



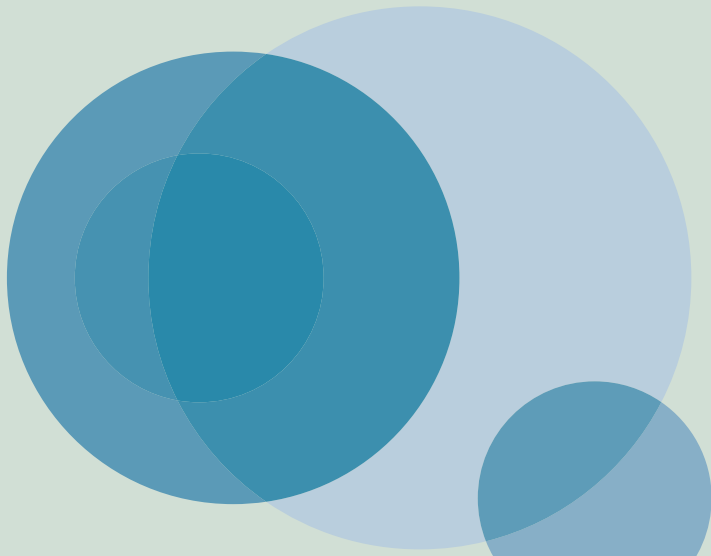
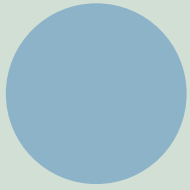
Helse- og  
omsorgsdepartementet

Handlingsplan

# Handlingsplan for allmennlegetjenesten

Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert  
2020–2024





## Møte utfordringene – bruke mulighetene

Dagens og morgendagens helse- og omsorgstjeneste byr både på utfordringer og muligheter.

For å møte utfordringene trenger vi faglig sterke allmennlegetjenester og en attraktiv og robust fastlegeordning. Denne handlingsplanen handler om hva vi skal gjøre for å få det til.

Alle innbyggere skal sikres tilgjengelige allmennlegetjenester av god kvalitet, uansett hvor de befinner seg og uansett hvem de er. Fastlegene står for de fleste av disse tjenestene. Det har blitt mer og mer krevende å sikre innbyggerne disse viktige tjenestene på grunn av vanskeligheter med å rekruttere og beholde fastleger. Stadig færre leger velger fastlegeyrket, og stadig flere vurderer å forlate det. Legene oppgir flere årsaker til dette: arbeidsoppgavene har blitt mange og arbeidsdagene lange, små fagmiljø og lite faglig nettverk og forhold rundt det å etablere seg som selvstendig næringsdrivende.

Vi må ta i bruk mange muligheter når vi skal ruste allmennlegetjenestene og fastlegeordningen for fremtiden. På kort sikt skal vi sørge for at det blir flere fastleger, og at de får færre arbeidsoppgaver. Men det er ikke nok. Vi må også sette allmennlegene bedre i stand til å møte behovene til dagens og

morgendagens innbyggere med kroniske lidelser og sammensatte behov. På lengre sikt må vi legge til rette for større og mer spennende fagmiljø, kvalitetsarbeid og fagutvikling, flere kollegaer og nye måter å arbeide og samarbeide på. Fremtidens tjenester må være teambasert. Vi må legge til rette for mer samhandling mellom ulike profesjoner og ulike sektorer.

Ny teknologi gir nye muligheter, både til å behandle og mestre sykdom. Teknologi som gjør det lettere å mestre egen sykdom, mobiliserer pasientens ressurser og frigjør fastlegeressurser.

Denne handlingsplanen har blitt til i dialog med Legeforeningen, KS og Oslo kommune. Jeg ser frem til å møte utfordringene og ta i bruk mulighetene sammen med dem.



Bent Høie  
Helse- og omsorgsminister

# Innhold

En forpliktende opptrappingsplan	5
Tiltakene	7
<b>Hvorfor en handlingsplan for allmennlegetjenesten?</b>	8
Allmennlegetjenesten – status og fakta	11
En godt likt tjeneste har utfordringer	16
Gjennomførte og pågående tiltak	20
<b>En bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste</b>	24
Målområde 1 – En attraktiv og trygg karrierevei	26
Målområde 2 – God kvalitet til alle	36
Målområde 3 – Fremtiden er teambasert	44
<b>Slik gjør vi det</b>	54

## En forpliktende opptrappingsplan

Det er nødvendig både å fortsette med påbegynt arbeid og etablere nye tiltak for å bygge en god allmennlegetjeneste for fremtiden, herunder fastlegeordning. Enkelte av tiltakene i planen er kortsiktige og har som sitt primære formål å rekruttere leger til fastlegeordningen og beholde leger som arbeider som fastleger i dag. Andre tiltak i planen er langsiktige, strekker seg over flere år og har som formål å sørge for gode allmennlegetjenester til alle innbyggere fremover i tid. De langsiktige tiltakene må bidra til at allmennlegetjenesten møter behovene til brukere med omfattende behov. Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 og tidligere

evalueringer av fastlegeordningen har vist at brukere med omfattende behov er dem som i mindre grad får sine behov dekket. Handlingsplanen legges frem som en forpliktende opptrappingsplan.

Regjeringen vil over planperioden frem til 2024 fremme forslag om å styrke allmennlegetjenesten med 1,6 mrd. kroner sammenlignet med Saldert budsjett i 2020.

I forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2020 foreslås det å øke bevilgningene gjennom opptrappingsplanen med 266,6 mill. kroner.

### Boks 1. Midlene i opptrappingsplanen vil gå til:

1. Endret og styrket basisfinansiering
  - Det innføres et grunntilskudd tidsbegrenset til 2 år. Grunntilskuddet innføres fra og med 1. mai 2020 og skal tilsvare basistilskuddet ved 500 innbyggere på listen. Fastleger med en listelengde på under 500 vil ha krav på dette grunntilskuddet i inntil to år dersom de har et listetak på 500 innbyggere eller flere.
  - Det innføres et knekkpunkt i basistilskuddet svarende til 1000 pasienter fra 1. mai 2020. Per capitasatsen vil være høyere under enn over knekkpunktet.
2. Økt antall ALIS-avtaler og økt veiledning
3. Introduksjonsavtaler
4. Kvalitetssystem i allmennlegetjenesten
5. Lederutdanning
6. En teambasert tjeneste
7. Modernisering av arbeidsmetode og arbeidsmetodikk
8. Gjennomføring og evaluering av planen

Av dette går 233,3 mill. kroner til endret og styrket basistilskudd med virkning fra 1. mai 2020, med en anslått helårsvirkning i 2021 på 350 mill. kroner. Det foreslås innført et knekkpunkt i basistilskuddet svarende til 1000 listeinnbyggere. Satsen under knekkpunktet på 1000 listeinnbyggere vil være høyere enn satsen over knekkpunktet.

Videre foreslås det 33,3 mill. kroner til innføring av nytt grunntilskudd med virkning fra 1. mai 2020, med anslått helårsvirkning i 2021 på 50 mill. kroner. Grunntilskuddet skal garantere fastleger som ufrivillig har færre enn 500 listepasienter, et basistilskudd svarende til 500 listeinnbyggere. Grunntilskuddet foreslås for inntil to år til fastleger med færre enn 500 listeinnbyggere på sin liste dersom de har et listetak over 500. Bevilgningen til styrket basistilskudd og grunntilskudd må ses i sammenheng, da satsen per capita er den samme for alle listeinnbyggere under 1000.

I statsbudsjettet for 2021 vil regjeringen foreslå 450 mill. kroner gjennom opptrappingsplanen, hvor av 400 mill. kroner til å dekke helårsvirkningen av styrket og endret basistilskudd og grunntilskudd fra 1. mai 2020, 30 mill. kroner til ALIS-avtaler, 12 mill. kroner til kvalitetssystem i allmennlegetjenesten og 8 mill. kroner til gjennomføring og evaluering.

I takstforhandlingene med Legeforeningen 2019 ble det avsatt 50 mill. kroner til tilskudd til å kompensere fastlegene med særlig arbeidskrevende lister. Medregnet overført ubenyttet beløp fra 2019, er det til sammen disponibelt 75 mill. kroner i 2020 knyttet til dette formålet. Det foreslås i forbindelse

med Revidert nasjonalbudsjett 2020 at 50 mill. kroner omdisponeres og flyttes til kap. 762, post 21, hvorav 25 mill. kroner til engangsbevilgning til Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), 24 mill. kroner til Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for å legge til rette for at legene kan delta på kurs om temaet og 1 mill. kroner til utvikling av nettbasert ledelsesutdanning. Videre foreslås det i Revidert nasjonalbudsjett 2020 å omdisponere 25 mill. kroner til delvis dekning av nytt grunntilskudd i 2020. Helårseffekten av denne omdisponeringen utgjør 50 mill. kroner i 2021, jf. forslag om innføring av nytt grunntilskudd.

Handlingsplanen inneholder i tillegg tiltak for å avlaste fastlegene for oppgaver og for å legge til rette for bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten.

I første fase av planperioden vil stabilisering av fastlegeordningen være av overordnet betydning. Det vil være dialog om prioritering av tiltak og disponering av midler som følger handlingsplanen, i trepartssamarbeidet i planperioden. Behovet for å styrke både basistilskuddet og den aktivitetsbaserte finansieringen innenfor fordelingen 30/70 vurderes løpende.

Økte bevilgninger og prioritering av enkelttiltak krever behandling i de årlige budsjettprosessene.

---

***– Regjeringen vil styrke allmennlegetjenestene med 1,6 mrd. kroner i planperioden***

## Tiltakene

1. Regjeringen vil endre og styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen
2. Regjeringen vil gjennomgå takstsystemet for å understøtte faglig riktig praksis
3. Regjeringen vil øke antallet ALIS-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer
4. Regjeringen vil styrke ALIS-kontorene
5. Regjeringen vil tilrettelegge for en bedre arbeidsdeling og samhandling med spesialisthelsetjenesten
6. Regjeringen vil avlaste fastlegene for oppgaver
7. Regjeringen vil skaffe økt innsikt om legevaktarbeid og prøve ut nye måter å organisere legevakt
8. Regjeringen vil i 2020 styrke Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
9. Regjeringen vil tilrettelegge for et hensiktsmessig antall LIS1 stillinger
10. Regjeringen vil bedre kvaliteten på legetjenester til brukere med omfattende behov
11. Regjeringen vil innføre introduksjonsavtaler
12. Regjeringen vil bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten og det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet
13. Regjeringen vil skape en teambasert fastlegeordning
14. Regjeringen vil utrede gruppeavtaler for fastlegekontor
15. Regjeringen vil legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy
16. Regjeringen vil øke bruken av e-konsultasjon
17. Regjeringen vil gi flere leger mulighet for lederutdanning



# Hvorfor en handlingsplan for allmennlegetjenesten?





## Innledning

Det er kommunene som har sørge-for-ansvaret for allmennlegetjenesten. Slik har det vært siden 1982. Tjenestene kommunene har ansvar for er regulert i § 3-2 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Fastlegeordningen er en av disse.

Fastlegeordningen ble innført i 2001 etter å ha vært forsøkt i fire kommuner. Ordningen har vært en suksess. I samtlige innbyggerundersøkelser Difi har gjennomført, har tjenesten fått gode skår og har vært en av de mest populære samfunnstjenestene i Norge. Slik er det fortsatt. Skåren tjenesten får i 2019 er imidlertid den laveste som er målt siden innbyggerundersøkelsen første gang ble gjennomført i 2010. En svakhet med fastlegeordningen er at den ikke i tilstrekkelig grad er lagt til rette for oppfølging av brukere med sammensatte og omfattende behov. Det viser evalueringen fra 2019, og det har også tidligere evalueringer vist.

I 2015 la Helse- og omsorgsdepartementet frem stortingsmeldingen Fremtidens primærhelsetjenestene – nærhet og helhet (Meld. St. 26 (2014-2015) – omtalt som Primærhelsetjenestemeldingen. Meldingen beskriver utfordringsbildet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Tjenestene er organisert som siloer der ulike yrkesgrupper jobber hver for seg. Tjenestene er i for liten grad ledet. De stadig mer komplekse oppgavene krever høyere kompetanse tilpasset kommunens behov. Mangel på gode styringsdata gjør at det

foreligger lite kunnskap om innholdet i tjenestene. I sum fører dette til en tjeneste som oppleves som lite tilgjengelige, helhetlige og koordinert for pasienter og brukere.

Primærhelsetjenestemeldingen presenterer tiltak for å svare på disse utfordringene. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider med å realisere tiltakene. Blant de viktigste er å utvikle en teamorganisert tjeneste, styrke og endre kompetansen, styrke ledelse og bedre tilgjengeligheten til data. Det er igangsatt piloter med primærhelseteam og oppfølgingsteam. Fra 1. mars 2017 ble det innført krav om å være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering for å være fastlege. Det er etablert en masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, med tilhørende offentlig spesialistgodkjenning, tilpasset behovet for klinisk breddekompetanse i kommunene. Det er gitt tilskudd til utvikling av kompetanse i kommunene gjennom Kompetanseløft 2020. Det er etablert en god lederutdanning og kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er opprettet.

Utfordringsbildet beskrevet i Primærhelsetjenestemeldingen ligger fast men har blitt utvidet og forsterket på noen områder. Meldingen fanget ikke i tilstrekkelig grad opp de økende utfordringene med rekruttering til fastlegeordningen og arbeidsbelastningen for fastlegene. I tillegg er behovet for bedre samhandling mellom leger i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, for digitalisering og for å bygge ned siloene mellom tjenestene blitt tydeligere. Dette er særlig viktig for pasienter med langvarige og sammensatte behov, og for pasienter med psykiske plager og

ruslidelser. I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet høsten 2017, ba Stortinget Helse- og omsorgsdepartementet om å evaluere fastlegeordningen. Samme høst reetablerte departementet trepartssamarbeidet. I dialog med partene, ble evalueringen bestilt tidlig i 2018. En grundig evaluering tar tid. Resultatene forelå høsten 2019.

Evalueringen er solid. Det er bred enighet mellom partene om funnene i rapportene og vurderingene knyttet til disse. Det danner et godt grunnlag for å vurdere og iverksette tiltak.

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten følger opp resultatene fra evalueringen. Samtidig skal den bidra til å realisere de overordnede politiske føringene for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Disse er beskrevet i en rekke meldinger, fremfor alt i Primærhelsetjenestemeldingen, i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 Meld. St. 7 (2019–2020) og i Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, Meld. St. 15 (2017–2018). Handlingsplanperioden løper fra 2020 til og med 2024, men inneholder også tiltak som innføres utover handlingsplanperioden.

Planen opererer med kortsiktige tiltak som skal innføres raskt, i 2020 og 2021. De langsiktige tiltakene vil bli innført over en lengre periode, det vil si de neste åtte til ti årene.

I arbeidet med handlingsplanen har departementet samarbeidet tett med partene gjennom trepartssamarbeidet. Partene har sammen bestilt flere utredninger som har bidratt til å belyse både utfordringsbildet og som peker på mulige tiltak.

Høsten 2019 gjennomførte departementet i tillegg fire innspillmøter på ulike steder i landet. Formålet var å høre brukernes, fastlegenes, kommunenes og sykehusenes synspunkter på utfordringer og tiltak.

---

***– Primærhelsetjenestemeldingen fanget ikke i tilstrekkelig grad opp de økende utfordringene med rekruttering til fastlegeordningen og arbeidsbelastningen for fastlegene.***

## Allmennlegetjenesten – status og fakta

I helse- og omsorgstjenesteloven fremgår det at kommunene skal sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som bor eller oppholder seg i kommunen. Fastlegeordningen inngår i dette sørge-for-ansvaret. Legene som jobber i kommunen er fastleger, men som allmennleger utfører de også oppgaver innen legevakt og sykehjem, helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Enkelte arbeider også i fengsler. I tillegg til avtaler med næringsdrivende fastleger har kommunene også ansatte allmennleger og kommuneoverleger (samfunnsmedisinere) som blant annet har ansvaret for helsefaglig rådgivning med vekt på folkehelse, forbyggende helsearbeid og helsemessig beredskap. Til sammen ble det utført om lag 5960 legeårsverk i den

kommunale helse- og omsorgstjenesten i Norge i 2018.

Veksten i antall legeårsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste var på 19 prosent i perioden 2012 til 2018. Til sammenligning var veksten i spesialisthelsetjenesten på 27 prosent i samme periode.

De fleste legeårsverkene i kommunene utføres av leger med fastlegeavtale med kommunen. I dag jobber det nærmere 4860 fastleger i Norge. Om lag 44 prosent er kvinner. Om lag 1080 av fastlegene var ved utgangen av 2018 innvandrere. Ved utgangen av 2019 var om lag 63 prosent av fastlegene spesialister i allmennmedisin. I 2019 fikk 296 leger spesialistgodkjenningen for første gang. I 2019 utførte fastlegene over 14 mill. konsultasjoner. Klart flest konsultasjoner og kontakter foregår på fastlegens kontor. Dataene viser at bruken av tidstakst øker noe per fastlege.

Figur 1. Vekst i legeårsverk 2012–2018

Kommunale helse- og omsorgstjenester

19%

Spesialisthelsetjenesten

27%

Kilde: SSB

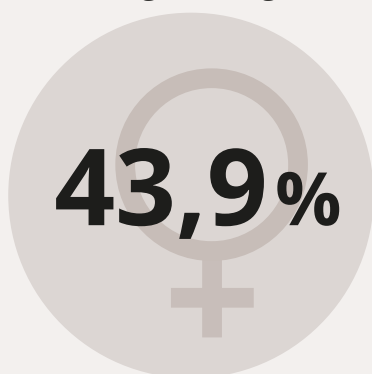
Fastleger i aldersgruppen 39 år og yngre utgjorde om lag 27 prosent av fastlegene i 2019. Veksten i den yngste gruppen har flatet ut den seneste tiden.

Fastlegenes gjennomsnittsalder var i 2019 47,4 år. Gjennomsnittsalderen har sunket svakt siden 2012. Fastleger i aldersgruppen 40 til 54 år utgjorde om lag 41 prosent av fastlegene. Denne gruppen, som var dominerende i fastlegeordningens første år, utgjør nå en økende andel av fastlegene igjen. Fastleger i alderen 55 til 66 år utgjorde om lag 26 prosent av fastlegene i 2019. Denne gruppen utgjør en lavere andel av fastlegene enn gruppen har gjort på mange år, ettersom mange har gått over i den eldste aldersgruppen eller har pensjonert seg. Fastleger som er 67 år eller eldre tilsvarer om lag 5 prosent av fastlegene. Totalt var om lag 31 prosent av fastlegene over 55 år i 2019.

Fastlegene har en gjennomsnittlig listelengde på 1084. Ved utgangen av 2001 var gjennomsnittlig listelengde 1184. Listene var på sitt lengste i 2005 (1204). Listelengden har falt siden 2005. Den årlige reduksjonen har vært noe høyere i siste del av perioden enn i første del. Det er betydelige geografiske variasjoner på den gjennomsnittlige listelengden fra 1370 i Oslo til 690 i Finnmark.

De aller fleste av fastlegene er selvstendig næringsdrivende. Noen av disse har en 8.2-avtale, dvs. en avtale med kommunen om leie av kontorlokaler, utstyr mv., mot en avtalt sum, ofte på nivå med per capita-tilskuddet. Departementet har ikke oversikt over hvor mange som har 8.2 avtaler. Ved utgangen av 2019 var 14 prosent av fastlegene fast ansatte i kommunen. De fleste av disse fastlegene jobbet i små og usentrale kommuner.

**Figur 2.**  
Andel kvinnelige fastleger 2019



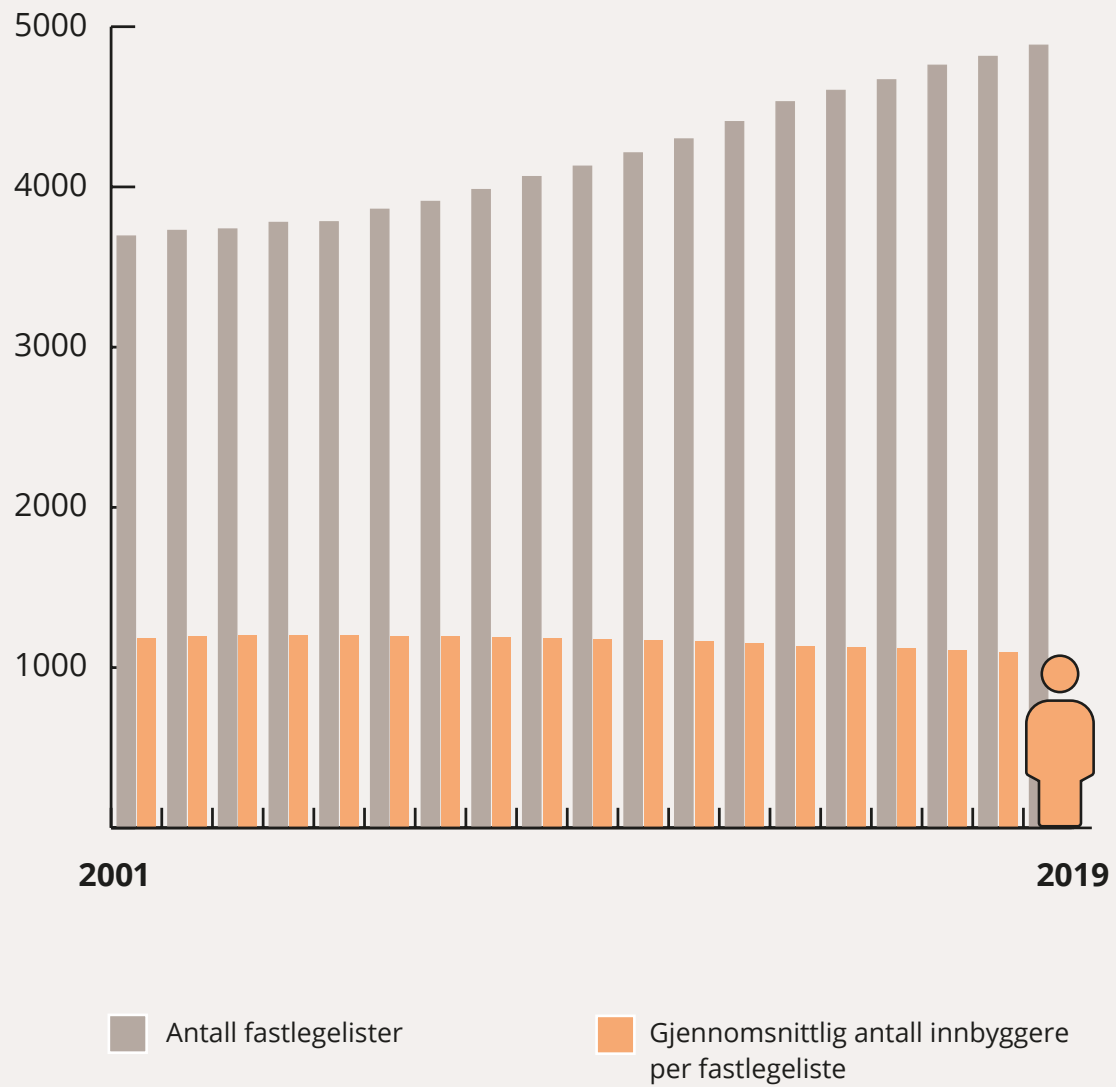
Kilde: Fastlegeregisteret

**Figur 3.**  
Fastlegenes gjennomsnittsalder 2019



Kilde: Fastlegeregisteret

**Figur 4. Gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste, 2001–2019**



Kilde: Fastlegeregisteret

Fastlegene har ansvaret for sin egen liste med navngitte innbyggere, men jobber ofte i kontorfellesskap. 40 prosent av fastlegene jobber i kontorfellesskap med 2–3 fastleger ved kontoret. Det finnes fortsatt knappe 14 prosent som driver solopraksiser, mens om lag 46 prosent jobber i legekantor med mer enn 3 fastleger.

På fastlegekantor i Norge er legene den desidert største yrkesgruppen. I den europeiske studien *Quality and Costs of Primary Care in Europe* (QUALICOPC) publisert i 2016 har forskerne stilt spørsmål til allmennleger om hvilke andre yrkesgrupper som jobber ved deres kontor, med muligheter til å svare opp til 12 ulike grupper. De norske respondentene svarte i snitt 2,1 andre grupper. Snittet i de andre europeiske landene varierer mellom 0,7 og 7,7.

Selv om det har vært en netto vekst i antall fastleger også den seneste tiden, har antall leger som slutter i fastlegeyrket økt de siste par årene, og spesielt i den yngste aldersgruppen. I 2019 var gjennomsnittsalderen på leger som går ut av ordningen 48,6 år. Med unntak av 2018, er det den laveste gjennomsnittsalderen siden 2012.

Ved utgangen av 2019 var 2,5 prosent av fastlegelistene uten fast lege. Det betyr at om lag 76 000 innbyggere sto på en fastlegeliste som ikke hadde en fast lege knyttet til seg. Årsaken til legeløse lister er problemer med å rekruttere fastleger. Det er store geografiske variasjoner. Størst er utfordringene i Nordland, Møre og Romsdal og Finnmark. I desember 2019 var det registrert vikarer knyttet til 1115 fastlegelister. Dette tilsvarer omtrent 22 prosent av fastlegelistene.

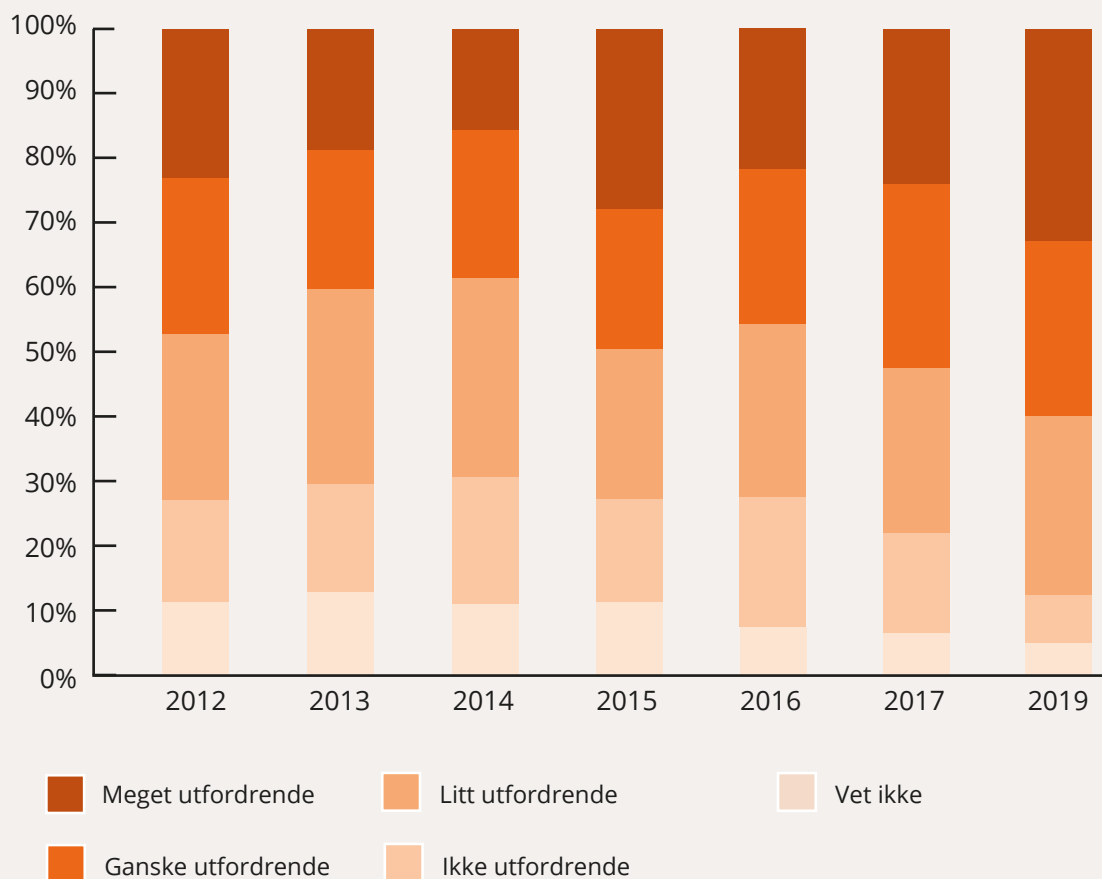
**Tabell 1. Utvalgte nøkkeltall for fastlegenes aktivitet 2011–2019**

	2011	2013	2015	2017	2019
<b>KONSULTASJONER</b>	3 192	3 128	3 034	3 047	2 958
<b>TILLEGG FOR TIDSBRUK</b>	903	962	1 019	1 035	1 050
<b>E-KONSULTASJON</b>	-	0,6*	4	20	92
<b>SYKEBESØK</b>	22	22	20	19	18
<b>TVERRFAGLIGE SAMARBEIDSMØTER</b>	34	33	31	29	25

Gjennomsnittlig antall per fastlege per år

\* Innført juli 2013

Kilde: KUHR og Samdata Kommune

**Figur 5. Kommunenes erfaringer med å rekruttere fastleger, 2012–2019**

Kilde: Kommunesektorens arbeidsgivermonitor

I overkant av 27 prosent av fastlegelistene var åpne ved utgangen av fjerde kvartal 2019, dvs. at de hadde rom for å ta inn nye innbyggere på listen. Åpne lister av et visst omfang er nødvendig for at innbyggernes rett til å velge fastlege skal være reell. Andelen av listene som er åpne går nedover. Ved utgangen av fjerde kvartal 2019 var det 57 kommuner der ingen fastleger hadde åpen liste. Av disse 57 kommunene, var det åtte kommuner som kun hadde én fastlege og ni kommuner som ikke hadde noen fastlege. Det var også 93 kommuner med kun én

fastlege med åpen liste. 22 av disse kommunene har kun denne ene fastlegen.

Det er flere aktører som har gjort undersøkelser av kommunenes utfordringer med å rekruttere leger de siste årene. Disse undersøkelsene indikerer at rekrutteringsutfordringene er omfattende og økende. Distriktskommuner har større utfordringer enn kommuner i mer tettbygde strøk, men flere av undersøkelsene viser at også sentrale kommuner og større byer i økende grad opplever utfordringer.



## En godt likt tjeneste har utfordringer

Evalueringen av fastlegeordningen (2019) viser at legedekningen i landet er god. Nesten hele befolkningen står på listen til en fastlege, og et stort flertall av landets innbyggere er fornøyde med fastlegeordningen. Evalueringen peker samtidig på utfordringer i ordningen i dag.

Det har blitt gjennomført flere tiltak de siste årene for å møte utfordringene i fastlegeordningen. I denne handlingsplanen foreslås nye og forsterkede tiltak samtidig som de etablerte tiltakene videreføres. Hovedvekten av tiltakene handler om fastlegeordningen, siden det er her det er størst utfordringer nå. Samtidig inneholder planen tiltak også for andre deler av allmennlegetjenesten. En del av disse er utredningsoppgaver for å utvikle treffsikre tiltak.

### Vanskeligere å rekruttere og økende arbeidsbelastning

Evalueringen av fastlegeordningen viser at det har blitt vanskeligere å rekruttere nye leger inn i ordningen. Samtidig slutter flere fastleger enn før. Mens det tidligere i hovedsak var små distriktskommuner som opplevde rekrutteringsutfordringer og lav stabilitet blant fastlegene, er rekruttering blitt et problem i store deler av landet. Dette gjelder også for flere av de største byene.

Allmennmedisinen er faglig utfordrende. Den har stor bredde og varierte typer oppgaver. I tillegg får fastlegen muligheten til å følge mennesker i alle aldre og gjennom hele livet. Ifølge legene selv er det ikke faget som er

problemet for å få til rekruttering, men rammebetingelsene. Leger oppgir imidlertid små faglig miljø og lite faglig nettverk som viktige årsaker til at de ikke velger å bli fastlege. De jobber ganske alene sammenliknet med det man gjør i sykehus. Det krever tid å bli trygg i rollen og i faget. I etableringsfasen som fastlege er det behov for trygg veiledning av erfarne kolleger og forutsigbare rammer for kompetansebygging og utdanning. Erfarne leger ønsker også å være del av et fagmiljø og mulighet for faglig utvikling. De oppgir at en for stor del av arbeidstiden nå går til administrative oppgaver.

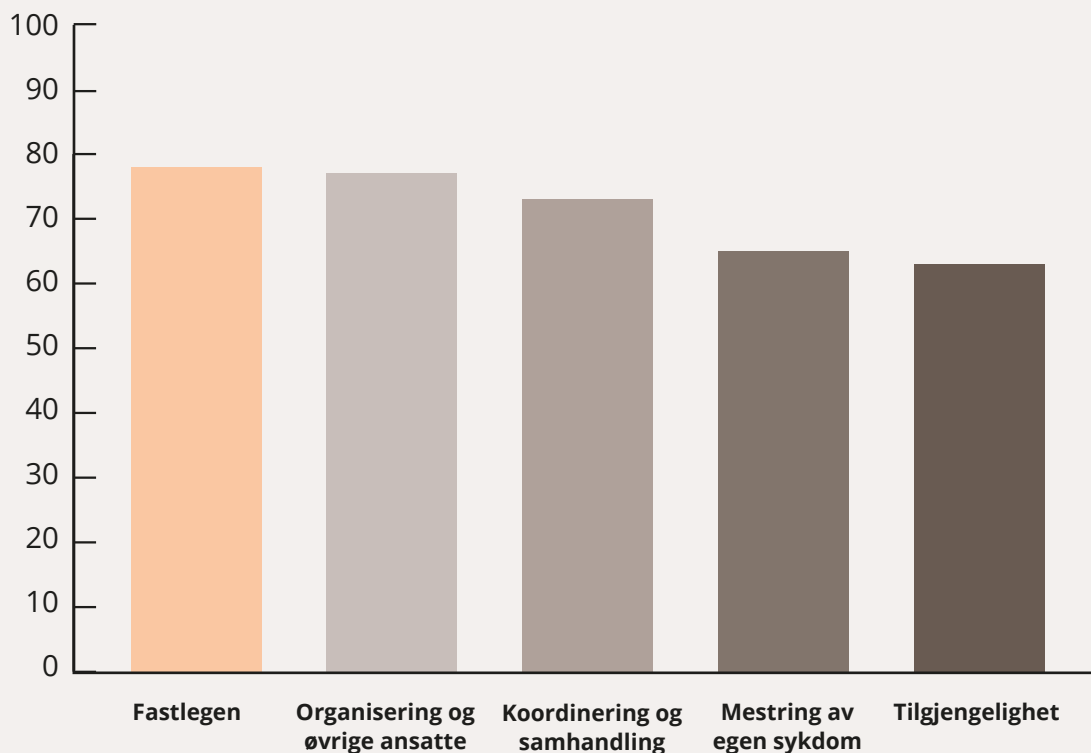
Det er også utfordringer knyttet til det å starte som selvstendig næringsdrivende. Inntjeningen for en ung lege som går inn i næringsdrift kan være lav i begynnelsen. Dette kan være utfordrende med tanke på de økonomiske forpliktelsene de påtar seg. Det skaper økonomisk utrygghet. Dette gjelder særlig for fastleger som går inn i nye avtaler med få innbyggere på listen. Fravær fra praksis, som ved svangerskap og egen eller barns sykdom, oppleves av legene som vanskelig. Unge leger trenger i tillegg tid til å lære seg å drive sin egen praksis, samarbeide med andre deler av tjenesten og til faglig oppdatering i takt med den medisinske utviklingen. Rammebetingelsene forutsetter imidlertid full drift fra dag én.

Mange fastleger opplever arbeidsbelastningen som stor. I evalueringen svarer nesten 20 prosent at den samlede belastningen er u håndterbar. Fastlegene har i alle år jobbet lange dager. Nå synes mange at dagene har blitt for lange. Det er mange forklaringer på det. Samhandlingsreformen med tidlig utskrivning av mer behandlingstrengende

## Boks 2. Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret

I 2018 fikk Folkehelseinstituttet i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre en undersøkelse om brukererfaringer med fastlegen. Undersøkelsen ble gjennomført som en spørreskjemaundersøkelse. Undersøkelsen besto av 47 spørsmål, de fleste med følgende fempunkts svarskala: 1= «Ikke i det hele tatt», 2= «I liten grad», 3= «I noen grad», 4= «I stor grad» og 5= «I svært stor grad». Når det gjelder tolkning av svar viser undersøkelsen at pasienterfaringer og tilfredshet i spørreskjemaundersøkelser er skjevfordelt mot den positive siden av skalaen uten at det nødvendigvis betyr at erfaringene er så gode. Å svare midt på skalaen indikerer ofte et forbedringspotensial.

Enkelte spørsmål i FHI sin undersøkelse presenteres som fem indikatorer: fastlegen, organisering og øvrige ansatte, tilgjengelighet, koordinering/samhandling og mestring. Indikatorer er mer reliable enn enkeltspørsmål og gjør det også mulig å presentere mer sammenfattede og robuste resultater. Indikatorskårene i FHI sin undersøkelse er beregnet som gjennomsnittet av de enkeltspørsmålene som inngår, omregnet lineær til en 0–100-skala, der 100 er best. Pasientene gir best vurderinger på indikatorene om fastlegen og organisering og øvrige ansatte, skårene er henholdsvis 78 og 77 på skalaen fra 0 til 100. Legens koordinering og samhandling med andre tjenester har en skår på 73, mens opplæring for å mestre egen sykdomssituasjon (65) og tilgjengelighet (63) har de laveste skårene av de fem indikatorene.



Kilde: FHI

pasienter fra spesialisthelsetjenesten er en av dem. Selv om det er en ønsket utvikling, medfører det samtidig økt arbeidsbelastning for fastlegene.

Flere innbyggere har flere kroniske sykdommer, der fastlegene har en sentral rolle i oppfølgingen og den medisinskfaglige koordineringen. Mer av oppfølgingen skal skje i kommunen. Den medisinske utviklingen forsterker en slik oppgaveforskyvning. Samtidig opplever fastlegene at sykehusene tidvis bruker fastlegene som administratorer i pasientforløpet.

Den store arbeidsbelastningen har også flere andre opphav. Legevaktsarbeid er en særlig årsak til den samlede belastningen for fastlegene i mange mindre kommuner. Brukernes forventninger og behov har endret seg og spiller inn. Legens rolle i sykemeldingsarbeidet krever mer tid enn før. Flere etterspør også attester eller erklæringer fra fastlegene for mange ulike formål. Summen av dette har økt arbeidsbyrden.

### **Utfordringer med tjenestene til dem med størst behov**

Den store arbeidsbelastningen er et problem i seg selv. Få ønsker å forbli i en situasjon de opplever som uhåndterbar. I tillegg bidrar belastningen til at færre vil bli fastleger. Konsekvensen er svekket kvalitet på de tjenestene fastlegene leverer. Innbyggerne opplever at tilgjengeligheten til fastlegen går ned. Det er vanskelig å finne en ny lege med åpen liste når det er behov for å bytte fastlege. Flere må forholde seg til vikarer. Evalueringen viser også at desto sykere brukeren er, desto mindre fornøyd er brukeren. Behovene til blant annet pasienter

---

*– Evalueringen viser at desto mer omfattende behov brukeren har, desto mindre fornøyd er brukeren.*

med psykiske lidelser og ruslidelser møtes ikke i tilstrekkelig grad. Dette er ikke nytt. Også evalueringen av fastlegeordningen i 2005–2006 viste at behovene til brukere med store behov ikke møtes.

### **Lite systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet**

Mange innbyggere er fornøyd med fastlegeordningen. Det er bra. Det finnes imidlertid lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene som leveres. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er etablert, men det eksisterer fortsatt ingen nasjonale kvalitetsindikatorer. Det gjennomføres ingen systematiske eller regelmessige brukerundersøkelser, og det er ikke etablert brukeropplevde kvalitetsmål. Fastlegene oppgir i evalueringen at de i liten, men varierende grad, driver med systematisk kvalitetsarbeid. Få opplever at kommunene etterspør dette.

Fastleger har ansvaret for den medisinskfaglige koordineringen av tjenester til brukere med sammensatte behov. Likevel viser evalueringen at kommunene i liten grad benytter deres kompetanse i arbeid med tjenesteutvikling, inkludert samhandling med spesialisthelsetjenesten.

### **Utnyttede muligheter ved arbeidsdeling, teknologi og nye arbeidsformer**

I årene fremover vil behovet for allmennlegetjenester øke. Mange av de trendene som allerede har ført til høy arbeidsbelastning, vil fortsette. Antallet unge uføre øker. Psykiske helseplager er en viktig årsak. Det vil bli flere eldre og flere med kronisk sykdom og sammensatte sykdomsbilder. I tillegg er deler av

innvandrerbefolkningen særlig utsatt når det gjelder enkelte sykdommer.

De medisinske mulighetene blir flere. Sykehusene skal jobbe mer utadrettet, og det vil bli mer digital hjemmeoppfølging. Mer behandling og oppfølging skal skje i pasientenes hjem, blant annet ved mer bruk av oppsøkende og tverrfaglige team med ansatte fra spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Dette krever at allmennlegene samhandler mer både med sykehusene og med øvrige deler av de kommunale tjenestene.

For at sykehusene skal kunne påta seg mer spesialisert behandling, må kommunene tilby flere tjenester. Her vil allmennlegetjenesten være helt sentral.

For å møte de samlede behovene i befolkningen på en bærekraftig måte, må ressursene brukes best mulig. I dag ligger det ikke godt nok til rette for det. Sammenligner man norske fastlegekontor med andre land, er andelen annet personell lavt. Dette skyldes blant annet dagens finansieringsmodell. Det betyr at allmennleger i Norge gjør oppgaver som i andre land utføres av annet personell. Det gjelder både drift av legekontor, andre ikke-kliniske oppgaver og kliniske oppgaver. Det er en ineffektiv bruk av ressurser. Det betyr også at tilbudet blir dårligere enn det kunne vært. Annet helsepersonell vil kunne bidra til større bredde i tilbudet legekontoret kan levere.

Ny teknologi gir mulighet for å effektivisere helsetjenesten, også fastlege- og annen allmennlegevirksomhet. Bedre deling av data på tvers, tilgjengeliggjøring av data for kvalitets-

arbeid på en effektiv måte og innebygd beslutningsstøtte i pasientjournalssystemene er eksempler på dette. Det er stor variasjon i hvor raskt fastlegene tar i bruk ny teknologi. Heller ikke innen annet allmennlegearbeid er teknologien i særlig grad tatt i bruk. Journal-systemene er lite tilpasset legenes arbeidsprosesser på legevakt og sykehjem, og de gir lite støtte til å jobbe med kvalitetshevende tiltak og pasientsikkerhet. Det vil i økende grad være behov for å bruke teknologi til å bedre kvaliteten i tjenestene for brukerne, tilrettelegge for forskning og lette arbeidshverdagen for legene.

---

***– Andelen annet personell er lav i norske fastlegekontorer.***



## Gjennomførte og pågående tiltak

Det har i flere år vært jobbet for å bedre rekrutteringen til, stabiliteten i og innovasjon i fastlegeordningen og allmennlegetjenesten. Flere tiltak er gjennomført eller pågår.

### Trepartssamarbeid og styrket ramme

Trepartssamarbeidet er reetablert og det avholdes jevnlige møter der KS og Oslo kommune, Legeforeningen og staten drøfter utfordringer og tiltak for å utvikle allmennlegetjenesten og fastlegeordningen. Partene har blant annet sett på ulike modeller for utdanningsstillinger for spesialisering i allmenntjenestemedisin, konsekvenser av økte kompetansekrav, alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen og på kvalitet og innovasjon i allmennlegetjenesten.

Fastlegene er tilført midler i takstforhandlingene utover inntektsveksten i årene 2018 og 2019. Det ble blant annet tilført midler til en tilskuddsordning for å tilrettelegge for at selvstendig næringsdrivende fastleger i kommuner med rekrutteringsutfordringer spesialisere seg. Det er også etablert en ny takst som støtter opp under og stimulerer til økt samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.

### En rekke rekrutteringstiltak

Helse- og omsorgsdepartementet har i flere år ytt tilskudd til rekruttering av fastleger. I forbindelse med at fastlegeforskriften ble revidert, ble det i 2012 bevilget 50 mill. kroner til styrking av fastlegeordningen. Det ble etablert et rekrutteringstilskudd av en del av disse midlene. De siste par årene er ordningen blitt utformet sammen med partene. Den har dekket etableringstilskudd ved inngåelse av fastlegeavtale, tilskudd til ALIS-avtaler i de tilfeller rekruttering til fastlegeavtale med spesialisering med betinger særlig tilrettelegging, og tilskudd til andre tiltak som kan bidra til stabilitet blant allmennleger.

I tillegg til tilskuddsordningen til selvstendig næringsdrivende i spesialisering, er det igangsatt to egne ALIS-prosjekter, ALIS-Vest og ALIS-Nord. ALIS-Vest er forankret i Bergen og omfatter kommuner i Vestland fylke. Prosjektet har som mål å rekruttere og utdanne spesialister i allmenntjenestemedisin gjennom å opprette fastlønnte stillinger. Prosjektet startet høsten 2017. 26 leger inngår i prosjektet. ALIS-Nord er forankret i Bodø og startet opp i 2019. Prosjektet har som mål å rekruttere 32 ALIS-leger i både næringsdrift og fastlønnsstillinger i Nord-Norge.

Det blir i 2020 opprettet 5 ALIS-kontorer, i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar. De skal rådgive og bistå kommuner med tilrettelegging av ALIS-avtaler. Kontorene skal også bistå kommunene i arbeidet med helhetlige utdanningsløp, skaffe kvalifiserte veiledere og bistå regionalt/nasjonalt med å utvikle, gjennomføre og koordinere læringsaktiviteter.

### **Flere tiltak på legevaktområdet**

Med bakgrunn i Primærhelsetjenestemeldingen og NOU 2015:17 *Først og fremst* har Helsedirektoratet utarbeidet forslag til en modell for fremtidig organisering av det akuttmedisinske tilbudet i kommunene. Denne prøves 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. I prosjektet inngår en forsterket legevaktstasjon og en legevaktsentral der lege er tilgjengelig for avklaringer hele døgnet og kan være beslutningsstøtte for annet helsepersonell i de deltakende kommunene.

Det er også utarbeidet veileder for legevaktstjenesten og utredet kvalitetsmål for legevaktstjenesten som vil inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitale tjenestene. Akuttmedisinforskriften er gjennomgått og kravet til bakvakt er endret.

### **Primærhelseteam**

I april 2018 startet et treårig pilotprosjekt med primærhelseteam i fastlegepraksiser. Målgruppen er alle innbyggerne på fastlegenes lister, med særlig fokus på å sikre bedre oppfølging av brukere med kroniske sykdommer og sammensatte behov. Dette skal gjøres gjennom teamorganisering i fastlegepraksiser og bedre samarbeid med øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Teamet består av fastlege, sykepleier og helsesekretær. To ulike finansieringsmodeller testes ut. Piloten består i dag av 13 fastlegekontor med 87 fastleger i 9 kommuner. Piloten sluttevalueres desember 2021.

### **Oppfølgingsteam og annet personell i kommunene**

Det ble i 2018 igangsatt et treårig pilotprosjekt for strukturert tverrfaglig oppfølging i seks kommuner. Målgruppen for teamene er personer med store og sammensatte behov. Oppfølgingsteam skal bidra til bedre koordinerte og tverrfaglige tjenester, som tar utgangspunkt i brukerens individuelle behov. Det etableres strukturer og system for tidlig å identifisere personer med risiko og behov for oppfølging. Det testes ut et nytt elektronisk verktøy for risikokartlegging der fastlegene er involvert.

Regjeringen har også tilrettelagt for flere ansatte i helsestasjons- og skolehelse-tjenesten, samt innført plikt for alle kommuner til å ha psykolog. Flere ACT- og FACT-team legger også til rette for bedre oppfølging av brukere med rus- og psykiske problemer.

---

***– Målet med teamorganiserte fastlegepraksiser er bedre oppfølging av brukere med kroniske sykdommer og sammensatte behov.***

### **Spesialistutdanning**

Fra 1. mars 2017 er spesialisering i allmennmedisin obligatorisk for alle nye leger i allmennpraksis som ikke allerede er spesialister eller under veiledning for godkjenning som allmennlege. Det er unntak for vikariater av en viss lengde og for andre typer spesialister som jobber i annet allmennlegearbeid. Minst to år av spesialistutdanningen skal foregå i åpen uselektert allmennpraksis. Fra 1. mars 2019 trådte nye bestemmelser om spesialistutdanning for leger i kraft som gir kommunene en tydeligere plikt til å tilrettelegge for spesialiseringen. Det stilles krav om hvor mange timer veiledning kommunen minimum skal tilby den enkelte lege som er under spesialisering i allmennmedisin. Det er opprettet en tilskuddsordning som kommunene kan søke på og som skal kompensere for kostnader ved kravet om veiledning og for- og etterarbeid for veileder. Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å øke krav til antall timer veiledning kommunen skal tilby og tilsvarende tilskudd fra staten fra 1. januar 2021.

### **Vikarer for fastleger og i legevakt**

Det er innført forskriftsendringer som vil gjøre det lettere for kommuner å benytte fastlegevikarer og vikarer i legevakt. Endringene innebærer at det kan ytes trygderefusjon til fastlegevikarer og vikarer i legevakt uten at legene har gjennomført norsk turnustjeneste/LIS 1. Slik får kommunene mulighet til å benytte for eksempel danske og svenske leger de har brukt som vikarer tidligere.

### **19 helsefelleskap skal opprettes**

I Nasjonal helse- og sykehusplan som ble lagt frem høsten 2019, og som nå ligger til behandling i Stortinget, er samhandling et sentralt tema. Det er lagt opp til å etablere 19 Helsefelleskap. Hvert helsefelleskap inkluderer et helseforetak med tilhørende kommuner. Representanter fra sykehus, kommuner, fastleger, pasienter og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen og finne gode lokale løsninger. Fire grupper skal prioriteres: barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. Fellesskapene er organisert på tre nivåer, dvs. partnerskapsmøtet, strategisk samarbeidsutvalg og faglig samarbeidsutvalg. For å bidra til gode pasientforløp og en helhetlig strategisk tenkning bør lokale fastleger være representert på alle nivåene. Regjeringen og KS inngikk en avtale om å etablere 19 helsefelleskap i oktober 2019.

### **Covid-19**

Covid-19-pandemien berører allmennlegetjenesten i stor grad. Både staten og kommunene har iverksatt en rekke tiltak for å møte utfordringene. Disse justeres fortløpende. Pandemien kan få betydning for fremdriften av enkelte av tiltakene i planen.





# En bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste



## Målområdene

Innbyggerne i Norge lever stadig lenger. Det er veldig bra. Samtidig innebærer det at flere lever med kroniske sykdommer og med sammensatte sykdomstilstander, hvilket gjør at behovet for helse- og omsorgstjenester øker. Målet er at flest mulig skal leve lange og gode liv med de helsemessige utfordringer de har. Flest mulig skal kunne bo hjemme og så langt det er mulig få behandling og oppfølging i sitt nærmiljø. Brukerne skal få opplæring og hjelp til å mestre mest mulig selv. Kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten skal være lik uavhengig av hvem du er. Dette betyr muligheter, men også utfordringer for helse- og omsorgstjenestene. Disse må organiseres på nye måter. En god allmennlegetjeneste er en av de viktigste byggesteinene.



### Attraktiv

En nyutdannet lege skal oppleve fastlegeyrket som en attraktiv og trygg karrierevei med god faglig veiledning fra erfarne kolleger. De etablerte fastlegene skal få drive med faglig relevante oppgaver, ha en rimelig arbeidsbelastning og bidra med sin kompetanse til å forme og lede tjenesten på tjenestenivå og utvikle den på systemnivå.

### Kvalitetssikker

Vi skal utforme allmennlegetjenesten slik at alle innbyggere, uavhengig av helsetilstand, geografi, sosioøkonomiske forhold og etnisk bakgrunn opplever en tilgjengelig tjeneste av god kvalitet. Fremover er det helt sentralt at allmennlegetjenesten, herunder fastlegeordningen, er utformet slik at den også ivareta brukerne med omfattende behov. Dette er grupper som ikke i tilstrekkelig grad mottar tjenester av god nok kvalitet i dag.

### Teambasert

Fastlegene skal på sikt lede teambaserte virksomheter med annet personell. For å møte morgendagens utfordringer, er det nødvendig at legene arbeidsdeler mer og samarbeider med andre om oppgavene til det beste for innbyggerne. Det vil gi kvalitativt gode tjenester, et spennende fagmiljø og bidra til en fastlegetjeneste som er integrert i øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Tiltakene i denne handlingsplanen er avhengig av økte bevilgninger og prioriteringer i de årlige budsjettprosessene.

## MÅLOMRÅDE 1

# En attraktiv og trygg karrierevei

Allmennmedisin er et spennende fag i stadig utvikling. Allmennlegene, herunder fastlegene, inngår i grunnmuren i helse- og omsorgstjenestene. Det må vi sørge for at de fortsatt gjør og vil gjøre.

Regjeringen vil at nyutdannede leger skal oppleve fastlegeyrket som en trygg og samtidig faglig attraktiv karrierevei. Det betyr at det er behov for tiltak som legger til rette for gode utdanningsløp med blant annet veiledning og supervisjon fra erfarne kolleger. Supervisjon forstås som å bistå og gi råd til leger i spesialisering i konkrete arbeidssituasjoner i den daglige virksomheten. Det krever også tiltak som bidrar til lavere terskel for å etablere seg som næringsdrivende fastlege gjennom en finansielt tryggere start.

Like viktig som å rekruttere nye fastleger, er det å holde på dem vi har. For at færre skal slutte, er det behov for tiltak som gir mulighet til å redusere arbeidsbelastningen noe, ha tid til å holde seg faglig oppdatert, drive fagutvikling og kvalitetsarbeid, utvikle tjenesten og lede fastlegekontoret. Det betyr at omfanget av ikke-kliniske oppgaver må ned. Den totale arbeidsbelastningen ved fastlegekontoret, i legevakt og med annet allmennmedisinsk arbeid må være rimelig. I tillegg må det legges til rette for at fastlegene kan og skal bidra til å utvikle tjenesten på systemnivå.

---

*- En god fastlegehverdag er helt sentral for å gjøre yrket attraktivt.*



## Tiltak 1

### Regjeringen vil endre og styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen

Regjeringen vil senke terskelen for å gå inn i en fastlegevirksomhet. Regjeringen vil gjøre det mer attraktivt å bli fastlege og bidra til at færre fastleger velger å slutte.

Flere unge leger kvier seg for å gå inn i fastlegeordningen. Driftskostnadene løper fra dag én, mens inntektene kan la vente på seg når legen går inn i en ny praksis, særlig innledningsvis med få pasienter på listen. Dette er et etableringshinder. For å redusere terskelen foreslås det å innføre et tidsbegrenset grunntilskudd. Grunntilskuddet skal tilsvare basistilskuddet ved 500 innbyggere på listen. Fastleger med en listelengde på under 500 pasienter vil ha krav på dette grunntilskuddet i inntil to år fra de inngår avtale, dersom de har et listetak på 500 innbyggere eller flere.

Fastlegene har lange arbeidsdager. Mange mener de må ha lange lister av økonomiske hensyn. Fastlegene oppgir i evalueringen at dette går utover både egen livskvalitet og kvaliteten på pasientbehandlingen. Flere vurderer å slutte. Regjeringen vil legge til rette for noe lavere arbeidsbelastning. Det foreslås å innføre et knekkpunkt i basistilskuddet

svarende til 1000 listepasienter med høyere per capitatilskudd under knekkpunkt enn over. Da kan legene korte listen noe uten like stort tap i basistilskudd. Bevilgningen til styrket basistilskudd og grunntilskudd må ses i sammenheng, da satsen per capita er den samme for alle listeinnbyggere under 1000.

Knekkpunkt bidrar til noe bedre basisfinansiering for listene med færre innbyggere. Dette vil gjøre det mer attraktivt for unge leger å gå inn i ordningen siden de yngre legene ofte har færre innbyggere på listene enn sine eldre kolleger.

Endringene i basisfinansieringen foreslås innført fra 1. mai 2020.

Utjamningstilskuddet er ment å skulle kompensere næringsdrivende fastleger i små kommuner (<5000 innbyggere) for ufrivillig korte lister. Endringene i basistilskuddet som her foreslås og kommunereformen gjør det nødvendig å se på utjamningstilskuddets innretning og treffsikkerhet.

---

***– For å redusere terskelen for å gå inn i fastlegeordningen foreslås det å innføre et tidsbegrenset grunntilskudd.***

## Tiltak 2

### Regjeringen vil gjennomgå takstsystemet for å understøtte faglig riktig praksis

Takstrefusjonssystemet er komplekst med mange ulike takster. Takstsystemet har økt i omfang over år, samtidig som lite brukte takster har blitt værende. Fastlegene bruker kun en liten andel av takstene ofte. Flere fastleger opplever at takstene ikke samsvarer med oppgavene de har i dag.

Det er viktig at takstsystemet understøtter god faglig praksis og er lett å forstå og benytte. Det bør også i størst mulig grad være sted- og teknologinøytralt. Det vil

tilrettelegge for at leger tar i bruk teknologiske løsninger som bygger opp under pasientens helsetjeneste og gi økt bærekraft for helse- og omsorgssystemet i stort.

Regjeringen vil derfor gjennomgå takstsystemet. Takstsystemet skal være faglig oppdatert, enkelt og forståelig. Målet er færre og treffsikre takster som speiler det som forventes av allmennlegene i dag.

---

*– Takstsystemet skal understøtte god faglig praksis, være lett å forstå og benytte.*



## Tiltak 3

### Regjeringen vil øke antallet ALIS-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer

ALIS-avtaler er et rekrutteringstiltak som har vist god effekt. ALIS-avtaler er avtaler mellom kommune og leger i spesialisering i allmennmedisin om særskilte tiltak som skal bidra til økt trygghet i tiden spesialistutdanningen pågår. Det er kommuner med rekrutteringsutfordringer som kan inngå denne typen avtaler. Avtalene inneholder tiltak og oppfølging i spesialiseringsløpet som kommer i tillegg til det legen har krav på som følge av dagens avtale- og regelverk. ALIS-avtaler kan for eksempel inneholde avtale om mer veiledning enn kravet i forskriften tilsier, gjennomføring av læringsaktiviteter, nettverkssamlinger for leger i spesialisering, inntektsgaranti og/eller kompensasjon for kortere lister i en periode.

Høsten 2017 ble et eget ALIS-prosjekt startet opp i kommuner på Vestlandet (ALIS-Vest). Tilsvarende prosjekt startet i kommuner

i Nord-Norge i 2019 (ALIS-Nord). Per september 2019 var det 26 leger i ALIS-Vest. ALIS-Nord er i oppstartsfase og er planlagt å omfatte 32 leger.

På bakgrunn av erfaringene med rekrutteringstilskuddet for fastleger ble det i 2019 opprettet 86 ALIS-avtaler i 44 kommuner, fordelt på 67 fastlønnede og 19 næringsdrivende fastleger. Det ble innvilget støtte til 65 av disse ALIS-avtalene. Gjennom tilskuddsordningen til ALIS-avtaler for næringsdrivende fastleger, som ble etablert høsten 2019, er det tildelt tilskudd til 54 ALIS-avtaler, fordelt på 18 kommuner. Totalt var det 200 leger som hadde ALIS-avtaler ved utgangen av 2019.

Regjeringen vil i planperioden legge til rette for å øke antall ALIS-avtaler over 4 år.



## Tiltak 4

### Regjeringen vil styrke ALIS-kontorene

I 2020 opprettes 5 ALIS-kontor, i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar. Kontorene skal rådggi kommunene i sine regioner om rekrutteringstiltak som kan inngå i ALIS-avtaler, bistå med maler for ALIS-avtaler, innhente og formidle erfaringer med de ulike tiltakene og bistå for øvrig i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Målet er gode og enhetlige utdanningsløp. Alle kommuner med ALIS-kandidater skal kunne tilby forutsigbare utdanningsløp med veiledning, supervisjon og læringsaktiviteter.

Fra 1. mars 2017 er det et krav om at alle nye fastleger skal være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. For leger som jobber i annet allmennlegearbeid gjelder samme krav, men de kan ha annen medisinsk spesialitet.

Fra 2019 fikk kommunene nye oppgaver knyttet til å tilrettelegge for leger som spesialiserer seg i allmennmedisin. Dette er en viktig oppgave for kommunene. Det er ønskelig at tilnærmingen er mest mulig lik slik at kvaliteten sikres, det blir nasjonal likhet, samt at det blir effektivitet, forutsigbarhet og progresjon i utdanningsløpet. ALIS-kontorene skal rådggi og bistå kommunene i planlegging, etablering og oppfølging av utdanningen.

Etableringen av kontorene er godt mottatt. Regjeringen vil styrke ALIS-kontorene i planperioden for at kontorene kan ta en enda mer aktiv rolle og bistå til god rekruttering og opplæring i sin region.

## Tiltak 5

### Regjeringen vil tilrettelegge for en bedre arbeidsdeling og samhandling med spesialisthelsetjenesten

Legeoppgaver, som alle andre oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten, skal løses på laveste effektive omsorgsnivå. I mange tilfeller er det effektivt og faglig riktig at fastlegene gjør oppgaver som leger i sykehus gjorde tidligere. Det er likevel ikke effektivt dersom spesialisthelsetjenesten flytter administrative oppgaver som burde gjøres i spesialisthelsetjenesten, over på fastlegene. Det gir heller ikke alltid god pasient-sikkerhet. Av den grunn har regjeringen flere tiltak i planen som skal bidra til at oppgaver utføres på mest hensiktsmessige og faglig riktige måte.

Fra andre halvår 2019 ble det innført en samhandlingstakst som skal simulere til økt samhandling mellom fastlegene og sykehuslegene.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt de fire regionale helseforetakene (RHF) i oppdrag å bidra til en faglig riktig oppgavedeling mellom helseforetak og fastleger. Det betyr at sykehusene ikke skal bruke fastlegene til administrativt arbeid som

naturlig tilligger sykehusene. Det gjelder blant annet viderehenvisning til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten, rekvisisjoner på bildediagnostikk eller laboratorieanalyser som ledd i sykehusets vurderinger, rekvirering av pasientreiser til og fra undersøkelser i sykehus. Dette gjelder også resepter på nye legemidler, ved endret dosering og ved skifte av legemidler og sykemeldinger for sykehusopphold og den første tiden etterpå frem til neste kontroll hos fastlege eller ny vurdering hos spesialist. Legeforeningens «Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus» bør legges til grunn for arbeidsdelingen.

Regjeringen etablerer helsefelleskap der fastleger skal inngå. Helsefelleskap skal legge til rette for bedre samhandling og skape partnerskap på tvers av nivåene.

Regjeringen vil også skape en møteplass for direkte dialog mellom trepartssamarbeidet og RHFenes ledelse om oppgavedeling og hvordan denne skjer på en planmessig måte.

## Tiltak 6

### Regjeringen vil avlaste fastlegene for oppgaver

Fastlegenes oppgaver har økt i antall og omfang. Flere innbyggere krever mer medisinsk oppfølging og koordinering av tjenester enn tidligere. Dette bidrar til lange arbeidsdager for fastlegene. Enkelte av oppgavene kan utføres av andre enn fastleger. For å redusere arbeidsbelastningen og få bedre kontroll med hvilke oppgaver fastlegene forventes å gjøre, gjennomføres flere tiltak.

Regjeringen vil regulere i en egen bestemmelse i fastlegeforskriften hvilke attester og erklæringer fastlegene skal være forpliktet til å utstede. Øvrige attester og erklæringer skal fastlegene fortsatt kunne utstede, men listeinnbyggerne eller andre kan ikke kreve slike attester eller erklæringer.

Regjeringen vil foreta en gjennomgang av andre typer attester og erklæringer som leger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten, med sikte på å forenkle eller ta bort oppgaver.

Regjeringen vil vurdere tiltak som kan forenkle legenes arbeid innenfor sykemeldingsfeltet.

Regjeringen vil redusere omfanget av fraværsattester fastleger utsteder. Fastleger skal fortsatt utstede fraværsattest for elever i videregående skole som har behov dette. Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil utrede om andre personellgrupper eventuelt kan avlaste fastlegene med fraværsattester som ikke er begrunnet med medisinsk faglig diagnostikk og behandling. Departementene vil blant annet vurdere om helsesykepleier kan ha en slik attesteringsrolle. Departementene vil i utredningen sørge for dialog med de yrkes-/faggruppene som eventuelt skal avlaste fastlegene.

Pasientreiser HF har på oppdrag fra departementet gjennomgått fastlegenes arbeid med pasientreiser. Blant annet skal rekvisisjonspraksis endres, IKT-systemet tilrettelegges og en informasjonskampanje for å tydeliggjøre ansvar og roller vil gjennomføres. I tillegg ser Pasientreiser HF på hvordan pasientene kan gjøre mer selv og pasientreisekontorene utføre mer av arbeidet.

På lengre sikt vil en teambasert fastlegeordning bidra til en annen arbeidsdeling på legekantoret.

---

***– Regjeringen vil regulere i en egen bestemmelse i fastlegeforskriften hvilke attester og erklæringer fastlegene skal være forpliktet til å utstede.***

## Tiltak 7

### Regjeringen vil skaffe økt innsikt om legevaktsarbeid og prøve ut nye måter å organisere legevakt

Legevaktsarbeidet utgjør en stor del av arbeidsbelastningen for mange fastleger, særlig i mindre kommuner. Vi vil innhente mer kunnskap om hva legevaktsarbeidet krever. Vi vet hvor mange konsultasjoner som utføres i legevakt, men ønsker å vite hvor mange timer fastleger faktisk er i beredskap, jobber aktivt eller har bakvakt i kommuner av ulik størrelse og sentralitet. Slik kunnskap er viktig ettersom mange leger jobber utover arbeidsmiljølovens grenser. Vi vil også innhente kunnskap om hvem som betjener legevakt utover fastlegene og hva som er gode måter å organisere legevaktsarbeidet på. En vet fra evalueringen at interkommunale samarbeid om legevakt ofte fungerer bra, selv om det kan gi innbyggerne

lengre reisevei til legevakt. Men vi vet også at enkelte kommuner ikke velger en slik løsning av geografiske eller andre årsaker.

For å få et bedre beslutningsgrunnlag vil departementet, sammen med partene, nedsette en ekspertgruppe som skal kartlegge hvor høy arbeidsbyrden er og hvordan den fordeler seg på leger i legevakt og hvilke konsekvenser en eventuelt redusert belastning vil få for behovet for leger.

Legevaktspiloten vil bli videreført for å få erfaring med alternative måter å organisere legevakt på.

## Tiltak 8

### Regjeringen vil i 2020 styrke Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), ble etablert i 1965 etter forhandlinger mellom Den norske legeforening og Sosialdepartementet. SOPs formål er å bidra til økonomisk sikring av medlemmene og deres familie ved arbeidsuførhet, alderdom og død, samt ved fravær fra egen praksis i forbindelse med sykdom, fødsel og adopsjon.

I takstforhandlingene for 2019-2020 ble det besluttet å innføre et tilskudd til særlig arbeidskrevende lister. Dette tilskuddet innføres likevel ikke. 25 mill. kroner av midlene, for høsten 2019, tilføres SOP for å styrke ordningen. 24 mill. kroner av midlene omdisponeres til Legeforeningens

fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet under forutsetning av de skal inngå i søkbare ordninger for å dekke kostnader ved fravær fra praksis i forbindelse med kurs i kvalitet og/eller pasientsikkerhet. 1 mill. kroner av midlene benyttes til utvikling av nettbasert ledelsesutdanning.

Regjeringen har også de siste årene styrket den økonomiske sikringen av næringsdrivende leger ytterligere. I 2015 fikk selvstendig næringsdrivende rett til pleiepenger og opplæringspenger, i tillegg til samme rett til omsorgspenger som andre arbeidstakere. Fra 1. oktober 2019 ble rett til sykepenger fra Folketrygden økt til 80 prosent av beregningsgrunnlaget.

## Tiltak 9

### Regjeringen tilrettelegger for et hensiktsmessig antall LIS1 stillinger

For å rekruttere leger til sykehusene og allmennlegetjenesten, legger regjeringen til rette for et hensiktsmessig antall LIS1 stillinger. I budsjettet for 2020 økte regjeringen antallet LIS1 stillinger. Færre ferdigutdannede medisinere må da vente på å begynne sitt arbeidsliv og sin spesialisering.

LIS1 arbeider et halvt år i kommunene. At flere får fullført LIS1-tjeneste betyr også at det er flere som kan søke seg fastlegeavtaler og allmennlegestillinger i kommunene.

## MÅLOMRÅDE 2

# God kvalitet til alle

Alle innbyggere skal oppleve en allmennlegetjeneste av god kvalitet. Det betyr at det er behov for tiltak som sikrer en tilgjengelig og tilpasset tjeneste for alle. LEON-prinsippet skal ligge til grunn. Det vil si at undersøkelse og behandling av pasienter skal foretas på det lavest mulige effektive omsorgsnivå i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg må tjenesten være utformet slik at det er tid og rom til å møte behovene til alle, også dem med behov for tett oppfølging og god opplæring og dem med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. Dette betyr at fastlegens tid må brukes riktig og at annet personell må avlaste og bidra med sin kompetanse der det er faglig riktig og hensiktsmessig. Det betyr også at teknologi og andre virkemidler som understøtter god tilgjengelighet må tas i bruk. Effektiv og sikker tilgangsstyring må ivaretas.

Hvis alle innbyggere skal møte en kvalitativ god og forskningsbasert tjeneste, må det være tid og rom for systematisk kvalitetsarbeid ved fastlegkontoret og på systemnivå i kommunen. I tillegg må vi også på nasjonalt nivå etterspørre og ha kunnskap om kvaliteten i tjenestene. Bare da kan vi ivareta vårt ansvar for å legge gode rammer for arbeidet som skjer i kommunene og i tjenestene.

I dag er det mangler på alle nivåene i denne kvalitetskjeden. Det betyr at det er et stort behov for tiltak som tilrettelegger for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Nasjonale myndigheter og kommuner trenger data og indikatorer. Fastlegene trenger kunnskap, ferdigheter, verktøy og virkemidler for å drive kvalitetsarbeid. Det er behov for videreutdanning for allmennlegene som gjør det mulig å drive og lede kvalitetsarbeidet.

---

***– Det er behov for en systematisk og samlet satsing på kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten.***





## Tiltak 10

### Regjeringen vil bedre kvaliteten på legetjenester til brukere med omfattende behov

Det har vært en positiv utvikling i antall legeårsverk til beboere i sykehjem. Samtidig har det vært en økning i andelen institusjonsbeboere på langtidsopphold som har vært vurdert av lege de siste 12 månedene, jf. figur 6. Økningen må ses i sammenheng med at det brukes store ressurser på pasientene det siste leveåret, og spesielt de siste tre månedene. Dette gjelder også de medisinskfaglige ressursene. Økningen i vurdering av lege siste 12 månedene av andelen institusjonsbeboere på langtidsopphold må også ses i sammenheng med at andelen som dør på sykehjem har økt siden 2005.

Samtidig blir beboere i sykehjem stadig sykere. Hva som er forsvarlig antall legetimer i sykehjem vil variere etter beboernes behov og hvordan tjenestetilbudet i kommunen for øvrig er organisert og dimensjonert. For å skaffe seg den oversikten og sørge for en rett legedekning bør kommunene utarbeide lokale bemanningsnormer for legetjenesten i sykehjem. Kommunene vil derfor bli oppfordret til å utarbeide en lokal norm for legebemanningen i sykehjem som en del av sin helhetlige plan for tjenestene.

Kommuner som utarbeider en norm, skal, basert på risiko- og behovsvurderinger, tallfeste hvor mange legetimer som kreves for å oppfylle lovkravet om faglig forsvarlig-

het og egne krav til kvalitet i legetjenesten i sykehjem. Videre skal kommunen lage en plan for hvordan den skal oppnå det ønskede antallet legetimer. Oppfølgingen skal dokumenteres, og fylkesmannen skal samle inn kommunenes rapporteringer av udekkede behov.

Den lokale normeringsprosessen skal ta utgangspunkt i erfaringene fra tilsvarende normering i 2007. Gjennom et eget rundskriv ba regjeringen da kommunene om å foreta en lokal bemanningsvurdering og fastsette en lokal norm for legedekning i sykehjem. Rundskrivet beskrev prosesskriterier for fastsettelse av lokale normer. 212 kommuner fastsatte egne normer. I tillegg rapporterte 75 kommuner, som ikke hadde hatt en slik prosess, om behov for økt antall legetimer. Tilsammen viste dette et at det var behov for å øke antall legeårsverk med 39 prosent. I de påfølgende årene ble det en jevn økning i legedekningen. Fra 320 legeårsverk i 2007 til 532 legeårsverk i 2014, som utgjorde en økning på om lag 66 prosent.

Departementet vil også utvikle en veileder for hvordan kommunene kan jobbe med kompetanseplanlegging for å se kompetansebehovet i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten samlet.

En kartlegging av det medisinskfaglige tilbudet i sykehjem og heldøgns omsorgsbolig viser at det er flere områder hvor det er behov for mer kunnskap. Dette gjelder spesielt legetjenester til personer i heldøgns omsorgsbolig. Kunnskap knyttet til om de medisinskfaglige behovene dekkes, om innbyggeren oppsøker fastlegen ved behov, og om vedkommende er i stand til å møte til konsultasjon hos fastlegen, om fastlegenes prioritering av hjemmebesøk til målgruppa, samt samarbeid med øvrige hjemmetjenester bør være temaer for videre kartlegginger.

Helsedirektoratet har gjennom tildelingsbrevet for 2020 fått i oppdrag å skaffe mer kunnskap om det medisinskfaglige tilbudet til personer i heldøgns omsorgsboliger. Dette skal gi et grunnlag for å vurdere om det er behov for ytterligere tiltak for å bedre den medisinskfaglige oppfølgingen av disse brukerne.

Et sentralt tiltak for brukere med omfattende behov er også å tilrettelegge for en mer teambasert tjeneste, jf. omtale under Målområde 3.

**Figur 6.**  
Andel institusjonsbeboere på langtidsopphold per 31.12 som er vurdert av lege siste 12 mnd.

2015  
**50%**

2016  
**55%**

2017  
**55%**

2018  
**66%**

## Tiltak 11

### Regjeringen vil innføre introduksjonsavtaler

At allmennlegene er spesialister i allmennmedisin, gir god kvalitet for innbyggerne. For å bli spesialist i allmennmedisin må legen blant annet ha minst to års praksis i åpen uselektert allmennpraksis. For leger som er ansatt i annet allmennlegearbeid i kommunen, som for eksempel legevakt og sykehjem, er det utfordrende å få gjennomført dette fordi det ofte er for få fastlegevikariater av et stort nok omfang. For ansatte leger er det sjeldent aktuelt å gå over til privat næringsdrift for å oppfylle spesialiseringskravet om to års praksis ved et ordinært legekontor. Mange leger velger å slutte i kommunen dersom ikke kommunene kan gi dem trygghet for at de kan bli spesialister i allmennmedisin. Det gir ustabilitet og høy gjennomstrømning av uerfarne leger i stillinger ved sykehjem og i legevakt. Dette er svært uheldig siden dette er krevende legearbeid der brukerne ofte tilhører de mest sårbare pasientgruppene.

For å legge til rette for spesialisering i allmennmedisin for leger ansatt i annet allmennlegearbeid vil vi etablere introduksjonsavtaler. Introduksjonsavtaler er avtaler som gir leger under spesialisering i allmennmedisin rett til trygderefusjon under visse

vilkår, når de jobber på andre fastlegers lister selv om fastlegen som har ansvar for listen(e) er til stede på legekontoret samtidig. Dagens regelverk åpner ikke for dette. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor sende på høring forslag om endring i refusjonsforskriften for å legge til rette for introduksjonsavtaler. Legen med introduksjonsavtale kan jobbe parallelt med fastlegen som har listeansvaret. Introduksjonsavtaler vil gi nyutdannede leger mulighet til å få erfaringer med det å arbeide som fastlege uten å måtte investere i egen praksis som næringsdrivende. I tillegg vil slike avtaler kunne avlaste de etablerte fastlegene ved legekontoret som har en lege med introduksjonsavtale hos seg.

Regjeringen åpner ikke for en generell vikarordning. Helsedirektoratet skal ved tildeling av avtaler til kommuner som søker legge særlig vekt på formålet med ordningen, nemlig stabilisering i og rekruttering til annet allmennlegearbeid og fastlegeordningen. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge overordnede føringer for avtalene, men samtidig tilrettelegge for lokale tilpasninger i kommunene.

#### **Boks 3. Introduksjonsavtaler skal gjøre det lettere å bli spesialist i allmennmedisin**

Antallet introduksjonsavtaler fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet skal tildele avtaler etter søknad fra kommuner. Avtaleparter i introduksjonsavtalene er lege i spesialisering i allmennmedisin (LIS), fastleger som stiller liste og eventuelt lokaler mv. til rådighet for LIS, samt kommune. Introduksjonsavtaler begrenses til LIS i et avgrenset tidsrom på to år ved fulltids arbeid. Det forutsettes at LIS i introduksjonsavtale oppfyller kravene i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon. LIS må ha gjennomført norsk turnustjeneste eller ha oppnådd alle læringsmålene i spesialistutdanningens første del. Fastlegene skal ikke kunne øke sitt listetak etter at søknad om introduksjonsavtale er sendt Helsedirektoratet og frem til avtaleperiodens avslutning.

## Tiltak 12

### Regjeringen vil bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten og det systematiske arbeidet med kvalitet og pasient-sikkerhet

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten pålegger alle som yter helse- og omsorgstjenester å bruke kunnskap om kvalitet og pasient-sikkerhet i planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenestetilbudet. Formålet er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Det er behov for mer kunnskap om kvaliteten på allmennlegetjenestene og det må arbeides mer med systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Fastlegene oppgir at de bruker lite tid på systematisk kvalitetsarbeid og kommunene etterspør i liten grad styringsdata fra fastlegekontorene. Det er derfor et behov for en systematisk og samlet satsing på kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten.

Helsedirektoratet vil få i oppdrag å vurdere hvordan man kan utforme et nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunen. Helsedirektoratet skal gjøre dette sammen med relevante aktører som

Folkehelseinstituttet (FHI), KS, Direktoratet for e-helse, Legeforeningen, Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) og Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (NOKLUS).

Kvalitetssystemet skal ha som formål å heve kvaliteten på tjenestene til pasienter og brukere i kommunene og å bidra til og støtte opp under krav i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Kvalitetsarbeidet må integreres i den daglige drift gjennom lokal ledelse av både legekontor og den øvrige legetjenesten i kommunen. Lokalt arbeid med kvalitetsforbedring bør stimuleres og etterspørres av kommunen. Både legepraksiser og kommuner må fremme forbedringskultur. Kvalitetssystemet vil understøttes av en rekke konkrete tiltak.

OECD arbeider med å utvikle og samle inn internasjonalt sammenliknbare pasientrapporterte indikatorer (PROMS og PREMS). Arbeidet omtales som PaRIS (Patient-Reported Indicators Surveys). Som en del av PaRIS inngår "The PaRIS international survey on patients with chronic conditions".

Bakgrunnen er at personer med kroniske lidelser utgjør en stor og økende brukergruppe. Det finnes lite systematisk kunnskap om denne gruppen erfaringer med helse-tjenesten og deres helserelevante livskvalitet.

I forbindelse med PaRIS utvikles et verktøy for å måle pasientopplevd kvalitet.

Regjeringen vil ta i bruk verktøyene som utvikles i forbindelse med PaRIS, slik at alle fastlegekontor kan å måle pasienterfaringer på en systematisk måte. Første hovedundersøkelse planlegges gjennomført i perioden 2021–2023.

Sammenstilling av data fra mange ulike kilder legger til rette for kvalitetsforbedring og ledelse. Dataene kan anvendes til å skape oversikt over innbyggernes behov for tjenester og til å predikere fremtidige behov. Dette åpner for nye måter å jobbe forebyggende på.

Det må utarbeides relevante og valide nasjonale kvalitetsindikatorer. Dette skal Helsedirektoratet gjøre i samarbeid med kommunene, fagmiljøene og praksis. Tiltaket må også ses i sammenheng med allerede pågående arbeid med utvikling av indikatorer basert på allmennlegedata.

Helsedirektoratet skal få i oppdrag å utarbeide en veileder for hvordan kommunene kan utarbeide planer for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, med særlig fokus på legetjenesten.

Regjeringen vil gjøre kvalitetsarbeid tellende for etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin for å gi ytterligere insentiver til å understøtte dette kvalitetsarbeidet. Det vil også bli vurdert læringsmål i spesialistutdanningen i allmennmedisin særlig rettet inn mot kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten i kommunen.

#### **Boks 4. PaRIS skal innhente pasientrapportert data på kvalitet**

Pasientens stemme er viktig i kvalitetsarbeid og utformingen av helse- og omsorgstjenester. Det er viktig å avdekke om helsetjenesten møter pasientenes behov.

I likhet med Norge ser mange OECD-land en økning i antall personer som lever med kroniske lidelser. Dette utgjør en utfordring for daglig praksis i kommunale helse- og omsorgstjenester, men er også en utfordring for kvalitetsarbeidet. Kroniske lidelser følger personer livet ut og pasientene er i kontakt med helsepersonell på ulike nivåer av helse- og omsorgstjenesten. Det betyr at tradisjonelle kvalitetsindikatorer som antall konsultasjoner hos fastlegen, ikke fanger opp helheten i behandlingen som pasientene mottar. Innen kvalitetsarbeid må man derfor tenke nytt. Metodene for å evaluere kvalitet utvides til å inkludere pasientens egen vurdering av behandlingens effekt på deres livskvalitet og erfaringer med ulike behandlingssituasjoner.

OECD utvikler et verktøy som systematisk skal innhente pasientrapporterte indikatorer på helserelatert livskvalitet og pasienters erfaringer i møtet med helse- og omsorgstjenesten. Verktøyet, PaRIS (Patient-Reported Indicators Surveys), består av to hoveddeler, hvorav en er utviklet spesifikt for pasienter med kroniske lidelser. Spørreskjemaet som utvikles vil fokusere på innhenting av to typer informasjon. Pasientrapportert erfaring (PREMs) måler praktiske aspekter ved behandlingen som spiller inn på kvalitet. Et eksempel på dette er pasientens opplevde erfaring med koordinering av behandling, kommunikasjon, ventetid og tilgjengelighet til helsetjenester. Pasientrapportert utfall av behandling (PROMs) vil omhandle for eksempel smertelindring, funksjonsevne, psykisk helse og innvirkningen behandlingen har på livskvalitet. Med bakgrunn i denne informasjonen dannes et bilde av den pasientopplevde kvaliteten av behandlingen av kroniske lidelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. PaRIS systematiske innhenting av informasjon vil gi et bedre grunnlag for å utarbeide anbefalinger og gjøre prioriteringer som kan bidra til kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Sammenliknbare data på tvers av flere land skaper mulighet for læring og forbedring over landegrensene.



## MÅLOMRÅDE 3

# Fremtiden er teambasert

Siden fastlegeordningen ble innført har kravene til allmennlegetjenesten og fastlegene endret seg. Det blir stadig flere brukere med kroniske sykdommer og flere pasienter med omfattende behov for tjenester. Brukerne skal leve lenge med sine sykdommer, og har behov for mer opplæring enn før, for å kunne mestre mest mulig og best mulig selv. Brukerne har også behov for at tjenestene deler data og samhandler mer og bedre. Endrede og mer omfattende krav til opplæring og oppfølging av og samhandling om pasientene, betyr at fastlegeordningen også må endre seg. Tjenesten må organiseres annerledes og kommunen må sørge for en bedre integrering opp mot øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester.

Målet er å skape et bredere og mer sammenhengende helse- og omsorgstilbud til innbyggerne. Tilbudet skal særlig møte brukere med kronisk sykdom og sammensatte behov. Det skal legges til rette for en mer faglig riktig arbeidsdeling mellom leger og annet personell på legekantoret.

Et teambasert fastlegekontor skal samhandle og samarbeide tettere med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Bruk av nye arbeidsverktøy er en viktig del av den fremtidsrettede allmennlegetjenesten, herunder verktøy for å samhandle med andre aktører.

Et teambasert fastlegekontor skal ha handlingsrom for god styring og ledelse. Dette vil legge til rette for en god oppgaveløsning og arbeidsdeling i fastlegekontoret. I tillegg vil det bidra til å forenkle dialogen og samhandlingen med kommunen og spesialisthelsetjenesten.





## Tiltak 13

### Regjeringen vil skape en teambasert fastlegeordning

Allmennlegetjenesten i andre land har en større bredde i det faglige tilbudet og flere helsepersonellgrupper som jobber i team om pasienten. Dette gir god kvalitet og effektiv utnyttelse av ressursene.

Fremtiden for fastlegeordningen er teambasert. Fastlegene skal lede det kliniske arbeidet i legekontor med flere personellgrupper, arbeidsdele med disse og utvikle tjenesten til det beste for pasientene. En teambasert tjeneste er deler av svaret på de utfordringene vi står i. Det er først og fremst et tiltak for å løse de mer langsiktige utfordringene, øke kvaliteten på tjenesten til brukerne og bidra til riktig bruk av de samlede ressursene.

En teambasert fastlegeordning kan bidra til at sårbare grupper som ikke har lett for å oppsøke fastlegen, får bedre oppfølging enn i dag. Dette gjelder for eksempel alvorlig psykisk syke, skrøpelige eldre og pasienter i palliativ fase. Skrøpelige eldre behandles ofte av legevaktsleger på initiativ fra hjemmetjenestene, og de legges ofte inn på sykehus. En teambasert fastlegeordning med annet helsepersonell kan bedre løse oppgaven med å behandle disse sårbare pasientene,

og fastlegetjenesten kan lettere delta i tverrfaglige team der personell fra ulike tjenester inngår.

Målet er å skape et bredere og mer sammenhengende tilbud til innbyggerne. Tilbudet skal særlig møte brukere med kronisk sykdom og sammensatte behov. Piloten med primærhelseteam vil bli ferdigstilt. Det skal utvikles en teambasert fastlegeordning med utgangspunkt i evalueringen av piloten og internasjonale erfaringer med lignende ordninger. Det skal i dette arbeidet bygges videre på alt som fungerer godt i fastlegeordningen. Fastleger skal, som i piloten, lede det kliniske arbeidet.

Piloten primærhelseteam startet opp 1. april 2018 og sluttevalueringen leveres ved utgangen av 2021. Kontorene som er med i forsøket kan drive frem til mars 2023. Effektmålene er bedret helsetilstand og mestringssevne for pasienter som følges opp av primærhelseteam, økt pasient- og brukertilfredshet, bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere som er særskilt omtalt i oppdraget, redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester,

bedre samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom primærhelseteam og spesialisthelsetjenesten, og bedre ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.

Følgeevalueringen viser så langt at flere hjemmebesøk gjennomføres, diabetespasienter følges tettere opp og tjenesten er

noe mer proaktiv. Informantene i evalueringen peker på økt kvalitet i legekontoets oppfølging samtidig som de oppfatter at pasientene blir tryggere og/eller friskere av å følges opp av primærhelseteam. Evalueringen peker på betydningen av god ledelse for å lykkes med primærhelseteam. Ledelseskurs inngår derfor som et ledd i piloten.

### **Boks 5. Tverrfaglig samarbeid og legekantor med flere yrkesgrupper**

I Legeforeningens *Utviklingsplan for fastlegeordningen* (2019) side 31 heter det:

I noen kommuner er det legekantor hvor leger, sykepleiere, psykologer, fysioterapeuter, helsesekretærer m.v. samarbeider på tvers for å gi pasientene et best mulig tilbud.

Legeforeningen støtter denne utviklingen. Legeforeningen ønsker blant annet at annet helsepersonell kan jobbe på delegert myndighet fra fastlegene og utløse egne-takster. Yrkesgruppene kan avlaste hverandre for oppgaver, øke det samlede tilbudet til pasientene, styrke ledelsen av kontoret og bidra til å gjøre dialogen med andre tjenester i kommunen enklere. Flere legekantor har i dag gode erfaringer med å være samlokalisert med annet helsepersonell.

---

*– Fastlegene skal lede det kliniske arbeidet i legekantor med flere personellgrupper, arbeidsdele med disse og utvikle tjenesten til det beste for pasientene.*

## Tiltak 14

### Regjeringen vil utrede gruppeavtaler for fastlegekontor

Hver enkelt fastlege er i dag en fastlegepraksis for seg selv, selv om fastlegen deler kontor med andre fastleger. Hver enkelt fastlege er ansvarlig for innbyggerne på sin liste. I fremtiden ønsker vi oss legekontor som har styrket fokus på ledelse, der legene fordeler arbeidsoppgaver mellom seg og annet personell på en faglig og effektiv god måte, og som tar et felles ansvar for en listepopulasjon. Samtidig skal det individuelle listeansvaret videreføres.

Som et virkemiddel for å skape en teambasert fastlegeordning, som legger til rette for en effektiv arbeidsdeling, ledelse, kvalitetsarbeid, innovasjon og proaktivitet, vil regjeringen utrede gruppeavtaler. En gruppe-

avtale innebærer at et legekontor har én felles avtale med kommunen som gir kontoret et samlet og overordnet ansvar. Ansvaret må ivaretas av en leder. Bare fastleger, dvs. en eller flere fastleger sammen, skal kunne inngå gruppeavtaler. Å inngå gruppeavtale skal være frivillig både for kommuner og fastleger. Innbyggerne skal fortsatt stå på en enkelt fastleges liste. Fastlegekontor med gruppeavtale skal kunne ansette og inngå avtale med annet helsepersonell etter behov.

Utredning av gruppeavtaler innebærer også å utrede en finansieringsmodell som understøtter denne løsningen. Modellen skal bidra til en kostnadseffektiv og bærekraftig fastlegeordning.

---

*– Å inngå gruppeavtale skal være frivillig både for kommuner og fastleger.*

## Tiltak 15

### Regjeringen vil legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy

Digitalisering muliggjør nye måter å jobbe på og kan bidra til bedret kvalitet og pasient-sikkerhet. Helsepersonell kan samarbeide og dele oppgaver annerledes og flere arbeidsoppgaver kan automatiseres. Noen tjenester kan ytes uten at helsepersonellet og brukeren er fysisk på samme sted. Pasientene kan i større grad følge opp egen tilstand hjemme. Leger kan veilede hverandre og dele informasjon virtuelt. Digitalisering gir helsepersonell bedre mulighet til å følge med på kvaliteten og effekten av behandling. Digitaliseringen som skjer i samfunnet fører også til at innbyggerne har en annen forventning til helse- og omsorgstjenestenes tilgjengelighet og arbeidsmetoder enn tidligere.

En mye brukt samhandlingsform i helse- og omsorgstjenestene i dag er elektronisk meldingsutveksling, dvs. utveksling av krypterte og standardiserte skriftlige meldinger. Meldingsutveksling vil være en viktig kommunikasjonsform også fremover.

EPJ-løftet har vært et viktig samarbeid om videreutvikling av fastlegenes pasientjournal-systemer. Staten, KS og Legeforeningen har gjennom takstforhandlingene sikret finansiering for prioriterte forbedringer i journal-systemene.

Informasjonen i journalsystemene må være tilpasset, tilgjengelig og følge pasienten for at det skal være mulig å tilrettelegge for helhetlige, sammenhengende helse- og omsorgstjenester på tvers av aktører og ansvarsnivå. Flere digitaliseringstiltak pågår for å bedre

arbeidsverktøyene og samhandlingen for fastlegene.

Norsk helsenett og de nasjonale e-helse-løsningene kjernejournal, e-resept og helsenorge.no, har allerede gitt bedre samhandling og pasientinvolvering, og skal videreutvikles og innføres i hele helse- og omsorgstjenesten for å styrke samhandlingen mellom helsepersonell. Forslag til ny e-hesellov, Prop 65 L (2019–2020) som er fremmet for Stortinget skal bidra til å styrke digitaliseringen slik at aktørene raskere tar i bruk de nasjonale e-heselloserne.

De nasjonale e-heselloserne er også viktige forberedelser for å kunne realisere de langsiktige målene om én innbygger – én journal. Det innebærer at innbyggere skal møte en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste hvor helsepersonell har tilgang til nødvendig informasjon, og at data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, styring og forskning. Målene skal realiseres gjennom tre parallelle tiltak: 1. Videreutvikling av eksisterende regionale løsninger i spesialisthelsetjenesten i Nord, Vest og Sør-Øst, 2. Etablering av Helseplattformen i Midt-Norge og 3. Etablering av en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor helseregion Midt-Norge. I tillegg vil en nasjonal samhandlingsløsning være et nav for å binde de ulike journal-løsningene sammen. Arbeidet med å etablere en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste og en nasjonal samhandlingsløsning har fått navnet Akson.

**Tabell 2. Aktivitetstall for utvalgte nasjonale e-helseløsninger**

	2016	2017	2018	2019
<b>Elektronisk meldingsutveksling</b>				
Totalt antall medisinske meldinger (mill.)	192,8	213,7	210,5	211,5
<b>Helsenorge.no</b>				
Besøk på helsenorge.no i løpet av året (mill.)	12,7	18,7	25,6	37,2
Innlogginger på selvbetjeningsløsninger (mill.)	3,2	7	12	20,5
<b>E-resept</b>				
Totalt antall rekvirerte e-resepter årlig (mill.)	24,1	25,8	26,6	28
<b>Kjernejournal</b>				
Antall oppslag i kjernejournal per uke	2 900	8 200	14 000	20 200

Kilde: Direktoratet for e-Helse, nasjonal e-helsemonitor

**Boks 6. Region Midt-Norge arbeider med Helseplattformen som etter planen vil innføres gradvis fra høsten 2021**

Helseplattformen er del av et samlet veikart for å realisere visjonen én innbygger – én journal. For første gang får sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastleger inkludert, en felles digital plattform for samhandling. Helsepersonell får funksjonelle arbeidsverktøy som sikrer bedre sammenheng i pasientforløp. Helseplattformen innfører felles standardisert språk for strukturering av informasjon i sektorens pasientjournal-systemer.

Kjernejournal skal videreutvikles med ny funksjonalitet for å imøtekomme økt informasjonsbehov. Det pågår et arbeid med å gjøre journaldokumenter som epikriser, henvisninger, radiologi- og prøvesvar og annen klinisk informasjon tilgjengelig gjennom dokumentdeling i kjernejournal. Kjernejournal er i dag innført på alle sykehus, legevakter og ved 90 prosent av fastlegekontorene. Det er viktig at resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten kobles på for å oppnå mer helhetlig samhandling. Feil legemiddelbruk er blant de viktigste årsakene til pasientskader. Det pågående arbeidet med å få på plass en felles nasjonal oversikt over pasientens legemiddelbruk (pasientens legemiddelliste) er viktig for å styrke samhandlingen om legemidler på tvers av nivåer, og redusere risikoen for feil.

Pasientens legemiddelliste vil bli et viktig verktøy for dem som gir nødvendig helsehjelp og for pasienten selv. Dette vil også styrke fastlegenes mulighet til å utøve sitt medisinskfaglige koordineringsansvar for listeinnbyggeren.

Digital hjemmeoppfølging vil være viktig fremover for å sørge for en hensiktsmessig behandling og oppfølging av pasienter, også når det gjelder spesialisthelsetjenester. Dette fordrer ofte tett og god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Bruk av teknologi vil være en integrert del av pasientforløpet. Avklaringer om felles problemstillinger knyttet til digital hjemmeoppfølging bør inngå i helsefellesskapenes planlegging og utvikling.

### **Boks 7. Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke**

Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke er et prosjekt i Nasjonalt velferdsteknologi-program i regi av Helsedirektoratet. Pasientene har utstyr hjemme for å måle og registrere egne helsedata som sendes inn og følges opp i fastlegepraksisen. Målet er bedre psykisk og fysisk helse for pasientene og økt opplevelse av mestring og trygghet. Medisinsk avstandsoppfølging kan bidra til at sykdomsforverring kan avdekkes så tidlig som mulig, til redusert bruk av legevakt og akuttinnleggelse, og lavere kostnader for helse- og omsorgstjenesten samlet sett. Seks kommunale samarbeidsprosjekter deltar i den videre utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging som skal pågå ut 2021. Utprøvingen gjennomføres både i kommuner med ordinær fastlegetjeneste og i praksiser som også deltar i utprøvingen av primærhelseteam. Prosjektet er organisert som en randomisert kontrollert studie, noe som vil bidra til å utforske effekt og gevinst av å levere tjenester på nye måter. Kunnskapen vil bygges gradvis i takt med at pasientene tar tilbudet i bruk.

*– Informasjon må være tilpasset, tilgjengelig og følge pasienten for at det skal være mulig å tilrettelegge for helhetlige, sammenhengende helse- og omsorgstjenester på tvers av aktører og ansvarsnivå.*

## Tiltak 16

### Regjeringen vil øke bruken av e-konsultasjon

For å møte innbyggernes forventninger til en moderne allmennlegetjeneste, er det viktig at fastlegene også er tilgjengelige på digitale flater og at fastlegene benytter digitale verktøy der det er hensiktsmessig. Mange pasienter vil på denne måten få et bedre og mer tilgjengelig tjenestetilbud.

Regjeringen vil derfor legge til rette for økt bruk av e-konsultasjon der dette er en hensiktsmessig konsultasjonsform. E-konsultasjon kan gjennomføres både i form av skriftlige meldinger eller som video. Det er viktig at e-konsultasjon tas i bruk på en måte som ikke fører til økt press på fastlegene. Det skal benyttes der det fører til bedre oppfølging, bedre effektivitet eller økt kvalitet i tjenesten.

Covid-19 situasjonen aktualiserte bruk av e-konsultasjon, og andelen konsultasjoner som ble gjort digitalt eller per telefon gikk fra 5 prosent til nærmere 60 prosent i løpet av mars måned 2020. I forbindelse med Covid-19 ble det også gjort vesentlige endringer i hvilke takstkombinasjoner som kan brukes ved e-konsultasjon, og hvordan hjelpepersonell også kunne bistå.

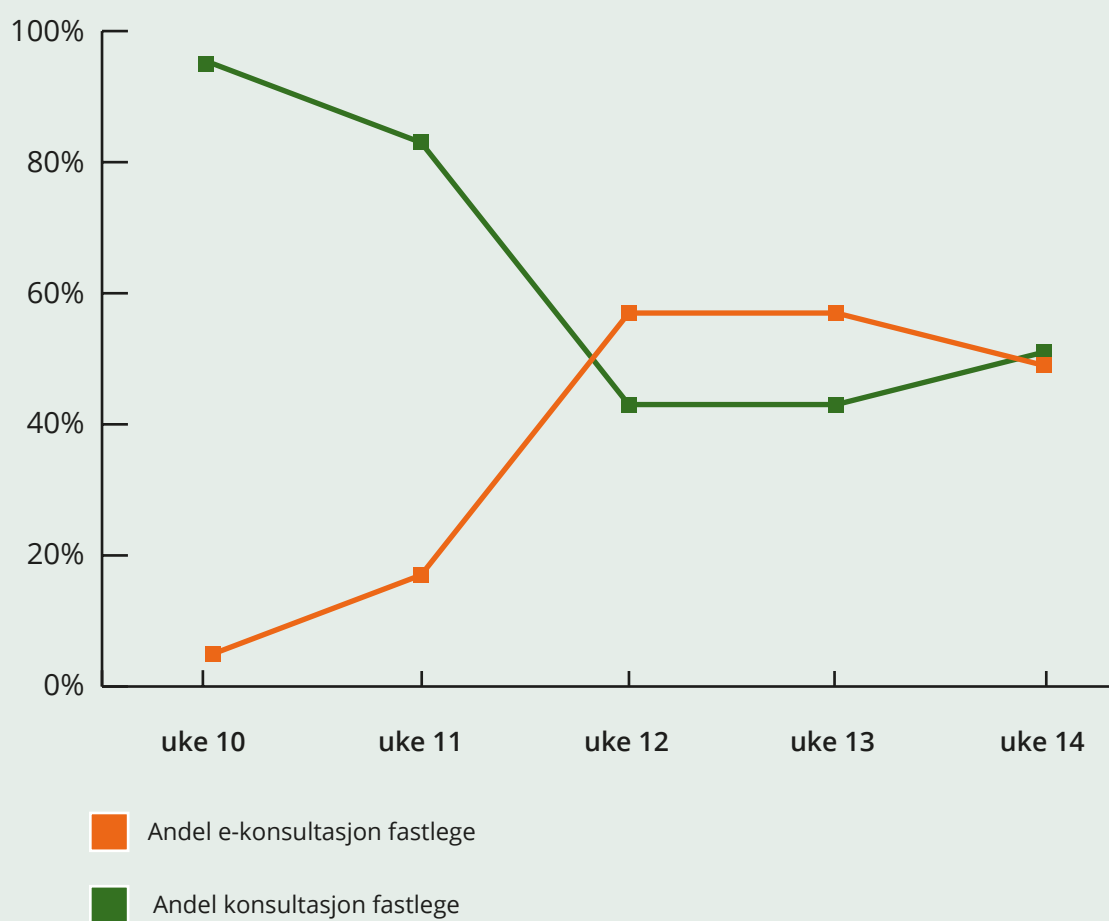
Regjeringen vil i det videre arbeidet prøve ut et triageringssystem for e-konsultasjoner hos fastlegene som bidrar til sikker prioritering av henvendelser og riktig bruk av fastlegens tid. Vi vil følge med på gevinster og effekter underveis.

Regjeringen vil også vurdere på hvilken måte e-konsultasjoner kan benyttes i sykemeldingsarbeidet. Arbeids- og sosialdepartementet vil i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet vurdere om e-konsultasjon skal godkjennes som grunnlag for å skrive sykmelding.



**Figur 7.**

Andel e-konsultasjoner i forbindelse med covid-19 utbruddet mars 2020\*



\* E-konsultasjon gjøres enten pr video eller tekst, men ble utvidet med telefonkonsultasjon i forbindelse med covid 19.

Kilde: KUHR



## Tiltak 17

### Regjeringen vil gi flere leger mulighet for lederutdanning

Systematisk, god og trygg ledelse i og av allmennlegetjenesten i kommunen er viktig for å sikre kvalitet i tjenestene og en effektiv ressursutnyttelse. Det er behov for å styrke ledelseskompetansen både for kommuneoverleger og for ledere av primærhelseteam/ gruppepraksiser. Vi vil derfor legge til rette for bedre ledelse ved fastlegekontor og i allmennlegetjenesten i kommunene.

God ledelse er en forutsetning for effektiv ressursutnyttelse. I midtveisevalueringen av pilotprosjekt primærhelseteam fremheves det at god ledelse er én av suksessfaktorene for at et primærhelseteam skal fungere godt.

Dagens lederutdanning for primærhelsetjenesten ved Handelshøyskolen BI vurderes som vellykket og attraktiv. Utdanningen skal legges ut på anbud og Helsedirektoratet forventer å inngå avtale med ny leverandør i løpet av året. Vi vil utvide antall plasser på den nye utdanningen. Kommuneleger og ledere av primærhelseteam vil få reservert plasser.

Utdanningen er imidlertid omfattende, med 30 studiepoeng, og krever et relativt stort fravær fra praksis. Det vil derfor bli anskaffet utvikling og gjennomføring av en tilrettelagt kortere utdanning rettet mot ledere av primærhelseteam og gruppepraksiser, men utdanningen vil også tilrettelegges for øvrige fastleger. Utdanningen skal være en kombinasjon av nettbaserte studier og samlinger. Grunnprinsippene skal være de samme i begge utdanningsløp.



**Slik gjør vi det**



Nå som handlingsplanen er lagt frem begynner det viktigste arbeidet – oppfølging og gjennomføring. Endringer kommer ikke av seg selv. Det er nødvendig med et apparat som sikrer at tiltak iverksettes. Det er også nødvendig å følge med på effekten av og evaluere tiltakene i handlingsplanen for å være sikker på at tiltakene virker etter hensikten. Det kan bli nødvendig å gjøre tilpasninger og justeringer, både i innretningen av tiltakene og i fordelingen av ressurser mellom dem.

Trepartssamarbeidet har vært viktig i arbeidet med handlingsplanen og vil også være det i arbeidet med gjennomføringen.

Noen av tiltakene som inngår i planen krever mer utredning. I tillegg vil det kunne bli behov for nye tiltak ut over dem som inngår i planen. Dette kan skyldes utviklingen i årene fremover. En annen årsak er at handlingsplanen, selv om den dekker hele allmennlegetjenesten, har en hovedvekt på fastlegeordningen. Det er der utfordringene er størst nå. Planen inneholder imidlertid også tiltak som angår andre deler av allmennlegetjenesten.

Enkelte av tiltakene i planen er i sin form tiltak som skal utvikles over tid. Det gjelder det nasjonale kvalitetssystemet og det gjelder flere av tiltakene på e-helsefeltet. Ikke minst gjelder det veien fremover med å utvikle en teambasert fastlegeordning. Både organisering, regulering, finansiering og fremdriftsplan krever mer utredning basert på evalueringen av piloten.

Det vil være behov for en planmessig understøttelse i gjennomføringsfasen.

Helsedirektoratet har som en sentral del av sin rolle et følge-med-ansvar for hele helse- og omsorgstjenesten, inkludert allmennlegetjenesten. Helsedirektoratet vil derfor være en naturlig og viktig del av et gjennomføringsapparat. En av de viktigste oppgavene for direktoratet vil være å innhente data for å beskrive status for og effekt av tiltakene. Helsedirektoratet må blant annet utvikle fastlegestatistikken, følge med på rekrutteringen til og stabiliteten i fastlegeordningen, fastlegenes arbeidsbelastning, legefordelingen, størrelsen på fastlegepraksiser, bruken av annet helsepersonell og merkantilt personell, inngåtte introduksjons- og ALIS-avtaler.

Samtidig vil Helsedirektoratet være ansvarlig for å gjennomføre flere av tiltakene. Det gjelder for eksempel det nasjonale kvalitetssystemet, å utvikle nye kvalitetsindikatorer, administrere ordningen med introduksjonsavtaler, yte tilskudd til og følge med på effekten av ALIS-avtaler, og ikke minst sørge for en aktiv bistand til og oppfølging av kommuner og fastlegepraksiser som deltar i piloten med primærhelseteam.

---

***– Trepartssamarbeidet har vært viktig i arbeidet med handlingsplanen, og vil også være det i gjennomføringen.***

Helsedirektoratet vil derfor ivareta sekretariatsfunksjonen for oppfølgings- og gjennomføringsapparatet. Gitt direktoratets faglige uavhengighet, må direktoratet selv vurdere hvordan dette best organiseres. Det er imidlertid naturlig at direktoratet, slik de vanligvis gjør, innhenter innspill fra både brukere og andre berørte, ikke minst kommunene, som har sørge-for-ansvar for tjenestene, og Legeforeningen. Også fylkesmenn, kompetansemiljøer og nyetablerte ALIS-kontor vil være aktuelle å spille på lag med.

Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for gjennomføringen av planen. Det innebærer at det er Helse- og omsorgsdepartementet som må fastsette en fremdriftsplan, prioritere mellom tiltakene på bakgrunn av budsjettvedtak og andre faktorer, følge opp utredninger,

vurdere behovet for nye utredninger og eventuelt justere eksisterende og vurdere nye tiltak. I dette arbeidet vil departementet videreføre det gode samarbeidet med partene gjennom trepartssamarbeidet. Helse- og omsorgsdepartementets arbeid vil bygge på råd fra Helsedirektoratet. Departementet vil ha behov for å hente inn råd fra praksisfeltet, kommunene og innbyggerne.

Det skal gjennomføres en ekstern evaluering av de endringene som det nå tas sikte på i fastlegeordningen og allmennlegetjenesten totalt sett. Dette bidrar til økt kunnskap om en tjeneste vi til nå har hatt lite data om og som det også er gjort lite forskning på. En ekstern evaluering vil bidra til økt legitimitet i gjennomføringsprosessen som vil pågå i planperioden.



Utgitt av:  
Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling av publikasjoner:  
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
[www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)  
Telefon: 22 24 00 00  
Publikasjoner er også tilgjengelige på  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Publikasjonskode: I-1198 B  
Design: Gjerholm Design  
Foto: Shutterstock, Colourbox og Øyvind Eide  
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
05/2020 – opplag 300

