



## Høringsuttalelse til utkast til revidert fastlegeforskrift

Allmennlegetjenesten er en svært viktig del av helsetjenesten i kommunen. Gjennom allmennlegetjenesten ivaretas den primære lege-pasientkontakten og norske allmennleger har en viktig portvaktsfunksjon i forhold til andre deler av helsetjenesten. Allmennlegetjenesten er også svært sentral for å nå de overordnede målene for samhandlingsreformen, som er:

- Økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid både gjennom styrket folkehelsearbeid og styrket individrettet forebyggende arbeid i helsetjenesten
- En større del av helse- og omsorgstjenestene skal ytes av kommunene; ny kommunerolle
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester

Siden 2001 har allmennlegetjenesten i Norge vært organisert gjennom fastlegeordningen. En forskningsbasert evaluering av fastlegereformen ble administrert av Norges forskningsråd i årene 2001-2005. Evalueringen viste at reformen har bedret tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten og gitt kortere ventetid og bedre legedekning. Den viste også at kontinuitet/retten til å ha en fastlege verdsettes. Gjentatte innbygger-undersøkelser viser at befolkningen generelt har høy tilfredshet med norsk allmennlegetjeneste.

Det er likevel noen utfordringer i fastlegetjenesten.

Fastlegeordningen fungerer ikke godt for pasienter som ikke selv oppsøker legen. Dette kan anses som en naturlig konsekvens av at fastlegenes rolle i hovedsak har vært å ivareta pasienter som oppsøker legen eller selv bestiller time. Det har ikke vært forventet at legene skal drive oppsøkende virksomhet. Videre, og delvis i tråd med dette, påpekes at forebygging og oppsøkende virksomhet skjer i for liten grad.

Fastlegetjenesten er også for dårlig integrert i den øvrige helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Legenes kompetanse har i liten grad blitt utnyttet i fagutvikling og kompetanseoppbygging i andre deler av det kommunale tjenesteapparatet.

SDamarbeid med kommunal omsorgstjeneste bør bli bedre. Omsorgstjenesten rapporterer at det kan være problemer med å få hjemmebesøk av fastlegen og at de derfor i stedet bruker legevakt. Det synes å være bred enighet om at antallet gjennomførte syke-/hjemmebesøk i dag generelt er for lavt.

Kommunene opplever dessuten at de har for dårlige styringsmuligheter i forhold til fastlegene. Det er videre behov for en styrket legeinnsats i andre deler av kommunehelsetjenesten, herunder i sykehjem. Dette behovet, i kombinasjon med kommunenes opplevelse av for dårlige styringsmuligheter over fastlegene, aktualiserer spørsmålet om det er behov for å øke muligheten for å pålegge fastleger andre allmennlegetjenestegaver i kommunene.

Det i dagens regelverk uklare forventninger til hva fastlegene skal gjøre. Av den grunn mener departementet at det er behov for å presisere listeansvaret og fastsette nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav.



Ett av samhandlingsreformens mål er at en større del av helse- og omsorgstjenestene skal ytes av kommunene. Derfor skal en større del av veksten i lege-årsverk fremover skje i primærhelsetjenesten. Gitt dette mål, er det viktig at det etableres rammebetingelser for allmennlegetjenesten og fastlegeordningen som bidrar til god rekrutteringsutfordring og en god legefördeling.

Det er en omfattende revidering av forskriften som foreslås.

Bestemmelser som tidligere var avtalefestet, foreslås tatt in forskriften. I tillegg foreslås en rekke nye bestemmelser. Departementet foreslår dessuten å løfte alle pasientrettighetene ut av fastlegeforskriften og over i en ny forskrift hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven.

#### Nærmere om de enkelte forslag i forskriften:

I kapittel 2 i revidert forskrift presiseres kommunens ansvar for fastlegeordningen. Mange av de tidligere bestemmelsene videreføres.

Kommunens ansvar for kvaliteten i allmennlegetjenesten presiseres i § 7.

Kommunen er ansvarlig for at allmennlegetjenestene de tilbyr er forsvarlige og av god kvalitet. Det forhold at kommunen velger å inngå en avtale med private næringsdrivende om å levere tjenester på kommunens vegne fritar ikke kommunene fra dette ansvaret. Legevaktstjenester er også en allmennlegetjeneste som kommunen er ansvarlig for, og kommunen er følgelig også ansvarlig for kvaliteten på de legevaktstjenester som blir tilbudt.

Nytt er at kommunen (§ 5) pålegges et ansvar for å iverksette nødvendige tiltak for å ivareta tryggheten til fastleger som opplever vold eller trusler mot seg, sin familie eller sine medarbeidere. Ett av tiltakene er å flytte en listeinnbygger ut av listen.

I forskriftens kapittel 3 og 4 omhandles fastlegenes listeansvar inklusive funksjons- og kvalitetskrav:

Dette gjøres dels ved å presisere hvilke oppgaver som inngår i listeansvaret, samt å presisere hvilke allmennlegetjenester som ligger utenfor.

For ytterligere å tydeliggjøre listeansvaret foreslår departementet å stille kvalitets- og funksjonskrav til fastlege-tjenesten.

Fastlegene kan fortsatt ikke pålegges mer enn 7.5 timer pr. uke i offentlig allmennlegearbeid, men definisjonen av dette er utvidet slik at fastlegene nå kan bl.a. også kan pålegges plan- og utredningsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.

Fastlegenes ansvar til å delta i kommunal legevakt innskjerpes ved at det gis mindre mulighet til å fritas fra legevaktarbeid.

Funksjons- og kvalitetskravene er delvis en utdyping og innskjerping av tidligere bestemmelser, og noen er helt nye. Forskriften gir krav til tilgjengelighet, hjemmebesøk og legemiddelgjennomganger og krav til journalsystem og sykemeldingsarbeid. Departementet foreslår videre å stille krav til rapportering.

Særlig kontroversielle er bestemmelsen om oppsøkende virksomhet (§ 20), telefontilgjengelighet, ventetid for time (§23) og rapportering (§31).



I kapittel 5 og 6 omtales fastlegeavtalen og bestemmelser knyttet til fastlegens liste: Nytt er at kommunen kan holde tilbake hele eller deler av pr. capitatilskuddet ved brudd på bestemmelsene i avtalen (§36).

Kommunen gis mulighet til å krave en listelengde på 1500 innbyggere ved fulltids kurativ virksomhet. Listelengden reduseres forholdsmessig ved en deltidspolis.

Departementet oppfatter endringene i forskriften, både de som gjelder kommunene og de som gjelder fastlegene, som presiseringer av eksisterende krav slik de i dag fremgår enten av eksisterende fastlegeforskrift, av annet lov-/regelverk eller av sentralt avtaleverk.

Departementet anser ikke at endringene vil få økonomiske eller administrative konsekvenser. Dette gjelder endringer i forskriften for å tydeliggjøre kommunenes ansvar for fastlegeordningen, herunder for kvaliteten på tjenestene som ytes. Det gjelder også presiseringen av fastlegens listeansvar og innføring av nasjonale funksjons- og kvalitetskrav.

Departementet mener at forskriften legger til rette for at kommunene kan følge opp fastlegene tettere og integrere fastlegene bedre i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slik sett er forskriften et virkemiddel for kommunene, og gir et handlingsrom de kan bruke ut fra lokale vurderinger av behov.

For kommunene innebærer forskriften én ny plikt. Dette er plikten til å fatte vedtak i forhold til flytting av voldelige/truende pasienter fra en fastleges liste. Det forventes at dette dreier seg om 10-15 vedtak årlig på landsbasis. Kostnaden ved dette anslås til om lag 70 000 kroner årlig totalt for alle kommuner.

Departementet mener likevel at økte krav til tilgjengelighet i form av krav til telefontilgjengelighet, ventetid for time og mulighet for timebestilling på sms og e-post vil kunne ha økonomiske og administrative konsekvenser. De ulike forslagene må ses i sammenheng da innføring av mulighet for timebestilling på sms og e-post vil gjøre det lettere å oppfylle kravene både til telefontilgjengelighet og ventetid for time.

Forskriften legger opp til økte rapporteringskrav. Å utrede og avklare hvilke rapporteringskrav som skal gjelde, vil kreve ressurser hos statlige helsemyndigheter. Nye rapporteringskrav kan medføre administrativt merarbeid hos legene, men det vil være et mål at data skal kunne genereres på en effektiv måte ved uttrekk fra EPJ uten manuell rapportering. Rapporteringen vil muliggjøre sterkere styring og er nødvendig for at kommunene skal kunne avgjøre om deres sørge for ansvar er oppfylt. Hvordan kommunene følger opp rapporteringen vil imidlertid i noen grad være opp til den enkelte kommune.

#### Vurdering:

Samhandlingsreformen har som intensjon å snu den utviklingen vi har hatt etter 1984 der så å si all veksten i helsetjenestene har skjedd i spesialisthelsetjenesten. Målsettingen er å gi de nye store pasientgrupper et bedre helsetilbud i kommunene der det spesielt skal legges vekt på forebygging av sykdom.

Situasjonen i dag er at kommunene i hovedsak tar seg av seg av pleie- og omsorgstjenester mens det aller meste av rene helsetjenestene dekkes av spesialisttjenestene.



Det blir stadig flere eldre mennesker og vi fått nye store grupper kronisk syke, pasienter med KOLS, sukkersyke, overvekt, rusproblemer og demenstilstander. Sykehusene har etablert en rekke nye helsetilbud for å kunne gi helsetjenester til disse gruppene. Det dreier seg om hjertesviktpoliklinikker, diabetespoliklinikker, hukommelsesklinikker, alderspsykiatriske poliklinikker, overvektsklinikker, rehabiliteringsavdelinger osv. Mange av disse tilbudene er etablert på lokale initiativ uten at det er vurdert om det hadde vært mer hensiktsmessig å legge det til kommunehelsetjenesten.

Fastlegeordningen slik den fungerer i dag, karakteriseres av å være kostnadseffektiv, fleksibel og gir kontinuitet og god service til brukerne av tjenesten.

Fastlegene utgjør på mange måter ryggraden i den kommunale helsetjeneste. Det har vært en viss vekst i antallet primærleger etter at fastlegeordningen ble etablert i 2001, men tjenesten preges likevel av at legene har relativt store pasientlister, stor arbeidsbelastning og en avlønning som gjør at ikke-kurativt arbeid blir lite attraktivt. De har i liten grad kunnet bidra i planlegging og utviklingen av nye kommunale helsetjenester og har vært lite tilgjengelige for den øvrige kommunale helse- og omsorgstjeneste.

Legene utgjør en viktig faggruppe i helsetjenesten og da de fleste kommuner har hatt få legestillinger utenom fastleger, har det vært vanskelig å drive fagutvikling i kommunene. De fleste nye helsetilbud som er kommet i kommunene, er initiert i spesialisthelsetjenesten. Forslaget til ny fastlegeforskrift viderefører i hovedsak dagens fastlegeordning. Man forsøker å fjerne noen "akillesheler" som dårlig telefontilgjengelighet og lang ventetid på legetime, mens det er vanskeligere å se hvordan forskriften kan bidra til den økning i faglig kvalitet og kompetanseoppbygging som må til for å møte de utfordringene som ligger i Samhandlingsreformen. Det legges ikke opp reduksjoner i listelengder og i liten grad til faglig normering av innholdet i fastlegetjenesten. Behovene for utdanningsstillinger eller krav til videre- og etterutdanning av fastleger drøftes ikke.

Det er i kommunehelsetjenesten i dag en del generelle krav til kvalitet, men få formelle kvalitetskrav. I psykiatritjenesten og helsesøstertjenesten kreves formell spesialkompetanse av sykepleiere, for øvrig bemannes kommunehelsetjenesten av leger og sykepleiere som er generalister og videre- og etterutdanning blir i stor grad overlatt til den enkelte helsearbeider. Selv om det i forskriften presiseres at kommunen er ansvarlig for kvaliteten i fastlegetjenesten, er det høringsnotatet sagt lite om hvilke kvalitetskrav som bør stilles utover "at nasjonale faglige retningslinjer er kjent, og at disse legges til grunn for den helsehjelp pasienter og brukere tilbys". Fastlegetjenesten er ikke en ensartet tjeneste hva kvalitet og innhold gjelder og det er stor variasjon i bruk av spesialisttjenester innen tjenesten. Forskriften tar ikke sikte på å endre på dette i særlig grad.

Forskriftsforslaget gir kommunen hjemmel for økt styring fastlegene. Dette har vært etterspurt av mange og er derfor positivt i seg selv.

Det er imidlertid grunn til å diskutere om detaljeringsnivået er hensiktsmessig. Det å bruke forskrift på områder som i dag er avtaleregulert mellom partene krever en særlig begrunnelse som dokumenterer at dette gir bedre måloppnåelse. En prosess basert på avtaler



mellom partene vil fremstå med høy legitimitet og være ubyråkratisk. Avtaleinstituttet må derfor ikke undergraves av en for stor grad av forskriftsfesting.

En innføring av sanksjonsmuligheter overfor legene vil kunne gi kommunen sterkere mulighet til å sikre at kvalitets- og funksjonskrav blir fulgt opp, og bidra til at det som avtales mellom kommunene og fastlegene også følges opp i praksis. Dette vil imidlertid være et helt nytt virkemiddel, med risiko for å vri fokuset over fra dialog til økonomisk straff og belønning. For å få legitimitet må et slikt virkemiddel formaliseres i avtaleverk eller liknende. Det må etableres prosedyrer, forhandlingsrett og klagerett. Forholdet til forvaltningsloven må avklares.

En forutsetning for lykkes med samhandlingsreformen, er å få til en økt tilgang på samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene

Etter at kommunehelsetjenesten ble etablert i 1984, har det vært vanskelig å rekruttere samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene. Resultatet er at mange kommuner har ansatt kommuneoverlege i ministillinger for å få dekket de helt nødvendige lovpålagte samfunnsmedisinske oppgaver. Resultatet er at kommunelegene i de fleste kommuner har bidratt lite i plan- og utviklingsarbeid. Kommunen har da også i stor grad konsentrert seg om å utvikle pleie- og omsorgstjenester. I dette arbeidet har legetjenestene fått lite oppmerksomhet. Fastlegene har i stor grad fjernet seg fra sykehjemsmedisin og samarbeidet med hjemmetjenestene er mange steder for dårlig.

Kommunene har ikke kunnet tilby kommunelegene tilfredsstillende faglige miljøer.

Kommunelegene har bla. i liten grad kunnet bruke fastlegenes kompetanse i fagutvikling og kompetanseoppbygging i kommunene. Dette kan bli noe lettere dersom fastlegene kan engasjeres i utredningsarbeid i inntil 7.5 timer pr. uke.

Kommunelegenes oppgaver i forbindelse med kontroll av funksjons- og kvalitetskravene i fastlegeordningen vil på den annen side kunne vanskeliggjøre samarbeidet ned fastlegene. .

Slik forskriften er utformet, vil tilsynet sannsynlig i stor grad dreie seg om kravene til telefontid og ventetid på legetime.

## Konklusjon

- Aurskog-Høland kommune ser det som positivt med en forskriftsendring som muliggjør en bedre kommunal styring av legetjenesten i kommunen. Fastlegene vil b.a. i større grad kunne benyttes i fagutvikling og utredningsarbeid i kommunen.
- Forslaget til forskrift virket unødvendig detaljert. Et alternativ basert på avtaler mellom partene vil kunne fremstå med høyere grad av legitimitet og være ubyråkratisk



- Kommunen mener at det bør utarbeides en faglig norm for innholdet i fastlegeordningen og at krav til formell etterutdanning av fastleger bør vurderes. Det anses likevel positivt med de faglige presiseringer som tross alt ligger i forslag til forskrift, det gjelder i forhold legemiddelforskrivning og kvalitetskravkrav til henvisning.
- Kommunen er også tvilende til at det i funksjons- og kvalitetskravene gis detaljerte krav til ventetid for legetimer og telefontilgjengelighet. Det vil for kommunen bli en vanskelig oppgave å følge opp dette. Dessuten vil kommunen i hovedsak fortsatt inngå avtaler med den enkelte lege, mens et krav om ventetid må innebære at pasienten er sikret time hos en lege ved et legesenter og ikke nødvendigvis hos fastlegen. Det må bl.a. føre til større legekontorer, noe som kan komme i konflikt med kommunens ønske om en desentralisert legetjeneste. Det savnes en vurdering av dette i høringsnotatet.
- Kommunen mener at det bør utredes nærmere hvilke rapporter det er hensiktsmessig å innhente fra fastlegene da det fort kan ende med at det samles inne en mengde data som kommunen ikke har kapasitet til å forholde seg til.
- Det savnes en klarere strategi for kompetanseutvikling i fastlegetjenesten, spesielt med bakgrunn av de målsettinger som ligger samhandlingsreformen.
- Forskriften innebærer økte oppgaver lagt til fastlegetjenesten og forskriftens bestemmelser om listelengder synes urealistiske. Det anses nødvendig med en ikke ubetydelig økning av antall fastleger, noe som igjen må få økonomiske konsekvenser.

15. mars 2012

Aurskog-Høland kommune

Lasse Fure  
Kommunalsjef helse og rehabilitering

Sjur Bakken  
Kommuneoverlege