

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030
Oslo

Deres ref.: 25/1997

Vår ref: HSAK202500542

Dato: 5-06-2025

Høringsuttalelse - forskrift om forsøk med nettlege i allmennlegetjenesten

Legeforeningen takker for muligheten til å uttale oss om nettlegeforsøket.

Vi viser til våre tilbakemeldinger i trepartssamarbeidet og de mange kritiske medieuttalelser fra Legeforeningens representanter over hele landet.

Legeforeningen anser at dette tiltaket er uhensiktsmessig og ikke bør gjennomføres. Våre hovedinnvendinger er

- Forsøket undergraver en av fastlegeordningens grunnstener – den varige relasjonen mellom pasienten og den faste legen.
- Forsøket undergraver prioriteringen som gjøres i fastlegekontorene og som sikrer at helsehjelpen gis til dem som trenger det mest, og tidligst til dem det haster mest med.
- Forsøket legger opp til å styre henvendelser i retning av leger uten listeansvar, journaltilgang eller forpliktelse til videre oppfølging, hvilket vil føre til fragmenterte, parallelle tjenester.
- Forsøket undergraver legevakten, fordi den visker ut forskjellen på akutt nødvendig helsehjelp og generelt medisinsk servicetilbud. Forsøket forbruker allmennlegenes kveldsarbeidstid til ikke-presserende oppgaver i stedet for til legevakt, som er allmennlegetjenestens prioriterte tjenester utenom arbeidstid.
- I en tid med sterkt press på kapasitet og ventetider er det sterkt problematisk at man velger å innføre et nytt tiltak som etter all sannsynlighet vil drive etterspørsel og aktivitet opp, både i sykehus og i fastlegeordningen.
- Ressursene som går til forsøket, burde heller vært brukt på å utvikle fastlegeordningen og dens digitale tilgjengelighet.
- Nettlegeforsøket har allerede ført til at forbedringsarbeidet i HelseNorge-portalen, finansiert av EPJ-løftet, har blitt utsatt i ukjent tid. Dette bekrefter allerede nå hvordan et velment forsøk kan virke ødeleggende på grunnstenene i norsk allmennlegetjeneste.
- Det er liten grunn til å gjøre nye forsøk med nettleger i Norge når internasjonal dokumentasjon viser store bivirkninger og få gevinster.

Best allmennmedisinsk tilbud med en fast lege

Allmennlegetjenesten må fortsatt baseres på prinsippene om personlig ansvar, kontinuitet og helhetlig oppfølging. Et sentralt prinsipp i norsk allmennmedisin har vært den faste relasjonen mellom lege og pasient over tid. En fersk studie har sågar vist redusert dødelighet

og redusert behov for sykehusinnleggelse hos pasienter som har hatt samme faste lege i mange år.¹

De kliniske problemstillingene som foreslås håndtert av nettlegene løses best ved å sikre god kapasitet i fastlegeordningen. Selv om det er noe øket rekruttering av leger til fastlegeordningen er det fortsatt mange i Norge som ikke har tilgang til en fast lege, og dette vil gi økte ventetider. Når regjeringen prioriterer nye midler på statsbudsjettet burde dette vært benyttet til å øke kapasiteten i fastlegeordningen, herunder sikre god og rettferdig finansiering og forhindre at forespørselen fra friske og ressurssterke personer ikke fortrenger oppmerksomheten fra syke og ressursvake. Risikoen ved ugjennomtenkt innføring av digitale tilbud er godt beskrevet også av britiske forskere.²

Fastlegeordningen er digitalt tilgjengelig – men pasientene foretrekker fysisk konsultasjon

Allerede i 2018 [tilbød 93 prosent av fastlegene elektronisk timebestilling](#).³ Digitale konsultasjoner har økt siden 2019, spesielt under koronapandemien. I en [nordisk undersøkelse fra 2023](#) rapporterte 79 prosent av nordmenn digital kontakt med fastlegen (til sammenligning var tallet 77 prosent i Danmark og 65 prosent i Sverige).⁴

[Forskning viser](#) at digitale konsultasjoner fungerer best innen rammen av en etablert lege-pasient-relasjon der fastlegen kjenner pasienten, og gjerne også problemstillingen, fra før.⁵

Ifølge Helsedirektoratets innbyggerundersøkelse fra 2024, figur 3.13, er det hele 71% av innbyggerne som ønsker seg fysisk konsultasjoner fremfor andre formater for konsultasjon, og dette er femte året med stabile resultater på dette spørsmålet.⁶

Av de som hadde hatt digital konsultasjon svarte hele 17% at det var behov for fysisk konsultasjon etter en digital, figur 3.10.6.⁶ Nesten 1 av 5 av fastlegenes digitale konsultasjoner måtte altså gjennomføres en gang til fysisk. For nettlegene, som har dårligere forutsetninger for å løse problemet, vil antagelig andelen bli høyere.

I figur 3.7 svarer hele 72% av pasientene at det var nødvendig med en fysisk konsultasjon.⁶ Oppsummert viser resultatene fra innbyggerundersøkelsen at det er høy grad av digital

¹ Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice* 2022; 72 (715): e84-e90. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

² The impact of remote care approaches on continuity in primary care: a mixed-studies systematic review Emma Ladds, Maaedah Khan, Lucy Moore, Asli Kalin and Trish Greenhalgh *British Journal of General Practice* 2023; 73 (730): e374-e383. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2022.0398>

³ Digital modenhet ved norske fastlegekontor. [Lenke](#). Forbrukerrådet 2018

⁴ 2023:541 [A Nordic survey to monitor citizens use and experience with eHealth](#). Nordic Council of Ministers 2023.

⁵ Norberg BL, Austad B, Kristiansen E, Zanaboni P, Getz LO. The Dynamics of Doctor-Patient Communication During Remote Consultations: Qualitative Study Among Norwegian Contract General Practitioners. *J Med Internet Res* 2025;27:e57679. <https://doi.org/10.2196/57679>

⁶ Innbyggerundersøkelsen om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten 2024 – bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester. Helsedirektoratet 2024

modenhet blant pasientene, og at pasientene i liten grad har forventninger for ytterligere overgang til digitale konsultasjoner.

Legevakten er for alle – men ikke for alt

Legevakten skal tilby hjelp for alle typer helseproblemer som ikke kan vente til neste arbeidsdag.⁷ Allmennlegene bemanner legevakten og prioriterer basert på medisinsk hastegrad. I den grad legevakten skal tre inn ved tilstander som ikke haster må det være for å hjelpe den delen av befolkningen som ikke makter å benytte seg av dagtilbudet p.g.a. for eksempel sykdom, rus, språkutfordringer, eller manglende fastlege og egne ressurser. En norsk studie viste at god tilgjengelighet til fastlegen reduserte bruk av legevakt.⁸

Dersom helsetjenester som ikke haster skal tilbys som en vare ut fra etterspørsel vil dette vanne ut beredskapen og gjøre det vanskeligere å hjelpe dem som trenger det mest. Økt tilbud om helsetjenester vil medføre økt forbruk av helsetjenester.

Nettlegeforsøket baserer seg på et tilbud som skal brukes når time hos fastlegen "ikke oppleves tilgjengelig". Dette er en ren etterspørselsbasert mekanisme, lite egnet til å fordele tjenester rettferdig i en populasjon. Helsetjenester må tilbys til dem som trenger det mest.

Fungerer digitale tjenester faktisk som en avlastning?

Det er ikke vist at digitale tjenester, og spesielt ikke parallelle tilbud utenfor fastlegeordningen, avlastar fastlegene. Erfaringer fra bl.a. Sverige tyder på det motsatte. I Sverige ble det i 2015 opprettet en ordning med digitale allmennlegekonsultasjoner i form av såkalte webvårdcentraler som pasientene kunne benytte basert på egen vurdering av behovet. Den vanligste diagnosen i [en stor gjennomgang av primærhelsetjenesten](#) var "Virussykdom uten lokalisasjon" – som regel skyldes dette forkjølelse.⁹

[En undersøkelse fra 2019](#) viste at brukere av nettbaserte helsetjenester i Region Skåne kontaktet tradisjonelle helsetjenester i større grad enn personer som ikke brukte digitale helsetjenester, altså et høyere forbruk.¹⁰ Tilgangen på nettleger er god, men ikke alle pasientgrupper opplever tilgangen på helsetjenester forbedret takket være nettleger. Det viser bl.a. [en doktorgradsavhandling fra 2021](#).¹¹ Systemet er innrettet mot at pasienten skal få behandling når hun etterspør det snarere enn når hun trenger det. Dette har skapt en etisk og normativ ambivalens i helsetjenestenes oppdrag. Nettleger er godt rustet for en

⁷ En legevakt for alle, men ikke for alt. Legeforeningens innspillsrapport for en bedre legevakt. Den norske legeforening, 2015

⁸ Halvorsen I, Meland E, Bærheim A. Bruk av legevakt før og etter fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforen 2007 127: 15-7

⁹ Primärvård i Sverige Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar 2024 [Kostnaderna för digital vård utanför egna regionen ökar | SKR](#)

¹⁰ Ellegård LM, Kjellsson G. Nätvårdsanvändare i Skåne kontaktade oftare vårdcentral. Läkartidningen. 2019;116.

¹¹ Bergwall, P. (2021). Exploring Paths of Justice in the Digital Healthcare: A Socio-Legal Study of Swedish Online Doctors. [Doctoral Thesis (monograph), Department of Sociology of Law]. Department of Sociology of Law, Lund University

helsetjeneste som har blitt stadig mer forbrukerdrevet – men en slik helsetjeneste er ikke bærekraftig for samfunnet.

Prioritering

I en tid med ressursutfordringer der riktig bruk og prioritering blir stadig viktigere vil forsøket undergrave nettopp dette. Regjeringens forslag består i en parallell ordning til fastlegeordningen og legevaktsordningen. Publikum vil møte "engangsleger" som ikke har kjennskap til dem, sykehistorien og tilgjengelige ressurser. Det inviterer til overdiagnostikk og overforbruk av helsetjenester, som vil få betydning ikke bare for fastlegene, men også for spesialisthelsetjenesten. Tall fra Sverige indikerer at digitale konsultasjoner først og fremst benyttes i byene og særlig i aldersgruppene under 4 år og ca. 18-40 år.¹² Befolkning i rurale strøk og med lav sosioøkonomisk status benytter tjenestene mindre enn andre¹³. Også undersøkelser fra USA viser at digitale tjenester i liten grad når frem til populasjonen med størst behov.^{14,15} Nettlegeselskap har sågar annonsert og oppfordret allmennheten til å oppsøke lege for lettere sykdom som forkjølelse, en utvikling som kan true helsetjenestens bærekraft og hindre tilgang for dem som trenger helsehjelp.

Det er altså dokumentert risiko for forskyvning av ressursbruk fra syke til friske personer, og for at begge grupper opplever dårligere kvalitet enn i dag. De friske vil motta digitale tjenester i stedet for tradisjonelle, kontinuerlige tjenester. De syke som ikke er gode digitale etterspørre vil oppleve at rekruttering og kapasitet i den tradisjonelle allmennlegetjenesten svekkes, fordi ressurser går til nettlegetilbud.

Legeforeningen forstår nettlegeforsøket som et forsøk på å ta opp konkurransen med allerede etablerte helprivate nettlegetjenester. Disse tjenestene er allerede sterkt kritisert blant fagfolk, og å bekjempe dem ved å etablere tilsvarende tilbud i offentlig regi er ikke hensiktsmessig. Kunnskapen man ønsker å fremskaffe vil i stor grad allerede finnes i erfaringene gjort i andre land og i norske helprivate tilbud. Dersom det offentlige etablerer lavterskeltilbud med liten medisinsk verdi vil dette neppe utkonkurrere private tilbydere, men tvert imot understøtte det uheldige budskapet til befolkningen at mer tjenester og høyere tilgjengelighet alltid er et gode. Det budskapet er feil, og vil undergrave vår felles helsetjeneste.

Faglig forsvarlighet, tilgjengelig og kontinuitet

¹² SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv. Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning. Delbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård. Stockholm: Socialdepartementet; 2018.

¹³ Ekman B, Thulesius H, Wilkens J, et al. Utilization of digital primary care in Sweden: descriptive analysis of claims data on demographics, socioeconomics, and diagnoses. *Int J Med Inform.* 2019;127:134-40.

¹⁴ Park J, Erikson C, Han X, et al. Are state telehealth policies associated with the use of telehealth services among underserved populations? *Health Aff (Millwood).* 2018;37(12):2060-8

¹⁵ Uscher-Pines L, Mulcahy A, Cowling D, et al. Access and quality of care in direct-to-consumer telemedicine. *Telemed J E Health.* 2016;22(4):282-7.

Mange pasienter vil ikke få løst sine behov gjennom nettlegeforsøket. Under pandemien ble videokonsultasjon benyttet i massivt omfang. Erfaringene på landets legekontor er at video kan ha en plass i enkelte saker, men svært mange problemstillinger må løses ved fysisk undersøkelse. Saker som ikke krever undersøkelse, kan i mange tilfeller løses like godt per telefon som per video. Disse erfaringene er medvirkende til at omfanget av videokonsultasjoner ikke har blitt liggende på et vedvarende høyt nivå, men i mange tilfeller utkonkurreres av telefonkontakt og fysiske konsultasjoner. Legenes erfaringer er i så måte i tråd med pasientenes erfaringer fra Helsedirektoratets innbyggerundersøkelse.⁶

I [tilsynsmeldingen i 2022](#) omtaler Statens Helsetilsyn begrensningene ved digitale helsetjenester på en balansert måte: ¹⁶

"Helsetilsynet anerkjenner at digitale legetjenester fra et pasient- og forbrukerperspektiv kan framstå som attraktive, lett tilgjengelige og en god løsning for å få legehjelp når det passer den enkelte. Likevel er det etter vår oppfatning flere problematiske sider ved de digitale legetjenestene som noen av de private aktørene tilbyr."

Helsetilsynet skriver videre: *"For mange problemstillinger vil det ikke være mulig å gi forsvarlig helsehjelp uten fysisk konsultasjon, for eksempel når man har behov for klinisk undersøkelse av pasienten for å stille korrekt diagnose. E-konsultasjoner kan fungere godt og være forsvarlig for utvalgte pasienter og ved utvalgte problemstillinger, men bør etter vårt syn primært brukes når lege-pasientforholdet er etablert, dvs. når legen kjenner pasienten fra før eller i det minste har tilgang til pasientens journal."*

Medisinsk risiko og lave kompetansekrav

Legeforeningen stiller seg uforstående til at man stiller lavere kompetansekrav til en nettlegetjeneste enn til øvrige allmennlegetjenester i kommunene. Det legges opp til at man skal kunne få nettlegejobb rett etter LIS1-tjeneste, med liten erfaring, uten veiledning fra erfarne leger og kanskje uten et faglig miljø. Leger med lav kompetanse bør ikke arbeide i nett-tjenester, men inngå i et spesialiseringsforløp i kommunen og bli del av en fremtidig kompetent og robust allmenntjeneste.

Legeforeningen mener at digitale konsultasjoner uten pasientkontakt og journaltilgang krever spesielt høy faglig kompetanse og erfaring. Risikoen for feilvurderinger og unødvendige henvisninger øker betydelig dersom legen ikke har lang klinisk erfaring, og selv dette vil ikke sikkert være tilstrekkelig for å redusere risiko til samme nivå som for fysiske konsultasjoner.

Manglende redegjørelse for økonomisk forsvarlighet

Legeforeningen kan ikke se at den foreslåtte forsøksvirksomheten med kommunal nettlege er "faglig og økonomisk vel underbygd", hvilket er et vilkår etter folketrygdloven § 25-13 første ledd. Forslaget mangler vurderinger av konsekvensene for fastlegeordningen, henvisningsrater, antibiotikabruk og pasientsikkerhet m.m. Risikoen er betydelig for at

¹⁶ Legetjenester på nett – en lettvinnt løsning? Tilsynsmeldingen 2022. Helsetilsynet, Oslo

tiltaket fører til merarbeid, lavere kvalitet på oppfølgingen og svekket kontinuitet. Vi kan ikke se at departementet har utredet konsekvensene for økonomiske og administrative kostnader (jf. § 1-4 i Utredningsinstruksen) som rettferdiggjør ressursbruken.

Dersom forsøket likevel gjennomføres forutsetter Legeforeningen at midlene som bevilges til kommunal nettlege også finansierer takstbruken, og at dette ikke tas fra den ordinære rammen som finansierer fastlegeordningen. Dersom normaltariffen skal finansiere konsultasjonene vil forsøket undergrave fastlegeordningen og legevakten også økonomisk. Den svenske nettlegeordningen har medført kostnadsøkning, overforbruk og omfordeling basert på etterspørsel uten samme prioritering som vårdcentralene praktiserer. Regionene, som har ansvaret for primærhelsetjenesten, refunderer nettlegeleverandørene. Fra 2015 til 2023 økte kostnaden for nettkonsultasjoner fra 0,8 til 2,2% av primærhelsetjenestens kostnader. Summen på 1,4 milliarder svenske kroner tilsvarer mer enn 30 vanlige vårdcentraler med kapasitet til drøyt 10 000 listepasienter hver.⁹

Et forsøk som dette bør benytte dedikerte takster, slik at man kan følge og evaluere ressursbruk best mulig, og pasientenes forbruk av helsetjenester må følges på tvers av virksomheter.

Nettlegene er tenkt å være tilgjengelige mellom 08.00 og 22.00. Med legevakts-takster vil egenandelen for pasientene variere ut fra om legen du rutes til er spesialist og når på døgnet du får tilbud om nettlegetime. Prisen vil da variere fra kr 179 til kr 357 for den samme tjenesten, uavhengig av når du bestilte timen.

I de siste års normaltarifforhandlinger for fastlegene har staten krevd en reduksjon av taksten for e-konsultasjon på kveldstid, og den ligger nå ca. kr 100 lavere enn legevakt. Det har trolig medvirket til at antallet e-konsultasjoner sank med ca. 30 % siste år. Det er et paradoks at regjeringen nå etablerer en høyere honorering for tilsvarende arbeid på kveldstid utført av "engangsleger" som har dårligere forutsetninger for å levere god kvalitet.

I utkastet til forskrift, merknad 3 vises det til kravene i folketrygdloven § 8-7 for å utløse sykmelding. Vi mener merknaden også må inneholde de kumulative vilkårene om at *pasienten skal være kjent for legen, diagnosen skal være kjent, legen kan vurdere pasientens arbeidsevne uten fysisk undersøkelse og at legen anser at det er faglig forsvarlig å gjennomføre konsultasjonen som en e-konsultasjon.*

Avgrensingen til pasienter med folkeregistrert adresse i pilotkommunene kan skape utfordringer fordi fastleger ofte har pasienter bosatt i flere kommuner, og det vil kunne føre til ulikt helsetilbud for pasienter på samme fastlegeliste. Mange innbyggere har fastlege i en annen kommune enn folkeregisteradressen. Det må også presiseres om personer uten fastlege, men med bostedsadresse i en pilotkommune, skal omfattes av tilbudet.

Helsenorge.no mangler viktig funksjonalitet fastlegene behøver

Videre er det tenkt at pasienten først skal forsøke å bestille time digitalt hos fastlege, men tilbys nettlege dersom tilbud om time er for langt frem i tid eller ikke passer. Det er viktig å understreke at grunnet manglende funksjonalitet på Helsenorge vil ofte fastlegekontoret ha flere ledige timer enn det som er synlig og digitalt tilgjengelig. Pasientene bør derfor ringe

eget legekontor, før de eventuelt rutes videre til nettlege. Vi ser også en utfordring med asynkrone e-konsultasjoner. Disse utløser gjerne en dialog frem og tilbake som vil strekke noe ut i tid. Man kan risikere at nettlegen går av vakt og en ny nettlege må overta en uavsluttet konsultasjon, noe som svekker både kvalitet og ansvarslinjer. Vi anbefaler derfor at forsøket begrenses til telefon- og videokonsultasjoner.

Alternative løsninger til nettlege

Legeforeningen mener at de som etterspør rask nettlege-tilgang først og fremst lider under manglende kapasitet i fastlegeordningen. Tiltakene burde derfor vært rettet mot å øke kapasiteten i fastlegeordningen, slik at tilgjengeligheten til egen fastlege bedres. Dette løses ved flere fastleger, kortere lister og bedre digitale løsninger på helsenorge.no. Det er for vanskelig for legekantorene å forvalte timeboken og sørge for at pasientene kan finne ledige hastetimer. Helsenorge.no må videreutvikles for å støtte fastlegekantorene i å øke tilgjengeligheten. Her har Legeforeningen kommet med en rekke konkrete innspill til Helsedirektoratet. Tilbakemeldingen er at det ikke finnes midler til dette og at alternativ bruk av nettlegemidlene til dette formålet ikke er aktuelt.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
Generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen
Avdelingsdirektør

Eirik Nikolai Arnesen
Seksjonssjef/lege