



Helse- og omsorgsdepartement

**Deres ref.:**

**Vår ref.:**  
KNESLAND  
S11/6812

**Arkivnr:**  
G21 &13  
L199274/12

**Dato:**  
08.03.2012

Ved henvendelse vennligst oppgi referanse S11/6812

Svar Asker kommune - Høringsbrev om revidert fastlegeforskrift

## Høring - Revidert fastlegeforskrift

Høringsinnspillet har to hoveddeler. Del 1 tar for seg generelle betraktninger knyttet til den reviderte fastlegeforskriften. Deretter kommenteres helheten i den reviderte forskriften. Fastlegeordningen vil også bli sett i sammenheng med den konteksten den skal være en del av. Del 2 tar for seg de deler av forskriften som har særskilt betydning for den nye kommunerollen.

### 1. Generelle betraktninger

Det har vært store forventninger til den reviderte fastlegeforskriften. I januar trådte ny helse- og omsorgstjenestelov i kraft. Samhandlingsreformen stiller krav til en ny kommunerolle. Gode og riktige fastlegetjenester, og god samhandling mellom fastlegene, kommunen, spesialisthelsetjenesten og brukerne er sentralt for å lykkes med reformens intensjoner. Asker kommune har følgende betraktninger:

#### 1.1 Er den reviderte fastlegeforskriften et egnet virkemiddel for å møte samhandlingsreformens intensjon om utvikling av allmennlegetjenestene og fastlegeordningen?

Asker kommune ønsker at fastlegevirksomheten i større grad skal bli en integrert del av kommunehelsetjenesten. Det lå derfor en forventning om at den reviderte fastlegeforskriften i større grad ville ha et innhold som ville følge opp de forventede endringer i kommunehelsetjenesten som følge av samhandlingsreformen. Asker kommune er skeptiske til den reviderte forskriftens vektlegging av detaljert forskriftsstyring og mener at avtalestyring, kombinert med informasjons- og dialogstyring, er en bedre løsning. I det øvrige arbeidet med oppfølging av samhandlingsreformen legges det ellers betydelig vekt på avtaler om samarbeid og samhandling i praksis.

Asker kommune har et behov for å sikre at allmennlegetjenesten og fastlegeordningen blir organisert og virker på en slik måte at kommunen fyller lovkrav og befolkningens behov for medisinske tjenester. Det er en ønsket utvikling at fastlegene blir en mer integrert del av kommunens helsetilbud, og at de får større innflytelse på utarbeiding av kommunens helseplaner og – tilbud. Dette er spesielt viktig med tanke på videre arbeid med samhandlingsreformen. Fastlegenes kompetanse og kunnskap om befolkningens helsetilstand vil være sentralt med tanke på videreutvikling av tjenestetilbudet og for å sikre helhetlige pasientforløp.

*Anbefaling: Kommunene har ansvar for å sikre god styring og utvikling av allmennlegetjenestene og fastlegeordningen. For å sikre god integrering av fastlegetjenesten anbefaler vi derfor at fastlegeforskriften begrenses mht detaljerte operasjonelle og detaljerte krav men i større grad legger opp til samhandling, og at krav til avtaler om samarbeid mellom fastlegene og kommunene blir tydeligere.*

*Økt deltagelse fra fastlegene i allmennmedisinske legetjenester vil måtte godtgjøres på vanlig måte.*

## 1.2 Fastlegerollen - mer av alt

Det er fra helsemyndighetene uttalt at denne revisjonen skal gi nytt innhold i fastlegeforskriften. Den reviderte fastlegeforskriften beskriver en fastlegerolle hvor fastlegen skal gjøre litt mer av alt. Asker kommune kan vanskelig se at dette er mulig innenfor dagens ressursituasjon – verken for den enkelte fastlege eller kommunens samlede fastlegekorps. Kommunene stilles overfor store utfordringer med utvidet ansvar for helsetjenestene, og det forventes derfor at fastlegeforskriften i større grad får et innhold som bidrar til å styrke kommunens og fastlegenes handlingsrom for å møte samhandlingsreformens krav. Fastlegeforskriften, slik forskriftsutkastet foreligger, vil ikke kunne løse alle kommunens allmennlegeoppgaver.

Kostnader til fastlegeordningen dekkes i utgangspunktet av staten, mens kommunene administrer ordningen. En økning i enten antall fastleger og/eller i antall fastlegeoppgaver med behov for kontrolloppfølging av kommunen, vil også øke det kommunale behovet for administrativ oppfølging.

*Anbefaling: Asker kommune anbefaler at fastlegeforskriften tydeligere viser fastlegenes rolle i kommunehelsetjenesten og ansvaret for å bidra til å nå samhandlingsreformens intensjoner, slik at dette kan innarbeides i avtalene mellom kommune og fastlege slik den enkelte kommune finner det hensiktsmessig. Videre anbefales konsekvensen av at utvidede funksjoner og arbeidsoppgaver synliggjøres gjennom en økning i antall fastleger.*

## 1.3 Detaljeringsgrad

Den reviderte fastlegeforskriften har stor detaljeringsgrad. Asker kommune mener dette bidrar til å sementere dagens fastlegerolle. Hvordan fastlegene skal organisere seg for å sikre brukerne tilgjengelighet på tjenester bør ikke forskriftsfestes. Bruk av SMS i bestilling av time er et eksempel på unødvendig og uhenksom forskriftsfesting. Forskriften bør i større grad definere **ønsket resultat** som for eksempel at tjenestene skal sikre brukerne tilgjengelighet, framfor å definere hvordan dette skal oppnås.

*Anbefaling: Forskriften bør være mer overordnet og utformes slik at den stimulerer til utvikling av tjenestene. Detaljer bør omtales i avtaler.*

## 1.4 Utdanning og rekruttering av leger til kommunehelsetjenesten

Asker kommune, og Norges kommuner for øvrig, trenger solid medisinsk kompetanse for å oppfylle kravene i samhandlingsreformen. Det er positivt at både samfunnsmedisinsk og allmennmedisinsk kompetanse etterspørres i samhandlingsreformen. Asker kommune er imidlertid bekymret for utdanning og framtidig rekruttering til allmennlegetjenesten og samfunnsmedisin. Legeutdanningen er fortsatt i stor grad basert på spesialisthelsetjenestens premisser. Det stilles ikke krav til at fastleger har spesialistutdanning i allmennmedisin. Det er ikke utdanningsstillinger rettet mot funksjon som kommuneoverlege eller fastlege. Turnustjenesten forsvinner i 2013/14. Det er usikkert hva disse forholdene samlet vil bety for rekrutteringen til allmennmedisin.

Fastlegenes gjennomsnittsalder er høy og jevnt økende år for år, og rekrutteringen til fastlegeordningen er svak. Det er opprettet forholdsvis få stillinger siste 10 år. Dette kan tyde på at fastlegetjenesten er blitt gradvis mindre attraktiv, særlig for yngre leger. Det uttrykkes bekymring for om den nye forskriften kan forsterke denne negative utviklingen, noe som igjen kan true hele fastlegeordningen.

Parallelt med denne revisjonen savnes konkrete tiltak for å styrke rekruttering og utdanning av nye allmennleger. Det foregår svært lite forskning i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Når de kommunale helsetjenestene skal gjennomgå en retningsreform, er det grunnleggende med god evaluering av tiltakene som gjennomføres. Asker kommune mener derfor at det må skje en rask tilrettelegging for økt forskningsinnsats.

*Anbefaling: Asker kommune anbefaler at det parallelt med arbeidet med revidert fastlegeforskrift gjøres et arbeid for å styrke utdanning og forskning, og dermed legge til rette for styrket rekruttering.*

### 1.5 Økonomiske rammebetingelser

De økonomiske og administrative konsekvenser av samhandlingsreformen er etter Asker kommunes vurdering sterkt underkommunisert. Kommunene tillegges i et større ansvar for flere deler av fastlegetjenesten, både når det gjelder forsvarlighet, kvalitet og funksjonskrav. Dette forutsetter en tettere oppfølging av tjenesten når det gjelder kvalitetssikring, innhenting og analyse av data fra fastlegene. Dette er arbeid som krever en styring av kommunens samfunnsmedisinske ressurser.

*Anbefaling: Asker kommune anbefaler at de økonomiske rammevilkår knyttet til fastlegeordningen og den kommunale legetjenesten utredes nærmere. Fastlegeordningen må gis rammevilkår som står i forhold til det ansvar og de oppgaver kommunene har fått for helsetjenestene.*

## 2 Spesifikke kommentarer til forskriften

### 2.1 Kapittel 2, Kommunen

I kapittel 2 omtales kommunens ansvar. Kommunene har etter helse- og omsorgstjenesteloven et sørge-for ansvar for at alle som oppholder seg i kommunen får de nødvendige helsetjenester. § 7 i revidert fastlegeforskrift går utover dette sørge-for ansvaret og fastslår at "Kommunens ansvar for forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i kommunens helsetjeneste jf. helse- og omsorgstjenestelovens §§ 4-1 og 4-2, gjelder all allmennlegevirksomhet, herunder legevaktjenesten". Det er uklart hvor langt kommunens ansvar skal gå. Fastleger har et selvstendig ansvar som helsepersonell for forsvarlighet når det gjelder utøvelsen av faget. Kommunene har ikke tilsynsmyndighet for fastlegene, men skal etter forskriften likevel ha et vidtrekkende ansvar.

*Anbefaling: Asker kommune anbefaler at helsemyndighetene presiserer hvor langt dette ansvaret strekker seg slik at vi kan sikre klare ansvarsforhold mellom kommune, fastlege og tilsynsmyndighet.*

### 2.2 Kapittel 3, Fastlegen

Hver for seg representerer paragrafene i dette kapittelet en tydeliggjøring av fastlegenes rolle og oppgaver. Det er imidlertid knyttet bekymring til at omfanget av oppgaver for hver fastlege kan bli for stort.

Asker kommune forutsetter derfor at dette vil følges opp av økonomiske virkemidlene til økt antall fastleger, slik at det kan sikre kontinuitet og oppfølging både sett fra bruker og kommunens side.

*Anbefaling: Asker kommune forutsetter at fastlegeforskriften følges opp med virkemidler som sikrer rekruttering og utvikling av flere fastleger. Videre anbefaler vi at forskriften begrenses til å nedfelle målsetning og rammer for fastlegens rolle og oppgaver, mens omfanget i detalj reguleres av sentralt inngåtte avtaler mellom partene samt lokale fastlegeavtaler.*

### 2.3 Kapittel 4, Funksjons- og kvalitetskrav, og krav til rapportering

Asker kommune er tilfreds med at det i ny forskrift legges vekt på funksjons- og kvalitetskrav. Dette kapittelet bærer imidlertid preg av uhensiktsmessig detaljstyring hvor enkelte paragrafer mer har form av kvalitetsindikatorer enn kvalitetskrav. Asker kommune ønsker at det skal utvikles reelle kvalitetsindikatorer for fastlegetjenesten, men den enkelte indikator bør ikke forskriftsfestes. Kvalitetsindikatorer utvikles best i samarbeid mellom kommunene (KS), fastlegene (Legeforeningen) og Staten, og bør nedfelles i avtaler, ikke forskrift. Aktuelle kvalitetsmål fastsettes i hver enkelt fastlegeavtale, tilpasset lokal situasjon.

Asker kommune har følgende konkrete innspill til endringer:

- Oversikt over listeinnbyggere i § 19 må baseres på foreliggende journalinformasjon så lenge det ikke finnes systemer for oversikt.
- § 21 bør omformuleres slik at fastlegene har ”en sentral rolle i koordineringen”.
- Forslaget i § 23 om å regulere ventetid på telefon og tid for time er lite hensiktsmessig. Fastlegen må ha ansvar for å organisere sin virksomhet slik at de sikrer tilgjengelighet basert på en medisinskfaglig vurdering av behov. **Det er med andre ord grad av behov for hjelp og hast som skal avgjøre tilgjengeligheten.**
- §§ 24 og 25 om øyeblikkelig hjelp og hjemmebesøk oppfatter vi som en viktig videreføring og styrking av dagens bestemmelser.
- § 27 om legemiddelforskrivning er viktig, men bør omformuleres slik at den ikke setter spesifikk grense ved 6 legemidler.
- § 29 om elektronisk pasientjournal er for detaljert.

*Anbefaling: Forskriften revideres slik at den i mindre grad bærer preg av styring gjennom indikatorer og i større grad definerer innhold og ønsket kvalitet for innbyggerne.*

### 2.4 Kapittel 5, Fastlegeavtalen

Asker kommune er kjent med at § 36 om sanksjoner har vakt reaksjoner.

Som allerede nevnt i pkt 1.2 synes omfanget av fastlegens oppgaver etter vårt skjønn å overstige fastlegens kapasitet, og de fleste fastleger vil trolig oppleve å være i en misligholdssituasjon, men at dette kan være vanskelig å vurdere ettersom mange av kravene er kvalitative. En sanksjonsordning vil kunne være et rimelig virkemiddel i et avtaleforhold hvis den fremstår som et forholdsmessig og rimelig virkemiddel i lys av partenes situasjon. Asker kommune mener derfor at rammene for en sanksjonsordning kan innarbeides i forskriften, men iverksettelse, valgte kriterier som skal oppfylles og straffeutmåling må fastsettes i den enkelte avtale slik det synes hensiktsmessig i lys av kommunens situasjon og de avtalte

oppgaver. En nasjonal veileder som sikrer lik anvendelse av rammeverket bør utarbeides av partene i samarbeid

*Anbefaling: Asker kommune mener at forskriften bør inneholde rammer for en sanksjonsordning, som kan iverksettes etter forhandling mellom leg og kommune i fastlegeavtalen. Asker kommune forutsetter at partene i samarbeid utarbeider en nasjonal veileder i anvendelse av sanksjonstiltak.*

## 2.5 Kapittel 6, Fastlegens lister

Asker kommune har under punkt 1.2 om fastlegerollen forstått den nye forskriften slik at fastlegen skal gjøre "litt mer av alt". Normallisten ble innført for ti år siden med et annet innhold i fastlegerollen. I dag er gjennomsnittslisten snaut 1200 listeinnbyggere. Asker kommune er bekymret for at den arbeidsbelastning fastlegene vil utsettes for hvis det ikke gjøres endringer i forskriften, vil gå utover tilbudet til befolkningen. Selv om listekravet ideelt burde være lavere enn 1500 vil vi understreke at kommunene i visse situasjoner har behov for å kunne pålegge fastlegene lister opp mot 1500.

Kommunene stiller spørsmål ved at det åpnes for at lister kan ha inntil 2500 listeinnbyggere dersom fastlegen selv ønsker det. Med så mange listeinnbyggere hos en fastlege stilles det store krav til kommunens systemer for oppfølging av organisering, kvalitet og tilgjengelighet.

*Anbefaling: Asker kommune anbefaler at listekravet i forhold til fulltids kurativ virksomhet utredes videre for å sikre kvalitet og tilgjengelighet i tjenestene.*

## 3. Avslutning

Lov- og forskriftsendringene innebærer en ny kommunerolle og nye oppgaver for allmennlegetjenestene. Dette er også i samsvar med Samhandlingsreformens intensjoner. Denne nye kommunerollen definerer et tydeligere kommunalt ansvar for faglig forsvarlighet i helsetjenesten. Dette krever organisatoriske endringer og løsninger som vil ha en kostnad. I tillegg vil kommunen, for å ivareta den nye kommunerollen, måtte utvikle eller skaffe seg ny kompetanse både innenfor helsefagområdene og innenfor administrative funksjoner. For å løse disse oppgavene er det behov for tilrettelegging av utdanning, rekruttering og utvikling av nødvendig kompetanse, ny arbeidsfordeling og bedre integrering av fastlegeordningen som del kommunehelsetjenesten.

Asker kommune mener at omfanget av legeoppgaver ikke står i forhold til de tilgjengelige ressurser, verken økonomisk eller personellmessig. Mindre tid til konsultasjoner og pasientoppfølging vil også kunne føre til hyppigere henvisninger til annenlinjetjenesten for å møte egne kapasitetsproblemer og krav til ventetider. Spesielt i kommuner med få fastleger og store avstander vil kravene i den reviderte forskriften være større enn de realistiske mulighetene.

Styrking av legetjenesten i kommunen kan skje både ved økning i antall fastleger, eller ved etablering av fastlønte hel-/deltidsstillinger for å utføre allmennlegetjenester. Det er videre et spørsmål om takstsystemet kunne brukes aktivt for å oppnå ønskede helsetjenester, i tillegg til økt antall fastlegehjempler. Asker kommune anbefaler at det utvikles incitament for å sikre samarbeid mellom fastlegene og kommunehelsetjenesten. Det anbefales også at det utredes muligheten for at kommunalt ansatte leger, psykologer og helsesøstre kan benytte offentlige takster på lik linje med fastlege og psykologer med offentlig avtale.

I kommunaldepartementets presentasjon av den ferske Stortingsmeldingen om "Stat og kommune – styring og samspel" (St. Meld. 12 2011-2012) legges det vekt på at kommunene skal ha handlingsrom for å drive gode og effektive velferdstjenester i livskraftige lokalsamfunn. Asker kommune er bekymret for at detaljeringsgraden i den reviderte fastlegeforskriften i praksis innebærer sterkere statlig styring framfor å øke kommunenes handlingsrom.

Asker kommune anbefaler at det ytes en økning i rammeoverføring til kommunene, som en alternativ tilnærming til ensidig pålegg av nye oppgaver til fastlegene. Dette vil kunne gi kommunene mulighet til å utarbeide lokalt tilpassede løsninger i forhold til folkehelse, kurative og forebyggende tjenester innen primærhelsetjenesten. Dette ville også være i tråd med tankegangen i nytt lovverk som vektlegger profesjonsnøytralitet i den kommunale helsetjenesten.