

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

[postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no)

Sandvika 15.03.2012

## Høring – Revidert fastlegeforskrift

Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken har i samarbeid med de 26 kommunene i Vestre Viken helseområde behandlet høringsnotatet. Vi vil i hovedsak gi tilbakemeldinger på de deler av den reviderte forskriften som er sentrale for at kommunene skal kunne fylle sine plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven, samt den nye kommunerollen som følger av samhandlingsreformen.

Kommunehelsesamarbeidet er et prosjekt som ble formelt etablert i 2009 med foreløpig tidsramme ut 2012. Prosjektet er organisert under Vestregionen. I tillegg til Vestregionens 16 kommuner deltar de 10 kommunene i Hallingdals- og Kongsbergregionen.

Kommunehelsesamarbeidet omfatter de 26 kommunene Asker, Bærum, Hole, Ringerike, Jevnaker, Modum, Sigdal, Krødsherad, Hol, Gol, Ål, Hemsedal, Nes, Flå, Nore og Uvdal, Rollag, Flesberg, Kongsberg, Øvre Eiker, Nedre Eiker, Svelvik, Sande, Drammen, Lier, Hurum og Røyken.

I tillegg til denne høringsuttalelsen vil kommunene i helseområdet komme med egne uttalelser.

Høringsinnspillet har to hoveddeler. I del 1 tar vi for oss generelle betraktninger knyttet til den reviderte fastlegeforskriften. Vi kommenterer her helheten i den reviderte forskriften. Vi ser også på fastlegeordningen i sammenheng med den konteksten den skal være en del av. I del 2 tar vi for oss 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. Vi har følgende betraktninger:

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

Kommunene ønsker at fastlegevirksomheten i større grad skal bli en integrert del av kommunehelsetjenesten. Kommunene hadde derfor forventet at den reviderte fastlegeforskriften i større grad ville ha et innhold som ville følge opp de forventede endringer i kommunehelsetjenesten som følge av samhandlingsreformen. Vi er skeptiske til den reviderte forskriftens vektlegging av detaljert forskriftsstyring i stedet for avtalestyring kombinert med informasjons- og dialogstyring. Kommunene 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. I arbeidet med oppfølging av samhandlingsreformen legges det ellers betydelig vekt på avtaler om samarbeid og samhandling i praksis.

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

### **1.2** Fastlegerollen - mer av alt

Det er fra helsemyndighetene uttalt at denne revisjonen skal gi nytt innhold i fastlegeforskriften. Kommunene mener at den reviderte fastlegeforskriften beskriver en fastlegerolle hvor fastlegen skal gjøre litt mer av alt. Vi kan ikke se at dette er mulig innenfor dagens ressursituasjon. Kommunene står overfor store utfordringer med utvidet ansvar for helsetjenestene, og vi forventer at fastlegeforskriften i større grad får et innhold som bidrar til å styrke kommunens og fastlegenes handlingsrom for å møte samhandlingsreformens krav. Vi vil her understreke at alle kommunens allmennlegeoppgaver ikke kan løses gjennom denne fastlegeforskriften.

*Anbefaling: Kommunene anbefaler at fastlegeforskriften tydeligere viser fastlegenes rolle i kommunehelsetjenesten og ansvaret for å bidra til å nå samhandlingsreformens intensjoner.*

### **1.3** Detaljeringsgrad

Den reviderte fastlegeforskriften har stor detaljeringsgrad. Kommunene 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 uhensiktsmessig 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**  
Kommunene trenger solid medisinsk kompetanse for å oppfylle kravene i samhandlingsreformen. Det er positivt at både samfunnsmedisinsk og allmennmedisinsk kompetanse etterspørres i samhandlingsreformen. Kommunene 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.

Rekrutteringen til fastlegeordningen er svak. Det er opprettet forholdsvis få stillinger siste 10 år. Parallelt med denne revisjonen savner vi konkrete tiltak for å styrke rekruttering og utdanning.

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. Vi mener derfor at det må skje en rask tilrettelegging for økt forskningsinnsats.

*Anbefaling: Kommunene 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 vår vurdering underkommunisert. Dette gjelder også følgene av revidert fastlegeforskrift.

*Anbefaling: Kommunene anbefaler at de økonomiske rammevilkår knyttet til fastlegeordningen og kommunenes legetjenester 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 legevaktstjenesten”*. 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: Kommunene 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. Kommunene forutsetter derfor at dette vil følges opp av økonomiske virkemidlene til økt antall fastleger slik at kommunene kan sikre kontinuitet og oppfølging både sett fra bruker og kommunens side.

*Anbefaling: Kommunene forutsetter at fastlegeforskriften følges opp med virkemidler som sikrer flere fastleger.*

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

Kommunene er tilfreds med at det i ny forskrift legges vekt på funksjon- og kvalitetskrav. Dette kapittelet bærer imidlertid preg av uhensiktsmessig detaljstyring hvor enkelte paragrafer mer har form av kvalitetsindikatorer enn kvalitetskrav. Kommunene ønsker at det skal utvikles reelle kvalitetsindikatorer for fastlegetjenesten, men den enkelte indikator bør ikke forskriftsfestes.

Vi vil gi noen 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

Kommunene er kjent med at § 36 om sanksjoner har vakt reaksjoner. Selv om det vil være et mål å unngå å måtte bruke sanksjonsmulighetene, gir disse kommunene et viktig virkemiddel. For å sikre at sanksjonsmulighetene anvendes korrekt trenger kommunene sentrale føringer, gjerne som en "nasjonal veileder" som støtte.

*Anbefaling: Kommunene ber om at det utarbeides en nasjonal veileder for hvordan kommunene skal praktisere sanksjonsparagrafen.*

#### 2.5 Kapittel 6, Fastlegens lister

Kommunene 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.

Kommunene 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: Kommunene 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.

Kommunene mener at omfanget av legeoppgaver ikke står i forhold til de tilgjengelige ressurser verken økonomisk eller personellmessig. Spesielt i kommuner med få fastleger og store avstander vil kravene i den reviderte forskriften være større enn de realistiske mulighetene.

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

Med hilsen



Georg Smedhus

Rådmann i Røyken kommune

Leder Administrativ styringsgruppe

Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken helseområde