



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

(sendes kun som vedlegg til e-post)

Høringsuttalelse – forslag til revidert fastlegeforskrift

INNLEDNING.

Fylkesmannen i Buskerud viser til Helse- og omsorgsdepartementets ekspedisjon av 20.12.11 hvor forslag til revidert fastlegeforskrift ble sendt på høringsrunde med høringsfrist 22.03.12

Fylkesmannen i Buskerud deler departementets syn på behovet for å revidere gjeldende fastlegeforskrift, slik at kommunens ansvar for fastlegeordningen presiseres, at fastlegens listeansvar defineres nærmere med hensyn til krav til funksjon og kvalitet i tjenesten, sikring av god tilgjengelighet og sikrere ordninger for de som ikke selv etterspør fastlegen, for hjemmebesøk og for individrettet forebygging.

I denne høringsuttalelsen vil Fylkesmannen i Buskerud gi sine kommentarer til de av forslagene i ny forskrift som fra Fylkesmannens side framstår som problematiske. Fylkesmannen vil også presentere noen generelle betraktninger og bekymringer rundt forslaget til ny forskrift.

Fylkesmannen i Buskerud vektlegger to overordnede perspektiver – ivaretagelse av det samfunnsmedisinske fagområde i kommunene, samt kvalitet og brukermedvirkning i den samlede helse- og omsorgstjeneste i kommunene.

GENERELLE OG PRINSIPIELLE BETRAKTNINGER.

I dette avsnittet vil Fylkesmannen komme med noen generelle og prinsipielle betraktninger rundt det fremlagte forslag til ny fastlegeforskrift og kommentere det Fylkesmannen finner er gjennomgående uklarheter og svakheter.

A. Departementets forståelse av forskriftens pliktsubjekt; den enkelt fastlege eller fastlegevirksomhet.

I flere av de foreslåtte paragrafene må det defineres klarere om det er fastlegen som enkeltstående selvstendig næringsdrivende, eller fastlegevirksomheten som er tenkt som pliktsubjekt. Mange av forslagene som retter seg mot ”fastlegen” omhandler/involverer også

fastlegevirksomheten i betydningen den gruppepraksis som fastlegen som oftest er en del av. I noen tilfeller definerer forskriften lovpålagte plikter som fastlegen ikke kan utføre alene.

Eksempler:

- §§ 10, 23 og 32 – det må avklares hva som er å forstå med ”åpningstid”.
- § 13 – om organisert tjeneste for øyeblikkelig hjelp i kontortiden og vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger.

B. Forskrift eller intensjonsavtale?

Forslaget til ny fastlegeforskrift uttrykker mange gode intensjoner og angir riktig retning i funksjons- og kvalitetskravene som stilles til fastlegene, men mange av forslagene framstår som ”umodne” for forskriftsfesting og får dermed mer preg av intensjoner.

Eksempler:

- § 19 – fordrer mye IKT utvikling før dette kan realiseres.
- § 26 – en ”riktig” henvisningspraksis forutsetter at kommunen/bydelen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten har utviklet og kommunisert sin policy på dette området.
- § 31 om EPJ – et lovkrav om at fastlegen skal ha ansvar for ”samhandlingsverktøyene” er ikke mulig å gjennomføre for den enkelte fastlege. Dette har i flere år vært og vil fortsatt være en nasjonal oppgave.

C. Tilsynelatende motsetningsforhold mellom forslaget til ny fastlegeforskrift og allerede gjeldende lovverk – Folkehelseloven og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

De to nye lovene som ble gjort gjeldende fra 010112 slår fast at kommunen skal ha ”kommunelege” som skal ivareta de tradisjonelle samfunnsmedisinske kjerneoppgavene. Forskriftsforslaget åpner for mulighet til pulverisering av det samfunnsmedisinske fagområdet i kommunene.

Mange kommuner og bydeler har kommune-/bydelsoverlege i minimale stillinger – noe som svekker fagområdet, tjenesteutviklingen (medisinsk faglig ledelse) og rekrutteringen av denne lovpålagte spisskompetansen til kommunene.

Eksempel:

- § 12, annet ledd, fjerde og sjette punkt (medisinskfaglig rådgivning og plan og utredningsarbeid).

D. Ubalanse i styrke- og ansvarsforhold mellom kommune og fastlege(r)

Mange av de kravene som stilles til fastlegene i forskriftsforslaget krever aktiv medvirkning og ressursinnsats fra kommunens side. Fylkesmannen i Buskerud er bekymret for at forskriften skal sementere et stort sprik i detaljeringsgraden i kravene til fastlegene og kommunene. Et godt samarbeid mellom fastleger og kommune er nødvendig for å sikre

kvalitet og tilgjengelighet i helsetjenesten. Samarbeid bygger på partnerskap og undergraves der strukturelle forhold underbygger ulikeverdighet i ansvar og plikter.

En vedvarende ubalanse i fordeling av ansvar og plikter mellom kommune/bydel og fastlege vil også kunne vanskeliggjøre Fylkesmannens veilednings- og tilsynsoppgave. Fylkesmannen i Buskerud vurderer at en sterk skjevhet i fordeling av plikter og ansvar mellom kommune og fastleger vil kunne undergrave både dette regelverkets legitimitet og tilsynsorganenes gjennomslagskraft. En slik utvikling anser Fylkesmannen som svært uheldig i en kritisk utviklingsfase hvor ansvaret for tjenestekvaliteten på helsetjenester til store befolkningsgrupper skal tydeliggjøres og forankres i kommunene.

Eksempler:

- § 19 – pålegger fastlegen å ha oversikt over listepopulasjon – her må kommunen og sentrale myndigheter i samarbeid bidra til å utvikle systemer som muliggjør dette. Fylkesmannen i Buskerud etterlyser en tydelig korresponderende lovhjemmel for kommunen på dette ansvarsområdet.
- § 26 – pålegger fastlegen å innrette sin henvisningspraksis etter kommunens behov, noe som må skje i nært samarbeid med kommunen og spesialisthelsetjenesten. Å utvikle og kommunisere en klar og forutsigbar policy rundt henvisninger vil være et kommunalt ansvar.
- § 29 - gir fastlegen ansvaret for blant annet samhandlingsverktøyet; det er hverken realistisk eller mulig. Elektronisk samhandling mellom kommune og helseforetak reguleres i dag av et omfattende partnerskapsbasert avtaleverk på basis av det utviklingsarbeidet som statlige myndigheter gjennom flere år har vært engasjert i. Kommunen må ha ansvar for å utvikle samhandlings-IKT med fastlegene på lik linje som overfor helseforetakene.
- § 30 – krever at fastlegen bruker kvalifisert tolk; her har kommunen et klart ansvar for at fastlegen har tilgang til ”kvalifisert” tolk.
- § 31 – stiller krav til rapportering som ikke kan iverksettes før kommunen og sentrale myndigheter har lagt normen, herunder utvikling av IKT-verktøy, jf kommentaren til § 29.

KOMMENTARER TIL ENKELTPARAGRAFER.

Fylkesmannen vil i dette avsnittet knytte kommentarer til enkeltparagrafer i forslaget.

§ 7 om **kommunens ansvar for kvalitet i allmennelegetjenesten** stiller krav til at alle kommuner skal besitte kompetanse til å utøve god medisinskfaglig ledelse, herunder bestemmelsen om at ”Kommunen er ansvarlig for at fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf §§ 17-30”. Etter Fylkesmannens oppfatning vil dette for enhver kommune medføre at den enten innen egen organisasjon, eller i samarbeid med nabokommuner, må ha medisinskfaglig rådgiver med både tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å følge opp disse forhold. Både helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 (*Kommunelege – medisinskfaglig rådgivning*) og folkehelseeloven § 27 (*Samfunnsmedisinsk kompetanse*) setter krav til at kommunen ansetter en eller flere kommuneleger som medisinskfaglig(e) rådgiver(e). Fylkesmannen forutsetter derfor at lovgiver har ment at alle kommuner skal selv, eller i samarbeid med andre kommuner, ha en eller flere kommuneleger i

så stor stillingsandel at den medisinskfaglige ledelse av allmennlegetjenesten i kommunen blir ivaretatt. Vi kan ikke se at dette er drøftet eller på annen måte direkte berørt i verken høringsnotatet eller merknader til de enkelte forskriftsbestemmelsene, og mener at dette er en vesentlig mangel i det fremlagte forslaget.

Fylkesmannen i Buskerud vil hevde at kvalitet i allmennlegetjenesten hovedsakelig, men ikke utelukkende, dreier seg om medisinskfaglig kvalitet. Dersom kommunen skal tillegges det ansvar for kvalitet som lov og forskrift legger opp til, vil kommunens mulighet til å utøve dette ansvar på en faglig forsvarlig måte i beste fall være illusorisk, og i verste fall kvalitetssenkende, dersom kommunen ikke også selv har tilgang til tilstrekkelig medisinskfaglig kompetanse som står uavhengig i forhold til de leger fastlegeordningen omfatter. Skal kommunen i større grad enn i dag styre fastlegenes virksomhet, forutsetter dette kompetent medisinskfaglig ledelse i kommuneorganisasjonen. Fylkesmannen vil anta at dette forutsetter heltids kommuneleger uten bindinger til egen virksomhet som fastlege.

Imidlertid er Fylkesmannen tvilende til at dette er realistisk å gjennomføre i de mange mindre kommuner i landet, selv om disse formodentlig i større grad enn tidligere slår seg sammen om felles kommunelegeordninger.

§ 8 om **kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid** er etter Fylkesmannens oppfatning problematisk i forhold til samarbeid over bydels- og kommunegrenser. I Oslo har mer enn 25 % av pasientene bosted i en annen bydel enn der fastlegen har sitt kontor; det samme forhold gjelder for mange kommuner i vårt fylke. Det er utfordrende å integrere fastleger som bor i en annen kommune, inn i pasientens bokommunes øvrige helse- og omsorgstilbud, men desto viktigere blir dette når fastlegen skal ansvar for å ha oversikt, rapportere, delta i møtevirksomhet og samordne behandlingstiltak rundt en pasient. Pasientens rett til å velge fastlege også utenfor egen kommune, er en sentral pasient- og brukerrettighet som bør opprettholdes, men som vil kunne by på u håndterlige utfordringer hvis det ikke gis unntak fra bestemmelsen om samarbeid.

§ 10, tredje ledd, om **listeansvar** - og § 24 om **øyeblikkelig hjelp på dagtid** - knytter ansvaret for å yte øyeblikkelig hjelp til begrepet "åpningstid" uten at dette er definert nærmere. I forslaget legges det opp til (§ 32 annet ledd) at "åpningstid" skal være forhandlingstema ved inngåelse av individuell avtale mellom kommune og den enkelte fastlege. Heller ikke merknadene til dette punktet avklarer eksakt betydning av begrepet "åpningstid".

Forslaget legger opp til at åpningstiden skal ha et forskriftsmessig innhold – øyeblikkelig hjelp, blant annet – men gir ikke avklaring på hva "åpningstid" er. Dersom åpningstid defineres som den tid den enkelte fastlege er tilgjengelig for pasientkonsultasjoner, vil tid som må avsettes til administrative oppgaver for fastlegen ikke kunne defineres som åpningstid og følgelig heller ikke kunne tillegges forskriftsmessig innhold. Dersom åpningstid defineres som det tidsrom fastlegekontoret er bemannet av et eller annet helsepersonell, vil ikke fastlegen som pliktsubjekt kunne forpliktes til å ivareta alle deler av listeansvaret; fastlegen vil ikke ha samme "åpningstid" som virksomheten som sådan. Mange fastleger arbeider deltid i praksiser hvor fastlegens og virksomhetens åpningstid ikke er sammenfallende – ved å knytte lovmessige forpliktelser til "åpningstid" uten å definere dette nærmere, blir det uklart hvem som er pliktsubjektet.

Dersom åpningstid skal knyttes til fastlegen som juridisk subjekt og defineres som den tid fastlegen er tilgjengelig for pasientkonsultasjoner, vil det være betydelige "gliper" mellom det tidsrom fastlegen og legevakten ivaretar øyeblikkelig hjelp. I det tidsrommet fastlegen ikke har listansvar fordi tidsrommet ikke defineres som "åpningstid" vil det påligge kommunen å sørge for øyeblikkelig hjelp for innbyggerne på legens liste.

§ 12 om **fastlegens deltakelse i annet allmennlegearbeid i kommunen** definerer tradisjonelle samfunnsmedisinske kjerneoppgaver som medisinsk faglig rådgivning og plan og utredningsarbeid i kommunene som allmennlegearbeid kommunen kan tilplikte fastlegen gjennom 7,5 timers opsjonen. Departementet legger opp til å fjerne skillet mellom allmenntillegens og samfunnsmedisinske kjerneoppgaver gjennom å definere medisinsk faglig rådgivning og plan og utredningsarbeid som mulige tilpliktningsoppgaver for fastlegene, på lik linje med allmennlegearbeid i sykehjem og på helsestasjon.

Fylkesmannen i Buskerud ser med bekymring på dette da det er grunn til å tro at en slik omdefinering av samfunnsmedisinske kjerneoppgaver vil undergrave intensjonen om å styrke det samfunnsmedisinske fagområde som er blitt stadfestet gjennom nytt lovverk;

1. Folkehelseloven § 27 (*Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen*)
2. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 5-5 (*Kommunen skal ha en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver for kommunen.*)

Mange kommuner og bydeler har i dag kommune-/bydelsoverlege i minimale stillingsprosenter, en utvikling som både svekker rekruttering av samfunnsmedisinsk kompetanse til kommunale samfunnsmedisinske stillinger og følgelig også svekker den samfunnsmedisinske innsatsen i folkehelsearbeidet i kommunene. Ved å omdefinere samfunnsmedisinske lovpålagte oppgaver som allmenntillegens oppgaver, vil i praksis den samfunnsmedisinske kompetansen i kommunen "outsources" og kunne stå i fare for å pulveriseres fullstendig. Fylkesmannen i Buskerud vil på det sterkeste fraråde en slik utvikling.

Fylkesmannen i Buskerud er bekymret for at det ansvaret for kvalitet i allmennlegetjenesten som kommunen etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og dette forslaget § 7 har, vil bli vanskelig å ivareta dersom den samfunnsmedisinske spisskompetanse undergraves. Framtidens kommunale helse- og omsorgstjenester vil være i behov av bedre og mer medisinsk faglige ledelse, ikke mindre.

Dersom forskriftens intensjon om å styrke allmennlegearbeidet overfor pasientgrupper som ikke selv oppsøker fastlegen, skal lykkes - bør det i denne paragrafen understrekes at det oppgavespektret fastlegen kan tilpliktes, ikke omfatter samfunnsmedisinske kjerneoppgaver - det skal og bør tillegges den kommunale samfunnsmedisiner. Det bør ikke herske tvil om at oppgavespektret fastlegen kan tilpliktes, skal innrettes mot allmenntillegens tjenester overfor kommunale helse- og omsorgsvirksomheter innen rus, psykiatri, sammensatte lidelser og forebyggende/skadebegrensende tiltak. Det bør også presiseres at den kommunale samfunnsmedisiner/kommune-/bydelsoverlegen skal ha overordnet ansvar for den medisinsk faglige ledelse av allmennlegetjenesten i kommunen.

§ 13 om **legevakt** - og § 7 om **kommunens ansvar for faglig kvalitet** i den kommunale legevakten - gir viktige redskaper for økt deltakelse av fastleger i legevaktsarbeidet. Fra Fylkesmannens ståsted er dette et viktig kvalitetssikringstiltak både ovenfor legevakts- og allmennlegetjenesten. En fastlege vil oppleve å se medisinske tilfeller på legevakt som til vanlig ikke ses på kontoret – deltakelse i legevaktsarbeid er derfor et viktig kvalitetselement i faglig utvikling og oppdatering av fastlegene. Ved utstrakt bruk av vikarer i legevaktstjeneste vil kommunen miste viktige styringsmuligheter i forhold til legevakten som står for 75 % av innleggelsene fra primær- til spesialisthelsetjenesten. Dersom kommunen i større grad skal påvirke og forhindre unødvendige innleggelse i sykehus, må fokuset rettes mot legevaktstjenesten. Kvalitet i legevaktstjenesten er langt mer enn å bare ha tilstrekkelig antall ”hoder” til å dekke vaktene; kvaliteten må sikres gjennom kontinuitet og god og konkret faglig styring.

Lokale fastleger vil inneha bedre kunnskap om øvrige kommunale tjenestetilbud og i større grad kunne legge til rette for tiltak på laveste effektive omsorgsnivå.

§ 15 om **legens plikt til samarbeid med kommunen** framstår for Fylkesmannen som uklart med hensyn på intensjon og innhold. I samarbeidet mellom kommune og fastleger er det i dag et etablert forum, lokalt samarbeidsutvalg (LSU), hvor fastlegene gjennom sine representanter møter kommunen til drøftelse av fastlegevirksomheten i forhold til kommunens behov, planer, mål og vedtak. Fylkesmannen i Buskerud ser med bekymring på at denne etablerte ordning ikke er videreført i ny forskrift. Det er etter Fylkesmannens vurdering ikke gunstig at LSU erstattes med en individuell plikt for den enkelte fastlege til samarbeid med kommunen. LSU er et viktig bindeledd for informasjon og samhandling mellom fastlegene som gruppe og kommunen, og fjernes dette til fordel for en individuell samtale, vil kommunens mulighet for å ivareta sitt ansvar for informasjon og faglig ledelse av fastlegegruppen, gå tapt. Kommunens ansvar jf. §§ 7 og 8 i forslaget forutsetter en minst like god arena som dagens LSU – det kan ikke ivaretas kun gjennom en individuell samtale med hver enkelt fastlege.

Etter Fylkesmannens oppfatning vil det å erstatte LSU med en individuell samtale eller oppfølging av den enkelte fastlege medføre at kommunen/bydelen ved kommune-/bydelsoverlegen ilegges en form for ”personalansvar” for den enkelte fastlege. Fylkesmannen i Buskerud finner det rimelig å stille spørsmål ved hvor gjennomtenkt dette tiltaket er, både med hensyn til ressursbruk og praktisk gjennomføring. Fylkesmannen i Buskerud legger til grunn at gjennomgang av den enkelte fastleges virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak nødvendiggjør tilstedeværelse av medisinskfaglig kompetanse og ledelse under et stort antall enkeltmøter; en omfattende oppgave for kommune-/bydelsoverlegen. En slik oppgave kan bli problematisk å utføre av habilitetshensyn for kommuneoverleger/bydelsoverleger som selv driver fastlegepraksis.

§ 17 om **krav til kvalitet** bør formuleres mest mulig likt med Helsepersonellovens § 4. Det bør etter Fylkesmannens vurdering inntas en formulering om at fastlegen skal ”..drive sin virksomhet faglig forsvarlig og i tråd med allment aksepterte faglige normer”. Begrepene ”nasjonale faglige retningslinjer” og ”oppdatert kunnskap” er snevrere begrep enn ”allment aksepterte faglige normer”, som er en rettslig standard nært knyttet opp mot faglig forsvarlighetsbegrepet. Denne kvalitetsparagrafen bør etter Fylkesmannens vurdering derfor slå fast at fastlegen skal drive faglig forsvarlig virksomhet som i alle henseender gjenspeiler og ivaretar allment aksepterte faglige normer. Dette vil i praksis inkludere oppdatert kunnskap og de nasjonale faglige retningslinjene.

§ 18 om **brukermedvirkning** er etter Fylkesmannens vurdering både uheldig formulert og feil adressert. Etter Helse- og omsorgstjenesteloven, Helsepersonelloven og Pasient- og brukerrettighetsloven yter en fastlege "helsehjelp" og forholder seg som sådan til "pasienter" – betegnelsen "brukererfaringer" bør derfor ikke benyttes. Taushetspliktsbestemmelsene i Helsepersonellovens §§ 21 og 22, samt bestemmelsen i Pasient- og brukerrettighetslovens § 1-3 bokstav b gjør at begrepet "pårørende" blir meningsløst i denne sammenhengen og må endres til "partsrepresentant" eller "pasientens nærmeste pårørende" dersom dette overhodet skal tas med.

Kravet som foreslås i § 18 følger etter Fylkesmannens oppfatning allerede av internkontrollplikten etter Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten som også fastleger er underlagt.

Videre mener Fylkesmannen at det å evaluere brukertilfredshet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er kommunens ansvar og må være en del av kommunenes overordnede ivaretagelse av kvalitet og brukermedvirkning. Det gir lite mening at hver enkelt fastlege skal pålegges å utføre sine egne brukertilfredshetsmålinger – dette må være en del av et helhetlig kommunalt kvalitetsarbeid.

§ 19 om **oversikt over listeinnbyggere** er etter Fylkesmannens oppfatning ikke mulig å forskriftsfeste som krav før det er utarbeidet og implementert nasjonale retningslinjer og IKT-løsninger som muliggjør dette. Også Fylkesmannens tilsynsrolle vanskeliggjøres dersom tilsyn og vurderinger av mulige avvik og pliktbrudd skal skje i forhold til lovkrav som teknisk ikke lar seg etterleve eller oppfylle.

§ 21 om **medisinsk faglig koordinering** bør etter Fylkesmannens vurdering endre ordlyd til "samordning" istedenfor "koordinering" da sistnevnte lett kan forveksles med "koordinerende enhet" som ikke er fastlegens, men kommunens ansvar.

I § 23 om **tilgjengelighetsbestemmelser** må etter Fylkesmannens oppfatning begrepet "åpningstid" avklares nærmere, jf bemerkningene til § 10. Det er i forhold til denne paragrafen særlig problematisk at forslaget til forskrift ikke forholder seg til virksomheten som juridisk subjekt, men kun den enkelte fastlege. Med økende krav til møtedeltakelse, tverrfaglig samarbeid og administrativ oppfølging av både pasienter og myndighetskrav, er det påkrevet med en avklaring av hva som ligger i begrepet "fastlegens åpningstid". Dersom fastlegens åpningstid skal forstås som den tid den enkelte fastlege er tilgjengelig for pasientkonsultasjoner, vil det kommunale "sørge for" ansvaret for legevaktstjenester utvides i vesentlig grad i forhold til dagens situasjon.

Fylkesmannen i Buskerud ser med bekymring på å forskriftsfeste et krav om at alle pasienter som henvender seg til fastlegens kontor, skal gis tilbud om time innen enten 2 eller 5 dager. I verste fall kan dette åpne for en praksis hvor fastleger – under henvisning til dette lovkravet – pålegger pasienter å komme til time på tidspunkter som passer dårlig for pasienten og som i praksis derfor svekker pasientens valgfrihet og tilfredshet med fastlegeordningen. Det er også grunn til å advare mot en mer "tilbudsrevet" allmennlegetjeneste, da erfaringer viser at økt tilbud skaper økt etterspørsel. Til grunn for tilbud om time må ligge en viss medisinsk faglig vurdering – ikke bare et lovkrav.

Fylkesmannen i Buskerud vil i denne sammenheng påpeke at kommunens overordnede ansvar for god tilgjengelighet til fastlegeordningen i kommunen må understrekes. Kommunen har mulighet til å utøve dette ansvaret gjennom utlysning av tilstrekkelig antall fastlegehjemler, tilrettelegging for gode gruppepraksiser framfor solopraksiser og god medisinsk faglig ledelse av allmennlegetjenesten. Istedenfor å definere minuttkrav til telefontilgjengelighet bør det stilles krav til kommunen om å innrette fastlegeordningen i kommunen slik at det alltid er tilstrekkelig reservekapasitet på listene; at åpningstid innebærer en reell tilgjengelighet til kvalitativt gode allmennlegetjenester og at kommunen utnytter alle muligheter for god kommunikasjon om allmennlegetilbudet til befolkningen.

§ 25 om **hjemmebesøk** mener Fylkesmannen i Buskerud er problematisk i forhold til pasienters rett til å velge fastlege utenfor egen kommune/bydel. Det må defineres nærmere hvordan plikten til å dra på sykebesøk skal ivaretas der den geografiske avstanden er stor mellom fastlege og pasient. Dette vil særlig aktualiseres når kommunene skal stå for en større andel av palliative helsetjenester. Å integrere en fastlege fra en annen kommune/bydel inn i behandlings- og omsorgskjeden rundt en alvorlig syk pasient, stiller store krav til formaliserte rutiner og gode kommunikasjonsløsninger. Samtidig vil en forpliktelse for fastlegen til reise i sykebesøk til andre kommuner eller bydeler ofte medføre et uforholdsmessig stort tidsforbruk som vil vanskeliggjøre fastlegens mulighet til å oppfylle forskriftskravet om høy tilgjengelighet for pasientene på legens liste. På den annen side vil det etter Fylkesmannens vurdering representere et vesentlig inngrep i dagens pasientrettigheter å skulle begrense fastlegens plikt til sykebesøk til listepasienter innenfor egen kommune/bydel. Det savnes at høringsnotatet ikke drøfter hvordan dette dilemmaet skal kunne håndteres i praksis, herunder hvor langt unna fastlegens kontorsted en pasient kan ha sitt bosted og likevel kreve fulle rettigheter oppfylt hos denne fastlegen.

Etter Fylkesmannens vurdering bør betegnelsen "hjemmebesøk" erstattes med "sykebesøk" som anses mer beskrivende for en situasjon hvor hensikten med "besøket" er å yte nødvendig helsehjelp i pasientens hjem.

§ 26 om **henvisningspraksis** forutsetter at kommunen/bydelen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten har utviklet og kommunisert sin policy på dette området til fastlegene.

§ 27 om **legemiddelforskrivning** må formuleres slik at fastlegens ansvar begrenser seg til den journalinformasjon fastlegen faktisk har tilgang til; fastlegen kan ikke pålegges et ansvar for at legemiddelbehandling som utføres av andre leger eller institusjoner enn fastlegen selv, er trygg og effektiv for listepopulasjonen som helhet.

§ 29 om **elektronisk pasientjournal (EPJ)** beskriver etter Fylkesmannens vurdering et urimelig krav til fastlegen når det gjøres gjeldende at det er fastlegen som skal ha ansvar for at legens elektroniske pasientjournalssystem til enhver tid skal kunne oppfylle krav til elektronisk samhandling. Elektronisk samhandling kan ikke skje uten at både avsender og mottaker utvikler integrasjons- og applikasjonssystemer som muliggjør elektronisk samhandling; dette kan følgelig ikke gjøres til et lovkrav for kun en av samhandlingsaktørene. Det samme gjelder utviklings- og implementeringskostnadene som følger med denne type systemutvikling. Fylkesmannen i Buskerud mener også at det må være en overordnet statlig oppgave å stille de nødvendige funksjonalitetskrav som alle systemleverandører må forholde seg til, for at deres EPJ-systemer skal kunne benyttes av fastlegene og helsetjenesten for øvrig.

§ 31 om **rapportering** bør etter Fylkesmannens oppfatning heller ikke forskriftsfestes før statlige og kommunale myndigheter har gjennomført utviklingsarbeidet som er nødvendig for at fastlegen skal kunne generere og presentere den etterspurte datafangsten. Departementet bør vurdere hvorvidt datafangst fra fastlegen som skal danne grunnlag for kommunens ivaretagelse av eget overordnet ansvar for kvalitet og forsvarlighet i helse- og omsorgstjenestene, bør ivaretas teknisk og økonomisk som en del av kommunenes systemansvar.

§ 32 om **fastlegeavtalen** skal i følge departementets forslag regulere åpningstid, listelengde, annet allmennlegearbeid som fastlegen skal utføre på vegne av kommunen, samt fastlegens bidrag i kommunens folkehelsearbeid. Fylkesmannen legger til grunn at departementet klargjør begrepet "åpningstid" slik at dette gis en omforent og konsistent betydning gjennom hele forskriften. Det vises også til våre kommentarer til forskriftsforslagets § 23.

Det bør også vurderes om det er mer hensiktsmessig at forskriften på dette punktet – jf kommentarene til § 12 – anvender en definisjon av kommunalt allmennmedisinsk legearbeid som omfatter kommunalt folkehelsearbeid, og ikke definerer dette som en egen type allmennlegearbeid.

§ 36, fjerde ledd, om **sanksjoner** ved manglende oppfyllelse av avtale, mener Fylkesmannen bør endres slik at en tvistenemnd får i oppgave å håndtere uenighet mellom fastlege og kommune om eventuelt brudd på avtale og tilbakeholdelse av tilskudd. Fylkesmannen har tilsynsansvar etter helselovgivningen og vil kunne komme i en uheldig dobbeltrolle dersom etaten i ett og samme tilfelle skulle måtte utrede og fatte avgjørelser med hensyn til mulig pliktbrudd etter helselovgivningen og samtidig avgjøre rent avtalerettslige tvister etter fastlegeforskriften.

AVSLUTTENDE KOMMENTARER.

Fylkesmannen i Buskerud erkjenner at forskriftsforslaget har en rekke gode intensjoner med det for øye å sikre alle deler av befolkningen faglig gode allmennlegetjenester, men finner likevel å måtte påpeke at mange av forslagene kan vise seg både problematiske og uhensiktsmessig å gjennomføre.

Fylkesmannen er bekymret over deler av forskriftsforslaget ut fra en vurdering av at endringer som pålegger fastlegene å utføre langt flere oppgaver innenfor samme tidsrammer som i dag – med stor sannsynlighet vil føre til en svekkelse av allmennlegetjenesten både faglig og omdømmemessig. Fastlegen pålegges å være mer tilgjengelig både for konsultasjoner på kontoret, sykebesøk og pasientrelatert møtevirksomhet med samarbeidende instanser innen kommunen, helseforetak, næringsliv og NAV. Fastlegen er selvstendig næringsdrivende og må ivareta drifts- og personalansvar i egen virksomhet – i tillegg til å ivareta nye lovpålagte krav til rapportering og administrativ møtevirksomhet med kommunen. Når fastlegen samtidig pålegges krav om å tilby enhver listeinnbygger som tar kontakt, time innen to eller fem virkedager - uavhengig av hvilken problemstilling vedkommende henvender seg for – er det for Fylkesmannen innlysende at den samlede mengde krav ikke kan oppfylles uten at det gjennomføres en vesentlig økning av antall fastleger i ordningen. Dette er i samsvar med en tidligere rapport fra Helsedirektoratet som anslo et behov for styrking av legetjenestene i kommunene med 2-2500 nye fastlegeårsverk. Det er derfor Fylkesmannens oppfatning at oppfyllelse av en rekke av de foreslåtte forskriftskrav ikke er mulig før det er skjedd en

betydelig økning av antall fastleger i fastlegeordningen – en forutsetning det framlagte høringsnotat ikke berører.

Fylkesmannen i Buskerud er kritisk til at departementet i forskriftsforslaget ikke tilkjenne gir behov for å drøfte eller konsekvensutrede det økte medisinskfaglige ledelsesansvaret kommunen allerede har fått som følge av ny lovgivning. Fylkesmannen ser også med bekymring på at forskriftsforslaget kan komme til å inneholde bestemmelser som undergraver kommunens klare ansvar for god medisinskfaglig ledelse av allmennlegetjenesten – deriblant opprettelse av heltids kommunelegestillinger i et helt annet omfang enn tidligere. Viktigheten av å sikre at kommunens medisinskfaglige rådgiver(e) opptre uten personlige bindinger til fastlegeordningen gjennom drift av egen fastlegepraksis i samme kommune som vedkommende er kommunelege, tilsier klare og tydelige ansvarsforhold og behov for nye samfunns- og allmenntilleggs legeårsværk i kommunene.

Det har en tid vært uttrykt bekymring for dårlig rekruttering av yngre leger til fastlegeordningen. Gjennomsnittsalderen for fastlegene i Norge øker, og denne utviklingen innebærer at en vesentlig andel av dagens fastleger om få år vil nærme seg eller nå pensjonsalder og dermed fratrukk ordningen. På denne bakgrunn mener Fylkesmannen i Buskerud at det både er viktig og legitimt å ivareta rekrutteringshensyn på lik linje med kvalitets- og styringshensyn når den nye forskriften får sin endelige form. Fastlegeordningen er en av de mest vellykkede tjenestereformer som er gjennomført i Norge og det må derfor ha høy prioritet at ny forskrift bidrar til betydelig økt rekruttering – uten nyrekruttering til fastlegeordningen tapes ordningens bærekraftighet på sikt. Fylkesmannen har liten tro på at mange rigide pliktkrav i forskriftsform vil stimulere til den nyrekruttering som er absolutt nødvendig for å styrke fastlegeordningen faglig og erstatte forventet avgang.

Fylkesmannen i Buskerud viser avslutningsvis til det som framgår ovenfor hva gjelder de utfordringer forskriftsforslaget er beheftet med. Fylkesmannen finner imidlertid grunn til å berømme at Helse- og omsorgsdepartementet gjennom prosessen rundt revisjonsforslaget har bidratt til stort engasjement og prosesser som forhåpentligvis vil føre til et enda bedre og mer tidsriktig allmennlegetjenestetilbud i norske kommuner.

Med hilsen

Ketil Kongelstad
fylkeslege

Rolf B. Winther
ass. fylkeslege