



## Fylkesmannen i Oppland

---

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Deres referanse  
Vår referanse 2011/9187-0 733.0 THE  
Saksbehandler Tony Heyerdahl, tlf. 61 26 61 07

Dato 22.03.2012

### **Forslag til revidert fastlegeforskrift - Høringsuttalelse**

Vi viser til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 22.12. 2011 med vedlagt høringsnotat. Høringsfrist er 22.3.2012.

#### **Sammendrag**

Det er mange gode intensjoner i forslaget til revidert fastlegeforskrift og den vil være et viktig instrument for å styrke befolkningens tilgang til gode allmennlegetjenester, noe som er i tråd med intensjoner i samhandlingsreformen. I forslaget er det imidlertid ikke samsvar mellom omfang av arbeidsoppgaver og normtall for listepasienter, og Fylkesmannen i Oppland mener det er mangefult at man vil "ha mer av alt" uten å ha foretatt en nærmere analyse av om kravene samlet sett vil fremme målene. Fylkesmannen i Oppland ser en fare i en generell tidsfrist for time hos fastlegen, da det kan svekke prioriteringen av andre oppgaver, som f. eks. forebyggende arbeid, deltakelse i samhandlingsrettede møter og tiltak samt oppfølging av svake grupper og pasienter med kroniske lidelser.

Vi ser også at kommunene vil trenge økt kompetanse og ressurser for å kunne følge opp krav i forskriften.

#### **Generelt**

I forslaget til ny fastlegeforskrift skjerpes og presiseres kravene til både fastleger og kommuner i betydelig grad i forhold til dagens forskriftregulerte krav. Det er mange gode intensjoner i forslaget til revidert fastlegeforskrift, men Fylkesmannen i Oppland ser at det er åpenbare utfordringer knyttet til at man stiller økte krav til tilgjengelighet og tidsbruk på nesten alle områder. Dette gjør det vanskelig å forutse den samlede effekt av forskriftskravene og i hvilken grad de deler av allmennlegetjenesten som ikke er del av forskriftsfesting, vil bli rammet. Vi er også i tvil om en rekke av kravene som eks. tidsfrister, faktisk vil fremme målene i samhandlingsreformen. Vi savner i den forbindelse en konsekvensutredning og en bredere konsensus om at forskriftskravene er rett vei å gå for å oppnå gode allmennlegetjenester.

Rekruttering til kommunehelsetjenesten er også svært viktig i tiden som kommer, men vi finner i forskriftsforslaget lite som vi tror vil øke rekrutteringen til allmennlegetjenesten og fremme en stabil legedekning i både by og bygd. For kommuner i Oppland er rekruttering og stabilitet i legetjenesten en utfordring. Det har hittil ikke vært nødvendig å suspendere fastlegeordningen i kommuner i fylket, men det har ved flere anledninger ved mangel på ledige listeplasser.

Kommunenes medisinskfaglige rådgivere/kommuneoverleger har en vesentlig rolle i arbeidet i forhold til samhandlingsreformen, implementering og etterlevelse av de nye helselovene og oppfølgingen av allmennlegetjenesten i kommunen. Det vil være uheldig dersom så viktig samfunnsmedisinsk arbeid skal utføres av leger i små stillinger som er tilpliktet arbeidet, slik det i en viss grad er i dag. En slik dobbeltrolle kan også by på uheldige lojalitetskonflikter.

Fylkesmannen er enig i at kommunene pålegges ansvar for kvaliteten i allmennlegetjenesten. Ansvaret innebærer at det i kommunene må finnes ressurser og kompetanse til å føre kontroll med at allmennlegetjenesten oppfyller funksjons- og kvalitetskravene i forskriften.

Fylkesmannen i Oppland vurderer at forskriftsforslaget reiser en rekke etiske problemer i forhold til kontroll av listeinnbyggers helsetilstand og uoppfordret oppsøkende arbeid. Vi mener at man bør trå varsomt i forhold til å forskriftsfeste disse områder. Vi mener det allerede er tilstrekkelig med den lovreguleringen som finnes i lov om bruker- og pasientrettigheter kapittel 4A.

Kravene til fastlegenes koordineringsansvar om ansvar for legemiddelbehandlingen kan ikke gjennomføres uten betydelige endringer i både bemanning og ikke minst informasjonsutvekslingen mellom ulike aktører. Vi vurderer at det ligger både juridiske, tekniske og kulturelle begrensninger som det vil ta tid å endre før man realistisk sett kan etterleve kravene i forskriften.

### **Kapittel 1. Formål og definisjoner**

En forenklet og presis omformulering av § 1 skal sikre at befolkningen får tilgang til allmennlegetjenester med rett kvalitet til rett tid. At de tre sentrale begrepene tilgjengelighet, kvalitet og rett tid inngår i formålsbestemmelsen, er viktig. For å styrke felles forståelse av sentrale begrep i en forskrift, er det viktig at disse defineres, og vi foreslår at man i § 2 i tillegg definerer hva man forstår ved **nødvendige allmennlegetjenester** og **allmennlegearbeid**, da begrepene brukes flere steder i forskriften uten at de er innholdsmessig klargjort. Konsensus rundt slike gjennomgående begrep er svært viktig for forståelsen og etterlevelsen av hele forskriften.

### **Kapittel 2. Kommunen**

Her presiseres kommunens ansvar for at innbyggere tilbys allmennlegetjenester til rett tid og av god kvalitet. Nytt er muligheten i § 5 for å tvangsflytte listeinnbyggere som utgjør en sikkerhetsrisiko. Vi mener at dette vil være problematisk i forhold til den enkeltes rettigheter og praktisk gjennomføring. Vi foreslår i stedet at man innfører en kommunal plikt til å tilby sikkerhetsløsninger for å ivareta legens sikkerhet uten at dette økonomisk belastes den enkelte lege. Dette vil gjelde et fåtall pasienter, kanskje også bare i faser knyttet til en lidelses karakter. Er det snakk om kriminell adferd, som trusler for å få reseptbelagte medikamenter, er det politiets oppgave å vurdere sikkerhetstiltak.

I § 7 presiseres kommunens ansvar for kvaliteten av allmennlegetjenestene, herunder også legevakt. Det presiseres videre at kommunens ansvar er uavhengig av om legen er ansatt eller selvstendig næringsdrivende. I annet ledd forskriftsfestes kommunens ansvar for at kravene som stilles i kap. 4 §§ 17-30 blir overholdt.

Fylkesmannen i Oppland er enig i dette, men ser at det vil bety et betydelig arbeid og kreve økt kompetanse i kommunene. En overvåking av at fastlegene etterlever funksjons- og kvalitetskravene, som i seg selv er en kompleks oppgave, vil naturlig kunne ligge til kommuneoverlegens ansvarsområde. Dette kan utgjøre et problem i de mange kommuner der kommunens medisinske faglige rådgiver selv er fastlege. Dette omfatter de fleste av de 26 kommunene i Oppland for tiden, selv om det skjer en utvikling i retning av større stillinger, ofte også i interkommunal retning.

### **Kapittel 3. Fastlegen**

I § 10 annet ledd heter det bl.a. at allmennlegearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ikke inngår i listeansvaret. Vi mener formuleringen er upresis med mindre man faktisk mener at personer som er omfattet av helsestasjons- og skolehelsetjenesten ikke skal bruke fastlegen, slik det er tilfellet i dag. Listeansvaret for barn og unge kan ikke flyttes til helsestasjons- og skolehelsetjenesten uten betydelige endringer i dagens ordning. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et utvidet tilbud til denne gruppe, men listeansvaret skal formodentlig fortsatt ligge hos fastlegen, og da bør formuleringen endres. Med en definisjon av allmennlegearbeid i § 2 ville betydningen av § 10 fremstå tydeligere.

Ved endring av § 5, slik vi har foreslått, vil dette måtte gjenspeiles i § 16, som ville blitt overflødig.

I § 12 er det ikke skjedd noen endring i antall timer med plikt til å delta i annet allmennlegearbeid i kommunen i forhold til dagens praksis. Dette kan synes noe paradoksalt sett i forhold til ambisjonene knyttet til både de økte krav til legene i kommunene som ligger i den foreslåtte forskriften og samhandlingsreformen generelt. I sum må vi anta at aktiviteter og gjøremål utenom pasientbehandling i fastlegerollen øker i forhold til i dag. Det er høyt fokus på sykehjemslegedekningen og økning av

denne. For at samhandlingsreformen skal lykkes, må det skje en styrking av omfang og kompetanse som faller innenfor allmennlegetjenestebegrepet slik vi forstår det, noe Fylkesmannen mener ikke er tilstrekkelig omtalt i forslaget.

En annen utfordring sett fra befolkningens/brukernes side, er variasjoner i befolkningsmengde på grunn av etableringer av institusjoner eller botilbud knyttet til andre velferdsetater enn helsetjenesten. For Opplands vedkommende ser man at det er utfordringer knyttet til både store barnevernsinstitusjoners og de statlige asylmottakenes behov. Disse medfører store – ofte periodiske – behov for både forsterket allmennlegetjeneste og fastlegekapasitet. Vi observerer at det er svært ulike måter dette er løst på i de ca. halvparten av Opplands kommuner dette gjelder, og vi mottar stadig henvendelser fra kommunenes ledelse om hvordan slike utfordringer kan løses. Forskriften bør inneholde mer presise tiltak for periodiske utfordringer som ikke innebærer tiltak av ad hoc-karakter, som vi erfarer nå er hovedregelen.

Opplistingen i annet ledd er noe upresis. Fengsel ikke er en kommunal institusjon, mens *helse-tjenesten i fengsel* er det. Igjen ville det vært betydningsfullt for forskriftsforståelsen hvis det hadde vært en definisjon av begrepet *allmennlegearbeid*. I opplistingen forekommer også begrepet *medisinsk faglig rådgiving*, som også er et begrep som det ikke nødvendigvis er konsensus om, selv om det er en videreføring av bestemmelsen i lov om helsetjenesten i kommunene.

#### **Kapittel 4. Funksjons- og kvalitetskrav, og krav til rapportering**

I §§ 17-30 fastsettes kvalitetskrav knyttet til fastlegens listeansvar og forsvarlighetskravet i lov om helsepersonell § 4.

Kravet til kvalitet i § 17 er stort sett en videreføring av gjeldende regler. Når «nasjonale faglige retningslinjer skal legges til grunn for fastlegens praksis der slike finnes», stilles det store krav til at disse til enhver tid er oppdaterte.

I §§ 18-20 stilles krav om brukermedvirkning, oversikt over listeinnbyggere og oppsøkende virksomhet. Utover at etterlevelse av disse bestemmelser stiller krav til systematisk overvåking av listepopulasjonen, vil det også medføre et betydelig merarbeid og det rører i betydelig grad ved spørsmålet om det er individets eller samfunnets vurdering som skal legges til grunn for når en person trenger helsehjelp. Fylkesmannen i Oppland støtter forskriftsfesting av brukermedvirkning og at dette sentrale internkontrollelementet får et økt fokus i allmennlegetjenesten – se også vår kommentar til § 23.

Til § 20 om oppsøkende helsehjelp bemerkes at dette vil kunne være uproblematisk i de fleste tilfeller, men ved f.eks. rusproblematikk og overvekt, for å nevne to eksempler, kan *“personens medisinske behov”* vurderes veldig forskjellig og det er langt fra sikkert at listeinnbyggeren vil verdsette en uoppfordret kontakt fra fastlegen med formål å bli pasient, og tilbyr en tjeneste som kan sette listeinnbyggeren i en situasjon som utløser betalingsplikt.

I § 23 foreslås det forskriftsfestet at pasientene skal tilbys time enten innen 2. arbeidsdag etter be-stilling eller innen 5. arbeidsdag etter bestilling. Vi ser nødvendigheten av en tilgjengelighetsbestemmelse, men ser ikke at noen av de foreslåtte modellene vil løse problemet med lang responstid og ventetid for time. For at slike krav skal kunne imøtekommes må nødvendigvis timeboken være ganske åpen med et selvbetjeningsinnslag, og det er fare for at omfanget av planlagte timeavtaler blir nedprioritert, hvilket hovedsakelig vil ramme pasienter med kroniske sykdommer og forebyggende arbeid. Disse pasientgruppene har behov for systematisk og regelmessig oppfølging.

Fylkesmannen i Oppland mener at pasientenes rett til nødvendig helsehjelp til rett tid sikres best ved at det ligger en helsefaglig vurdering til grunn for hastegraden fremfor et generelt krav uavhengig av medisinsk behov. Fylkesmannen i Oppland er usikker på om en generell tidsfrist for konsultasjon bør forskriftsfestes på noen av de måtene som er foreslått, siden etablerte prinsipper om prioriteringer i helsetjenesten det er allmenn enighet om, kan bli rokket ved.

I § 24 foreslås at fastlegen skal tilby time samme dag på anmodning og etter vurdering fra legevakt. Dette ser vi også som et uheldig krav, da det fratrar legen med best kjennskap til pasienten muligheten for at foreta en medisinsk faglig vurdering av hva som er rett innsatsnivå og den beste prioritering.

Fastlegen pålegges i § 27 et ansvar for at *«legemiddelbehandlingen av innbyggerne på listen samlet sett er trygg og effektiv og at legemiddellisten er oppdatert»*. Det er hensiktsmessig at det er slik, men det bør derfor tydeliggjøres hvordan dette skal praktiseres, slik at det sikres at involverte

behandlere er samstemte om legemiddelbehandlingen.

Vi finner at § 30 om tolk overflødig, da dette allerede er lovfestet som en pasientrettighet i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 der kommunikasjon framstår i en bredere betydning enn kun språkforståelse. Det er allerede etablert en praksis om at det er kommunene som har ansvar for at tolk gjøres tilgjengelig.

#### **Kapittel 5. Fastlegeavtalen**

Ingen merknader.

#### **Kapittel 6. Fastlegens lister**

I § 37 videreføres at fulltids kurativ praksis tilsvarer 1500 listeinnbyggere på fastlegelisten. Sett i lyset av de mange økte krav til fastlegefunksjonen finner vi at man bør diskutere om det er hensiktsmessig å fastholde at 1500 listeinnbyggere tilsvarer fulltid og om det ikke er grunn til også å redusere maksimale antall listeinnbyggere fra de foreslåtte 2500.

#### **Kapittel 7. Særlige tiltak ved legemangel**

Ingen merknader.

#### **Kapittel 8. Ikrafttredelse**

Ingen merknader.

#### **Forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen**

Fylkesmannen i Oppland har ingen bemerkninger til denne forskriften utover § 2 vedrørende tidsfrister, hvor vi henviser til ovenstående.

  
Kristin Hille Valla



Beate Golten  
fung. avdelingsdirektør