

Deres ref.: 24/4726

Vår ref: HSAK202500529

Dato: 18-06-2025

Høringsuttalelse - forslag til ny forskrift om fastlegeordning i kommunene mv.

Legeforeningen viser til høringsnotat av 18. mars 2025 om forskrift om fastlegeordning i kommunene mv. Høringsuttalelsen er vedtatt av sentralstyret i Legeforeningen, etter intern høring i organisasjonen.

1. Innledning

Fastlegeordningen er avgjørende for å sikre likeverdig tilgang til allmennlegetjenester for alle i Norge, uavhengig av hvor de bor eller deres økonomiske situasjon. Den gir hver innbygger rett til en navngitt fastlege som kan gi kontinuerlig og helhetlig medisinsk oppfølging over tid. Dette bidrar til forebygging, diagnostisering og behandling av sykdommer, samt en tryggere og mer forutsigbar helsetjeneste for befolkningen. Tross utfordringer de senere årene, er og forblir ordningen en suksess for både innbyggere og myndigheter. En god fastlegeordning skaper gode, likeverdige og effektive helsetjenester for alle innbyggere.

Dagens fastlegeforskrift er utformet i en tid da de fleste fastleger var næringsdrivende, og er ikke tilpasset dagens situasjon der omtrent hver femte fastlege er kommunalt ansatt. Et hensyn bak revisjonen er å skape økt ryddighet for ansettelsesforhold i fastlegeordningen. Legeforeningen støtter dette hensynet og mener det er et gode at det tilrettelegges for ansettelsesforhold der dette vurderes hensiktsmessig. Legeforeningen er derfor positiv til at departementet foreslår endringer i forskriften som reflekterer denne utviklingen, og som tydeliggjør ansvar og oppgaver for henholdsvis kommunen, kommunale fastlegekontor, næringsdrivende fastleger og kommunalt ansatte fastleger.

Samtidig vil vi også understreke at næringsdriftsmodellen har vært sentral i den suksessen fastlegeordningen har vært. Hensynet til bærekraft i fastlegeordningen avhenger av at dette fortsetter å være en attraktiv organiseringsform. Legeforeningen vil derfor understreke sin støtte til regjeringens uttrykte mål i Meld. St. 23 (2024-2025) *Fornye, forsterke, forbedre* (allmennlegemeldingen), om å bevare næringsdrift som hovedmodell. Vi erfarer likevel at regjeringen fremmer forslag som svekker insentivene til å være næringsdrivende fastlege. Dette gjelder særlig endringer i finansieringsordningen og forslaget om at en næringsdrivende lege mister retten til å overdra praksisen mot kompensasjon, dersom kommunen ikke lykkes med å rekruttere ny næringsdrivende lege innen en gitt tidsfrist. Sistnevnte er et inngrep i en avtalefestet rettighet til overdragelse av praksis, herunder kompensasjon for opparbeidet praksis. Vi kan ikke se at et slikt

inngrep har hjemmel i lov, og vi etterlyser en vurdering av inngrepet i forhold til Grunnloven og Norges internasjonale forpliktelser, se nærmere under punkt 6.

Det er positivt at departementet foreslår klargjøring av begreper, ny kapittelinndeling og struktur. Når departementet nå tilsynelatende har gjort en helhetlig gjennomgang av forskriften, reagerer vi på at departementet – helt ukritisk og uten nærmere vurdering – viderefører fastlegens plikt til å delta i andre allmennlegeoppgaver og legevakt, sistnevnte uten noen form for arbeidstidsinnramming. Vi mener bestemmelsene kan være i strid med både Grunnloven og Norges internasjonale forpliktelser, se nærmere under punkt 9.1.

Nedenfor følger Legeforeningens innspill og merknader til departementets forslag til forskriftsendringer.

2. Definisjoner

Departementet foreslår i § 2 å ta inn og definere begrepet "kommunalt fastlegekontor" som "fastlegekontor drevet av kommunen, der kommunen har driftsansvaret og fastlegene er ansatt i kommunen". Departementet foreslår videre at det tas inn en definisjon av "næringsdrivende fastlege" som "selvstendig næringsdrivende lege som har avtale med kommunen om å yte fastlegetjenester på vegne av kommunen". Disse presiseringene foreslås for å tydeliggjøre forskriftens innhold og for å synliggjøre at fastlegetjenester også ytes av kommunalt ansatte fastleger.

Legeforeningen er positiv til at departementet foreslår å definere disse begrepene. Vi gjør oppmerksom på at det ikke er helt uvanlig at man på et kommunalt fastlegekontor har en blanding av ansatte fastleger og næringsdrivende leger med 8.2-avtaler. Forslaget til definisjon av kommunalt fastlegekontor er derfor etter sin ordlyd ikke helt treffende, men vi oppfatter at slike legekontor også vil omfattes av definisjonen.

Legeforeningen foreslår at departementet også tar inn en definisjon av "fastlegekontor", som en fellesbetegnelse på kommunalt fastlegekontor og næringsdrivende fastlege. Videre at begrepene "kommunale fastlegekontor" og "næringsdrivende fastlege" erstattes med "fastlegekontor" i de bestemmelsene hvor rettighetene og pliktene er identiske. Dette vil bidra til å forenkle teksten. Eksempelvis kan kapittel 4, som i dag heter "Ansvar og ledelse ved kommunale og næringsdrivende fastlegekontor" endres til "Ansvar og ledelse ved fastlegekontor". Videre er det flere ledd i enkeltbestemmelser som blir overflødige, eksempelvis §§ 16 annet ledd og 18 annet ledd, som begge lyder: "Tilsvarende ansvar for sin virksomhet har også hver enkelt næringsdrivende fastlege som har avtale med kommunen."

Forslaget til ny § 7 handler om kommunens ansvar for å legge til rette for samarbeid mellom ulike tjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester som er omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven. Forslaget til § 7 første ledd lyder: "Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og næringsdrivende fastleger". Det fremstår litt underlig å avgrense dette til å gjelde samarbeid med næringsdrivende fastleger, særlig når forslaget til fjerde ledd lyder: "Kommunens ansvar gjelder uavhengig av om fastlegen er ansatt i kommunen eller har avtale med kommunen som næringsdrivende fastlege". Vi foreslår i stedet følgende ordlyd i

§ 7 første ledd: "Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene."
Fjerde ledd kan da strykes.

3. Fastlegeavtalen

Forslaget til ny § 8 annet ledd lyder som følger:

"For fastleger som er ansatt i kommunen omfattes fastlegeavtalen av den alminnelige arbeidsavtalen. Av avtalen skal det fremgå antall plasser på fastlegens liste. Andre sentrale forhold, som lokalisering, bør også fremgå."

Legeforeningen er enig med departementet i at fastlegeavtalen må være en del av arbeidsavtalen for ansatte fastleger. Arbeidsmiljøloven § 14-6 stiller forholdsvis omfattende minimumskrav til hva en arbeidsavtale skal inneholde, herunder følger det av første ledd at "forhold av vesentlig betydning i arbeidsforholdet" *skal* fremgå av arbeidsavtalen. Etter Legeforeningens vurdering er listelengde "et forhold av vesentlig betydning i arbeidsforholdet", slik at det vil følge av arbeidsmiljøloven at listelengde skal fremgå av arbeidsavtalen. Vi vurderer likevel at det kan være hensiktsmessig å presisere dette i fastlegeforskriften, jf. andre setning i den foreslåtte bestemmelsen, slik at det ikke oppstår tvil om dette helt sentrale punktet i arbeidsavtalen for alle ansatte fastleger. Vi foreslår en rent språklig omskriving av nevnte setning, slik at ordlyden blir som følger: "Antall plasser på fastlegens liste skal fremgå av avtalen."

I arbeidsmiljøloven § 14-6 (1) bokstav b fremgår det at opplysninger om arbeidsplassen er et vesentlig forhold som *skal* fremgå av arbeidsavtalen. Etter vår vurdering er siste setning i den foreslåtte bestemmelsen, ref. forslaget om at lokalisering er noe som *bør* fremgå, i strid med det strengere kravet i arbeidsmiljøloven § 14-6 (1) bokstav b, og kan villedde arbeidsgivere til å tro at de ikke har plikt til å opplyse om dette i arbeidsavtalen. Vi kan ikke se at HOD har hjemmel til å fravike bestemmelsen i arbeidsmiljøloven, og vi foreslår derfor at siste setning strykes.

I § 8 siste ledd synes det å mangle ett ord (understreket): "Fastlegen og kommunen kan ikke inngå avtale i strid med bestemmelser i denne forskriften, med mindre det fremgår av den enkelte bestemmelse."

4. Avslutning av individuell avtale

4.1 Ansatte fastlegers oppsigelsestid

I forslaget til ny § 12 annet ledd foreslår departementet at ansatte fastleger skal ha en oppsigelsesfrist fra sine stillinger på seks måneder. Disse legene har i dag en tariffestet oppsigelsesfrist på tre måneder, jf. hovedtariffavtalen (HTA) i KS-området punkt 3.2.1. KS og Legeforeningen har vært omforent om at tariffavtalens og arbeidsmiljølovens bestemmelser om oppsigelsesfrist må gå foran fastlegeforskriftens bestemmelse om seks måneders oppsigelsesfrist for den individuelle fastlegeavtalen. Legeforeningen synes det er oppsiktsvekkende at departementet, uten å problematisere eller drøfte forholdet til oppsigelsesfristene i arbeidsmiljøloven og tariffavtalen, foreslår at ansatte fastleger skal ha en oppsigelsesfrist som er dobbelt så langt som for andre ansatte i kommunen og i samfunnet for øvrig. Vi kan heller ikke se at HOD har hjemmel til å

fastsette en oppsigelsesfrist i forskrift som fraviker arbeidsmiljølovens bestemmelser. Legeforeningen forventer at departementet endrer dette, slik at ansatte fastleger får en oppsigelsesfrist på tre måneder, i tråd med hva som gjelder for andre ansatte i kommunal sektor. Ordlyden kan eksempelvis endres til følgende: "Ansatte fastlegers oppsigelsestid reguleres av arbeidsmiljøloven og tariffavtaler."

4.2 Heving av aldersgrense

Departementet foreslår i § 12 tredje ledd å heve aldersgrensen fra 75 til 80 år for leger for å kunne inngå tidsbegrenset avtale med kommunen om fastlegevirksomhet. Aldersgrensen samsvarer med bestemmelsen om autorisasjon i helsepersonelloven § 54.

Legeforeningen støtter forslaget om å tilrettelegge for at fastleger som ønsker det og er i stand til det, kan fortsette yrkeskarrieren etter fylte 75 år.

4.3 Avslutning av individuell avtale som følge av bortfall av autorisasjon eller tap av retten til å praktisere for trygdens regning

I høringsforslagets § 12 fjerde og femte ledd foreslår departementet å videreføre dagens § 32 tredje og fjerde ledd om konsekvensene for fastlegeavtalen ved bortfall av autorisasjon. Ved rettskraftig vedtak om tap av autorisasjon som lege bortfaller fastlegeavtalen med umiddelbar virkning, mens ved suspensjon eller når legen venter på klageinstansens overprøving av vedtaket, kan næringsdrivende lege innta vikar inntil saken er avgjort av klage- og tilsynsmyndighetene.

Slik forslaget til § 12 fjerde ledd er utformet synes intensjonen å være at den skal gjelde både for næringsdrivende og ansatte fastleger. Etter Legeforeningens vurdering må bestemmelsen avgrenses til å gjelde for næringsdrivende fastleger. For ansatte fastleger, der den individuelle fastlegeavtalen er en del av arbeidsavtalen, vil det være arbeidsmiljølovens bestemmelser om oppsigelse, og ev. suspensjon og avskjed, som vil regulere en situasjon der legens autorisasjon bortfaller. Vi kan ikke se at HOD har hjemmel til å fastsette forskriftsbestemmelser som fraviker disse bestemmelsene i arbeidsmiljøloven.

Tilsvarende som ved bortfall av autorisasjon, vil en lege som taper retten til å praktisere for trygdens regning, jf. folketrygdloven § 25-6, ikke kunne overholde sin del av fastlegeavtalen. Legeforeningen foreslår derfor at forslaget til ny § 12 fjerde og femte ledd utvides til også å omfatte tap av refusjonsretten etter folketrygdloven § 25-6. Konkret vil det innebære at fastlegeavtalen bortfaller ved rettskraftig vedtak om tap av retten til å praktisere for trygdens regning, og at næringsdrivende fastlege som venter på en overprøving av vedtaket får rett til å innta vikar inntil saken er avgjort av klagemyndigheten.

5. Tilrettelegging for avtaler mellom legekontoet og kommunen

Legeforeningen viser til at regjeringen i Meld. St. 23 (2024-2025) om allmennlegetjenesten skriver at den vil utrede regulering av avtaler mellom en gruppepraksis og kommunen, som et tillegg til den individuelle fastlegeavtalen. Regjeringen ser for seg at slike avtaler kan reguleres i et nytt kapittel i fastlegeforskriften.

Dagens rammeverk for fastlegeordningen, herunder rammeavtalen mellom Legeforeningen og KS (ASA 4310), ble utformet i en tid da det var mer vanlig med solopraksiser. I dag er det få solopraksiser igjen, og de fleste fastleger driver i en gruppepraksis. Dette er en ønsket utvikling. Rammeverket for fastlegeordningen legger opp til at det skal inngås individuelle fastlegeavtaler mellom legen og kommunen, mens gruppepraksisen som fastlegens praksis er en del av, ikke er avtalepart eller har noen formalisert rolle overfor kommunen. Dette foreslås videreført i forskriftsforslaget som er sendt på høring. Etter Legeforeningen vurdering er det flere områder som egner seg bedre for å reguleres i en avtale mellom legekantoret og kommunen, enn i den individuelle fastlegeavtalen. Dette er noe vi har spilt inn som et aktuelt tiltak i en årrekke og vi er derfor positive til at regjeringen i stortingsmeldingen åpner for å utrede dette. Etter vår vurdering er det tilstrekkelig at fastlegeforskriften åpner for regulering av avtaler mellom legekantoret og kommunen, og at de nærmere rammene for slike avtaler best fastsettes mellom de sentrale parter, KS og Legeforeningen, i rammeavtalen ASA 4310. KS og Legeforeningen gjennomførte høsten 2024 en felles workshop for å se på muligheten for å etablere et avtaleforhold mellom gruppepraksiser og kommunen, der både fastleger og representanter for kommunene deltok. Deltagerne hadde en rekke forslag til områder som kan egne seg for regulering i slike avtaler, og hvilke forutsetninger som må på plass for at det skal fungere godt. Vi har derfor god oversikt over dette, og vi forventer at berørte parter blir involvert i departementets utredningsarbeid.

Legeforeningen understreker at en forutsetning for ovennevnte er at det individuelle listeansvaret består, noe vi også oppfatter at regjeringen ønsker, jf. den ovennevnte stortingsmeldingen om allmennlegetjenesten.

6. Hjemfall av fastlegeavtale

Overdragelse av praksis og hjemfall av fastlegeavtale er i dag regulert i rammeavtalen mellom Legeforeningen og KS (ASA 4310).

Bestemmelsen om hjemfall kom inn i rammeavtalen under forhandlingene i 2023, og trådte i kraft 1. april 2024. Bakgrunnen for at partene ble enige om denne bestemmelsen var at det i en situasjon med rekrutteringssvikt i fastlegetjenesten, oppsto en utfordrende situasjon i de tilfeller ingen leger ønsket å overta en næringsdrivende fastlegepraksis. Dette førte bl.a. til "vikarstafetter", som var uheldig for alle berørte parter. Forutsetningene for hjemfall etter rammeavtalen, er at det ikke er søkere som vil overta fastlegeavtalen på vanlige vilkår, at det er gått minst 12 måneder fra oppsigelsestidspunktet og at kommunen har gjennomført minst tre korrekte utlysninger. Når disse vilkårene er oppfylt, har ikke legen lenger krav på kompensasjon for opparbeidet praksis (ofte kalt goodwill). Nå har rekrutteringen til næringsdrivende praksiser økt, vi ser bl.a. at antall utlån fra Legeforeningens lånefond for privat legepraksis har økt med 12 % fra 01.01.2023 til 01.06.2025, og at det i perioden 01.07.2024 til 01.06.2025 er rekruttert flere fastleger til næringsdrift enn til ansettelse (55% vs. 45 %). Det siste året har også Legeforeningen hatt en betydelig reduksjon i antall leger som søker bistand fordi det ikke er søkere til å overta legens praksis. Behovet for en regulering av hjemfall av fastlegeavtale er derfor vesentlig redusert, sammenlignet med situasjonen i 2023.

I forslaget til ny § 13 foreslår departementet å løfte deler av bestemmelsen om hjemfall av fastlegeavtale inn i den nye fastlegeforskriften. Departementet har foreslått to alternative

bestemmelser: Det ene alternativet bygger på rammeavtalens bestemmelse, dvs. at hjemfall tidligst kan skje 12 måneder etter oppsigelsestidspunktet, i det andre alternativet foreslås det at hjemfall skal skje allerede ved utløpet av oppsigelsesfristen på 6 måneder. I begge alternativene har departementet utelatt rammeavtalens bestemmelser om at fastlegeavtalen som hovedregel skal lokaliseres til eksisterende gruppepraksis etter hjemfall, og at kommunen i perioden mellom oppsigelsesfristens utløp og hjemfall av fastlegeavtalen plikter å sørge for vikar og dekke dokumenterte driftsutgifter i praksisen. Begge disse forutsetningene, i tillegg til 12-måneders fristen, var avgjørende for at partene ble enige om bestemmelsen i rammeavtalen.

Legeforeningen er sterkt kritisk til forslagene til forskriftsregulering. For det første mener Legeforeningen at departementet ikke har hjemmel i lov til å forskriftsfeste at en avtalefestet rettighet til overdragelse av praksis, herunder kompensasjon for opparbeidet praksis, skal bortfalle. Staten er ikke part i rammeavtalen, og kan ikke bruke den som grunnlag for å gripe inn i legenes opparbeidede rettigheter. For at staten skal kunne vedta inngrep i innbyggers rettigheter, må den ha tydelig hjemmel i lov, jf. legalitetsprinsippet/Grunnloven § 113. Dette gjelder særlig når staten griper inn i etablerte rettigheter, som eiendomsrett eller næringsfrihet. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, som vi antar departementet har hjemlet bestemmelsen i, er en generell forskriftshjemmel, og vi kan ikke se at ordlyden eller forarbeidene gir holdepunkter for at bestemmelsen kan hjemle inngrep i næringsdrivendes rett til overdragelse og kompensasjon ved salg av virksomheten. Dette er en fremforhandlet økonomisk rettighet med klar næringstilknytning, som også kan være beskyttet at Grunnloven § 105 og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) tilleggsprotokoll 1 artikkel 1, som gjelder vern av eiendom. Vi bemerker videre at ordlyden i forslaget tilsier at det i praksis også vil finne sted en omgjøring av det opprinnelige enkeltvedtaket om å tildele en fastlegeavtale, ref. at kommunen på visse vilkår skal stå fritt til å inngå ny fastlegeavtale. Vi kan ikke se at en slik omgjøring av det opprinnelige enkeltvedtaket har hjemmel verken i forvaltningsloven § 35 om omgjøring av vedtak uten klage, eller i helse- og omsorgstjenesteloven.

Dersom staten vurderer å gå videre med forslaget om å regulere hjemfall av fastlegeavtale, noe vi er sterkt kritiske til, mener vi dette ikke kan gjøres uten at staten utreder forholdet til Grunnloven og EMK. Legeforeningen er kjent med at spørsmålet om forholdet til Grunnloven har vært diskutert i arbeidet med ekspertutvalgets rapport, og at man i den forbindelse har ment at det er nødvendig å utrede forholdet til Grunnloven dersom staten vurderer å regelfeste en hjemfallsordning. Vi er overrasket over at departementet tilsynelatende lukker øynene for dette grunnleggende spørsmålet.

For det andre er vi svært kritiske til at departementet foreslår å forskriftsfeste bruddstykker av en fremforhandlet løsning, uten at balansen mellom rettigheter og plikter blir ivaretatt. Departementet gjentar dermed en "metode" som fikk svært mye kritikk ved revisjonen av fastlegeforskriften i 2012, og som i ettertid har ført til store utfordringer i forvaltningen av ordningen.

Departementets forslag om hjemfall allerede ved utløpet av oppsigelsesfristen på 6 måneder, griper inn i selve retten til overdragelse av praksis, og det øker risikoen betydelig ved å investere i en næringsdrivende fastlegepraksis. Det skaper en uforutsigbarhet som vil svekke nye legers interesse for næringsdrift på en måte som vil bidra til å sette hele næringsdriftsmodellen på spill. Dette vil også

øke presset på kommunene til å tilby andre driftsformer som har betydelige merkostnader for kommunene, enten i form av ansettelse eller 8.2-avtaler. Siden det normalt krever mer enn én ansatt fastlege for å erstatte én næringsdrivende lege, jf. bl.a. at ansatte fastleger må forholde seg til arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven, kan et slikt forslag også føre til en økning i antall innbyggere som ikke har en fast fastlege. Vi minner også om at næringsdriftsmodellen innebærer at fastlegeordningen kan drives til dels uavhengig av kommuneøkonomi, og derfor også er et middel for å utjevne forskjeller i det fastlegetilbudet innbyggerne får.

Departementets forslag er egnet til å destabilisere velfungerende legepraksiser. For leger som drifter sammen i en gruppepraksis har det stor økonomisk og praktisk betydning dersom en av legene trer ut av praksisen. Vi minner om at dette er virksomheter med avtaleforpliktelser og ansatte medarbeidere. Det er bakgrunnen for at KS og Legeforeningen er enige om at en fastlegeavtale etter hjemfall som hovedregel fortsatt skal lokaliseres til den angjeldende gruppepraksisen – det vil være både i pasientenes, legenes og kommunens interesse at det fortsatt er grunnlag for å videreføre gruppepraksisen. Videre bidrar kommunens plikt til å sørge for vikar og å dekke dokumenterte driftsutgifter i praksisen i perioden mellom oppsigelsesfristens utløp og hjemfall av fastlegeavtalen, til en viss balanse i partenes rettigheter og plikter.

Innføringen av hjemfallsbestemmelsen i rammeavtalen i 2023 viser at partene er i stand til å finne løsninger, også på krevende områder. Legeforeningen ber om at departementet ikke går videre med forslaget om å regulere hjemfall av fastlegeavtale, og lar partene – som kjenner de lokale forholdene best og som har mulighet til å vurdere bestemmelsen i sammenheng med øvrige regler i rammeavtalen – forvalte denne reguleringen. Som nevnt innledningsvis i punkt 6 er også behovet for regulering av hjemfall vesentlig redusert. Vi bemerker videre at bestemmelsen om hjemfall trådte i kraft 1. april 2024, og gitt kravet om at det må ha gått 12 måneder fra oppsigelsestidspunktet før hjemfall kan skje, har ikke partene p.t. høstet noen erfaringer med bestemmelsen. Det er derfor også prematurt å innføre en slik bestemmelse uten et grunnlag for å kunne evaluere dagens regulering i rammeavtalen.

Departementet skriver i høringsnotatet at det har vurdert om kompensasjon for blant annet utstyr og lokaler tilknyttet praksisen bør reguleres i forskrift, og ber om høringsinstansenes syn på dette. Legeforeningen er sterkt kritisk til også dette. Vi mener at en slik begrensning i eiers rett til å utnytte og råde over sin eiendom/sine formuesgoder vil være et inngrep i den private eiendomsretten, og at det potensielt kan være i strid med Grunnloven § 105 og EMK tilleggsprotokoll 1 artikkel 1. Dersom departementet vurderer å utforme en slik regulering, må forholdet til nevnte bestemmelser utredes, og det vil uansett kreves en klar og utvetydig lovhjemmel.

7. Ansvar og ledelse ved fastlegekontor

7.1 Presisering av virksomhetsansvaret

Departementet foreslår et nytt kapittel i fastlegeforskriften med overskriften "Ansvar og ledelse ved kommunale og næringsdrivende fastlegekontor", hvor bestemmelsene i gjeldende forskrift som dreier seg om virksomhetsansvar samles og videreføres. Vi foreslår primært å endre overskriften til "Ansvar og ledelse ved fastlegekontor", jf. vårt forslag under punkt 2 om å innta en definisjon av

fastlegekontor. Sekundært foreslår vi at overskriften endres til "Ansvar og ledelse ved kommunale fastlegekontor og legekontor med næringsdrivende fastleger".

Departementet foreslår en ny § 15 om krav til ledelse og kvalitetsforbedring. Bestemmelsen presiserer gjeldende rett om hvem som har det overordnede ansvaret for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomheten og hva dette ansvaret går ut på. Ansvaret legges på hhv. den som har det overordnede ansvaret for det kommunale fastlegekontoret, og hver enkelt næringsdrivende fastlege. Vi har ingen innvendinger mot innretningen på denne reguleringen, men vil bemerke at ved omfattende 8.2-avtaler, der kommunen står for driften av legekontoret, herunder har arbeidsgiveransvaret for annet helsepersonell ved kontoret, vil det etter vår vurdering være kommunen som har virksomhetsansvaret for legekontoret. Leger med slike 8.2-avtaler vil kun ha et virksomhetsansvar for sitt enkeltmannsforetak/aksjeselskap.

Det er for øvrig bra at viktigheten av ledelse og kvalitetsforbedring løftes frem i fastlegeforskriften, og vi forventer at myndighetene i tråd med dette bidrar til tilstrekkelige ressurser til å fortsette med kontinuerlig ledelses- og kvalitetsutvikling i fastlegeordningen.

7.2 Rapporteringsplikt

Departementet foreslår å videreføre dagens krav til rapportering i forslaget til § 20. Bestemmelsen pålegger kommunale fastlegekontor og næringsdrivende fastleger en vid rapporteringsplikt. Formålet er å muliggjøre en kunnskapsbasert utvikling av fastlegetjenesten gjennom å gi kommune og stat tilgang på data om aktivitet og kvalitet i tjenesten.

Dette var en bestemmelse som var betydelig diskutert i forbindelse med revisjonen i 2012. Departementet ønsket den gang å innføre forpliktelsene umiddelbart, men det ble etter en rekke diskusjoner enighet om ordlyd og utsatt ikrafttreden, fordi det manglet hensiktsmessige systemer og metodikk for dette. Det er uklart om departementet mener at dette nå er løst slik at plikten til rapportering kan tre i kraft.

Det er viktig at det legges til rette for at rapporteringsplikten blir praktisk gjennomførbar og godt integrert i fastlegenes eksisterende journalsystemer. Rapportering må kunne skje automatisk uten manuell dobbeltregistrering, og hensynet til personvern må ivaretas fullt ut. Opplysninger som rapporteres bør som hovedregel være anonymiserte eller aggregerte, og det må foreligge hjemmel i lov for eventuell deling av identifiserbare data. En hensiktsmessig innføring av rapporteringssystemer forutsetter at tekniske løsninger er ferdigutviklet, godt pilotert og minst mulig byrdefulle. Vi understreker viktigheten av at myndighetene har dialog med både Legeforeningen og teknologileverandørene i dette arbeidet, og at bestemmelsen ikke iverksettes før ovennevnte forutsetninger er på plass.

8. Tilgjengelighet og forslag om ny plikt til å tilby digitale tjenester

8.1 Plikt til å være tilgjengelig for timeregistrering i Helsenorge

I høringsnotatet § 17 bokstav annet ledd bokstav c, jf. forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 12 annet ledd, er det foreslått en plikt for kommunale fastlegekontor og næringsdrivende fastleger til å være tilgjengelige for digital timeregistrering på helsenorge.no.

Legeforeningen anser at denne løsningen er hensiktsmessig. Det er likefullt visse aspekter knyttet til en slik plikt som kan være problematiske og som må vurderes grundig ved utforming av regelverket.

En plikt for samtlige fastleger til å være tilgjengelige for digital timeregistrering hos Helsenorge innebærer en monopolisering av den nasjonale tjenestetilbyderens rolle. Vi kan ikke se at det er gjort vurderinger av på hvilken måte dette kan påvirke markedet og andre tjenestetilbyderes adgang til dette, jf. også en strategisk satsing på norsk helsenæring. Videre påpeker vi at i en slik situasjon vil ikke alminnelige markedsmekanismer kunne sikre at fastlegene ikke betaler en høyere pris enn hva de kunne oppnådd i et marked med konkurranse. Vi forventer derfor at Helsenorge tilbys som en kostnadsfri løsning for alle leger i Norge ved at Norsk Helsenetts kostnader til drift og videreutvikling dekkes over statsbudsjettet. Sentralt er også en forvaltningsmodell for Helsenorge som gir legene en reell mulighet til å fremme behov for forbedringer, og at disse faktisk blir løst. En slik modell finnes ikke i dag.

Dette poenget gjør seg gjeldende med særlig tyngde dersom Helsenorge skal være portal for å levere flere tjenester, som for eksempel systemer for gjennomføring av digitale konsultasjoner, slik som foreslås nærmere utredet. Dette vil potensielt kunne styrke monopolsituasjonen og svekke muligheten for konkurranse om pris for løsninger hvor det i dag eksisterer et marked.

Forslag til ny § 17 annet ledd bokstav c retter seg mot "timebestilling". Legeforeningen forstår dette som en plikt for fastlegen til å oppgi konkrete tidspunkter hvor pasienten kan reservere konsultasjon. En svakhet med Helsenorge er at mange pasienter misforstår tilgjengeligheten: om de ikke finner ledig time i det digitale systemet, tror de ikke at det er mulig å få time. Det er svakheter i funksjonaliteten for at legen skal kunne automatisert styre hvor mange timer som skal ligge digitalt tilgjengelig i forskjellige tidsperioder, dvs. frigjøre reservekapasitet nærmere dato for bestilling. Pasientene har få muligheter til å vite at legen har reservekapasitet som er tilgjengelig gjennom andre kontaktflater, fordi Helsenorge tilbyr for dårlig mulighet for legekantorene til å gi detaljert informasjon om kontorets rutiner. Slik informasjon deles typisk på legekantorets nettsider, men sees ikke av pasienter som går direkte til Helsenorge. Det er derfor behov for bedre integrasjon av legekantorets informasjon til pasientene om rutiner og praksis inn på Helsenorge, og at dette er synlig også for pasienter som går direkte til Helsenorge i stedet for via nettsiden til legekantoret.

8.2 Plikt til å levere digitale tjenester

8.2.1 Rekkevidden av den rettslige plikten til å levere digitale tjenester

I høringsnotatet er det i forslag til ny § 17 annet ledd bokstav d oppstilt en plikt for kommunale fastlegekontor og næringsdrivende fastleger til å "innrette sin praksis slik at innbyggerne tilbys digitale tjenester, herunder konsultasjoner via video, tekst og telefon, for henvendelser som er egnet for slik oppfølging".

Departementet understreker at bestemmelsen ikke gir en rett for pasienten til å kreve at konsultasjon skal gjennomføres digitalt, det skal være opp til fastlegen å ta den endelige beslutningen. Etter forslagetts ordlyd er imidlertid plikten til å tilby digitale konsultasjoner utelukkende begrenset av hvorvidt henvendelsen, objektivt sett, er "egnet for slik oppfølging". Dersom henvendelsen er "egnet", må altså legen tilby digital konsultasjon. Legeforeningen har selvfølgelig forståelse for at fastlegene må følge den teknologiske utviklingen og de mulighetene som

følger, og fastlegene har da også meget god tradisjon for dette. Vi er imidlertid kritiske til den foreslåtte reguleringen.

Ordlyden i høringsnotatet § 17 annet ledd bokstav d er svært vidtrekkende. Departementet understreker i punkt 8.3.6.3 at begrepet "digitale tjenester" ikke er ment å gi klare avgrensninger, og det påpekes at det er hensiktsmessig med en vidtrekkende ordlyd, da dette gir en fleksibel regulering i møte med teknologisk utvikling. Legeforeningen er usikre på om man ved utformingen av forslaget i tilstrekkelig grad har vurdert konsekvensene av den meget vidtrekkende ordlyden som er foreslått.

En generell plikt til å tilby digitale tjenester vil blant annet innebære en plikt til å ta i bruk video, bilder, chat, telefon, kunstig intelligens og elektronisk kommunikasjon ved overføring av data. Teknologiutviklingen gjør at det er vanskelig å forutse omfanget av forpliktelser som bestemmelsen vil medføre i fremtiden.

Det er blant annet nødvendig å se konsekvensene av reguleringen i lys av en samfunnsutvikling hvor de store teknologiselskapene satser på helsedata og innsamling av disse. Utviklingen gir befolkningen mulighet til å samle inn, kategorisere og systematisere opplysninger om egen helse. Utviklingen vil muliggjøre en samkjøring av pasientens innsamling av egen helsedata og legens journal. Et spørsmål som kan stilles er om også dette potensielt er en tjeneste som pasienten vil kunne kreve av fastlegen, dersom forslaget blir vedtatt. Det vil i så fall klart bli nødvendig å gjøre nye vurderinger av hvordan dataene skal håndteres og hvilke forventinger som skal stilles til den enkelte legen.

Det vil videre være et stort behov for medisinsk faglig kvalitetssikring av nye teknologiske løsninger. Det må være mulig for legen å faktisk skaffe seg oversikt over dataene, typisk gjennom ulike løsninger knyttet til kunstig intelligens. Denne teknologien må CE-merkes og anvendes i henhold til AI-forordningen, som igjen stiller krav til overvåkning ved bruk av teknologien.

Drøftingen i høringsnotatet retter seg i all hovedsak mot konsultasjoner via video, telefon og chat. Det understrekes imidlertid at ordlyden bevisst gis et mer vidtrekkende innhold. Nye og vidtrekkende plikter til å levere digitale tjenester vil kunne ha uforutsette konsekvenser. Det er viktig å understreke at eksempelet over med hensyn til håndtering av pasientens egengenererte data kun er en illustrasjon på hvordan fastlegen potensielt vil kunne påføres svært omfattende plikter etter reguleringen. Det er derfor nødvendig å utforme en ordlyd som i større grad hensyntar legenes behov for å kunne innrette systemene hensiktsmessig og effektivt ut fra hensynet til pasientene. Det er i denne sammenheng nødvendig å legge til rette for god dialog mellom legene og kommunene. Det er avgjørende at fastlegen ikke pålegges forpliktelser som i realiteten vil gjøre arbeidshverdagen svært krevende.

Når det gjelder e-konsultasjoner spesifikt, er Legeforeningen kritisk til en generell plikt til å tilby dette til enhver tid. Fastlegene besvarer årlig om lag 3 millioner e-konsultasjoner på dagtid og 600 000 etter kl. 16 og i helg. Dette er en betydelig belastning, som kommer i tillegg til fysiske konsultasjoner. Per nå har ikke Helsenorge opplegg for sortering, siling eller systematisering av henvendelser, utover muligheten til å skru av tjenesten. Den digitale løsningen vanskeliggjør fastlegens plikt til å prioritere pasienter ut ifra en medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad, jf. forskriftsforslaget § 23 annet ledd.

Den digitale løsningen bør også gi pasientene informasjon om antatt ventetid for svar på e-konsultasjoner. Videre opplever fastlegene at det er vanskelig å inkludere e-konsultasjoner i kollegial fraværdekning. Generelt mener Legeforeningen at pålagte digitale løsninger bør ha funksjoner som muliggjør fastlegens etterlevelse av øvrige forpliktelser etter fastlegeforskriften. Vi understreker også at utforming av den digitale løsningen må skje i samarbeid med legene.

Vi vil bemerke at økt rekkevidde av plikten til å levere digitale tjenester også kan problematiseres fra et fagmedisinsk ståsted. Det er bl.a. holdepunkter for at særlig digital førstekontakt ved nyoppståtte helseplager eller ved kontakt med helsepersonell som ikke kjenner pasienten, ofte fører til fysiske konsultasjoner i oppfølgingen, og at den samlede ressursbruken i helsetjenesten øker¹. Det er dessuten sterke indikasjoner på at samlet forbruk av helsetjenester øker, og at grupper med store behov i mindre grad får del i denne forbruksveksten. Vi viser til Legeforeningens høringsuttalelse om Forskrift om forsøk med nettlege, som beskriver problemstillingen mer detaljert.

8.2.2 Spesifikke merknader til plikten til å tilby videokonsultasjon

I punkt 8.3.6.3 understreker departementet at svært få fastleger tilbyr konsultasjon per video. Det vises til undersøkelser fra Folkehelseinstituttet som viser at bare 4,5 % av innbyggerne hadde videokonsultasjon hos fastlegen sin i 2023-2024. Antall videokonsultasjoner var på sitt høyeste under pandemien, men Legeforeningen er av den oppfatning at etterspørselen etter slike konsultasjoner har avtatt siden og nå er minimal.

Erfaringen til klinikerne er at telefon- og tekstkonsultasjoner fungerer bedre enn video i de aller fleste tilfeller, sett fra både et medisinsk og praktisk perspektiv. Legeforeningen er av den oppfatning at dette skyldes flere forhold:

- Raskere oppkobling og mindre tid brukt på tekniske utfordringer med lyd og bilde.
- Legens taushetsplikt ivaretas bedre gjennom telefon ettersom mange pasienter sliter med å finne et egnet og skjermet rom for videosamtale.
- En fastlege som kjenner sine pasienter har sjeldent behov for visuell kontakt.
- Opplegg for videokonsultasjon er kostbart og teknisk mer krevende enn konsultasjoner per tekst og telefon.

Videre mener Legeforeningen at tekstbaserte e-konsultasjoner ofte er bedre egnet enn video:

- Slike konsultasjoner er asynkrone, og krever ikke at lege og pasient er tilgjengelig samtidig.
- Pasienter kan normalt sende bilder av høy kvalitet via mobilkamera, som ofte gir bedre vurderingsgrunnlag enn video.
- Kommunikasjonen blir automatisk dokumentert, noe som gir bedre sporbarhet og mindre behov for samtidig føring i pasientjournal.

Oppsummert mener Legeforeningen at videokonsultasjon er et dårligere alternativ enn telefon- og tekstbaserte konsultasjoner. Legene opplever lav etterspørsel og mener det er dårlig ressursbruk å stille krav om å tilby en tjeneste som kun 4,5 % av befolkningen benyttet det siste året. Video er

¹ Salisbury C et al: The Impact of Digital-First Consultations on Workload in General Practice: Modeling Study. J Med Internet. Res. 2020 Jun; 22(6): e18203. Doi 10.2196/18203

kostbart i drift, og vi er svært kritiske til at departementet foreslår at fastlegene skal dekke denne kostnaden selv.

8.2.3 Konsultasjonsbegrepet og stønadsforskriften

Departementet legger på s. 37 til grunn at konsultasjonsbegrepet i forslag til fastlegeforskrift er mer vidtrekkende enn tilsvarende begrep i stønadsforskriften etter folketrygdloven. Det fremgår videre at konsultasjon etter fastlegeforskriften kan omfatte enkel kontakt etter stønadsforskriften.

Legeforeningen mener det er nødvendig å gjøre endringer i stønadsforskriften slik at denne er tilpasset en virkelighet hvor digitale tjenester utgjør en betydelig del av fastlegens virksomhet. I denne prosessen er det nødvendig å opprette dialog mellom Legeforeningen, departementet, Helfo og Helfo kontroll.

8.2.4 En ny kurs for digitalisering av helsevesenet

Skiftende regjeringer har lagt opp til en samordnet strategi for digitalisering av samfunnet og helsesektoren. Legeforeningen reagerer på at høringsnotatets krav til tilbud om digitale tjenester tilsynelatende bryter med disse strategiene. Meld. St. 18 (2018-2019) *Helsenæringen* ble utformet med sikte på økt konkurransekraft i den norske helsenæringen, samtidig som den skulle bidra til en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i form av effektiv forebygging, behandling og omsorg. I kapittel 8 drøftes krav til ny teknologi i helsesektoren. I den forbindelse uttales det på side 91:

"For digitale løsninger er det ikke regulatoriske krav om klinisk testing, men det er likevel en stor styrke, og vil bidra til innkjøp og spredning, dersom løsningene påviselig fungerer hos fastlegen, et operasjonsrom eller på et sykehjem."

Uttalelsen gir uttrykk for at digitalisering bør komme nedenfra. Digitalisering må skje basert på de løsningene tjenesteyteren identifiserer som kan gi mulige effektiviseringsgevinster eller øke kvaliteten i tjenestetilbudet. Det offentliges ansvar ved innføring av digitale tjenester adresseres videre på side 96, hvor det fremgår:

"Testarenaer som legger til rette for offentligprivat samarbeid om evaluering av e-helseløsninger vil gi viktig innsikt om hva som fungerer og hva som må forbedres. Det kan være behov for å etablere flere arenaer for testing og verifisering av digitale helseløsninger. Regionale helseforetak og kommuner bør i samarbeid med helsenæringen legge til rette for testmiljøer for utvikling, pilotering og kvalitetssikring av e-helseløsninger. Gjennom standarder, infrastruktur og arkitektur skal tilgangen til det globale markedet forenkles for leverandørene."

Det offentlige skal altså bidra til å tilgjengeliggjøre digitale løsninger som er utprøvd, kvalitetssikret og som har en dokumentert effekt.

I Meld. St. 9 (2023-2024) la regjeringen frem en nasjonal helse- og samhandlingsplan for 2024-2027. I stortingsmeldingen adresseres tilgang på personell som en av de største utfordringene i fremtidens helsevesen. I meldingen lanserte regjeringen en ny strategi for digitalisering, som ett av seks hovedgrep for å imøtekomme denne utviklingen. I kapittel 9 drøftes strategien og følgende fremheves på side 138:

"Hovedansvaret for digitalisering ligger hos aktørene i helse- og omsorgssektoren. Det innebærer også å anskaffe og innføre egne journal- og fagsystemer, samt å endre tilhørende arbeidsprosesser og oppgavedeling. Flere virksomheter er godt i gang med modernisering av systemene. De nasjonale e-helseløsningene gir et godt utgangspunkt og bidrar til samhandling nasjonalt, på tvers av forvaltning."

Regjeringens tilnærming til digitalisering av norsk helsevesen har altså rettet seg mot aktørenes ansvar for å ta i bruk digitale løsninger som er arbeidskraftbesparende og som kan bidra til et bedre arbeidsmiljø, samt styrke kvaliteten i tjenesten. Det har tidligere vært en oppfatning av at digitale løsninger bør testes og kvalitetssikres før staten involverer seg i form av standardisering. For å sikre at innovasjon skjer har det også vært åpnet for at staten støtter prosjekter og uttesting. Det er et brudd med denne tilnærmingen når digitalisering nå skal skje gjennom å pålegge tilgjengeliggjøring av ikke nærmere presiserte, digitale tjenester til pasientene.

Forskriftsforslaget bryter med anerkjente suksesskriterier for digitalisering og innføring av nye løsninger. Tjenesteleverandøren bør gis autonomi ved digitalisering av egen virksomhet. Når løsninger påtvinges gjennom forskriftsfesting svekker dette legens mulighet til selv å prioritere de løsningene som faktisk kan være ressursbesparende eller bidra til å øke kvaliteten i tjenesten i henhold til regjeringens strategi for digitalisering.

Det er prinsipielt uheldig at legen pålegges ansvaret for å bære kostnader ved forskriftsfestet digitalisering. I lys av det som fremgår ovenfor om nytteverdien av nye teknologiske løsninger, stiller Legeforeningen seg meget kritisk til at fastlegene selv må dekke kostnader til digitale løsninger som potensielt ikke vil ivareta den overordnede målsetningen om effektivisering av arbeidshverdagen og muligheten til å yte tjenester av høyere kvalitet. Dette vil potensielt altså kunne føre til kostnadsøkninger uten reelle muligheter for inntjening.

8.3 Konsultasjon innen fem dager

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten foreslo at bestemmelsen om at listeinnbyggerne normalt skal få tilbud om konsultasjon innen fem arbeidsdager bør fjernes, for å styrke fastlegens mulighet til å utøve sitt medisinskfaglige skjønn og aktivt kunne prioritere pasienter ut fra pasientenes behov. Vi stiller oss undrende til at departementet i § 23 annet ledd foreslår å videreføre bestemmelsen uten å drøfte forholdet til fastlegens plikt til å prioritere listeinnbyggerne ut ifra en konkret medisinsk vurdering. Med en aldrende befolkning vil listepasientenes behov for fastlegetjenester fremover øke, følgelig øker også behovet for å kunne prioritere mellom pasientene. Dette behovet vil ytterligere forsterkes dersom fastlegene får lengre lister, hvilket regjeringen ønsker å incentivere gjennom å øke basistilskuddets andel av finansieringen, jf. allmennlegemeldingen. Vi mener departementets sterke vektlegging av tilgjengelighet i fastlegeordningen, ref. også punkt 8.1 og 8.2, begrenser fastlegenes muligheter til å prioritere mellom listepasientene ut fra behov. Vi understreker at økte forventninger om tilgjengelighet må følges opp med midler som muliggjør økt kapasitet. Vi vil også bemerke at økt tilgjengelighet ikke er det samme som økt kvalitet. En viktig allmennmedisinsk arbeidsmetode er å bruke tid som diagnostisk hjelpemiddel, der sannsynligheten er lav for at et symptom trenger utredning og behandling. Det er god ressursutnyttelse å la noen tilstander vente mer enn fem dager før de utredes. Det kan motvirke overdiagnostikk og

overbehandling. Vi ber derfor departementet om å fjerne kravet om at listeinnbyggeren normalt skal få tilbud om konsultasjon innen fem arbeidsdager.

Vi bemerker også at vi oppfatter at bestemmelsen – slik den er formulert, skal gjelde både for næringsdrivende og ansatte fastleger. Dersom departementet velger å beholde kravet om konsultasjon innen fem dager, mener vi at dette ansvaret må ligge på den kommunale virksomheten der legene er ansatt: Det vil være virksomhetens ansvar å organisere driften slik at dette kravet er mulig å oppfylle – ansatte leger er underlagt arbeidsgivers styringsrett, og har ikke myndighet til å endre hvordan virksomheten organiserer arbeidet, herunder hvor stor kapasitet virksomheten skal tilby.

8.4 Oppsummert om krav til tilgjengelighet

Samlet sett mener Legeforeningen at kravene til fastlegens tilgjengelighet, slik det er foreslått i høringsnotatet, bidrar til å øke forventningene til hva pasientene kan kreve, uten at det er gjort noen vurdering ift. prioritering eller hva det krever av ressurser. Vi mener departementets forslag kan bidra til å vanskeliggjøre fastlegens oppgave med å prioritere listeinnbyggerne ut ifra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Det er velkjent at enkel tilgang til helsetjenester øker forbruket av helsetjenester. I en tid hvor "kloke valg" og overforbruk av helsetjenester har stort fokus, er vi bekymret for hvordan befolkningens forventning til tilgjengelighet over tid utvikler seg, og hvordan det slår ut på legers og helsepersonells arbeidshverdag og bruken av helsetjenestens samlede ressurser.

9. Fastlegens oppgaver

9.1 Fastlegens plikt til deltakelse i andre allmennlegeoppgaver og legevakt

I forslaget til forskrift §§ 33 og 34 om hhv. deltakelse i andre allmennlegeoppgaver og deltakelse i legevakt, foreslår departementet å videreføre fastlegens plikter etter gjeldende fastlegeforskrift §§ 12 og 13, uten noen nærmere problematisering eller drøfting av disse svært vidtgående bestemmelsene.

Legeforeningen reiser spørsmål ved om nevnte bestemmelser er i samsvar med Grunnloven og Norges internasjonale forpliktelser. Aktuelle bestemmelser forskriften kan være i strid med er organisasjonsfriheten, retten til privatliv og familieliv, og i ytterste konsekvens tvangsarbeid. Legeforeningen vil også fremheve at forskriften kan være i strid med EUs arbeidstidsdirektiv.

Endringene i fastlegeforskriften fra 1. januar 2013 innebar at staten gjennom forskrift ga kommunene påleggs- og beordringsadgang for bestemmelser som i all hovedsak tidligere var regulert gjennom avtale mellom partene KS og Legeforeningen. Legeforeningen var sterkt kritisk til dette grepet da det ble innført, og mener disse bestemmelsene må tas ut av forskriften når den nå er på høring.

Legeforeningen pekte i sitt høringssvar til endringer i fastlegeforskriften i 2012 på at:

"Innholdet i forskriften griper direkte inn i bestående avtaleforhold på en svært uheldig måte som endrer vesentlige forutsetninger i ordningen. En forskrift med dette eller lignende innhold vil medføre en betydelig avtalerevisjon lokalt og sentralt, noe som vil kunne skape utfordringer i mange kommuner."

Legeforeningen mener at forskriftsreguleringen vært en hindring for gode løsninger i tarifforhandlingene, fordi arbeidsgiversiden ikke har hatt tilstrekkelig incitament til å sikre tilstrekkelig vern av legene, til å inngå ordninger som passer til et moderne arbeidsliv, og som samsvarer med den utviklingen som har vært nødvendig i kommunene.

Legeforeningen reiser prinsipielle innvendinger mot at selvstendig næringsdrivende gjennom forskrift kan pålegges eller beordres til arbeidsforhold. Tilsvarende har Legeforeningen innvendinger mot at ansatte leger gjennom forskrift kan pålegges arbeidsplikt. For begge grupper gjelder dette i særdeleshet når det kommer på toppen av allerede full arbeidsuke. Legeforeningen reiser spørsmål ved om forskriftsreguleringen har tilstrekkelig hjemmel, forfølger et legitimt formål og er forholdsmessig.

Legeforeningen mener lovhjemmelen forskriften bygger på er uklar. Etter Legeforeningens vurdering er det ikke holdepunkter for at arbeidsplikt kan forankres i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, som etter sitt innhold innebærer plikter for kommunene. Legeforeningen vurderer det videre slik at helsepersonelloven § 14, som i all hovedsak er en videreføring av legeloven § 27, ikke gir tilstrekkelig hjemmel for reguleringen i gjeldende fastlegeforskrift §§ 12 og 13/forslaget til ny forskrift §§ 33 og 34. Lovbestemmelsene bygger på en forutsetning om at pålegg først skulle inntre når frivillige ordninger ikke lot seg gjennomføre.

Legeforeningen vil fremheve at forarbeidene til forskriften ikke gir tilstrekkelige holdepunkter for at forskriftsreguleringen var nødvendig. Uansett må en enhver forskriftsregulering begrenses i varighet og omfang til det som er helt nødvendig i den aktuelle situasjon. Etter Legeforeningens vurdering inneholder verken forskriftshøringen i 2011 eller den aktuelle høringen slike nødvendighetsvurderinger.

Legeforeningen har kartlagt samtlige legevakter i Norge, og kartlegging viser at det har vært benyttet ulike metoder for å sikre flere leger i vakt. Ved større legevakter har det vært ansatt egne legevaktleger, og ved mindre legevakter har det vært innført ulike former for intervallordninger. Mange steder er det også avtalt egne timesatser for legevaktarbeidet som har virket stabiliserende. Denne utviklingen viser at det finnes virkemidler for å sikre legevakt, og forskriftsreguleringen fremstår derfor ikke nødvendig i dagens situasjon.

Også for andre offentlig allmennlegeoppgaver har det de siste årene vært ansatt flere leger i slike stillinger. Sammenholdt med avtaleadgangen gjennom fastlegeavtalen utgjør dette, etter Legeforeningens vurdering, tilstrekkelig grunnlag for behovene. Fastlegeforskriftens regulering av påleggsadgang i § 12 og beordringsadgang etter § 13, ref. forskriftsforslaget §§ 33 og 34, må derfor opphøre.

9.2 Plikt til å utstede attester og erklæringer

I høringsutkastet § 36 foreslår departementet en ny bestemmelse som tydeliggjør at fastlegenes plikter til å utarbeide attester er begrenset til det som følger av lov og forskrift. Formålet er å skape en bevissthet rundt hvilke oppgaver fastleger pålegges eller forventes å utføre.

Legeforeningen støtter forslaget, og også at forslaget er formulert slik at fastlegen selv kan vurdere å skrive andre attester enn de som er pålagt i lov og forskrift. Dette åpner for at fastlegen kan velge å

skrive attester for pasienter og pasientgrupper som kan ha behov for dette i ulike sammenhenger. Dette kan også bidra til å forhindre en eventuell overflytting av attestskriving til det private, som kan medføre at også andre allmennmedisinske problemstillinger som fastlegen skulle ivarettatt, overtas av privat attestskriver fordi det er praktisk for pasienten.

Siden departementets forslag er ment å tydeliggjøre hva som kan kreves av attester og erklæringer fra fastlegen, og øke forutberegneligheten for både fastleger og listepasienter, er det etter Legeforeningens vurdering også nødvendig at myndighetene lager en oversikt over hvilke attester og erklæringer fastlegen iht. lov og forskrift er pålagt å skrive – det kan ikke forventes at pasienter eller fastleger til enhver tid har oversikt over dette. En slik oversikt bør være søkbar.

Når myndighetene vurderer å pålegge fastlegene å utstede nye attester, bør det samtidig vurderes hvordan legen skal honoreres for oppgaven, samt hvem som skal ha ansvaret for å betale for at oppgaven blir utført. Etter vår vurdering bør også legens tidsbruk inngå som en del av vurderingen før man beslutter å gi et nytt pålegg til fastlegen.

10. Suspensjon av fastlegeordningen

Departementet foreslår å oppheve bestemmelsen om at kommunen kan søke statsforvalter om å suspendere plikten til å ha en fastlegeordning ved langvarig legemangel. Ordningen har aldri vært brukt, selv om flere kommuner over tid har hatt betydelig legemangel. Ordningen har etter Legeforeningens vurdering kun vært en teoretisk mulighet, og Legeforeningen støtter at suspensjonsadgangen oppheves. Samtidig er dette et uttrykk for manglende virkemidler overfor kommuner som ikke tar sitt ansvar for rekruttering av leger tilstrekkelig alvorlig. At flere kommuner ikke hadde tilstrekkelig fokus på å sikre en slik listekapasitet at befolkningens legevalg var reelt, var etter vårt syn også medvirkende til fastlegekrisen. Dette kan bli ytterligere utfordrende fremover nå som kostnadsnøytraliteten for kommunene ved å opprette nye fastlegeavtaler er svekket pga. ulike endringer i finansierungsordningen. En opphevelse av denne bestemmelsen bør derfor ikke skje uten at det samtidig vurderes hvilke tiltak myndighetene i stedet bør ha på plass for å sikre tilstrekkelig investering i kapasitet i fastlegeordningen.

11. Endringer i stønadsforskriften

11.1 Innledning

Departementet foreslår å endre stønadsforskriften slik at sykepleiere kan overta oppgaver som i dag gjøres av legene. Legeforeningen har over tid etterlyst en tilrettelegging for at både helsesekretærer og sykepleiere kan brukes på en bedre måte enn i dag til å løse oppgaver på legekantorene. HOD mener at en endring i stønadsforskriften, der det åpnes for at sykepleiere kan kreve takst for konsultasjoner, er tilstrekkelig for å legge til rette for en ønsket oppgavedeling. Det er imidlertid både juridiske og økonomiske utfordringer ved forslaget som ikke er vurdert, og som kan være til hinder for å få til en god og faglig fundert fordeling av oppgaver på legekantoret. Særlig er Legeforeningen bekymret for at det ikke er utredet hvem som skal ha det faglige ansvaret, gitt at forslaget til endring i stønadsforskriften legger opp til en delegasjon fra legen til sykepleier. Den samme utfordringen gjelder i spørsmålet om hvem som skal ha det økonomiske ansvaret som ligger i refusjonsordningen. Manglene ved forslaget utdypes nedenfor.

11.2 Mangler ved departementets forslag

Departementet foreslår å endre stønadsforskriften slik at konsultasjon angitt i forskriftens kapittel II punkt B kan delegeres fra fastlege til sykepleier ved fastlegekontoret, der det anses forsvarlig og adekvat. Det fremgår videre at refusjonen vil gå til fastlegen.

Forslaget innebærer ingen vurdering av om endringen har tilstrekkelig hjemmel i folketrygdloven. Retten til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling er etter lovens § 5-4 betinget av at pasienten oppsøker lege. Det er allerede i dag anledning til å delegere oppgaver til hjelpepersonell, men da har legen både det faglige og økonomiske ansvaret. Gitt den alminnelige forståelse og praksis knyttet til hva en konsultasjon er, forstår vi forslaget fra departementet slik at sykepleiere skal ha en mer selvstendig rolle enn hva man inntil nå har lagt i delegasjonsadgangen. Uten en slik forståelse ville det ikke vært nødvendig med en forskriftendring. Forslaget innebærer i praksis at sykepleiere skal gis adgang til på selvstendig grunnlag å undersøke og behandle pasienter. Dette er etter Legeforeningens syn i strid med folketrygdloven slik den er tolket og praktisert.

Forslaget inneholder heller ingen vurdering av om dette er en delegasjon i helsepersonelloven, jf. helsepersonelloven § 5, dvs. en delegasjon av faglige oppgaver, der den som delegerer har ansvar for å kontrollere kvalifikasjoner og føre tilsyn. Etter helsepersonellovens system er autorisert helsepersonell per definisjon kvalifisert til å utføre de oppgaver som er innenfor deres autorisasjon. Delegasjonsadgangen i § 5 er derfor først og fremst ment som en mulighet til å delegere bestemte oppgaver til personell som ikke formelt er kvalifisert eller autorisert til å utøve oppgaven. Forslaget fra departementet går ikke inn i hvilke pasienter eller helsehjelp de mener sykepleierne skal yte. Dersom det er oppgaver som ligger innenfor den kompetanse og formelle kvalifikasjoner en sykepleier har fra før, er det etter helsepersonellovens system ikke nødvendig med en delegasjon. I så tilfelle er departementets forslag egentlig et forslag om å delegere legens *refusjonsrett* til annet helsepersonell. Vi kan ikke se at det er hjemmel for en slik delegasjon i folketrygdloven, og departementet har heller ikke vurdert hva dette betyr i praksis.

For det tilfellet at departementet mener man faktisk skal delegere, må det bety at forslaget innebærer at sykepleier skal kunne gjøre undersøkelser og behandling som i utgangspunktet er forbeholdt legens kompetanse og kvalifikasjoner. Dette fremgår ikke klart av høringsnotatet. Dette vil da innebære at legen fortsatt er ansvarlig for arbeidet og både kan og skal instruere det utførende personellet for å sikre at arbeidet blir forsvarlig utført. Dette reiser for det første spørsmål om hvor selvstendig departementet mener at sykepleieren kan jobbe, og hvilket ansvar det innebærer for fastlegen. Det er en følge av helsepersonellovens system at det er legen som delegerer som også er faglig ansvarlig for medhjelperen (her sykepleieren). Det vil si at legen, tillegg til sykepleieren selv, vil kunne bli ansvarlig for brudd på helsepersonelloven og dermed også risikere sanksjoner. Dette er problematisk dersom forslaget som nevnt innebærer at sykepleier skal jobbe mer selvstendig enn man i dag praktiserer delegasjon.

Et annet element, som heller ikke er omtalt i høringsnotatet, er at det i dag er flest kommunale legekantor som har ansatt sykepleier. På kommunale legekantor er de fleste legene ansatt. Departementet skriver ikke noe om dette, men slik vi oppfatter forslaget er det lagt til grunn at det er den ansatte legen som da (i tråd med helsepersonelloven) delegerer sitt ansvar videre til sykepleier.

Det er uklart hvordan dette stiller seg i forhold til arbeidsgivers (kommunens) ansvar og styringsrett, og hva legen som ansatt har av instruksjonsrett overfor sin kollega. Dette må avklares dersom departementet velger å gå videre med forslaget.

Enten departementet mener at det er oppgavene eller refusjonsretten som delegeres, vil sykepleierens takstbruk ha grunnlag i legens refusjonsrett, og legens avtale med Helfo om direkte oppgjør. Reglene for direkte oppgjør i folketrygdloven, og reguleringen av kontrollvirksomheten i Kollektivavtalen, er basert på at det er legen med refusjonsrett som er plikt- og rettighetssubjekt. Forslaget legger opp til at takster som utløses av sykepleier skal sendes inn i legens navn, og det vil være legen som etter dagens system har ansvar og risiko for eventuelle krav om tilbakebetaling. Helfo Kontroll praktiserer regelverket strengt, og vi har allerede saker der Helfo har sanksjonert ansatte leger for feil takstbruk. Videre er det slik at kontrollvirksomheten bygger på et tilnærmet objektivt ansvarsgrunnlag, mens et eventuelt regresskrav fra legen mot sykepleier, som enten har brukt taksten feil eller ikke har dokumentert grunnlaget for taksten godt nok i pasientjournalen, vil ha grunnlag i alminnelige erstatningsregler der det kreves uaktsomhet. Dette er en problematisk konsekvens av forslaget for alle leger, men særlig urimelig vil dette slå ut for ansatte leger, som på papiret delegerer sin refusjonsrett uten å ha noen instruksjons- eller styringsrett over sin sykepleierkollega. Dette forslaget er spesielt problematisk i en tid der vi ser en kontrollpraksis hos Helfo Kontroll som medfører betydelige rettssikkerhetsutfordringer for helsepersonell med refusjonsrett.

Dersom departementet vurderer å gå videre med forslaget, forventer Legeforeningen at departementet utreder ovennevnte problemstillinger nærmere, og at det ikke gjennomfører endringer uten tilstrekkelig hjemmel i lov og med betydelige rettssikkerhetsutfordringer for fastlegene.

Vi viser også til betydningen av kontinuitet i lege- og pasientforholdet i fastlegeordningen, som departementet er godt kjent med. Den bidrar blant annet til tidlig oppdagelse av sykdommer, mer effektiv behandling og dermed færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Konsultasjonen er helt sentral i fastlegens arbeid. Vi hadde derfor forventet at departementet i høringsnotatet drøftet hvilke effekter sykepleierkonsultasjoner vil ha når det gjelder betydningen av kontinuitet.

11.3 Legeforeningens forslag

Legeforeningen ønsker flere sykepleiere inn i ordningen, men gitt at sykepleiere er en begrenset ressurs, mener vi det er vel så viktig å kunne utnytte det potensialet vi har i de mange helsesekretærene som allerede er ansatt på fastlegekontorene. Legeforeningens forslag til løsning er egne takster for sykepleiere og helsesekretærer tilknyttet fastlegens kontor. Dette vil legge til rette for bedre utnyttelse av hjelpepersonell og økt tverrfaglighet på legekontoret, uten at det må "konstrueres" en delegasjon fra lege til hjelpepersonell for oppgaver som disse er godt kvalifisert til å utføre. Vi er samtidig opptatt av at pasienter som har behov for legetjenester får tilgang til legekonsultasjon og ikke sykepleierkonsultasjon.

Egne takster for sykepleiere og helsesekretærer vil etter vår vurdering kreve endring i folketrygdloven. En slik endring bør være profesjonsnøytral, og så bør det innsnevres i forskrift hvilke helsepersonellgrupper som skal kunne kreve refusjon fra folketrygden. I tillegg til sykepleiere og

helsesekretærer, er det behov for at regelverket legger til rette for økt bruk av audiografer og optikere i øyelegepraksiser. En forutsetning for å åpne for at også disse yrkesgruppene skal kunne kreve refusjon fra folketrygden, må etter vår vurdering være at de jobber i en virksomhet med driftsavtale med spesialisthelsetjenesten.

12. Avsluttende kommentarer

Avslutningsvis ønsker vi å understreke viktigheten av å sikre gode rammevilkår for den offentlige helsetjenesten, slik at kapasitet og kvalitet i tjenestene kan opprettholdes. Dette er det viktigste myndighetene kan gjøre for at den offentlige helsetjenesten, herunder fastlegeordningen, skal være førstevalget for både pasienter og helsepersonell også i fremtiden. Vi mener også at myndighetene bør avstå fra å iverksette tiltak som bidrar til å undergrave den offentlige helsetjenesten, slik forslaget om kommunal nettlege bidrar til å undergrave både fastlegeordningen og legevakten.

Legeforeningen ser frem til å fortsette dialogen med departementet om stabilisering og videreutvikling av fastlegeordningen.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Lars Duvaland
avdelingsdirektør/advokat

Monica Auberg
spesialrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)