



# TRONDHEIM KOMMUNE

Rådmannen, kommunaldirektør for helse og velferd

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
Einar Gerhardsens plass 3  
N-0030 OSLO

Vår saksbehandler  
Marit Ringseth Berg

Vår ref.  
11/55034/ G21 &13  
oppgis ved alle henv.

Deres ref.  
201104777-/VAS

Dato  
21.03.2012

## Svar - Høring om revidert fastlegeforskrift

Feil! Fant ikke referanseskilden. Vedlagt følger Trondheim kommunes høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift og saksprotokoll som viser formannskapetets behandling av saken.

Med hilsen  
TRONDHEIM KOMMUNE

Helge Garåsen  
kommunaldirektør for helse og velferd

Marit Ringseth Berg  
seniorrådgiver

*Elektronisk dokumentert godkjenning uten underskrift*

Postadresse:  
TRONDHEIM KOMMUNE  
Rådmannen

Besøksadresse:  
Munkegata 1

Telefon:  
+47 72 54 85 26

Telefaks:  
+47 72546131

Organisasjonsnummer:  
NO 942 110 464

Postboks 2300 Sluppen  
7004 Trondheim

E-postadresse: [radmann.postmottak@trondheim.kommune.no](mailto:radmann.postmottak@trondheim.kommune.no)  
Internettadresse: [www.trondheim.kommune.no](http://www.trondheim.kommune.no)



# Saksprotokoll

---

**Utvalg:** Formannskapet  
**Møtedato:** 20.03.2012  
**Sak:** 50/12

**Tittel:** **Saksprotokoll: Høringsuttalelse revidert fastlegeforskrift**

---

**Resultat:** Behandlet  
**Arkivsak:** 12/13122

## VEDTAK:

Formannskapet vedtar rådmannens forslag til høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift.

## Behandling:

**Merethe Baustad Ranum (H)** foreslo pva H og FrP slikt tillegg:  
*Trondheim kommune vil i tillegg bemerke følgende:*

Forslaget til ny fastlegeforskrift inneholder en rekke nye pålegg for fastlegene, blant annet om oppsøkende virksomhet og rapportering. I høringsbrevet står det for eksempel at fastlegene skal ha oversikt over både tjenestebehovet og legemiddelbruken, samt hvilke faktiske tjenester listeinnbyggerne mottar i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Forslaget inneholder krav om flere hjemmebesøk, maks 48 timers ventetid, samt at 80 prosent av telefonhenvendelsene skal besvares innen to minutter.

I tillegg pålegges fastlegene et større ansvar for alle pasientene på sine lister - også de som *ikke* selv tar kontakt eller ikke ønsker kontakt med fastlegen. Departementet har definert disse som «underforbrukere» av fastlegeordningen. Trondheim kommune mener at dette er en alvorlig inngripen i den enkeltes selvbestemmelsesrett og personlige ansvar for egen helse. Vi mener dette utfordrer et etisk prinsipp for legevirksomhet, som går ut på at individet selv skal få definere sitt ønske om helsetjenester og beholde sin fulle autonomi i kontakt med helsetjenesten.

Samlet sett innebærer forskriften mindre tid til pasientrettet virksomhet, mer byråkrati og en dyrere ordning for kommunen uten at det fører til en helsegevinst.

## *Krav til hjemmelshavere*

Det er i forslaget ikke krav om at hjemmelshavere skal være spesialister i allmenntidmedisin (eller på vei mot). Dette er noe vi har praktisert i Trondheim kommune ved tildeling av hjemmel de senere år, og vi ber derfor om at man også vurderer krav om dette i den nye forskriften.

### *Svartid*

Hva gjelder svartid på telefon, legges det opp at alle henvendelser til fastlegen skal besvares innen to minutter på telefon, og at ingen skal vente lenger enn 48 timer – evt fem virkedager, avhengig av hva departementet vil falle ned på. Trondheim kommune oppfatter at dette vil måtte føre til en dreining av fastlegenes praksis mot flere og kortere konsultasjoner. Trondheim kommune er bekymret for følgene av dette, både fordi en slik dreining av praksis kan medføre at fastlegen overser sykdom eller gir feilaktig behandling, og fordi vil den enkelte fastlege i større grad enn nødvendig vil kunne kompensere med å henvise flere pasienter til spesialisthelsetjenesten. Trondheim kommune mener et pålegg som foreslått, særlig vil gå ut over de mest sykeste pasientene, samt svake grupper som ikke har råd til å kjøpe seg de legetjenestene de trenger utenom det offentlige helsetilbudet.

Koblingen mellom svartid og sanksjoner, oppfattes også som svært uheldig, og bør tas ut av forskriften.

### **Votering**

Innstillinga ble enstemmig vedtatt

Baustad Ranums tilleggsforslag falt mot 4 stemmer (3H, FrP)

Knut Fagerbakke  
Fungerende ordfører

Knut Ole Bleke

*Elektronisk dokumentert godkjenning uten underskrift*

## Saksframlegg

---

### Høringsuttalelse revidert fastlegeforskrift

---

Arkivsak.: 12/13122

---

Formannskapet vedtar rådmannens forslag til høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift.

#### Bakgrunn

Kommunene er gjennom ny lovgivning og nylig igangsatt samhandlingsreform gitt et tydeligere ansvar for kvalitet og tilgjengelighet på nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Dette « sørge for ansvaret» pålegger kommunene blant annet å ha oversikt over tjenestenes kvalitet, hvordan de ulike deltjenestene samarbeider for å skape helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp, og at alle tjenester har fokus på helsefremmende, forebyggende og mestringsorientert praksis.

Forslag til revidert fastlegeforskrift er ett av flere tiltak som er ment å bidra til at kommunene kan ivareta sin nye rolle, sitt tydeligere «sørge for ansvar».

Legetjenesten (allmennlegetjenesten) er en svært viktig del av helsetjenesten og ivaretar den primære lege- pasientkontakten, samtidig som allmennlegene har en viktig funksjon i forhold til andre deler av helsetjenesten. Allmennlegene har også en svært viktig rolle for å nå de overordnede målene i Samhandlingsreformen, som bl.a. 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, endret kommunerolle)
- Helsetjenestene skal være mer helhetlige og koordinerende

Allmennlegetjenesten har siden 2001 vært organisert gjennom fastlegeordningen.

Det ble gjort en evaluering av fastlegereformen av Norges forskningsråd (2001 – 2005), som viser bl.a. at reformen har bedret tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten, gitt kortere ventetid og bedre legedekning. Kontinuiteten til legetjenesten og retten til å ha en fastlege er også verdsatt av befolkningen. Flere undersøkelser blant innbyggerne viser at befolkningen generelt er godt tilfreds med fastlegeordningen.

Likevel pekes det i høringsnotatet på flere utfordringer, som er nevnt i St.melding 47, Samhandlingsreformen og i Nasjonal helse- og omsorgsplan.

**Følgende utfordringer er beskrevet i høringsnotatet til revidert fastlegeforskrift:**

## Trondheim kommune

- Mange kommuner opplever at fastlegene ikke er tilstrekkelig integrert i det kommunale tjenesteapparatet. Dette til tross for at de har en sentral rolle i å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til pasientene. Fastlegene bør derfor integreres bedre i den øvrige kommunehelsetjenesten, slik at kompetansen deres kan utnyttes bedre og for å sikre enda bedre samordning med andre deler av det kommunale tjenesteapparatet.
- Forebygging og oppsøkende virksomhet skjer i for liten grad.
- Det eksisterer uklare forventninger til fastlegene og hva det er rimelig at fastlegene kan overkomme av arbeidsoppgaver.
- Det er store variasjoner når det gjelder henvisningspraksis.
- Kvalitet og forskning er for lite vektlagt i dagens fastlegeordning..

Høringsbrev og høringsnotat med forslag til revidert fastlegeforskrift ble sendt ut fra Helse- og omsorgsdepartementet 22.12.2011, med høringsfrist 22. mars 2012.

Målet med de forslag som fremkommer i høringsnotatet, er å bidra til en bedre legetjeneste i kommunene ved at rammevilkårene for allmennlegetjenesten utvikles i en retning som sikrer stat og kommune gode styringsmuligheter, og som fremmer:

- Styrket kvalitet, trygge, sikre, virkningsfulle, tilgjengelige, koordinerte og rettferdig fordelte tjenester der ressursene utnyttes på en god måte.
- Mer innsats på å begrense og forebygge sykdom der dette er effektivt herunder aktiv oppfølging av kronikere og andre pasienter med særskilt risiko for sykdom og behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten samt tilstrekkelig oppfølging av sårbare grupper som ofte ikke selv oppsøker lege.
- Tettere samhandling med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester.
- God geografisk legefördeling og god rekruttering til allmennlegetjenesten bl.a. med fokus på å sikre større stabilitet i legedekningen i distriktskommuner.

I høringsnotatet foreslår departementet blant annet:

- En presisering av kommunens ansvar for fastlegeordningen.
- En presisering av fastlegens listeanvar, herunder innføringen av krav til funksjon og kvalitet i tjenesten, bla krav til tilgjengelighet, hjemmebesøk, legemiddelgjennomganger, krav til journalsystem og sykemeldingsarbeid.
- En forskriftsfesting av sentrale sider ved ordningen som i dag er avtaleregulert
- Plikt til rapportering til kvalitets- og styringsformål.
- Økonomiske sanksjoner mot fastleger ved manglende oppfyllelse av avtalen.
- At kommunen etter anmodning fra fastlege kan flytte truende og voldelige pasienter fra fastlegen til en annen fastlege, uten pasientens samtykke.

### Vurdering av revidert fastlegeforskrift

Trondheim kommune er enig i formålet med fastlegeordningen slik det er beskrevet i høringsnotatet. Formålet er å videreutvikle fastlegeordningen og gjøre den enda bedre for brukerne og til et enda bedre redskap for god samhandling i kommunene og mellom kommunene og helseforetakene. Intensjonen i høringsforslaget er god, og det meste av det som omhandler kvalitetsutvikling i fastlegetjenesten er bra forslag isolert sett.

En del legesentre i Trondheimsregionen jobber i dag langt på vei etter de standarder som er foreslått i forskriften, mens andre mangler en del. Dette er situasjonen også i resten av landet.

## Trondheim kommune

Et viktig formål med revidering av forskrift og avtaler må være å oppnå mer likhet angående kvalitet på fastlegenes tjenester.

En revidert fastlegeforskrift må gi retninger og prinsipper. Den bør bygge på målsetningen om økt kvalitet i tjenesten og økt tilgjengelighet for de som trenger det mest. Forskriften må også legge grunnlaget for at fastlegene blir en mer integrert del av kommunehelsetjenesten.

Høringsnotatets funksjons- og kvalitetskrav beskriver sentrale områder for god kvalitet, og vi støtter en slik bedre tydeliggjøring av listeansvaret. Men utkastet er altfor detaljert på en del felter, og vil bidra til å skape krav og forventninger som blir vanskelig å etterleve. En del av forslagene er også mangelfullt utredet angående konsekvenser.

Det blir for omfattende å kommentere hver enkelt paragraf. Det er allerede kommet mange innspill i den offentlige debatt, og det gir grunnlag for å komme fram til bedre utforminger.

Vi ønsker en noe mer generell ramme i forskriften og at konkretisering, detaljer og lokale tilpasninger legges til avtaler mellom kommunen og fastlegene i den enkelte kommune. Dette vil sikre bedre lokal forankring og delaktighet, både for kommunene og fastlegene.

### Vi vil gi innspill innenfor følgende områder:

#### **Samarbeid, gjensidig tillit og god dialog.**

Dette er en grunnleggende forutsetning for å utvikle god kvalitet på tjenestene.

Trondheim kommune har hatt fastlegeordning fra forsøket startet i 1993 og har lang erfaring med god og tillitskapende relasjon mellom kommunen og fastlegene. LSU (lokalt samarbeidsutvalg) har i alle år hatt en aktiv rolle og en viktig innvirkning på faglig utvikling. Eksempelvis godkjente LSU at individuelle avtale fra 2001 ga legene plikt å delta i basismøter, samt at de kvalitetsstandarder som vedtas i LSU skal være førende for alle fastlegenes praksis. En slik standard i dag er at fastlegene på forespørsel skal ta hjemmebesøk innen 5 virkedager til pasienter som har hjemmesykepleie (hvor det ikke er et akuttbehov). Etter enighet i LSU har Trondheim kommune også gjennomført registrering av ventetid på telefon, forskrivning av narkotiske og vanedannende medikamenter, samt brukerundersøkelse på legesentrene. Trondheim har derfor allerede innført noen av de forslagene som nå skisseres i utkast til revidert forskrift, etter drøfting og enighet i LSU. Med disse gode erfaringene anbefaler Trondheim kommune at LSU får en større plass i utformingen av fastlegeordningen i kommunene. Eksempelvis kan dette omfatte drøfting og tilråding av lokale kvalitetsstandarder, utforming og gjennomføring av for eksempel brukerundersøkelser og telefontilgjengelighet, uthenting og bruk av kliniske og pasientadministrative data fra legenes elektroniske pasientjournal (EPJ), samt tilrådinger ang for eksempel avtalebrudd fra enkeltleger. LSU som samarbeidsforum er ikke nevnt i høringsutkastet.

**Ang. § 18 (brukermedvirkning) og § 23 (telefontilgjengelighet)** er dette to områder som kommunen og fastlegene bør samarbeide om, slik det er gjort tidligere i Trondheim. Her organiserte kommunen undersøkelser om brukermedvirkning og telefontilgjengelighet. Dette bidro til en mer enhetlig undersøkelse og bedre samarbeid om disse. Høringsutkastet sier at fastlegene selv skal stå ansvarlig for dette. Fordelene med at kommunen organiserer disse områdene er at det kan brukes lik metode og resultatene blir mer sammenlignbare mellom legekantorene.

### Sanksjoner

Slik dette er skissert i høringsforslaget, blir det problemfylt fordi det står i motsetning til å skape en god ramme for dialog og samarbeid. Når den ene parten i en samarbeidsrelasjon samtidig har virkemidler til å straffe økonomisk, vil det ha negativ innvirkning på tillit og samarbeidsklima. I tillegg vil det for kommunen være vanskelig å iverksette sanksjoner slik det er skissert, og det vil forutsette et betydelig merarbeid til undersøkelser og saksbehandling. For mange av høringsforslagets paragrafer vil det også være vanskelig å kunne dokumentere svikt. En trussel om straff og sanksjoner slik de fremkommer i forslaget, er dårlige virkemidler til å skape bedre kvalitet i tjenesten.

Kommunene må likevel ha mulighet til sanksjoner som ved å si opp avtaler med fastleger som åpenbart og til tross for dialog, gjentatte ganger bryter avtaler og forskrift. Dette må reguleres av en prosedyre som også ivaretar legens juridiske rettigheter.

### Ressursbruk og legeårsverk.

Høringsutkastet har en rekke forslag som til sammen vil berøre de fleste sider av fastlegenes daglige gjøremål. Det er vanskelig å si hvor mye økt tidsbruk hvert enkelt forslag vil innebære, men ser en alle forslag under ett, vil det kunne gå ut over tilgjengeligheten til fastlegen. I tillegg har utviklingen de siste 10 årene gått i retning at fastlegene har fått overført nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, en utvikling som vil fortsette ved innføring av samhandlingsreformen. Samtidig har legesøkningen generelt i befolkningen økt. Avtaleverket fra 2001 har et normtall på listene på 1500 personer for full kurativ praksis, med fradrag for tid i kommunal bistilling (inntil 1 dag).

Høringsforslaget viderefører samme normtall og åpner for at legene kan tilpliktes dette tallet. Dette normtallet mener vi er for høyt, fordi kravene i revidert forskrift vil kreve mer tid og fordi fastlegenes arbeidsoppgaver har økt de siste 10 årene. Listetaket bør justeres ned til 1300 pasienter tilsvarende full kurativ uke med fratrekk for dager i annen kommunal bistilling.

### Et felles løft for utviklingen av en bedre fastlegeordning

Etableringen av fastlegereformen i 2001 var et felles løft fra sentrale myndigheter, kommunene (KS) og legene (Legeforeningen).

Den reviderte forskriften legger opp til et kvalitetsløft for fastlegeordningen. Slik høringsforslaget er utformet er det bare kommunene og fastlegene som skal iverksette dette. Det er ikke vist til at sentrale myndigheter skal tilpliktes noen oppgaver. Som ved innføring av fastlegeordningen i 2001, mener vi at den viktige videreutviklingen som nå skisseres ikke vil være mulig uten at også sentrale myndigheter bidrar.

Sentrale myndigheter må etter vårt syn bidra på følgende områder:

- Utvikle og bekoste et rapporteringsverktøy i samarbeid med de 3 journalleverandørene (EPJ) i allmennlegetjenesten. Slik høringsutkastet er utformet blir ansvaret her lagt til den enkelte fastlege; noe vedkommende umulig kan realisere. En slik utvikling av IT-løsninger må skje i samarbeid mellom sentrale



## Trondheim kommune

myndigheter og de 3 EPJ-leverandørene med påtrykk og finansiering av sentrale myndigheter. Denne modellen har fungert bra ved utvikling av E-resept (elektroniske resepter), og de erfaringene må det bygges videre på.

- Bidra til å utvikle dagens EPJ-systemer slik disse kan gi fastlegene mulighet å oppfylle forskriftens § 19 kravet om oversikt over listeinnbyggerne.
- En konsekvens av at listetak må nedjusteres til 1300 er at basistilskuddet pr person på listen sannsynligvis bør øke.
- Hvis høringsforslaget skal realiseres i nåværende form, vil det kreve betydelig økte ressurser og kompetanse for kommunene for å administrere og drifte ordningen. Dette vil gjelde bl.a. håndtering av data for styring og kvalitetsformål fra fastlegene, samt overvåkning av tjenestekvaliteten til hver enkelt fastlege, vurderinger om forskriften blir brutt og praktisk og juridisk arbeid rundt evt. sanksjoner.

### Fare for utilsiktede "vridningseffekter"

Dersom det blir utviklet kontrollsystemer med mulighet for uhensiktsmessige sanksjoner, kan det medføre at fastlegene tilpasser sin praksis slik at de unngår å bli "straffet" økonomisk. Noen eksempler på hvordan dette kan foregå er følgende:

- Frykt for sanksjoner gir sterkere "tidsklemme" og kan medvirke til kortere konsultasjonstid og økt antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Pasienter med psykiske vansker trenger gjerne mer tid og kan bli rammet av dette.
- Innføring av for eksempel kølappsystemer med kraftig økt tid på venterommet for å tilfredsstille krav om time innen definert antall dager.
- Nedprioritering av "svake" pasientgrupper og øyeblikkelig-hjelpfunksjonen fordi kravet er at "alle" skal ha time innen 2 (5) dager.
- Tilpasning av journalføring, for eksempel hvilke diagnoser som velges, for å tekkes rapporteringssystemer.

### Oppsummering

Intensjonen med den reviderte forskriften er god med hensyn til målsetningen om å heve kvaliteten, øke tilgjengeligheten og bidra til en legepraksis som er mer innrettet på å forebygge sykdom og bidra til god folkehelse. Forslaget peker imidlertid i liten grad på hvilke virkemidler som skal sørge for at dette skjer.

Det reviderte forslaget stiller krav både til kommunen og til legene mht mer oppfølging, mer samarbeid, kortere responstid osv. Dette vil nødvendigvis bety merarbeid for alle parter.

Under kap.6 økonomiske og administrative konsekvenser i revidert forskrift konkluderes det med at de aller fleste endringer ikke vil få økonomiske konsekvenser, med unntak av at det vil kreve ressurser fra statlige helsemyndigheter å utrede hvilke rapporteringskrav som skal gjelde. Dette er ikke troverdig da endringene vil medføre økt ressursbehov både hos fastlegene og i kommunene.

Med den mengden av merarbeid den reviderte forskriften pålegger fastlegene, må arbeidsoppgavene enten løses ved at det eksisterende fastlegekorpset må jobbe mer, eller ved at flere legehjemler opprettes. Begge alternativer vil føre til merutgifter for stat og kommuner.

## Trondheim kommune

Mange mindre kommuner har en historie med rekrutteringsproblemer, og flere har derfor individuelle avtaler med legene som tar høyde for slike utfordringer. Andre kommuner har legene på fastlønn. For disse kommunene vil ikke inndragning av basistilskuddet utgjøre noen trussel. Formålet med forskriften skal være at alle innbyggere får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid. Med tanke på at det eksisterer store variasjon i de individuelle avtalene mellom kommunene og legene i dag, ville det være ønskelig at revidert forskrift setter tydeligere generelle rammer for lokale avtaler for å sikre at det blir et likverdig tilbud uavhengig av geografi og kommunestørrelse.

Kommunen støtter i hovedsak forslaget til revidert fastlegeforskrift. Forutsetningen for at denne forskriften skal bli et positivt styringsredskap og danne grunnlaget for den lokale dialogen og eventuelle avtaler med utgangspunkt i lokale forhold og gjeldende forskrift, er at finansieringen av både av økning i antallet hjemler og kortere listelengder ikke medfører en kostnadsøkning for kommune, og i en mer realistisk listelengde som norm.

Trondheim kommune ber Helse og omsorgsdepartementet inngå drøftinger med KS og Legeforeningen for å avklare uenighetspunkter, drøfte fram mulige alternativer samt framforhandle konsensus om vesentlige mål med den reviderte forskriften. Målsettingen med forskriften må være tydeligere koblet til kommunenes ansvar for å realisere samhandlingsreformens målsettinger.

### Økonomiske konsekvenser

Revidert fastlegeforskrift slik den foreligger i høringsnotatet i sin nåværende form, vil kreve betydelig økte ressurser for kommunen for å administrere og drifte ordningen. Dette gjelder bl.a. håndtering av data for styring og kvalitetsformål fra fastlegene samt overvåking av tjenestekvaliteten til hver enkelt fastlege. I tillegg kommer vurderinger dersom forskriften blir brutt, samt praktisk og juridisk arbeid rundt eventuelle sanksjoner. Dette må kompenseres gjennom statlige tilskudd til kommunene.

Rådmannen i Trondheim, 07.03. 2012

Helge Garåsen  
kommunaldirektør

Torgeir Fjermestad  
Overlege/rådgiver

Marit Ringseth Berg  
seniorrådgiver

*Elektronisk dokumentert godkjenning uten underskrift*

2 Vedlegg:

Høringsbrev og høringsnotat fra helse og omsorgsdepartementet