



Til: Helse- og omsorgskomiteen
Høringsinnspill meld.st. 23 (2024-2025)

Oslo, 5. mai 2025

Høring - Meld. St. 23 (2024- 2025) Fornye, forsterke, forbedre: Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon som jobber med folkehelse, forskning på hjerte- og karsykdommer og demens, og er interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende.

Nasjonalforeningen for folkehelsen takker for anledningen til å gi innspill til stortingsmeldingen om framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Vi støtter regjeringens mål om å utvikle et helsefremmende samfunn der sykdom forebygges, og hvor befolkningen får tilgang til trygge, likeverdige og godt tilpassede helse- og omsorgstjenester uavhengig av bosted.

Norge står overfor betydelige demografiske endringer og en økende sykdomsbyrde i årene som kommer. Dette stiller nye krav til organisering, kompetanse og kapasitet i den kommunale helse- og omsorgssektoren. I dette høringsinnspillet løfter vi frem og kommenterer særlig de delene av stortingsmeldingen som er viktige for personer med demens og deres pårørende. Vi gir også innspill til de delene av stortingsmeldingen som angår forebyggende folkehelsearbeid i allmennlegetjenesten.

Økt kompetanse om demens

Det er i dag over 100 000 personer med demens i Norge og antallet er forventet nær doblet innen 2040. Befolkningsframskrivninger anslår at om lag fire prosent av den norske befolkningen vil ha en demensdiagnose i 2050. Dette er pasienter som i stor grad får sin oppfølging av kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastlegen. Regjeringen varsler i denne meldingen tiltak for å styrke kompetansen innen alders- og sykehjemsmedisin, særlig rettet mot personell som ivaretar hjemmeboende med store behov og beboere i institusjon. Når slike kompetansehevende tiltak skal utformes, er det avgjørende at demens får en sentral plass.

Nasjonalforeningen for folkehelsen får jevnlig henvendelser til vår demenslinje fra pårørende som opplever at fastleger er usikre på hvordan de skal møte og følge opp personer med demens, eller hvordan de skal utrede. Fastlegene har ansvar for å sette den endelige demensdiagnosen, men mange har ikke tilstrekkelig kompetanse til å gjøre dette. I en travel hverdag med mange pasienter er det heller ikke alltid mulig å prioritere, da demensutredning er en tidkrevende prosess. I noen tilfeller henvises pasienter direkte til hukommelsesteam for utredning eller til spesialisthelsetjenesten. Dette fører til økt belastning på hukommelsesteamene og



spesialisthelsetjenesten, og kunne i mange tilfeller vært håndtert av fastlegene, gitt at de hadde tilstrekkelig kompetanse og tid. For å lykkes med å nå regjeringens ambisjon om å tilby personsentrert omsorg, må det satses på kompetansehevende tiltak i alle ledd. Dette gjelder også blant helsepersonell i hjemmetjenesten. Det må legges til rette for målrettet opplæring innen demensomsorg for eksisterende helsepersonell, for eksempel gjennom Demensomsorgens ABC og undervisning om personsentrert omsorg, og i undervisning av fremtidig helsepersonell.

Det er også nødvendig med en særlig innsats for å styrke tjenestene til den samiske befolkningen og personer med minoritetsbakgrunn. Regjeringen peker selv på at for eldre innvandrere med demens, kan tillært språk bli borte, eller man kan få utfordringer med å uttrykke seg på majoritetsspråket. Dette kan føre til at utredninger blir mangelfulle eller at viktig informasjon går tapt dersom den som utreder har manglende forståelse av pasientens språk og kultur. Det er positivt at regjeringen adresserer denne problemstillingen og gir Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere tiltak for å øke kompetansen om blant annet mangfold i helse- og omsorgstjenesten. I denne vurderingen må de demografiske endringene i befolkningen og den økte forekomsten av demenssykdom tas med i betraktningen. Økt kompetanse om demenssykdom både blant majoritets- og minoritetsbefolkningen er svært viktig for å sikre trygge og likeverdige helsetjenester som er forberedt på fremtiden.

Regjeringen foreslår også å styrke opplæringen av personell i AMK- og legevaktsentraler, samt innføre kompetansehevende tiltak i ambulansetjenesten. En aldrende befolkning fører til økt kompleksitet og økt volum i henvendelsene til disse tjenestene. For å sikre riktige prioriteringer og adekvat respons, må opplæringen inkludere kunnskap om demens og akutt forvirringstilstand, også kalt delir. Rundt halvparten av pasienter med hoftebrudd opplever delir, og tilstanden er særlig vanlig blant personer med demens. Selv blant eldre personer uten demens, kan enkle infeksjoner som urinveisinfeksjon utløse delir. Dette går ofte over, men hos sårbare hjerner kan det forverre en begynnende demenssykdom. Tidlig gjenkjenning og intervensjon – allerede fra første kontakt med helsetjenesten – kan redusere komplikasjoner og forbedre pasientforløpet. Det er derfor viktig med tidlig screening for risiko for delir, slik at akuttmottak og videre pasientforløp kan tilpasses utsatte pasienter. Kortere ventetid og fysiske forhold, som å begrense mye støy og lys og mulighet til å dempe belysning, vil ha betydning. Økt kunnskap om delir blant førsterespondenter kan dermed sikre tryggere pasientforløp og samtidig forebygge utvikling av fremtidig demenssykdom.

Kvalitetsfremmende finansiering av allmennlegetjenesten

Regjeringen ønsker å tilgjengeliggjøre og styrke fastlegenes oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov. Det foreslås derfor å øke basistilskuddets andel av finansieringen med ti prosentpoeng og videreutvikle det pasienttilpassede basistilskuddet. Nasjonalforeningen for folkehelsen mener dette er fornuftige grep. Dagens finansieringsordning med høy andel aktivitetsbasert finansiering gir fastlegene insentiv til å ha mange korte konsultasjoner. Aktivitet som utløser høye takstinntekter per arbeidstime vil dermed kunne bli prioritert over annet pasientarbeid som gir lavere eller ingen takstinntekt, selv om det har større medisinsk faglig



nytte. Dagens ordning kan være gunstig for pasienter med enkle eller forbigående helseproblemer, men er dårlig tilpasset utviklingen av sykdomsbyrden i befolkningen. Demensutredning, som tidligere nevnt er tidkrevende, er ett eksempel på dette.

Redusert selvinnsikt i eget symptombilde og manglende initiativ er vanlige kjennetegn ved demenssykdom. Som konsekvens er mange med demens underretterspørrere av helsetjenester. De mottar også ofte flere tjenester fra ulike deler av helsevesenet. En fastlege som har tid og anledning til å bygge tillit, oppdage endringer i symptombildet og delta i tverrfaglige vurderinger, er nødvendig for å gi pasienten oppfølgingen som er nødvendig. Som regjeringen selv påpeker, er det kun direkte pasientrettede oppgaver som i dag utløser takst, samtidig som det blir stadig mer behov for at fastlegene deltar i oppgaver som ikke finansieres slik. Det økende behovet for tverrfaglig og helhetlig samarbeid krever derfor en finansieringsmodell som gjenspeiler dette. Økt andel basistilskudd vil dessuten redusere administrative oppgaver for fastlegen og frigjøre tid til pasientarbeid. De forespeilede endringene vil også kunne gi positive effekter for øvrige pasientgrupper ved å senke risikoen for overbehandling eller overforbruk av takstutløsende tiltak.

Regjeringen foreslår også endringer i modellen for pasienttilpasset basistilskudd. Modellen differensierer basistilskuddet som fastlegene mottar per pasient på sin liste, ut fra pasientens antatte behov for legetjenester og fastlegens forventede arbeidsmengde. Eldre og syke pasienter vil dermed utløse høyere tilskudd. Da ordningen ble innført i 2023 ble kun 50 prosent av basistilskuddet gjort pasienttilpasset, som et utjevnende tiltak overfor de fastlegene med færre ressurskrevende pasienter. Den resterende halvdel ble dermed videreført som et flatt tilskudd. Regjeringen vil nå fjerne denne dempingen. Dette er et fornuftig grep som vil sikre at leger med mange ressurskrevende pasienter får bedre økonomiske rammer for å følge dem tett opp og dermed også større insentiver til kontinuerlig og tverrfaglig behandling. Fordi basistilskuddet nå vil reflektere reell arbeidsmengde per listeinnbygger, vil det også medføre en mer rettferdig fordeling blant fastlegene.

De ovennevnte økonomiske virkemidlene vil kunne ha positive effekter for kommunenes mulighet til å styre allmennlegetjenesten i tråd med demografiske endringer og lokale behov. Når sørge for-ansvaret og finansiering av tjenesten har vært delt mellom stat og kommune, har kommunenes handlingsrom til strategisk ledelse og helhetlig overblikk vært redusert. Samlet sett vil tiltakene i denne stortingsmeldingen ha positive konsekvenser for å skape en allmennlegetjeneste som reflekterer morgendagens behov og utfordringer.

Oppgavedeling og samhandling i kommunale helsetjenester

Regjeringen ønsker å utvikle en mer tverrfaglig og oppgavedelende allmennlegetjeneste som er tett integrert med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Som et første steg foreslås det å endre stønadsforskriften slik at det kan ytes refusjon for konsultasjoner delegert fra fastlege til sykepleier. Formålet er både å gi innbyggere et bredere faglig tilbud i fastlegekontorene, og å avlaste fastlegen ved å ta i bruk tilgjengelige ressurser. Videre får Helsedirektoratet i oppdrag å bistå kommuner og fastleger i å utvikle fastlegekontor med flere helsepersonellgrupper og god



oppgavedeling, og det skal utredes hvordan pasientbehandling utført av øvrige personellgrupper bør finansieres. Dette er et godt utgangspunkt, men vi skulle gjerne sett at regjeringen i større grad videreførte elementer fra ordningen med primærhelseteam (PHT).

Evalueringen av disse prosjektene, hvor fastleger, helsesekretærer og sykepleiere samarbeider, viser blant annet at helsepersonellet som deltok i pilotprosjektet ville fortsette, at det bidro til økt trivsel i arbeidshverdagen og at det bedret oppfølgingen av pasienter med sammensatte behov, i tillegg til bedre samhandling med hjemmetjenestene. I det videre arbeidet, blant annet med den varslede utredningen, bør det vurderes å i større grad spille videre på erfaringene herfra. Vi mener også regjeringen bør se til erfaringene fra Tørn-prosjektet, hvor nye organisasjons- og arbeidstidsmodeller har gitt bedre forutsigbarhet for både ansatte og brukere, og bidratt til bedre oppgavedeling. Disse prosjektene kan og bør være et ledd i regjeringens videre arbeid med å sikre bærekraftige tjenesten gjennom faglig omstilling og innovative løsninger.

Boformer i institusjon, herunder sykehjem, skal ha en lege som har ansvar for medisinsk behandling til denne pasientgruppen. Som stortingsmeldingen påpeker, er det en utfordring at det er delvis store rekrutteringsproblemer og gjennomtrekk blant sykehjemslegene, som fører til mindre kontinuitet i behandlingen. Derfor ønsker regjeringen blant annet å styrke kompetansekravene for leger i kommunale helsetjenester. Dette er viktig, men det hadde vært ønskelig at stortingsmeldingen også inneholdt konkrete tiltak for å redusere lederspennet i kommunal helse- og omsorgssektor. Eksempler på dette er digitale løsninger som sikrer bedre informasjonsflyt i tjenestene, eller økt bruk av faste team. Dette er avgjørende både for å kunne drive strategisk planarbeid, men også for arbeidsmiljø og den psykologiske tryggheten til helsepersonellet.

Ledere i sykehjem og i hjemmetjeneste er blant dem med størst ledespenn, med en median på henholdsvis 93 og 59. Dette gjør at mye av ledernes tid går til administrative oppgaver, mens muligheten til å drive faglig og strategisk ledelse er begrenset. Sykehjem sliter ofte med lav grunnbemanning, rekrutteringsvansker og høy vikarbruk. Dette medfører at mye av ledernes tid går til å fylle vaktlister fremfor faglig ledelse. Redusert lederspenn vil også kunne bidra til bedre muligheter for ansattes faglige utvikling, etisk refleksjon og dilemmatrening. Dette kan igjen bidra til å redusere den psykososiale belastningen mye helsepersonell opplever i sin hverdag, og vil dermed kunne føre til mindre gjennomtrekk. Vi etterlyser derfor flere tiltak for å redusere lederspennet i sykehjem så vel som i de hjemmebaserte tjenestene. En slik satsning vil kunne bidra til å bedre samhandlingen på tvers av kommunale helsetjenester og føre til mer formålstjenlig oppgavedeling.

Organisering av fastlegekontorene

Vi støtter vurderingen om at dagens modell med individuelle fastlegeavtaler gir begrensede muligheter for kommunene til å drive strategisk utvikling og ledelse av allmennlegeordningen. Samtidig er vi positive til at regjeringen avviser en modell basert på fastlegeselskaper, som kunne åpnet for økt innslag av kommersielle aktører. Ved utredning av nye modeller må hensynet til tverrfaglig samarbeid og klar ledelsesstruktur stå sentralt. En tydelig ledelse ved



fastlegekontorene er avgjørende for å fremme samhandling og utvikling – både internt og i møte med andre kommunale tjenester.

Det er særlig behov for bedre koordinering av tjenestene til personer med demens, slik at behov blir kartlagt på riktig måte og at fastlegene, vedtakskontor og hjemmetjenesten deler en felles situasjonsforståelse. En slik tilnærming vil styrke pasientsikkerheten og bidra til at flere kan bo hjemme lengre. Der det er mulig, kan samlokalisering med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester vurderes som et virkemiddel for å styrke samhandling og integrering.

Folkehelsearbeid i allmennlegetjenesten

Det er bra at stortingsmeldingen ser på mulighetene for å styrke allmennlegens rolle i folkehelsearbeidet. Det er store sosiale ulikheter i helse, da særlig i de ikke-smittsomme sykdommene, som utgjør nær 90 prosent av den nasjonale sykdomsbyrden. Dette er sykdommer som i stor grad påvirkes av risikofaktorer som kan forebygges. Sykdommene er ulike, men de har til felles at de har en sterk sosioøkonomisk slagside og påvirkes av miljø, levekår og levevaner, der usunt kosthold, røyking, alkohol og inaktivitet utgjør viktige risikofaktorer. Dette er også risikofaktorer for demens. Nasjonalforeningen for folkehelsen utarbeidet i 2024 en rapport sammen med forskere fra OsloMet, der vi fant at for både kvinner og menn har tidelen med lavest inntekt omtrent fem ganger så høy sannsynlighet for å dø for tidlig av sykdommer som kan forebygges eller behandles, sammenlignet med den rikeste tidelen. Samtidig er det nettopp gruppene med lavere utdannings- og inntektsnivå som bruker allmennlegen i størst grad. Det er med andre ord gode muligheter for å arbeide forebyggende her.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å se på hvordan ordningen med grønn resept kan følges opp bedre, og hvordan fastleger enklere kan bruke taksten livsstilsintervensjon. Her mener vi det er viktig å løfte blikket, for når man snakker om fysisk aktivitet som medisin snakker vi om behandling av de som allerede er syke eller i høy risiko for sykdom, for befolkningen som helhet er det primærforebygging som er det mest effektive for å unngå at man havner i en situasjon som fører til skadelig inaktivitet. Gruppen som allerede er i høy risiko er svært sammensatt, og det finnes mange som har andre belastninger i livet. Bak det som ser ut som en isolert utfordring med overvekt eller inaktivitet kan det ofte ligge andre utfordringer som ensomhet, økonomiske eller sosiale bekymringer. For denne gruppen holder det ikke med enkle oppfordringer til trening eller statsfinansiert medlemskap på treningssenter – de trenger tverrfaglig og god oppfølging for å endre sine levevaner. Vi mener derfor det er behov for en styrking av frisklivssentralene. Frisklivssentralene er ikke ment å være et lavterskeltilbud for alle, men et tilbud for å få til varige endringer i livet. Ambisjonen om at regjeringen vil tilrettelegge for bedre og enklere informasjon om alt fra frisklivs-, lærings-, og mestringstilbud og pasient- og pårørendeopplæring, både overfor innbyggere og fastlegen er god. Der disse tilbudene eksisterer, må de gjøres kjent så terskelen er lav for å ta dem i bruk. Det er i tillegg gode nyheter at regjeringen vil gjøre allmennlegetjenesten og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste bedre kjent med de nasjonale anbefalingene om fysisk aktivitet og aktivitetshåndboken. Det er imidlertid viktig at disse tiltakene ikke blir en hvilepute eller at ansvaret for egen helse i for stor grad skyves på den enkelte. Selv om økt kunnskap og kompetanse både til befolkningen og helsepersonell er gode



grep for å styrke folkehelsearbeidet, er det viktig at det kommer på plass strukturelle og befolkningsrettede tiltak som ser sosial ulikhet i helse i et livsløp – fra barndom, utdanning, miljø og økonomiske virkemidler.

På vegne av Nasjonalforeningen for folkehelsen

Bo Gleditsch
generalsekretær

Silje Bakken
Politisk rådgiver