

# SAKSFRAMLEGG

---

Saksbehandler: Vegard Høgli  
Arkivsaksnr.: 11/5339

---

Arkiv: G21

## HØRING UTKAST TIL REVIDERT FASTLEGEFORSKRIFT

### **Rådmannens innstilling:**

Hovedutvalget slutter seg til nedenstående høringsuttalelse

Rådmannen i Skien

Knut Wille

### **Sammendrag:**

Skien kommune er enig i at det er behov for en klarere styringsdialog med fastlegene for at kommunen skal kunne oppfylle sitt samlede ansvar etter Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene. Dette forskriftsforslaget fremstår imidlertid for haltende til å gi et godt grunnlag for en slik styring. De foreslåtte funksjonskravene er i mange tilfeller for detaljerte og vanskelige å forskriftsfeste, og i sum blir kravene for omfattende, hvis ikke de er ledsaget av en svært mye tydeligere statlig satsning for å styrke fastlegeordningen. Oppfyllelsen av forskriftens intensjon vil kreve betydelig flere fastleger. Dette var en klar forutsetning i Samhandlingsreformens forarbeider, men er etter kommunens mening ikke fulgt opp i tilstrekkelig grad av regjeringen.

### **Bakgrunn:**

En revisjon av forskrift om fastlegeordning i kommunene har vært varslet som et av grepene i samhandlingsreformen. I høringen av den nye helse- og omsorgstjenesteloven (Prop. 91 L (2010-2011)) peker mange på at fastlegenes integrering i kommunehelsetjenesten er for dårlig. Styringssystemene er for kompliserte og uoversiktlige ved at de er fordelt i lov, forskrift og ulike avtaler mellom partene.

I forslaget til forskrift som nå foreligger, forankres, videreføres og tydeliggjøres en rekke forhold som tidligere var regulert dels i kommunehelsetjenesteloven og fastlegeforskriften, dels i merknader til forskriften og dels i sentrale avtaler og særavtaler. I tillegg er det tatt inn konkrete funksjons- og kvalitetskrav, og sanksjonsmuligheter overfor fastleger som ikke etterlever kravene. Forskriften innebærer således en dreining bort fra det eksisterende trepartssamarbeidet mellom staten, KS/Oslo kommune og legeföreningen, og til en sterkere statlig styring. I høringen av helse- og omsorgstjenesteloven var meningen om dette svært delte, men i stortingsbehandlingen fikk ønsket om sterkere styring flertall.

### **Flere fastleger**

I innledningskapitlet bemerkes det at: *”et av samhandlingsreformens mål er at en større del av helse- og omsorgstjenestene skal ytes av kommunene. Derfor skal en større del av veksten i legeårsverk fremover skje i primærhelsetjenesten. Gitt dette måler et det viktig at det etableres rammebetingelser for allmennlegetjenesten og fastlegeordningen som bidrar til god rekruttering og en god legefördeling”*.

Slik høringsforslaget fremstår, oppleves det av svært mange fastleger som helt urealistisk med den nåværende tilgangen på fastleger. Reformens forarbeider, særlig St.meld. nr. 47 (2008-2009) og Prop. 91 L (2010-2011) trekker frem som ønskelig de områdene som foreslås forskriftsfestet, men påpeker samtidig at realiseringen forutsetter en økning i antall fastleger på opp til 50 %.

I deler av landet er det ennå rekrutteringsproblemer som må overvinnes, mens i andre deler av landet må listelengdene reduseres og fordeles på flere leger slik at arbeidsmengden på den enkelte lege blir forsvarlig og overkommelig. Det følger av forskriftens § 4 at kommunen plikter å organisere fastlegeordningen og inngå avtaler med et tilstrekkelig antall fastleger.

I Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) heter det: *”Regjeringen vil legge til rette for at allmennleger i større grad kan ha fast lønn med mulighet for å gå over til næringsdrift, der kommune og lege er enige om dette. Det skal vurderes å etablere fastlønte utdanningsstillinger i allmennmedisin.”*

Dette er et betydelig strukturelt grep, som burde flagges tydelig i forskriften, for eksempel i §4.

### **Kommunalt ansvar for fastlegetjenesten**

Ved innføring av fastlegeordningen i 2001 var fokuset sterkt på å tydeliggjøre det personlige listeansvaret den enkelte lege har for sine pasienter. Dette omfattet ansvaret for øyeblikkelig hjelp på dagtid, ansvar for å sørge for vikar ved fravær og å delta i legevakt. Kommunens ansvar ble beskrevet som ”tilrettelegger”. Det nye forslaget til forskrift peker på at det er kommunen som etter lovverket er ansvarlig for å tilby befolkningen en forsvarlig fastlegetjeneste, herunder etablere nødvendige samarbeidsordninger med øvrige deler av tjenesteapparatet. Her vil samarbeid med øvrige deler av det kommunale hjelpeapparatet, spesialisthelsetjenesten og NAV bli ytterligere viktig.

Dersom kommunen skal ta et slikt ansvar, må det også følge med en myndighet til å ta et lederskap. Denne myndigheten presiseres i forskriften og dette støttes av kommunen. Imidlertid er det en forutsetning at kommunene innehar nødvendig fagkompetanse til å utøve et reelt lederskap på området. Dette nødvendiggjør en satsning på kommuneoverlegefunksjonen i mange kommuner. Omfanget av kommunelegestillinger har stått på stedet hvil i tiåret etter 2001. Ledelse handler i hovedsak om samarbeid, dialog og tillit mellom partene. Her vil en særlig peke på betydningen av avtalefestede samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg. Disse fungerer i dag som en viktig og nyttig arena for samarbeid. Det er litt underlig at Staten lovfester samarbeidsavtaler og møtearenaer mellom kommuner og sykehus, men unnlater å nevne tilsvarende arenaer med fastlegene.

Til myndighet hører også muligheten for sanksjonering ved mislighold. Det foreslås en rett til å holde tilbake hele eller deler av per capita tilskuddet. Skal en myndighetsutøvelse være reell, er mulighet for sanksjoner en forutsetning. Utarbeiding og anvendelse av dette virkemiddelet må gjøres etter gjeldende lovverk og avtalerettslige prinsipper.

### **Nasjonale funksjons- og kvalitetskrav**

Dette kapitlet har skapt størst reaksjoner, og spriker en del. De detaljerte kravene til proaktiv oppsøkende virksomhet og individrettet forebygging kan, strengt fortolket, gi grenseløse oppgaver. Dette bør omredigeres slik at overordnede prinsipper forskriftsfestes, og praktisk fortolkning flyttes til merknader eller veiledere utformet i samarbeid med fagmiljøene. Da spørsmålet ble reist i forbindelse med høring på helse- og omsorgstjenesteloven uttalte Statens helsetilsyn at de var i tvil om innretningen på en slik proaktiv oppfølging er et riktig tiltak.

Når det gjelder krav til tilgjengelighet, derimot, mener kommunen at det følger av listeansvaret for øyeblikkelig hjelp at legen er tilgjengelig i den avtalte tid, og har kapasitet til konsultasjon eller sykebesøk innenfor medisinsk forsvarlig frist.

Undersøkelser viser at om lag 60 % av alle telefonkontakter med legekontorer dreier seg om bestilling av time eller fornyelse av resept. Innføring av timebestilling på SMS har vist seg å kunne redusere denne belastningen vesentlig. Innføring av e-resept legger til rette for tilsvarende utvikling på dette området. Kravet om svar på telefonen innen to minutter blir for unyansert. Det er mulig med talemener og tastevalg slik at hastehenvendelser blir prioritert i køen. Mange legekontorer har ved systematisk arbeid bedret tilgjengeligheten betydelig, slik at kravene i forslaget ikke synes urealistiske. Det må imidlertid gis rom for nødvendig tid til tilpasning, metodestøtte og opplegg for å registrere.

Når det gjelder forslaget § 29 som dreier seg om krav til elektronisk pasientjournal er det kommuner og i særdeleshet sykehus som ikke kan utveksle elektroniske meldinger. Fastlegene, der nesten 100% har elektroniske løsninger, har i stor grad dette på plass. Helseinformasjonssikkerhetsforskriften ivaretar etter kommunens syn myndighetskravene til informasjonssikkerhet også hos fastlegene.

Kravet om oversikter over egen listepopulasjon og rapportering bør også kritisk gjennomtenkes, og fortrinnsvis kobles til kvalitetsutvikling i egen praksis. Dette kan for eksempel gjøres gjennom deltakelse i gruppebasert refleksjon og kvalitetsutvikling. Metoder for dette er allerede etablert i fagmiljøene. Det er påfallende at metodeutvikling innen kvalitetsarbeid som drives for eksempel i Kunnskapscenter for helsetjenesten og i legeföreningen ikke er drøftet i de innledende kapitlene.

#### **Vurdering:**

Kommunen vurderer at det er behov for et forskriftsverk som understøtter kommunens lovpålagte ansvar. En vil imidlertid understreke betydningen av at fastlegeordningen utvikles i et nært samarbeid mellom staten, kommunene og legeföreningen. Prosessen rundt foreliggende forskriftsforslag ser ikke ut til å ha styrket dette.

#### **Vedlegg:**

Utrykt vedlegg: Høringsbrev og høringsnotat (116 sider):

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2011/revidert-fastlegeforskrift.html?id=667714>