fastlegene er spesialisert på studenthelse, og inngår i helhetlige behandlingsforløp med psykologer, helsesykepleiere og annet helsepersonell.

Erfaringene fra Oslo viser at denne modellen fungerer svært godt. Flere studentsamskipnader i landet ønsker nå å etablere tilsvarende tilbud i samarbeid med sine vertskommuner. Dagens regelverk hindrer imidlertid utviklingen, og dette kan løses med en enkel forskriftsendring.»

Komiteen viser til at det i dag kun er Studentsamskipnaden i Oslo som kan tilby fastlegetjenester til sine studenter, og mener denne ordningen bør kunne gjelde også for andre studentsamskipnader. Komiteen mener at en slik fastlegeordning vil kunne gi bedre og et

mer helhetlig helsetilbud til studenter i samskipnadene, som er i en livsfase med mye omstilling og sårbarhet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus, fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen endre forskrift om helsetjeneste ved samskipnadene slik at alle studentsamskipnader kan opprette fastlegetjenester slik Studentsamskipnaden i Oslo (SiO) kan i dag, for å sikre at forskriften gjelder alle landets studenter.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen endre § 3 i forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen til å lyde:

Fastleger tilknyttet Helsetjenesten ved studentsamskipnad kan bare velges av studenter som har betalt semesteravgift til studentsamskipnaden og deres barn under 16 år, samt av ansatte ved utdanningsinstitusjoner tilknyttet studentsamskipnaden og deres barn under 16 år. Tilbudet gjelder også for ansatte som går av med alderspensjon. Forskriften kan gjelde for hele eller deler av en fastleges liste.»

3.5.3 ØKE TAKTEN PÅ UTVIKLING OG INNFØRING

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

3.5.4 DIGITALE LØSNINGER FOR KVALITETSFORBEDRING, LEDELSE OG SAMHANDLING

Komiteen merker seg at regjeringen vil understøtte sammenhengende tjenester av god kvalitet og frigjøre tid til pasientbehandling gjennom å utvikle og støtte innføring av nasjonale samhandlingsløsninger i helse- og omsorgstjenesten, forenkle rapportering fra helse- og omsorgstjenestene og bidra til bedre og enklere tverrsektoriell informasjonsutveksling og forbedre

informasjonsutvekslingen mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet støtter regjeringens intensjon om å utvikle og innføre flere digitale samhandlingsløsninger som legger til rette for bedre samarbeid mellom fastleger, øvrig kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Fastleger skal få tilgang til journalldokumenter fra sykehus, prøvesvar, radiologiske beskrivelser, kritisk informasjon og pasientens legemiddelliste. Dette vil styrke informasjonsflyten, styrke pasientsikkerheten og bidra til bedre og mer helhetlig pasientbehandling. Disse medlemmer mener det også må prioriteres at fastlegene skal kunne dele sine journalldokumenter. Når helsepersonell har tilgang til oppdatert og relevant informasjon, får de et bedre bilde av pasientens behov og utfordringer. Dette legger grunnlaget for å yte god helsehjelp og individuelt tilpassede forløp i kommunene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at regjeringen vil prioritere arbeidet med de nasjonale samhandlingstjenestene for effektiv deling av nødvendig helseinformasjon mellom helsepersonell i alle deler av helse- og omsorgstjenestene, inkludert allmennlegene.

Disse medlemmer viser også til at regjeringen vil ta i bruk kunstig intelligens for å forenkle tilgangen til generell informasjon på Helsenorge, og gjøre portalen til en best mulig innbyggerrettet tjeneste. Disse medlemmer mener dette er et viktig grep for å styrke pasientens rolle og gjøre helsetjenesten mer tilgjengelig og forståelig.

3.5.5 STØTTE FOR DIGITAL SIKKERHET

Komiteen noterer at regjeringen vil øke kompetansen om digital sikkerhet og personvern og kartlegge status for digital sikkerhet og personvern i mindre virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, og vurdere behovet for veiledningstiltak for å ivareta digital sikkerhet.

3.6 Sammen om en friskere befolkning

Komiteen merker seg at regjeringen i meldingen varsler at de ønsker tettere samhandling mellom allmennlegetjenesten, øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten, slik at særlig innbyggere med store og sammensatte behov får bedre og mer sammenhengende tjenester. Komiteen deler regjeringens syn på at god helsekompetanse i befolkningen kan fremme mestring av egen helse hos den en-

kelte. Komiteen merker seg at regjeringen vil styrke allmennlegetjenestens bidrag til å fremme helsekompetanse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at god helse i befolkningen er et felles ansvar og forutsetter innsats på tvers av sektorer. Disse medlemmer mener at arbeidet med å fremme helse og forebygge sykdom må styrkes, og at det krever bedre samhandling mellom helsesektoren og andre samfunnsområder.

Disse medlemmer støtter regjeringens mål om å forsterke samarbeidet mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren. Forenklet rapportering og bedre informasjonsutveksling mellom tjenestene vil kunne bidra til økt arbeidsdeltakelse og redusere sosiale helseforskjeller. Disse medlemmer mener at dette er viktige grep for å sikre at flere kan stå i arbeid og mestre hverdagen, og at helsetjenesten i større grad kan bidra til sosial utjevning.

Disse medlemmer viser videre til at helsekompetanse er avgjørende for at innbyggerne skal kunne ta gode valg for egen helse og mestre sykdom. Disse medlemmer støtter regjeringens arbeid med å utarbeide en ny strategi for helsekompetanse i befolkningen, og mener det er viktig å legge til rette for at informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud er lett tilgjengelig og forståelig for alle.

Disse medlemmer mener at styrket helsekompetanse og bedre tilgang til forebyggende og helsefremmende tilbud vil bidra til en friskere befolkning og redusert press på helsetjenestene. Disse medlemmer vil derfor støtte tiltak som gjør det enklere for folk å ta vare på egen helse og delta aktivt i samfunnet.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti er opptatt av å sikre at innbyggerne opplever gode, forebyggende helsetjenester og tilbud som bidrar til helsefremming og motvirker sykdomsutvikling. Disse medlemmer mener et godt samarbeid mellom fastlegen, annet helsepersonell på fastlegekontoret og kommunenes øvrige helsetilbud og frivillighet vil være avgjørende viktig for å lykkes med dette.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser for øvrig til sine merknader og forslag i Folkehelsemeldingen jf. Innst. 398 S (2022–2023).

3.6.1 MÅLRETTET FOLKEHELSEARBEID OG STYRKET HELSEKOMPETANSE

Komiteen merker seg at regjeringen vil forsterke den forebyggende innsatsen i helse- og omsorgstjenesten ved at tjenestene må bistå med livsstilsendringer, ved å fokusere på tidlig innsats mot risikofak-

torer for ikke-smittsomme sykdommer og ved å forsterke forebyggende innsats for å opprettholde funksjon og bremse sykdomsutvikling. Komiteen noterer seg at Helsedirektoratet er bedt om å utrede hvordan omstilling til en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste kan støttes og evalueres, og vurdere om finansieringsordningene i tilstrekkelig grad understøtter en forebyggende helse- og omsorgstjeneste.

Komiteen fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at forebygging og helsefremmende arbeid blir en bedre integrert og finansiert del av fastlegetjenesten, med særlig vekt på barn, unge og eldre med sammensatte behov.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus, stiller seg kritisk til at forebygging og helsefremmende arbeid er svakt omtalt i meldingen. Fastlegen må ikke reduseres til en ren behandler, men bør også være en sentral aktør i forebygging og tidlig innsats – særlig overfor barn, unge og eldre med sammensatte behov. Flertallet mener det bør innføres en tydeligere forpliktelse til å integrere folkehelsearbeid i fastlegetjenesten, og at finansieringssystemet må gjenspeile dette.

3.6.2 FOREBYGGING, MESTRING OG ALLMENNLEGENS ROLLE

Komiteen viser til at sykdomsbildet i Norge er preget av ikke-smittsomme sykdommer. De fleste innbyggerne i Norge er i kontakt med fastlegen sin hvert år, og det gir både mulighet for forebyggende tiltak før sykdom oppstår, og til å begrense utvikling av en rekke sykdommer. Komiteen merker seg at regjeringen vil endre og forenkle takstsystemet og vurdere ytterligere endringer i basistilskuddet for å understøtte tjenester til pasienter med store og sammensatte behov. Komiteen merker seg videre at Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utrede ulike måter å følge opp ordningen med grønn resept på, og hvordan det kan legges til rette for økt bruk av taksten for livsstilsintervensjon, og bedre samarbeid med andre tjenester om pasienter som har behov for livsstilsendringer.

Komiteen merker seg også at regjeringen vil legge til rette for enklere informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, pasient- og pårørendeopplæring og selvhjelpsverktøy.

Komiteen merker seg at regjeringen viser til vaksinasjonsprogram for voksne og risikogrupper som etableres i 2025, og at regjeringen mener fastlegenes rolle og ansvar i vaksinasjonsarbeidet i kommunen bør utredes. Utredningen kan omfatte eventuell plikt til å delta i kommunens arbeid med å tilby vaksinasjoner i vaksinasjonsprogrammer, tilbud om vaksiner utenfor

program og ordninger for økonomisk kompensasjon for arbeidet.

3.6.3 PSYKISK HELSE

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Senterpartiet og Pasientfokus, viser videre til at det er behov for bedre oppfølging av barn og unge, og støtter regjeringens forslag om å vurdere en prøveordning med henvisningsrett for helsesykepleiere til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Dette kan bidra til raskere hjelp og bedre samhandling mellom tjenestene, og sikre at barn og unge får den hjelpen de trenger, til rett tid.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Rødt og Pasientfokus, mener det er et stort behov for å sikre raskere og mer lavterskel helsehjelp til barn, unge og voksne i kommunene. Flertallet er bekymret for at stadig flere som sliter med psykiske helseplager, opplever å bli avvist når de henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten, og mener at tilbudet om psykisk helsehjelp må bygges ut i kommunene. Flertallet viser til at modellen Rask Psykisk Helsehjelp (RPH) viser gode resultater gjennom kunnskapsbasert og godt dokumentert helsehjelp, og mener tilbud om lavterskel rask psykisk helsehelptilbudet bør etableres i alle kommuner.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Kristelig Folkeparti mener det ikke er nødvendig «vurdere en prøveordning» med henvisningsrett for helsesykepleiere til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), men at en slik prøveordning kan settes i gang raskt.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus følger de forslag:

«Stortinget ber regjeringen sette av midler og starte en prøveordning der helsesykepleiere får henvisningsrett til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) umiddelbart. Dersom resultatene er positive skal ordningen raskest mulig gjøres landsdekkende.»

Komiteens medlem fra Fremskrittspartiet viser til at Stortinget har vedtatt å gjennomføre et pilotprosjekt hvor helsesykepleiere får rett til å henvise unge direkte til barne- og ungdomspsykiatrien. Prosjektet har dessverre likevel fortsatt ikke blitt gjennomført. Dette medlem understreker at det forventes at regjeringen snarest setter i gang dette prosjektet, slik at man kan nå unge med den hjelpen vi har, der ungdom-

men er. Dette medlem viser videre til behandlingen av Dokument 8:255 (2024–2025).

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til at Sosialistisk Venstreparti tidligere har foreslått henvisningsrett for helsesykepleiere til BUP sammen med Arbeiderpartiet og Senterpartiet. Dette medlem mener at dette viste seg å være en ordning som var klart til barns beste. Henvisningsretten koster lite og kan gjennomføres administrativt på kort tid.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til at Arbeiderpartiet og Senterpartiet la fram Meld. St. 23 (2022–2023) Opptrappingsplan for psykisk helse 9. juni 2023. Meldingen har tre innsatsområder for opptrappingsplanen: helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid, gode og tilgjengelige tjenester der folk bor, samt tilbud til personer med langvarige og sammensatte behov. Innsatsområdene skal nås med konkrete tiltak, og det er listet opp 8 konkrete resultatomål som skal nås i planperioden.

Målet er at flest mulig skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at det skal være lett å få tilgang på hjelp. Sentralt står utviklingen av flere lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene, noe disse medlemmer vil understreke at er viktig at kommer på plass.

3.6.4 STYRKET INNSATS FOR INNBYGGERNE MED STORE OG SAMMENSATTE BEHOV

Komiteen merker seg at regjeringen mener oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov skal forbedres gjennom fornyet og forbedret fastlegeordning med flere helsepersonellgrupper i fastlegekontorene, som gir mulighet for en mer proaktiv og tverrfaglig oppfølging og bedre samhandling med øvrige kommunale tjenester. Videre fremhever regjeringen at den vil bedre kontinuitet, samhandling og medisinsk faglig kompetanse i tjenestene til sykehjemsbeboerne, ved å foreslå endringer i kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester og ved å styrke kompetansen i alders- og sykehjemsmedisin hos leger gjennom tilpasninger i spesialistutdanningen til allmennleger og sykehusspesialiteter. Regjeringen vil også fremme rollen til sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS).

Komiteen viser til at fastlegen er viktig for barn i barnevernet. En undersøkelse om erfaringer med ulike hjelpetjenester blant barn og unge voksne som var i kontakt med barnevernet, viste at 79 pst. hadde konsultert fastlegen. Det kom samtidig fram at mangel på fastleger for barn som plasseres i institusjon, skaper barrierer for helsehjelp, fordi barnet kan bli stående uten fastlege og på venteliste i lange perioder. Komiteen mer-

ker seg at det pågår et arbeid med forbedret digital løsning for utveksling av taushetsbelagte opplysninger mellom barnevernet og fastlegen, at prosjektet startet i februar 2025, og at målet er å ha en løsning klar i løpet av 2025.

Videre merker komiteen seg at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjenestetteam, forankret i psykisk helsevern for barn og unge og med kompetanse innen psykisk helse og rusmiddellidelser. Barn som skal flyttes i barnevernstiltak utenfor hjemmet, skal tilbys tverrfaglig helsekartlegging.

Komiteen noterer at regjeringen har lagt fram en strategi som viser en ny retning for barnevernets institusjonstilbud, og som følger opp NOU 2023:24 Med barnet hele vegen – Barnevernsinstitusjoner som har barnas tillit. I strategien inngår mål om at barn på institusjon skal få god helsehjelp, at det jobbes for en bedre innretning av tverrfaglig helsekartlegging, og at barn med rusmiddelproblemer skal få trygg og helhetlig hjelp.

Komiteen merker seg videre at regjeringen vil vurdere fritak for egenandeler ved fastlegetjenester for personer med rusmiddellidelser. Fritak skal bidra til at helsehjelp søkes tidlig nok, og for å redusere forskjellen i levealder hos personer med rusmiddellidelser og den øvrige befolkningen.

Komiteen viser også til at nasjonalt forløp for barnevernkartlegging og -utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rusmiddelproblemer er «grunnmuren» i helsesatsingen i barnevernet, der fastlegen skal ha en sentral rolle. Komiteen mener at regjeringen må sikre utrulling av forløpet og fastlegene sin rolle i dette.

3.6.5 REHABILITERING I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Komiteen merker seg at regjeringen vil forbedre rehabiliteringstilbudet til befolkningen. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal handlingsplan innen rehabilitering. Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene (Dokument 3:12 (2023–2024)) følges opp gjennom dette arbeidet.

Komiteen noterer seg at regjeringen vil etablere klinisk masterutdanning i allmennfysioterapi rettet mot behovene i kommunene, videre også utrede finansiering av undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra fysioterapeut.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet merker seg at regjeringen nå varsler en handlingsplan for rehabilitering, og at dette er regjeringens oppfølging av Riksrevisjonens rapport

om rehabilitering. Disse medlemmer mener arbeidet med habilitering og rehabilitering må styrkes, og at det må sikre god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Disse medlemmer mener regjeringen Støre ikke har satset på rehabilitering og habilitering, men har ført en politikk som bidrar til å bygge ned antallet spesialiserte døgnplasser, korte ned behandlingstiden og skvise ut private og ideelle aktører. Disse medlemmer viser til at i behandlingen av Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan (NHSaP), som Stortinget hadde til behandling våren 2024, var det få konkrete satsinger fra Støre-regjeringen på rehabiliteringsområdet, og dette fikk kritikk fra flere hold. Disse medlemmer viser til sine merknader og forslag fremmet i behandlingen av Nasjonal helse- og samhandlingsplan (jf. Innst. 387 S (2023–2024)), hvor man blant annet ba regjeringen utrede og innføre et pakkeforløp for habilitering og rehabilitering for bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, vurdering av muligheten for et eget digitalt pakkeforløp hjem. Disse medlemmer ba videre regjeringen foreta en helhetlig faglig gjennomgang av det samlede rehabiliterings og habiliteringstilbudet og legge frem en framskriving av behovet for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten frem mot 2040. I tillegg til dette var disse medlemmer tydelige på at regjeringen ikke skulle foreta endringer i ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for rehabiliterings- og habiliteringstjenester frem til det er foretatt en helhetlig faglig gjennomgang av det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til Dokument 8:265 S (2024–2025) om å sikre pasienter likeverdig tilgang til rehabilitering fra Senterpartiet. Rehabilitering, sammen med habilitering, har i mange år vært pekt på som et av helse- og omsorgstjenestenes svakeste områder. Forslaget er at Stortinget ber regjeringen legge fram en konkret handlingsplan for rehabiliteringsområdet som egen sak for Stortinget, med mål om å gi alle pasienter som har behov for det, et likeverdig rehabiliterings- og habiliteringstilbud i hele landet. Disse medlemmer viser til Riksrevisjonens svært kritiske rapporter om rehabiliteringsfeltet både for ti år siden og i 2024. Disse medlemmer er også kritiske til anbudssystemet, som også får faglige og samfunnsmessige konsekvenser, med tap av fagmiljø og at spesialisert rehabilitering blir vanskelig tilgjengelig. Disse medlemmer mener at spesialisert rehabilitering fortsatt skal være et reelt tilbud i regi av spesialisthelsetjenesten og gjennom langsiktige avtaler med ideelle tilbydere.

3.6.6 KULTURFORSTÅELSE OG DISKRIMINERING

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

3.6.7 FORSTERKET SAMARBEID OM ARBEID OG HELSE

Komiteen noterer seg at regjeringen vil inkludere flere med helseutfordringer i arbeid, gjennom et forsterket samarbeid mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren. Dette skal skje ved videre utprøving av modeller for samhandling mellom Arbeids- og velferdsstaten og kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder fastlegekontor, gjennom å vurdere behovet for å iverksette tiltak for å gjøre den utvidede egenmeldingsretten bedre kjent for arbeidsgivere, arbeidstakere og sykmeldere og ved å forbedre informasjonsutvekslingen mellom Arbeids- og velferdsetaten og helse- og omsorgstjenesten.

Komiteen merker seg at regjeringen vil vurdere behov for å modernisere og videreutvikle honorartakstene for legeerklæringer til Nav, slik at takstene i større grad støtter opp under målene om å redusere sykefravær og hindre frafall fra arbeidslivet. Regjeringen vil også vurdere tiltak som kan bidra til å støtte opp under legens rolle i sykmeldingsarbeidet, herunder behovet for bedre informasjon, opplæring og veiledning.

3.6.8 HELSEBEREDSKAP

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus viser til kommunelegens ansvar og rolle i det lokale beredskapsarbeidet, og at dette er en funksjon som bør styrkes. Disse medlemmer viser til erfaringene under koronapandemien, da kommunelegene spilte en avgjørende rolle i håndtering av pandemien. Kommunelegene er en viktig del av allmennlegetjenesten, som også er en viktig del av helseberedskapen i Norge.

3.7 God og tilgjengelig kompetanse

Komiteen merker seg at regjeringen vil sette i verk en rekke tiltak for å styrke kommunenes handlingsrom til å rekruttere og benytte personell ut fra lokale behov og muligheter.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at tilgangen på kompetent helsepersonell er en forutsetning for å sikre gode og trygge helsetjenester i hele landet. Disse medlemmer mener at det må arbeides systematisk for å sikre både rekruttering, utdanning og stabilitet i bemanningen i allmennlegetjenesten.

Disse medlemmer støtter regjeringens arbeid med å styrke rekrutteringen til fastlegeordningen, og mener det er viktig å gjøre allmennmedisin til et attraktivt karrierevalg for unge leger. Det må legges til rette for gode utdanningsløp, veiledning og faglig utvikling, og det må være mulig å kombinere fastlegearbeid med forskning, undervisning og andre faglige oppgaver.

Disse medlemmer mener at det er særlig viktig å sikre god kompetanse i møte med pasienter med sammensatte behov, kroniske sykdommer og psykiske helseutfordringer. Disse medlemmer støtter derfor tiltak som bidrar til å styrke den faglige bredden i allmennlegetjenesten og sikre kontinuitet i pasientoppfølgingen.

Disse medlemmer viser til at det er behov for bedre geografisk fordeling av helsepersonell, og at det må arbeides målrettet for å sikre rekruttering til distriktene. Disse medlemmer støtter tiltak som stimulerer til tjeneste i områder med rekrutteringsutfordringer, blant annet gjennom utdanningskapasitet, turnusordninger og økonomiske insentiver.

Disse medlemmer understreker at god og tilgjengelig kompetanse handler både om antall fagfolk og om hvordan kompetansen brukes. Disse medlemmer støtter derfor regjeringens arbeid med å utvikle tverrfaglige team og bedre oppgavedeling i fastlegekontorene, slik at helsepersonell kan bruke sin kompetanse på en effektiv og hensiktsmessig måte.

Disse medlemmer viser til at befolkningen skal ha tilgang til trygge og kunnskapsbaserte helsetjenester, uavhengig av hvor i landet de bor. Disse medlemmer understreker at variasjoner i tilgjengelighet og kvalitet i allmennlegetjenesten er en utfordring, særlig i distriktene, og at det er nødvendig med målrettede tiltak for å sikre likeverdige tjenester.

Disse medlemmer viser til at undersøkelser har vist at allmennlegetjenesten ikke i tilstrekkelig grad møter befolkningens behov, og at det er geografiske forskjeller i innbyggernes erfaringer med fastlegeordningen. Særlig distriktskommuner har utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger. Disse medlemmer mener det er avgjørende å styrke kommunenes forutsetninger for å tilby gode og stabile tjenester, tilpasset lokale behov.

Disse medlemmer viser til viktigheten av å følge opp pasienters legemiddelbruk. Det er i denne sammenhengen viktig å peke på at det er flere typer helsepersonell som vil kunne bidra i denne sammenhengen.

Disse medlemmer vil vise til blant annet Tromsø kommunes prosjekt med farmasøyt i hjemmetjenesten. Disse medlemmer er kjent med at flere kommuner innfører tilsvarende ordninger. Disse medlemmer merker seg at prosjektet i Tromsø har medført økt kvalitet, færre tilfeller av feilmedisinering, redusert sjanse for reinnleggelser og frigjort tid for andre yrkesgrupper i helsetjenestene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser også til at rekruttering av fastleger til distriktskommuner kan bedres ved den generelle distriktpolitikken. Sletting av studielån med 25 000 kroner årlig og billigere eller gratis barnehage kan også bidra til å styrke rekruttering av fastleger til distriktskommuner, og er politiske initierte tiltak som disse medlemmer vil videreføre.

3.7.1 BALANSERTE KOMPETANSEKRAV

Komiteen merker seg at regjeringen vil innføre kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester som balanserer hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet mot hensynet til rekruttering og kommunalt handlingsrom. Videre vil regjeringen utarbeide veiledning til kommunene til forskrift om kompetansekrav og utrede harmonisering av kompetansekrav i legevaktsentral og AMK-sentral.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet støtter regjeringens forslag om å endre kompetansekravene for leger, slik at det blir lettere for kommunene å rekruttere nødvendig kompetanse. Disse medlemmer støtter også forslaget om å øke aldersgrensen for leger i fastlegeordningen, og å gi kommunene større handlingsrom til å inngå nye fastlegeavtaler ved behov. Dette vil bidra til å sikre kontinuitet og stabilitet i tjenestene.

Komiteens medlemmer fra Høyre er opp-tatt av å skape en faglig sterk helsetjeneste i møte med en aldrende befolkning og økende sykdomsbyrde. Disse medlemmer merker seg at regjeringen Støre over lengre tid har innført midlertidige unntak fra kompetansekravene for leger, grunnet rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen. Disse medlemmer er i utgangspunktet skeptiske til en slik lemping på kompetansekravene og vil følge denne utviklingen nøye.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til at det foreslås å innføre et permanent krav om at leger som har gjennomført LIS1, kan være på legevakt, uten bakvakt, slik det tidligere har vært krav om. Disse medlemmer mener det var gode grunner for å innføre kravet, men vil støtte endringen siden det er presisert at kravet til bakvakt fortsatt skal gjelde for de

som ikke er ferdig med LIS1, og at det i tillegg settes krav om at legen skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Disse medlemmer viser også til at Legeforeningen støtter forslaget. Disse medlemmer mener likevel det er grunn til å følge med hvordan kompetansen ivaretas i legevaktsarbeidet, og vil påpeke at det er uheldig at regjeringen ikke har lagt fram en mer ordentlig melding om legevakt som del av en stortingsmelding om prehospitale tjenester, slik at man kunne vurdert endring i kompetansekrav i sammenheng med andre strukturelle tiltak i tjenesten. Disse medlemmer ber regjeringen følge utviklingen nøye.

3.7.2 EN FREMTIDSRETTET OG ATTRAKTIV UTDANNING FOR LEGER

Komiteen merker seg at regjeringen vil utvikle spesialistutdanningen i allmennmedisin gjennom å tilrettelegge for at tjenesten kan etablere egne LIS1-stillinger, oppmykning av krav i spesialistutdanningen i allmennmedisin for å bidra til fleksibilitet for den enkelte lege og for kommunene og utrede framtidig innretning på og organisering av etterutdanning for spesialister i allmennmedisin. Komiteen ser videre at regjeringen vil styrke kompetansen i geriatri, palliasjon og alders- og sykehjemsmedisin.

Komiteens vil trekke frem ALIS-ordningen (leger under spesialisering i allmennmedisin) som et vellykket tiltak for rekruttering til fastlegeordningen, og legger til grunn at denne videreutvikles i tråd med behovet.

3.7.3 BÆREKRAFTIG BRUK AV PERSONELL

Komiteen merker seg at regjeringen vil legge til rette for bedre rammebetingelser gjennom veiledning og tilskudd for å understøtte god og relevant gjennomføring av yrkesfaglig opplæring innen helse- og omsorgssektoren i kommunene og gjøre kompetanse gjennom fagskoleutdanning bedre kjent i helse- og omsorgssektoren. Komiteen merker seg videre at regjeringen fastslår at sykepleiere med masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie har en særlig høy klinisk kompetanse som kan spille en viktig rolle i tverrfaglige fastlegekontor og i samhandlingen mellom øvrige kommunale tjenester.

3.8 Trygge og kunnskapsbaserte tjenester i hele landet

3.8.1 EN GODT LEDET OG PLANLAGT LEDELSE

Komiteen merker seg at regjeringen foreslår en rekke tiltak for å styrke arbeidet med ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet. Disse er å utvikle et dashboard for kommunenes systematiske arbeid med kvalitet og pasi-

entsikkerhet, utrede hvilke data som bør innhentes fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, for å kunne utvikle et sett kvalitetsindikatorer som kan bidra til at både stat, kommune og innbyggere får bedre kunnskap om kvaliteten i tjenestene, særlig til eldre. Videre å systematisk gjennomføre pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser, herunder brukererfaringsundersøkelser i allmennlegetjenesten og delta i den OECD-ledete brukererfaringsundersøkelsen PaRIS. Videre å styrke statsforvalters veiledningsoppdrag som en del av tilsynssatsingen i samarbeid med Helsetilsynet, sørge for at statsforvalter tilbyr alle kommuner bistand til å planlegge helse- og omsorgstjenestene over en periode på fem til ti år fra 2025. Videreutvikle nasjonal handlingsplan for kliniske studier i 2025 og videreføre felles topplederutdanning for ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil gi Helsedirektoratet i oppdrag, i samarbeid med Utdanningsdirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, å anskaffe et lederutviklingsprogram for toppledergrupper i kommunene. Regjeringen vil videreutvikle tilskuddet for legevakt til et bredere distrikts-tilskudd som bidrar til organisatorisk innovasjon, større fagmiljøer og faglige nettverk.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti ber regjeringen følge nøye med på om en slik endring av tilskuddet til legevakt vil kunne få utilsiktede virkninger, og sikre at tilskuddet fortsatt får en virkning for å ha gode legevaktstjenester i distriktene.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til merknader og forslag om legevakt i Dokument 8:127 (2024–2025) om å styrke den akuttmedisinske beredskapen utenfor sykehus.

3.8.2 EN SAMHANDLENDE TJENESTE

Komiteen noterer seg at regjeringen vil styrke samhandling og samarbeid i tjenestene gjennom å konkretisere hva som i framtiden skal være oppgaveporteføljen til fastlegeordningen og ved å videreutvikle læringsnettverk for gode pasientforløp.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til at departementet i meldingen skriver at regjeringen vil starte opp arbeidet med en ny helsereform. Disse medlemmer er kritiske til forslaget om en reform der mye er uklart, og der det i realiteten åpnes opp for å slå sammen kommune- og spesialisthelsetjenesten til en felles helsetjeneste. Disse medlemmer vil være tydelige på at Senterpartiet ikke ønsker å legge ned kommunehelsetjenesten ved å gjøre den statlig. Senterpartiet vil i stedet utvikle helse-

foretaksmodellen og ta sykehusstyringen tilbake til folkevalgt styring i en forvaltningsmodell.

3.8.3 EN KUNNSKAPSBASERT TJENESTE

Komiteen viser til at regjeringen vil styrke arbeidet med kunnskapsstøtte til kommunene gjennom å fortsette arbeidet med å utvikle Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF) og videreutvikle kunnskapsstøttesystem som retter seg mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom oppdrag til Folkehelseinstituttet.

3.9 Økonomiske og administrative konsekvenser

3.9.1 NY PLIKT FOR FASTLEGENE TIL Å TILBY DIGITALE TJENESTER

Komiteen merker seg at tiltaket innebærer estimerte investeringskostnader for fastlegene på totalt 5–6 mill. kroner. Videre kommer anslagsvis 5–6 mill. kroner i investeringskostnader for Norsk helsenett som dekkes innenfor eksisterende budsjettammer. Komiteen merker seg at andelen fastleger som i dag tilbyr videokonsultasjoner, er lav. Samlede årlige lisenskostnader for videoløsninger til fastlegene estimeres til 30–35 mill. kroner. For kommunalt ansatte fastleger vil merkostnadene falle på kommunene og de estimerte økte kommunale utgiftene vil være 1,0–1,3 mill. kroner i investeringskostnader og 6–8 mill. kroner i årlige lisenskostnader.

3.9.2 UTPRØVING AV KOMMUNAL NETTLEGE

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Høyre og Senterpartiet, viser til at Norsk helsenetts kostnader er beregnet til om lag 26 mill. kroner, og at regjeringen understreker at disse kostnader skal dekkes av Norsk helsenett selv. Videre vil det påløpe en kostnad for kommunene som skal finansieres gjennom tilskudd til kommunene i 2025 og 2026, i tillegg til en andel av kostnadene for legenes arbeid som vil dekkes gjennom økning i kostnadene i folketrygden. Flertallet merker seg at regjeringen sier at de totale kostnadene av utprøvingen vil avhenge av antall kommuner som deltar i forsøket.

3.9.3 NY FINANSIERINGSMODELL FOR FASTLEGEORDNINGEN

Komiteen merker seg at økt andel basistilskudd og fjerning av demping i modell for pasienttilpasset basistilskudd kun har omfordelende økonomisk effekt. Når det gjelder endringen i pasienttilpasset basistilskudd knyttet til sentralitetstilskuddet, vil det medføre en samlet merutgift på de kommuner som må betale

økt sentraliseringstilskudd, og som ikke har hatt utgifter på utjevningstilskudd, på om lag 40 mill. kroner. Komiteen merker seg at dette vil omfatte om lag 38 kommuner. Knyttet til delegering av konsultasjoner til sykepleier og mulig økt aktivitet i fastlegeordningen vil økte utgifter over stønadsbudsjettet estimeres til 60–100 mill. kroner per år. Komiteen merker seg at regjeringen mener det knytter seg stor usikkerhet til dette.

3.10 Forslag fra Dokument 8:127

Komiteen viser til Dokument 8:127 S (2024–2025) Representantforslag om å styrke den akuttmedisinske beredskapen utanfor sjukehus, inkludert legevakt og ambulanse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil peke på at regjeringen Støre opprettet i 2022 tilskudd for legevakt i små distriktkommuner, nettopp for å sikre en bæredyktig legevaktsordning. Det rapporteres nå at dette har hatt effekt og har bidratt til bedre rekruttering til legevakt i distriktene. Disse medlemmer vil også vise til regjeringens satsing på fastlegeordningen gjennom økt basis og ALIS-tilskudd.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til statsråd Vestre sitt svarbrev hvor det understrekes at befolkningen skal ha trygghet for at de får god og forsvarlig helsehjelp ved akutt sykdom og skade. Videre vil disse medlemmer vise til at regjeringen nå har lagt frem Meld. St. 23 (2024–2025), som nettopp omhandler fremtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, hvor regjeringen er opptatt av å videreutvikle en faglig god og desentralisert tjeneste, og at det sørges for god prioritering og styring av ressursene.

Når det gjelder responstider, vil disse medlemmer understreke hva Fagforbundet uttalte i sitt høringsvar til Totalberedskapsmeldingen (Meld. St. 9 (2024–2025)), at responstid alene ikke er en god kvalitetsindikator, da krav om reisetid kan føre til at kommuner og legevaktdistrikter må gå på bekostning av andre viktige tiltak i tjenesteutvikling og kvalitetsforbedring. Disse medlemmer understreker at kommunene ut fra sitt handlingsrom og sitt sørge for-ansvar, må styre dette selv. I 2022 viser det seg at 5,2 pst. av befolkningen har en reisetid på 40 minutter til legevakt, mens 1,5 pst. har en reisetid på mer enn 60 minutter. Disse medlemmer vil påpeke at behovet for flere ambulansestasjoner vil øke kraftig med en fastsetting av responstid, samtidig som antall oppdrag vil gå ned.

Disse medlemmer viser til at det er de regionale helseforetakene som har ansvar for ambulansetjenesten og skal sørge for at den sikrer faglig forsvarlig beredskap til befolkningen, ut fra en helhetlig vurdering

av lokal beredskap. Videre vil disse medlemmer påpeke at Helsedirektoratet har laget en nasjonal veileder for akutt hjelpeordningen, hvor det kommer frem at det skal inngås avtale mellom akutt hjelpeordningen, kommuner og helseforetak, og det samme gjelder også kostnadsfordeling.

Når det gjelder følgetjenesten for gravide, vil disse medlemmer vise til at det ikke er kommet frem ny kunnskap om følgetjenesten som gir grunnlag for å endre på dette ut over 60 minutters reisevei. Disse medlemmer merker seg at det i dag er mange sykehus og kommuner som ikke klarer å rekruttere tilstrekkelig med jordmødre og annet nødvendig helsepersonell til føde og barsel. Disse medlemmer frykter at å innføre en utvidet rett til følgetjeneste vil gjøre situasjonen mer alvorlig, og at det vil kunne gå på bekostning av andre deler av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Medlemene i komiteen fra Senterpartiet, Framstegspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Raudt og Pasientfokus, peikar på at den akuttmedisinske beredskapen er ein berebjelke i helsetenesta. Kvalitet og nærleik til akuttfunksjonar er avgjerande for å etablere tryggleik og føreseielegheit når hjelpa hastar. Noreg handterer i stor grad akutte skadar og sjukdomar utanfor sjukehus på ein god måte. Likevel er det for store geografiske skilnader i tilbodet til innbyggjarane, og det er behov for kvalitetsheving i heile den akuttmedisinske kjeda.

Å møte akutt sjukdom og skade så tidleg som mogleg, og dermed sikre tidleg diagnostikk, behandling og rask transport til rett nivå i helsetenesta, kan vere livreddande. Det vil òg redusere funksjonstap og sikre betre helse i befolkninga. Ei satsing på den akuttmedisinske kjeda i Noreg vil difor òg vere god samfunnsøkonomi.

Desse medlemene viser til at det no er ti år sidan eit offentleg utval la fram NOU 2015:17 om eit heilskapleg system for handtering av akutte sjukdomar og skadar utanfor sjukehus. Akuttutvalet peika særleg på problemet med at både helseforetak og kommunar sentraliserer sine akuttilbod. Det vart vist til at lengre reiseveg til helsetilbod reduserer etterspurnaden, òg ved akutt sjukdom. Dette trugar målet om likeverdige helsetenester for alle. Utgreiinga føreslo ei rekkje tiltak for å forbetre dei akuttmedisinske tenestene utanfor sjukehus – som fastlegar, legevakt, heimebaserte tenester, kommunale tilbod om omgåande hjelp, medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetenesta.

Desse medlemene minner om at Noreg er eit land med lange avstandar, spreidd busetnad og klimatiske utfordringar, og at det difor kan vere krevjande å tilby akuttmedisinske tenester. Ulike regjeringar har over fleire år uttrykt målsetjinga om at alle innbyggjarar skal ha tilgang til likeverdige helsetenester av god kvali-

tet. Reisetid og avstand til helsetenester er særskilt viktig i akutte situasjoner, og mange steder i landet er det relativt langt til viktige helsetenester.

Disse medlemmene viser til at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen får nødvendige spesialisthelsetenester. Dette innebærer at helseforetak og kommuner må samarbeide om lokalisering av legevakter og ambulansestasjoner for å sikre tjenester som er tilgjengelege for befolkningen. Helseforetakene må i større grad involvere kommunene i organiseringen av ambulansesystemet. De må også gjennomføre risikoanalyser av hva det betyr for et større geografisk område dersom en ambulansestasjon vert lagt ned. Det er ikke nok å analysere konsekvensene for den enkelte kommunen som mister ambulansen, selv om det er svært viktig for den kommunen.

Bil- og båtambulansen utfører om lag 97 pst. av alle ambulansoppdrag og spiller ei avgjørende rolle i å sikre befolkningen tilgang til akuttmedisinske tjenester. Utviklingen innen spesialisthelsetenesten, med mer spesialisering og nye behandlingsmetoder, har fått konsekvenser for ambulansetenen. Det har blant annet ført til at enkelte pasientgrupper ikke kan behandles på nærmeste sjukehus, men må transporteres til sjukehus med spesialistkompetanse. Dette fører til lengre pasienttransport, og dermed at ambulansene er ute av lokal beredskap over lengre tid. Det har også ført til økt behov for luftambulansetjenester. Det kan være store regionale forskjeller i hvordan denne utviklingen påvirker befolkningen si tilgang på ambulansetjenester.

Disse medlemmene peiker på at rygggraden i den prehospital beredskapen i Norge er ei godt utviklet ambulansetene. Ei godt dimensjonert og faglig kompetent ambulansetene er avgjørende for befolkningen si tilgang til tenesten. Utviklingen innen spesialisthelsetenesten handler delvis om sentralisering av behandlingstilbud og funksjonsdeling mellom sjukehus.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til viktigheten av trygghet for rask hjelp når akutt skade eller sykdom oppstår. Her er legevaktordningen og de prehospitaltjenestene avgjørende viktige for å sikre rask og livreddende hjelp. Disse medlemmer viser til at det med bakgrunn i Primærhelsetjenestemeldingen og NOU 2015:17 Først og fremst fra Helsedirektoratet, ble utarbeidet forslag til en modell for fremtidig organisering av det akuttmedisinske tilbudet i kommunene. Dette ble prøvd ut i et treårig prosjekt som ble startet høsten 2019. Et viktig formål i prosjektet er å ta i bruk ny teknologi og å bruke lokalt personell bedre, slik at færre brukere må reise langt og belastningen på legene i vakt skal bli mindre. Disse medlemmer viser også til at det under Solberg-regjeringen ble utarbeidet veileder for legevakttjenesten og utredet kvalitetsmål for legevaktstjenesten som skal inngå i et helhetlig kva-

litetsindikatorsett for de prehospitaltjenestene. Akuttmedisinforskriften ble også gjennomgått, og kravet til bakvakt ble endret.

Disse medlemmer merker seg at regjeringen ikke har valgt å legge frem en egen stortingsmelding om prehospitaltjenester, slik den lovet i Hurdalsplattformen.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Rødt og Kristelig Folkeparti viser til innspill fra Stiftelsen Norsk Luftambulans som skriver følgende:

«Stiftelsen Norsk Luftambulans (SNLA) er glad for at det kommer en stortingsmelding som omhandler de akuttmedisinske tjenestene, men mener at denne meldingen ikke går langt nok i å svare ut de utfordringer og muligheter som ligger for fremtidens akuttmedisinske tjenester.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser også til høringsinnspill til Allmennlegemeldingen Meld. St. 23 (2024–2025) fra Den norske legeforening, som skriver følgende:

«Legeforeningen er skuffet over at regjeringen ikke fremmer en egen melding om prehospitaltjenester, slik den lovet i Hurdalsplattformen.»

Disse medlemmer viser også til LHL sitt høringssvar til Meld. St. 23 (2024–2025), som skriver følgende om forskriftfestede responstidskrav:

«LHL har i sine innspill støttet et slikt krav: Vi har påpekt at innføring av forskriftfestede responstider er ett av de viktigste tiltakene for en likere og mer forutsigbar akuttberedskap i hele landet. Det er derfor skuffende at regjeringen i meldingen ikke følger opp dette. Helsedirektoratet fraråder å forskriftsfeste responstider med henvisning til kostnader og praktiske utfordringer, og regjeringen konkluderer med at et slikt krav ikke innføres nå. LHL forstår at ambisiøse responstidskrav vil utløse behov for betydelige ressurser, men vi mener det er for passivt å la være å sette noen nasjonal standard.

Per i dag opererer man med veiledende mål om at ambulansen skal være fremme innen 12 minutter i by/tettsted og 25 minutter i distrikt i 90 pst. av tilfellene, men ingen av de regionale helseforetakene nådde disse målene i 2023. Dette illustrerer et gap det offentlige må ta på alvor.»

Disse medlemmer viser også til Norsk Førstehjelpsråds innspill til komiteen i anledning representantforslaget Dokument 8:127 S (2024–2025), punkt 10 – En ny nasjonal strategi for førstehjelpskompetanse, datert 25. april 2025, hvor det formidles følgende:

«Førstehjelp er en konkret og handlingsrettet form for helsekompetanse. Det redder liv, styrker lokal beredskap og gir trygghet i møte med både daglig sykdom og større kriser. Førstehjelp er også samfunnsøkonomisk lønnsomt – vi gjennomfører nå en analyse i samarbeid med Handelshøyskolen BI, og foreløpige beregninger

viser at verdien av førstehjelp utført av publikum kan være så høy som 33 milliarder kroner årlig.»

Medlemene i komiteen frå Senterpartiet og Raudt viser til at sentraliseringa har ført til lengre utrykkingstid for ambulansane mange stader. I samband med Stortinget si behandling av Meld. St. 5 (2020–2021) Samfunnstryggleik i ei usikker verd, fatta Stortinget eit vedtak der regjeringa vart bedt om å forskriftsfeste responstider for ambulansetenesta og setje standardar for kompetanse og akuttmedisinsk utstyr i ambulansar og på ambulansebasar.

Brann- og redningsvesenet er først på skadestaden i om lag halvparten av hendingane der også politi og ambulanseteneste er til stades. Eit samvirke der ein nyttar kvarandre sine kapasitetar, kan styrke den lokale beredskapen, men dette gir òg utfordringar. Tal frå BRIS (brann- og redningstenesta sitt rapporteringssystem) viser at talet på bistandsoppdrag auka med 18 pst. frå 2017 til 2021. Årsakene inkluderer endringar i befolkningsutvikling, alderssamansetjing og busettingsmønster. Andre årsaker er truleg profesjonalisering og sentralisering av spesialisthelsetenesta og ambulansetenesta, som gjer at ambulansane får lengre køyretid mellom hending og sjukehus. Nokre stader verkar bistanden frå brann- og redningstenesta å vere meir avhengig av kor lang tid det tek før ambulansen kjem fram, enn kor akutt hendinga er. Når ein pasient treng ambulanse, er ikkje brannmannskap tilstrekkeleg erstatning, og ansvar og kostnader for eit statleg ansvar blir dytta ned på kommunane.

I arbeidet med å forskriftsfeste responstid for ambulansetenesta er det viktig at responstida blir fastsett slik at ho er både forståeleg og føreseieleg for befolkninga i heile landet, og samtidig sikrar utviklinga av likeverdige tenester.

Ved fastsetjing av dimensjonerande krav til ambulansetenesta må ein ta utgangspunkt i å nå ein høgast mogleg del av befolkninga innanfor eit gitt responstidskrav. Ei mogleg løysing kan vere å krevje at 90 pst. av befolkninga skal vere innan rekkjevidde av ein ambulanse innan til dømes 25 minutt, medan ein i tettbygde strøk stiller strengare krav. Det må stillast krav om oversikt over responstid og responskvalitet i grunnberedskapen. Dette vil bidra til at ein – i kvar enkelt teneste og i eit samvirkeperspektiv – har god oversikt over beredskapen lokalt, regionalt og nasjonalt. Responstid i akuttmedisinske tenester må målast på første ambulanse som kjem fram, ikkje på første ressurs på staden.

Desse medlemene viser til at Delta skriv følgjande i sitt høyringssvar til komiteen:

«Delta vil advare mot å innføre en median responstid for ambulanse istedenfor å forholde seg til responstidskravene om måloppfyllelse på prosent av antall utrykninger. En mediantid vil ikke gi noen garanti eller

trygghet for den enkelte pasient for at hjelpen kommer i tide når det haster. Det vil heller ikke fungere som et egnet styringsverktøy for sykehusene.

Delta vil understreke at krav til utstyr og kompetanse i de prehospitale tjenestene er helt avgjørende for god helsehjelp.

Det er viktig at responstidskravet defineres til å gjelde ankomst av kompetent ambulansepersonell. Hvis ikke vil endringen uthule alle kvalitetskrav som eksisterer i dag og samtidig være et stort tilbakeskritt for det arbeidet som er gjort for å sikre kvaliteten på tjenestene og innebære en betydelig svekkelse av akuttberedskapen, ikke minst i distriktene.»

Desse medlemene viser til at akuttutvalet også tok føre seg skular, idrettslag, arbeidsplassar, frivillige og andre etatar si rolle, og føreslo mellom anna ein nasjonal førstehjelpsstrategi. Utvalet føreslo at kommunar og helseføretak skal lage felles akuttmedisinske planar, og at dette skal nedfestast i ei revidert akuttmedisinfor-skrift. Vidare peikte utvalet på at ei effektiv båt-, bil- og luftambulanseteneste vil få aukande betydning framover, og vil vere ein føresetnad for strukturelle endringar i helsetenesta. Store avstandar og transportløysingar gjer at legar sjeldnare enn før reiser på heimebesøk og rykker ut ved akutte hendingar. Utvalet føreslo at responstider for dei ulike tenestene skal inngå i eit heilskapleg sett med kvalitetsindikatorar, og at tenestene må dokumentere og offentliggjere resultata sine. Akuttutvalet meinte òg at legevakttenesta må dimensjonerast og bemannast betre i tråd med innbyggjarane og pasientane sine behov for ei tilgjengeleg teneste.

Akuttutvalet er enno ikkje følgt opp på ein heilskapleg måte. Punktet i Hurdalsplattforma om at regjeringa skal fremje ei eiga stortingsmelding om akutttilbod utanfor sjukehus, er ikkje gjennomført.

Medlemene i komiteen frå Senterpartiet, Raudt og Pasientfokus fremjar følgjande forslag:

«Stortinget ber regjeringa fremme ein eigen handlingsplan for å styrke legevakttenesta i heile landet, og greie ut løysingar for legevakt som tar omsyn til fastlegen si arbeidsbelastning både på kontoret og på legevakt.»

«Stortinget ber regjeringa greie ut maksimal reisetid til legevakt for å sikre eit godt tilbod til alle, og vurdere innføring av ei slik maksgrænse i samarbeid med kommunane.»

«Stortinget ber regjeringa fastsette forpliktande responstider for ambulansetenesta, responstider skal målast på kommunenivå og offentliggjera, og legge fram sak om dette for Stortinget.»

«Stortinget ber regjeringa legge fram tiltak som styrker ambulanseberedskapen, som hindrar sentrali-

sering, og som særleg opprettheld ambulanseberedskapen der det er lange avstandar til sjukehus.»

«Stortinget ber regjeringa etablere eit system kor ansvarleg departement for statlege nødetatar må betale vertskommunen dersom det kommunale brannvesenet må gjere den jobben som ambulanse eller politi skulle ha utført.»

«Stortinget ber regjeringa legge fram tiltak for Stortinget som bidrar til å betre samarbeidet mellom dei ulike nødetatane og andre beredskapsorganisasjonar.»

«Stortinget ber regjeringa prøve ut nye samarbeidsformer mellom nødetatane i distriktsområder, med mål om å styrke den samla beredskapen i området, og utan at kostnader og ansvar blir velta over på kommunane.»

«Stortinget ber regjeringa innføre følgjeteneste for gravide med over 1 times reiseveg til fødestaden.»

«Stortinget ber regjeringa fremme forslag om lovfesta krav til felles akuttmedisinske planar mellom sjukehus og kommunar.»

«Stortinget ber regjeringa fremme ein fornya nasjonal førstehjelpsstrategi for å styrke førstehjelpskompetansen i sivilsamfunnet og i befolkninga.»

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus merker seg at Fagforbundet, som organiserer personell i pre-hospitale tjenester, i sitt høringssvar til Totalberedskapsmeldingen (Meld. St. 9 (2024–2025)) vektlegger at responstid alene ikke er en god kvalitetsindikator. Hver etats egen organisering påvirker responstiden, og hver nødetats responstid påvirker de andre tjenestene gjensidig. Disse medlemmer vil presisere at en utredning av responstid må ta høyde for kvalitet, kapasitet og sammensetning av tjenestene.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en utredning av responstid for alle nødetatene, der kravet til responstid ses i sammenheng med tjenesten som helhet, med kapasitet, kvalitet og faglig forsvarlighet (jf. helsepersonelloven § 4).»

Komiteens medlem fra Fremskrittspartiet merker seg forslagsstillernes iver etter økt byråkrati gjennom å vedta nye planer og utredninger. Maksimal responstid er allerede vedtatt av Stortinget, men regjeringen har valgt å ikke følge det opp.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Fremskrittspartiet mener det er synd at re-

gjeringen velger å ikke sikre forskriftsfestingen av responstid som Fremskrittspartiet, Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti sikret flertall for helt tilbake i 2021. Vedtaket ble møtt med stor entusiasme fra blant annet Delta og Ambulanseforbundet, men når flere av partiene som støttet forslaget, fikk makten etter valget i 2021 skjedde det lite. Det er skuffende både for sektoren og disse medlemmer. Derfor opplever disse medlemmer at det er behov for å understreke Stortingets vedtak nr. 726 (2020–2021) for å ytterligere sikre at dette blir ivarettatt i den varslede stortingsmeldingen om tematikken.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen følge opp Stortingets vedtak nr. 726 (2020–2021) om forskriftsfestelse av responstider for ambulansetjenesten og sette en standard for kompetanse og akuttmedisinsk utstyr i ambulansebilene og på ambulansebasene.»

4. Forslag fra mindretall

Forslag fra Høyre, Senterpartiet og Rødt:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen om å ikke opprette en ordning med en kommunalt ansatt nettleger.

Forslag fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus:

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen legge til grunn geografisk nærhet og lokal tilstedeværelse som styrende prinsipper for utformingen av akuttmedisinske tjenester, og unngå sentralisering som svekker beredskapen i distriktene.

Forslag fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti:

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen utrede innføring av profesjonsnøytrale takster i hele fastlegeordningen. Utredningen skal foreligge innen mars 2026.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen endre § 3 i forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen til å lyde:

Fastleger tilknyttet Helsetjenesten ved studentsamskipnad kan bare velges av studenter som har betalt semesteravgift til studentsamskipnaden og deres barn under 16 år, samt av ansatte ved utdanningsinstitusjoner tilknyttet studentsamskipnaden og deres barn under 16

år. Tilbudet gjelder også for ansatte som går av med alderspensjon. Forskriften kan gjelde for hele eller deler av en fastleges liste.

Forslag fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus:

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen sette av midler og starte en prøveordning der helsesykepleiere får henvisningsrett til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) umiddelbart. Dersom resultatene er positive skal ordningen raskest mulig gjøres landsdekkende.

Forslag fra Høyre og Fremskrittspartiet:

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen sikre rammevilkår som gjør det attraktivt å drive som privat næringsdrivende fastlege, og legge til rette for at dette fortsatt skal være hovedmodellen i fastlegeordningen.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen bevare dagens finansieringsordning i fastlegeordningen hvor den aktivitetsbaserte andelen beholdes på 70 pst. og basisfinansieringen utgjør 30 pst.

Forslag 8

Stortinget ber regjeringen foreslå nye insentiver for fastlegene for å få ned sykefraværet.

Forslag 9

Stortinget ber regjeringen sikre en digital mulighet i Helsenorge som gjør at fastleger i fastlegeordningen kan legge ut sine ledige timer, slik at disse timene gjøres tilgjengelige og valgbare for innbyggere som opplever lang ventetid hos egen fastlege.

Forslag fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt:

Forslag 10

Stortinget ber regjeringen sikre at essensielle data for styring, monitorering og forskning ikke går tapt gjennom en forenkling av Normaltariffen, og at akademiske forskningsmiljøer får medvirke til en styrking av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) gjennom metodeutvikling og sikring av nødvendige variabler.

Forslag 11

Stortinget ber regjeringen legge fram en egen stortingsmelding om et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus, og denne må bygge på oppdaterte gjennomganger og kunnskap-sinnhenting.

Forslag 12

Stortinget ber regjeringen sikre at kontinuitet blir en essensiell verdi og mål for fastlegeordningen, som dokumenteres på lik linje som tilgjengelighet.

Forslag 13

Stortinget ber regjeringen sikre at kontinuitetsmålinger i fastlegeordningen forskriftsfestes.

Forslag fra Senterpartiet, Rødt og Pasientfokus:

Forslag 14

Stortinget ber regjeringa fremme ein eigen handlingsplan for å styrke legevakttenesta i heile landet, og greie ut løysingar for legevakt som tar omsyn til fastlegen si arbeidsbelastning både på kontoret og på legevakt.

Forslag 15

Stortinget ber regjeringa greie ut maksimal reisetid til legevakt for å sikre eit godt tilbod til alle, og vurdere innføring av ei slik maksgrense i samarbeid med kommunane.

Forslag 16

Stortinget ber regjeringa fastsette forpliktande responstider for ambulansenesta, responstider skal målast på kommunenivå og offentleggjerast, og legge fram sak om dette for Stortinget.

Forslag 17

Stortinget ber regjeringa legge fram tiltak som styrker ambulanseberedskapen, som hindrar sentralisering, og som særleg opprettheld ambulanseberedskapen der det er lange avstandar til sjukehus.

Forslag 18

Stortinget ber regjeringa etablere eit system kor ansvarleg departement for statlege nødetatar må betale vertskommunen dersom det kommunale brannvesenet må gjere den jobben som ambulanse eller politi skulle ha utført.

Forslag 19

Stortinget ber regjeringa legge fram tiltak for Stortinget som bidrar til å betre samarbeidet mellom dei ulike nødetatane og andre beredskapsorganisasjonar.

Forslag 20

Stortinget ber regjeringa prøve ut nye samarbeidsformer mellom nødetatane i distriktsområder, med mål om å styrke den samla beredskapen i området, og utan at kostnader og ansvar blir velta over på kommunane.

Forslag 21

Stortinget ber regjeringa innføre følgjeteneste for gravide med over 1 times reiseveg til fødestaden.

Forslag 22

Stortinget ber regjeringa fremme forslag om lovfesta krav til felles akuttmedisinske planar mellom sjukehus og kommunar.

Forslag 23

Stortinget ber regjeringa fremme ein fornya nasjonal førstehjelpsstrategi for å styrke førstehjelpskompetansen i sivilsamfunnet og i befolkninga.

Forslag fra Senterpartiet og Fremskrittspartiet:*Forslag 24*

Stortinget ber regjeringen fremme en egen stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, med særskilt fokus på kompetanse, struktur, digitalisering og responstid.

Forslag 25

Stortinget ber regjeringen følge opp Stortingets vedtak nr. 726 (2020–2021) om forskriftsfestelse av responstider for ambulansetjenesten og sette en standard for kompetanse og akuttmedisinsk utstyr i ambulansebilene og på ambulansebasene.

Forslag fra Senterpartiet og Rødt:*Forslag 26*

Stortinget ber regjeringen om å ikke svekke kompetansekravet i medisinsk nødmeldingstjeneste.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus:*Forslag 27*

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en utredning av responstid for alle nødetatene, der kravet til responstid ses i sammenheng med tjenesten som helhet, med kapasitet, kvalitet og faglig forvarlighet (jf. helsepersonelloven § 4).

Forslag fra Senterpartiet:*Forslag 28*

Stortinget ber regjeringen utrede hjemmel for egne takster som kan benyttes av annet personell på fastlegens kontor, som helsesekretærer, sykepleiere og andre som kan bidra til et bedre tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt:*Forslag 29*

Stortinget ber regjeringen sørge for at en regulering av kommersielle legetjenester kommer på plass, og sikre at det offentlige ikke finansierer kommersielle legeselskaper.

Forslag 30

Stortinget ber regjeringen legge fram flere tiltak for å styrke fastlegenes faglige autonomi, herunder større bruk av fastlønn.

Forslag 31

Stortinget ber regjeringen å følge anbefalingen fra ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten og innføre profesjonsnøytrale takster for fastlegeselskaper og kommunale legekontorer.

Forslag fra Rødt og Kristelig Folkeparti:*Forslag 32*

Stortinget ber regjeringen legge frem en konkret strategi for rekruttering og utdanning til fastlegeyrket, herunder tiltak for praksisnære utdanningsløp og etableringsstøtte i kommuner med lav fastlegedekning.

Forslag fra Rødt og Pasientfokus:*Forslag 33*

Stortinget ber regjeringen avvikle ordningen med den rådgivende legetjenesten i Nav.

Forslag 34

Stortinget ber regjeringen sikre gjennomgang av fastlegers pålagte henvisningsrutiner og dokumentasjonskrav og komme tilbake til Stortinget med tiltak som kan bidra til å avbyråkratisere fastlegene.

Forslag fra Kristelig Folkeparti og Pasientfokus:*Forslag 35*

Stortinget ber regjeringen sikre at det etableres fleksible modeller i fastlegeordningen, inkludert fastlønnsordninger og teamorganisering, for å bidra til bedre rekruttering og stabilitet – særlig i distriktene.

Forslag fra Fremskrittspartiet:*Forslag 36*

Stortinget ber regjeringen sikre at antallsbegrensningen for bytte av fastlege fjernes.

Forslag 37

Stortinget ber regjeringen snarest, og innen utgangen av 2025, legge frem forslag til ny apoteklov.

Forslag 38

Stortinget ber regjeringen gjennomgå takstsystemet med sikte på å gjøre det mer lønnsomt for fastleger og allmennlegekontorer å holde åpent på kveldstid og i helger.

Forslag 39

Stortinget ber regjeringen legge til rette for at private digitale helsetjenester kan inngå i offentlig finansiering gjennom refusjonsordninger eller samarbeidsavtaler.

Forslag fra Rødt:*Forslag 40*

Stortinget ber regjeringen om å gjeninnføre knekkpunktet på 1 000 pasienter for fastleger før en økning av basistilskuddet trer i kraft.

Forslag 41

Stortinget ber regjeringen arbeide for å redusere bruk av nettleger som ikke kjenner pasienten, også når det er kommersielle aktører som tilbyr det.

5. Komiteens tilråding

Komiteens tilråding I, II, III og V fremmes av en samlet komité.

Komiteens tilråding IV fremmes av komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus.

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til meldingen og dokumentet og rår Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k:**I**

Stortinget ber regjeringen inkludere ideelle og frivillige aktører som samarbeidspartnere i arbeidet med å utvikle akuttberedskap og lavterskel helsetjenester, og sikre dem forutsigbare og stabile rammevilkår.

II

Stortinget ber regjeringen utrede forskrivningsrett i legenær praksis for sykepleiere med spesialisering i avansert klinisk allmennsykepleie.

III

Stortinget ber regjeringen sikre at forebygging og helsefremmende arbeid blir en bedre integrert og finansiert del av fastlegetjenesten, med særlig vekt på barn, unge og eldre med sammensatte behov.

IV

Stortinget ber regjeringen å endre forskrift om helsetjeneste ved samskipnadene slik at alle studentsamskipnader kan opprette fastlegetjenester slik Student-samskipnaden i Oslo (SiO) kan i dag, for å sikre at forskriften gjelder alle landets studenter.

V

Meld. St. 23 (2024–2025) – Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 27. mai 2025

Tone Wilhelmsen Trøen

leder og ordfører

