

Brev til Helseministeren i forbindelse med redningsaksjon for fastlegeordningen

Takk for gode og viktige signaler i regjeringsplattformen der dere blant annet skriver «Regjeringen vil styrke fastlegeordningen slik at rekruttering og stabil legedekning sikres i hele landet, blant annet gjennom å etablere nye rekrutteringshjemler, korte ned listelengden til fastlegene og øke basistilskuddet per innbygger»

Ved Universitetene i Tromsø, Trondheim, Oslo og Bergen er vi redde for at den norske fastlegeordningen skal gå overende. Vi som forsker og underviser i allmenntilleggsmedisin, et fag som er blitt en viktig grunnstein i norsk helsevesen de siste femti årene, ser at fastlegeordningen er noe av det beste samfunnet vårt har frembrakt på helsefeltet. Her skapes det mye helse per krone. Vi er overbevist om at HOD ønsker solid faglig og forskningsmessig forankring av politiske tiltak i tiden fremover. Som akademikere og allmenntilleggsmedisinske forskere og klinikere tillater vi oss derfor her å komme med informasjon og argumenter som vi tror kan komme til nytte i en redningsaksjon for fastlegeordningen.

I legeutdanningen er allmenntilleggsmedisin ett av de store fagene. Veiledet allmenntilleggsmedisinsk praksis er den viktigste øvingsarenaen hvor kommende leger kan utvikle en pasientsentrert legerolle og lære å lytte til folks behov. Faller fastlegeordningen sammen, er vi redde for at denne viktige læringsarenaen forvitrer. Det er dårlig nytt for alle som trenger hjelp for sykdom og helseplager nå og i fremtiden.

Vi stiller oss selvsagt tilgjengelig for ytterligere dialog med dere og vil gjerne supplere med bakgrunnsinformasjon og referanser til forskning bak påstandene.

Bergen, 25.10.2021

På vegne av de allmenntilleggsmedisinske miljøene ved Universitetet i Tromsø, Norges teknisk-naturfaglige universitet, Universitetet i Oslo og Universitet i Bergen:

Knut Eirik Ringheim Eliassen, Førsteamanuensis, Fagområde for allmenntilleggsmedisin, UiB. Fastlege, spesialist i allmenntilleggsmedisin, knut.eliasen@uib.no, 412 04 018 (*Kontaktperson*).

Anette Fosse, forsker, Leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, spesialist i allmenntilleggsmedisin, anette.fosse@uit.no, 916 22 312.

Torsten Risør, Førsteamanuensis, UiT Norges arktiske universitet, torsten.risor@uit.no, 930 38 549.

Bjarne Austad, Førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Fastlege, spesialist i allmenntilleggsmedisin bjarne.austad@ntnu.no, 990 29 992.

Håvard Skjellegrind, Førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Fastlege, spesialist i allmenntilleggsmedisin, havard.skjellegrind@ntnu.no, 996 94 786

Torunn Bjerve Eide, Postdoktor, Avdeling for Allmenntilleggsmedisin, UiO. Fastlege, spesialist i allmenntilleggsmedisin, t.b.eide@medisin.uio.no, 951 32 959.

Thomas Mildestvedt, Førsteamanuensis, Fagområdeleder allmenntilleggsmedisin, UiB. Fastlege, spesialist i allmenntilleggsmedisin, thomas.mildestvedt@uib.no, 997 42 658.

Øystein Hetlevik, Professor, UiB, Fagområde for allmenntilleggsmedisin, UiB. Fastlege, spesialist i allmenntilleggsmedisin, oystein.hetlevik@uib.no, 900 77 175.

Edvin Schei, Professor, Fagområde for allmenntilleggsmedisin, UiB. Spesialist i allmenntilleggsmedisin, edvin.schei@uib.no, 974 13 790.

KORTVERSJON

Fastlegeordningen er basert på kunnskapen om at kontinuitet gir kvalitet, effektivitet og bedre helse. Kontinuitet for alle kan bare oppnås gjennom en fastlegeordning som rekrutterer og stabiliserer fastleger i hele landet.

Hva er fastlegen?

- Fastlegens kjennskap til pasienten over tid bygger et særegent, persontilpasset fundament for gode kliniske vurderinger. *Fastlegen er garantist for individualisert medisin!*
- Fastlegen håndterer 9 av 10 problemstillinger uten videre henvisning. Spesialisthelsetjenesten vil oversvømmes om ikke fastlegene siler ut hvem som trenger hjelp der.
- Fastlegen har medisinsk kompetanse til å ivareta psykisk helse i alt fra vanskelige livshendelser til alvorlig psykisk sykdom.
- Fastlegen er bindeleddet mellom alle helseaktørene, og *samhandler* både på tvers av primærhelsetjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Gjør kloke valg!

Kampanjen «Kloke valg» fremhever at det i mange tilfeller er både trygt og klokt (og billig) både for pasient og helsevesen *ikke* å foreta ytterligere undersøkelser eller behandling. Et tillitsfullt forhold mellom fastlege og pasient basert på kontinuitet og kjennskap kan bidra til kloke valg.

Om private aktører

Tilbudet av helprivate helseaktører er økende i Norge. Erfaring fra Sverige har vist at økt bruk av helprivate legetjenester ikke gir avlastning for fastlegene. Selv om man kunne tro at et tilleggstilbud av private tjenester samlet sett ga en bedre helsetjeneste, så er det god evidens for at dette faktisk *øker sosial ulikhet*.

Å styrke primærhelsetjenesten gir mest helsetjenester for pengene

Forskning viser at styrking av primærhelsetjenesten er den beste og billigste måten å sikre et best mulig helsevesen for alle innbyggere.

Eldrebolegen, tverrfaglighet og multimorbiditet

En av fastlegens kjernekompetanser er å håndtere multisyke pasienter. Dette krever kontinuitet, bred medisinsk kunnskap, beslutningskompetanse og fleksible organisatoriske rammer. Diagnosespesifikke team kan ikke ivareta kompleksiteten og helheten. Fastlegen samarbeider bredt med andre fagfolk og har den *medisinskfaglige* beslutningskompetansen både i teamarbeid og i andre former for samarbeid.

Rekruttering og bevaring

Rekruttering av nye leger og stabilisering av etablerte fastleger er avgjørende for en velfungerende primærhelsetjeneste. Gode og omfattende allmennmedisinske praksiserfaringer for legestudenter danner grunnlag for valg av karrierevei. Fastleger som kan formidle gode erfaringer fra fastlegejobben til unge kolleger bidrar til rekruttering. Gjennomtenkte ordninger for allmennleger i spesialisering (ALIS) kan gi god spesialistutdanning og samtidig nødvendig avlastning for overarbeidede fastleger.

Utdanning

Vi har i dag utfordringer med å skaffe praksisplasser til legestudenter ved norske universitet fordi fastlegekontorene mangler kapasitet både på veiledere og kontorlokaler.

Rammebetingelser

Løsningen på utfordringene i fastlegeordningen er rammebetingelser som tillater kortere pasientlister og færre arbeidstimer uten å frata fastlegene økonomisk trygghet. En kontinuerlig videreutvikling av faget allmennmedisin krever rammebetingelser som *gjør* at flere leger kan og vil velge kombinasjonen av forskning, undervisning og fastlegevirksomhet.

FULLVERSJON

Hovedbudskap

En godt utbygd og robust primærhelsetjeneste er avgjørende for å gi god helsehjelp til befolkningen og må være hjørnesteinen i helsetjenesten i Norge.

1. Det er dokumentert at en sterk primærhelsetjeneste gir mest helsetjenester for pengene, bedre helse i befolkningen og motvirker sosial ulikhet.
2. Kontinuitet mellom lege og pasient er avgjørende for å gi best mulig helsehjelp.
3. Handlingsplanen fra den forrige regjeringen (1) har pekt på noen viktige rammebetingelser som gjør det attraktivt å jobbe som fastlege, men foreløpig har dette ikke ført til noe endring som merkes i praksis.
4. Handlingsplanen mangler styrking av allmenntilleggsforskning samt styrking av allmenntilleggsmedisin i medisinstudiet og veiledning av legestudenter.
5. Når departementet nå skal jobbe videre med å gjennomføre redningsaksjonen for fastlegeordningen er det nødvendig å ha en klar beskrivelse av fastlegens funksjon i helsevesenet, og hvilke oppgaver og ansvar det innebærer.

Bakgrunn

Da fastlegeordningen ble innført i 2001 var ordningen basert på faglige argumenter. En allmennlege i første linje med bred klinisk kompetanse skulle koordinere pasientens bruk av helsetjenester og sikre kontinuitet i oppfølgingen. Fastlegen skulle også være portåpner til spesialisthelsetjenester når det var nødvendig. Dette var en dokumentert effektiv måte for organisering av primærhelsetjenesten. Videre var det en sikring av pasientrettigheter ved at fastlegen fikk et ansvar for å tilby tjenester til en definert populasjon og alle innbyggerne hadde én lege der de kunne forvente å få hjelp.

Kunnskapen som lå bak fastlegeordningen, er fortsatt gyldig og bør ligge som et fundament ved en videreutvikling av ordningen. Befolkningen har fortsatt stor tillit til fastlegen, til tross for utfordringer i tjenesten.

Ideen om å sette allmenntilleggsmedisinen i et system som kunne fremme kontinuiteten mellom pasient og lege vokste frem fra faget selv, fordi slik organisering kunne gi best pasientbehandling, best forvaltning av ressursene i helsetjenesten og best faglig innhold (2).

Siden oppstarten av fastlegeordningen har det skjedd en utvikling i retning av en mer funksjonsdelt og fragmentert primærhelsetjeneste. Vi kan nevne utbygging av jordmortjeneste og kommunale tilbud for psykisk helse. Fysioterapeuter har fått en friere stilling uten henvisningsordninger og apotekene er på vei inn som aktiv helsetjenesteyter med tilbud om vaksinasjon og annen rådgivning. Flere av disse faggruppene fungerer nå også som portåpnere til spesialisthelsetjenester. Dette er styrte endringer som påvirker fastlegens rolle med hensyn til koordinering og kontinuitet. Endringene bidrar til usikkerhet om hvilken rolle fastlegen er tiltenkt fremover.

Når departementet nå skal utarbeide en redningsaksjon for fastlegeordningen er det nødvendig å definere fastlegens funksjon i helsevesenet, og hvilke oppgaver og ansvar det innebærer.

Gjennom årene har arbeidsmengden til fastlegene økt betraktelig, selv om antallet pasienter per lege har gått ned. Dette skyldes flere forhold, deriblant at befolkningen er blitt eldre og sykere og at medisinsk teknologi gir flere utrednings- og behandlingsmuligheter. I tillegg har kravene og forventningene fra pasientene, myndighetene og andre samarbeidspartnere økt. Ikke minst har

samhandlingsreformen ført til overføring av oppgaver fra sykehusene og økt ansvar for fastlegene uten tilføring av midler og uten avlastning fra andre oppgaver. Det er flere yngre og flere friske som bruker fastlegen – flere konsultasjoner som handler om bekymring for sykdom, forebygging, sykemeldinger og helseattester. Flere henvendelser fra forholdsvis friske folk kan være godt begrunnet, men likevel gi mindre tid til de sykeste og svakeste.

I 2020 gjennomførte de nærmere 5000 norske fastlegene 15.5 millioner konsultasjoner og 71.000 hjemmebesøk. Legevakten, stort sett bemannet med de samme fastlegene, kommer på toppen med 1,3 millioner konsultasjoner og 45.000 sykebesøk (3). Fastlegen bidrar sterkt når det gjelder psykisk helse. Ut fra oversikt over takstbruk fra HELFO ble «samtaletterapi» brukt rundt 850.000 ganger. Ekstra tidstakst brukes i mer enn 40 % av alle konsultasjoner, antakelig fordi pasientene kommer til fastlegen med flere og sammensatte helseproblemer. Det siste halvannet året har vært spesielt for fastleger som for andre med tilpasninger til pandemi. Fastlegene tilpasset seg raskt til de stadige nye arbeidsbetingelser ved å ta i bruk elektroniske konsultasjoner med ulike metoder, bidra aktiv i kommunal beredskap og i vaksinerings. Fastlegene viste seg også her å utgjøre en helsetjeneste med god omstillingsevne tross stor arbeidsbelastning både i forkant av og under pandemien.

Fastlegene har også et viktig medansvar for å sikre akuttmedisinsk beredskap, ikke minst i distriktene. Det finnes ikke nok helikoptre og anestesileger til alle «røde responser», men det finnes enn så lenge nok allmennleger, og i 2020 viser takstbruk at disse rykket ut minst 9000 ganger (3). Rekrutteringsproblemene som nå sees over hele landet, er en trussel mot befolkningens trygghet når det haster som mest.

Både gode akuttmedisinske tjenester og den viktige langsgående kontinuiteten kan best oppnås gjennom en fastlegeordning som rekrutterer og stabiliserer fastleger i hele landet. Forskning viser at flere ulike måter å organisere ordningen på er nødvendig for å tilpasses ulike utfordringer i urbane og rurale strøk (4).

Kjerneverdiene i allmennpraksis er presentert på neste side og består kort fortalt av

1. Kontinuitet
2. Unngå overbehandling
3. Prioritere de som trenger det mest
4. Personsentrert medisin
5. Utdanning, forskning og kvalitetsforbedring
6. Belastninger gir mer sykdom
7. Jobbe på tvers av profesjonene

I det følgende har vi forsøkt å strukturere beskrivelse av fastlegen og allmennpraksis etter disse kjerneverdiene (5). Kort fortalt er den allmennmedisinske kjernekompetansen (6, 7):

- *individrettet diagnostikk, behandling, oppfølging og forebygging*
- *av usorterte, vanlige og komplekse tilstander, inkludert multisykdom*
- *i rammen av et langvarig lege-pasient-forhold*
- *som forholder seg til nærmiljø, samfunn og kultur*

Denne kompetansen er det vanskelig å legge ut på anbud!

CORE VALUES AND PRINCIPLES OF NORDIC GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE



1. We promote continuity of doctor-patient relationships as a central organising principle.

The doctor-patient relationship is based on personal involvement and confidentiality. Continuity of care helps build mutual trust and enable high-quality person-centred care.

2. We provide timely diagnosis and avoid unnecessary tests and overtreatment. Disease prevention and health promotion are integrated into our daily activities.

We care for our patients throughout their lives, tending to them through disease and suffering while encouraging progress toward health. We help patients understand their own health – to confront and manage their limitations, improve and maintain their well-being.

Overexamination, overdiagnosis, and overtreatment can harm patients, consume resources and indirectly lead to harmful underdiagnosis and undertreatment elsewhere. When equally effective interventions are available, we choose those that cost less.

3. We prioritise those whose needs for healthcare are greatest.

We aim to minimise inequalities in how health services are provided. We organise our practices to devote the most time and effort to those whose needs for treatment and support are greatest.

4. We practice person-centred medicine, emphasising dialogue, context, and the best evidence available.

We engage professionally with our patients' current life situations, biographical stories, beliefs, worries, and hopes. This helps us to recognise the links between social factors and sickness, and to deepen our understanding of how life and life events leave their imprint on the human body. We promote patients' capacity to make use of their individual and communal resources.

To safeguard our long-term resilience as caregivers, we attend to our own well-being.

5. We remain committed to education, research, and quality development.

We engage actively in the training of our future colleagues. We implement and promote research that is suited to the knowledge needs of General Practice/Family Medicine. We take a constructively critical view of new knowledge and approaches within our areas of specialisation.

6. We recognise that social strain, deprivation, and traumatic experiences increase people's susceptibility to disease, and we speak out on relevant issues.

Respect for human dignity is a prerequisite for healing and recovery.

We acknowledge that many circumstances contribute to health inequalities: childhood experiences, housing, education, social support, family income/unemployment, community structures, access to health services, etc.

We recognise our duty to speak out publicly on specific factors that cause or worsen disease, increase inequality in health outcomes, or make resources less accessible to certain people.

7. We collaborate across professions and disciplines while also taking care not to blur the lines of responsibility.

We engage actively in developing and adapting effective ways to cooperate.

Read more about The Nordic Federation of General Practice on www.nfgp.org

1. KONTINUITET

Hva er fastlegen?

Legen som kjenner pasienten - Å ha en relasjon til pasienten over tid er kalt «*gullet i fastlegeordningen*». Når man er syk, er det godt å slippe å fortelle sin historie til en ny lege hver gang. Det er vist at legen gir bedre behandling dersom hun kjenner hver enkelt pasient som person, med sin historie, tidligere sykdommer, sosiale nettverk og evner, ressurser og begrensninger. Kontinuitet er vist å gi bedre overlevelse i befolkningen (8). Summen av flere møter over tid bygger et særegent, persontilpasset fundament for gode kliniske vurderinger, beslutninger og realistisk forebygging og helsefremming. *Fastlegen er garantist for individualisert medisin!* Ved å være faglig dyktig og oppdatert på utrednings- og behandlingsretningslinjer, og ha oversikt over de siste epikrisene fra sykehuset, vet fastlegen til enhver tid hvor i forløpet pasienten er, og kan hjelpe i jungelen av poliklinikker, henvisninger og prøvesvar (9). Helt ny norsk forskning viser også at kontinuitet hos fastlegen gir bedre overlevelse, mindre bruk av legevakt og lavere risiko for sykehusinnleggelse (10).

2. UNNGÅ OVERBEHANDLING

Gjør kloke valg!

Kampanjen «Kloke valg» går nå over landet. Her fremheves at det i mange tilfeller er både trygt og klokt (og billig) både for pasient og helsevesen *ikke* å foreta ytterligere undersøkelser eller behandling. Vi mener dette er en god trend, som i tillegg til å være god medisin, kan være med på å begrense unødvendig legebruk.

I 2001 beskrev «Norsk selskap for allmennmedisin» allmennmedisinens kjerneverdier. En av dem var «*Gi mest til dem som har størst behov*». Og hvis arbeidspresset i allmennpraksis blir så stort at nyutdannede heller velger å jobbe med helprivate løsninger for utvalgte pasientgrupper, risikerer vi i stedet at vi til slutt «**gir mest til dem som sannsynligvis trenger det minst!**». Kloke valg er vanskelige å få til om den som skal fatte dem samtidig taper penger på ikke å tilby unødvendige helsetjenester.

USA er det eneste landet i verden som bruker mer penger enn Norge på helsetjenester per person, men skårer langt dårligere på helsestatistikker og tilfredshet (11). Spesialiserte helsetjenester har en stor rolle i det amerikanske systemet, men selv der er det vist at mennesker som har en fast lege i primærhelsetjenesten mottar helsetjenester av bedre kvalitet og er mer fornøyd med helsetjenestene (12).

Om private aktører

Vi mener at helprivate helseaktører ikke vil avlaste fastlegene. Kollegaene Linn Getz og Bjarne Austad har nylig presisert dette i en kronikk i Dagens Medisin (13).

Tilbudet av helprivate helseaktører er økende i Norge. Erfaringer fra Sverige der dette er mer utbredt har vist at dette har ført til økte legebesøk til de private aktørene og kraftig økte helsekostnader, men ingen avlastning for fastlegene (14). Vi vet at terskelen for å søke legehjelp ved enkle helseplager blir lavere der helsetjenester er lett tilgjengelige. Dersom disse helseaktørene skulle få refusjon på linje med fastlegene vil det sannsynligvis medføre store helsekostnader for Norge, men neppe gi noen vesentlig helsegevinst for befolkningen. Videokonsultasjoner med ukjente «engangsleger» kan også gi oppfølgingskonsultasjoner hos fastlegen som ellers ikke ville vært nødvendige.

Forskning på e-konsultasjoner fra 1990 til i dag viser at akutte og komplekse problemer generelt egner seg dårlig for digitale kontakter. Sosial ulikhet i helse risikerer å bli forsterket med e-konsultasjoner om det ikke samtidig er en sterk og åpen tilgang til en allmennlege med kontinuitet og breddekompetanse. Det er gode grunner til å arbeide med e-konsultasjoner, men det må skje innenfor rammer som samfunnet har kontroll på (15-18).

Vi mener det er overraskende at videokonsultasjoner eller nettmøter med ukjente leger ikke i større grad er lovregulert. I utdanningen av nye leger legger vi vekt på at grunnprinsippene i en allmennt medisinsk konsultasjon er pasientens sykehistorie, *adekvat klinisk undersøkelse*, og eventuelt supplerende undersøkelser som blodprøver, røntgen eller EKG. Det er vanskelig å tro at videokonsultasjoner av ukjente pasienter med fremmede leger, kan skape like stor sikkerhet om diagnose og trygghet rundt behandling. Selv på vanlig legevakt, der sykehistorie og undersøkelse samt supplerende undersøkelser er grundige, vil man som sikkerhetsnett ofte be pasienten om å ta kontakt til fastlegen sin for videre undersøkelser om dette blir verre, eller ikke går over.

Fastlegen er samleadresse for epikriser og tilbakemeldinger fra alle andre helseaktører, og dermed pasientenes viktigste garantist for kontinuitet og koordinering av helsetjenester. Helprivate aktører sender svært sjelden epikrise til fastlegen. Dette gjør fastlegenes rolle som kontinuitetsbærer vanskeligere.

En presset fastlegetjeneste kritiseres tidvis for redusert tilgjengelighet, likevel verdsettes det å møte en lege som kjenner en og som har tid når man trenger det, mye høyere enn «tilgjengelighet» i betydningen «komme til på kort varsel» (19, 20).

3. PRIORITERE DE SOM TRENGER DET MEST

Sosial ulikhet

Selv om man kunne tro at et tilleggstilbud av helprivate tjenester samlet sett ga en bedre helsetjeneste, så er det dokumentert at dette faktisk *øker sosial ulikhet*. Hart og medarbeidere viste allerede i 1971 at markedskrefter og helsetjenester ikke går hånd i hånd, og større tilbud av private helsetjenester tenderer til å gi et *dårligere* helsetilbud til dem som trenger det mest. Dette kalte de "The inverse care law" (21):

"The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced".

Det er også evidens for at det å investere i en sterk primærhelsetjeneste bidrar til å gi et mer likeverdig helsetilbud til alle deler av befolkningen (22). Ofte er det de som trenger fastlegen mest, som roper minst opp; de eldre, kronisk syke, psykisk utviklingshemmede. Fastlegen bør ha tid til å reise hjem til kronisk syke og være med på å tilrettelegge for at eldre skal få bo hjemme lengst mulig. Alvorlig kreftsyke og andre med kort forventet levetid trenger et godt forhold til fastlegen for å kunne ha det godt hjemme lengst mulig.

Å styrke primærhelsetjenesten gir mest helsetjenester for pengene

Det er god økonomi i å ha en oppegående fastlegeordning, og flere forskere har påpekt at styrking av primærhelsetjenesten er den eneste måten å sikre et best mulig helsevesen for alle innbyggere. Allerede i 1961 fant britiske forskere at av 1000 innbyggere ville $\frac{3}{4}$ i løpet av en måned oppleve en eller annen sykdom eller plage og $\frac{1}{4}$ ville oppsøke lege. Kun 9/1000 ville legges inn på sykehus og kun 1/1000 på et universitetssykehus (se ill.) (23). I 2012 gjorde norske forskere en lignende studie som fant at 214/1000 besøkte fastlegen sin i løpet av en måned og at 16/1000 ble innlagt på sykehus (24). Tallene stemmer også godt overens med dataene fra HELFO fra 2020 (3). I dag håndteres 9 av 10 problemstillinger hos fastlegene uten videre henvisning (25, 26). Selv små justeringer i henvisninger eller innleggelse vil gi store utslag for sykehusene. Spesialisthelsetjenesten trenger en god *portvakt* i fastlegen for ikke å oversvømmes av bekymrede og syke mennesker som kan behandles utenfor sykehus. Den norske studien viste også at hele 816/1000 hadde minst et legebesøk i løpet av året. Som også nevnt over viser dessuten helt ny norsk forskning også at kontinuitet hos fastlegen gir bedre overlevelse, mindre bruk av legevakt og lavere risiko for sykehusinnleggelse (10).

Ferske, upubliserte tall, fra HUNT4 viser at 92 % av de over 70 år bruker fastlegen i løpet av et år, 30 % har brukt legevakten og ca. 20 % har vært innlagt i sykehus (Se ill.) (27).

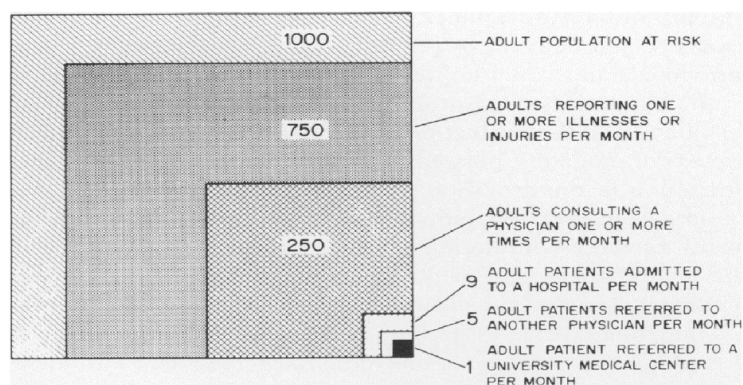
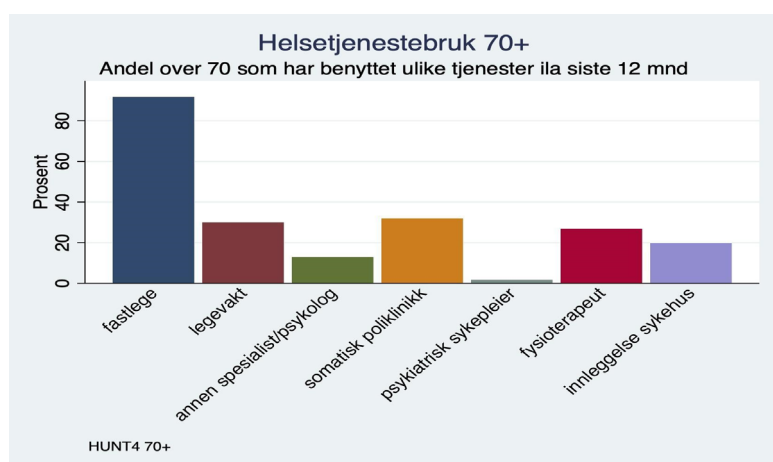


FIGURE 1. Monthly prevalence estimates of illness in the community and the roles of physicians, hospitals, and university medical centers in the provision of medical care (adults sixteen years of age and over).

Andelen av befolkningen som får helsehjelp på ulike nivåer (23).



Andel av befolkningen over 70 års forbruk av helsetjenester (27).

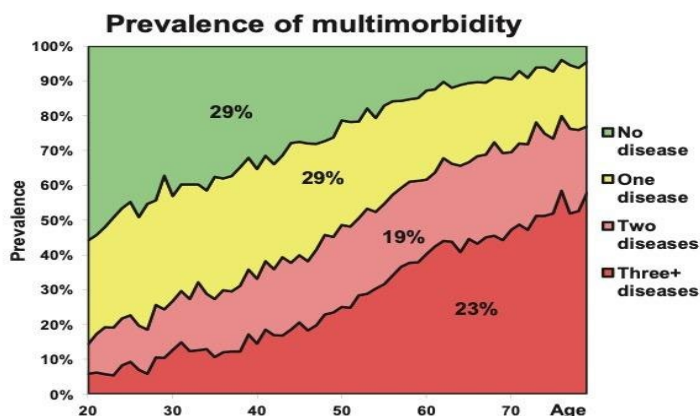
4. PERSONSENTRERT MEDISIN

Legen som er spesialist på det komplekse - Noen tror fortsatt at allmennlegen er den legen som ikke tok noen spesialistutdanning, og som bare «kan litt om alt». Tvert imot har en spesialist i allmennmedisin spesialistkompetanse på å ta godt imot alle de usorterte pasientene som henvender seg til helsevesenet, og vurdere hvem som har bruk for behandling hos fastlegen, hvem som trenger henvisning til annen spesialist og hvem som må legges inn på sykehus. På konsultasjon hos fastlegen tar pasienter opp i gjennomsnitt 3,3 problemstillinger (28). Det er en utbredt misforståelse at fastlegene hovedsakelig håndterer de enkle og ukompliserte problemstillingene (29). Fastlegene gjør det også, men er i særdeleshet spesialister på *kompleksitet og multimorbiditet* og oppfølging av pasienter som feiler mange ting på en gang - en gruppe det blir flere av. Samhandlingsreformen bidrar til at flere pasienter med sammensatte problemstillinger blir boende hjemme og trenger kontinuerlig oppfølging av en lege som kjenner dem. Økt arbeidsmengde generelt gjør det vanskelig for fastlegen å prioritere riktig og følge prinsippet om å gi mest til dem som trenger det mest.

Tverrfaglighet, eldrebølgen og multimorbiditet

En av fastlegens kjernekompetanser er å håndtere multisyke pasienter (30). Forskning basert på Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT3) viste at 42 % av alle mellom 20-79 er multisyke, og halvparten av de over 70 har tre eller flere tilstander (31). Dette er pasienter som trenger mye oppfølging, og som samtidig krever kontinuitet og bred medisinsk kunnskap. Dette stiller større krav til samhandling mellom fastlegene og andre aktører både internt i kommunen og mellom primær- og sekundærhelsetjenesten. Ulike former for tverrfaglig samarbeid må videreutvikles og styrkes.

Fastleger opplever at de allerede jobber mye tverrfaglig, men det mangler gode, kunnskapsbaserte beskrivelser av dette dynamiske, fleksible samarbeidet. En interessant inngangsport til utvikling av denne formen for tverrfaglighet kan være å anerkjenne den dynamiske, komplekse og lokalbaserte virkeligheten som slikt samarbeid skjer i (32). Det er nødvendig å tenke nytt og kreativt omkring teamarbeid i primærhelsetjenesten, gjerne ved å knytte andre faggrupper til fastlegekontorene med fastlegen som teamleder. Det er fastlegen som har den *medisinskfaglige* beslutningskompetansen både i teamarbeid og i andre former for samarbeid. Denne beslutningskompetansen er basert på omfattende utdanning og trening som er rettet inn på nettopp det å ta ansvar og fatte slike beslutninger. Dette medisinskfaglige ansvaret kan ikke delegeres til andre fagfolk.



Andelen multisyke i den norske befolkningen, fordelt på alder. Basert på data fra HUNT-studien (31).

5. UTDANNING, FORSKNING OG KVALITETSFORBEDRING

Rekruttering og bevaring

Rekruttering er helt nødvendig, men like viktig er det å gjøre fastlegejobben attraktiv og levelig for de ca. 5000 som allerede er i jobben. En nylig undersøkelse viste at 6 av 10 fastleger vurderte å skifte jobb (33). En utbrent lege er ingen god lege, og om erfarne fastleger velger å bytte jobb fordi arbeidspresset blir for stort, vil det ta lang tid å erstatte denne kompetansen. Det disse legene sitter med av kunnskap og erfaring kan ikke erstattes, men med riktig tilrettelegging kan det gis videre til nye fastleger og legestudenter. Rekruttering av fastleger tar tid. Uansett hvor attraktivt det blir å velge denne karriereveien, så tar det minimum 6 år på universitetet, 1 ½ som turnuslege (LIS1) og deretter 5 år for å bli spesialist. Ventetid på LIS1-tjeneste og forståelsen av at fastlegeordningen er i krise er med på å svekke rekrutteringen av nyutdannede leger til allmenntidmedisin ytterligere. Et viktig moment å ha med seg når man skal tenke på rekruttering er at mens den gamle generasjonen identifiserte seg *som leger*, så vil den nye generasjonen *jobbe som leger* (34). Kommende leger er i enda større grad enn tidligere opptatt av en balanse mellom jobb, familie og fritidsinteresser (35).

En tredjedel av legestudentene angir at allmenntidmedisin er et spennende fag de gjerne vil jobbe med, men knapt 1 av 10 vil søke seg til fastlegejobb under dagens rammebetingelser. Grimstadrapporten anbefaler at en større andel av legeutdanningen bør foregå i primærhelsetjenesten (36). Forskning på desentraliserte undervisningsmodeller har vist at studenter som blir eksponert for erfaringer i distrikt oftere vil velge jobb i distrikt (37). Denne kunnskapen bør medføre at rammebetingelsene for å gi god grunn- og videreutdanning i allmenntidmedisin må styrkes.

Det internasjonale prosjektet «Recruit & Retain - Making it Work», gir forskningsbaserte råd om hvordan kommuner kan oppnå rekruttering og stabilisering av leger og annet helsepersonell (38). Etablering av forutsigbare utdanningsstillinger (ALIS) der både spesialistkandidaten og den veiledende fastlegen får tid og rammebetingelser til å sikre god utdanning vil også kunne virke rekrutterende for nye leger og stabiliserende for erfarne leger (39).

Sikring av etterveksten – nye leger som ønsker seg allmenntidmedisin – er avhengig av at det finnes trygge, entusiastiske fastleger som kan gi god veiledning på alle utdanningsstadier; til legestudenter, til LIS1 og til ALIS. Mange steder slutter nå erfarne fastleger før nye leger er lært opp, og etterlater seg dermed et tomrom som hindrer utdanningen av nye spesialister i allmenntidmedisin. Både det å gi og motta veiledning krever at det settes av lønnet tid til det, og veileder-leger må få tid og mulighet til å ta kurs i veiledning.

Utdanning

Vi utdanner i Norge bare omtrent halvparten av de legene vi trenger. Mange norske leger utdannet i utlandet har utdanning med lite eller ingen allmenntidmedisin og lite erfaring med selvstendig arbeid. For disse er det ekstra krevende å satse på allmenntidmedisinen. De norske medisinske fakultetene har i dag store utfordringer med å finne praksisplasser til norske studenter, fordi fastlegekontorene er «gjennom-effektivisert» pga. svekkede rammebetingelser. RETHOS-forskriften krever 10 uker praksis i primærhelsetjenesten (40). Beste praksis oppnås ved tilgang på eget kontor og mulighet til å jobbe selvstendig med mange pasienter, samtidig som man har tilgang på god veiledning. Mens helseforetakene overføres store summer for sin utdanningsaktivitet, må universitetene selv finansiere praksisplassene i allmenntidmedisin. Å ha et legekontor disponibelt for studenter vil for et legekontor koste anslagsvis 500-700.000 årlig. Universitetene tilbyr i størrelsesorden 50-100.000 årlig, inkludert lønn for veiledningsarbeidet. Etter Grimstad-utvalgets arbeid er det ambisjon om en betydelig økning av antall leger utdannet i Norge (36). Dette vil kreve en betydelig økning i veiledningskapasiteten i allmenntidmedisin. Man ser i realiteten en gradvis og etter hvert kritisk reduksjon i kapasiteten på praksisplasser og veiledning.

Rammebetingelser

Vi mener handlingsplanen må gi fastlegene gode nok rammebetingelser til at det blir attraktivt å velge og å bli værende som fastlege. Rammebetingelsene må legges fra sentralt hold. I dag er det risiko for at attraktive og rike kommuner kan beholde fastlegene sine og rekruttere nye på bekostning av mindre attraktive nabokommuner.

Fastlegeordningen organisert slik at de aller fleste er selvstendig næringsdrivende. Noen steder i kombinasjon med kommunal drift, og noen steder er legene fast ansatte lønnsinntakere. Det finnes ikke et fasitsvar på hva som er den beste løsningen, blant annet på grunn av ulik geografi og kommunesammensetninger (41). Fastlegene er ikke et helseforetak, deler av et helseforetak eller underlagt et helseforetak. De er selvstendige i avtale med kommunen de jobber i, og prisene for konsultasjoner og behandling er gitt gjennom Normaltariffen. Basisutgiftene for et legekantor er tenkt dekket inn av et basistilskudd («pro capita»), en liten andel av inntektene er pasientenes egenandeler og resten av inntjeningen er refusjon fra HELFO. En fastlege med anbefalt listelengde på 1000 pasienter vil nå motta 610.000 kroner/år i basistilskudd. Selv om basistilskuddet nylig er økt for de første 1000 pasientene på listen dekker dette ikke utgiftene til både lokaler og lønn til sykepleier/legesekretær. Fastleger som fortsatt er i spesialistutdanning er dessuten anbefalt å ha kortere lister. Til sammenligning får private avtalespesialister ved helseforetakene, som øye-, hjerte- og hudleger minimum det dobbelte i driftstilskudd og dessuten høyere egenandeler ved behandling. To store utfordringer for de selvstendige, som på egen hånd ønsker å møte den økende pågangen er: 1. at basistilskuddet er for lite til å utvide praksisen med flere ansatte og 2. at refusjonen fra HELFO er så tett knyttet mot legen selv at det for eksempel ikke er lønnsomt å ansette en sykepleier for praktiske prosedyrer som sårskift, kateterskift eller mer tidkrevende oppgaver som kontroll av kroniske pasienter med for eksempel diabetes eller KOLS i samarbeid med fastlegen.

Forskning i allmenntidmedisin er viktig for å kunne gi pasientene en god og kunnskapsbasert helsetjeneste. Rammebetingelsene for fastleger som ønsker å kombinere fastlegejobben med forskning er i dag uforutsigbare og lite rekrutterende. Leder ved avdeling for allmenntidmedisin ved UiO, Professor Jørund Straand har nettopp presisert dette i en kronikk i Dagens Medisin (42).

6. BELASTNINGER GIR MER SYKDOM

Legen når det er tungt - Svært mange av oss vil i løpet av livet ha behov for hjelp enten med vanskelige tanker og følelser, eller med en psykisk sykdom. For noen kan det være tilstrekkelig å snakke med fastlegen som en nøytral støttespiller i en vanskelig periode. For andre kan en sorgreaksjon bli til sykdom, og noen har en alvorlig psykisk lidelse som har best prognose om den blir oppdaget tidlig. Fastlegen er lett tilgjengelig og har mye erfaring med psykiske helseplager. Her vil de fleste få tilstrekkelig hjelp uten å bli sendt videre, og de som trenger det vil henvises til videre behandling hos psykolog eller psykiater. Når den psykiske helsen får seg knekk på grunn av sykdom, er det en fordel at den man skal snakke med er en man kjenner - en lege som også kjenner sykdommen, behandlingen, familien og jobben til pasienten fra før. Fastlegen har da muligheten til å være et *profesjonelt medmenneske* akkurat når det er behov for det (43, 44).

Ta vare på seg selv for å ta vare på andre

Helsedirektoratets rapport fra 2018 viste at fastlegene arbeidet i gjennomsnitt 55,6 timer per arbeidsuke (45, 46). Det er utarbeidet strenge regler for hvor mye togførere, lastebilsjåførere og ambulansflypiloter kan arbeide på bakgrunn av kunnskap om at for høy arbeidsbelastning øker

risikoen for feil som kan få fatale følger. Vi er bekymret for at for høy arbeidsbelastning for fastlegene kan gi uønskede hendelser og ikke-optimal behandling til pasienter.

Når arbeidsbelastningen øker, blir også legene selv bekymret for om de kan ivareta alle oppgavene de er pålagt (34). Det kan øke risikoen for utbrenthet.

Det er et godt grunnprinsipp, at man må ta vare på seg selv for å kunne ta vare på andre. Dette går igjen i fastlegenes samtaler med blant annet syke og slitne pasienter som trenger en sykmelding for å kunne gå tilbake til sine egne krevende jobber. Spørsmålet er om ikke mange fastleger har vært med på å sykemelde folk på bakgrunn av belastende arbeidsforhold, som likevel er bedre enn det de selv jobber under. I 2017 kom det et tillegg til den tradisjonelle legeeden om at leger også må ta vare på egen helse (47). Vi mener at å gi fastlegene gode arbeidsforhold vil gagne deres pasienter og dermed landets folkehelse.

7. JOBBE PÅ TVERS AV PROFESJONENE

Legen som alle kan snakke med - Fastlegen er bindeleddet mellom alle helseaktørene, og *samhandler* både på tvers av primærhelsetjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Fastlegen jobber tett i lokale nettverk med hjemmesykepleien og med rus- og psykiatritjenestene i kommunene. Fastlegene deltar i ansvarsgruppemøter for de som trenger tett oppfølging av flere instanser og fastlegen er behandler i forkant og etterkant av både sykehusinnleggelses og innleggelses i kommunale ø-hjelpssenger.

Legen som tar vare på helsetjenesten - Spesialisthelsetjenesten vil bli oversvømt av oppgaver om ikke fastlegene håndterer det aller meste, og siler ut hvem som trenger videre henvisning. Om alle med vondt i brystet skulle utredes hos hjertelege, eller alle med vondt i kneet skulle ha en MR og deretter vurderes av ortoped, ville ikke sykehusene hatt kapasitet til de alvorlig syke (48). Økt bruk av private helseforsikringer er med på å utvane portvaktrollen, da pasienten i større grad kommer med *bestilling* av henvisninger og rekvisisjoner, heller enn vurdering av det medisinske behovet for slike undersøkelser. Pasientene er også tydelige på at det viktigste for dem i møtet med fastlegen er å oppleve god, tillitsfull kommunikasjon og faglig dyktighet. Dette er viktigere enn ventetid på time (20).

--- --- ---

Et skrekksenario

Canada har organisert sine helsetjenester relativt likt som her i Norge. I flere canadiske provinser har de opplevd lignende kriser som hos oss (49). Flere steder har fastlegene sagt opp avtalene sine med det offentlige. Legene har dermed mulighet til å takke nei til personer med så omfattende helseplager at det ikke vil være økonomisk forsvarlig å gi et godt tilbud til denne pasienten. En stor styrke ved fastlegesystemet i Norge er at pasientene velger legene – legene kan ikke velge bort pasienter på sin liste!

I noen Canadiske provinser er de midt i krisen nå, og akuttmottakene oversvømmes av mennesker som ikke lenger har en fast lege å henvende seg hos. Dette gir dårlige og utilfredsstillende undersøkelser og vurderinger for både pasienter og leger. I andre provinser har de vært gjennom krisen og skapt ny balanse og rekruttering av allmennleger blant annet gjennom økt status av faget, og bedre lønn- og arbeidsforhold (50).

Lykke til!

Vi har her forsøkt å formidle tydelig at all tilgjengelig forskning og kunnskap understøtter at en godt fungerende primærhelsetjeneste er helt sentralt for å sikre befolkningen gode helsetjenester. Utfordringene er mange, aktørene er mange, og forventningene til den varslede redningsaksjonen for fastlegeordningen er store.

Vi håper dere benytter denne muligheten til å bevare folkehelsen ved å gi fastlegen rammebetingelser som gjør at det blir attraktivt å bli og å være fastlege og som hindrer at fastlegeordningen rakner.

Bergen, 25.10.2021

På vegne av de allmennt medisinske miljøene ved Universitetet i Tromsø, Norges teknisk-naturfaglige universitet, Universitetet i Oslo og Universitet i Bergen:

Knut Eirik Ringheim Eliassen, Førsteamanuensis, Fagområde for allmennt medisin, UiB. Fastlege, spesialist i allmennt medisin, knut.eliasen@uib.no, 412 04 018 (*Kontaktperson*).

Anette Fosse, forsker, Leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, spesialist i allmennt medisin, anette.fosse@uit.no, 916 22 312.

Torsten Risør, Førsteamanuensis, UiT Norges arktiske universitet, torsten.risor@uit.no, 930 38 549.

Bjarne Austad, Førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Fastlege, spesialist i allmennt medisin bjarne.austad@ntnu.no, 990 29 992.

Håvard Skjellegrind, Førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Fastlege, spesialist i allmennt medisin, havard.skjellegrind@ntnu.no, 996 94 786

Torunn Bjerve Eide, Postdoktor, Avdeling for Allmennt medisin, UiO. Fastlege, spesialist i allmennt medisin, t.b.eide@medisin.uio.no, 951 32 959.

Thomas Mildestvedt, Førsteamanuensis, Fagområdeleder allmennt medisin, UiB. Fastlege, spesialist i allmennt medisin, thomas.mildestvedt@uib.no, 997 42 658.

Øystein Hetlevik, Professor, UiB, Fagområde for allmennt medisin, UiB. Fastlege, spesialist i allmennt medisin, oystein.hetlevik@uib.no, 900 77 175.

Edvin Schei, Professor, Fagområde for allmennt medisin, UiB. Spesialist i allmennt medisin, edvin.schei@uib.no, 974 13 790.

REFERANSELISTE

1. [Handlingsplan for allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)
2. Alberta Medical Association. Evidence Summary - the benefits of relational continuity in primary care. 2017. Tilgjengelig fra <https://actt.albertadoctors.org/file/top--evidence-summary--value-of-continuity.pdf> Lest 24.10.2021
3. HELFO. Helserefusjon 2020 Statistikk og nøkkeltall for legeområdet. Besøkt 17.10.2021 [21-112576-2 Rapport - Analyse - Helserefusjon 2020 - Lege 31297678 1 1.pdf \(helfo.no\)](#)
4. Hansen FH, Abelsen B, Steinert S et al. Fastlegetjenesten i Nord-Norge Status, utfordringer og forslag til tiltak. Rapport Helse Nord RHF. 2019
5. Nordic Federation of General Practice (NFGP). Core Values and Principles of Nordic General Practice/Family Medicine. Scand J Prim Health Care. 2020 Dec;38(4):367-368. doi: 10.1080/02813432.2020.1842674. Epub 2020 Dec 7. PMID: 33284030; PMCID: PMC7782180.
6. Malterud K. The legitimacy of clinical knowledge: towards a medical epistemology embracing the art of medicine. (0167-9902 (Print)).
7. Malterud K, Reventlow S, Guassora AD. Diagnostic knowing in general practice: interpretative action and reflexivity. Scand J Prim Health Care. 2019;37(4):393-401.
8. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors - a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open. 2018;8(6):e021161.
9. Freeman G, Walker J, Heaney D, Howie J. Personal continuity and the quality of GP consultations. European Journal of General Practice. 2002;8(3):90-4.
10. 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 4 October 2021; BJGP.2021.0340. DOI: 10.3399/BJGP.2021.0340
11. The Common Wealth Fund "Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly. Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries". Tilgjengelig fra <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly> Lest 24.10.2021
12. Levine DM, Landon BE, Linder JA. Quality and Experience of Outpatient Care in the United States for Adults With or Without Primary Care. JAMA Intern Med. 2019;179(3):363-72.
13. Getz, L og Austad, B. Kronikk: Ideologien er fastlegenes gull, Lest 23.20.2021 <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/10/23/ideologien-er-fastlegenes-gull/>
14. Wisterberg, E. Explosion för Kry och Min Doktor – nu larmar landstingen: "Stor oro". Breakit. 2018.
15. Virji A, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Scannell MA, Gradison M, et al. Use of email in a family practice setting: opportunities and challenges in patient- and physician-initiated communication. BMC Med. 2006;4:18.
16. Atherton H, Brant H, Ziebland S, Bikker A, Campbell J, Gibson A, et al. Alternatives to the face-to-face consultation in general practice: focused ethnographic case study. Br J Gen Pract. 2018;68(669):e293-e300.
17. Padman R, Shevchik G, Paone S, Dolezal C, Cervenak J. eVisit: a pilot study of a new kind of healthcare delivery. Stud Health Technol Inform. 2010;160(Pt 1):262-6.
18. Mullangi S, Kaushal R, Ibrahim SA. Equity in the Age of Health Care Information Technology and Innovation: Addressing the Digital Divide. Med Care. 2019;57 Suppl 6 Suppl 2:S106-S7.

19. Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Fam Pract.* 1999;16(1):4-11.
20. Eide, T. B., et al. (2021). "Good communication was valued as more important than accessibility according to 707 Nordic primary care patients: a report from the QUALICOPC study." *Scandinavian Journal of Primary Health Care:* 1-9
21. Hart JT. The inverse care law. *Lancet.* 1971;1(7696):405-12.
22. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:65.
23. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med.* 1961;265:885-92.
24. Hansen AH, Halvorsen PA, Forde OH. The Ecology of Medical Care in Norway: Wide Use of General Practitioners may not Necessarily Keep Patients out of Hospitals. *J Public Health Res.* 2012;1(2):177-83.
25. Trønderopprørets fastlegeundersøkelse og helsemedarbeiderundersøkelse. Tilgjengelig fra <http://www.flo20.no/wp-content/uploads/2018/06/TOundersøkelse-2.pdf> Lest 24.10.2021
26. B. Ringberg U, Fleten N, Deraas TS, Hasvold T, Førde O. High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. *BMC Health Serv Res.* 2013 Apr 23;13:147. doi: 10.1186/1472-6963-13-147. PMID: 23617296; PMCID: PMC3640906.
27. Skjellegrind, H. Personlig meddelelse til Eliassen KE 24.10.2021.
28. Bjørland E, Brekke M. What do patients bring up in consultations? An observational study in general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2015;33(3):206-11. doi: 10.3109/02813432.2015.1067518. Epub 2015 Jul 24. PMID: 26205343; PMCID: PMC4750725.
29. Guassora, A., Johansen, M., Malterud, K. Agenda navigation in consultations covering multiple topics. A qualitative case study from general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care,* 2021, 39(3), 339-347.
30. Damarell, R., Morgan, D., & Tieman, J. (2020). General practitioner strategies for managing patients with multimorbidity: A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMC Family Practice,* 21(1), 1-131.
31. Tomasdottir M, Getz L, Sigurdsson J, Petursson H, Kirkengen AL, Krokstad S, et al. Co- and multimorbidity patterns in an unselected Norwegian population: cross-sectional analysis based on the HUNT Study and theoretical reflections concerning basic medical models. *European Journal for Person Centered Healthcare.* 2014;2:335.
32. Bleakley A. Working in "teams" in an era of "liquid" healthcare: what is the use of theory? *J Interprof Care.* 2013;27(1):18-26.
33. Nilsen, L. 6 av 10 fastleger har vurdert å slutte på grunn av arbeidspress. *Dagens medisin.* 2018.
34. Svedahl ER, Pape K, Toch-Marquardt M, Skarshaug LJ, Kaspersen SL, Bjørngaard JH, et al. Increasing workload in Norwegian general practice - a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2019;20(1):68.
35. Hertzberg, Tuva. En jobb å leve med? Doktorgradsavhandling. UiO. 2017.
36. Grimstadutvalgets utredning: Studieplasser i medisin i Norge – behov, modeller og muligheter, Kunnskapsdepartementet, 2019.
37. Roberts C, Daly M, Kumar K, Perkins D, Richards D, Garne D. A longitudinal integrated placement and medical students' intentions to practise rurally. *Medical Education.* 2012;46(2):179-91.

38. Brandstorp H, Abelsen B. Recruit & Retain-rammeverket på norsk. Tilgjengelig fra <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2019/01/RR2-8page-Norway.pdf>
Lest 23.10.2021
39. Brandstorp H, Seppola-Edvardsen T. Del 2. Utdanningsstillinger i allmenmedisin: ALIS-Vest. Fokus på stabilisering. Tilgjengelig fra <https://alisvest.files.wordpress.com/2019/03/del-2.-utdanningsstillinger-i-allmenmedisin-alis-vest.-fokus-pc3a5-stabilisering-.pdf> Lest 23.10.2021
40. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-21> Lest 23.10.2021
41. Grønseth, IM. Kronikk: Fast lege, ikke fast lønn. Tilgjengelig fra <https://www.dagensmedisin.no/blogger/inga-marthe-gronseth/2021/10/07/fast-lege-ikke-fast-lonn/> Lest 24.10.2021
42. Straand, J. Kronikk: Statsbudsjettet 2022 – en formidabel skuffelse. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/10/20/statsbudsjettet-2022--en-formidabel-skuffelse/> Lest 23.10.2021
43. Schei, Edvin. Lytt - Legerolle og kommunikasjon. (bok) 2015.
44. Høie, B. Kronikk: Førstelinjen. <https://www.nrk.no/ytring/forstelinjen-1.14869616> Lest 23.10.2021
45. Rebnord IK, Eikeland OJ, Hunskaar S, Morken T. Fastlegers tidsbruk. NORCE, UiB, 2018.
46. Morken T, Rebnord IK, Maartmann-Moe K, Hunskaar S. Workload in Norwegian general practice 2018 - an observational study. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):434.
47. Brean A. Hippokratisk revisjon. Tidsskr Nor Lægeforen. 2017/10/30 ed2017. Tilgjengelig fra <https://tidsskriftet.no/2017/10/minileder/hippokratisk-revisjon>
48. WHO. The World Health Report: Primary Health care - Now more than ever. 2008.
49. Rosser WW, Colwill JM, Kasperski J, Wilson L. Patient-centered medical homes in Ontario. N Engl J Med. 2010;362(3):e7.
50. Rosser WW, Colwill JM, Kasperski J, Wilson L. Progress of Ontario's Family Health Team model: a patient-centered medical home. Ann Fam Med. 2011;9(2):165-71.