

Høringsnotat

om revidert fastlegeforskrift m.m.

1	Innledning.....	1
2	Sammendrag.....	4
3	Bakgrunn.....	6
3.1	Innledning.....	6
3.2	Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter.....	6
3.2.1	Meld. St. 16 (2010–2011) – Nasjonal helse- og omsorgsplan.....	6
3.2.2	Innst. 422 S (2010–2011).....	7
3.2.3	Prop. 91 L (2010–2011).....	8
3.2.4	Innst. 424 L (2010–2011).....	9
3.3	Fastlegeevalueringen mv.	10
3.3.1	Hovedfunn fastlegeevalueringen.....	10
3.3.2	Innbyggerundersøkelser.....	13
3.3.3	The Commonwealth Fund Survey.....	13
4	Gjeldende rett.....	15
4.1	Innledning.....	15
4.2	Stortingets overordnede føringer ved innføringen av fastlegeordningen.....	16
4.3	Lov og forskrift.....	17
4.3.1	Helse- og omsorgstjenesteloven.....	17
4.3.2	Pasient- og brukerrettighetsloven.....	18
4.3.3	Fastlegeforskriften.....	19
4.3.4	Akuttmedisinforskriften.....	22
4.4	Avtaleverket.....	23
4.4.1	Statsavtalen.....	23
4.4.2	Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening.....	23
4.4.3	Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening..	26
4.4.4	Individuelle avtaler mellom kommune og fastlege.....	26
4.4.5	Kollektivavtalen – avtale mellom Helsedirektoratet og Den norske legeforening	27
5	Departementets forslag og vurderinger.....	28
5.1	Innledning.....	28
5.2	Kommunens overordnende ansvar for fastlegeordningen.....	29
5.3	Samle sentrale bestemmelser for kommunene og fastlegene i forskriften.....	33

5.4	Fastlegens listeansvar generelt.....	35
5.5	Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav	37
5.5.1	Innledning.....	37
5.5.2	Krav til kvalitet § 17.....	38
5.5.3	Brukermedvirkning § 18	38
5.5.4	Oversikt over listeinnbyggerne § 19	39
5.5.5	Oppsøkende virksomhet § 20.....	40
5.5.6	Medisinskfaglig koordinering og samarbeid § 21	41
5.5.7	Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen § 22.....	44
5.5.8	Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser § 23	45
5.5.9	Tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid § 24	46
5.5.10	Hjemmebesøk § 25	47
5.5.11	Henvisningspraksis § 26.....	48
5.5.12	Legemiddelforskrivning § 27	48
5.5.13	Sykefraværsoppfølging § 28	50
5.5.14	Elektronisk pasientjournal m.m. § 29.....	50
5.5.15	Tolk § 30	52
5.6	Rapportering	54
5.7	Øvrige plikter – annet allmennlegearbeid - påleggshjemmelen.....	55
5.8	Fastlegers deltagelse i kommunal legevakt.....	60
5.9	Fastlegeavtalen.....	65
5.10	Sanksjoner overfor fastleger som ikke oppfyller sentrale plikter.....	66
5.11	Voldelige pasienter.....	69
5.12	Pasient-/brukerrettigheter i fastlegeordningen	75
5.13	Øvrige bestemmelser.....	76
6	Økonomiske og administrative konsekvenser	79
7	Spesielle merknader.....	81
7.1	Forskrift om fastlegeordningen i kommunene	81
7.2	Forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen	101
8	Forslag til revidert fastlegeforskrift m.m.....	104
8.1	Forskrift om fastlegeordning i kommunene.....	104
8.2	Forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen	115

1 Innledning

Allmennlegetjenesten er en svært viktig del av helsetjenesten. Gjennom allmennlegetjenesten ivaretas den primære lege-pasientkontakten og norske allmennleger har en viktig portvaktsfunksjon i forhold til andre deler av helsetjenesten. Allmennlegetjenesten er også svært sentral for å nå de overordnede målene for samhandlingsreformen, som er:

- Økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid både gjennom styrket folkehelsearbeid og styrket individrettet forebyggende arbeid i helsetjenesten
- En større del av helse- og omsorgstjenestene skal ytes av kommunene; ny kommunerolle
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester

Siden 2001 har allmennlegetjenesten i Norge vært organisert gjennom fastlegeordningen. En forskningsbasert evaluering av fastlegereformen ble administrert av Norges forskningsråd i årene 2001-2005, jamfør 3.3.1. Evalueringen viste at reformen har bedret tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten og gitt kortere ventetid og bedre legedekning. Den viste også at kontinuitet/retten til å ha en fastlege verdsettes. Gjentatte innbyggerundersøkelser viser at befolkningen generelt har høy tilfredshet med norsk allmennlegetjeneste. Undersøkelser viser også at norske allmennleger er fornøyd med å være leger (The Commonwealth Fund Survey 2009). Men det er også enkelte utfordringer. I St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, trekkes frem at fastlegeordningen ikke fungerer godt for pasienter som ikke selv oppsøker legen. Dette kan anses som en naturlig konsekvens av at fastlegenes rolle i hovedsak har vært å ivareta pasienter som oppsøker legen eller selv bestiller time. Det har ikke vært forventet at legene skal drive oppsøkende virksomhet. Videre, og delvis i tråd med dette, påpekes at forebygging og oppsøkende virksomhet skjer i for liten grad. Når det gjelder psykisk helse viser undersøkelser at fastlegene samhandler i liten eller variabel grad med andre aktører. Blant annet viser undersøkelser at distriktpsikiatriske sentre (DPS) opplever et vanskelig samarbeid med fastlegene og visa versa (SINTEF Helse 2005 - Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? og Kunnskapscenterets rapport om fastlegers vurderinger av distriktpsikiatriske sentre Nasjonale resultater i 2008 og utvikling fra 2006). Også samarbeid med kommunal omsorgstjeneste bør bli bedre. Omsorgstjenesten rapporterer at det kan være problemer med å få hjemmebesøk av fastlegen og at de derfor i stedet bruker legevakt. Det synes å være bred enighet om at antallet gjennomførte syke-/hjemmebesøk i dag generelt er for lavt. Det som har vært en ønsket utvikling, dvs. at flere av konsultasjonene skal skje på legekantoret, fordi dette gir høyere kvalitet, synes nå ha gått for langt. I tillegg er det i meldingen trukket frem at kommunene opplever at de har for dårlige styringsmuligheter i forhold til fastlegene. Dette bidrar til at fastlegetjenesten er for dårlig integrert i den øvrige helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Det er viktig å bedre integreringen av fastlegene, slik at deres kompetanse kan utnyttes bedre og for å

sikre bedre samordning med andre deler av det kommunale tjenesteapparatet. De tjenestene som fastlegene yter til personer på sin liste på vegne av kommunene, er offentlige allmennlegetjenester på lik linje med øvrige allmennlegetjenester som ytes i kommunene.

En siste utfordring som er påpekt, er behovet for styrket legeinnsats i andre deler av kommunehelsetjenesten, herunder i sykehjem. Dette behovet, i kombinasjon med kommunenes opplevelse av for dårlige styringsmuligheter over fastlegene, medførte at man tok opp spørsmålet om det var behov for å øke muligheten for å pålegge fastleger andre allmennlegeoppgaver i kommunene.

I tillegg til de utfordringer som er beskrevet i St.meld. nr. 47 (2008-2009), har Helse- og omsorgsdepartementet gitt uttrykk for andre utfordringer i blant annet Prop. L 91 (2010-11) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Her pekes det fremfor alt på at det i dagens regelverk er uklare forventninger til hva fastlegene skal gjøre. Av den grunn mener departementet at det er behov for å presisere listeansvaret og fastsette nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav. Departementet er også opptatt av man har for lite kunnskap om hva fastlegene bruker tiden til og om kvaliteten på arbeidet deres. Det må følgelig innhentes mer kunnskap om kvaliteten på tjenestene som fastlegene leverer. Det må gjøres mer systematisk kvalitetsarbeid og fremskaffes bedre styringsdata. Organiseringen av allmennlegetjenesten i kommunen og kvaliteten på tjenesten kan ha betydning for omfanget av akutte innleggelse i sykehus. Hvis pasienter med kroniske lidelser følges tett av en lege som kjenner pasienten, kan legen oppdage symptomer på forverring tidlig nok til at innleggelse kan unngås. Undersøkelser tyder på at det er store variasjoner i legenes praksis, for eksempel i henvisningspraksis, som ikke kan forklares av egenskaper ved pasientene. Bedre rapportering vil være ett tiltak for å skaffe bedre kunnskap om aktivitet og kvalitet i tilbudet.

Fra allmennlegenes og Legeforeningens side, og også dokumentert gjennom undersøkelser, er det påpekt for dårlig utnyttelse av IKT-mulighetene. Mens norske allmennleger var tidlig ute med å ta i bruk elektronisk pasientjournalssystemer, har man ikke klart å utvikle disse i tråd med nye muligheter og behov. Blant annet er det ikke etablert mulighet for samstemming av medisinalister. Det er flere årsaker til disse problemene, blant annet er leverandørene av elektroniske pasientjournaler (EPJ) generelt relativt små selskap. Mange av leverandørene har begrenset med ressurser til raskt nok å gjennomføre endringer i systemene for å tilfredsstille myndighetenes krav til utveksling av data og brukernes krav til brukervennlighet. Norsk forening for allmenntillegger har som følge av dette tatt initiativ til ”EPJ-løftet” som handler om kvalitetsheving av fastlegers og privatpraktiserende spesialisters EPJ-systemer.

Ett av samhandlingsreformens mål er, som beskrevet over, 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 rekrutteringsutfordring og en god legefördeling. Det er også viktig at legenes grunn-

utdanning innrettes i forhold til dette, dvs. behovet for at leger har mer kunnskap om og praksis fra primærhelsetjenesten.

Alle de utfordringer som er skissert over, vil ikke løses gjennom revisjon av fastlegeforskriften. Forskriften er imidlertid et viktig verktøy i forhold til flere av utfordringene. Målet med de forslag som fremkommer i høringsnotatet, er å bidra til en bedre legetjeneste i kommunene ved at rammevilkårene for allmennlegetjenesten utvikles i en retning som sikrer stat og kommune gode styringsmuligheter, og som fremmer:

- Styrket kvalitet – trygge, sikre, virkningsfulle, tilgjengelige, koordinerte og rettfærdig fordelte tjenester der ressursene utnyttes på en god måte
- Mer innsats på å begrense og forebygge sykdom der dette er effektivt – herunder aktiv oppfølging av kronikere og andre pasienter med særskilt risiko for sykdom og behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten, samt tilstrekkelig oppfølging av sårbare grupper som ofte ikke selv oppsøker lege
- Tettere samhandling med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester
- God geografisk legefördeling og god rekruttering til allmennlegetjenesten, bl.a. med fokus på å sikre større stabilitet i legedekningen i distriktskommuner.

2 Sammendrag

Høringsnotatet er delt inn i 8 kapitler.

I kapittel 3 beskrives bakgrunnen for de endringene som foreslås. Særlig viktig i den sammenheng er departementets og Stortingets arbeid med Prop. 91 L. (2010-2011) Helse- og omsorgstjenesteloven og Meld. St. 16 (2010–2011) – Nasjonal helse- og omsorgsplan, herunder samhandlingsmeldingen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Andre dokumenter av betydning for oppstart av arbeidet nevnes også fastlegeevalueringen fra 2006, Innbyggerundersøkelsen i 2009 og The Commonwealth Funds Survey fra 2009, 2010 og 2011 I 2009 ble både egen praksis og samhandling med spesialisthelsetjenesten vurdert.

I kapittel 4 er i all hovedsak omtalen av gjeldende rett samlet. I høringsnotatet vil det i all hovedsak bli referert til bestemmelser i ny helse- og omsorgstjenestelov. Dette gjelder også i kapittelet som beskriver gjeldende rett. Dette fordi ny lov er vedtatt og trer i kraft 1.1.2012, mens dette høringsnotatet er på høring. Den samme gjelder for omtalen av pasient- og brukerrettighetsloven, der endringer også vil tre i kraft 1. januar 2012.

I kapittel 5 redegjøres det nærmere for hvilke endringer departementet foreslår. De viktigste grepene som departementet foreslår er å presisere kommunens ansvar for fastlegeordningen. Dette er ikke en privat ordning på siden av det øvrige kommunale helse- og omsorgstilbudet. Fastlegeordningen bør være godt integrert i det kommunale tjenestetilbudet. Videre foreslår departementet å presisere hva som ligger innenfor fastlegens listeansvar. Dette gjøres dels ved å presisere hva som ligger innenfor, samt å liste opp allmennlegetjenester som ligger utenfor. For ytterligere å tydeliggjøre listeansvaret foreslår departementet å stille kvalitets- og funksjonskrav til fastlegestjenesten. På denne måten stilles det krav til innholdet i de tjenestene fastlegen skal levere. Funksjons- og kvalitetskravene er av ulik karakter, noen går på krav til tilgjengelighet, hjemmebesøk og legemiddelgjennomganger, mens andre omhandler krav til journalsystem og sykemeldingsarbeid. Departementet foreslår å stille krav til rapportering. Det er for lite samlet kunnskap om hva fastleger gjør og kvaliteten på tjenestene de leverer. Mye av rammene rundt fastlegeordningen er avtalebasert. Departementet mener at sentrale sider av ordningen i større grad bør forskriftsfestes, herunder krav til informasjon, IKT og ulike forhold knyttet til den individuelle fastlegeavtalen. Departementet foreslår også å forskriftsfeste en adgang for kommunen til å fatte vedtak om å tvangsflytte en listeinnbygger dersom denne har opptrådt truende eller voldelig. En fastlege kan i dag ikke frasi seg ansvaret for en listeinnbygger. Med det nye forslaget får fastlegen en rett til å anmode om en flytting, og kommunen en tilsvarende plikt til å vurdere anmodningen og eventuelt fatte et vedtak om å flytte. Departementet foreslår også å løfte alle pasientrettighetene ut av fastlegeforskriften og over i en ny forskrift hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven. Forslaget er en direkte konsekvens av en lignende beslutning i forbindelse med at ny helse- og omsorgstjenestelov er gjort til en kommunal ”pliktlav”. I dette kapittelet omtales også forslaget om å gi kommuner muligheten til å holde igjen per capita-tilskuddet i de tilfellene hvor fastlegen ikke utfører tjenestene i tråd med nasjonale og lokale helsepolitiske målsetninger.

I kapittel 6 omtales de økonomiske og administrative konsekvensene av forslagene. Departementet mener at de fleste foreslåtte endringer, både de som gjelder kommunene og de som gjelder fastlegene, er presiseringer av eksisterende krav som fremgår enten av eksisterende fastlegeforskrift, av annet lov-/regelverk eller av sentralt avtaleverk.

Kapittel 7 og 8 inneholder henholdsvis merknader til foreslåtte bestemmelser og utkast til revidert fastlegeforskrift og ny forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen.

3 Bakgrunn

3.1 Innledning

I dette kapitlet redegjøres det for bakgrunnen for de forslagene til endringer som foreslås i høringsutkastet. Fastlegeordningen har blitt omtalt i en rekke sentrale dokumenter i den senere tid. Særlig gjelder dette i arbeidet med Helse- og omsorgstjenesteloven og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Det er mer enn 10 år siden fastlegeordningen ble innført for hele landet, og det har vært gjennomført flere ulike analyser av ordningen og effektene av denne. Nedenfor følger et utdrag av de viktigste uttalelser og funn.

3.2 Forslag til regulering i enkelte sentrale dokumenter

3.2.1 Meld. St. 16 (2010–2011) – Nasjonal helse- og omsorgsplan

Omtalen av fastlegeordningen står hovedsakelig i kap. 5.3 side 61. Det uttales blant annet:

”Fastlegeordningen fungerer i hovedsak godt. Befolkningen er tilfreds med ordningen, som har medført kortere ventetid og bedre legedekning. Mange kommuner opplever imidlertid at fastlegene ikke er tilstrekkelig integrert i det kommunale tjenesteapparatet. Dette til tross for at fastlegene har en sentral rolle i å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til pasientene. Fastlegene bør derfor integreres bedre i kommunehelsetjenesten, slik at kompetansen deres kan utnyttes bedre og for å sikre bedre samordning med andre deler av det kommunale tjenesteapparatet. I tillegg til å følge opp innbyggere på egen liste, kan fastlegene dekke andre allmennlegeoppgaver i kommunen.

Det må innhentes mer kunnskap om kvaliteten på tjenestene som fastlegene leverer. Det må gjøres mer systematisk kvalitetsarbeid og fremskaffes bedre styringsdata. Organiseringen av allmennlegetjenesten i kommunen og kvaliteten på tjenesten kan ha betydning for omfanget av akutte innleggelser i sykehus. Hvis pasienter med kroniske lidelser følges tett av en lege som kjenner pasienten, kan legen oppdage symptomer på forverring tidlig nok til at innleggelse kan unngås.”

I meldingen foreslås det ulike tiltak som skal bidra til å utvikle og forbedre fastlegeordningen. Det understrekes imidlertid at de over overordnede rammebetingelsene for fastlegeordningen skal ligge fast. På side 62 står det blant annet:

”Stat og kommune skal få bedre styringsmuligheter for å sikre god kvalitet, og slik at innsatsen er i tråd med nasjonale og lokale prioriteringer.

Fastlegeforskriften skal revideres. Det vil bli vurdert å presisere innholdet i fastlegenes listeansvar og å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav. Dette kan bidra til at fastlegene tar et mer helhetlig ansvar for tjenestene til innbyggerne på sine lister.

Det skal vurderes å forskriftsfeste muligheten til å pålegge fastleger 7,5 timer med andre typer allmennlegearbeid ved fulltids praksis.”

Meldingen omtaler kommunale legevaktstjenester i kap. 5.4 det uttales blant annet at:

”Kommunal legevaktstjeneste er en del av allmennlegetjenesten, og det er kommunen som har ansvar for å organisere legevaktstjenesten. Legevaktordningen er et ledd i den akuttmedisinske kjeden.

Kommunal legevakt omfatter somatisk og psykisk helsehjelp. Kommunen skal ha et system for å sikre at øyeblikkelig hjelp ivaretas hele døgnet ved ulykker og akutte situasjoner. Det er den enkelte fastlege som har ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp i åpningstiden til innbyggerne på sin liste. Fastlønnen lege og allmennlege med individuell avtale, plikter å delta i legevakt utenom ordinær åpningstid, herunder interkommunal legevakt.”

Videre uttales det:

”Kommunal legevakt oppleves mange steder å være et svakt ledd i den akuttmedisinske kjeden. Statens helsetilsyns funn ved tilsyn med legevakter i 2001–2005, viste at det er mange utfordringer knyttet til tjenesten.

[...]

I 2006 dekket omkring halvparten av fastlegene alle sine vakter i legevaktstjenesten. 15 prosent dekket bare en tredel av vaktene. I små kommuner med få fastleger kan vaktbelastningen være et problem.

[...]

Tall fra 2007 viser at 77 prosent av kontaktene med legevakt var tilstander som ikke hastet mer enn at de kunne vente til første passende anledning, eller til neste dag hos fastlegen. Halvparten av dem som oppsøkte legevakten, var villige til å vente til neste dag dersom de var garantert time hos fastlegen sin. Det viser evaluering av fastlegeordningen.”

I meldingen foreslås det ulike tiltak som skal bidra til å utvikle og forbedre den kommunale legevaktstjenesten. Blant annet skal fastlegens deltagelse i legevakt vurderes, herunder en forskriftsfesting regler for fritak fra legevakt for fastleger. Departementet vurderer om krav til bedre tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp for innbyggere på fastlegens liste, bør forskriftsfestes.

3.2.2 Innst. 422 S (2010–2011)

Under Stortingets behandling av Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), viser komiteen til at fastlegene har en viktig rolle i kommunehelsetjenesten, og tjenesten har stor brukertilfredshet og tillit i befolkningen. Komiteen uttaler likevel at fastlegenes rolle innenfor kommunehelsetjenesten må integreres bedre, og at kompetansen må utnyttes mer.

Videre imøteser komiteen en revidering av fastlegeforskriften, og mener at en presisering av listansvar og nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav er viktig å gjennomføre.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er også positive til en forskriftsfesting av å kunne pålegge fastlegene 7,5 timer med andre typer allmennlegearbeid ved full praksis.

I forhold til ventetid og tilgjengelighet uttaler komiteen:

”Komiteen mener det bør vurderes om en skal sette strengere krav til ventetid og til hvordan fastlegene kan følge opp pasientene som ikke selv etterspør tjenesten. Det er viktig å øke tilgjengeligheten til øyeblikkelig hjelp for fastlegens egne pasienter for å begrense presset på legevaktstjenesten. Undersøkelser viser at mange kan vente til neste dag dersom de vet de har mulighet for time hos egen lege.”

Komiteen er opptatt av at det er god tilgjengelighet til fastlegen for unge, og at terskelen for oppmøte ikke er for høy. Drop-in timer og kveldsåpnet kontor kan være gode ideer som flere fastleger bør vurdere.

Komiteen bemerker også at Legevakten er en viktig tjeneste for befolkningen, som gir trygghet for hjelp hele døgnet. Komiteen merker seg også at noen steder oppfattes legevakten som et svakt ledd i akuttkjeden. Komiteen mener dette må bedres. Komiteen mener *”... at det å innføre krav til minimumskompetanse og å forskriftsfeste regler for fritak fra legevakt for fastleger vil virke positivt og øke kvaliteten.”*

3.2.3 Prop. 91 L (2010–2011)

I lovproposisjonen omtaler departementet flere av mulige endringer når fastlegeforskriften skal revideres. Blant annet ble departementets vurderinger knyttet til kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen grundig redegjort for. I proposisjonen s. 248 og 249 uttales det:

”Departementet anser det derfor først og fremst som viktig å understreke at alle deler av fastlegeordningen er et kommunalt ansvar. Det er kommunen, og ikke den enkelte fastlege, som har det overordnede ansvaret for at innbyggere i kommunen tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale forutsetninger. Departementet vil derfor foreslå å tydeliggjøre i revidert fastlegeforskrift at det er kommunen som er pliktsubjekt for aktuelle krav knyttet til fastlegeordningen, og følgelig har det overordnede ansvaret for at innbyggerne tilbys gode og forsvarlige allmennlegetjenester.”

[...]

”Det er kommunen som skal sørge for allmennlegetjenester til befolkningen, herunder fastlegeordning, jf. lovforslaget § 3-2. De tjenestene som fastlegene yter til personer på sin liste på vegne av kommunene er offentlige allmennlegetjenester på lik linje med øvrige allmennlegetjenester som ytes i kommunene.”

I proposisjonen omtaler departementet behovet for å stille kvalitets- og funksjonskrav. Eksempler på slike krav ble listet opp i høringsnotatet til proposisjonen, i lovproposisjonen uttaler departementet følgende på s. 250:

”For å sikre at bestemte nasjonale kvalitets- og funksjonskrav kan bli en del av enhver fastlegepraksis, vil departementet derfor opprettholde forslaget om å presisere i forskriftshjemmelen til fastlegeordningen i ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov at departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvilke nasjonale kvalitets- og funksjonskrav som skal stilles til fastlegevirksomhet.”

Som en del av begrunnelsen for dette er å sikre samhandlingsreformens mål om å forsterke den helsefremmende og forebyggende innsatsen for å hindre at sykdom oppstår og utvikler seg, jf. side 223:

Fastlegene vil kunne fange opp personer som har behov for veiledning eller oppfølging og følge opp disse i samarbeid med den øvrige helse- og omsorgstjenesten. På denne bakgrunn ønsker departementet at helse- og omsorgstjenesteloven skal tydeliggjøre fastlegenes forpliktelse til å ivareta forebyggende tjenester på egen liste. For å oppnå dette, slik det fremgår av kapittel 9, vil departementet vurdere endringer i fastlegeforskriften. Disse endringene som vurderes er bl.a. å presisere fastlegenes listeansvar en ev. innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav”

Departementet foreslår også å knytte krav om rapportering til funksjons- og kvalitetskravene. Videre foreslår departementet å samle sentrale bestemmelser i forskriften og tydeliggjøre fastlegens listeansvar som aktuelle tiltak for å styrke fastlegeordning. I tillegg uttales det i lovproposisjonen at departementet vil vurdere å forskriftsfeste regler for fritak fra legevakt for fastleger og krav til bedret tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp for innbyggere på fastlegens liste. Disse tiltakene mener departementet vil sette kommunene i bedre stand til å overholde sitt overordnede ansvar for allmennlegetjenesten i fremtiden, og samtidig gi en bedre tjeneste til innbyggerne.

3.2.4 Innst. 424 L (2010–2011)

Under stortingets behandling av Prop. 91 L (2010–2011) knyttet komiteen en rekke bemerkninger til de ulike forslagene knyttet til fastlegeordningen med mer. I forhold til kommunens sørge for-ansvar uttaler komiteen:

”Komiteen vil også understreke at det fortsatt er kommunens ansvar at tjenester etter loven ytes selv om kommunen har inngått avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere om å stå for tjenesteutførelsen.”

Komiteen uttrykker videre bekymring for at bare halvparten av fastlegene deltar i legevakt, og uttaler: *”[Fastlegene] må utgjøre ryggraden i legevaktstjenesten.”* Komiteen påpeker videre at legevaktstjenesten er en viktig del av kommunens helse- og omsorgstjeneste, og at det over lengre tid har vært bred enighet om behovet for å styrke tjenesten.

Videre registrerer komiteen at departementet ønsker å videreføre de grunnleggende strukturer fastlegereformen bygger på og at departementet tar sikte på å sende på høring mulige forslag til endring av fastlegeforskriften i løpet av 2011. Videre viser komiteen til at:

”... KS uttaler at det ligger et uutnyttet potensial i avtaleverket til å nå målene i samhandlingsreformen, og at KS av den grunn påpeker at avtaleinstituttet derfor ikke må undergraves av en for stor grad av forskriftsfesting. Komiteen viser til at hele lovforslagets innretning er på et overordnet nivå, og at det ellers legges vekt på stor grad av avtalefesting for å fremme samhandling.”

[...]

”Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det trengs en tydeligere kommunal styring av de allmennmedisinske offentlige oppgavene legen kan pålegges. Herunder er det behov for både å styrke fastlegens/legevaktlegens vurderingskompetanse og den kliniske kompetansen i fastlegepraksisen. Flertallet mener slik styring tidligere har vært mangelfull i mange kommuner, og at en sterkere styring vil være riktig. Flertallet støtter at det blir bedre ledelse og styring av allmennlegetjenesten, både av de allmennmedisinske offentlige legeoppgavene, av at kurativ praksis er i tråd med helsepolitiske prioriteringer og oppfølging av legers praksis ut fra nasjonale kvalitets- og funksjonskrav i tråd med god medisinsk praksis.”

Komiteen har videre merket seg at departementet i forbindelse med forslag til ny helse- og omsorgstjenestelov ikke foreslår en lovregulering som åpner for å gi fastlegene rett til å legge inn pasienter i sykehjem. Når det gjelder finansieringen av fastlegeordningen bemerker komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, *”at det ikke foreslås endringer i finansieringsordningen med per capita-tilskuddet og honorar nå, men at dette skal gjennomgås i forbindelse med arbeidet med forskriften”*.

3.3 Fastlegeevalueringen mv.

3.3.1 Hovedfunn fastlegeevalueringen

Norges forskningsråd fikk i 2000 i oppdrag av departementet å administrere en femårig forskningsbasert evaluering 2001-2005. Sluttrapporten fra Forskningsrådet i februar 2006 sluttet seg til departementets konklusjon i Statusrapport om fastlegeordningen etter 2 ½ år (des. 04) om at fastlegereformen i all hovedsak har vært vellykket. Man bør her være oppmerksom på at reformen primært var en systemreform som innebar en ny måte å organisere allmennlegetjenesten på, og ikke en innholdsreform med sikte på å endre innholdet i allmennlegevirksomhet. Det overordnede formålet om å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten omfattet å gi bedre trygghet for brukeren gjennom bedre tilgjengelighet, bedre kontinuiteten i lege-pasientforholdet for dem som ønsker dette, samt en bedre utnyttelse av de samlede legeressurser.

Den generelle tilfredsheten med allmennlegetjenesten blant pasientene (dvs. de som faktisk hadde vært i kontakt med lege) økte fra 32 pst til 44 pst fra 2001 til 2003. 2/3 av fastlegene var på samme tid fornøyde med reformen, dvs. 35 pst flere enn før innføringen. For både brukere, pårørende og samarbeidende helsepersonell innebar reformen en plassering av ansvar for allmennlegetilbudet til enkeltpersoner, inkludert oppfølging etter

institusjonsopphold. Listeansvaret ga også et særskilt ansvar og større forutsigbarhet for fastlegene.

Legedekningen er betraktelig bedret, men er fremdeles en utfordring i utkantkommuner. Per juni 2005 da evalueringsperioden ble avsluttet var det 89 ubesatte fastlegestillinger, mens det på innføringstidspunktet i juni 2001 var 277 ledige hjemler. Det kan tilføyes at de fleste ledige hjemlene blir betjent av vikar, men ofte korttidsvikar (per desember 2009 var det 69 ubesatte stillinger).

Tilgjengeligheten til legekantoret er objektivt sett bedret, men brukerne rapporterer lavere tilfredshet. Det er vist signifikante reduksjoner i gjennomsnittlig ventetid på time (SSB), og registreringer viser at telefontilgjengeligheten er bedret på tross av langt større pågang enn før (UiB). Den enkelte leges/legekantors tilgjengelighet er blitt viktigere enn før, ved at pasientene har færre alternativer i form av andre leger.

Av undersøkelsen fremgår det at hovedutfordringer framover er knyttet til tilgjengelighet, legevakt, samarbeid og kunnskapsutvikling. Det er indikasjoner på at tilgjengeligheten fortsatt oppleves som for dårlig både når det gjelder telefontilgjengelighet, ventetid på time og tilgjengelighet på legevakt. Fastlegenes listelengde ser ikke ut til å påvirke ventetiden på time, men leger med mange ledige listeplasser har kortere ventetid. Registreringer blant pasienter på legevakt viste at nesten 50 pst hadde vært villige til å vente på time hos fastlegen dersom de var sikret time dagen etter.

Vaktbelastningen har stor betydning for rekruttering av leger. Det er behov for gode vaktordninger/ interkommunalt legevaktsamarbeid som tar høyde for rekrutteringsutfordringer og økningen i antall fastleger som runder 55 år og derfor kan be om fritak fra legevakt.

Evalueringen peker også på at det er en utfordring for kommunene å sikre nok ressurser til allmennmedisinsk offentlig legearbeid i sykehjem, skole, helsestasjon, fengsel mv. Det vises til en rapport fra Rehab-Nor der det foreslås at stillingsbrøkene i legetjenesten til eldre med pleie- og omsorgsbehov styrkes slik at stillingsbrøkene som hovedregel ikke er < 40 pst. Det ble påpekt at dersom det offentlige legearbeidet skal fordeles på færre leger, må dette arbeidet gjøres mer attraktivt for å tiltrekke seg leger som kunne tenke seg å jobbe mer konsentrert med denne type arbeid (mer enn 7,5 t/uke).

Det må legges bedre til rette slik at de som trenger det best blir ivaretatt, f.eks. rusmiddelmissbrukere og flyktninger og asylsøkere. Forskningsrådet anbefaler videre i sluttrapporten fra evalueringen at forskning og fagutvikling i allmennlegetjenesten bør styrkes blant annet som følge av et endret sykdomsbilde i befolkningen de siste tiårene.

Med hensyn til samhandling tyder ikke resultatene fra evalueringen på at samhandlingen er forverret etter innføringen av fastlegeordningen. Mange enkeltfunn antyder imidlertid et potensial for bedre samhandling både lokalt i kommunen og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, spesielt når det gjelder syke eldre, personer med oppfølgingsbehov etter behandling i spesialisthelsetjenesten og personer med psykiske lidelser. Et eksempel på mangelfullt samarbeid var samarbeid om legemiddelhåndtering mellom fastlege og hjemmesykepleie.

Noen resultater spesielt relatert til kommunal styring er:

- Den kommunale styringen av fastlegeordningen skjer gjennom avtaler med de enkelte leger. Avtalene er en type ”relasjonelle kontrakter” basert på tillit og dialog mellom partene. Det legges liten vekt på detaljregulering av plikter og rettigheter, noe som kan være et problem i konfliktsituasjoner.
- Evalueringen viser at de fleste kommunene har små styringsambisjoner og stort sett er tilfreds med hvordan legetjenesten fungerer.
- Ca. 70 pst. av kommunene har opprettet lokalt samarbeidsutvalg (LSU). De som ikke har, oppgir at forholdene er så små at det ikke er behov for en slik formell arena.
- Det er viktig for kommunene å ha en god dialog og et godt samarbeid med fastlegene, fordi de har få andre styringsredskaper.
- Et flertall av kommunene mente at muligheten til å styre allmennelegetjenesten var uendret etter innføringen av reformen.
- Ca. 40 pst. av kommunene med > 10 000 innbyggere mente at fastlegeordningen har betydd mye eller svært mye for å løse problemene i allmennelegetjenesten.

3.3.1.1 Utdypende om lokal styring og manglende integrasjon av fastlegene

En kvalitativ intervjuundersøkelse i ni kommuner (Heen og Gjerberg 2005) peker på følgende tvetydighet knyttet til legetjenesten: På den ene siden er legetjenesten helt sentral for at kommunen skal kunne oppfylle sine forpliktelser overfor innbyggerne i henhold til kommunehelsetjenesteloven. Fastlegen er en aktuell og ofte sentral samarbeidspartner for de fleste grupper i kommunenes helse- og omsorgstjeneste; så godt som alle som mottar ytelse når det gjelder helse og omsorg har til tider også behov for legetjenester. På den annen side er legetjenesten i følge forskerne organisert slik at den blir liggende utenfor den kommunale organisasjonen organisatorisk og finansielt sett.

I alle kommuner der legene er privatpraktiserende (dvs. i 6- 7 av 9) oppleves dette som et hinder for en større grad av integrasjon. Finansieringssystemet innebærer at kommunene i begrenset grad kan benytte finansielle virkemidler til å styre legetjenesten, samtidig som dette også bidrar til at legene fokuserer oppmerksomheten rundt egen praksis.

Kommunene opplever at graden av integrasjon er avhengig av legenes engasjement og interesse. Kommunene ønsker at legene deltar mer i planleggings- og utviklingsarbeid i kommunen, inklusive kvalitetssikringsarbeid. Dette gjelder for eksempel organisering av samarbeid med andre, som utvikling av felles rutiner i hjemmetjenesten, og bedre integrasjon av allmennelegetjeneste offentlig legearbeid i sykehjem eller helsestasjon.

Blant annet på grunn av frivillighetsdimensjonen i kontraktsforholdet er det vesentlig for kommunene å opprettholde et godt forhold til legene. Frykten for å skape et dårlig forhold til legene kan være en grunn til at kommunene ikke i større grad benytter muligheten til å tilplikte legene 7,5 timer allmennelegetjeneste offentlig legearbeid per uke ved fulltids virksomhet selv om det er behov for det. En annen grunn kan være at kommunen pga. økonomien nedprioriterer det.

Selv i kommuner der samarbeidet med legenes tillitsvalgte er meget tett, er det nesten utelukkende kommunen som setter saker på dagsorden. Kommunen er avhengig av

samarbeid med fastlegene for å kunne oppfylle sine forpliktelser, for eksempel når det gjelder ivaretagelse av allmenntilleggsrettet offentlig legearbeid, spørsmål knyttet til opprettelse av nye legehjemler, eller for å sikre god samhandling og kvalitetsutvikling i tjenestene. Legene er ikke på samme måte avhengige av å være i dialog med kommunen, og synes i følge evalueringen heller ikke å være så interessert i et slikt samarbeid.

3.3.2 Innbyggerundersøkelser

Det ble i 2009 og 2010, på oppdrag fra Fornyings- administrasjons- og kirkedepartementet og Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi), utført en undersøkelse av innbyggernes tilfredshet med kommunale, fylkeskommunale og statlige tjenester.

Undersøkelsene viser at det befolkningen er mest fornøyd med er fastlegeordningen og folkebiblioteket. Det går fram at i gjennomsnitt er 74 prosent av innbyggerne fornøyd med fastlegeordningen i 2009, mens tilsvarende tall for 2010 er 82 prosent. I 2010 var det kun folkebiblioteket som scoret høyere enn fastlegeordningen. I 2009 ble det målt noe lavere tilfredsheten i de minste kommunene, samtidig som det her også er flest innbyggere som mener at tilbudet er dårlig (7,3 pst.). Sistnevnte kan sannsynligvis forklares med utfordringene knyttet til legedekning og stabilitet i legestillinger i en del distriktskommuner.

Fastlegeordningen skåret også høyt på tilfredshet i nasjonale kommuneundersøkelser i 2003 og 2004.

3.3.3 The Commonwealth Fund Survey

Norge har siden 2009 deltatt i Commonwealth Funds årlige internasjonale helsesystemundersøkelser. I 2009 vurderte allmennleger i elleve land hvor godt nåværende helsesystem fungerer. Både egen praksis og samhandling med spesialisthelsetjenesten ble vurdert. De 11 landene var: USA, Italia, Canada, New Zealand, Australia, Storbritannia, Tyskland, Nederland, Frankrike, Sverige og Norge. I 2010 vurderte vanlige brukere av helsetjenesten og i 2011 pasienter med utvidet behov for helsetjenester (kronikere) hvordan de oppfattet kvalitet, sikkerhet og samhandling.

Norske allmennleger ga Norge en lavere score på undersøkelsens hovedområder enn gjennomsnittet for de europeiske landene og gjennomsnittet for alle landene samlet. Dette gjelder for områdene koordinering av tjenester, systemer for kvalitetsmåling og kvalitetsvurdering, generering av lister, insentiver, tilgjengelighet og elektronisk funksjonalitet. Samtidig peker norske pasienter i 2010 og 2011 på pasientsikkerhet, kvalitet og koordinering av tjenester som en særlig utfordring.

Undersøkelsen viste blant annet at bare hver fjerde fastlege oppga å ha rutiner for å motta og gjennomgå data om kliniske resultater. Tilsvarende tall for Europa er 60 pst. og for Sverige 72 pst. Kun 5 pst. av fastlegene oppga å ha rutiner for å motta og gjennomgå data om pasienters erfaringer og tilfredshet med behandlingen, mens tilsvarende for Europa og Sverige var hhv. 50 pst. og 80 pst. Norske pasienter, med et utvidet behov for helsetjenester (kronikere), scoret lavt på spørsmål om i hvilken grad de opplevde at norsk spesialist- og primærhelsetjenestene var koordinert. Generelt var det slik at pasienter (i

alle land) som oppga at de hadde et ”Medical Home” i motsetning til bare en fastlege, ga helsetjenesten en mer positiv karakteristikk.

Samtidig pekte Commonwealt-undersøkelsen fra 2009 på at norske fastleger i hovedsak er mer fornøyde med egen arbeidssituasjon enn primærleger i andre land. Hele 90 pst. av fastlegene i Norge var svært fornøyde eller fornøyde med å arbeide som lege, tilsvarende tall var 75 pst. for Europa og 72 pst. for alle landene.

Mange av de utfordringene denne undersøkelsen avdekker, er også beskrevet i St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen. Dette gjelder særlig i forhold til systemer for å måle og gi tilbakemelding til fastlegene om deres kliniske praksis og pasientenes erfaringer. Det er dessuten behov for forbedringer knyttet til informasjonsflyt mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, og knyttet til den elektroniske pasientjournalens faglige funksjonalitet og brukervennlighet. Slik funksjonalitet gir også bedre grunnlag for å styrke forebygging og pasientopplæring.

4 Gjeldende rett

4.1 Innledning

Fastlegeordningen ble innført i 2001, etter at det var gjennomført forsøk i fire kommuner i årene 1993-1996. Formålet med fastlegereformen var å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten gjennom:

- en fast legekontakt for dem som ønsker det
- mulighet for kontinuitet i lege-pasientforholdet,
- bedre tilgjengelighet til tjenesten
- en mer rasjonell bruk av de samlede legeressurser gjennom forbedring av samarbeidet mellom allmennlege/fastlege og legevakt og mellom primær- og spesialisthelse-tjenesten.

Fastlegereformen var en systemreform, som stilte krav til en ny måte å organisere allmennlegetjenesten på – en tjeneste landets kommuner allerede var forpliktet til å sørge for etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3. Hovedbegrunnelsene for forslaget om å organisere allmennlegetjenesten som et listesystem eller fastlegeordning var for det første behovet for en fast legekontakt (kontinuitet) for syke eldre, personer med kroniske lidelser og andre sårbare grupper spesielt i byene et behov for bedre kontroll med såkalt lege-shopping, dvs. at personer gikk fra lege til lege for å få ønskede medikamenter.

Fastlegeordningen er regulert på fire nivåer i lov, forskrift og ulike avtaler på sentralt og lokalt nivå:

- Kommunens plikt til å organisere fastlegeordning og sentrale pasientrettigheter er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven
- Utfyllende bestemmelser er gitt i forskrift 14. april 2000 nr. 328 om fastlegeordning i kommunene. Forskriften omfatter blant annet opprettelse og endring av lister, innbyggernes rettigheter, kommunens plikter og legenes rettigheter og plikter.
- En nærmere utforming av kommunenes og legenes rettigheter og plikter, samarbeid mellom partene og økonomiske forhold er regulert i sentralt avtaleverk mellom staten,
- Den norske legeforening og KS/Oslo kommune, samt i sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening (SFS 2305)
- Fastlegeavtalen eller den lokale, individuelle avtalen mellom kommunen og den enkelte fastlege. Denne avtalen er kommunens viktigste styringsverktøy i oppfyllelsen av lovpålagte plikter. I fastlegeavtalen kan det settes rammer for fastlegens ansvar og oppgaver.

Ordningen består av tre kjerneelementer. For det første er det selve listesystemet som løpende registrerer alle innbyggere som ønsker å være tilknyttet en fastlege. Personer som ønsker fastlege vil følgelig være på listen til en lege som har en fastlegeavtale med en kommune.

For det andre innebærer listesystemet en tydelig ansvars plassering. Ansvaret for allmennlegetilbudet til dem som står på listen er plassert hos en navngitt fastlege, slik at listeinnbyggere vet hvor de skal henvende seg dersom de har behov for legehjelp. Det må likevel presiseres at det er kommunen som har det overordnede ansvaret for allmennlegetilbudet i kommunen, uavhengig om fastlegen er fast ansatt i kommunen eller selvstendig næringsdrivende. I sistnevnte tilfelle er fastlegene følgelig en kontraktspart som utfører oppgaver som inngår i kommunens sørge for-ansvar. Kommunen kan ikke delegere bort sitt sørge for-ansvar etter kommunehelsetjenesteloven til fastlegene.

Videre innebærer ansvars plassering at den øvrige kommunehelsetjeneste kan innhente informasjon fra pasient eller pårørende om hvilken lege de skal kontakte når det er behov for medisinsk oppfølging, eller ved søknad om spesifikke tjenester på vegne av innbyggeren. Plasseringen av ansvar innebærer også at legevakt og sykehus har en adressat for epikriser blant annet ved behov for medisinsk oppfølging for eksempel etter en øyeblikkelig hjelp situasjon, eller etter utskrivning fra sykehus.

Det tredje kjerneelementet i fastlegeordningen er kontraktsinstituttet. Dette er fastlegeavtalen mellom kommunen og den enkelte fastlege. De individuelle avtalene synliggjør kommunens oppfølging av sine plikter i henhold til lov, forskrifter og sentralt avtaleverk om fastlegeordningen. Avtalene synliggjør også legenes ansvar for innbyggere på sin liste og for eventuelle andre allmennlegeoppgaver organisert utenfor fastlegeordningen i kommunen, som for eksempel legeoppgaver ved sykehjem og helsestasjon.

Nedenfor redegjøres det for regelverket om fastlegeordningen og avtaleverket som regulerer ordningen. Redegjørelsen har hovedfokus på de plikter og oppgaver som fastlegene har i fastlegeordningen.

I tillegg vil rettigheter og plikter knyttet til den akuttmedisinske kjede bli omtalt nærmere. Med innføring av fastlegeordningen var en av intensjonene å tydeliggjøre (fast)legens ansvar for en bestemt populasjon også når det gjelder behov for akutt hjelp på dagtid. Den enkelte fastleges ansvar fremgår av bestemmelser i sentralt avtaleverk mellom hhv KS og Legeforeningen og Oslo kommune og Legeforeningen. I avtalen med Oslo kommune stilles noe mer eksplisitte krav til fastlegene. I Oslo stilles også kompetansekrav til deltakelse i legevakt.

4.2 Stortingets overordnede føringer ved innføringen av fastlegeordningen

I Innst. S. nr. 215 (1996-97) mente flertallet i sosialkomiteen, medlemmene fra Arbeiderparti og Kristelig Folkeparti, at følgende hovedprinsipp skulle legges til grunn for fastlegeordningen:

- Pasientene kan velge fastlege også uavhengig av kommune- og bydelsgrenser basert på nærmere fastsatte kriterier.
- Pasienten kan skifte fastlege inntil to ganger pr. år og har rett til ny vurdering hos annen lege enn fastlegen.
- Pasientene kan stå på liste hos en enkeltlege i egen praksis eller i gruppepraksis.

- Fastlegen har hovedansvar for pasienten.
- Legene i felleskap har ansvar for vikarordninger, legevakt o.l. i samråd med kommunen.
- Legene skal normalt ikke ha flere enn 2 500 pasienter eller færre enn 500 pasienter på listen. Legene må etter nærmere avtale med kommunen ha mulighet til å begrense listen til 1500 pasienter.
- Alle leger som driver allmennpraksis med eller uten avtale når ordningen trer i kraft, skal få muligheten til avtale som fastlege. Det samme gjelder de som midlertidig er ute av arbeid pga. svangerskapspermisjon eller andre permisjoner.
- Det utarbeides kriterier for anslått legebehov i forhold til folketall, som brukes som utgangspunkt for hvorvidt det kan opprettes flere avtaler i en kommune.
- Fastlegeordningen finansieres med 30 prosent basistilskudd på grunnlag av antall pasienter på listen og 70 prosent refusjon/egenandel.
- Alle leger skal ha rett til å sykemelde pasienter, skrive ut trygdeerklæringer, henviser til spesialist og foreskrive resepter for alle pasienter.
- Pasienter skal ha rett til å stå utenfor fastlegeordningen.
- Liberal henvisningspraksis ved bl.a. graviditet.
- Kommunene skal få kompensert alle merutgiftene til fastlegeordningen.

Disse føringene skulle være bærende for innføringen av fastlegeordningen. Ved Stortingets behandling av sosialkomiteens innstilling ble det votert over hvert av de 13 punktene nevnt ovenfor. Samtlige fikk flertall.

4.3 Lov og forskrift

4.3.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. I henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd kan kommunen organisere tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet. I § 3-2 er det listet opp hva kommunen må tilby for å oppfylle sitt ansvar etter § 3-1. I førte ledd nr. 4 presiseres kommunens plikt til å sørge for utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning. Det vil si at alle landets kommuner plikter å organisere en fastlegeordning. Kommunene skal inngå avtale med et tilstrekkelig antall fastleger, slik at de som har rett til fastlege etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c, og som ønsker fastlege i kommunen, kan tilbys å stå på en fastleges liste.

I § 3-2 tredje gis departementet hjemmel til å gi nærmere bestemmelser om fastlegeordningen, herunder suspensjon av ordningen. Fylkeslegen kan etter søknad fra kommunen for en viss tid suspendere plikten til å organisere en fastlegeordning dersom tungtveiende grunner tilsier det. Dette innebærer at lovbestemte rettigheter og plikter knyttet til fastlegeordningen settes til side. Plikten til å sørge for utredning, diagnostisering og behandling vil likevel bestå.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 12-2 at departementet hvert år fastsetter en samlet ramme for:

- antall nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten
- antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet

Denne ordningen ble innført fra 1. januar 1999. Formålet med ordningen var å sikre en bedre nasjonal fordeling av leger. Departementets beslutning om fordelingsrammen er basert på råd fra Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling.

Kommunens ansvar for organisering og tilrettelegging av øyeblikkelig hjelp tjeneste inklusive legevakt og medisinsk nødmeldetjeneste går fram av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, § 3-2 første ledd punkt 3 og § 3-5 (kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3 og 1-3 a).

Sammen med medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjenesten og sykehusene utgjør de kommunale legevaktordningene den akuttmedisinske kjeden som skal ivareta behovet for å yte nødvendig medisinsk hjelp ved akutt behandlingstrengende sykdom eller skade. Kommunen har også et ansvar etter forskrift 18. mars 2005 nr. 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (akuttmedisinforskriften).

4.3.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c omhandler pasientrettigheter i fastlegeordningen. I første ledd gis enhver som er bosatt i en norsk kommune rett til å stå på liste hos en lege med fastlegeavtale eller hos et legesenter med fellesliste. Dette er en snevrere gruppe enn den som har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester etter § helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Fastlegeordningen forutsetter at det er kontinuitet i legepasientforhold. Det vil derfor ha lite hensikt å gi dem som midlertidig oppholder seg i en kommune, rett til fastlege. Med bosatt menes de som er registrert bosatt i en norsk kommune etter lov 16. januar 1970 nr. 1 om folkeregistrering.

Ved å knytte bosatt-begrepet til folkeregistreringsloven vil imidlertid de som ikke har oppholdstillatelse falle utenom. Asylsøkere som oppholder seg i landet mens asylsøknaden behandles, vil ofte kunne ha behov for det allmennlegetilbudet fastlegeordningen innebærer. Derfor gis også asylsøkere og deres familie rett til å stå på liste hos fastlege, når de er medlem av folketrygden etter forskrift om trygdedekning for asylsøkere m.m. av 15. april 1997 nr. 315.

Retten til fastlege er ikke begrenset til å gjelde i den kommune der innbyggeren er registrert bosatt. Det er adgang til å velge fastlege over kommunegrensene.

I andre ledd gis personer som står på fastleges liste rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året. Adgangen til å skifte fastlege er begrenset til to ganger per år. Begrensningen gjelder ikke dersom lege skiftes som følge av flytting, eller dersom fastlegen reduserer listen. Skifte av fastlege meldes til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) innen en nærmere fastsatt dato i hver måned, og får virkning fra måneden etter.

Personer som er tilknyttet en fastlege har rett til ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale. Retten gjelder når pasienten har fått en første vurdering av fastlegen. Krav om ny vurdering må være relatert til samme forhold som den første vurderingen. Bakgrunnen for kravet kan være at man er uenig i diagnosen, vurderingen av sykdommens alvorlighet eller behandlingsopplegget.

I den nye vurderingen kan det være behov for å foreta kliniske undersøkelser for å vurdere pasientens tilstand på ny. Bestemmelsen innebærer imidlertid ingen rett for pasienten eller plikt for legen til å gjennomføre slike undersøkelser, dersom det ikke er nødvendig for å ivareta en forsvarlig ny vurdering.

I tredje ledd fremgår at rettighetene i første og andre ledd ikke gjelder i de kommuner der plikten til å ha fastlegeordning er suspendert etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 tredje ledd. Retten til nødvendig helsehjelp suspenderes imidlertid ikke. Rettigheter etter denne bestemmelsen gjøres gjeldende overfor den kommunen rettighetshaverne har eller ønsker fastlege i.

I fjerde ledd gis særskilt hjemmel til å gi forskriftsbestemmelser om gjennomføring og utfylling av pasientrettigheter i fastlegeordningen, herunder om barns rettigheter og plassering på liste. Forskriftshjemmelen gir ikke adgang til å gi regler om organisering av kommunens virksomhet.

4.3.3 Fastlegeforskriften

Det følger av fastlegeforskriften § 1 at formålet med fastlegeordningen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.

Retten til å stå på liste hos en fastlege, gjelder enhver som er bosatt i en norsk kommune, jf. § 3. Som bosatt regnes den som i folkeregisteret er registrert som bosatt i en norsk kommune. Den som har rett til å stå på liste hos fastlege, kan fremsette legeønske. Legeønsket skal etterkommes så langt det er ledig plass på fastleges liste unntatt i de tilfeller som uttømmende er regulert i fastlegeforskriften. Den som selv ikke ønsker å velge fastlege, blir plassert på listen til fastlege med ledig listeplass. Den som ikke ønsker å være tilknyttet fastlegeordningen, må gi melding til kommunen om dette. Det er adgang til å velge fastlege utenfor bostedskommunen.

Ved valg av fastlege for barn under 16 år er det den eller de som har foreldreansvaret som velger fastlege. Dersom fastlege ikke velges, plasseres barnet på samme liste som den eller de som har foreldreansvaret. Ved fylte 16 år treffer barnet selv avgjørelse om valg av fastlege. Er barnet mellom 12 og 16 år kan det selv fremsette krav om bestemt fastlege etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret, jf. § 4.

Person som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger per år, såfremt det er ledig plass på annen fastleges liste, jf. § 5. Fastlegen kan ikke nekte å ta vedkommende inn på listen dersom det er ledig plass på listen. Fastlegen har ansvaret for allmennlegetilbudet til personer på sin liste innen de rammer som gjelder for

fastlegeordningen i lov, forskrift og sentral avtale, jf. forskriften § 7. Under utøvelse av det allmenntilleggsarbeidet skal fastlegen prioritere personer på sin liste, såfremt høyere eller lik prioritet av andre oppgaver ikke er pålagt legen i eller i medhold av lov.

I merknadene til § 7 heter det at:

”Fastlegen skal dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid for de som står på listen. Det skal være mulig å få legetime innen rimelig tid. Fastlegen har videre ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Fastlegen har dessuten ansvaret for personens journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler.

Innbyggerne på fastleges liste skal få utført nødvendige allmennlegetjenester, og få henvisning til andre helsetjenester etter behov, få utskrevet helseattester og få legeopplysninger ved søknad om helse-, trygde- og sosialtjenester. Fastlegen skal prioritere personene på listen foran andre, med unntak av lovpålagt øyeblikkelig hjelp-henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i medhold av lov, forskrift og avtale”.

Det følger av forskriften § 8 at dersom en person som står på fastleges liste blir inntatt i helseinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, overføres ansvaret etter § 7 til institusjonen. Vedkommende blir likevel stående på fastlegens liste, og fastlegen har ansvaret for tilrettelegging av allmennlegetilbudet til denne ved utskrivning. Ved behov for slik tilrettelegging plikter institusjonen å orientere fastlegen på forhånd. Institusjonen skal gi fastlegen epikrise ved utskrivning etter reglene i helsepersonelloven § 45.

Fastlegeavtale inngås med den enkelte lege, også om denne arbeider i en gruppepraksis. Organisering i gruppepraksis endrer ikke fastlegenes ansvar overfor personene på sin liste. Det fremgår imidlertid av forskriften § 9 annet ledd at innenfor de rammer som er i sentral avtale kan det avtales felleliste i en gruppepraksis. Fastleger med felleliste har et felles ansvar for allmennlegetilbudet til personene på listen. Personer som står på en felles liste skal ha en ansvarlig lege som har hovedansvar for journal og oppfølging.

Det følger av § 10 at en fastleges økonomiske vederlag for det arbeid som honoreres etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, består av et tilskudd fra kommunen for hver person (per capita-tilskudd) og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og refusjon fra trygden for utført arbeid. Kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal gi et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn en avtalt referanseliste. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom per capita-tilskuddet for fastsatte referanseliste og per capita-tilskudd for gjennomsnittlig listelengde i kommunen.

Det følger av forskriften § 11 at kommunen skal tilrettelegge fastlegeordningen, herunder inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger om deltakelse i ordningen. Kommuner kan samarbeide om organisering av fastlegeordningen. Fastlegen skal som hovedregel være næringsdrivende.

Det følger av § 12 at kommunen kan stille følgende vilkår for inngåelse av avtale:

- a) at fastlegen påtar seg listeansvar for inntil et nærmere bestemt antall personer. Fra 1. januar 2001 ble antallet fastsatt til 1500 ved fulltids kurativ virksomhet. Ved deltidspraksis justeres øvre antall personer på listen forholdsmessig
- b) at fastlegen deltar i allmennmedisinsk offentlig legearbeid. Slik deltakelse gir fastlegen rett til forholdsmessig avkorting i listelengde
- c) at fastlegen deltar i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet og ivaretagelse av utrykningsplikten
- d) at fastlegen deltar i veiledning av turnusleger
- e) at fastlegen har gjennomført eller forplikter seg til å gjennomføre minst tre års veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere med rett til trygderefusjon.

Disse avtalevilkårene som her er nevnt kan utfylles i sentral avtale.

I merknadene til forskriften § 12 bokstav b uttales det at:

”Med allmennmedisinske offentlige legeoppgaver menes her offentlige legeoppgaver som blant annet lege ved helsestasjon, lege i skolehelsetjenesten, lege ved sykehjem, samt lege ved fengselsanstalter.”

Kommunen kan gjennom fastlegeavtalen tilplikte den enkelte fastlege deltakelse i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet og ivaretagelse av utrykningsplikten (fastlegeforskriften § 12 c). Med andre ord har kommunen i utgangspunktet muligheten til å ha alle fastleger i kommunen tilgjengelige for legevaktordningen.

Ny fastlegeavtale kan inngås når en fastlege avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, når en ubesatt legehjemmel skal besettes, eller når kommunen har fått innvilget søknad om opprettelse av ny legehjemmel, jf. § 13.

Fastlegen skal normalt ikke ha flere enn 2500 eller færre enn 500 personer på sin liste, jf. § 14. Det kan inngås individuelle avtaler om kortere eller lengre lister, innenfor de rammer som fastsettes i sentral avtale. Lengre liste enn 2500 kan bare avtales for ett år av gangen.

Det følger av forskriften § 15 at dersom fastlegen ved etablering av en liste har flere tilmeldte personer enn det som er avtalt listetak, skal listen justeres ned til avtalt listetak. De som har et pasientforhold til legen, skal prioriteres på listen etter pasientforholdets varighet. Dersom dette ikke er tilstrekkelig til å avgrense listen, skal det organ Helsedirektoratet bestemmer foreta et tilfeldig utvalg.

Fastlege med flere personer på sin liste enn det tak vedkommende kan sette i henhold til forskrift og sentrale avtaler, har rett til å få nedjustert listelengden til dette taket, jf. § 16. Krav om nedjustering skal meldes til kommunen med 6 måneders frist. Reduksjon av listen skjer ved tilfeldig utvelgelse blant dem som står på listen til vedkommende fastlege.

Det fremgår av forskriften § 17 at fylkesmannen kan etter søknad fra kommunen suspendere plikten til å ha fastlegeordning. Suspensjon kan bare skje dersom det er forsøkt

å finne lokale løsninger og det er grunn til å tro at kommunen vil være ute av stand til å oppfylle sin plikt over en periode på minst tre måneder. Fylkesmannen skal tilse at kommunens plan for allmennlegetjenesten i suspensjonsperioden ivaretar løsning av kommunens øvrige pålagte oppgaver etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 1. Suspensjon kan vedtas for inntil 1 år av gangen. Kommunen eller fastlegene i kommunen kan påklage fylkesmannens avgjørelse til departementet.

4.3.4 Akuttmedisinforskriften

Kommunen har også et ansvar etter for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, i akuttmedisinforskriften definert som medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten. Formålet med forskriften er å bidra til å sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp, ved at det stilles krav til det faglige innholdet i de akuttmedisinske tjenestene, krav til samarbeid i den akuttmedisinske kjede og krav til samarbeid med brann, politi og hovedredningsentralene.

Kommunens oppgaver er nærmere presisert i forskriften. I § 7 ansvarsforhold står det:

”Kommunen har ansvar for:

- a) etablering og drift av et fast legevaktnummer som er betjent hele døgnet*
- b) etablering og drift av LV-sentral, jf. § 8 og § 10*
- c) kommunikasjonsberedskap og nødvendig kommunikasjonsutstyr for helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen*
- d) samarbeid med regionale helseforetak for å samordne kommunikasjonen mellom den kommunale legevaktordningen, jf. kapittel 3 og øvrige akuttmedisinske tjenester.”*

I forskriften § 11 gis en definisjon på hva en kommunal legevaktsordning er:

”Med kommunal legevaktordning menes en organisert virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp, herunder foreta den oppfølging som anses nødvendig.”

I § 12 oppgis følgende å være legevaktens oppgaver:

”Kommunen har ansvar for å organisere en legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet, herunder å:

- a) diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander og sørge for henvisning til spesialisthelsetjenesten ved behov*
- b) vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp.”*

4.4 Avtaleverket

4.4.1 Statsavtalen

Statsavtalen er inngått mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene siden og Den norske legeförening på den andre side. Avtalen regulerer økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis, herunder listeregulering, tilskudd til leger i særskilte kommuner og bestemmelser om godtgjöring i kommuner der fastlegeordningen er suspendert. Nåværende avtale gjelder fra 1. juli 2011 til 30. juni 2012.

Det følger av punkt 2.3.1 i avtalen at dersom det er behov for endringer i § 12 a i fastlegeforskriften om det maksimale antallet personer på listen som kommunen kan pålegge fastlegen, skal partene dröfte alternative løsninger. Basert på dröftelsene med partene kan departementet foreta endringer i forskriften etter ordinær hörung. Ved vurdering av om antallet personer bør endres skal det bl.a. legges vekt på endringer i helsetjenesten, spesielt oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de oppgaver som er eller vil bli tillagt fastlegen. I protokolltilførsel til avtalen er det fra statens side lagt til grunn at eventuelle endringer i fastlegeforskriften § 12 a ikke vil bli gjort uten at Den norske legeförening og KS gir sin tilslutning.

For avtaleåret 1. juli 2011 – 30. juni 2012 har partene avtalt at det kommunale basis- eller per capita-tilskuddet per registrerte person på legens liste skal utgjøre 386,- kroner, jf. avtalen punkt 2.1. Det følger av avtalens punkt 4.1 at fastlegene kan kreve honorarer etter de takster som fremgår av Normaltariffen.

Nytt i denne avtaleperioden er krav til IKT-systemer i legepraksiser. Med enkelte unntak er partene enige om at:

- Alle legekantor skal ha et elektronisk pasientjournalssystem. EPJ- systemet skal støtte sending og mottak av elektroniske meldinger.
- Alle legekantor skal være tilknyttet Norsk Helsenett.
- Alle legekantor skal ha digitale sertifikat for kryptering og signering av meldinger (PKI).
- Alle legekantor skal oppfylle ”Norm for informasjonssikkerhet i Helsesektoren”, gjeldende pr 1. juli 2011.

4.4.2 Rammeavtale mellom KS og Den norske legeförening

Rammeavtalen er inngått mellom KS og Den norske legeförening. Det følger av avtalens punkt 2 at det i tillegg til rammeavtalen skal inngås individuell og personlig avtale mellom kommunen og den enkelte lege i samsvar med den vedlagte mønsteravtalen til rammeavtalen. Rammeavtalen danner ramme for hva som kan kreves ensidig av en part ved inngåelse eller revisjon av individuell avtale.

Det følger videre av avtalens punkt 2 at legen i sin kurative virksomhet er selvstendig næringsdrivende. Dette skal likevel ikke være til hinder for at leger kan organisere sin

virksomhet i ulike selskapsformer. Dette er kommunen uvedkommende og skal ikke ha betydning for legenes rettigheter eller plikter i lov, forskrift og avtaler.

I avtalens punkt 3 er det fastslått av statsavtalen og rammeavtalen ved senere revisjoner skal søkes forhandlet parallelt og tas stilling til samlet, med mindre partene er enige om å fravike dette.

Det følger av avtalens punkt 4.1 at det skal opprettes et allmennlegeutvalg, som skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. Kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet slike utvalg, hvor alle allmennleger deltar.

Det følger av avtalens punkt 4.2 at det skal opprettes et samarbeidsutvalg i hver kommune, eventuelt et felles samarbeidsutvalg for flere kommuner. Utvalget er partssammensatt og skal ha like mange representanter fra allmennlegene som fra kommunen. Det lokale samarbeidsutvalget (LSU) skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og listeansvar. Det er kommunen som skal ta initiativ til at det blir opprettet et samarbeidsutvalg. Medisinskfaglig rådgiver eller dennes stedfortreder har møteplikt i samarbeidsutvalget og er ansvarlig for å tilrettelegge møtene og følge opp saker hvor det er nødvendig.

I avtalens punkt 4.2.3 heter det at "Samarbeidsutvalget kan gi råd i saker som gjelder *(opplistingen er ikke uttømmende)*:

- fastlegeordningen slik den er beskrevet i lov, forskrift og avtaleverk
- planlegging av kommunens allmennlegetjeneste mht. kapasitet og lokalisering
- oppretting av legehjemler
- søkere til avtalehjemmel, ved uttalelse
- flytting av praksis
- midlertidig legemangel
- kollegial fraværdekning og vikarordninger
- fordeling og tilplikting av offentlige legeoppgaver
- kvalitetsarbeid/kvalitetsindikatorer mht. ventetid, telefonliggjengelighet, sykebesøk til egne pasienter mv.
- forslag til rapporteringsrutiner
- generelt om listelengde og listereduksjon
- organisering av legevakt
- fordeling av legevakt etter kontortid og øyeblikkelig hjelp på dagtid, herunder vaktfritak
- suspensjon av ordningen

I avtalens punkt 5 til 11 er tildeling av avtalehjemler, plikt til organisering og planlegging av fastlegeordning, plikt til informasjon m.m. regulert.

Det fremgår av rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen punkt 10.1 at ”Legen skal sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmenmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp.” Denne plikten gjelder innenfor den åpningstid som er avtalt mellom legen og kommunen, jf. kommentarutgaven pkt. 12.1. Videre skal legen delta i kollegiale ordninger/vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen etter oppsett som er utarbeidet av allmennlegeutvalget. Rammeavtalen mellom Oslo kommune og legeforeningen har tilsvarende bestemmelser.

Av ASA 4310 punkt 10.4 fremgår at ”Legen skal innrette sin praksis slik at pasienter som må ha øyeblikkelig hjelp kan mottas og vurderes”, og av SFS 2305 punkt 6.3: ”Legen skal i sin åpningstid innrette sin praksis slik at øyeblikkelig hjelpetrengende kan mottas og vurderes.” Tilsvarende bestemmelse finnes i rammeavtalen mellom Oslo og kommune og Legeforeningen.

I avtalens punkt 12.1 er plikten til å delta i allmenmedisinsk offentlig legearbeid regulert. Det følger av avtalen at:

”Kommunen kan pålegge legen deltidsstilling innen allmenmedisinsk offentlig legearbeid begrenset til 7,5 timer pr. uke ved fulltids virksomhet. Pålegget kan bare skje med kommunen eller interkommunalt selskap som arbeidsgiver (...).

Før pålegg gis skal kommunen søke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgavene, herunder kunngjøre dem.

Deltidsstilling i allmenmedisinsk offentlig legearbeid gir legene rett til reduksjon i listelengde.

I forbindelse med pålegg skal kommunen tilstrebe en lik fordeling av disse oppgaver mellom kommunens allmennleger”

I avtalens punkt 12.2 er det fastslått at det kan inngås avtale om samfunnsmedisinsk offentlig legearbeid. Med andre ord er det ikke adgang for kommunen til å pålegge fastlegene slike oppgaver. Dersom det inngås avtale om samfunnsmedisinsk offentlig legearbeid medfører det en rett for fastlegen til krav om reduksjon av listelengde.

Tilsvarende gis fradrag i plikt til allmenmedisinsk offentlig legearbeid etter punkt 12.1. Det følger av punkt 13.1 at fulltids kurativ virksomhet innebærer en gjennomsnittlig åpningstid på minst 28 timer per uke 44 uker i året. Lengre fravær uten vikar skal meddeles kommunen i så god tid som praktisk mulig. Annen åpningstid enn i tidsrommet mellom kl.08-16 i ukens fem første dager kan fra kommunens side ikke settes som vilkår for avtaleinngåelse, men kan avtales mellom legen og kommunen.

I avtalens kapittel 13 til 16 reguleres tilgjengelighet, fravær, varighet av individuelle avtaler, inntak av vikar m.m.

For Oslo kommune er det inngått en egen avtale med Legeforeningen. Denne avtalen er på noen punkter mer utdypende enn KS-avtalen, f.eks. vedrørende øyeblikkelig hjelp og legevakt, jf. punkt 12.5.1 Øyeblikkelig hjelp på dagtid og punkt 12.5.2 Legevakt. Utover dette inneholder avtalene hovedsakelig de samme elementene.

4.4.3 Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening

Særavtalen (SFS 2305) regulerer vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen. Avtalen er inngått med hjemmel i Hovedtariffavtalen (HTA) kapittel 0, og bestemmelsene i HTA gjelder med mindre annet fremgår (§ 1 punkt 1.1). I tillegg gjelder forskrift om fastlegeordning i kommunene, Statsavtalen og Rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen (§ 1 punkt 1.2).

Avtalen regulerer lønn, arbeidstid, praksiskompensasjon ved fravær fra kontorpraksis på grunn av offentlig legearbeid, kommunalt organisert øyeblikkelig hjelp på dagtid, legevakt utenom ordinær åpningstid, legevakt i interkommunal legevaktsentral i tiden 23.00- 08.00, reisetillegg mv., utdanningspermisjoner mv., spesielle forhold for turnusleger samt samfunnsmedisin.

Avtalen regulerer blant annet vilkår for fastleger ansatt i kommunen. Det går fram av Særavtalen § 4.1 at det i henhold til fastlegeforskriften § 12 a) ikke kan stilles vilkår om listeansvar utover 1 500 innbyggere ved fulltids kurativ praksis.

I avtalen er også forhold rundt øyeblikkelig hjelp nærmere regulert, jf. §§ 6 – 8. § 6 Kommunalt organisert øyeblikkelig hjelp på dagtid, § 7 Legevakt utenom ordinær åpningstid og § 8 Legevakt i interkommunal legevaktsentral i tiden 2300 – 0800.

Kriterier for fritak fra legevakt for fastleger er felles for KS' arbeidsgiverområde og Oslo kommune. Det følger av 7.3 i avtalen at det gis fritak fra legevakt når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det. Gravid gis etter forespørsel fritak i de 3 siste månedene av svangerskapet, og ellers når graviditeten er til hinder for deltakelse. I 7.4 fremgår det at det gis fritak til leger som har fylt 60 år, dersom vedkommende lege ønsker det. Etter 7.5 kan kommunen gi fritak når legen av personlige grunner ber om det og arbeidet uten skade kan utføres av øvrige leger. Det skal tas særlig hensyn til leger over 55 år.

Det går videre fram av pkt. 7.18 at kommunelege I eller tilsv. i samfunnsmedisinsk stilling uten andre avtalte legeoppgaver i kommunen gis fritak fra legevakt dersom vedkommende ønsker det.

4.4.4 Individuelle avtaler mellom kommune og fastlege

De individuelle avtalene synliggjør kommunens oppfølging av sine forpliktelser i henhold til lov, forskrifter og sentralt avtaleverk om fastlegeordningen, og legenes ansvar for innbyggere på sin liste og for eventuelle kommunale legeoppgaver.

Gjennom den individuelle fastlegeavtalen, skal kommunen sikre befolkningen et tilbud om fastlege og tilgjengelighet til denne tjenesten. Kommunen må samtidig sikre ivaretagelse av andre legeoppgaver som kommunen har behov for at fastlegene skal ivareta. De individuelle avtalene er, i kombinasjon med det lokale samarbeidsutvalget (LSU), kommunens viktigste styringsverktøy for å sikre ivaretagelse av lovpålagte kommunale oppgaver. I henhold til fastlegeforskriften og rammeavtalen kan kommunen stille en rekke vilkår for inngåelse av fastlegeavtale.

4.4.5 Kollektivavtalen – avtale mellom Helsedirektoratet og Den norske legeforening

Partene i kollektivavtalen er Legeforeningen og Helsedirektoratet. Avtalen gjelder for medlemmer av Legeforeningen som har rett til refusjon etter folketrygdloven § 5-4, og som ikke er utelukket fra denne retten etter § 25-6 om tap av retten til å praktisere for trygdens regning.

Avtalen gjelder den praktiske gjennomføringen av ordningene med direkte oppgjør som følger av folketrygdloven § 22-2, jf. 22-1 og skal bidra til oversiktlige og forutsigbare forhold. Avtalen skal videre blant annet sikre at riktig stønad utbetales direkte til legen uten unødig opphold.

Kollektivavtalen supplerer lov og forskrift vedrørende det økonomiske oppgjøret mellom medlemmer av Legeforeningen og HELFO i de tilfeller legen har inngått avtale om direkte oppgjør for utgifter til legehjelp. Oppgjørsordningen i avtalen er begrenset til godtgjørelse for undersøkelse og behandling i henhold til folketrygdloven §§ 5-1 og 5-4, og gjeldende forskrift.

Kollektivavtalen gjelder for alle medlemmer av Legeforeningen uten individuell tiltredelse av avtalen. Fastleger som ikke er medlem av Legeforeningen må inngå individuell avtale med HELFO, såkalt mønsteravtale for direkte oppgjør. Det følger av kollektivavtalens punkt 2 at også lege som yter øyeblikkelig hjelp har rett til å kreve refusjon etter direkteoppgjørsordning selv om legen ikke har direkteoppgjørsavtale.

Det følger av avtalens punkt 5 at legen som hovedregel skal fremsette refusjonskravet elektronisk over linje. Fra 1. januar 2010 ble dette kravet forskriftsfestet med hjemmel i folketrygdloven § 22-2, se forskrift 15. oktober 2009 nr. 1287. Legen har ansvaret for at de opplysninger som vedkommende gir er korrekte og tilstrekkelige for å kunne ta stilling til refusjonskravet.

I avtalens punkt 7 fremgår det at refusjonskravet skal være i samsvar med gjeldende lover og forskrifter. Dersom HELFO finner at kravet ikke er i samsvar med gjeldende lover og forskrifter, kan ulike virkemidler benyttes. HELFO kan, avhengig av alvorlighetsgrad, gi generell eller spesifikk informasjon, gi pålegg om endret takstbruk, tilbakeholde eller avkorte kravet, eller kreve tilbakebetaling av utbetalt oppgjør.

5 Departementets forslag og vurderinger

5.1 Innledning

Departementets utgangspunkt er at de legetjenester som kommunen besørger er gode, og at fastlegereformen på mange områder har vært vellykket. Dette er en oppfatning de fleste ser ut til å dele, jf. Prop. 91 L (2010-2011). Departementet vil derfor foreslå å videreføre de grunnleggende strukturer fastlegeordningen bygger på. Fastlegereformen var primært en systemreform som innebar en ny måte å organisere allmennlegetjenesten på, og ikke en innholdsreform med sikte på å endre innholdet i allmennlegevirksomhet. Denne revisjonen har hovedfokus på innholdet i tjenesten. I utkastet til revidert fastlegeforskrift er det derfor innarbeidet forslag til en rekke innholdskrav, såkalte kvalitets- og funksjonskrav. Utkastet viderefører og presiserer hovedelementene i gjeldende regelverk, samtidig som forskriften er omstrukturert i forhold til gjeldende forskrift. Det er kommunen som er ansvarlig for fastlegeordningen, men tjenestene leveres i hovedsak av selvstendig næringsdrivende fastleger. Det er derfor viktig med et godt samarbeid mellom kommunen og fastlegene for at kommunen skal lykkes med å tilby sine innbyggere en god allmennlege- og fastlegetjeneste.

I høringsnotatet og lovproposisjonen til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov (Prop. 91 L (2010-2011)) drøftes flere forslag til endringer i fastlegeordningen. Dette er forslag som ikke ble regulert i ny helse- og omsorgstjenestelov, ettersom dette i stor grad var forslag og vurderinger som naturlig hører hjemme i forskrifter hjemlet i ny lov.

I lovproposisjonen varslet departementet at de tar sikte på å samle de sentrale rettigheter og plikter i fastlegeforskriften, samt tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for tjenesten, se pkt. 5.2 og 5.3 for en nærmere omtale. Videre ble det uttalt at fastlegenes listansvar skulle tydeliggjøres, se nærmere omtale under pkt. 5.4. Departementet varslet også at det vil bli arbeidet videre med innholdet i kvalitets- og funksjonskrav som skal kunne stilles til fastlegene, og innføre av en rapporteringsplikt for fastlegene. En nærmere omtale av dette finnes i pkt. 5.5 og 5.6.

I pkt. 5.5 omtales også behovet for bedret tilgjengelighet til øyeblikkelig hjelp for innbyggere på fastlegens liste. En nærmere omtale av fastlegers deltagelse i legevakt følger i pkt. 5.8, mens en utvidelse av kommunens sanksjonsmuligheter overfor fastleger som ikke oppfyller sine plikter omtales i pkt. 5.10. I punktene 5.7 og 5.9 drøftes henholdsvis påleggshjemmelen for annet allmennlegearbeid og forhold knyttet til den individuelle fastlegeavtalen. I pkt. 5.11 redegjøres det nærmere for problemstillinger knyttet til voldelige pasienter på fastlegens liste.

De lovfestede pasientrettighetene i dagens fastlegeordning foreslås videreført i pasient- og brukerrettighetsloven, og i forskrift hjemlet i loven, se pkt. 5.12 for en nærmere omtale.

Bestemmelser som ikke direkte faller inn under temaene som omtales fra pkt. 5.2 til 5.12 omtales kort i pkt. 5.13, herunder en omtale av listelengde.

5.2 Kommunens overordnende ansvar for fastlegeordningen

Departementets vurderinger og forslag

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 førsteledd.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd. Plikten til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester i ny lov er ikke begrenset til å gjelde de deltjenestene som er listet opp i helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunene må selv sørge for en bemanning som tilsier at kommunen kan yte forsvarlige tjenester ut fra lokale forhold og behov. Kommunenes plikt etter bestemmelsen er begrenset oppad mot spesialisthelsetjenesten, og begrenset i forhold til hva som naturlig må anses som det offentliges oppgaver. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby en fastlegeordning, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 4. Endringene i forskriften legger til rette for at kommunene kan følge opp fastlegene tettere og integrere fastlegene bedre i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er også viktig for å lykkes med å utføre mer av helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Begrepet «sørge-for» pålegger kommunen ansvaret for at tjenestene gjøres tilgjengelige (herunder fysisk tilgjengelige) for de som har rett til å motta tjenester og at disse tjenestene er forsvarlige. Kommunene skal fortsatt kunne velge om de ønsker å utføre de nødvendige tjenestene selv eller inngå avtale om dette med andre, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd. Kommunene kan imidlertid ikke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for et nødvendig og forsvarlig tilbud. Kommunenes frihet til å inngå avtaler med private ledsages av et ansvar for å følge opp og kontrollere om tjenestene leveres i tråd med avtalen. Kommunene må sørge for gode rutiner knyttet til dette, jf. nedenfor om kvalitetsarbeid. Den enkelte avtale, sett i sammenheng med eventuelle rammeavtaler, vil naturlig nok måtte gi svar på hvilken del av kommunens ansvar som de private mer konkret skal bidra til å oppfylle. Det vises en nærmere omtale av fastlegeavtalen i pkt. 5.10.

Det er kommunen, og ikke den enkelte fastlege, som har det overordnede ansvaret for at innbyggere i kommunen tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale forutsetninger. Dette gjelder uavhengig av om tjenesten utføres av fastleger som er ansatt i kommunen eller av selvstendig næringsdrivende. Fastlegeordningen er, med unntak av egenandeler, et offentlig organisert og offentlig finansiert tjenestetilbud. De tjenestene som fastlegene yter til personer på sin liste på vegne av kommunene, er offentlige allmennlegetjenester på lik linje med øvrige allmennlegetjenester som ytes i kommunene.

Departementet mener en tydeliggjøring av kommunens overordnende ansvar for fastlegeordningen i fastlegeforskriften er viktig av flere årsaker. Det vil sikre at det ikke oppstår uklarheter i forholdet mellom hva som er kommunens ansvar, og hva som er fastlegens ansvar, og hvem som har det overordnede ansvaret. Videre vil det redusere risikoen for at nasjonale fastsatte krav ikke vektlegges i tilstrekkelig grad av

avtalepartene. Det kan også stimulere kommunen til å se fastlegefunksjonen i sammenheng med sitt øvrige tjenestetilbud, og integrere fastlegetjenestene bedre med øvrige helse- og omsorgstjenester. Et eksempel hvor dette er viktig, er i forbindelse med beredskapsarbeid og krisehåndtering, og som grunnlag for samarbeid mellom leger og andre deltjenester. En presisering av ansvaret kan også bidra til en tydeliggjøring av fastlegene, uavhengig av tilknytningsform, som en naturlig del av det helhetlige kommunale helse- og omsorgstjenestetilbudet. En presisering av kommunens overordnede ansvar ble drøftet i høringsnotatet til ny helse- og omsorgstjenestelov. Legeforeningen uttalte i den forbindelse at det er viktig å presisere at det er fastlegen som har det medisinske faglige ansvaret overfor innbyggerne på sin liste. Departementet deler denne oppfatningen og vil derfor understreke at den enkelte fastlege har et selvstendig ansvar overfor sine pasienter for å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, jf. helsepersonelloven § 4. Med andre ord er det ikke slik at kommunens overordnede ansvar for å tilby en forsvarlig allmennlegetjeneste rokker ved fastlegenes ansvar for forsvarlig yrkesutøvelse. Kommunene skal ikke overstyre de medisinske faglige avgjørelsene fastlegene tar i sin daglige praksis.

Plikten til å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester er sentral i helselovgivningen. Kvalitet kan oppfattes som en dimensjon av forsvarlighetskravet. Plikt for enhver som yter helse- og omsorgstjenester til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring, er imidlertid et prosesskrav og ikke et krav til et bestemt nivå av kvalitet. Prosesskravet stiller først og fremst et krav om systematisk styring og ledelse av den aktuelle tjenesten, og tydeliggjør at arbeid for systematisk kvalitetsforbedring er en viktig virksomhetsoppgave.

Det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring vil inngå som en naturlig del av kommunens internkontrollsystem. Metoder og fokus for kvalitetsforbedring er langt på vei de samme som ligger til grunn for internkontrolltenkning og metodikk. En plikt til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring vil derfor ikke stille vesentlige nye krav til kommunen, men innebærer blant annet at det kan føres tilsyn med at styringssystemet ivaretar systematisk arbeid med kvalitetsforbedring.

Kommunene må sørge for at deres fastlegeavtaler med enkeltleger eller legekantor sikrer etterlevelse av nasjonale krav, og påse at nasjonale krav faktisk blir fulgt. Kommunen må gjennom fastlegeavtalen med den enkelte fastlege legge til rette for at de nasjonale kravene kan etterleves, og ha en slik sikring som del av sitt internkontrollsystem. Det innebærer også et krav til kommunene om å ha tilstrekkelig faglig kompetanse for å kunne utøve en forsvarlig ledelse av den kommunale allmennlegetjenesten, herunder fastlegeordningen.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 andre ledd skal helse- og omsorgstjenesten i kommunen ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen. *”Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5”.*

Det vises også til Innst. 424 L (2010-2011) kapittel 2.3.5 der Stortinget understreker at helse- og omsorgstjenestens bidrag i oversiktsarbeidet:

”Komiteen mener det er positivt at helse- og omsorgstjenesten i helse- og omsorgstjenesteloven får et klart ansvar for å bidra i arbeidet med slike gode oversikter i kommunene. Tjenestenes erfaringer, kompetanse og kunnskap er nødvendig for å gi en best mulig oversikt over kommunens utfordringer, samt også grunnlag for bedre kunnskapsbaserte folkehelseiltak.”

I arbeidet med å få nødvendig oversikt over helseutfordringene i kommunen, som grunnlag for folkehelsearbeid og forebyggende tjenester, er det i tillegg til god helsestatistikk avgjørende at oversikten også bygger på erfaringer i helsetjenesten lokalt herunder til fastlegene, slik det er lagt til grunn i Prop. 90 L (2010-2010) side 105 og Prop. 91 L (2010-2010) side 227.

Ofte vil kunnskap fra helse- og omsorgstjenesten være av mer kvalitativ art, gi bedre dypere forståelse av utfordringene, og bringe inn andre forhold enn det en kan lese ut fra statistikk, registre mv. På bakgrunn av møte med pasienter og brukere får tjenestene et godt innblikk i utfordringsbilde og forbedringsbehov når det gjelder forebyggende og helsefremmende tiltak. Et eksempel kan være at helse- og omsorgstjenester som møter barn og unge erfarer at sosial isolasjon eller økt mobbing i skolen fører til psykiske lidelser hos denne gruppen. Den utviklingen helsepersonell avdekker i sitt arbeid bør være med å danne premisser for folkehelsearbeidet i kommunen slik at forebyggbare problemer ikke oppstår eller reduseres. Det følger generelt av legenes aktsomhetsplikt å være oppmerksom på forhold som kan forårsake sykdom og plage og søke å forebygge. Der forholdet for at sykdom oppstår er i det miljøet eller samfunnsforholdet som pasienten befinner seg i, vil det kunne medføre et ansvar å gjøre oppmerksom om dette til kommunen på egnet måte. Forsvarlige tjenester innebærer også å bidra til at tiltak blir iverksatt på mest effektive nivå i utvikling av sykdom, jf. Prop. 91 L side 223. Hva som er egnet måte kan avhenge av type problem og alvorlighetsgrad, fra umiddelbar melding ved akutte forhold som ved smittevernsituasjoner, til refleksjoner over utviklingstrender som blir observert.

Hvordan kommunen konkret inkluderer fastlegene i dette arbeidet vil variere ut fra lokale behov og arbeidsformer, og kommune må sørge for å avtale med fastlegene et opplegg som passer lokalt. Aktuelle måter man kan bringe inn fastlegenes kunnskap på, er for eksempel deltakelse på møter der tema er å få oversikt over helsetilstand i kommunen, kommentere eller supplere på utarbeidede dokumenter, fylle ut spørreskjema eller liknende. Tidsintervaller for integrering av fastlegene i oversiktsarbeidet vil også kunne variere, men et minimum vil være en involvering i forbindelse med utformingen av det skriftlige dokumentet som etter forslaget til forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal utarbeides hvert fjerde år. I tillegg kommer den generelle overvåking fastlegene gjør, for eksempel som del av smittevernet. Å ikke innhente synspunkter om kommunens helseutfordringer fra allmennlegene, som er de med nærmest daglig kontakt med befolkningens helseproblemer, vil kunne medføre at vesentlige utfordringer ikke synliggjøres eller vektlegges i arbeidet med forebygging og folkehelsearbeid.

I utkast til revidert forskrift foreslår departementet enkelte presiseringer av gjeldende rett som er ment å øke kommunens eierskap til fastlegeordningen, på samme måte som kommunen har eierskap til øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. I utkastet blir kommunens plikter presisert i egne bestemmelser, og bestemmelsene samles i et eget kapittel innledningsvis. Departementet foreslår videre å presisere kommunens overordnede ansvar for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid og oppfølgingen av kravene til internkontroll. Kommunens ansvar gjelder uavhengig av om fastlegen er ansatt eller er selvstendig næringsdrivende, jf. utkast til forskrift § 2.

I utkast til ny § 3 presiseres kommunens ansvar som følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Begrepet allmennlegetjenester er ikke brukt i ny lov, men følger likevel implisitt av § 3-2 første ledd nr. 4. For å kunne tilby forsvarlig utredning, diagnostisering og behandling må kommunene blant annet tilby en allmennlegetjeneste. Forslaget er også ment å presisere at kommunen ikke oppfyller sitt ansvar etter loven kun ved å organisere en fastlegeordning. Ansvaret for å tilby nødvendige allmennlegetjenester omfatter også de som ikke står på liste hos en fastlege kommunen har avtale med. Det kan være personer som har fastlege i en annen kommune, personer som ikke ønsker å delta i fastlegeordningen eller personer som ikke har rett til å stå på en fastlegeliste.

Forslaget til § 4 er en delvis ny bestemmelse. Det er en presisering av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende fastlegeforskrift § 11 første punktum, første leddsetning. Det fremgår av bestemmelse at kommunen *”skal tilrettelegge [for] fastlegeordningen”*. Denne formuleringen kan bidra til en uønsket utydelighet om hvem som har det overordnede ansvaret for fastlegeordningen i kommunen. Departementet ser et behov for at kommunens ansvar i forhold til en forsvarlig fastlegeordning kommer tydeligere til uttrykk i fastlegeforskriften. Fastlegeforskriften § 11 første punktum andre leddsetning og andre punktum videreføres. Departementet viderefører ikke § 11 siste punktum. Dette medfører ingen endring i forhold til fastlegers driftsform. Kommunen står fortsatt fritt til å organisere sitt fastlegetilbud gjennom avtaler med private næringsdrivende fastleger, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd. Departementet ser ikke et behov for å videreføre en understrekning av at fastleger i hovedsak skal være selvstendig næringsdrivende. Det er opp til kommunen å avgjør hvorvidt man ønsker en fastlege som er fast ansatt eller som er selvstendig næringsdrivende.

Departementet viser her også til flertallsmerknaden fra Innst. 422 S (2010-2011):

”Komiteen mener at det er riktig å se videre på ordningen med å ansette fastleger med fast lønn, og om den skal utvides ytterligere. Dette kan være en fornuftig løsning i kommuner med rekrutteringsproblemer og kan bety lettere rekruttering av yngre leger med familier.”

For en nærmere omtale av kommunens plikter i forhold til personer som utgjør en sikkerhetsrisiko, jf. § 5, vises det til pkt. 5.11 nedenfor.

Et overordnet ansvar betyr også ansvar for å informere om ordningen. Kommunens plikter kommer ikke til uttrykk i gjeldende fastlegeforskrift, og § 6 i revidert utkast til forskriften er delvis en forskriftsfesting av kommunens plikter etter rammeavtalens punkt 7.1 og 7.2.

Samtidig er det en presisering av kommunens veiledningsplikt etter forvaltningsloven § 11. HELFO drifter listesystemet på vegne av kommunen og er den instans som sørger for nødvendig informasjon til innbyggerne både om hvordan systemet fungerer og om endringer og rettigheter f eks som følge av listereduksjon eller av at innbyggeren flytter. Forslag til ny bestemmelse røkker ikke ved oppgavefordelingen mellom kommunen og HELFO. Kravet til kommunen om å gi informasjon om ordningen til brukerne løftes inn i forskriften, fordi det er en sentral forutsetning for en godt fungerende fastlegeordning. Det må også kunne forventes av kommunen at de holder sine fastleger løpende informert om forhold av betydning for dem, som for eksempel om rekrutteringsvansker/ledige hjemler. Det er en forutsetning for et godt samarbeid at partene holder hverandre gjensidig informert.

Bestemmelsen om kommunens overordnede ansvar for kvaliteten i de tjenester som ytes er ny i utkastet til revidert fastlegeforskrift, jf. forslag til § 7. Bestemmelsen er samtidig en videreføring av gjeldende rett og en presisering av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2. Bestemmelsen skal tydeliggjøre kommunens ansvar for kvaliteten i tjenesten, samt presisere kommunens ansvar for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring. Kommunen kan ikke organisere seg bort fra ansvaret for kvalitet i de kommunale tjenestene, ved for eksempel å inngå kontrakter med selvstendig næringsdrivende leger.

Det er forventet at fastleger skal samarbeide med kommunen og den øvrige helse- og omsorgssektoren i kommunen/fylkeskommunen og i spesialisthelsetjenesten. Et slikt samarbeid er påkrevet for at man skal være i stand til å gi pasienter, brukere og befolkningen generelt en best mulig helse- og omsorgstjeneste. Innspill til høringsnotatet til ny helse- og omsorgstjenestelov kan tyde på at dette samarbeidet byr på utfordringer. Det er derfor viktig at kommunen legger til rette for at et slikt samarbeid kan finne sted. Det vises også til kommunens overordnede systemansvar, jf. utkast til §§ 3 og 4. Forslag til § 8 i utkastet til revidert forskrift er en presisering av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, som igjen er en videreføring av bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven. Bestemmelsen tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen, også når det gjelder fastlegens samarbeid med den øvrige helse- og omsorgssektoren.

Forslag til § 9 i utkast til revidert forskrift er en videreføring av gjeldende forskrifts § 10, og omtaler selvstendig næringsdrivende inntektsgrunnlag.

I følge § 32 fjerde ledd i utkastet til revidert forskrift presiseres det at kommunen bør ta inn en beskrivelse av hvordan fastlegen skal bidra inn i kommunens folkehelsearbeid.

5.3 Samle sentrale bestemmelser for kommunene og fastlegene i forskriften

Departementets vurderinger og forslag

Fastlegeordningen er regulert på mange ulike nivåer. Dels følger organiseringen direkte av loven, dels av forskriften og merknader til forskriften og dels av gruppe- og individuelle avtaler mellom ulike parter. Omtalen av gjeldende rett i fastlegeordningen under kapittel 4 viser etter departementets oppfatning at det er svært vanskelig å ha en samlet oversikt over de ulike reguleringer som gjelder for fastlegeordningen. Videre skaper reguleringsformen lite rom for koordinert endring fra myndighetenes side. En samling av sentrale elementer i

forskrift gir mulighet for en mer enhetlig regulering av fastlegeordningen. Samtidig er en forskrift mer tilgjengelig enn ulike avtaler, både for den enkelte fastlege, kommunene og for innbyggerne.

Forslagene til å forskriftsfeste ulike bestemmelser må også ses i sammenheng med en tydeliggjøring av kommunens overordnende ansvar for fastlegeordningen, jf. pkt. 5.2. Flere forslag til å løfte bestemmelser opp i forskriften er ment å tydeliggjøre kommunenes ansvar, og å gi kommuner bedre muligheter for ta et helhetlig ansvar for fastlegetjenesten.

I gjeldende fastlegeforskrift § 12 andre ledd følger det at flere av de sentrale elementene ved fastlegeordningen kan utfylles gjennom sentral avtale. Det følger av helse- og omsorgstjeneste loven § 3-1 femte ledd at kommunen fortsatt kan velge å yte pålagte tjenester selv, eller inngå avtaler med private eller med andre offentlige tjenesteytere. Så lenge kommuner benytter seg av muligheten til å inngå avtaler med selvstendig næringsdrivende leger om å være fastleger vil sider av fastlegeordningen forbli avtaleregulert. Departementet har ikke til hensikt å forskriftsfeste de sidene av ordningen som naturlig bør reguleres i avtale mellom kommunen og fastlegen. Viktige avveininger i så måte er kommuners behov for å kunne tilpasse ordningen lokale behov, kommuners behov for styring med fastlegeordningen og pasienters rett til forsvarlig helsehjelp uavhengig av bosted. Fastlegen sitt behov for å kunne påvirke egen arbeidshverdag er også en viktig avveining i så måte. I tillegg vil oppnåelse av nasjonale helsepolitiske mål være en viktig rettesnor for hva som etter departements mening bør være forskriftsregulert.

Statsavtalen regulerer enkelte sider ved fastlegeordningen som departementet mener bør være regulert i fastlegeforskriften. Dette gjelder særlig krav til IKT-systemer hos fastlegen. Gode IKT-verktøy er sentrale virkemidler for å kunne oppnå flere av de krav til funksjon og kvalitet som stilles til fastlegen og kommunen. Gode IKT-verktøy vil videre være viktig for å nå målene om økt samhandling og gode pasientforløp. Departementet mener derfor at minimumskrav til IKT-systemer hos fastlegen bør fremgå av fastlegeforskriften. Videre inneholder statsavtalen bestemmelser om tilgang til og åpning av lukkede lister, samt bestemmelser om å holde familier samlet ved reduksjon av lister. Av hensyn til allmenn tilgjengelighet mener departementet at dette er bestemmelser som bør følge av enten fastlegeforskriften, eller forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen. Se forslag til §§ 29, 37 og § 5 i forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen. I forslag til § 38 foreslår departementet å ta inn bestemmelsen fra statsavtalen om å holde husstander samlet ved reduksjon av listetaket.

I tillegg til å forskriftsfeste sentrale avtale elementer foreslår departementet å ta sentrale merknader til bestemmelser i forskriftene inn i selve forskriften. Det vises særlig til redegjørelsen under pkt. 5.4 om listeansvaret og pkt. 5.7 om øvrige plikter.

I pkt. 5.2. redegjøres det for hvorfor kommunens oppgaver knyttet til informasjon bør tydeliggjøres. Dette er forhold som ikke er omtalt i gjeldende fastlegeforskrift, men som er regulert i rammeavtalens pkt. 7.1 og 7.2. Det vises til forslag til § 6.

Videre er forhold knyttet til personer som utgjør en sikkerhetsrisiko foreslått tatt inn i forskriften. Gjeldende fastlegeforskrift har ingen bestemmelser om dette, og departementet mener problemstillinger vedrørende personer som utgjør en sikkerhetsrisiko bør forskriftsfestes, se forslag til §§ 5 og 16. Det vises til pkt. 5.11. for en nærmere redegjørelse.

Videre foreslår departementet å forskriftsfeste hvor mange timer kommunen kan tilplikte den enkelte fastlege å arbeide hver uke med andre oppgaver enn det som følger av listeansvaret. Timeantallet følger ikke av gjeldende fastlegeforskrift, men av rammeavtalens pkt. 12.1. Timeantallet foreslås ikke økt fra dagens 7,5 timer. Se pkt. 5.7.

I utkastet til revidert forskrift foreslår departementet også å ta inn bestemmelser om fastlegers deltagelse i en vikarordning og i fritak fra deltagelse i kommunal/interkommunal legevakt. Dette er ikke nærmere regulert i gjeldende fastlegeforskrift, men nærmere omtalt i rammeavtalens pkt. 13.2 flg. og pkt. 14. Fritaksreglene for deltagelse i legevakt følger av sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening pkt. 7. Departementet mener dette er sentrale sider ved den kommunale allmennlegetjenesten som bør være regulert i forskriften, jf. forslag til § 13. En nærmere redegjørelse følger i pkt. 5.7 og 5.8 nedenfor.

Departementet ser det også som riktig og viktig å forskriftsfeste bestemmelser om oppsigelse av fastlegeavtalen. I utkastet til revidert forskrift foreslår departementet å forskriftsfeste store deler av rammeavtalens pkt. 15.

5.4 Fastlegens listeansvar generelt

Departementets vurderinger og forslag

Fastlegeordningen ble innført i 2002, og fastlegene har siden da hatt et ansvar for å tilby allmennlegetjenester til en definert gruppe personer oppført på fastlegens liste.

Listesystemet ble etablert for at alle innbyggere skulle ha rett til å være tilknyttet én fastlege som har god kjennskap til personene på sin liste og derved kan sikre gode, kontinuerlige kurative og forebyggende allmennlegetjenester. Finansieringsmodellen la til grunn (gjennom en 30 % per capita-finansiering) at antall personer på fastlegens liste influerer på fastlegens arbeidsbelastning utover selve konsultasjonene.

Fastlegeordningen skal ivareta en vesentlig del av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester overfor egne innbyggere, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Ett av hovedformålene med revisjon av fastlegeforskriften er å tydeliggjøre hvilke oppgaver fastlegene skal utføre som del av listeansvaret. Departementet foreslår å gjøre dette hovedsakelig gjennom å presisere listeansvaret i henhold til nasjonale helsepolitiske krav og prioriteringer.

I gjeldende fastlegeforskrift § 7 heter det at fastlegen ”skal ha ansvaret for allmennlegetilbudet til personer på sin liste”. Revisjonen av forskriften har til hensikt å presisere hvilke oppgaver som ligger henholdsvis innenfor og utenfor dette listeansvaret.

I dagens forskrift er dette delvis kommentert i merknaden til § 7. Det fremkommer blant annet at fastlegen skal dekke behovet for allmennlegetjenester på dagtid for de pasienter som står på listen, det skal være mulig å få legetime innen rimelig tid, samt at fastlegen har ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Videre fremkommer det at listeinnbyggerne skal *”få utskrevet helseattester og få legeopplysninger ved søknad om helse-, trygde- og sosialtjenester”*.

Av flere årsaker er det uheldig at innholdet i listeansvaret i dag hovedsakelig er beskrevet i merknad til fastlegeforskriften § 7 og i avtaleverket. Merknader til forskriftsbestemmelser har en uavklart rolle som rettskilde. Det bør være offentlige myndigheters oppgave å definere hva som er fastlegenes oppgaver og plikter, ut fra nasjonale helsepolitiske prioriteringer. Departementet mener derfor listeansvaret må presiseres i selve forskriften og ikke i merknader eller i avtaleverket.

I den reviderte forskriften vil departementet tydeliggjøre fastlegens populasjonsansvar overfor personene på egen liste. Fastlegeordningen innebærer en forventning om at fastlegene skal skaffe seg oversikt over sykdom, skade og sosiale problemer hos personene på listen og bruke dette aktivt for å bidra til gode helse- og omsorgstjenester for listeinnbyggerne. Forslag til § 10 angir innholdet i listeansvaret, men tjenestene skal også ytes i forhold til krav om forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, jf. helse- og omsorgslovens §§ 4-1 og 4-2. Kvalitets- og funksjonskravene er ytterligere utdypet og presisert i revidert forskrift, pkt. 5.5 nedenfor.

Innholdet i listeansvaret videreføres på dagens nivå slik det er innfortolket. Departementet mener at denne forståelsen bør presiseres i forskriften. En av hensiktene med innføringen av fastlegeordningen var å bedre ivareta alle innbyggernes behov for allmennlegetjenester. Dette kjerneelementet videreføres i revidert forskrift, og listeansvaret dekker således alle allmennlegeoppgaver innen somatisk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen. Når listeansvaret skal presiseres i forskriften bør det videre fremgå at ansvaret også inkluderer planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling, herunder planlegging og koordinering av medisinske rehabiliterings- og habiliteringstjenester. Medisinske rehabiliterings- og habiliteringstjenester har ikke tidligere vært nevnt eksplisitt i fastlegeforskriften, men faller imidlertid inn under definisjonen av listeansvaret i gjeldende forskrift. Det er derfor riktig å presisere også denne oppgaven i forslag til revidert forskrift. Det vises også til en nærmere omtale om medisinskfaglig koordinering nedenfor under pkt. 5.5.6. Departementet foreslår at listeinnbyggernes fortsatt skal få utskrevet helseattester ved behov og få legeopplysninger ved søknad om helse-, trygde- og sosialtjenester av fastlegen. Denne delen av merknaden til gjeldende § 7 foreslås videreført i § 10 fjerde ledd. Fastlegens plikt gjelder blant annet i forhold til alle typer stønader etter folketrygdloven og helse- og omsorgstjenesteloven, der legeopplysninger er påkrevd.

I utkastet til § 10 første ledd er det videre åpnet for at det kan gjøres unntak fra det generelle listeansvaret i lov eller forskrift. I pkt. 5.7 nedenfor redegjøres det nærmere for hvilke allmennlegetjenester departementet foreslår å forskriftsfeste at holdes utenfor listeansvaret.

Kommunene vil også kunne stille egne kvalitets- og funksjonskrav til sine fastleger. Den enkelte kommune må i slike tilfeller avklare konkret hva som skal inngå i fastlegenes listeansvar, og hvilke eventuelle tilleggskrav som stilles, i de individuelle avtalene. Dette fordrer at kommunen kommer til enighet med fastlegen.

Det vises til pkt. 5.8 og 5.5.9 nedenfor for en nærmere omtale av fastlegens ansvar for øyeblikkelig hjelp til egne listeinnbyggere på dagtid.

Departementets forslag til innholdet i listeansvaret fremgår av utkastets § 10. Forslaget er langt på vei en presisering av gjeldende rett, jf. gjeldende fastlegeforskrift § 7 med merknader. I forslaget gjøres alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen til en del av listeansvaret. Videre er det foreslått presisert at listeansvaret omfatter planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse, behandling og medisinske rehabiliterings- og habiliteringstjenester.

For å få det totale bildet av hva listeansvaret innebærer, må § 10 ses i sammenheng med foreslåtte bestemmelser i forskriften §§ 17 til 30, se pkt. 5.5.

Departementet foreslår også å videreføre bestemmelsen om fastlegens listeansvar ved fellesliste, jf. § 11.

5.5 Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav

5.5.1 Innledning

Dagens fastlegeforskrift inneholder hovedsakelig organisatoriske bestemmelser knyttet til fastlegeordningen, og inneholder få bestemmelser som tydeliggjør kvalitetskrav i det tjenestetilbudet befolkningen mottar. Fastlegeordningen er et offentlig organisert, og i betydelig grad offentlig finansiert tjenestetilbud. For å oppnå målsetningen om et likeverdig helsetjenestetilbud til befolkningen uavhengig av bosted, vil departementet foreslå å stille krav til det kvalitetsmessige og funksjonelle innholdet i fastlegetilbudet i tråd med føringer som er lagt til grunn i samhandlingsmeldingen og av flertallet i Stortinget i innstillingen til meldingen, jf. Innst. 212 S (2009-2010). For å sikre informasjon om innhold i og kvalitet på tjenestene som ytes, vil departementet også foreslå å stille krav om rapportering.

Tydeliggjøring av funksjons- og kvalitetskrav vil både være et nasjonalt virkemiddel for å sikre likeverdige, rettferdig fordelte helse- og omsorgstjenester og samtidig legge til rette for bedre kommunal styring av fastlegeordningen.

Helse- og omsorgstjenester skal alltid være forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Kravet innebærer en overordnet plikt til systematisk styring av virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten, plikter for utøvende personell om forsvarlig yrkesutøvelse og et kvalitativt og kvantitativt krav til de tjenestene som ytes til den enkelte pasient eller bruker. Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet

endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

I utkast til revidert forskrift kapittel 4 foreslår departementet en rekke bestemmelser om funksjon og kvalitet i fastlegeordningen som operasjonaliserer ulike sider av forsvarlighetskravet. Se for øvrig pkt. 5.2 om kommunens overordnede ansvar for kvalitet og forsvarlighet i kommunale helsetjenester og omsorgstjenester.

5.5.2 Krav til kvalitet § 17

Fastlegenes virksomhet skal ytes i tråd med krav som fremgår av lov og forskrift, herunder lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen og gjeldende forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten. Departementet mener likevel det er hensiktsmessig å presisere nærmere krav til kvalitet i fastlegeforskriften.

Forskriften forutsetter at nasjonale faglige retningslinjer er kjent, og at disse legges til grunn for den helsehjelp pasienter og brukere tilbys. Samtidig skal fastlegen bruke sitt faglige skjønn og ta tilstrekkelig hensyn til egenskaper ved pasienten, dennes situasjon og dennes ønsker i møtet med den enkelte pasient.

Å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid er et nytt krav i ny helse- og omsorgstjenestelov. Slik arbeid er nødvendig for å redusere risiko for uønskede hendelser. Tiltak for å redusere risiko følger også av forskrift om internkontroll. Kunnskap viser at et viktig tiltak for å redusere risiko for feil, er at pasienten får skriftlig informasjon om behandling og oppfølging. Departementet foreslår derfor i § 17 at:

”Fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap. Nasjonale faglige retningslinjer skal legges til grunn for fastlegens praksis der slike finnes.

Fastlegen skal i sin virksomhet tilstrebe å redusere risiko for uønskede hendelser. Dette innebærer blant annet at viktig informasjon om behandling og oppfølging bør gis skriftlig til pasienten.”

5.5.3 Brukermedvirkning § 18

Internkontrollforskriften fastslår at virksomheter som omfattes av helselovgivningen skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten, jf. § 4. Selv om dagens fastlegeforskrift ikke angir krav til brukermedvirkning, er denne presiseringen i revidert forskrift ikke et nytt krav til fastlegen, men kun en presisering av bestemmelser som allerede har ligget i regelverket.

Departementet vektlegger at brukernes erfaringer skal tillegges stor vekt ved utforming av helsetjenestene. Helse- og omsorgsloven stiller krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Brukeropplevd kvalitet bør være en av flere pilarer for å videreutvikle en primærhelsetjeneste med god kvalitet. Departementet vil derfor stille krav om at fastlegene skal ha et system for å innhente brukererfaringer regelmessig og bruke resultatene i sitt arbeid med å forbedre virksomheten. Å ha et system vil innebære krav om systematikk i dette arbeidet, både i innhenting, sammenfatting og bruk av resultatene. Det vises til merknad

til forskriften. Nærmere beskrivelse kan skje i veileder til forskriften. Departementet foreslår derfor følgende krav i § 18:

”Fastlegene skal ha et system for å innhente bruker- og pårøndererfaringer regelmessig og bruke resultatene i sitt arbeid med å forbedre virksomheten.”

5.5.4 Oversikt over listeinnbyggerne § 19

Etableringen av et listesystem legger til rette for at fastlegene kan ta et helhetlig ansvar for å yte behandling og forebygging til innbyggerne på listen i tråd med bestemmelsene i helse- og omsorgsloven. Hvor aktiv en fastlege skal være for å avdekke helse- og omsorgstjenestebehov hos brukerne er både et verdimeslig og politisk spørsmål. Ett ytterpunkt er kun å respondere på pasientenes etterspørsel, slik den gir seg til uttrykk ved kontakt på telefon og oppmøte/timebestilling. Et annet ytterpunkt er å kalle inn pasienter der fastlegen har opplysninger om medisinske, adferdsmessige eller sosiale risikofaktorer. I dag forventes fastlegene i hovedsak å respondere på pasientenes (eller pårørendes) etterspørsel. Departementet mener dette medfører at det er de som etterspør fastlegenes tjenester mest som også får mest tjenester, og ikke nødvendigvis pasienter med størst behov. Både pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, samt eldre pasienter med kroniske og sammensatte lidelser, er grupper som blant annet på grunn av sin sykdom kan etterspørre tjenestene mindre enn det medisinske behovet tilsier. Det er også indikasjoner på at etterspørsel etter tjenester øker med sosioøkonomisk status. Dette bidrar til sosial ulikhet i helse. Departementet mener derfor at det er behov for at fastlegene opptrer mer proaktivt. En mer proaktiv tilnærming fra fastlegene er også nødvendig for å oppnå målsettingene i samhandlingsreformen om mer forebygging og tidligere innsats og intervensjon, samt tettere oppfølging av pasienter med kroniske tilstander for å forebygge forverring av tilstanden og sykehusinnleggelse. Dette fordrer at fastlegene har oversikt over både tjenestebehov og legemiddelbruk og de faktiske tjenester listeinnbyggerne mottar i kommune- og spesialisthelsetjenesten. I dette ligger også at fastlegene har oversikt over innbyggere på listen som benytter seg av tjenestetilbudet i vesentlig mindre grad enn personenes medisinske behov tilsier, innbyggere som på fast eller langvarig basis er forhindret fra å kunne få dekket sine behov for legetjenester gjennom oppmøte i fastlegekontorets lokaler, samt innbyggere på listen med særlig risiko for legemiddelrelaterte problemer.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 stiller krav til et funksjonelt journalsystem som støtter de kvalitetsmessige og funksjonelle krav myndighetene stiller til tjenestene. Det presiseres at journalen juridisk sett omfatter alle opplysninger fastlegen samler om en pasient uavhengig av om denne informasjonen stammer fra opplysninger gitt av pasienten selv, fra undersøkelser av pasienten eller fra informasjon om pasienten fra andre institusjoner innen helse- og omsorgstjenestene eller fra andre relevante tjenestesektorer. Omsorgstjenestene vil være en viktig kilde til informasjon for fastlegene om hvem som har behov for tjenester. Departementet mener at systematisert journalinformasjon skal danne grunnlaget for fastlegens proaktive rolle. Departementet foreslår derfor i § 19 at:

”Fastlegen skal, basert på foreliggende journalinformasjon, ha oversikt over tjenestebehov og legemiddelbruk til innbyggerne på egen liste, og over tjenester disse mottar i kommunens helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten.

Fastlegen skal ha et system for å identifisere innbyggere på listen som:

- a. benytter seg av tjenestetilbudet i vesentlig mindre grad enn personens medisinske behov tilsier,*
- b. har flere kroniske lidelser der tett og koordinert oppfølging er nødvendig,*
- c. på fast eller langvarig basis er fysisk forhindret fra å kunne få dekke sine behov for legetjenester gjennom oppmøte i fastlegekontorets lokaler eller*
- d. har særlig risiko for legemiddelrelaterte problemer.”*

5.5.5 Oppsøkende virksomhet § 20

Mer forebygging og tidligere innsats/intervensjon, samt tettere oppfølging av pasienter med kroniske tilstander for å forebygge forverring av tilstanden og sykehusinnleggelse, er sentrale mål i samhandlingsreformen. For å oppnå dette er det blant annet nødvendig at fastlegene er proaktive i sin oppfølging av innbyggerne på egen liste. En proaktiv rolle kan forstås på flere måter. Det kan både være at fastlegene tar opp problemstillinger når pasient og lege møtes i en konsultasjon (eks. ta opp overvekt eller andre risikofaktorer når pasienten oppsøker legen for noe annet), eller at fastlegene følger nøye med kronikere (og andre) sine behov for tjenester og om nødvendig tilbyr konsultasjon eller sykebesøk til pasienter som ikke selv møter opp. En viktig forutsetning for dette er at legen, på bakgrunn av journalopplysninger, har oversikt over egne listeinnbyggers bruk av helse-tjenester i forhold til deres helse og risiko for redusert helsetilstand, jf. pkt. 5.5.4 over.

Det synes å være bred enighet om at fastlegene har ”underforbrukere” på sine lister, dvs. personer på listen som ikke etterspør fastlegenes tjenester, eller gjør dette i for liten grad, sett i forhold til deres behov for legetjenester. Å nå disse personene forutsetter at fastlegene opptrer mer proaktivt og om nødvendig tilbyr disse en time. Det vanskelige spørsmålet er hvor langt en plikt til proaktivitet og oppsøkende virksomhet bør strekke seg. Det innebærer ikke noe nytt at fastlegene tar opp problemstillinger med pasientene når de er på kontoret, også problemstillinger som ligger utenfor det som var pasientens årsak til å søke time. Det vil imidlertid innebære noe nytt å pålegge fastlegene å gi et oppsøkende tilbud. Dette kan skje enten i form av å sende innkalling/tilby time/hjemmebesøk, eller eventuelt også å reise på hjemmebesøk til personer som ikke selv har bedt om dette. Det er i tillegg et spørsmål om fastlegene kun skal gjøre dette ved etablert kronisk lidelse, der man vet det er behov for behandling eller oppfølging, eller om de også skal gjøre dette ved avdekket risiko for sykdom.

Departementet presiserer at fastlegene ikke skal yte tjenester til personer som selv ikke oppfatter at de har et behov for de tjenestene som tilbys eller som ikke ønsker behandling. Departementet mener imidlertid at fastlegene har plikt til å forsikre seg om at pasienter og pårørende har oppfattet og forstått den behovsvurdering som helse- og omsorgstjenestene har gjort.

Videre mener departementet at oppsøkende virksomhet bør forbeholdes tilfeller der pasienten har en påvist lidelse der det ut fra en medisinsk vurdering er behov for behandling eller oppfølging. Dette er ikke til hinder for at fastlegene, når risiko for sykdom avdekkes i møte med pasienter, følger opp dette gjennom påfølgende konsultasjoner. Det vises til forslag til § 22. På denne bakgrunn foreslås i forskriftsutkastet § 20 at:

”Fastlege som har eller mottar journalinformasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon eller hjemmebesøk. Dette gjelder kun i tilfeller hvor pasienten har en påvist lidelse der det fra en medisinsk vurdering er behov for behandling eller oppfølging.”

5.5.6 Medisinskfaglig koordinering og samarbeid § 21

Ifølge merknaden til gjeldende fastlegeforskrift § 7 skal fastlegen planlegge og koordinere individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling for innbyggere på sin liste. Som omtalt i høringsnotatet til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, har det vært uklart hvor langt dette ansvaret strekker seg. I forbindelse med at det ble gjennomført en evaluering av fastlegeordningen etter to og et halvt år, ble det foretatt en tolkning av hva som ligger i fastlegens koordineringsansvar etter fastlegeforskriften § 7. I

”Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år” (2004) framgår det:

”Departementet legger til grunn at utgangspunktet for fastlegens planleggings- og koordineringsansvar etter denne bestemmelsen vil være at det forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling er knyttet til det medisinske hjelpebehov pasienten har, jf. merknaden til § 7. Fastlegens undersøkelse, diagnose og eventuelle behandling kan avdekke et behov for at legen initierer kontakt, ev. gjennom henvisning, til andre tjenester, enten innen kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Koordineringsansvaret omfatter for eksempel vurdering av behov for henvisning til psykolog, fysioterapeut eller psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og nødvendig medisinsk oppfølging av pasienten etter aktuelt opphold for eksempel i sykehjem, eller etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Fastlegens ansvar for medisinsk oppfølging etter utskrivning fra institusjon for innbyggere som står på vedkommendes liste går nærmere fram av gjeldende fastlegeforskrift § 8. Der det er behov for slik tilrettelegging, plikter institusjonen å kontakte fastlegen på forhånd. Epikrise og andre nødvendige opplysninger sendes fastlegen dersom pasienten gir sitt samtykke til det.

Det vil variere med situasjon hvilken instans i kommunen som er den rette til å koordinere ved behov for koordinering av tjenester. Gjennom tilsynsmyndighetenes landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 ble det for eksempel uttrykt behov for klargjøring av fastlegens rolle ved behov for utarbeiding av individuell plan. (...)

Fastlegeordningen er i hovedsak basert på at pasienten selv eller pårørende henvender seg til fastlegen. Fastlegen har plikt til å initiere at koordinering blir ivaretatt når han eller hun er blitt oppsøkt.”

Ett av de mest sentrale målene med samhandlingsreformen er at pasientene skal få bedre koordinerte tjenester. Departementet ser derfor et behov for å presisere og utdype hva som ligger i fastlegenes medisinskfaglige koordinerende ansvar.

Departementet mener for det første at det er nødvendig å påpeke at fastlegenes medisinskfaglige koordineringsansvar, i tillegg til å dekke individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling, også dekker medisinsk rehabilitering. Dette for å presisere at rehabilitering er en integrert del av et pasientforløp. Rehabiliteringsdelen er ofte en del av pasientforløpet der mange aktører deltar, og der god koordinering er spesielt utfordrende. Det vil være vanskelig å sikre helhetlige pasientforløp dersom ikke noen har et ansvar gjennom alle leddene. Departementet mener ansvaret for denne typen medisinskfaglig koordinering bør ligge til fastlegen. Det foreslås derfor at fastlegen skal være pasientens faste kontaktpunkt gjennom hele forløpet. Å være et kontaktpunkt innebærer at det er her pasienten skal ta kontakt dersom han/hun har bekymringer og spørsmål eller annen behov for hjelp i løpet av forløpet, og disse behovene ikke dekkes av andre. Fastlegen vil enten måtte yte tjenester selv, eller veilede eller henvise personen videre i systemet til riktig instans. En del av denne oppfølgingen vil kunne ytes av hjelpepersonell ved fastlegens kontor. Å være kontaktpunkt innebærer ikke at fastlegen har et ansvar for aktivt å følge med på om forløpet følger den plan som er lagt og er koordinert på en god måte, ved for eksempel å innhente informasjon. Dersom fastlegen imidlertid mottar informasjon om brudd i forløpet fra pasienten, mener departementet at fastlegen bør ha en plikt til å følge opp. Det samme gjelder dersom informasjon tilflyter fastlegen gjennom epikriser eller på annen måte, og fastlegen ser at denne informasjonen har betydning for at pasienten skal kunne motta en forsvarlig tjeneste.

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 rett til individuell plan. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 har kommunen plikt til å tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter denne loven. I tillegg har kommunen etter § 7-3 i helse- og omsorgstjenesteloven plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Fastlegenes koordineringsansvar må ses opp mot disse virkemidlene, blant annet i forhold til å ta initiativ til å utarbeide individuell plan der vilkår for slik plan foreligger

Individuell plan er et viktig virkemiddel for å sikre god koordinering. Flere har et ansvar for å sikre at de med rett til individuell plan får sin rett oppfylt. Det har imidlertid vært et problem at ikke alle med rett til det får en slik plan. Det foreslås derfor å presisere at fastlegene plikter å informere om rettigheter knyttet til individuell plan. Videre at fastlegen ved behov aktivt skal medvirke ved utarbeidelse, revisjon og annen oppfølging av individuell plan for innbyggere på sin liste, herunder delta på tverrfaglige møter. Dagens fortolkning er, som gjengitt tidligere, at fastlegen har plikt til å initiere at

koordinering blir ivaretatt når han eller hun er blitt oppsøkt. Dette gjelder for eksempel initiativ til å utarbeide individuell plan der vilkår for slik plan foreligger.

Roller som koordinator er beskrevet i § 7-2 i ny lov. Der fremgår av bestemmelsen at:

”For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.”

I loven legges det til grunn at ulike aktører kan ha denne rollen, og at det er kommunene som er ansvarlig for at slik person utpekes. Kommunen må, gjennom dialog med blant annet fastlegen, avklare hvem som bør utpekes som koordinator. Det bør blant annet legges vekt på typen tjenester pasienten har behov for. I forskriftsutkastet er fastlegens listeansvar nærmere beskrevet, herunder hva som ligger i fastlegens medisinskfaglige koordineringsansvaret. Etter departementets vurdering faller oppgaven med å være koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester som hovedregel utenfor listeansvarets rammer. Fastlegen vil følgelig i liten grad kunne utpekes som koordinator. Det vil i de fleste tilfeller uansett være behov for dialog og samarbeid mellom fastlegen og koordinatoren for den enkelte pasient/bruker.

Dersom kommunen likevel ønsker at fastlegen skal være koordinator, må dette skje gjennom frivillighet. De fleste fastleger er selvstendig næringsdrivende, og kommunen har ikke anledning til å pålegge disse fastleger oppgaver som ikke følger av lov eller forskrift.

En forutsetning for god koordinering er samarbeid også med andre som yter tjenester til den enkelte pasient. En av de vanligste klagenesom fremmes i forhold til fastlegene, er at de er vanskelige å få tak i og til å delta. Samarbeid og møter med andre vil imidlertid kunne være en forutsetning for å oppfylle øvrige kvalitetskrav som er foreslått i forskriften. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege åpner også for at fastlegen kan kreve honorar fra folketrygden for møter og samarbeid med øvrige tjenesteytere.

Samarbeid krever tid og tilgjengelighet, men ikke alt samarbeid krever langvarig møter. Mange avklaringer kan skje gjennom rask dialog på telefon, dersom aktørene kjenner til hverandre og det er etablert gode rutiner slik at de riktige personene får informasjon og oppnår kontakt med hverandre ved behov. Til tross for at samarbeid går på bekostning av tid til direkte pasientrettet arbeid, mener departementet at fastlegenes plikt til å være tilgjengelig for, og selv ta initiativ til, nødvendig samarbeid om egne listeinnbyggere med andre tjenesteytere, må presiseres. Dette fordi samarbeid er helt nødvendig for bedre kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Dette ansvaret må ses i sammenheng med kommunenes ansvar for å tilrettelegge for samarbeid. Kommunen og andre tjenesteytere må, på sammen måte som fastlegene, bidra til å muliggjøre et samarbeid, jf. utkast til § 8. På denne bakgrunn foreslår departementet i § 21 at:

Fastlegen skal koordinere forebyggende tiltak, undersøkelse, behandling og medisinsk rehabilitering og være pasientens faste kontaktpunkt gjennom hele forløpet.

Fastlegen skal være tilgjengelig for og selv ta initiativ til nødvendig samarbeid om egne listeinnbyggere med andre tjenesteytere, herunder arbeids- og velferdsetaten.

Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om rettigheter knyttet til individuell plan og koordinator i kommunen. Fastlegen skal ved behov aktivt medvirke ved utarbeidelse, revisjon og annen oppfølging av individuell plan for innbyggere på sin liste, herunder delta på tverrfaglige møter.

5.5.7 Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen § 22

Individrettet forebyggende arbeid er allerede i dag en integrert del av fastlegenes tjenester. Dette inngår som nevnt i dagens listeansvar, jf. merknaden til gjeldende fastlegeforskrift § 7. Der fremgår det at fastlegen skal planlegge og koordinere blant annet individrettet forebyggende arbeid. Å styrke det forebyggende arbeidet, og å iverksette tiltak tidlig for å unngå at personer utvikler sykdom eller komplikasjoner til sykdom, er svært sentrale mål i samhandlingsreformen. Fastlegene er i en unik posisjon i forhold til å utøve slikt arbeid, både fordi fastlegene møter de fleste av sine listeinnbyggere i løpet av en gitt tidsperiode, men også fordi faglige råd fra legen i gitte tilfeller har vist å ha god effekt. Fastlegens ansvar for forebyggende arbeidet må imidlertid prioriteres opp mot annet arbeid fastlegene skal utføre, og opp mot effekten av andre forebyggende tiltak og tjenester, samtidig som faren for sykeliggjøring må hensyntas.

Departementet mener fastlegene har en sentral rolle i det individrettede forebyggende arbeidet, og at fastlegene må ha en plikt til å tilby tiltak når risiko for utvikling av sykdom, eller forverring av sykdom, avdekkes. Slik risiko kan avdekkes gjennom konsultasjon med pasienten, som følge av undersøkelser legen initierer på bakgrunn av mistanke eller ved journalinformasjon legen mottar.

Ettersom viktige predisponerende tilstander for alvorlig sykdom, som høyt blodtrykk, høyt serum kolesterol, røyking med mer ikke alltid gir symptomer eller tegn på sykdom, bør legen for eksempel måle blodtrykk, ta blodprøve til bestemmelse av serum kolesterol eller spørre om røykevaner der det er aktuelt for den problemstillingen pasienten kommer for. På den annen side bør legen ikke nødvendigvis ta opp temaet der dette ikke er relevant. For en person som nettopp har vrisket ankelen er det unaturlig å spørre om røykevaner og å måle blodtrykket. Derimot er det naturlig både å spørre både om røykevaner og å foreslå en blodprøve for å måle serumkolesterol, i tillegg til å kontrollere blodtrykket, for personer med kjent hjertesykdom i familien som tidligere har fått målt høyt blodtrykk. Det vil også være naturlig å spørre om fysisk aktivitet eller mangel på sådan. For en pasient som har fått påvist diabetes type 2 er det naturlig å spørre både om familiær opphoping av hjerte/karsykdommer, måle blodtrykk, spørre om røykevaner og oppmuntre til sunt kosthold og fysisk aktivitet. For barn som bringes til legen for pusteproblemer, er det naturlig at foreldrene spørres av legen om deres egne røykevaner. Departementet foreslår derfor i § 22 at:

”Fastlegen skal tilby forebyggende tiltak overfor personer der det avdekkes risiko for utvikling av ny sykdom eller funksjonssvikt eller forverring av etablert sykdom

eller funksjonssvikt. Risikofaktorene skal kartlegges av legen ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen.”

5.5.8 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser § 23

Fastlegeordningen har bedret tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten. Parallelt har befolkningens forventninger til tilgjengelighet økt. I dagens forskrift stilles ikke annet krav enn at listeinnbyggerne skal få time ”innen rimelig tid”. Hva som anses rimelig er ikke presisert nærmere. Av rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen fremgår at legen skal sørge for ”tilfredsstillende” telefontilgjengelighet.

Flere fastlegekontor har i dag innført ordninger med time på dagen. At det er mulig for enkelte legekantor å tilby alle som ønsker time, en time samme dag, tilsier at ventetider ofte har vel så mye med organiseringen av timebøker og arbeid enn kapasitet. Når man samtidig vet at tilgjengelighet verdsettes høyt av innbyggerne, mener departementet at dette er et vesentlig argument for å stille krav til tilgjengeligheten. I mange land stilles det i dag presise krav til tilgjengelighet. I England er det krav om maks 48 timers ventetid for time og i Danmark er kravet at det til vanlig skal tilbys konsultasjon senest 5. hverdag etter bestillingen. Presise krav har den fordel at det kommuniseres entydig hva myndighetene mener er god praksis, og at det er lett å avgjøre om kravet oppfylles. Ulempen er at det reduserer fastlegene rom for å prioritere, og at hva som er faglig forsvarlig praksis, medisinsk sett, med hensyn til ventetid (særlig i forhold til time), vil variere avhengig av hvorfor legetime ønskes. Det er imidlertid sannsynlig at pasienter ikke vil oppleve lange ventetider som god kvalitet, selv om dette i gitte tilfeller medisinsk sett er forsvarlig praksis. I tillegg til de ovennevnte prioriteringsutfordringene ser departementet enkelte praktiske utfordringer knyttet til en bestemmelse som gir pasienter rett på time innen 48 timer. En slik bestemmelse stiller blant annet større krav til fleksibilitet i forhold til avtaleboken og et tettere samarbeid med andre fastleger.

Departementet mener det er viktig at fastlegen også skal bli mer tilgjengelig via elektroniske kanaler, så som e-post og SMS. Det kan imidlertid være utfordringer knyttet til informasjonssikkerhet ved kommunikasjon over elektroniske kanaler i tillegg til andre faglige innvendinger mot å rådgi uten å være i kontakt med pasienten. Hvilke tjenester fastlegen ønsker å tilby elektroniske bør til en viss grad være valgfri, men må selvfølgelig være faglig forsvarlig. Departementet er imidlertid kjent med at det er utviklet ulike løsninger for å kunne være tilgjengelig via sms og e-post for bestilling av time. Denne typen tilgjengelighet vil ikke skape de samme problemene som annen type elektronisk tilgjengelighet til legetjenester. Erfaringer viser at det å legge til rette for bestilling av time på e-post eller sms både øker tilfredsheten hos brukerne og effektiviserer arbeidet for fastlegen og hjelpepersonalet. Det å kunne motta henvendelser på denne måten innebærer at det må være et system som sikrer at henvendelsene fanges opp på samme måte som andre henvendelser. Det vil si at de samme krav til ventetid for time må gjelde uavhengig av hvordan en timebestilling mottas.

Departementet velger i denne høringen å foreslå to ulike alternativer til bestemmelsen om tilgjengelighet, jf. utkast til § 23, og ber høringsinstansene spesielt om å komme med synspunkter på hvilken modell som foretrekkes.

Alternativ 1

”Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser kan besvares innen 2 minutter. Pasienten skal som hovedregel få tilbud om konsultasjon senest innen 2. arbeidsdag etter bestilling.

Fastlegen skal kunne motta timebestilling på sms og e-post.”

Alternativ 2

”Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser kan besvares innen 2 minutter. Pasienten skal som hovedregel få tilbud om konsultasjon senest innen 5 hverdager etter bestilling.

Fastlegen skal kunne motta timebestilling på sms og e-post.”

5.5.9 Tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid § 24

Fastlegens ansvar for øyeblikkelig hjelp til personer på sin liste i kontortiden kommer i tillegg til kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven til å ha et system som sikrer ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Fastlegens plikt er foreslått regulert i § 10 i utkast til revidert forskrift. Fastlegen vil i større grad enn andre pliktige tilbydere av øyeblikkelig hjelp ha kjennskap til egne listeinnbyggere. En plikt for fastlegene til å tilby øyeblikkelig hjelp i åpningstiden vil øke pasientsikkerheten. I tillegg vil en plikt for fastlegene avlaste den kommunale plikten til å yte øyeblikkelig hjelp.

Departementet er kjent med at mange henvendelser til legevakt ikke nødvendigvis er av en type som trenger øyeblikkelig hjelp (rød respons). Undersøkelser viser at mange som henvender seg til legevakt medisinsk sett ville fått en tilfredsstillende behandling dersom de fikk time hos fastlegen senest neste dag (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin 2009 - Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt). Et system for at legevakter kan anmode fastleger om å ta imot egne listeinnbyggere samme dag som melding mottas fra legevakt, som vil være dagen etter at legevakten ble kontaktet, vil avlaste den akuttmedisinske kjeden som helhet. Samtidig vil dette øke kvaliteten i tjenesten, da pasienter møter en lege som kjenner pasienten og som har tilgang på journaldata. Departementet mener derfor at fastlegen må ha et system som gjør det mulig å motta melding fra legevakt om egne pasienter som har behov for time, og tilby konsultasjon samme dag som melding mottas. Partene bør avtale lokalt hvordan dialogen og samhandlingen mellom legevakten og legekantoret skal være. En mulighet er at legevakten disponerer noen timer hos fastlegene.

På denne bakgrunn foreslår departementet i § 24 at:

”Fastlegen skal tilby helsehjelp samme dag innen avtalt åpningstid til listeinnbyggere ved øyeblikkelig hjelp og dersom det medisinske behovet tilsier det.

Ved anmodning fra legevakt, som skal ha vurdert at det medisinske behovet tilsier det, skal fastlegen være i stand til å gi tilbud om helsehjelp samme virkedag som melding mottas. Dette gjelder så fremt slik melding er mottatt før det klokkeslett som avtales mellom partene.”

5.5.10 Hjemmebesøk § 25

Det er dekning for å si at det å reise på hjemmebesøk har vært ansett som en naturlig del av det å yte allmennlegetjenester, jf. rammeavtalens pkt. 10.1, der sykebesøk ramses opp som en del av de allmennlegetjenester som skal ytes. Dagens fastlegeforskrift omtaler imidlertid ikke denne oppgaven.

Omfanget av hjemmebesøk har de senere årene gått betydelig ned. Dette har sammenheng med at det har vært enighet mellom myndigheter og Legeforeningen om at dette var ønskelig ut fra faglige vurderinger. I mange tilfeller vil en pasient best kunne undersøkes og behandles på et legekantor. I tråd med dette har muligheten for å motta refusjon for hjemmebesøk blitt strammet inn. I dag synes det som denne utviklingen har gått for langt, slik at pasienter som burde fått besøk i hjemmet, ikke mottar dette, og at det er andre forhold enn faglige vurderinger som ligger til grunn for hvem som faktisk mottar hjemmebesøk. Særlig synes det som antallet hjemmebesøk på dagtid (utenom legevakt) er for lavt. En kartlegging av legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon i 2006 viste at responstid for hjemmebesøk etter anmodning fra omsorgstjenesten økte med kommunistørrelsen både for fastleger og legevakt. Jo større kommunene er, jo vanskeligere er det å få fastlegene til å foreta hjemmebesøk, og eventuelt besøk skjer gjerne etter flere dagers ventetid. Omsorgstjenestene velger derfor i mange situasjoner å benytte legevakt (Helsedirektoratet 2006, også gjengitt i St. meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen).

I medhold av forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege har legen krav på takst for sykebesøk, reisetillegg og skyssgodtgjørelse dersom pasienten på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke kan møte frem på behandlingsstedet. I tillegg har legen krav på takst for planlagte sykebesøk til pasienter med kronisk alvorlig sykdom når dette anses nødvendig for å sikre pasienten faglig god oppfølging. Departementet mener at pasienter som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke kan møte frem på behandlingsstedet, også når dette skyldes at fastlegens kontor ikke er universelt utformet, skal få dekket sitt behov for legehjelp ved tilbud om hjemmebesøk. I tillegg bør alle kronisk syke få et tilbud hjemmebesøk når dette anses som faglig riktig og nødvendig for å yte god og forsvarlig helsehjelp. Dette innebærer en utvidelse i forhold til bestemmelsene i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, da det der settes krav om *alvorlig* kronisk sykdom. Departementet mener dette vil være et viktig tiltak for å møte behovene til pasienter som i dag i for liten grad benytter fastlegenes tjenester, på grunn av problemer med å oppsøke legekantoret.

Departementet foreslår derfor i § 25 at:

”Fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til personer på listen som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne er forhindret fra å møte på legekantoret.

Fastlegen skal foreta hjemmebesøk til personer på listen med kronisk sykdom når hensynet til god og forsvarlig helsehjelp tilsier det.”

5.5.11 Henvisningspraksis § 26

Det fremgår av merknader til dagens forskrift at innbyggerne på fastlegenes lister skal få henvisning til andre tjenesteytere ved behov, jf. merknader til § 7. Dette inngår som en del av plikten til å yte nødvendige allmennlegetjenester. Det angis imidlertid ingen krav til kvalitet på disse henvisningene, verken når det gjelder innhold eller når henvisning skrives. På bakgrunn av den store variasjon i henvisningspraksis (Tidskrift for Den norske legeförening 2011 – Truar skilnaden i tilvisningsratar målet om likeverdige helsetjenester), betydningen av gode henvisninger for at pasientens behov skal kunne vurderes, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 og 2-2, samt målet om at behandling skal skje på laveste effektive omsorgsnivå, mener departementet at det er behov for å stille krav til innholdet i henvisningene. Videre mener departementet at det må stilles krav om at fastlegene, gjennom sin henvisningspraksis, understøtter den oppgavefordeling mellom nivåene som fremgår av regelverk og lovpålagte lokale samarbeidsavtaler. Dette betyr at fastlegene må sette seg inn i de lovpålagte, lokale avtalene som inngås. Disse avtalene vil, slik departementet ser det, være et svært viktig verktøy for å oppnå en riktig oppgavefordeling, der lokale forhold hensyntas.

Videre ønsker departementet å presisere at fastlegene skal informere pasienter som henvises til behandling på sykehus om pasientens rett til fritt å velge sykehus for å motta behandling. Fastlegen skal informere om ordningen, og informere om hvor pasienten kan innhente ytterligere informasjon. Det kan ikke forventes at fastlegen skal bistå pasienten med å velge ”rett” sykehus. På denne bakgrunn foreslår departementet i § 26 at:

”Fastlegen skal ved behov henvide listeinnbyggere til spesialisthelsetjenesten og til kommunale helsetjenester. Henvisninger skal understøtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene i tråd med regelverk og lokale avtaler.

Fastlegen skal gi mottaker av henvisningen nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling. Fastlegen skal ved henvisning informere pasienten om retten til fritt sykehusvalg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1, 2-2 og 2-4.”

5.5.12 Legemiddelforskrivning § 27

Å forskrive legemidler er en viktig del av den behandlingen leger yter. Samtidig som legemidler for mange pasienter er livsnødvendige, er legemiddelrelaterte problem og manglende oversikt over pasienters legemiddelbruk hyppig årsak til uheldige hendelser i helsetjenesten. Eksempler på legemiddelrelaterte problem er at pasienten bruker

unødvendig mange legemidler, får for høye eller lave doser eller uheldige kombinasjoner av legemidler. Dette kan ha alvorlige konsekvenser for enkeltpasienter i form av bivirkninger eller dødsfall, og for samfunnet i form av betydelige ekstra kostnader til for eksempel sykefravær, sykehusinnleggelse etc. Vi har flere mindre undersøkelser i Norge, men det er vanskelig å generalisere ut fra de undersøkelsene. Internasjonalt finnes det mye data vedrørende dette. Den nederlandske HARM-studien (NIVEL) fra 2006 viste at 5,6 % av alle sykehusinnleggelse i Nederland skyldtes legemiddelrelaterte problem. Halvparten av disse innleggelsene kunne vært forebygget. Totalt sett hadde nederlenderne 19.000 unngåelige innleggelse pr. år pga. legemiddelrelaterte problem. 6.6 % av alle pasientene med legemiddelrelaterte problem døde (1250 pasienter i året i Nederland). Flere studier viser at det er avvik mellom informasjon om legemiddelbruk hos fastlege, legevakt, hjemmesykepleie og sykehus. Mange pasienter har kontakt med flere forskjellige leger i løpet av et år. Når forskrivende lege ikke har korrekte opplysninger om pasientens totale legemiddelbruk, har legen heller ikke et tilfredsstillende grunnlag for å gi pasienten en best mulig legemiddelbehandling. Ett sentralt tiltak for å sikre god behandling og legemiddelbruk, er å plassere ansvaret for at legemiddellister er oppdatert ett sted. Departementet mener at dette stedet bør være hos fastlegen, ved at dette er å anse som en del av fastlegens ansvar for å koordinere den medisinske behandlingen av egne listeinnbyggere. Et annet viktig tiltak for å redusere risikoen for legemiddelrelaterte problem, er at pasientene og andre eventuelle tjenesteytere, herunder hjemmetjenestene, mottar en oppdatert skriftlig liste over de/(brukern) legemidler de står på hver gang det skjer endringer.

Mange pasienter har flere sykdommer og bruker mange legemidler samtidig. Studier viser at dette øker sjansen for unødvendig bruk, uheldige kombinasjoner og andre legemiddelrelaterte problemer. For å redusere omfanget av slike problemer er det nødvendig med grundig medisinsk utredning, legemiddelgjennomgang, og god oppfølging av pasientene. Ofte er det ulike leger som forskriver legemidler for ulike diagnoser. Det kan være fastlege, legevaktslege, annen spesialist eller leger ved sykehus. Symptomer behandles uten at noen av legene ser helheten eller planlegger aktiv oppfølging.

En legemiddelgjennomgang kan gjennomføres i et samarbeid mellom lege, farmasøyt og eventuelt sykepleier i et tverrfaglig team, som sammen vurderer pasientens totale legemiddelbehandling. Helsepersonellet må ha tilgang til journalopplysninger om pasientens sykehistorie. Teamet skal vurdere legemiddelforskrivning og gjøre endringer dersom det er nødvendig for å gi best mulig behandling. Pilotprosjekter med tverrfaglige team som har utført legemiddelgjennomganger har vist gode resultater.

Legemiddelgjennomganger bør systematisk gjennomføres på sykehjem, i sykehus og for hjemmeboende pasienter med omfattende legemiddelbruk. Gjennomganger er også viktige når pasienten skifter omsorgsnivå. På denne bakgrunn foreslår departementet i § 27 at:

”Fastlegen har et ansvar for at legemiddelbehandlingen av innbyggerne på listen samlet sett er trygg og effektiv og at legemiddellisten er oppdatert. Pasienter skal få med seg en oppdatert legemiddelliste etter hver konsultasjon hvis

legemiddelbruken endres. En oppdatert legemiddelliste skal også sendes omsorgstjenesten dersom disse har ansvar for pasientens legemiddelhåndtering.

For listeinnbyggere som bruker 6 legemidler eller mer skal fastlegen minst en gang per år gjennomføre en legemiddelgjennomgang, eventuelt i samarbeid med relevant helsepersonell. Tiltak for å redusere risiko for legemiddelrelaterte problemer skal fremgå av pasientjournalen.”

5.5.13 Sykefraværsoppfølging § 28

Sykepenger gis til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Som hovedregel skal arbeidsuførheten dokumenteres med legeerklæring. Det er gitt unntak fra vilkåret om legeerklæring for et begrenset tidsrom når arbeidsuførheten dokumenteres med erklæring fra kiropraktorer og manuellterapeuter.

Fastleger står for de fleste sykmeldinger, og det er derfor svært viktig at fastlegene er bevisst på sine oppgaver knyttet til oppfølgingen av sykemeldte. Fastlegen skal vurdere om arbeidsevnen er redusert på grunn av sykdom. I samråd med pasienten skal fastlegen vektlegge arbeidsevne og aktivitet for i størst mulig grad å ta i bruk gradert sykmelding. Det må vurderes hva som er mulig på pasientens arbeidsplass og om det finnes alternative løsninger. En av hovedoppgavene for fastlegen er å bidra til at alle som kan, beholder sin arbeidstilknytning. Målet ved sykmelding er at pasienten skal komme raskest mulig tilbake i vanlig arbeid.

Fra 1. juli 2011 ble det gitt nye regler om tidligere og tettere oppfølging av sykmeldte i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven. Legen har plikt til å delta i dialogmøter i regi av arbeidsgiver og Arbeids- og velferdsetaten dersom de blir innkalt. Arbeids- og velferdsetaten kan ilegge sanksjoner dersom sykemelder uten gyldig grunn unnlater å delta i dialogmøter etter bestemmelsene i folketrygdloven § 25-5a.

Det er utarbeidet en faglig veileder for sykmeldere til støtte i sykmeldingsarbeidet.

Det å sykmelde er en viktig oppgave i forhold til listeinnbyggerne i en fastlege praksis, men også en viktig samfunnsoppgave. På denne bakgrunn foreslår departementet i § 28 at:

”Fastlegen skal delta i oppfølgingen av sykemeldte listeinnbyggere. Fastlegen skal aktivt bidra til at listeinnbyggere støttes i egenmestring slik at varig arbeidsuførhet unngås eller utsettes lengst mulig.”

5.5.14 Elektronisk pasientjournal m.m. § 29

Elektroniske pasientjournalssystemer er en forutsetning for den økede systematikk som forutsettes hva gjelder oversikt over sykdomstilstand i listepopulasjonen, beslutningsstøttesystemer, medikamentoversikt, forskning, virksomhetsrapportering mv.

De første elektroniske journalssystemene (EPJ) for allmennpraktiserende leger ble i Norge introdusert på midten av 1980-tallet. Allerede på midten av 1990 tallet brukte flertallet av allmennpraktiserende leger EPJ. EPJ systemene har utviklet seg en del siste 15 år i form av bedre brukervennlighet, og nye funksjoner for å understøtte fastlegenes arbeid med den

enkelte pasient. Den grunnleggende datastrukturen for EPJ systemene er derimot ikke basert på en felles strukturell database idet alle EPJ leverandørene har sine særegne løsninger.

I dag viser undersøkelser at tilnærmet 100 % av fastlegekontorene har EPJ. Per juli 2009 var ca 85 % av fastlegekontorene tilknyttet norsk helsenett og dette representerer nærmere 98 % av legene. Per mars 2011 er andel leger (privatpraktiserende fastleger) som sender hel elektronisk til HELFO økt til 93 % og andelen avtalespesialister 70 %. Samlet sett er andelen legeoppgjør som sendes elektronisk nå 90 %.

Når fastlegene skal kunne utføre stadig flere og spesialiserte oppgaver på en trygg og effektiv måte, vil velfungerende IT-løsninger være helt nødvendig. Dagens situasjon er karakterisert av uklare regler knyttet til ansvar for utvikling, innføring og finansiering av IT-løsninger på legekantor. Dette fører til at løsninger som er utviklet ikke blir tatt i bruk i samsvar med forventningene og den manglende forutsigbarheten knyttet til ambisjonsnivå og finansieringsansvar gir et lite entydig bilde knyttet til forutsigbarhet i leverandørens ressursbehov.

Helsedirektoratet anbefalte i sitt innspill til forhandlingsfullmakten 2011 i brev til Helse- og omsorgsdepartementet 28.03.11 at en avtalefesting av en minstestandard burde tas opp i forhandlingene våren 2011. Blant annet på bakgrunn av dette ble det i Statsavtalen for 2011-2012 tatt inn følgende passus:

"Med de unntak som følger av forskrift om unntak fra pålegg om innsending av krav om direkte økonomisk oppgjør elektronisk over linje av 7. desember 2009 nr. 1746 skal alle legekantor oppfylle følgende minstekrav til IKT:

- Alle legekantor skal ha et elektronisk pasientjournalssystem. EPJ-systemet skal støtte sending og mottak av elektroniske meldinger.*
- Alle legekantor skal være tilknyttet Norsk Helsenett.*
- Alle legekantor skal ha digitale sertifikat for kryptering og signering av meldinger (PKI).*
- Alle legekantor skal oppfylle "Norm for informasjonssikkerhet i Helsesektoren", gjeldende pr 1. juli 2011. "*

Departementet mener at kravene til en minstestandard til IKT-løsninger bør fremgå av forskriften. Departementet anser at det å få etablert en definert minstestandard er helt vesentlig med hensyn til videreutviklingen av legenes EPJ-system, ikke minst for å sikre den elektroniske samhandling mellom alle aktører i helsetjenesten.

Minstestandarden som nå foreslås forskriftsfestet er en grunnleggende basisstandard som bør oppfattes som en naturlig del av å drive et legekantor i 2011. Kravene forutsetter ingen nyinvestering av legen, men hensynet til elektronisk dokumentasjon og effektiv elektronisk samhandling vektlegges ved nyanskaffelser og videreutvikling av systemene. Bestemmelsen er en delvis presisering av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.

En ensartet databasestruktur med helsefaglig og administrativ informasjon kan gjøre det lettere å følge opp pasienter med kroniske lidelser. Klinisk informasjon kan omsettes til

standarder og kodeverk som vil kunne gjøre det lettere med systematisk uttrekk av data og derav lette implementering av beslutningstøttesystem og automatisering av administrative oppgaver. Slike endringer ville gi fastlegene et bedre verktøy for å følge opp og forebygge sykdom hos pasientgrupper med spesiell risiko, og de ville kunne følge med på egen virksomhet for læring og forbedring. Sentralt i alle kvalitetsforbedringsprosesser er å identifisere forbedringsområder og så kunne følge med på effekten av en endring. Strukturerte data er ofte helt nødvendig for å kunne gjennomføre dette, og i alle tilfeller en faktor som forenkler gjennomføringen av kvalitetsforbedringsprosesser.

Overvåking og oppfølging av sentrale helserelaterte parametere, som for eksempel gjennomsnittlig blodsukker, blodtrykk, BMI og lignende sammenstilt med tidsserier for en enkelte pasient, for alle fastlegens pasienter, og grupper av behandlere både i primær- og spesialisthelsetjenesten, vil avdekke forbedringsmuligheter på ulike nivåer og i samhandlingen mellom nivåene.

Klinisk forskning på problemstillinger spesielt relevant for primærhelsetjenesten er et virkemiddel for å øke kvaliteten på tjenesten, men også viktig for å få ny kunnskap om nye tiltak og behandlingsformer. Muligheten for å kunne gjennomføre gode kliniske forskningsprosjekter er betydelig bedre med strukturert pasientinformasjon i EPJ.

Nytteverdien av å etablere et EPJ system med en felles strukturert database vil være avhengig av de kvalitetsforbedringsaktivitetene som igangsettes og nye applikasjoner som utvikles og implementeres.

Helsetjenesten og myndighetene har en rekke uttalte ønsker om fremtidig funksjonalitet, som for eksempel mer bruk av meldingsutveksling, kjernejournal, statistikk og rapportering for virksomhetsstyring.

På denne bakgrunn foreslår departementet i § 29 at:

”Fastlegens elektronisk pasientjournalssystem skal være innrettet slik at det til enhver tid kan oppfylle myndighetsbestemte krav til journalføring, elektronisk samhandling og personvern.

Fastlegen skal være tilknyttet Norsk Helsenett SF. Det elektroniske pasientjournalssystemet skal være innrettet slik at det støtter sending og mottak av elektroniske meldinger. Fastlegen skal ha digitale sertifikater for kryptering og signering av meldinger.

Det gjøres unntak fra første, hva angår elektronisk journalssystem, og andre ledd for leger som faller inn under unntaket i forskrift om unntak fra pålegg om innsending av krav om direkte økonomisk oppgjør elektronisk over linje av 7. desember 2009 nr. 1746.”

5.5.15 Tolk § 30

For å oppfylle Norges forpliktelser i henhold til internasjonale konvensjoner, er det påkrevd at kvalifisert tolk blir benyttet når det er behov for det. Norge rapporterer til FNs

rasediskrimineringskomité at vi oppfyller våre forpliktelser med hensyn til bruk av tolk. Dette bør også gjenspeiles i regelverket for fastlegeordningen.

Alle pasienter har rett til informasjon og medvirkning, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. I følge lovens § 3-5 skal informasjonen være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Samtidig krever helsepersonelloven § 16 at virksomhet som yter helsehjelp, organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Helsedirektoratet som fagorgan oppfordrer videre helsetjenesten til å benytte kvalifisert tolk ved behov.

Det er imidlertid dokumentert et stort underforbruk av tolketjenester for minoritets-språklige. Dette svekker kvaliteten på helsetjenestetilbudet og pasientenes rettssikkerhet. Underforbruket har ulike årsaker, men har blant annet sammenheng med at bruk av kvalifisert tolk ikke direkte er pålagt i lov eller forskrift. Plikten for helse- og omsorgstjenesten om å sørge for at pasienter får et likeverdig tilbud, uavhengig av etnisk, religiøs, kulturell, sosial og språklig bakgrunn ligger der allerede. Et likeverdig behandlingstilbud er et bærende prinsipp i den nye helse- og omsorgstjenesteloven. For å sikre likeverdig behandling, kan individuelle tiltak være nødvendig. Det er avgjørende at helse- og omsorgstjenesten utvikler praktisk kunnskap i bruk av tolk.

Minoritetsspråklige utgjør en betydelig andel av befolkningen her i landet. Per 2011 er over 12 prosent av befolkningen i Norge innvandrere eller født i Norge med innvandrerforeldre (over 600.000 personer). Bruk av kvalifisert tolk vil ofte være en forutsetning for at pasientene skal få et forsvarlig helse- og omsorgstilbud og et likeverdig tilbud. Også døve og døvblinde har behov for tilrettelegging med bruk av kvalifisert tolk for at de skal få den helsehjelp de har behov for.

Personer med ulike kommunikasjonsvansker skal alle få ivaretatt sine rettigheter i fastlegeordningen. Et krav i forskriften om bruk av tolketjeneste ved behov vil være en operasjonalisering av kvalitets- og forsvarlighetskrav. Krav om å tilpasse gitt informasjon til mottakerens forutsetninger viser direkte til pasient- og rettighetsloven, jf. § 3-5.

Med fastlegens sentrale plass i helsetjenesten er det viktig at fastlegen er sitt ansvar bevist i forhold til å bestille og benytte kvalifisert tolk der det er nødvendig for å sikre at pasienter på listen får et adekvat tilbud. Behov for bruk av tolk må avdekkes i forkant av en konsultasjon. God kommunikasjon og språkforståelse må dessuten ligge til grunn hvis legen skal kunne utøve forsvarlig medisinsk virksomhet.

Fastlegen må derfor ha en innkallingsrutine og bestillerkompetanse for å sikre kvalifisert tolk. Dette er viktig, ikke minst for å sikre at det blir avsatt tilstrekkelig tid til konsultasjon med tolk. Pasienten må samtykke til bruk av tolk. I tillegg bør det opplyses om behov for tolk ved videre henvisninger enten det er til spesialisthelsetjenesten eller andre kommunale tjenesteytere.

Det vil være et kommunalt ansvar å sørge for at en kvalifisert tolketjeneste er tilgjengelig når det oppstår et behov. Ettersom kommunen er ansvarlig for fastlegeordningen, har de også et ansvar for at pasient- og brukerrettighetene blir oppfylt, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3.

På denne bakgrunn foreslår departementet i § 30 at:

”Fastlegen skal benytte kvalifisert tolk ved behov. Når det gis skriftlig informasjon til listeinnbyggere skal dette tilpasses mottagers forutsetninger.”

5.6 Rapportering

Departementets vurderinger og forslag

I følge dagens rammeavtale, punkt 9.1, kan kommunen kreve at legen avgir grunnlagsdata som er nødvendig for kommunens planlegging og administrasjon av helsetjenesten. Ut over den rapportering som avtales i den enkelte kommune som følge av denne bestemmelse, avgis i dag få data fra allmennlegetjenesten. De data som finnes er en følge av legenes rapporteringsplikt for å motta refusjoner fra HELFO. Disse dataene gir informasjon om aktivitet i tjenesten, og diagnoser og årsak til legebesøk. Det er imidlertid svakheter knyttet til å bruke denne dataen til å innhente styringsinformasjon. Fremfor alt er det en svakhet at dataene er tett koblet til hvilke takster (og mer overordnet hvilken finansieringsmodell) som til enhver tid eksisterer.

Mangelen på data om både aktivitet og kvalitet i tjenesten er en utfordring for stat og kommune som ansvarlige myndigheter i forhold til oppfølging av fastlegeordningen. Manglende styringsdata gjør det vanskelig å vurdere hva som fungerer godt og hva som fungerer mindre bra, noe som vanskeliggjør en kunnskapsbasert utvikling av tjenesten. Det gjør det også vanskelig for kommunene å vurdere om deres sørge-for-ansvar for en allmennlegetjeneste av god kvalitet innfris. Det vanskeliggjør dialogen med den enkelte fastlege om etterlevelse av de krav som stilles til tjenesten gjennom regel- og avtaleverk, herunder inngått individuell fastlegeavtale. Videre vil mangelen på data også gjøre det vanskelig for kommunen å ”forstå” sitt eget tjenestetilbud. Med innføringen av kommunal medfinansiering vil kommunen for eksempel være interessert i informasjon om fastlegers henvisningspraksis. Departementet mener at kommunene som ansvarlig for tjenesten bør kunne innhente de data som er nødvendig til styrings- og kvalitetsformål. I tillegg bør kommunen kunne innhente nødvendig data for å oppnå en kunnskapsbasert utvikling av blant annet fastlegeordningen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

Innføring av en rapporteringsplikt for fastlegene, der det blant annet etableres rapportering på oppfyllelse av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav, gjør det mulig for kommunene å danne seg et bilde av hva fastlegene faktisk gjør. På denne bakgrunn vil det være mulig med en informert dialog med den enkelte lege om hvordan legene oppfyller sitt liste-ansvar, og om et eventuelt behov for korrigeringer. Dette er i tråd med de forutsetninger om kommunal styring av fastlegene som ligger til grunn i samhandlingsmeldingen og fra flertallet i komiteens innstilling. Kommunen kan inngå avtaler med fastlegene om å levere nødvendige grunnlagsdata for å kunne administrere fastlegetjenesten, og for å sette tjenesten i en større kommunal sammenheng. Kommunen vil imidlertid ikke kunne kreve personsensitive data utlevert fra fastlegen med henvisning til fastlegens plikt til å avgis data. Departementet mener at fastlegen bør ha en plikt til å utlevere alle typer data, også personsensitive data, dersom det er hjemmel for å innhente denne typen data. I denne

sammenheng understreker departementet at personsensitive data kun kan behandles dersom adgangen er hjemlet i lov eller det er gitt samtykke til behandlingen. For at det skal være aktuelt for stat eller kommune å kreve at fastlegen avgir personsensitive, data må det komme på plass et regelverk som muliggjør dette. Et slikt system foreligger ikke per i dag. Departementet vil imidlertid jobbe med å legge til rette for at stat og kommunen kan få tilgang også til dette, med henblikk blant annet på en kunnskapsbasert utvikling av fastlegetjenesten. Det understrekes imidlertid at de alminnelige regler om taushetsplikt gjelder ved utlevering av opplysninger.

Departementet ser det som nødvendig at de data som skal avgis, også kan benyttes av fastlegene i deres interne forbedringsarbeid. Rapporteringen må innrettes slik at data kan innhentes mest mulig automatisk ved uttrekk fra pasientjournalen, slik at de administrative ressursene til dette blir minst mulig. Innretningen på dette og hvilke rapporteringskrav som skal gjelde, vil bli nærmere utredet.

Departementet foreslår i § 31 i utkast til revidert forskrift å pålegge fastlegene en plikt til å avgi data til styrings- og kvalitetsformål, for å ivareta myndighetens ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og en faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Videre foreslås det at staten og kommunen definerer hvilke data fastlegen plikter å avgi.

5.7 Øvrige plikter – annet allmennlegearbeid - påleggshjemmelen

Departementets vurderinger og forslag

Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige allmennlegetjenester. Tilbud om en fastlegeordning bidrar til å oppfylle kommunens plikter, men kommunen har også et ansvar for allmennlegetjenester til personer som ikke står på noen fastleges liste (for eksempel fordi de har valgt å stå utenfor ordningen, eller er turister), fordi de har sin fastlege et annet sted (studenter, pendlere mv.) eller de ikke har rett til å stå på en fastlegeliste (diplomater og andre som ikke regnes som bosatt i Norge). Videre skal kommunen sørge for et allmennlegetilbud i de helsetjenestene som organiseres utenfor fastlegeordningen, herunder i sykehjem, helsestasjon, legevakt mv. Kommunen har også ulike oppgaver som det vil være ønskelig og nødvendig, med deltagelse av fastlegeressurser for å løse. I dette kapittelet følger en nærmere redegjørelse for øvrige plikter fastleger kan pålegges å utføre på vegne av kommunen som en følge av at de har inngått en fastlegeavtale med kommunen. For en nærmere redegjørelse av plikten til å delta i kommunal legevakt vises det til pkt. 5.8 nedenfor.

I gjeldende forskrift omtales legearbeid utenom fastlegeordningen delvis som allmennmedisinsk offentlig legearbeid, jf. fastlegeforskriften § 12 bokstav b. Departementet mener bruken av begrepet *allmennmedisinsk offentlig legearbeid* for det som ikke er fastlegeordningen, skaper et inntrykk av at fastlegeordningen er en privat ordning. Dette er uheldig, og misvisende. For å unngå at det skapes et kunstig skille mellom ulike kommunale allmennlegeoppgaver vil begrepet *allmennmedisinsk offentlig legearbeid* bli erstattet med *annet allmennlegearbeid* i regelverkssammenheng. Dette er både et pedagogisk grep for å tydeliggjøre kommunens rolle i å sørge for allmennlegetjenester og

et grep for å tydeliggjøre at tjenester som fastlegene yter til sine listeinnbyggere også er kommunale tjenester, jf. pkt. 5.2 over.

I tråd med forslagene om å tydeliggjøre kommunens ansvar i forhold til fastlegeordningen foreslår departementet å forskriftsfeste en plikt for fastleger å delta i vikarordninger i den kommunale fastlegeordningen. I dag er dette regulert i rammeavtalen, og ansvaret for å skaffe vikar ligger først og fremst på fastlegen. Først når fastlege ikke evner å skaffe en vikar er kommunen, som ansvarlig for fastlegeordningen, nødt til å finne en vikar for fastlegen. Kommunen vil følgelig være tjent med å legge til rette for at fastleger i størst mulig grad selv finner vikarer, eller at det inngås avtaler med øvrige fastleger om å ivareta listeansvaret ved fravær. Departementet mener at kommunen i større grad bør være involvert i hvem som til enhver tid utfører oppgaver på deres vegne. Det kan følgelig stilles spørsmålsteget ved om en orientering ved inntak av vikar er tilfredsstillende, jf. rammeavtalens pkt. 14. Samtidig vil den som inntar en vikar være ansvarlig for at de tjenestene vikaren leverer er i tråd med aktuelle krav til funksjon og kvalitet. Det må derfor kunne forventes at fastlegen som inntar en vikar, har foretatt en vurdering av vikarens kvaliteter. Departementet mener at et pålegg for fastleger om å delta i vikarordningen vil bidra til å sikre bedre kompetanse i fravørsordningen. Kommunen kan enklere forsikre seg om de som er i vikariatene har rett kompetanse, samtidig som det blir enklere for kommunen å skaffe vikar dersom fastlegen ikke lykkes.

I utkast til revidert fastlegeforskrift viderefører departementet ordningen med å definere enkelte kommunale allmennlegetjenester utenfor listeansvaret. Departementet legger opp til å videreføre at legetjenester i sykehjem og andre kommunale institusjoner med en organisert legetjeneste ikke inngår i fastlegenes listeansvar. Det vurderes som uhensiktsmessig at fastlegen skal fortsette å ha det medisinske ansvaret for innbyggere som blir innlagt på institusjon. Dette både fordi det kan være slik at fastlegen ikke holder til i samme kommune som institusjonen holder til, men også fordi det for den enkelte institusjon kan risikere å måtte forholde seg til svært mange leger. Departementet mener likevel at personer som befinner seg i fengsel, sykehjem eller annen institusjon med en organisert legetjeneste fortsatt skal bli stående på fastlegens liste. Det motsatte vil innebære og flytte noen ut av en liste uten deres samtykke. Dette vil ikke være i tråd med retten brukere har til selv å velge hvilken fastlege de ønsker å være tilknyttet. Videre vil det kunne medføre til dels store administrative kostnader å ta personer inn og ut av lister, ettersom beboere på sykehjem og andre institusjoner i prinsippet kan flytte til en annen boform, flytte tilbake til eget hjem eller liknende. Det vil da være en fordel om de kommer tilbake til sin "faste lege". Departementet mener også at legetjenester i helsestasjon og skolehelsetjenesten bør presiseres å ligge utenfor listeansvaret. Dette er i dag ikke uttrykkelig uttalt i regelverket, men i hovedsak er praksis slik. Hovedargumentet for dette er at helsekontroller av barn mv. da vil skje på helsestasjonen, der tverrfagligheten ivaretas. Dette er i tråd med Helsedirektoratets tilråding.

Departementet mener ordningen med at fastleger kan tilpliktes å utføre andre kommunale allmennlegeoppgaver på vegne av kommunen har fungert tilfredsstillende, og foreslår å videreføre ordningen med visse justeringer. Dagens ordning tar blant annet for lite hensyn

til kommunens behov for å kunne definere hvilke oppgaver de ønsker at fastlegene skal løse på deres vegne. Det følger av dagens fastlegeforskrift at kommunen kan stille krav om deltakelse i slikt arbeid som vilkår for inngåelse av en fastlegeavtale. Departementet er kjent med at det i ulike sammenhenger har vært reist spørsmål om når kommunen eventuelt kan stille disse vilkårene. Blant annet har det vært hevdet at kravene senest måtte stilles ved inngåelse av avtalene. En slik forståelse er uheldig ettersom en fastlegeavtale i utgangspunktet er uoppsigelig¹. Dette var ikke en tilsiktet uklarhet da fastlegeordningen ble innført. For å unngå at det oppstår tvil om når kommunen kan stille krav etter revidert forskrift, presiseres det at kommunen ensidig kan pålegge fastleger å delta i annet allmennlegearbeid. Departementet mener det er kommunen som står nærmest til å vite hvilke oppgaver som skal løses, hvordan disse skal prioriteres i forhold til hverandre og hvor mye ressurser det krever å løse oppgavene. Kommunens behov vil også variere over tid. En låsing av tidspunktet for når krav kan stilles vil være uhensiktsmessig. Departementet mener derfor at kommunen både skal stå fritt til å definere hvilke allmennoppgaver som skal utføres, og fritt til å endre hvilke oppgaver de ønsker utført av den enkelte fastlege.

Det forhold at kommunen ensidig kan pålegge fastleger å utføre oppgaver på vegne av kommunen, er ikke til hinder for at det søkes å oppnå en tilfredsstillende oppgaveløsning gjennom avtaler med aktuelle fastleger. Dette er en videreføring av rammeavtalens pkt. 12.1 og er presisert i utkast til revidert forskrift når det gjelder kommunens adgang til å pålegge deltagelse i annet kommunalt legearbeid.

I utkastet til revidert forskrift er det listet opp eksempler på allmennlegearbeid som kommunen kan pålegge fastleger å utføre. Disse forslagene er en videreføring av gjeldende rett, men som i hovedsak fremgår av merknadene til gjeldene forskrift. Nytt i utkastet til forskrift er den eksplisitte oppstillingen av medisinskfaglig rådgivning, som en oppgave kommunen kan tilplikte fastlegene. Kommunen kan i ulike sammenhenger ha behov for medisinskfaglige råd når de skal løse ulike kommunale oppgaver. Det vil være naturlig å vurdere fastleger som en ressurs i denne sammenheng, blant annet fordi slik rådgivning kan berøre allmennlegetjenesten, bruken av spesialisthelsetjenesten og samhandlingen mellom allmennlegene og andre deler av den kommunale tjenesten. Fastlegene besitter en medisinskfaglig kunnskap som vil være viktig for kommunene i deres arbeid med å utvikle helse- og omsorgstjenestene i tråd med målsettingene med samhandlingsreformen. Departementet understreker imidlertid at for å ivareta de samfunnsmedisinske oppgavene på en best mulig måte bør kommunene ha fulltids ansatt kommunelege, ev. sammen med flere kommuner, med spesialitet i samfunnsmedisin, se nærmere omtale om dette i Prop. 90 L (2010-2011) side 171. Kommunen må imidlertid gjøre en vurdering av hva som er mest effektiv bruk av kommunens samlede legeressurser for å ivareta befolkningens liv og helse.

¹ En fastlegeavtale gjelder i utgangspunktet til fastlegen fyller 70 år, og kommunen har begrensede muligheter til å avslutte en inngått avtale, jf rammeavtalen punkt 15.

Selv om kommunen ensidig kan pålegge oppgaver, bør det fra kommunens side legges opp til en viss forutsigbarhet for fastlegene, for det første ved at kommunen søker frivillighet fremfor pålegg, men også ved at både avtaler og pålegg om oppgaver har en viss varighet. Det vises også til omtalen av fastlegeavtalen under i pkt. 5.9, i forhold til hva en avtale skal inneholde. Varigheten av oppgaver som kan pålegges, kan ses i sammenheng med forslaget om årlige reforhandlinger av fastlegeavtalen. I forbindelse med en reforhandling av avtalevilkårene vil det være naturlig at kommunene tar opp til vurdering fastlegens deltagelse i løsning av kommunens øvrige (allmenn)lege oppgaver, det være seg både i hvilket omfang fastlegen skal delta og hvilken type oppgaver kommunen ønsker at fastlegen skal utføre.

Departementet ser det som problematisk at antallet timer kommunen kan pålegge fastlegene å delta i annet allmennlegearbeid ukentlig, ikke fremgår av forskriften. Et så sentralt virkemiddel for å løse kommunale oppgaver bør etter departementets oppfatning være regulert i forskriften, og ikke som i dag i avtale mellom partene. I utkastet til revidert forskrift kan kommunen pålegge fastleger å utføre inntil 7,5 timers annet kommunalt allmennlegearbeid ukentlig ved fulltids virksomhet. I høringen av ny helse- og omsorgstjenestelov har flere av kommunene uttalt at det er behov for å øke påleggshjemmelen fra 7,5 timer til 15 timer. Helse- og omsorgsdepartementet mener det ikke er behov for dette på nåværende tidspunkt. Forslaget må også ses i sammenheng med foreslåtte tydeliggjøring av listeansvaret og forslag til innføring av funksjons- og kvalitetskrav i utkast til revidert forskrift. Departementet mener at når fastlegen ivaretar alle de oppgavene som er presisert i listeansvaret, og da i tråd med fastsatte kvalitets- og funksjonskrav, vil dette redusere behovet for å øke antallet påleggstimer. Dette fordi de endringer som det legges opp til i utkastet, vil legge til rette for at fastlegene tar et helhetlig ansvar for innbyggere på egen liste. Det vil i større grad sikre at også pasienter med psykiske problemer, rusmiddelavhengighet eller sammensatte kroniske lidelser som bor i omsorgsboliger får de allmennlegetjenestene de trenger. Endringene vil gjøre at fastlegene må prioritere de pasientene som har størst behov medisinskfaglig sett, og reise hjem til dem som trenger det. Fastlegene må også prioritere samhandling omkring egne listeinnbyggere. Med et så tydelig listeansvar blir det viktig at fastlegene har tid til å ivareta ansvaret, ved å være tilstede i egen praksis. Departementet mener de negative konsekvensene av økt fravær fra praksisen ikke oppveies de positive effektene av å øke antallet påleggstimer. Det vises også til pkt. 5.5 om funksjons- og kvalitetskrav. I tillegg må forslaget om å ikke utvide påleggshjemmelen ses i sammenheng med at foreslår departementet å gi kommunene muligheten til ensidig å pålegge fastlegene andre legeoppgaver. Forøvrig kan kommunen og fastlegen avtale et høyere timeantall enn 7,5 timer per uke.

Det følger av gjeldende rett at kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til oppholder seg i kommunen, jf. § 3-1. Dette gjelder også for personer som av ulike grunner ikke deltar i fastlegeordningen. Omfanget av innbyggere uten fastlege varierer kommunene imellom. Noen steder utgjør dette en stor gruppe. Det er velkjent at det ofte er vanskelig for disse personene å få legetimer i dag, dersom det ikke er øyeblikkelig hjelp, eller de oppsøker legevakt. Dette må ses i sammenheng med at fastlegene etter dagens fastlegeforskrift skal prioritere egne listeinnbyggere. For å

avhjelpe situasjonen har departementet og Helsedirektoratet gjennom rundskriv gitt føringer om at kommunene må sikre at fastlegene samlet har kapasitet, dog ikke gitt pålegg om at kommunene må sikre kapasitet gjennom avtaler med fastlegene.

Departementet har mottatt informasjon som tyder på at nevnte rundskriv ikke har gitt en ønsket løsning på dette problemet. I utkastet til revidert forskrift foreslår departementet å tydeliggjøre at kommunene må sikre kapasitet til de som står utenfor fastlegeordningen gjennom avtaler med fastlegene eller på annen måte. Når kravene til hvilke tjenester/oppgaver fastlegene skal ivareta til egne listeinnbyggere økes, og fastlegene i tillegg kan pålegges (eller frivillig inngås avtale om) andre allmennlegeoppgaver, mener departementet at det ikke kan forventes at fastlegene skal ha nok ledig kapasitet til at det sikres et faglig forsvarlig tilbud til dem som står utenfor ordningen. Det foreslås derfor at kommunene må få en plikt til å etablere en kapasitet til å kunne behandle disse pasientene. Dette kan gjøres på flere måter, enten ved å ansette egen/egne lege(r) eller ved å sikre at det er nok kapasitet hos fastlegene i kommunen, og avtale med en eller flere at den eller de har et ansvar for å tilby en avtalt kapasitet allmennlegetjenester til denne pasientgruppen. På denne måten sikres det at fastlegene tilpasser sin listelengde (og andre oppgaver) til også å ivareta denne oppgaven. Samtidig foreslås det å avvikle plikten fastlegene har til å prioritere egne listeinnbyggere. En fastlege må ivareta *alle* oppgaver som han/hun inngår avtale om på en forsvarlig måte. En lege som inngår avtale om å være tilsynslege på sykehjem kan ikke prioritere ned denne oppgaven. På samme vis må pasienter utenfor listen sikres forsvarlige tjenester. Innenfor sitt ansvar, avgrenset i avtaler, må fastlegene legge medisinskfaglige prioriteringer til grunn for hvordan tiden og kapasiteten fordeles på oppgaver.

I utkast til revidert forskrift foreslår departementet å videreføre at det i lov eller forskrift kan gjøres unntak for allmennlegeoppgaver som naturlig faller inn under definisjonen av fastlegens listeansvar, jf. § 11 første ledd. I medhold av dette foreslår departementet i andre ledd at allmennlegearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ved sykehjem, fengsler og andre kommunale institusjoner med organisert legetjeneste ikke omfattes av listeansvaret.

I § 12 første ledd foreslår departementet å forskriftsfeste at kommunen kan pålegge fastleger å delta inntil 7,5 timer per uke i annet kommunalt legearbeid. Det foreslås videre at kommunen og fastlegen skal stå fritt til å kunne avtale deltagelse utover 7,5 timer per uke. En eventuell overenskomst omtales i avtalen kommunen inngår med fastlegen, jf. pkt. 5.9. I andre ledd foreslår departementet å ta inn i forskriften bestemmelsen fra rammeavtalen om at kommunen skal søke å inngå frivillige avtaler før eventuelle pålegg gis. I andre ledd foreslår departementet videre at kommunen skal stå fritt til definere hvilke type allmennlege oppgaver de ønsker utført av fastlegen. Videre angir bestemmelsen en ikke uttømmende liste over allmennlegeoppgaver kommunen kan forplikte legen til å utføre. Av oppgaver som ikke tidligere ikke er nevnt i sammenheng med oppgaver kommunen kan tilplikte er medisinskfaglig rådgivning og kapasitet til å motta personer som ikke er omfattet av listeansvaret. Departementet foreslår å ta med dette om kapasitet til å motta personer som ikke er omfattet av listeansvaret for å synliggjøre dette som en sentral oppgave for kommunen å ivareta. Dette er ingen ny oppgave, men det har vært en

utfordring at denne pasientgruppen ikke har fått tilstrekkelig god tilgang til den ordinære allmennlegetjenesten. I tillegg kunne det vært nevnt oppgaver i tilknytning til asyl og flyktingemottak. Departementet understreker at listen kun består av eksempler, og at kommunen også kan velge å pålegge allmennlegeoppgaver som ikke er listet opp i bestemmelsen.

I § 13 første ledd bokstav b foreslår departementet å forskriftsfeste at fastlegen plikter å delta i vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen. Det er ikke intensjonen å innføre en byråkratiserende og tungvint ordning, som igjen gjøre det vanskelig for fastleger å finne vikarer i korte fraværsperioder. Hensikten er å sikre en forsvarlig fraværsordning, gjøre det enklere å få vikarer og sikre at kommunen enklere kan oppfylle sitt sørge for-ansvar. Departementet understreker samtidig at kommunen som ansvarlig for fastlegeordningen vil kunne bruke de samme virkemidlene overfor fastlegens vikar som overfor fastlege. Fastlegen vil videre være ansvarlig for at vikaren oppfyller de plikter vedkommende har påtatt seg ved inngåelse av kontrakt med kommunen. Plikten til å delta i vikarordningen kommer i tillegg til eventuelle pålegg etter § 12, og deltagelse her kommer ikke til fratrukk i de 7,5 timene med annet kommunalt legearbeid. Forslag om fastlegens plikt til å delta kommunal legevakt omtales nærmere nedenfor.

I § 14 foreslår departementet å videreføre dagens ordning med at personer som befinner seg i fengsel, sykehjem eller annen institusjon med en organisert legetjeneste, fortsetter å stå på fastlegens liste så lenge denne oppholder seg i institusjon.

5.8 Fastlegers deltagelse i kommunal legevakt

Departementets vurderinger og forslag

Da fastlegeordningen ble innført i 2001 skulle den bidra til å bedre kvaliteten i og tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten ved å sikre at personer som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. I forarbeidene til fastlegeordningen ble det pekt på at legevakt på kveld og natt i mange tilfeller i realiteten hadde fungert som ordinær allmennlegetjeneste, jf. Ot.prp. nr. 99 (1998-99). Med fastlegeordningen ønsket man å gi innbyggerne en mer tilgjengelig allmennlegetjeneste på dagtid, samtidig som man ville oppnå en bedre ressursutnyttelse gjennom å redusere presset på legevakten på kveld og natt.

Det ble forventet at fastlegeordningen, med bedre tilgjengelighet til lege på dagtid, ville føre til reduksjon i antall unødvendige henvendelser til legevakt, det vil si henvendelser som ikke skyldes akutte behov for hjelp. Det var samtidig et mål å bedre kontinuiteten i allmennlegetjenesten ved at pasienten oftere skulle treffe den legen som kjenner vedkommende best. I tråd med dette skulle legevakt utenom legekantorenes åpningstid i utgangspunktet ivaretas av fastlegene. Selv om man hadde gode erfaringer fra fastlegeforsøket 1993-96, har ikke den landsomfattende fastlegeordningen levd opp til forventningene på dette området.

En spørreundersøkelse utført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin blant alle norske fastleger i 2006 viste at 50 prosent av fastlegene deltok fullt ut i legevakt,

mens 15 prosent deltok delvis og 35 prosent ikke hadde legevakt. De som deltok delvis hadde redusert vaktene sine med ca. to tredjedeler. 28 prosent hadde formelt fritak fra legevakt. Kvinnelige fastleger hadde sjeldnere vakt enn mannlige, og vakt deltakelsen avtok sterkt med alderen med et knekkpunkt på rundt 45 år hos kvinner og 50 år hos menn, dvs. at kvinnelige fastleger har hyppigere fritak fra legevakt og faller tidligere ut av vaktssystemet enn mannlige leger.

Vaktdeltakelsen varierer med kommunistørrelse. I kommuner med <5 000 innbyggere deltok 85 prosent av fastlegene i legevakt, mens det i kommuner med >50 000 innbyggere var 50 prosent av fastlegene som deltok i vakt.

For stor vaktbelastning på enkeltleger kan gi kvalitetsutfordringer og være rekrutterings-hemmende.

Gjeldende regler for fritak fra legevakt åpner for at fastleger kan søke kommunen om fritak fra legevakt fra de er 55 år. Fastlegenes gjennomsnittsalder er økende og var per 30. juni 2011 48,5 år. Ved utgangen av juni 2011 var en tredjedel av fastlegene mellom 55 og 66 år. Antallet er mer enn doblet siden 2001 (fra ca. 600 til 1 370). Fra 30.06. 2010 til 30.06. 2011 økte antallet leger i denne aldersgruppen med 56 leger. Per 30. juni 2011 er 1 460 (35 pst.) fastleger 55 år eller eldre.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, påpekes det at kun rundt halvparten av fastlegene i dag deltar i legevakt, og deltakelse i legevakt er blant de oppgaver som skal vurderes å være del av "allmenntilleggsarbeid offentlig legeoppdrag" som fastlegene skal kunne tilpliktes som del av fastlegeavtale med kommunen (nå kalt "annet allmenntilleggsarbeid i kommunen"), jf. fastlegeforskriften § 12 b og Rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen punkt 12.1.

I behandlingen av St. meld. nr. 47, jf. Innst. 212 S (2009-2010) påpekte komiteen blant annet "at det gir grunn til bekymring at bare halvparten av fastlegene deltar i legevakt. De må utgjøre ryggraden i legevaktstjenesten."

Det er viktig å se legevaktstjenesten i sammenheng med fastlegeordningen. En god fastlegeordning er svært viktig for å nå målsettingene i samhandlingsreformen, og fastlegeordningen har en tett relasjon til legevaktstjenesten. Det er en intensjon at kommunal legevakt skal være komplementær til øyeblikkelig hjelpfunksjonen til fastlegene på dagtid og innenfor vanlig kontortid. En styrking av fastlegeordningen på en måte som vil avlaste legevakt vil være i tråd med BEON-prinsippet og samhandlingsreformen.

Helsedirektoratet har i brev til departementet basert på forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) påpekt at dersom man skal nå de faglige målene for fastlegeordningen og samhandlingsreformen, er det viktig å ha med seg de mest erfarne legene i en legevaktordning. I tillegg er det behov for at flere fastleger deltar i legevakt.

Forskning viser også at erfarne fastleger og spesialister i allmenntilleggsarbeid arbeider raskere enn andre leger på legevakt blant annet ved at flere behandlinger blir slutført på

legevakten slik at pasienten ikke behøver å oppsøke fastlege neste dag f.eks. for å få utskrevet sykmelding (Sandvik og Hunskår, TDNL nr. 2, 2010; 130: 135-8).

Gjeldende fastlegeforskrift § 12 c åpner for at kommunen kan tilplikte fastlegen deltakelse i kommunal legevakt ved inngåelse av fastlegeavtale. Av forarbeidende til fastlegeordningen fremgår:

”Kommunen vil i hovedsak være avhengig av fastlegene for å kunne ivareta sine forpliktelser til å sikre tilgang på øyeblikkelig hjelp på dagtid og legevakt utenom kontorenes åpningstid. I utgangspunktet forutsetter departementet at dette løses på frivillig basis. For å sikre at oppgavene kan ivaretas, opprettholder departementet forslaget om at kommunen kan stille som vilkår for å inngå en fastlegeavtale at fastlegen deltar i organisert legevakt utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet og ivaretagelse av utrykningsplikten” (Ot. prp. nr. 99 (1998-99) kap. 5.4 Fastlegeavtaler).

Gjeldende fastlegeforskrift § 12 bokstav c, sammen med sentralt avtaleverk gir kommunen et rettslig og avtalemessig grunnlag for å kreve at fastleger deltar i legevakt og tar ansvar for egne vakter. Dette har vist seg ikke å være et godt nok verktøy for kommunene til å sikre at fastlegene deltar i tilstrekkelig grad i vakt og/eller sikre at de legene som tar vaktene innehar tilstrekkelig kompetanse.

Helsedirektoratet peker i en rapport til departementet høsten 2010 på to ”smutthull” i organiseringen av fastlegers deltakelse i vakt. Det ene er at legene i stor utstrekning har anledning til å bytte bort eller gi fra seg vaktene sine uten at administrativ leder for den kommunale legevakten er involvert. Direktoratet mener dette er en uheldig praksis. Den er også forskjellig fra vilkårene i sykehus der leger i spesialisering må gå i vakter etter gitte tjenesteplaner. For det andre får mange leger fritak fra vakt gjennom ulik praktisering av fritaksreglene i kommunene. Dette medfører at vaktene ofte dekkes av korttidsvikarer som ikke er allmennleger (med varierende kompetanse og språkkunnskaper).

Departementet mener det vil styrke kommunens grunnlag for organisering av legevakt-tjenesten å gjøre deltakelse i kommunal legevakt til en eksplisitt plikt for fastlegen, til forskjell fra dagens regulering i fastlegeforskriften som kun angir deltakelse i vakt som et vilkår kommunen kan kreve for inngåelse av fastlegeavtale. Det er behov for at kommunen i den løpende vurderingen av ressursbehov har anledning til å avtale eller stille nye krav ved reforhandling av fastlegeavtalen (jf. forslaget til forskrift §§ 32 og 33). Departementet foreslår derfor å regulere plikt til deltakelse i legevakt i en egen bestemmelse, jf. revidert fastlegeforskrift § 13 første ledd.

Unntak fra fastlegenes plikt til deltakelse i legevakt er regulert av KS og Legeforeningen gjennom sentral forbundsvis særavtale (SFS 2305) med kriterier som gir relativt stort rom for skjønn og som praktiseres ulikt i kommunene.

Et tiltak for å sikre bedre kontroll med antallet leger som kan og bør delta i legevakt, er å regulere fritaksgrunner i forskrift i stedet for i avtale som i dag. Det er flere grunner til at en slik regulering anbefales. Som det argumenteres med i høringsnotatet til ny kommunal

helse- og omsorgstjenestelov under fastlegeordningen, er det viktig å samle sentrale rettigheter og plikter på forskriftsnivå. Fritaksgrunner fra plikten til deltakelse i legevakt må være å anse som en sentral del av fastlegeordningen.

Selv om man legger om til en forskriftsregulering av fritaksgrunner, er det et åpenbart behov for fritaksgrunner, f.eks. for gravide i slutten av svangerskapet. Spørsmålet er hvilke fritaksgrunner som er rimelige og hensiktsmessige, og som samtidig sikrer kommunene et tilstrekkelig antall fastleger som er tilgjengelig for deltakelse i legevaktordningen.

Kriteriene for vaktfritak slik de går fram av SFS 2305 punkt 7.3, 7.4 og 7.5 er mindre strenge enn tilsvarende regler for sykehusleger. I A-2-avtalen mellom Spekter og Legeforeningen § 3.5.4 står det: *”Overordnet lege kan be seg fritatt for plikt til tilstedevakt ved fylte 58 år og for hjemmevakt ved fylte 60 år. Gravide som er i de tre siste måneder av svangerskapet og kvinner som ammer gis mulighet til å ha en daglig arbeidstid som ikke overstiger 9 timer.”* Helsedirektoratet peker på at reglene i SFS 2305 pkt. 7.3 og 7.5 er mindre spesifikke i formen enn fritakskriteriene for sykehuslegene, og mener det kan være hensiktsmessig med en harmonisering i tråd med sistnevnte.

I statsbudsjettet for 2012, jf. Prop. 1 S. (2011-2012), er det foreslått å innføre krav til minimumskompetanse for leger som skal ha legevakt alene (uten kvalifisert bakvakt). Det er i dag ingen lov- eller forskriftsfestede krav til minimumskompetanse for å kunne ha selvstendig legevakt. Det tas sikte på å regulere krav til kompetanse i akuttmedisinforskriften. Det må imidlertid forventes at økte kompetansekrav vil medføre behov for at flere fastleger deltar i vakt og i flere kvalifiserte bakvakter. Økte krav til kompetanse kombinert med omfattende fritaksgrunner vil kunne forverre situasjonen når det gjelder antall leger som står til kommunens disposisjon for å delta i legevakt. Dette gjør det nødvendig med en strengere regulering av vaktfritak.

Det kan ikke utelukkes at strengere krav til deltakelse i legevakt kan påvirke rekrutteringen til allmenntilleggsmedisin i negativ retning. På den annen side er departementet også kjent med at det finnes kommuner der flere fastleger som ønsker det, ikke får anledning til å delta i vakt på grunn av for lite behov eller at det kreves et visst omfang av vakter hos den enkelte for å sikre (opprettholdelse av) nødvendig kompetanse. I noen større kommuner vil det ikke være behov for at alle fastlegene deltar i legevakt.

I forslag til revidert fastlegeforskrift § 13 første ledd bokstav a og b foreslås en videreføring av fastlegens plikt til å delta i organisert legevaktordning utenfor kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid tilgjengelighet i helseradionett og ivaretagelse av utrykningsplikten, jf. gjeldende forskrift § 12 bokstav c. I tillegg foreslås i § 13 bokstav a å ta inn at plikten til å delta i kommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid også omfatter interkommunal legevaktsentral. Sistnevnte reguleres i dag ikke av forskriften, men er regulert i sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Legeforeningen punkt 7.1 (SFS 2305).

I henhold til forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus skal kommunene sørge for at helsepersonell i vaktberedskap er umiddelbart tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenesten, jf. § 4.

Fastlegekontorene har dermed plikt til å være tilknyttet kommunikasjonsnett for helsetjenesten for å ivareta kommunens ansvar for til legevakt i arbeidstiden hvis kommunene ikke har organisert dette på annen måte.

Til forskjell fra dagens forskriftsregulering av kommunal legevakt, som er knyttet til vilkår kommunen kan stille for inngåelse av fastlegeavtale, foreslås en særskilt bestemmelse som regulerer plikten til deltakelse i legevakt. Bestemmelsen er ment å tydeliggjøre at deltakelse i vakt er en del av fastlegevirksomhet, og å gi kommunen et bedre styringsverktøy for å kunne ivareta sin plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det forutsettes at deltakelse i legevakt kan tas opp i forbindelse med revisjon av fastlegeavtalen, og ikke bare ved inngåelse av ny fastlegeavtale.

I bestemmelsens andre ledd er det foreslått å presisere at fastlegens plikt til deltakelse i kommunal legevakt og vikarordning for dekning av fravær (jf. første ledd bokstav c) ikke er inkludert i de 7,5 timer annet allmennlegearbeid per uke som kommunen kan pålegge fastlegen ved fulltids virksomhet.

I bestemmelsens tredje ledd foreslås det å regulere kriterier for vaktfritak for fastleger. Regler for vaktfritak er i dag regulert i sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Legeforeningen punkt 7.3 til 7.6 og sentral Rammeavtale mellom Oslo kommune og Legeforeningen punkt 12.5.2. Det foreslås at kommunen kan frita fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse i følgende tilfeller: a) når legen er over 60 år, b) når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det og c) for gravide i de tre siste måneder av svangerskapet og kvinner som ammer, eller når graviditeten er til hinder for deltakelse.

De nevnte bestemmelsene har i hovedsak den samme ordlyd som i avtaleverket, men er noe strammet inn. Følgende bestemmelse er ikke tatt med (felles for KS og Oslo kommune): ”Kommunen kan gi fritak når legen av personlige grunner ber om det, og arbeidet uten skade kan utføres av øvrige leger. Det tas særlig hensyn til lege over 55 år.”

Begrunnelsen for å regulere vaktfritak i forskrift framfor avtale er å gi både kommunen og fastlegene større forutsigbarhet i planlegging og organisering av legevakten gjennom mer likhet i praktiseringen av regelverk og avtaler. Det er i tillegg foreslått å begrense retten til vaktfritak. Begrunnelsen for dette er å sikre at antallet leger kommunen kan bruke i vakt ikke blir for lite, jf. drøfting ovenfor. Det nødvendiggjør objektive og forutsigbare regler som er enkle å praktisere og/eller som reduserer bruken av skjønn. Forslaget til endringer i kriterier for fritak harmoniserer også bedre med reglene for vaktfritak for leger i sykehus som i dag er strengere enn dem for kommunal legevakt.

I § 13 fjerde ledd er det foreslått at kommunen skal kunne gjøre avtale med fastleger om deltakelse i rådgivning, opplæring, veiledning og bakvakter utover angitt aldersgrense, det vil si 60 år som er det som fremgår av forslaget. Helsedirektoratet har påpekt at det er viktig faglig sett å sikre at de mest erfarne legene deltar i legevaktordningen. Når alderen

for fritak nås, bør det kunne åpnes for fleksible løsninger der fastlegen deltar i et mindre antall primærvakter, og i stedet er disponibel for andre typer oppgaver knyttet til legevakt der legens erfaring og opparbeidet kompetanse kan utnyttes.

Fastlegens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp til sine listeinnbyggere i kontortiden videreføres som del av listeansvaret. Dette ansvaret er i dag regulert i ASA 4310 punkt 10.1 og i rammeavtalen mellom Oslo kommune og Legeforeningen punkt 12.1. Departementet mener det er hensiktsmessig å løfte denne delen av listeansvaret inn i fastlegeforskriften i forbindelse med behov påpekt i forbindelse med oppfølging av St. meld. nr. 47 (2009-2010) om å tydeliggjøre fastlegens listeansvar. Innholdet i denne plikten er foreslått nærmere spesifisert i forslag § 24, i forskriftens kapittel 4 om funksjons- og kvalitetskrav og krav til rapportering.

Fastlegens ansvar for øyeblikkelig hjelp til personer på sin liste i kontortiden kommer i tillegg til kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven til å ha et system som sikrer ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Kommunens ansvar etter kommune- helsetjenesteloven ble ikke endret med innføringen av fastlegeordningen i 2001, og er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunen kan tilplikte fastlegene å delta i kommunalt organisert legevakt på dagtid, jf. forslag til fastlegeforskrift § 13 første ledd bokstav b over som er en videreføring av gjeldende fastlegeforskrift § 12 bokstav c. Ansvarsforholdet mellom kommunen og fastlegen for øyeblikkelig hjelp på dagtid er nærmere regulert i SFS 2305 punkt 6. Hvordan dette bør organiseres, vil avhenge av forholdene i den enkelte kommune eller kommunesamarbeid.

5.9 Fastlegeavtalen

Departementets vurderinger og forslag

Kontraktsinstituttet er et kjerneelement i fastlegeordningen. Fastlegeavtalen mellom kommunen og den enkelte fastlege er det dokumentet som viser at legen har påtatt seg et fastlegeoppdrag for kommunen I tillegg vil eventuelle andre allmennlegeoppgaver fastlegen skal utføre være omtalt i avtalen.

Partene i kontrakten må ha en grad av frihet til å bestemme innholdet i avtalen. Det er viktig at kommunene er bevisst hvilke muligheter som ligger i den individuelle avtalen. På den annen side er denne kontrakten viktig for å sikre en forsvarlig fastlegeordning. Departementet mener det derfor er nødvendig å regulere enkelte sider ved avtalen i forskrift. Utkast til kapittel 5 i revidert fastlegeforskrift er delvis en videreføring av gjeldende bestemmelser, og delvis en forskriftsfesting av bestemmelser i rammeavtalen mellom KS og legeforeningen og bestemmelser i statsavtalen.

I utkast til revidert forskrift foreslår departementet at det skal inngås en individuell fastlegeavtale med alle, jf. forslag § 32 første ledd. Dette er i og for seg en presisering av forslag til ny § 2, men gitt avtalens sentrale betydning foreslår departementet å presisere at en avtale skal inngås, og at dette gjelder uavhengig av om fastlegen er ansatt eller næringsdrivende og uavhengig av om fastlegen jobber i solopraksis, gruppepraksis eller er del av en fellesliste.

I forslag til § 32 andre og tredje ledd foreslår departementet å forskriftsfeste krav til avtalens innhold, herunder hvilke andre legeoppgaver fastlegen skal utføre utover det som framgår av listeansvaret i medhold av forskriften § 12. I fjerde ledd omtales regulering av fastlegens deltagelse i arbeidet med å få nødvendig oversikt over helseutfordringene i kommunen, jf. omtalen i pkt. 5.2 over.

I § 33 foreslår departementet å forskriftsfeste en årlig rett til å kreve reforhandling av avtalen, jf. rammeavtalens pkt. 15. Endringer i avtalen vil i utgangspunktet kreve en enighet mellom partene. Dette gjelder ikke i forhold til oppgaver kommunen ensidig kan pålegge fastlegene i medhold av §§ 12 og 37 i forskriftsutkastet eller fastlegens ønske om reduksjon i/økning av listelengden.

Departementet foreslår å videreføre § 13 i gjeldende forskrift. Bestemmelsen om inngåelse av ny fastlegeavtale foreslås videreført i revidert forskrift § 34. I tillegg foreslår departementet å forskriftsfeste rammeavtalens bestemmelser om oppsigelse og varighet av fastlegeavtalen. I forslag til § 35 foreslår departementet at kommunen kan si opp avtalen med 6 måneders varsel dersom det er saklige grunner til det. Ved vesentlig mislighold kan kommunen si opp avtalen med øyeblikkelig virkning. I andre ledd foreslår departementet å forskriftsfeste at avtalen opphører uten oppsigelse når legen fyller 70 år, dog med en mulighet med årlig forlengelse frem til fylte 75 år. I tredje ledd foreslås det at avtalen bortfaller umiddelbart dersom legen mister sin autorisasjon som lege. Og at legen kan innta en vikar i suspensjonstiden frem til tilsynsmyndighetene har avgjort saken.

5.10 Sanksjoner overfor fastleger som ikke oppfyller sentrale plikter

Departementets vurderinger og forslag

Et sentralt punkt i arbeidet med revisjon av fastlegeordningen, har vært kommunenes mulighet til å styre fastlegene, og integrere fastlegetjenestene i de øvrige helse- og omsorgstjenestene. Høringssvarene fra kommunene i forbindelse med ny helse- og omsorgstjenestelov tydet på at de ikke er utrustet med tilstrekkelige virkemidler for å ivareta det overordnede ansvaret de har for allmennlegetjenesten. Flere av kommunene gir uttrykk for dette ved at de uttaler at man ønsker en sterkere styring med fastlegene, og imøteser endringene i ordningen som vil sikre dette. For eksempel ber flere av kommunene uttrykkelig om at departementet vurderer andre sanksjonsmuligheter enn avtaleoppsigelse overfor fastleger som ikke oppfyller sine plikter. Departementet mener at en etablering av tydeligere krav og forventninger til hva fastlegene skal gjøre, herunder etablering av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav og rapportering, legger grunnlaget for styring. Kommunene får da informasjon om hva fastlegene faktisk gjør, og de får dermed et utgangspunkt for dialog. Ofte vil dialog alene kunne gi gode resultater. Det har blitt påpekt at kommunene har få virkemidler dersom en dialog ikke gir ønsket resultat. I dag begrenser sanksjonsmulighetene seg til å avslutte avtaleforholdet. I mange tilfeller vil dette ikke være et reelt alternativ. I henhold til rammeavtalens bestemmelser har imidlertid kommunen flere mulige arenaer for å påvirke hvordan fastlegene utfører sine oppgaver. Det vises særlig til bestemmelsene om lokalt samarbeid i kommunen og plikten

fastlegen har til å utføre allmennlegeoppgaver på vegne av kommunen, utover listeansvaret.

Det er en forutsetning for at kommunen skal være i stand til å overholde det overordnede ansvaret for allmennlegetjenesten at de har tilstrekkelige gode muligheter til å korrigere de fastlegene som ikke oppfyller sine plikter. Som nevnt gir flere kommuner uttrykk for at dette ikke er tilfellet i dag. Departementet registrerer at flere kommuner ønsker andre sanksjonsmidler enn oppsigelse av fastlegeavtalen. Videre bør utvidede sanksjonsmuligheter se i sammenheng med at det i utkast til revidert forskrift stilles flere krav til innholdet i de tjenestene fastlegene skal levere på vegne av kommunen. Større krav til kvaliteten i tjenesten med tilhørende rapporteringskrav vil gi bedre styringsdata og et større behov for å kunne korrigere tjenesteleveransen i kontraktsperioden.

Det mest nærliggende sanksjonen for kommunen er å betale mindre for de tjenestene som leveres, dersom de ikke er av avtalt kvalitet. Et alternativ er å innføre en ordning der kommunen ilegger et gebyr for manglende etterlevelse av fastlegeavtalen. Ca. 25 prosent av inntektene til fastlegene kommer fra overføringer fra kommunen, i form av et per capita-tilskudd. Tilskuddet gis med bakgrunn i antallet listeinnbyggere basert på en sum fastsatt i årlige forhandlinger mellom stat/kommune og legeföreningen (statsavtalen).

Ved å åpne for at kommunen kan holde igjen hele eller deler av per capita-tilskuddet dersom fastlegen ikke oppfyller kravene i regel- og avtaleverk, får kommunen et nytt og effektivt sanksjonsmiddel. Fastlegen får et sterkere insitamant til å etterkomme kommunens ønsker, og kommunen kan lettere komme i dialog med fastlegene. Dette er en ny måte å vurdere per capita-tilskuddet på. Tidligere har tilskuddet blitt utbetalt automatisk ettersom fastlegen har hatt et gitt antall personer på sin liste uavhengig av hvilken kvalitet det er på de tjenestene som leveres. En mulighet for å holde tilbake tilskudd vil i realiteten si at tilskuddet er ment å dekke mer enn bare det å ha en person på listen. Det å motta tilskudd vil med en slik tilnærming også bety at fastlegen er forpliktet til å levere tjenester av en viss kvalitet. Det er etter departementets vurdering en bedre løsning å åpne for dette enn å innføre en ordning med lokale gebyrer i en nasjonal fastlegeordning. Departementet mener samtidig at det er viktig å vurdere fastlegenes behov for forutsigbarhet i avtaleforholdet.

Beslutningen om å holde tilbake tilskuddet kan isolert sett sies å være en avtalerettslig sanksjon kommunen kan iverksette overfor fastlegen som ikke oppfyller sine forpliktelser i henhold til fastlegeavtalen. Samtidig er fastlegeavtalene nært knyttet opp til utøvelsen av offentlig myndighet, og således vil formkravene som følger av forvaltningsloven komme til anvendelse. I Rt. 2007 s. 193 uttaler Høyesterett følgende:

”Kommunen og ankemotpartene er også enige om at inngåelse og oppsigelse av driftsavtale etter kommunehelsetjenesteloven er enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. Jeg er enig i dette, og viser til at driftsavtaler etter kommunehelsetjenesteloven § 4-1 er ledd i offentlig styring av et knapphetsgode som er bestemmende for rettigheter til bestemte personer, jf. forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav a og b.”

Sivilombudsmannen uttaler imidlertid følgende i forhold til en søknad om permisjon for en fysioterapeut som hadde avtale om driftstilskudd med kommunen, sak 2008/1498:

Jeg er imidlertid enig med KS i at det er grunn til å sammenligne med hvordan søknader om permisjon er vurdert på andre rettsområder. Det er nærliggende å sammenligne med søknader fra tilsatte i kommunen. Avslag på søknad om permisjon fra offentlig stiling regnes ikke som et enkeltvedtak, jf. forvaltningsloven § 2 annet ledd, se bl.a. Woxholth, Forvaltningsloven (2006) side 68 og 106 flg. med referanser. KS har fremholdt at når verken lovbestemmelsen eller rammeavtalen nevner permisjonsbehandling som enkeltvedtak, vil det gi dårlig sammenheng i regelverket dersom søknad om permisjon fra driftsavtale skal regnes som et slikt vedtak. Dette ville gi en privatpraktiserende fysioterapeut større prosessuelle rettigheter enn for eksempel en tilsatt fysioterapeut i samme kommune.

(...)

Etter en samlet vurdering har jeg ikke funnet holdepunkter for avgjørende rettslige innvendinger mot kommunens oppfattning om at avgjørelsen om å avslå As søknad om permisjon fra driftsavtalen ikke er et enkeltvedtak.”

Det kan syntes klart at inngåelse og oppsigelse av avtaler er å anse som enkeltvedtak, men at regulering av innholdet i avtalen ikke uten videre er å anse som et enkeltvedtak. Hvorvidt en beslutning om å holde igjen per capita-tilskudd etter dette er et enkeltvedtak eller en avtalerettslig sanksjon vil blant annet bero på det å holde tilbake tilskuddet er å anse som en ”utøvelse av offentlig myndighet”. Fastlegene er selvstendig næringsdrivende og inngår avtaler om å levere tjenester på vegne av kommunen. Når så disse tjenestene ikke er av avtalt kvalitet, ligner dette på andre typer avtaler som inngås mellom privatrettslige rettssubjekter. Mot dette kan det anføres at det er mangel på gjensidighet mellom kommunens pengeytelse og fastlegens ytelser på den andre side. Avtalen ligner mer på en tradisjonell myndighetsutøvelse på vegne av kommunen. Per capita-tilskuddet er imidlertid kun ett av flere elementer i ”betalingen” for de tjenestene som skal fastlegen yte, og departementet har derfor under tvil kommet til at en beslutning om å holde tilbake tilskuddet ikke er å anse som et enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. Det er imidlertid viktig å ivareta rettsikkerheten til fastlegene. Departementet mener det må stilles formkrav til en beslutning om ikke å betale ut fullt per capita-tilskudd til en fastlege.

Departementet mener blant annet at fastlegen må kunne få mulighet til å rette opp det forhold som kommunen mener er et brudd på avtalen før beslutningen om å holde tilbake per capita-tilskuddet tas. Kommunen må følgelig gjøre fastlegen oppmerksom på forholdet, og sette en frist for når forholdet må være rettet. Det må også være mulig for fastlegen å imøtegå kommunens argumenter for at det foreligger et avtalebrudd. Dersom kommunen, etter å ha hørt fastlegens innsigelser, fortsatt mener at fastlegen bryter den inngåtte avtalen eller regelverket vil varslede sanksjoner kunne iverksettes ved fristens utløp. Ettersom en beslutning om å holde tilbake per capita-tilskuddet ikke er å anse som et enkeltvedtak, må i utgangspunktet uenighetssaker bringes inn for domstolene for å få

en avgjørelse. Departementet mener imidlertid at en domstolsbehandling av denne typen spørsmål fort vil føre til uheldig tids- og ressursbruk. Departementet foreslår derfor å innføre en mulighet for fastlegen til å klage avgjørelsen inn for Fylkesmannen om å vurdere saken. På denne måten gis fastlegen en mulighet til å få prøvet saken utenfor domstolene. Departementet mener at selv om dette ikke er å anse som et enkeltvedtak, bør fastlegene ha en mulighet til å få prøvet saken på en hurtig og god måte utenfor domstolsapparatet. Departementet understreker imidlertid at det å involvere fylkesmannen ikke er en forutsetning før en eventuell domstolsbehandling av samme spørsmål. Det er opp til fastlegen selv å velge for hvilken instans vedkommende ønsker å få prøvet saken.

Videre må kommunen foreta en forholdsmessighetsvurdering når de tar en beslutning om å holde tilbake hele eller deler av tilskuddet. Det bør ikke være slik at alle brudd skal føre til at kommunen holder tilbake hele per capita-tilskuddet. Departementet mener at det bør være en type gradering i forhold til alvorligheten og varigheten av bruddet. Hvordan ulike brudd konkret skal slå ut på tilskuddet må bli en skjønsmessig vurdering fra kommunens side.

Departementet ber høringsinstansene om spesielt å kommentere på denne bestemmelsen, og om den faktisk bedrer kommunens styringsmuligheter og samtidig sikrer fastlegenes rettssikkerhet i tilstrekkelig grad.

I revidert forskriftsutkast er det foreslått å gi kommunene et økonomisk sanksjonsmiddel, ved at kommunene skal kunne holde tilbake (hele eller) deler av per capita-tilskuddet, jf. forslag til § 36 første ledd. Det vil imidlertid være viktig å sette rammer for kommunens sanksjonsmulighet, slik at legenes behov for forutsigbarhet og rettsikkerhet ivaretas.

Departementet foreslår derfor å forskriftsfeste at kommunen må gjøre fastlegen oppmerksom på forholdet skriftlig. Videre foreslås det å sette en frist for når forholdet senest må være rettet. Dersom forholdet ikke rettes står kommunen fritt til å holde tilbake hele eller deler av per capita-tilskuddet. Departementet foreslår videre å presisere i forskriften at kommunen plikter å betale ut fullt tilskudd igjen så snart påpekt forhold opphører eller blir rettet, jf. bestemmelsens tredje ledd. Dersom fastlegen er uenig med kommunen om hvorvidt det foreligger et brudd, foreslår departementet at spørsmålet kan melde inn til fylkesmannen en beslutning i saken.

5.11 Voldelige pasienter

Departementets vurdering og forslag

Utfordringer knyttet til truende og voldelige personer på fastlegenes lister meldte seg kort tid etter innføringen av fastlegeordningen i 2001. Med fastlegeordningen ble legene gitt et særskilt ansvar for innbyggere tilknyttet sine lister. Listeansvaret strekker seg over tid, det vil si utover den enkelte konsultasjon og oppfølging av denne. Ansvaret vedvarer inntil innbyggeren eventuelt velger å skifte fastlege, eller fastlegen avslutter sin praksis, eller anmoder kommunen om å foreta listereduksjon, jmfør § 39. Dagens regelverk inneholder ingen bestemmelser som åpner for å flytte en person bort fra en fastleges liste på grunnlag av vedkommendes oppførsel. Et grunnleggende prinsipp i fastlegeordningen er retten til

fritt legevalg. Det innebærer at innbyggerne selv kan velge hvilken fastlege de vil ha, så langt vedkommende lege har kapasitet, også på tvers av kommunegrenser, jf. gjeldende fastlegeforskrift § 3.

Under forberedelsene til fastlegeordningen før 2001, var problemstillinger knyttet til trusler og vold fra pasienter gjenstand for diskusjon mellom staten, Den norske legeforening, KS og Oslo kommune i Samarbeidsorganet for forberedelse av fastlegeordningen (senere Sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen – SSU). Det var enighet om ikke å regulere dette spørsmålet særskilt i fastlegeforskriften. Man mente at dette er problemer som best finner sin løsning lokalt, med ulike virkemidler (jf. Ot.prp. nr. 99 (1998-99) kap. 5.3 s. 38). I samråd med berørte parter ble det i stedet tatt inn en formulering i merknaden til gjeldende fastlegeforskrift § 5 Rett til å skifte fastlege:

”Dersom fastlegen mener det er spesielle og tungtveiende grunner som gjør at en person bør velge en annen fastlege, kan fastlegen ta det opp med vedkommende. Personen avgjør selv om skifte til annen fastlege skal skje” (merknad til gjeldende fastlegeforskriften § 5).

KS, Oslo kommune og Legeforeningen tok også inn en bestemmelse i sentral rammeavtale:

”Kommunen skal sørge for nødvendige tiltak i forbindelse med pasienter som utgjør en sikkerhetsrisiko” (Rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen pkt. 6.1).

”Kommunen og legen skal samarbeide om pasienter som utgjør en sikkerhetsrisiko, slik at kommunen kan sørge for at nødvendige tiltak iverksettes i forbindelse med behandling av disse pasientene” (Rammeavtalen mellom Oslo kommune og Legeforeningen pkt. 8.1 andre ledd).

Begge avtaler tydeliggjør at kommunen har et ansvar for å sørge for nødvendige tiltak der pasienter utgjør en sikkerhetsrisiko. I avtalen med Oslo kommune fremgår i tillegg at kommunen og aktuelle fastleger må samarbeide om disse pasientene.

Resultater fra en spørreundersøkelse blant nærmere tusen leger i 2004 (Legekårsundersøkelsen 2006) viste at 55 prosent av legene hadde opplevd trussel om vold under utøvelse av sitt arbeid, mens 29 prosent var blitt utsatt for vold én eller flere ganger. Resultatene samsvarer med en tilsvarende undersøkelse utført i 1993. Det er særlig allmennleger og psykiatere som føler seg utsatt. Det antas at dette dels skyldes forhold knyttet til pasientpopulasjonen, og dels forhold knyttet til ytelser som gis av leger i de to gruppene. Undersøkelsen viste også at leger som arbeider på legekontor opplever større utrygghet i arbeidssituasjonen enn leger i akuttavdelinger på sykehus.

Legeforeningen har opplyst om at de med jevne mellomrom mottar meldinger fra medlemmer som er blitt utsatt for vold og/eller trusler om vold mot legen selv og/eller familien. Inntrykket er at legenes terskel for å melde fra er høy.

Problemstillinger rundt truende og voldelige personer på fastlegenes lister har ved flere anledninger vært drøftet i det tidligere Sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (SSU) mellom staten, Legeforeningen, KS og Oslo kommune (senest i 2007).

Legeforeningen har også flere ganger fra 2003 skriftlig tatt opp med departementet spørsmålet om muligheten for å foreta endringer i regelverket som gir en fastlege adgang til å få flyttet en person fra sin liste i tilfeller der vedkommende person har fremsatt alvorlige trusler eller opptrådt voldelig (senest i 2010).

Tiltak for å møte problemstillinger knyttet til og voldelige personer på fastlegenes lister må søke å ivareta både legenes og pasientenes interesser. Det er erkjent at det å ha blitt utsatt for alvorlige trusler og/eller vold kan medføre mange, ofte vedvarende, reaksjoner hos både direkte og indirekte berørte. I tillegg kommer helsepersonells plikt til og ønske om å utføre adekvat og forsvarlig behandling. God behandling forutsetter oftest tillit i lege-pasientforholdet. Personer som opptrer truende og/eller voldelig overfor helsepersonell og andre tilhører ofte utsatte grupper med stort behov for helsetjenester, ofte også langvarige og/eller sammensatte tjenester. Det er viktig at disse personene ikke blir ”kasteballer” mellom kommunens fastleger. Dette kan også forsterke deres oppfatning av mistillit fra helsetjenesten, og medføre at atferden forverres i møte med nye leger.

Flere typer tiltak har vært forsøkt i forbindelse med truende og/eller voldelige pasienter, men har i mange tilfeller ikke vært tilstrekkelige for å løse problemet. Eksempler på slike tiltak er assistanse fra vektertjeneste eller politi, besøksforbud, ofte kombinert med voldsalarm, og spesiell innredning av legekantor. Andre sikkerhetsinnretninger, som alarmsystem knyttet til journalsystem, har vært drøftet.

Tidligere Alment praktiserende lægers forening (Aplf) utviklet i 2003 en veileder, Vold og trusler på legekantoret. Veilederen beskriver hvordan det kan forebygges at leger og legers medarbeidere blir utsatt for vold, og hvordan situasjonen best kan håndteres hvis en selv, ens familie, ansatte eller andre som oppholder seg på legekantoret er utsatt for vold eller trusler. Som et ledd i arbeidet med å forebygge alvorlige hendelser utga Helse- direktoratet i 2007 et rundskriv (IS-9/2007), Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy. Målgruppen er primært tjenester innen psykisk helsevern.

Det har også vært forsøkt, både av fastleger og samarbeidende helsepersonell, å anmode personer som har fremsatt alvorlige trusler eller utøvd vold, om å skifte fastlege, jf. gjeldende forskrift § 5, men uten at dette har ført fram.

I noen ekstreme tilfeller har kommunen, etter oppfordring fra KS og Legeforeningen, besluttet å flytte en person fra en fastleges liste til en annen liste, med bistand fra HELFO, selv om det ikke er hjemmel for dette i dagens regelverk. KS og Legeforeningen orienterte i 2007 departementet om dette, og at det var snakk om nødssituasjoner.

Departementet mener at det er sterke hensyn som taler for at det bør åpnes for adgang til å flytte en person fra en fastleges liste mot vedkommendes vilje. I tillegg til å utgjøre en sikkerhetsrisiko for legen, vil truende og voldelig oppførsel bryte ned den tillit mellom lege og pasient som er en forutsetning for gjennomføringen av et behandlingsopplegg. I de tilfeller det her er snakk om, vil ikke bistand fra vakselskap/politiet under konsultasjonen være tilstrekkelig for gjennomføringen av behandlingen.

Ikke å åpne for å flytte en person fra en fastleges liste mot sin vilje vil, som i dag, kunne innebære uavklarte rettslige situasjoner som først og fremst er uheldig for de pasientene

dette gjelder. I tilfeller der fastlegen har fått innvilget besøksforbud etter straffeprosessloven, har fastlegen fortsatt listeansvar for personen, jf. fastlegeforskriften § 7, samtidig som pasienten rettslig sett er avskåret fra å oppsøke legen. Dette fratar for øvrig ikke kommunen ansvaret for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd, eller ethvert helsepersonells ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7.

Det er ikke gitt at en person som har opptrådt voldelig overfor én fastlege, vil opptre voldelig overfor en annen, da slik hendelse kan være situasjonsbetinget eller skyldes særlige (motsetnings)forhold. Det er derfor ikke grunnlag for å frata personen muligheten for å ha en (ny) fast legekontakt i første omgang. Selv om en forskriftsendring hovedsakelig er ment å beskytte fastlegen, vil en overføring til en annen fastleges liste i mange tilfeller også kunne være til det beste for pasienten dersom det utvikles et godt lege-pasientforhold som gjør den nye legen i stand til å yte bedre helsehjelp. Departementet vil derfor foreslå å åpne for en mulighet til å kunne flytte en person fra en fastleges liste til en annen liste mot personens vilje. Indirekte vil en innbygger dermed i gitte tilfeller kunne bli pålagt å skifte lege. Departementet vil imidlertid presisere at det vil være snakk om å innføre en svært begrenset adgang til å kunne overføre truende og voldelige personer til en annen fastleges liste mot deres vilje.

I Danmark har man regulert adgang for legen til å frasi seg pasient som har opptrådt truende og voldelig overfor legen i Landsoverenskomst om almenlægegjerning mellom Sygesikringens Forhandlingsutvalg (SFU) og Praktiserende Lægers Organisasjon (PLO). I reguleringen inngår også, som et ytterligere tiltak i de mest ekstreme tilfellene, et system for rotasjon av ansvaret for personen blant fastlegene innen et bestemt geografisk område.

Det danske systemet for håndtering av truende og voldelige personer på fastlegenes lister er ikke helt sammenlignbart med det norske blant annet fordi privatpraktiserende fastleger i regionene gjennom sin fagforening (PLO) forhandler direkte med det som tilsvarer HELFO i Norge (SFU). Det betyr blant annet at "overenskomsten" er mer detaljert enn det som vil være naturlig å regulere i en forskrift. I Danmark er alle fastleger selvstendig næringsdrivende og har avtale med regionen, ikke med kommunen som i Norge. I Danmark er det også slik at innbyggernes legevalg i sin alminnelighet er geografisk avgrenset til et område i en viss avstand fra innbyggerens bosted.

Etter den danske overenskomsten kan en fastlege i Danmark frasi seg listeansvaret for en person ved å henvende seg til regionen. Det synes dermed å være forutsatt at fastlegen er gitt en rett til å kunne frasi seg listeansvaret for en person. Et sentralt prinsipp i den norske fastlegeordningen er at det er pasienten som skal kunne velge lege. I samsvar med dette skal en lege ikke kunne velge bort pasienter. I Norge er også brukerne gitt en forskriftsfestet rett til å velge fastlege.

En annen mulighet er å gi fastlegen en rett til å anmode ansvarlig myndighet om å bli fritatt fra listeansvaret for en person som har opptrådt truende/voldelig, og at denne myndigheten fatter vedtak i saken. I Norge vil kommunen være den myndighet som er nærmest til å ha et slikt ansvar. Dette følger av kommunens ansvar for å organisere

fastlegeordning og sørge for nødvendige allmennlegetjenester til personer som midlertidig oppholder seg i kommunen (forslaget til forskrift §§ 3 og 4), og av kommunens ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. En begrensning av retten til en anmodningsrett for fastlegen vil kunne vise seg å være for uklar og i noen tilfeller ikke være til nytte/bidra til ønsket effekt. På den annen side vil en slik avgrensning av fastlegens rett sikre at en lege ikke uten videre kan velge bort en ”brysom pasient”. Legeforeningen har selv i brev til departementet foreslått at ”Fastlege kan anmode kommunelegen om å få flyttet pasient fra sin liste dersom pasienten har fremsatt alvorlige trusler eller har opptrådt voldelig overfor fastlegen. Kommunelegen kan fatte vedtak om at pasient i slike tilfeller flyttes fra fastlegens liste.”

Videre fremgår det av den danske overenskomsten at samarbeid lokalt er sentralt i forhold til de beslutninger som fattes. Dette er i tråd med de føringer som ligger til grunn for den norske fastlegeordningen. De fleste forhold og utfordringer knyttet til organisering og drift av fastlegeordningen er av lokal karakter og vil løpende måtte vurderes og løses av partene lokalt. Den lokale styring av fastlegeordningen forutsetter nødvendig samarbeid legene imellom, eventuelt gjennom Allmennlegeutvalget, samarbeid mellom kommunen og legene i Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) og samarbeid mellom fastlegene og andre aktører i kommunen, for eksempel helsestasjons- og skolehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten.

En ordning som den danske for håndtering av truende/voldelige personer på listen vil vanskelig kunne gjennomføres i Norge uten å begrense innbyggerens legevalg til et avgrenset geografisk område slik hovedregelen er i den danske fastlegeordningen. I Norge vil det mest naturlige være å begrense valget til kommunens fastleger, eller til legene i kommuner som har inngått formelt samarbeid om fastlegeordningen.

Den danske ordningen innebærer i praksis også, overført til det norske systemet, at innbyggeren etter å ha valgt/blitt plassert på en annen liste, ikke lenger vil ha mulighet til å bytte fastlege eller be om en ny vurdering hos annen fastlege, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c andre ledd og gjeldende fastlegeforskrift § 5 første ledd og § 6. Det vises til overenskomsten § 34 tredje ledd andre punktum foran.

En turnusordning som den i Danmark for de mest ekstreme tilfellene, vil eventuelt innebære at innbyggeren ikke lenger får det samme tilbudet om kontinuitet i lege-pasientforholdet, men må forholde seg til forskjellige leger. Innbyggeren beholder sin rett til å stå på liste, men får ikke selv avgjøre hvilket legekantor/lege han/hun bestiller time ved. En slik ordning vil fremdeles være innenfor rammen av dagens lov som gir rett til å stå på liste hos fastlege, men vil være en innskrenkning i retten til å velge fastlege, jf. forskriften § 3, andre og fjerde ledd.

Ettersom flytting av en person fra en fastleges liste til en annen leges liste mot personens vilje ikke fratrar personen den rett vedkommende har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c til å være omfattet av fastlegeordningen/stå på liste, vurderes at mulighet for å flytte en person fra en liste til en annen kan gis gjennom forskriftsendring uten at lovendring kreves.

Avhengig av hva slags løsning som velges, kan en åpning for å flytte en person fra én liste til en annen, innebære at det gjøres unntak fra pasientrettighetene som fremgår av gjeldende forskrift §§ 3 og 5 over.

Spørsmålet om å etablere en unntaksadgang vil i første rekke bero på en interesseavveining mellom legens behov for personlig sikkerhet på arbeidsplassen og innbyggerens rett til å velge fastlege. Et annet viktig aspekt er rammene rundt ivaretagelse av pasienten. God behandling/oppfølging hviler på et tillitsforhold mellom behandler og mottaker av tjenester.

Å flytte en innbygger fra en fastleges liste mot vedkommendes vilje anses som et drastisk tiltak og må være en nødløsning der enklere tiltak ikke har ført fram. Det kan også være aktuelt å se en slik løsning i sammenheng med andre aktuelle tiltak fra kommunens side overfor denne pasienten.

I utkast til revidert fastlegeforskrift foreslås nye bestemmelser som åpner for å fjerne personer som har opptrådt truende og/eller voldelig overfor legen, dennes medarbeidere eller familie fra listen. Det foreslås at en fastlege kan anmode kommunen, som ansvarlig for fastlegeordningen, om å få fjernet innbyggeren fra sin liste. Departementet foreslår også å tydeliggjøre kommunens plikt til å sørge for nødvendige tiltak i forbindelse med pasienter som utgjør en sikkerhetsrisiko, ved å ta inn i forskriften dagens bestemmelse i sentrale rammeavtaler mellom KS/Oslo kommune og Legeforeningen. Kommunen fatter nødvendig vedtak om tvangsflytting fra listen og gir melding om eventuelt skifte av lege til HELFO som administrator for listesystemet. Det forutsettes at situasjonen først har vært forsøkt løst på andre måter, blant annet ved å anmode innbyggeren om å skifte fastlege, jf. gjeldende forskrift § 5. Departementet forutsetter at det fremføres vektige begrunnelser fra kommunens side for eventuelt ikke å etterkomme fastlegens anmodning.

Det kan være hensiktsmessig så langt mulig å bygge på eksisterende system med oppfordring til personen om å skifte fastlege. Det vil være en fordel om det på forhånd har vært en drøfting lokalt mellom kommunen og aktuelle fastleger om hvem som kan ha vedkommende på sin liste. En slik bestemmelse er ment å fungere som en ”sikkerhets-ventil”, og ikke som en generell mulighet for legen til å velge bort ”brysomme pasienter”.

Før en person etter anmodning tas ut av en liste, må vedkommende gis begrunnet varsel om dette og gis mulighet til å velge en ny fastlege, samt opplyses om klagemulighet. Dersom valg ikke foretas innen en gitt frist, plasseres personen på en annen fastlegeliste i kommunen.

En ”tvangsflytting” av en person fra en fastleges liste vil imidlertid kunne forskyve problemet til en annen fastlege, såfremt ingen andre tiltak blir vurdert samtidig. Den nye fastlegen bør derfor varsles om bakgrunnen for legebyttet, både for å kunne møte pasienten på best mulig måte, og for å ha mulighet til å sørge for eventuelle sikkerhets-tiltak knyttet til planlagt konsultasjon.

Det bør fastsettes en frist for når en eventuell ny vurdering av grunnlaget for særbehandlingen kan foretas.

I ekstreme tilfeller vil det kunne oppstå en situasjon der samtlige fastleger i rimelig avstand fra en persons bosted, etter anmodning til kommunen, har fått flyttet denne personen fra sine lister. Det kan også tenkes situasjoner der det vil være urimelig eller uhensiktsmessig at personen tildeles enda en ny, fast legekontakt. Partene lokalt bør bli enige om et back-up-system for ivaretagelse av nødvendig helsehjelp til pasienten i slike tilfeller. Som eksempel vises til omtale over av det danske turnussystemet (jf. den danske overenskomsten § 34 femte ledd).

For å kunne gjennomføre tiltak som redegjort for over, foreslås to nye bestemmelser i fastlegeforskriften om henholdsvis kommunens ansvar i § 5 og fastlegens anmodningsrett i § 16. I tillegg foreslås noen mindre endringer i pasientrettighetene slik de fremgår av gjeldende forskrift §§ 3 og 5, ved at retten til å velge lege begrenses 1) ved at legevalget begrenses til fastlegene i kommunen eller i samarbeidende kommuner (det vil si kommuner som har inngått formelt samarbeid om fastlegeordningen), eller til de fastleger kommunen bestemmer, og 2) ved at innbyggeren i gitte situasjoner kan pålegges å skifte fastlege.

Departementet har følgende konkrete forslag til endringer i pasientrettighetene i gjeldende fastlegeforskrift §§ 3 Retten til å stå på liste hos fastlege og 5 Rett til å skifte fastlege:

Forslag til § 3 nytt sjette ledd:

I tilfeller der en fastlege har anmodet om og blitt fratatt fra listeansvaret for en person på grunn av dennes truende eller voldelige atferd, begrenses innbyggerens legevalg til de fastleger kommunen bestemmer jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene §§ 5 og 16.

Forslag til endringer i § 5 første ledd (endringer i kursiv):

Person som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger per år, så fremt det er ledig plass på annen fastleges liste. Fastlegen kan ikke nekte å ta vedkommende inn på listen dersom det er ledig plass på listen *så fremt ikke kommunen har fattet vedtak om å flytte personen fra denne listen på grunn av vedkommendes truende eller voldelige atferd, jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene §§ 5 og 16 og denne forskrift § 3 (nytt) sjette ledd*. Skifte skjer ved henvendelse til det organ Helsedirektoratet bestemmer.

Endringene er gjengitt i forhold til gjeldende fastlegeforskrift. Gjeldende bestemmelser vil få en ny nummerering i utkast til ny forskrift hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c. Se kap. 8 for utkast til forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen og kap. 7 for spesielle merknader til forskriften.

5.12 Pasient-/brukerrettigheter i fastlegeordningen

Departementets vurderinger og forslag

Helse- og omsorgstjenesteloven blir en tilnærmet rendyrket ”pliktlov” for kommunene, mens kommunehelsetjenesteloven har bestemmelser om både kommunens plikter og pasientens rettigheter. På helseområdet var i hovedsak rettighetsbestemmelsene samlet i pasientrettighetsloven og en «dobbelregulering» av rettighetene kan skape uklarhet om

hva som gjelder. Av regeltekniske grunner ble den enkeltes rett til fastlege etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1a flyttet til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c. Flyttingen innebar i seg selv ingen utvidelse eller innskrenkning av rettighetene. Det å etablere et skille mellom kommunens plikter og pasient og brukers rettigheter i ulike lover ville etter departementets oppfatning gjøre regelverket mer oversiktlig og lettere tilgjengelig.

Departementet mener det er hensiktsmessig å videreføre dette skillet også på forskriftsnivå. Gjeldende fastlegeforskrift har i kapittel 2 ulike bestemmelser om personer som står på liste hos fastlege. Retten til å stå på liste og valg av fastlege for barn er nærmere regulert i dette kapittelet. Retten til å skifte fastlege og retten til en ny vurdering er også regulert her. I pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c fjerde ledd gis særskilt hjemmel til å gi forskriftsbestemmelser om gjennomføring og utfylling av pasientrettigheter i fastlegeordningen, herunder om barns rettigheter og plassering på liste. Med hjemmel i nevnte bestemmelse foreslår departementet å fastsette en ny forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen. I utgangspunktet er dette en videreføring av §§ 3 til 6 i gjeldende fastlegeforskrift. I tillegg foreslår departementet å forskriftsfeste pkt. 2.3.3 i statsavtalen i denne forskriften, om enkelte unntak fra hovedregelen om tilgangen til lukkede lister. Det vises til forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen § 5. Departementet mener at det er hensiktsmessig å løfte disse bestemmelsene opp i forskriften. Det vises også til den generelle omtalen under pkt. 5.3 over. Det er videre nødvendig å med enkelte tekniske justeringer i bestemmelsene som flyttes som følge av forslag om revidering av fastlegeforskriften. Det er også nødvendig med tekniske endringer som følge av ny helse- og omsorgstjenestelov og nye bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven. Videre vises det til omtalen i pkt. 5.11 over og nødvendige endringer i rettighetsbestemmelsene som følge av forslag til nye bestemmelser i revidert fastlegeforskrift knyttet til voldelige og truende pasienter. Departementet foreslår videre å forskriftsfeste en rett for pasienter å få tilbud om time hos sin fastlege innen 2. alternativ 5. arbeidsdag etter bestilling av time, jf. forslag til § 2 i forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen. Bestemmelsen må ses i sammenheng med fastlegens plikt til å tilby time innen samme frister, jf. forslag til § 23 i fastlegeforskriften. Forskriften om pasientrettigheter i fastlegeordningen er fastsatt med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c. Listeinnbyggere som mener at de ikke har fått oppfylt sine rettigheter etter forskriften om pasientrettigheter i fastlegeordningen eller etter fastlegeforskriften vil følgelig kunne klage fylkesmannen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

Se pkt. 8.2 for utkast til forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen og pkt. 7.2 for spesielle merknader til forskriften.

5.13 Øvrige bestemmelser

I dette punktet vil de bestemmelsene som ikke naturlig faller inn der øvrige bestemmelser blir omtalt. Dette er i all hovedsak bestemmelser som er videreført fra gjeldende forskrift, samt bestemmelser om ikrafttredelse og en omtale av å fjerne enkelte overgangsbestemmelser.

Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår å endre forskriftens formålsbestemmelse. Dette har i hovedsak sammenheng med at forskriften nå ti år etter at fastlegeordningen ble innført har et noe annet formål. Ved innføringen var det viktig å understreke nettopp dette med innføringen av en ny ordning. Nå er det vel så viktig å understreke at formålet med forskriften etter foreslåtte revidering er å sikre allmennlegetjenester av god kvalitet, jf. forslag til § 1.

I § 2 foreslår departementet å videreføre samt presisere definisjonen av en fastlege. I tillegg foreslår departementet å definere begrepet fastlegeavtale. Fastlegeavtalen er en samlebetegnelse på de ulike elementene som kommunen og legen inngår avtale om ved tiltredelse i en fastlegehjemmel.

I § 15 foreslår departementet å innføre en plikt for fastlegen til å stille i møter med kommunen med det formål å drøfte legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak. Dette er en forskriftsfesting av rammeavtalen pkt. 10.5. Departementet mener at dette vil styrke samarbeidet mellom kommunen og fastlegen, samtidig som det sikrer at kommunen i best mulig grad kan benytte egne fastlegeresurser til å oppnå kommunale målsetninger og fastlegen holdes informert. Denne typen møter kommer i tillegg til andre type møter som avholdes i forbindelse med pasientoppfølging. Departementet foreslår at det skal være opp til kommunen å vurdere hvor ofte det er ønskelig med denne typen møter.

Foreslåtte bestemmelser i forskriften kapittel 6 er i all hovedsak videreføring av eksisterende bestemmelser. I tillegg har departementet foreslått å forskriftsfeste enkelte elementer fra statsavtalen.

I forslag til § 37 videreføres gjeldende § 12 første ledd bokstav a og § 14 om listelengde med ett unntak. Av gjeldende § 12 første ledd bokstav a følger det at kommune kan stille som vilkår for avtaleinngåelse at fastlegen har minimum 1500 personer på sin liste ved fulltids kurativ praksis. Departementet foreslår å videreføre denne retten kommunen har til å kreve et listetak på minimum på 1500 personer. Av gjeldende § 12 kan det fremstå som noe uklart hvilke muligheter kommunen har til å heve listetaket etter inngått avtale. Departementet mener det derfor er behov for å presisere at kommunen ensidig har adgang til å justere et avtalt listetak opp til 1500 ved behov. Kommunen er ansvarlig for både fastlegeordningen og for allmennlegetjenestetilbudet, og må til enhver tid kunne utnytte egne legeresurser på en best mulig måte. En mulighet for kommunen til å justere listetaket opp et minimumsnivå på 1500 personer ved behov vil bidra til å dette. De samme vurderinger som ligger til grunn for at kommunen bør kunne endre innhold i, og mengde av, allmennlegeoppgaver innen for rammen på 7,5 timer, gjelder også her. Bestemmelsen gir ikke kommunen en tilsvarende rett til å redusere listetaket ned til 1500 eller lavere fra et høyere nivå. Dersom kommunen skulle ønske en reduksjon av listetaket må dette skje gjennom enighet med den aktuelle fastlege. Det vises for øvrig til utkast til § 39 med merknader.

I forhold til listelengde foreslås det å fjerne muligheten for å avtale lengre listelengde enn 2500 personer. Begrunnelsen for ikke å gjøre endringer i de viktigste bestemmelsene

knyttet til listelengde nå, er i hovedsak at det er et usikkert forhold mellom listelengde og kvalitet i tjenesten. I dag er kunnskapsgrunnlaget for svakt til å kunne trekke begrunnede konklusjoner, og det er derfor behov for å utrede dette nærmere. Krav til rapportering vil også kunne gi bedre kunnskap om dette. Helse- og omsorgsdepartementet mener at det er mye som tyder på at allmennlegenes oppgaver har økt de senere årene. Det er derfor et behov for en kartlegging av hva allmennlegene bruker sin tid på, for å få mer kunnskap for å vurdere behovet for å redusere/endre reguleringen av listelengde. Departementet mener at muligheten til å avtale listelengde lengre enn 2500 ikke bør videreføres. Dette fordi så lange lister med stor sannsynlighet er uheldig, gitt det helhetlige ansvaret departementet ønsker at fastlegene skal ta.

I forslag til § 38 videreføres gjeldende § 15 om prioritering av personer som er tilmeldt fulltegnede lister. Forslag til § 39 er delvis en videreføring av gjeldende § 16 om reduksjon av liste, og delvis en forskriftsfesting av Statsavtalen pkt. 2.3.4. Departementet mener at det er hensiktsmessig å løfte denne bestemmelsen opp i forskriften. For øvrig vises det til den generelle omtalen i høringsnotatet pkt. 5.3.

Forslag til § 40 i revidert forskrift er en videreføring av gjeldende § 17 om suspensjon av ordningen ved legemangel. I tillegg er det gjort en retts teknisk justering i bestemmelsen som følge av ny helse- og omsorgstjenestelov.

Forslag til bestemmelse om iverksettelse er lagt til § 41 og kapittel 8. Departementet foreslår at forskriften trer i kraft når departementet bestemmer. Forslag til § 41 er utformet slik at den åpner for at departementet kan bestemme ulikt ikrafttredelsestidspunkt for de ulike bestemmelsene i forskriften.

6 Økonomiske og administrative konsekvenser

De fleste av endringene i denne forskriften, både de som gjelder kommunene og de som gjelder fastlegene, er presiseringer av eksisterende krav som fremgår enten av eksisterende fastlegeforskrift, av annet lov-/regelverk eller av sentralt avtaleverk. Slike presiseringer anses ikke å ha økonomiske eller administrative konsekvenser. Dette gjelder endringer i forskriften for å tydeliggjøre kommunenes ansvar for fastlegeordningen, herunder for kvaliteten på tjenestene som ytes. Disse endringene er tekniske endringer uten økonomiske eller administrative konsekvenser. Dette gjelder også presiseringen av fastlegenes listeansvar og innføring av nasjonale funksjons- og kvalitetskrav, som i hovedsak er en presisering av dagens krav, men slik at noen krav er løftet fra avtaler til forskrift. Kravene om å ha oversikt over listeinnbyggerne (§ 19), oppsøkende virksomhet (§ 20), allmenne tilgjengelighetsbestemmelser (§ 23), legemiddelgjennomgang (§ 27) anser Helse- og omsorgsdepartementet at er presisering av forsvarlighetskravet slik det defineres i lovverket og i den kollegiale standard for god praksis. Krav om elektronisk pasientjournal m.m. (§ 29) har fastleger allerede blir kompensert for ved innføringen av kravene i årets forhandlinger om statsavtalen.

Endringene i forskriften legger til rette for at kommunene kan følge opp fastlegene tettere og integrere fastlegene bedre i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slik sett er forskriften et virkemiddel for kommunene, og gir et handlingsrom de kan bruke ut fra lokale vurderinger av behov. Virkemiddelet (forskriften) anses ikke å gi økonomiske og administrative konsekvenser i seg selv.

For kommunene innebærer forskriften én ny plikt. Dette er plikten til å fatte vedtak i forhold til flytting av voldelige/truende pasienter fra en fastleges liste. Det forventes at dette dreier seg om 10-15 vedtak årlig på landsbasis. Kostnaden ved dette anslås til om lag 70 000 kroner årlig totalt for alle kommuner. Plikten til å iverksette tiltak følger allerede av sentral rammeavtale og har derfor ikke økonomiske eller administrative konsekvenser.

Departementet mener at dagens finansieringsmodell for fastlegeordningen, der den rammebaserte delen av finansieringen er basert på et per capita-tilskudd, innebærer at per capita-tilskuddet dekker oppgaver knyttet til listen og ikke kun faste driftskostnader. Dette fordi størrelsen på tilskuddet varierer med antallet listeinnbyggere. Omfanget av faste driftskostnader i form av kontor og utstyr mv. vil ikke være proporsjonalt med antallet listeinnbyggere, slik per capita-tilskuddet er. Oppgaver knyttet til listen, for eksempel i form av oversikt over egenskaper ved personer på listen, legemiddelgjennomgang mv. må derfor anses som dekket gjennom per capita-tilskuddet. I den grad omfanget av administrativ oppgaver (eller andre typer oppgaver) knyttet til den enkelte listeinnbygger varierer, avhengig av egenskaper ved personen, kan det være aktuelt å vurdere risikojustering av tilskuddet innenfor gjeldende rammer. Departementet vil i denne sammenheng vise til Nasjonal helse- og omsorgsplan, der man har varslet at finansieringsmodellen for fastlegeordningen vil bli vurdert i forbindelse med implementering av ny forskrift.

Økt antall konsultasjoner og hjemmebesøk som følge av at fastlegene blir mer proaktive, vil medføre en økt utgift for folketrygden til refusjoner og mer egenbetaling for berørte pasienter.

Økte krav til tilgjengelighet i form av krav til telefontilgjengelighet, ventetid for time og mulighet for timebestilling på sms og e-post vil kunne ha økonomiske og administrative konsekvenser. De ulike forslagene bør ses i sammenheng da innføring av mulighet for timebestilling på sms og e-post vil gjøre det lettere å oppfylle kravene både til telefontilgjengelighet og ventetid for time. Flere legekantor i Norge har innført et system med time på dagen. Dette systemet forutsetter at timebestilling kan skje på sms og e-post. Å kjøpe denne tjenesten koster om lag 6-7000 kroner pr år per legekantor. Det forutsettes i tillegg at legekantoret er oppkoblet til Norsk Helsenett SF, noe som i dag stort sett er tilfelle. I tillegg kommer brukerbetaling på kr. 6 per SMS sendt og kr. 0,80 per melding som respons fra legekantoret. Systemet medfører innsparing i form av personell til å svare på telefon og synes ikke å medføre økt arbeidsbelastning for legene, kun er omfordeling av tid/timer. Til fratrekk kommer at brukernes betaling for telefonoppringning reduseres. For legekantorene får omleggingen administrative konsekvenser ved at de ansattes praksis må legges om og personell omdisponeres til å svare på innkomne e-post og sms i stedet for å besvare telefon.

Forskriften legger opp til økte rapporteringskrav. Å utrede og avklare hvilke rapporteringskrav som skal gjelde, vil kreve ressurser hos statlige helsemyndigheter. Nye rapporteringskrav kan medføre administrativt merarbeid hos legene, men det vil være et mål at data skal kunne genereres på en effektiv måte ved uttrekk fra EPJ uten manuell rapportering. Rapporteringen vil muliggjøre sterkere styring og er nødvendig for at kommunene skal kunne avgjøre om deres sørge for-ansvar er oppfylt. Hvordan kommunene følger opp rapporteringen vil imidlertid, som beskrevet over, i noen grad være opp til den enkelte kommune.

7 Spesielle merknader

7.1 Forskrift om fastlegeordningen i kommunene

Kapittel 1. Formål og definisjoner

Til § 1 Formål

Formålet med fastlegeordningen er å gi befolkningen trygghet gjennom god tilgjengelighet til allmennlegetjenesten, og at de mottar tjenester av god kvalitet til rett tid. Fastlegeordningen, som ble innført i 2001, var en systemreform for å sikre bedre tilgjengelighet og bedre kvalitet. Reformen har langt på vei nådd målene, men for enkelte brukergrupper er det fortsatt behov for forbedringer. Revidert forskrift viderefører og presiserer hovedelementene i fastlegeordningen, men forskriften er samtidig betydelig omstrukturert.

Til § 2 Definisjon

Den første definisjonen av tydeliggjør at ”fastlege” er en lege som har inngått en avtale med en kommune hvor avtalen eksplisitt sier at legen skal delta i kommunens fastlegeordning. Dette gjelder uavhengig av om legen skal delta i ordningen som fast ansatt i kommunen eller som selvstendig næringsdrivende.

Den andre definisjonen tydeliggjør at en ”fastlegeavtale” er en individuell avtale som inngås mellom kommunen og den enkelte fastlege. Det kan følgelig ikke inngås en felles fastlegeavtale med alle leger i kommunen. I forskriften § 32 andre og tredje ledd fremgår hva som minimum skal være regulert i en fastlegeavtale.

Den tredje definisjonen definerer begrepet listeinnbygger. Begrepet brukes for å omtale personer som står på en fastlegeliste. Begrepet definerer en videre krets enn pasientbegrepet, ettersom begrepet listeinnbygger også innbefatter personer som ikke har oppsøkt fastlegen for å motta helsehjelp.

Kapittel 2. Kommunen

Til § 3 Det kommunale ansvaret for allmennlegetilbudet

Denne bestemmelsen presiserer det kommunale ansvaret for allmennlegetilbudet.

Første ledd presiserer at kommunen skal sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige allmennlegetjenester. Denne plikten fremgår også av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, men er tatt med i forskriften av pedagogiske årsaker. Departementet mener det er viktig å fremheve at kommunen har det overordnende ansvaret for en god og forsvarlig allmennlegetjeneste til alle som oppholder seg i kommunen.

Andre ledd tydeliggjør at kommunen kan samarbeide med andre kommuner om å tilby allmennlegetjenester. Dette følger allerede av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd, men er som første ledd tatt med i fastlegeforskriften av pedagogiske årsaker.

Til § 4 Der kommunale ansvaret for organiseringen av fastlegeordningen

Denne bestemmelsen er i all hovedsak en videreføring av fastlegeforskriften § 11 om ansvar for organisering av fastlegeordningen.

Første ledd er en presisering av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Av loven følger det at kommune skal tilby en fastlegeordning. I dette påligger det kommunen både å organisere ordningen og å sørge for at alle som ønsker fastlege i kommunen får et tilbud om det, forutsatt da at personen har rett til å stå på en fastlegeliste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c.

Andre ledd presiserer at kommunen, for å kunne tilby de som ønsker fastlege i kommunen plass på en fastleges liste, må inngå avtaler med et tilstrekkelig antall fastleger. I tillegg må det være ledig kapasitet på lister slik at pasientrettighetene etter forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen §§ 3 og 7 kan ivaretas.

Tredje ledd presiserer at kommuner kan samarbeide om selve organisering av fastlegeordningen.

Til § 5 Særlig om personer som utgjør en sikkerhetsrisiko

Denne bestemmelsen er ny i forskriften, og er delvis en forskriftsfesting av rammeavtalens punkt 6.1.

Første ledd pålegger kommunen et ansvar for å iverksette nødvendige tiltak for å ivareta tryggheten til fastleger som opplever vold eller trusler mot seg, sin familie eller sine medarbeidere. Ett av tiltakene kommunen skal vurdere er å flytte en listeinnbygger ut av listen. Dette kan imidlertid ikke være første alternativ til løsning. Kommunen skal ha for søkt andre løsninger først, som for eksempel å anmode innbyggeren om å skifte fastlege.

Dersom kommunen fatter vedtak om å tvangsflytte en listeinnbygger, må de sørge for å underrette Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) om sin beslutning, slik at HELFO kan foreta de nødvendige endringer i aktuelle fastlegelister.

Andre ledd presiserer at kommunen fortsatt er ansvarlig for allmennlegetjenester til personer som mot sin vilje er flyttet fra en fastlegeliste. Pasienter som opptrer voldelig eller truende vil ofte ha et minst like stort behov for allmennlegetjenester som befolkningen for øvrig. Kommunen bør søke å løse sine forpliktelser i samarbeid med kommunens øvrige fastleger.

Til § 6 Kommunens ansvar for informasjon

Denne bestemmelsen er en delvis forskriftsfesting av rammeavtalens punkt 7.1 og 7.2.

Første ledd pålegger kommunen et ansvar å informere befolkningen om fastlegeordningen. Plassering av ansvaret hos kommunen følger av at det er kommunen som er ansvarlig for fastlegeordningen, jf. forskriften § 4. Bestemmelsen vil også motvirke at den

enkelte lege skal bruke tid og ressurser på alminnelig informasjonsarbeid overfor befolkningen og overfor den enkelte pasient.

Andre ledd forplikter kommunene til å informere om alle forhold som kan få betydning for den enkelte leges virksomhet. Det vil for eksempel være informasjon om en forventet legemangelssituasjon. Første ledd stiller krav til når kommunene må informere legen; "på et så tidlig tidspunkt som mulig". Det vil som hovedregel innebære tidspunktet for når kommunen har kunnskapen.

Til § 7 Kommunens ansvar for kvaliteten i allmennlegetjenesten

Denne bestemmelsen er en presisering av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Første ledd presiserer at kommunen er ansvarlig for at allmennlegetjenestene de tilbyr er forsvarlige og av god kvalitet. Det forhold at kommunen velger å inngå en avtale med private næringsdrivende om å levere tjenester på kommunens vegne fritar ikke kommunene fra dette ansvaret. Legevaktstjenester er også en allmennlegetjeneste som kommunen er ansvarlig for, og kommunen er følgelig også ansvarlig for kvaliteten på de legevaktstjenester som blir tilbudt.

Andre ledd tydeliggjør at kommunen er ansvarlig for at kravene til funksjon og kvalitet som stilles til fastlegene i forskriften kap. 4 §§ 17-30 blir overholdt. Funksjons- og kvalitetskravene som stilles til de som utfører tjenesten er langt på vei en presisering av kvalitetsbegrepet for fastlegeordningen. Det er kommunen som er ansvarlig for fastlegeordningen, og kommunen er følgelig ansvarlig for at kravene blir overholdt, jf. forskriften § 4.

Til § 8 Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid

Denne bestemmelsen er en presisering av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4. Kommune plikter å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommune og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester som er omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven.

Første ledd presiserer at kommunen skal legge til rette for samarbeid med fastlegene. Fastlegene vil være en viktig resurs for kommunen til å løse ulike kommunale problemstillinger. Et godt samarbeid mellom kommunen og fastlegene vil derfor være viktig.

Andre ledd presiserer at kommunen også skal legge til rette for samarbeid mellom de kommunale tjenestene, og sørge for at fastlegetjenesten blir godt integrert i sine tjenester. Fastlegen tilbyr en kommunal tjeneste på vegne av kommunen, og en god ressursutnyttelse forutsetter at alle delene av kommunens helse- og omsorgstilbud er godt integrert. Kommunen må sørge for at samarbeidet er forutsigbart for alle parter, og en skriftlig nedtegning av samarbeidsrutinene kan bidra til dette. Etablering av skriftlige rutiner er i samsvar med krav i internkontrollforskriften.

Tredje ledd presiserer at kommunen også har et ansvar for å legge til rette for et godt samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Kommunen skal med dette bidra til at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Til § 9 Økonomisk vederlag til næringsdrivende fastleger m.m.

Denne bestemmelsen er en videreføring av fastlegeforskriften § 10.

Første ledd sier at næringsdrivende fastlege skal motta et tilskudd for hver person som står oppført på listen. Tilskuddet gis uavhengig av i hvilket omfang personene på listen benytter seg av fastlegen. I tillegg skal fastlegen motta aktivitetsbaserte ytelser for arbeid som honoreres etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege i form av egenandel fra pasienten og refusjon fra trygden.

Andre ledd bestemmer at i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal kommunen gi et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn en avtalt referanseliste. Utjamningstilskuddet gis for å bedre driftsgrunnlaget for privat praksis i små kommuner der fastlegene får korte lister og dermed mindre per capita-tilskudd fra kommunene. Gjennomsnittlig listelengde defineres som antall innbyggere i kommunen delt på antall opprettede legestillinger eller hjemler i kommunen. Størrelsen på referanselisten avtales i sentrale forhandlinger.

Kapittel 3. Fastlegen

Til § 10 Fastlegens listeansvar

Denne bestemmelsen er delvis ny og delvis en videreføring av fastlegeforskriften §§ 7 og 12.

Første ledd er en presisering av fastlegeforskriften § 7. Listeansvaret innebærer at fastlegen skal dekke alle allmennlegeoppgaver for innbyggerne på listen dersom ikke annet er presisert i lov eller forskrift. Et eksempel på allmennlegeoppgaver hvor det er presisert at dette ikke inngår i listeansvaret er denne bestemmelsens andre ledd.

Andre ledd presiserer at allmennlegearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ved sykehjem, fengsler og andre kommunale institusjoner med en organisert legetjeneste ikke inngår i listeansvaret etter første ledd.

Tredje ledd tydeliggjør at listeansvaret etter første ledd også innebærer at fastlegen har et ansvar for å tilby øyeblikkelig hjelp i åpningstiden til innbyggerne på sin liste. Fastlegen vil på denne måten avlaste den kommunale legevakten på dagtid i forhold til egne listeinnbyggere. Denne bestemmelsen må ses i sammenheng med § 24.

Fjerde ledd er en videreføring av gjeldende rett. Den fastsetter at fastlegens listeinnbyggere skal få utskrevet helseattester ved behov, samt at fastlegen skal gi nødvendige opplysninger i forbindelse med søknader om ytelser fra det offentlige. Plikten gjelder blant annet i forhold til alle typer stønader etter folketrygdloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

Til § 11 Fastlegens listeansvar ved felleslister

Denne bestemmelsen er en videreføring av fastlegeforskriften § 9 andre ledd.

Første ledd innebærer at en gruppepraksis med felleslister, har et felles ansvar for allmennlegetilbudet til personene på en liste. Den formelle tilknytningen er mellom personene og gruppepraksisen med fellesliste.

Andre ledd fastslår at de som står på fellesliste skal ha en av fastlegene som betjener listen som sin ansvarlige lege. Den ansvarlige legen har hovedansvaret for journal og oppfølging av personen. Personer på fellesliste kan velge hvem de vil ha som ansvarlig lege blant fastlegene i praksisen med ledig kapasitet, jf. forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen § 3.

Fastlegene i gruppepraksis med felleslister har et felles ansvar for at alle innbyggere på felleslista har en ansvarlig lege. Fastlegene i gruppepraksis med felles liste kan sette et tak for hvor mange innbyggere den enkelte fastlege kan være ansvarlig for. Dette taket er ikke nødvendigvis det samme som det taket fastlegen har i sin fastlegeavtale med kommunen. Tre fastleger som har organisert gruppepraksisen med fellesliste, kan for eksempel bestemme at to av fastlegene deler på oppgaven som ansvarlig lege. Det forutsettes altså at legene på felleslisten til sammen dekker denne funksjonen for alle personene på listen. Hvis en av fastlegene slutter, må de av personene på listen som vedkommende er ansvarlig lege for, overføres til ny lege eller til en av de gjenværende fastlegene.

Tredje ledd sier at felleslistens lengde er summen av de enkelte deltakende fastlegers listetak. Ved ønske om endring av felleslistens samlede lengde må dette skje gjennom endring i den enkelte fastleges listetak og i henhold til denne forskriftens §§ 37 og 39.

Til § 12 Fastlegens deltagelse i annet allmennlegearbeid i kommunen

Denne bestemmelsen er i all hovedsak en forskriftsfesting av rammeavtalens punkt 12 og av merknader til forskriften. Bestemmelsen er i all hovedsak begrenset til allmennmedisinsk legearbeid. Som allmennmedisinsk legearbeid regnes oppgaver som inngår som en del av kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven, og som kan defineres som allmennmedisinske. Det innebærer at samfunnsmedisinske eller arbeidsmedisinske oppgaver ikke ensidig kan pålegges fra kommunens side. Det er likevel ikke til hinder for at kommunen og fastlegen blir enige om at fastlegen skal utføre slike oppgaver.

Første ledd gir en rett til kommunen til å tilplikte fastlege med fulltidspraksis inntil 7,5 timer per uke i annet allmennlegearbeid. Det vil si allmennlegearbeid som ikke følger av listeansvaret, som for eksempel arbeid ved sykehjem. Kommunen kan kreve at fastlegen påtar seg slike oppgaver, også leger som i utgangspunktet ikke ønsker det eller som tidligere har vært fritatt for disse. Det er likevel presisert i bestemmelsen at kommunen skal søke å finne fastleger som ønsker å utføre disse oppgavene, før det gis pålegg. Bestemmelsen er ikke til hinder for at det kan avtales et timeantall som er høyere enn 7,5 time per uke, men det forutsetter at partene blir enige, jf. § 32 tredje ledd.

Andre ledd presiserer at det er opp til kommunen å fastsette hvilke oppgaver som eventuelt skal utføres innenfor de 7,5 timene per uke. I andre punktum listes det opp eksempler på hvilke oppgaver kommunen kan pålegge fastlegen å utføre. Listen er ikke uttømmende, men det er en begrensning i at oppgavene som pålegges fastlegen må kunne

anses å være allmenntilleggs. Oppgaver som ikke er å anse som allmenntilleggs kan kommunen ikke ensidig forplikte fastlegen til å utføre.

Til § 13 Fastlegens plikt til å delta i legevakt og vikarordninger

Denne bestemmelsen er en delvis videreføring av fastlegeforskriften § 12, en forskriftsfesting av rammeavtalens punkt 14 og en forskriftsfesting av Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeføring om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen punkt 7.

I første ledd bokstav a fremgår det at fastlegen plikter å delta i kommunal/interkommunal legevakt utenom ordinær åpningstid. Fastlegens plikt til deltagelse i legevakt pålegges i medhold av helsepersonelloven § 14. Denne plikten faller ikke bort ved en eventuell konflikt mellom kommunen og fastlegen. *I bokstav b* foreslås det at fastlegen også har en plikt til å delta i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortiden. Denne plikten innebærer også å være tilgjengelig i helseradionettet og ivareta utrykningsplikten, dersom kommunen ikke har organisert legevakt i arbeidstiden på annen måte. Fastlegen må derfor i sin åpningstid innrette praksisen slik at øyeblikkelig hjelp-trengende kan mottas og vurderes. Kommunen skal også kunne installere et øyeblikkelig hjelpnummer eller/og helseradionett der AMK-sentral/ legevakt-sentral kan komme i kontakt med legen innenfor den avtalte åpningstid. Kommunen er ansvarlig for kostnader til oppkobling og drift, jf. forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus § 7. *I bokstav c* tilpliktes fastlegen å delta i vikarordning for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger. Kommunen som ansvarlig for fastlegeordningen vil ha behov for å kunne stille med vikar dersom fastlegen av ulike årsaker ikke kan ivareta sitt ansvar overfor egne listeinnbyggere. For å sikre at kommunen har mulighet til å stille med vikar dersom det er nødvendig, pålegges fastlegen å delta i en kommunal vikarordning etter nærmere avtale med kommunen. Denne bestemmelsen er ikke til hinder for at fastlegen selv stiller med vikar ved eget fravær, eller at kommunen og fastlegene inngår en avtale om overtakelse av ulike listeoppgaver ved fravær hos en av kommunens fastleger. Vikaroppgaver blir godtgjort på samme måte som øvrige fastlegeoppgaver.

Andre ledd presiserer at deltagelse legevakt og vikarordning etter første ledd ikke inngår i de 7,5 timene per uke med annet allmennlegearbeid som kommunen kan pålegge fastlegene i medhold av § 12. Oppgaver etter denne bestemmelsen kommer i tillegg til allmennlegeoppgavene som avtales eller pålegges i medhold av § 12.

I tredje ledd gis kommunen i enkelte tilfeller mulighet til å fritta fastlegen fra å delta i legevakt utenom ordinær åpningstid. I medhold av bestemmelsen er det kommunen som bestemmer om den enkelte fastlegen skal frittas, og fastlegen har således ingen rett til å få fritak. Kommunen kan også tenkes å gjøre unntak i andre situasjoner, for eksempel der det ikke er behov for at alle fastlegen deltar i den kommunale legevakten. Fastlegen har en plikt, ikke en rett, til å delta i legevakt uten om ordinær åpningstid.

Fjerde ledd tilsier at kommunen kan avtale med fastleger som er fritatt fra deltagelse i legevakt å utføre andre legevaktrelaterte oppgaver, som opplæring, rådgivning/veiledning og bakvakt.

Til § 14 Fastlegens ansvar for listeinnbyggere som oppholder seg i institusjon

Denne bestemmelsen er en videreføring av fastlegeforskriften § 8. Bestemmelsen er særlig aktuell ved innleggelse i sykehus eller sykehjem. Andre institusjoner med organisert legetjeneste kommer også inn under denne bestemmelsen, som for eksempel fengsel. Med organisert legetjeneste menes her at det er lege tilknyttet institusjonen, og hvor denne legen også kan ivareta de allmennmedisinske oppgavene.

Første ledd tilsier at når en person kommer på en institusjon med organisert legetjeneste overtar institusjonen det ansvaret fastlegen har etter § 10 i denne forskriften. Bestemmelsen er imidlertid ikke til hinder for samarbeid mellom fastlegen og institusjonens lege når det er behov for det. Personen fortsetter å stå på fastleges liste og fastlegen mottar et per capita-tilskudd for denne.

Andre ledd presiserer at ved utskrivning vil ansvaret overtas av fastlegen igjen. Ved behov for tilrettelegging av allmennlegetilbudet ved utskrivning må institusjonen kontakte fastlegen før utskrivningen. Med mindre personen motsetter seg det, skal epikrise og opplysninger som er nødvendig for å kunne gi forsvarlig legehjelp og oppfølging, gis fastlegen ved utskrivning, jf. helsepersonelloven § 45. Eventuelt skal opplysninger gis den tid i forveien som er nødvendig for at fastlegen kan tilrettelegge for videre oppfølging.

Til § 15 Samarbeid med kommunen

I medhold av denne bestemmelsen har fastlegen en plikt til å delta i nødvendige møter med kommunen med det formål å drøfte legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak. Bestemmelsen må se i sammenheng med kommunens sørge-for-ansvar for helsetjenester i kommunen, og dens overordnende ansvar for fastlegeordningen og kvaliteten i de tjenestene fastlege utfører på vegne av kommunen.

Til § 16 Rett til å anmode kommunen å flytte person fra listen

Denne bestemmelsen er ny. Bestemmelsen gir fastlegen en rett til å anmode kommunen om å få flyttet en person fra sin liste dersom personen har fremsatt alvorlige trusler eller har opptrådt voldelig overfor fastlegen, dennes familie eller dennes medarbeidere. Bestemmelsen gir ikke en rett for fastlegen til å flytte personer fra sin liste, bare en rett til å anmode kommunen om å fatte et slikt vedtak. Det er opp til kommunen å vurdere hvorvidt personen skal flyttes. Denne bestemmelsen må ses i sammenheng med forskriften § 5 og forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen § 3.

Kapittel 4. Funksjons- og kvalitetskrav og krav til rapportering

Dette kapittelet er nytt i fastlegeforskriften. Som utgangspunkt er dette bestemmelser som ytterligere presiserer innholdet i listeansvaret og kravet til forsvarlighet som følger av helsepersonelloven.

Til § 17 Krav til kvalitet

Bestemmelsen stiller krav til kvalitet i tjenestene fastlegen skal tilby. Fastlegenes virksomhet skal ytes i tråd med krav som fremgår av lov og forskrift, herunder kravet om

forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet og forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten.

Første ledd pålegger fastlegen å drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap. Det er viktig at fastlegen tar utgangspunktet i nasjonale faglige retningslinjer der slike finnes. Å ta utgangspunkt i, innebærer at fastlegene skal være kjent med hvilke faglige retningslinjer som finnes og legge disse til grunn dersom ikke forhold ved den enkelte pasient og dennes situasjon tilsier noe annet. Legen skal altså bruke sitt faglige skjønn i det enkelte tilfelle.

Andre ledd pålegger legen å tilstrebe å redusere risiko for uønskede hendelser. Dette er i tråd med krav i helse- og omsorgstjenestelovens § 4-2 første ledd, om at enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det følger av andre ledd at dette kravet blant annet innebærer at viktig informasjon om behandling og oppfølging bør gis skriftlig til pasienten.

Til § 18 Brukermedvirkning

Bestemmelsen stiller krav om at fastlegen skal innhente systematisk informasjon om brukere og pårørendes erfaring som ledd i å forbedre egen praksis og for læring i egen praksis. Undersøkelsene bør fortrinnsvis benytte seg av validerte kvantitative metoder, men kan med fordel suppleres med kvalitativ metodikk for å identifisere mulige kvalitetsforbedringstiltak på områder som skårer dårlig i den kvantitative undersøkelsen. Undersøkelsen bør gjennomføres regelmessig, minimum én gang årlig. Det presiseres at tilbakemelding fra brukere til fastlegen eller annet personell i legens praksis ikke anses som systematisk informasjon om brukere og pårørendes erfaringer i denne sammenheng.

Til § 19 Oversikt over listeinnbyggerne

I *første ledd* stilles det krav om at fastlegen skal ha oversikt over tjenestebehov og legemiddelbruk til innbyggerne på egen liste, og over tjenester disse mottar i kommunens helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Denne oversikten skal ta utgangspunkt i den foreliggende journalinformasjonen. Dette innebærer at det ikke stilles krav om at fastlegene skal oppsøke annen informasjon enn den som til en hver tid finnes i legens journalsystem. Dette kan være journaldata fra egne konsultasjoner, data fra mottatte epikriser eller andre opplysninger fra spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidende tjenesteytere, jf. forskrift om pasientjournal § 8.

Andre ledd pålegger fastlegen å ha et system for å identifisere innbyggere på listen med de kjennetegn som fremgår av a-d. Å ha et system innebærer at fastlegen må etablere rutiner for på regelmessig basis å hente ut data fra eget journalsystem for å ha oversikt over hvilke av listeinnbyggerne som inngår i de ulike kategoriene a-d:

Bokstav a sier at dette gjelder personer som benytter seg av tjenestetilbudet i vesentlig mindre grad enn personens medisinske behov tilsier. Eksempler på dette er pasienter med kjent lidelse som har behov for regelmessig oppfølging hos fastlegen og eventuelt også hos andre tjenesteytere i spesialist- eller kommunehelsetjenesten, men der det fremgår at slik kontakt ikke foreligger eller gjør det i så liten grad at det må anses som medisinsk

uforsvarlig. Dette kan for eksempel gjelde pasienter med alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddelavhengighet.

Bokstav b sier at dette gjelder personer med flere kroniske lidelser der tett og koordinert oppfølging er nødvendig. Koordinering av tjenestene personen mottar må også være nødvendig. Det må derfor foreligge en oversikt over hvilke personer dette gjelder.

Bokstav c sier at dette også gjelder personer som på fast eller langvarig basis er forhindret fra å kunne få dekket sine behov for legetjenester gjennom oppmøte i fastlegekontorets lokaler. Fastlegen har behov for oversikt over denne delen av sin pasientliste for å kunne vurdere behovet for hjemmebesøk for at disse skal kunne få dekket sitt behov for allmennlegetjenester, jf. § 25. At personen er forhindret fra å møte opp på legekantoret, vil oftest skyldes personens helsetilstand eller funksjonsevne, men kan også skyldes at legekantoret ikke er universelt utformet, jf. diskriminerings- og tilgjengelighetsloven.

Bokstav d sier at dette også gjelder personer som har særlig risiko for legemiddelrelaterte problemer. Risiko vil både avhenge av antallet medikamenter personen står på, hvilke medikamenter og egenskaper ved pasienten, herunder alder og kognitiv funksjonsevne. Faglig skjønn må legges til grunn.

Til § 20 Oppsøkende virksomhet

Bestemmelsen sier at fastlege som har eller mottar journalinformasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilbys konsultasjon og hjemmebesøk. At fastlegen har eller mottar journalinformasjon vil si at det kan gjelde listeinnbyggere der fastlegen ut fra egne journaldata vet eller mistenker at en person ikke søker lege til tross for at det er et behov for behandling eller oppfølging, jf. § 19 bokstav a. Dette kan også gjelde andre listeinnbyggere der fastlegen mottar informasjon fra hjemmesykepleie eller andre som sannsynliggjør at personen har behov for behandling eller oppfølging. Å tilby konsultasjon vil innebære enten å ringe eller sende en innkalling til time eller eventuelt tilby et hjemmebesøk dersom faglige forhold tilsier dette. Reglene om samtykke gjelder.

Det presiseres i paragrafen at denne plikten bare gjelder i tilfeller hvor pasienten har en påvist lidelse der det ut ifra en medisinsk vurdering er behov for behandling eller oppfølging. Dette vil si at legen ikke har en slik plikt dersom det i den journalinformasjonen legen har eller mottar, vurderes slik at listeinnbyggeren kun har påvist risiko for sykdom og ikke har en etablert lidelse. Dette utelukker imidlertid ikke at legen også i slike tilfeller kan tilby forebyggende tiltak. Når legen oppsøkes, og det avdekkes risiko for utvikling av ny sykdom eller funksjonssvikt eller forverring av etablert sykdom eller funksjonssvikt, skal fastlegen tilby forebyggende tiltak jf. § 22. Det foreligger imidlertid ingen plikt til oppsøkende virksomhet i slike tilfeller.

Til § 21 Medisinsk faglig koordinering og samarbeid

Bestemmelsen er en videreføring av merknad til gjeldende forskrift § 7 og beskriver fastlegens ansvar for medisinsk faglig koordinering og samarbeid. *Første ledd* sier at fastlegen skal koordinere forebyggende tiltak, undersøkelse, behandling og rehabilitering

og være pasientens faste kontaktpunkt gjennom hele pasientforløpet. Med pasientforløp forstås her en sykdomsperiode for en gitt tilstand med alle de ulike kontakter en pasient har med ulike deler av helse- og omsorgstjenesten i denne perioden. At fastlegen skal være pasientens faste kontaktpunkt innebærer at det er hos fastlegen pasienten skal ta kontakt dersom det skjer uventede ting og/eller pasienten blir urolig og har behov for faglig veiledning, råd eller undersøkelse og behandling i periodene mellom de ulike kontaktene med helsevesenet. Dette gir ikke fastlegene en plikt til å følge med på pasientforløpet selv, utover den plikt som fremgår av § 20, dvs. at dersom journalinformasjon fastlegen har eller mottar tilsier at en person på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon og hjemmebesøk.

Andre ledd sier at fastlegen skal være tilgjengelig for og selv ta initiativ til nødvendig samarbeid om egne listeinnbyggere med andre tjenesteytere, herunder arbeids- og velferdsetaten. Å være tilgjengelig for samarbeid innebærer at fastlegen må ha systemer som gjør at andre tjenesteytere og samarbeidspartnere får tak i legen og avklart nødvendige spørsmål eller gitt informasjon. Fastlegen har i tillegg et eget ansvar for å kontakte andre tjenesteytere når faglige forhold tilsier dette. Det vises til § 8 der det fremgår at kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere i kommunen, og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstilbud. Dette skal ivaretas blant annet ved utarbeidelse av skriftlige rutiner for samarbeid. Det fremgår videre av samme paragraf at kommunene skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Tredje ledd sier at dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om rettigheter knyttet til individuell plan og koordinator i kommunen. Fastlegen skal aktivt medvirke ved utarbeidelse, revisjon og annen oppfølging av individuell plan for innbyggere på sin liste, herunder delta på tverrfaglige møter. Det er kommunen som er ansvarlig for å utpeke en koordinator, men det vil i de fleste tilfeller uansett være behov for dialog og samarbeid mellom fastlegen og koordinatoren for den enkelte pasient/bruker.

Til § 22 Individrettet forebygging som integrert del av tjenesten

Bestemmelsen sier at fastlegen skal tilby forebyggende tiltak overfor personer der det avdekkes risiko for utvikling av ny sykdom eller funksjonssvikt eller forverring av etablert sykdom eller funksjonssvik. Risikofaktorene skal kartlegges av legen ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen.

At fastlegen skal tilby tiltak betyr ikke at alle tiltakene må iverksettes av fastlegen selv. Å henvise til en frisklivssentral eller et røykavvenningstilbud er eksempler på aktuelle tiltak. Behovet for tiltak i regi av og oppfølging videre hos fastlegen må avgjøres i det enkelte tilfelle. Når det gjelder situasjoner der det avdekkes risiko for forverring av etablert sykdom eller funksjonssvik, vil forebyggende tiltak inkludere både lærings- og mestrings-tiltak og annen oppfølging eller behandling. Dette kan skje både hos fastlegen eller ved henvisning til andre tjenesteytere i primær- eller spesialisthelsetjenesten.

At risikofaktorene skal kartlegges ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen, innebærer at legene ikke forventes å gjennomføre brede screeningundersøkelser for å avdekke risikofaktorer som ikke er relevante i forhold til den eller de problemstillinger som gjør at personen oppsøker lege.

Til § 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser

Bestemmelsen angir allmenne krav til tilgjengelighet til fastlegene.

Første ledd sier at fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Med alle typer henvendelse mener man her både spørsmål om øyeblikkelig hjelp, ønske om time eller sykebesøk som følge av mistanke om sykdom, spørsmål om råd og veiledning, spørsmål om fornying av resepter osv. Videre fremgår det at systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser kan besvares innen 2 minutter. Pasienten skal til vanlig få tilbud om konsultasjon senest innen 2. arbeidsdag (alternativt forslag 5. arbeidsdag) etter bestilling. ”Som hovedregel” indikerer at det kan være situasjoner der dette kravet ikke forventes oppfylt. Eksempler på slike situasjoner er ved sykdom eller andre uforutsette hendelser.

Andre ledd sier at legen skal kunne motta timebestillinger på sms og e-post. Å kunne motta timebestillinger på denne måten innebærer at det må være et system som sikrer at disse henvendelsene besvares på samme måte som ved andre henvendelsesmåter. Det vil si at de samme krav til ventetid for time må gjelde uavhengig av hvordan forespørselen mottas. Svartiden som gjelder for telefonhenvendelser vil imidlertid ikke gjelde for spørsmål på sms og e-post. Fastlegen vil ikke være forpliktet til å motta andre typer henvendelser enn timebestillinger på e-post og sms.

Til § 24 Tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid

Denne bestemmelsens tydeliggjør kravet til fastlegenes om å yte øyeblikkelig hjelp på dagtid, og er en presisering av § 10 tredje ledd som sier at listansvaret omfatter øyeblikkelig hjelp til innbyggerne på listen i åpningstiden.

Første ledd sier at fastlegen skal tilby helsehjelp samme dag innen avtalt åpningstid til listeinnbyggere ved øyeblikkelig hjelp situasjoner og dersom det medisinske behovet tilsier det. Dersom fastlegen har avtalt redusert åpningstid med kommunen, vil pasientene måtte henvende seg til det kommunale legevaktstilbudet. I tilfeller der fastlegen er fraværende av andre grunner, vil tilbudet om time på dagen bli ivaretatt av den legen som etter avtale skal ivareta den fraværende legens oppgaver.

Andre ledd sier at ved anmodning fra legevakt, som skal ha vurdert at det medisinske behovet tilsier det, skal fastlegen være i stand til å gi tilbud om helsehjelp samme virkedag som melding mottas. Dette gjelder så fremt slik melding er mottatt før det klokkeslett som avtales mellom partene. Det siste innebærer at kommunen og fastlegen må inngå avtale om hvordan melding skal skje til fastlegene og frist for når melding skal foreligge for at forpliktelsen om time samme virkedag inntreffer.

Til § 25 Hjemmebesøk

Bestemmelsen tydeliggjør krav til når fastlegen skal gjennomføre hjemmebesøk.

Første ledd sier at fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til personer på listen som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne er forhindret fra å møte på legekantoret når den informasjon fastlegen besitter tilsier at det er behov for legekonsultasjon. Det vises til merknaden til § 19 andre ledd bokstav c. Som det fremgår der vil årsaken til at en person er forhindret fra å møte opp på legekantoret oftest skyldes personens helsetilstand eller funksjonsevne, men kan også skyldes at legekantoret ikke er universelt utformet, jf. diskriminerings- og tilgjengelighetsloven.

Andre ledd sier at fastlegen skal foreta hjemmebesøk til personer på listen med kronisk sykdom når hensynet til god og forsvarlig helsehjelp tilsier det. Dette innebærer at når en listeinnbygger med kjent kronisk sykdom ber om konsultasjon, må det vurderes om hensynet til god og forsvarlig helsehjelp tilsier at konsultasjonen bør skje i pasientens hjem. Dette må også vurderes når legen avtaler oppfølging med denne pasienten.

Til § 26 Henvisningspraksis

Bestemmelsen tydeliggjør faglige krav til fastlegenes henvisningspraksis.

Første ledd sier at fastlegen ved behov skal henvise listeinnbyggere til spesialisthelsetjenesten og til øvrige kommunale helsetjenester. Når et behov foreligger, vil bero på en medisinsk faglig vurdering i det enkelte tilfelle. Dette er ikke i konflikt med kravet om at henvisninger skal understøtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene i tråd med regelverk og lokale avtaler. Dette kravet betyr at fastlegene må være kjent med hvilken oppgavefordeling som fremgår av lover og forskrifter, samt hva som er avtalt lokalt mellom kommunen og helseforetaket. I medhold av bestemmelsen forventes det også at fastlegen ved en eventuell henvisning til behandling i sykehus blant annet informerer pasienten om retten til fritt sykehusvalg.

Andre ledd sier at fastlegen skal gi mottaker av henvisningen nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 og 2-2. Hvilken informasjon fastlegen plikter å gi vil variere fra sak til sak. Henvisningen må som et minimum inneholde opplysninger som er nødvendige for å kunne vurdere om vedkommende pasient har rett på å få fastsatt en frist for når faglig forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp for å oppfylle pasientens rettighet. I medhold av bestemmelsen skal fastlegen informere pasienten om retten til fritt sykehusvalg der det henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4.

Til § 27 Legemiddelforskrivning

Paragrafen tydeliggjør faglige krav til fastlegene i forhold til legemiddelbehandling. Legemiddelbehandling er en sentral del av den medisinske behandling som fastlegene selv yter og den behandling de har ansvar for å koordinere, jf. § 21 første ledd. Samtidig er legemiddelbehandling et område med stor risiko for feil.

Første ledd sier at fastlegen har et ansvar for at legemiddelbehandlingen av innbyggerne på listen samlet sett er trygg og effektiv, og at legemiddellisten er oppdatert. Dette følger av fastlegenes medisinske koordineringsansvar, jamfør over. Videre fremgår at pasienter skal få med seg en oppdatert legemiddelliste etter hver konsultasjon hvis

legemiddelbruken endres. Dette er i tråd med kravet om at viktig informasjon om behandling og oppfølging bør gis skriftlig til pasienten, jmf § 17 annet ledd. Det stilles også krav om at det sørges for at personer som har ansvar for utdeling av legemidler til pasienten, får en oppdatert legemiddelliste. Dette kan være andre ansatte i helse- og omsorgstjenesten eller pasientens pårørende; hensikten er å sikre at det til enhver tid er samsvar mellom de legemidler som pasientene tar og de legemidler som står på fastlegens legemiddelliste.

I andre ledd fremgår at fastlegene skal gjennomføre legemiddelgjennomgang, minst en gang årlig for listeinnbyggere som bruker 6 eller flere legemidler. En legemiddelgjennomgang er en kritisk gjennomgang der man relaterer pasientens legemiddelbruk til klinisk informasjon. Formålet er å redusere legemiddelinduserte bivirkninger og interaksjoner og samtidig optimalisere bruken av legemidler i forhold til pasientens behov. Gjennomgangen kan skje uten at pasienten er til stede. Den kan eventuelt gjøres i samarbeid med relevant helsepersonell. Med relevant helsepersonell menes her for eksempel farmasøyt. At det her stilles krav om at dette skal gjøres for listeinnbyggere som bruker 6 legemidler eller mer, utelukker ikke at fastlegene kan gjøre dette for andre, basert på en konkret risikovurdering. Det fremgår av § 17 annet ledd at fastlegen i sin virksomhet skal tilstrebe å redusere risiko for uønskede hendelser. Legemiddelgjennomgang er et tiltak for å redusere slik risiko. At legemiddelgjennomgang er gjennomført og tiltak for å redusere risiko for legemiddelrelaterte problemer skal fremgå av pasientjournalen.

Til § 28 Sykemeldingsoppfølging

Bestemmelsen presiserer at fastlegen skal følge opp sykemeldte listeinnbyggere. Fastlegens plikter henger dels sammen med rollen som sykemelder og dels sammen med fastlegens plikter i medhold av listeansvaret. En av oppgavene for fastlegen er å bidra til at alle som kan, beholder sin arbeidstilknytning. Målet ved sykmelding er at pasienten skal komme raskest mulig tilbake i vanlig arbeid.

Fra 1. juli 2011 ble det gitt nye regler om tidligere og tettere oppfølging av sykmeldte i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven. Sykemelder har blant annet en plikt til å delta i dialogmøter i regi av arbeidsgiver og Arbeids- og velferdsetaten dersom de blir innkalt. Arbeids- og velferdsetaten kan ilegge sanksjoner dersom sykemelder uten gyldig grunn unnlater å delta i dialogmøter etter bestemmelsene i folketrygdloven § 25-5a. Det er utarbeidet en faglig veileder for sykmeldere til støtte i sykmeldingsarbeidet.

Til § 29 Elektronisk pasientjournal m.m.

Denne bestemmelsen er en forskriftsfesting av punkt 5.1 i avtalen mellom Staten/KS/RHF og legeföreningen om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale m.m. (statsavtalen).

Det fremgår av *første ledd* at fastlegens skal ha et elektronisk pasientjournalssystem som skal være innrettet slik at det enhver tid oppfyller krav til journalføring, elektronisk samhandling og personvern. For at fastlegen skal kunne utføre stadig flere og mer spesialiserte oppgaver på en trygg og effektiv måte, er det helt nødvendig med velfungerende IT-løsninger. Helsetjenesten og myndighetene har en rekke uttalte ønsker

om fremtidig funksjonalitet, som for eksempel mer bruk av meldingsutveksling, kjernejournal, statistikk og rapportering for virksomhetsstyring. Bestemmelsen muliggjør dette i forhold til de delene av helsetjenestene som fastlegere utfører.

Andre ledd presiserer at fastlegen skal være tilknyttet Norsk Helsenett SF, og at fastlegen skal ha digitale sertifikater for kryptering og sending av meldinger over Norsk Helsenett. Det er blant annet viktig at fastleger tar i bruk e-resept løsningen når den kommer. Tilknytning til Norsk Helsenett SF vil være viktig for å sikre god og sikker kommunikasjon mellom ulike aktører og ulike nivå innen helse- og omsorgssektoren. For å koble seg opp til Norsk Helsenett SF forplikter den enkelte virksomhet seg blant annet til å oppfylle norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren (Normen). Normen er utgitt med støtte fra Helsedirektoratet, og omhandler ulike temaer knyttet til informasjonssikkerhet. Stadig mer av arbeidet i helsesektoren er basert på elektronisk behandling av pasientenes opplysninger. Likeledes foregår en stadig større andel av kommunikasjonen mellom virksomhetene elektronisk. Dette stiller særskilte krav til å iverksettes tiltak for å sikre at uvedkommende ikke får tilgang til opplysninger som er lagret elektronisk. Informasjonssikkerhetsarbeid er også aktuelt for opplysninger som ikke er lagret elektronisk. Normen får anvendelse for alle typer opplysninger fastlegen og dennes hjelpepersonell innhenter, oppbevarer m.m.

Helseinformasjonssikkerhetsforskriften (FOR 24. juni 2011 nr. 628) er fastsatt, men ikke trådt i kraft. Forskriften viser hvilke krav til informasjonssikkerhet ved elektronisk tilgang til helseopplysninger i journalsystemer som vil bli stilt. Normen vil, når denne forskriften trer i kraft fortsatt ha en veiledende funksjon i forhold til for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren.

I tredje ledd innebærer et unntak fra bestemmelsens første og andre ledd i forhold til dette med elektronisk pasientjournal. Det gjøres unntak for fastleger som er født før 1. januar 1947, og som ikke allerede er tilknyttet elektronisk linje, og for vikarer i vikariat som er kortere enn 3 måneder. Der samme lege har flere etterfølgende vikariatene ved samme arbeidssted, må disse vikariatene samlet ikke overstige 3 måneder for å være omfattet av unntaket.

Til § 30 Tolk

Bestemmelsen er ny i forskriften og er en presisering av kravet om forsvarlige helse-tjenester i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5. Av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 følger det at alle pasienter har rett til informasjon og medvirkning. I følge lovens § 3-5 skal informasjonen være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. For å sikre forsvarlig behandling, og at gitt informasjon blir oppfattet korrekt, kan det være nødvendig å bruke tolk dersom pasienten samtykker til det. Fastlegen bør videre opplyse om behov for tolk ved videre henvisninger enten det er til spesialisthelsetjenesten eller andre kommunale tjenesteytere. Det vil være et kommunalt ansvar å sørge for at en kvalifisert tolketjeneste er tilgjengelig når det oppstår et behov, ettersom kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen. Alle pasienter har rett til informasjon og medvirkning, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. I følge

lovens § 3-5 skal informasjonen være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.

Til § 31 Krav om rapportering

Denne bestemmelsen er ny i forskriften og er delvis en forskriftsfesting av rammeavtalens punkt 9.1. For å muliggjøre en kunnskapsbasert utvikling av fastlegetjenesten må kommune og stat ha tilgang på data om både aktivitet og kvalitet i tjenesten.

I *første ledd* pålegges fastlegen en vid rapporteringsplikt. Plikt til å rapportere er ikke begrenset til anonymiserte styringsdata. Det presiseres i bestemmelsen at det er kommune og stat som sammen, eller hver for seg, som definerer hva som er nødvendige styrings- og kvalitetsdata.

I *andre ledd* presiseres det at de alminnelige regler om taushetsplikt gjelder ved utlevering av opplysninger etter første ledd. Helseopplysninger vil følgelig kun i begrenset grad kunne bli avkrevd av fastlegen med henvisning til denne bestemmelsen, jf. blant annet helseregisterloven §§ 2 og 5.

Kapittel 5. Fastlegeavtalen

Til § 32 Fastlegeavtalen

Bestemmelsen er ny i forskriften og er delvis en presisering av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd. I andre til fjerde ledd listes det opp hva fastlegeavtalen som et minimum skal og bør inneholde. Bestemmelsen må ses i sammenheng med § 33 om mulighet for reforhandling.

Første ledd presiserer at kommunen skal inngå en individuell fastlegeavtale med alle leger som skal delta i fastlegeordningen. Dette gjelder både fast ansatte fastleger og selvstendig næringsdrivende leger. Leger som arbeider i gruppepraksis eller er del i en fellesliste, jf. § 11, skal også inngå en individuell fastlegeavtale med kommunen. Fastlegeavtalen synliggjør kommunens oppfølging av sine plikter, og legenes ansvar for innbyggere på sin liste. Avtalen vil videre være et viktig dokument for kommunen i sin styringsdialog med fastlegen.

Det følger av *andre ledd* at fastlegeavtalen som et minimum skal inneholde bestemmelser om åpningstider, listelengde og lokalisering. Øvrige krav og forslag til innhold følger i bestemmelsens *tredje og fjerde ledd*. Partene står imidlertid fritt til å fylle ut avtalen med øvrig innhold.

Tredje ledd presiserer at avtalen som et minimum også skal omfatte eventuelle andre legeoppgaver fastlegen skal utføre på vegne av kommunen. Dette gjelder uavhengig av om oppgavene er avtalt mellom partene eller pålagt ensidig av kommunen. Der kommunen benytter seg av muligheten til ensidig å pålegge fastlegen å utføre andre allmennlege oppgaver bør partene være enige om hvilke oppgaver som er blitt pålagt. Det vil uansett være viktig å skape en viss forutsigbarhet i forhold til hvilke oppgaver fastlegen skal utføre. Dette gjelder både dersom oppgavene er avtalt og pålagt. Bestemmelsen bør følgelig ses i sammenheng med § 33 om reforhandling av

fastlegeavtalen. Gode grunner taler for at kommunen bør varsle fastlegen dersom de ønsker å få andre/nye oppgaver utført innen påleggshjemmelen.

Fjerde ledd presiserer at kommunen bør bruke fastlegeavtalen for å oppnå enighet om hvordan fastlegen på best mulig måte kan bidra i kommunens folkehelsearbeid. Bestemmelsen er delvis en forskriftsfesting av rammeavtalens punkt 9.2 og en presisering av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 andre ledd. I arbeidet med å få nødvendig oversikt over helseutfordringene i kommunen, som grunnlag for folkehelsearbeid og forebyggende tjenester, er det i tillegg til god helsestatistikk avgjørende at oversikten også bygger på erfaringer i helsetjenesten lokalt, herunder erfaringene til fastlegene.

Til § 33 Reforhandling av fastlegeavtalen

Bestemmelsen er en forskriftsfesting av rammeavtalens punkt 15. Bestemmelsen fastslår at fastlegeavtalen kan reforhandles årlig dersom en av partene krever det. En rett til å kreve reforhandling, gir imidlertid ikke kommunen en rett til å endre avtalen ensidig. Fastlegeavtalen vil også inneholde avtalepunkter der det ikke er behov for enighet for å endre. Dette gjelder både punkter om listelengde og punkter om hvilke oppgaver fastlegen skal utføre i medhold av § 12. I forhold til disse avtalepunktene er bestemmelsen om revisjon uten selvstendig betydning, jf. også §§ 37 og 39. Samtidig vil begge parter ha behov for en viss forutsigbarhet både i forhold til listelengde og i forhold til hvilke oppgaver (og i hvilket omfang) fastlegen skal utføre av andre allmennlegeoppgaver. Det kan derfor være hensiktsmessig å ha en samlet gjennomgang og en evaluering av de ulike avtalepunktene i forbindelse med en årlig styringsdialog eller lignende med fastlegen, jf. også § 15. Avtalepunktene henger så tett sammen at en endring i ett punkt fort vil få betydning for andre avtalepunkter.

Til § 34 Inngåelse av ny fastlegeavtale

Bestemmelsen er en videreføring av fastlegeforskriften § 13. Bestemmelsen regulerer blant annet overføring av personer på en fastleges liste når en ny fastlege overtar praksisen, og gir kommunen muligheter til å kanalisere personer til en nyopprettet liste for å sikre driften av den nyopprettede listen.

Det fremgår av *første ledd* i hvilke tilfeller det er aktuelt å inngå en ny fastlegeavtale. Det kan være når en fastlege avslutter sin virksomhet eller når en ubesatt eller ny lege-hjemmel skal besettes.

Det følger av *andre ledd* at når en fastlege overtar praksis fra en annen fastlege som avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, blir listen overført til den nye fastlegen. De personer som står på listen skal informeres om dette, og om retten til skifte fastlege etter forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen § 7. Kommunen som er ansvarlig for å inngå fastlegeavtale med den nye fastlegen, må gi melding om ny lege til det organ Helsedirektoratet bestemmer. Informasjon om ny lege vil deretter bli sendt fra det organ Helsedirektoratet bestemmer til de som står på listen. Det skal opplyses om navn på den nye legen og retten de har til eventuelt å skifte lege etter § 7 i forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen.

Det er behov for at det til enhver tid er ledig kapasitet på listene i en kommune. For å ivareta dette kan det være nødvendig å opprette en eller flere nye lister. Når en ny liste med ingen eller få personer opprettes kan det være behov for å kanalisere personer til denne listen i en periode for å sikre driftsgrunnlaget.

Det fremgår av *tredje ledd bokstav a* at nytilmeldte som ikke oppgir legeønske kan overføres til den nye listen. Det samme gjelder nytilmeldte som oppgir legeønske, men hvor den ønskede legen har full liste. Med nytilmeldte menes de som ikke tidligere har hatt fastlege eller som har hatt fastlege i en annen kommune og som nå ønsker fastlege i kommunen.

Det følger av *tredje ledd bokstav b* at personer fra lister hvor det er foretatt reduksjon etter § 39, og som ikke har skiftet til en annen fastlege med ledig plass på listen kan overføres til den nye listen.

Til § 35 Oppsigelse av individuell avtale

Denne bestemmelsen er en forskriftsfesting av rammeavtalens punkt 15.

I *første ledd* gis både fastlege og kommunen en rett til å si opp avtalen med 6 måneders varsel. Oppsigelse fra kommunen må være saklig begrunnet. Med saklig grunn menes det samme som vilkåret etter arbeidsmiljøloven § 15-7.

Ved vesentlig mislighold kan kommunen heve avtale med øyeblikkelig virkning. Kravet til vesentlig mislighold er det samme vurderingstema som for avskjed etter arbeidsmiljøloven § 15-14. Et eksempel på vesentlig mislighold er tilbakekall av autorisasjon.

Det fremgår av *andre ledd* at den individuelle avtalen opphører uten oppsigelse når legen fyller 70 år. Det innebærer at fastlegen ikke kan kreve å få fortsette avtalen utover fylte 70 år. Dette er imidlertid ikke til hinder for kommunen og fastlegen i særlige tilfeller inngår en *tidsbegrenset* avtale utover fylte 70 år, men da ikke lengre enn til fylte 75 år.

I *tredje ledd* presiseres det at avtalen mellom kommunen og fastlegen bortfaller med umiddelbar virkning når legen ikke lenger har autorisasjon som lege. Dette følger allerede av andre første ledd siste setning, men presiseringen i dette leddet innebærer at det ikke kreves noe aktivitet fra kommunens side. Avtalen bortfaller ved vedtaket om tilbakekall av autorisasjon.

Når legens autorisasjon er suspendert, kan legen innta vikar inntil saken er avgjort av tilsynsmyndigheten.

Til § 36 Sanksjoner ved manglende oppfyllelse av individuell avtale, rammeavtalen eller regelverk

I medhold av denne bestemmelsen kan kommunen på nærmere vilkår holde tilbake hele eller deler av per capita-tilskuddet, dersom de mener fastlegen ikke oppfyller sine forpliktelser i medhold av forskrift, rammeavtale eller individuell avtale.

Etter *første ledd* kan kommunen be fastlegen om å endre sin praksis dersom den etter kommunens mening er i strid med regel- og avtaleverk. En forespørsel om å endre

praksis skal være skriftlig. Fristen for å rette et påpekt forhold er minimum en måned fra når pålegg om retting er mottatt. Fristen på en måned må blant annet ses i sammenheng med at fastlegen må få en mulighet til å komme i dialog med kommunen om forholdet før sanksjoner settes inn.

Av andre ledd følger det at dersom der foreligger brudd, og forholdet ikke rettes innen tiden så kan kommunen holde igjen hele eller deler per capita-tilskuddet.

I tredje ledd er det er det gitt anvisning på når det igjen blir aktuelt å utbetale fullt tilskudd. Videre presiseres det at tilbakeholdt tilskudd ikke vil bli betalt ut, selv når påpekt forhold rettes.

I fjerde ledd gis fastlegen en mulighet til å henvende seg til fylkesmannen for å få prøvd hvorvidt kommunens avgjørelse om å holde tilbake per capita-tilskuddet var riktig. Det vil si om det rettslig sett forelå et brudd på lov, forskrift eller avtale. Fylkesmannen skal ikke prøve kommunens skjønnsutøvelse, kun rettsanvendelsen. En beslutning om å holde tilbake deler av de månedlige overføringene til fastlegen er ikke et enkeltvedtak, og vil i utgangspunktet være en sak som må prøves for domstolene. Departementet mener det likevel vil være u hensiktsmessig å gi regler som innebærer at fastlegen må gå rettens vei for å kunne få sine beholde fullt tilskudd dersom det er uenighet om forholdet mellom kommunen og fastlegen. I andre setning presiseres det at klage har utsettende virkning. Det innebærer at fullt per capita-tilskudd skal utbetales til fastlegen til spørsmålet er avgjort av Fylkesmannen. Dersom avgjørelsen til Fylkesmannen viser at det forelå brudd på lov, forskrift eller avtale, trekkes per capita-tilskudd fra i fremtidige per capita-utbetalinger til fastlegen.

Kapittel 6. Fastlegens lister

Til § 37 Listelengde

Denne bestemmelsen er en videreføring av fastlegeforskriften § 14. Bestemmelsen setter rammer for antall personer på fastlegenes lister.

I først ledd fremgår det at kommunen kan kreve at antallet listeinnbyggere på fastlegelisten er 1500 personer ved fulltids kurativ virksomhet. Det innebærer at kommunen ensidig kan sette antall listepersoner opp til 1500 personer.

I andre ledd fremgår det at deltagelse i annet kommunalt legearbeid, enten dette er pålagt eller frivillig avtalt gir fastlegen en rett til en forholdsmessig avkortning i maks listelengde ved fulltids kurativ virksomhet. Dersom en fastlege har avtalt å arbeide to dager med annet legearbeid i kommunen vil taket for maksimalt antall listeinnbyggere være 900.

Det kan avtales et høyere antall listepersoner. Det fremgår imidlertid av *tredje ledd* at det ikke skal avtales et høyere listeantall enn 2500, men at det kan avtales et lavere antall enn 500 personer. Den øvre grensen på 2500 er satt for at fastlegene ikke skal få lengre lister enn det de kan betjene på en forsvarlig måte.

Det følger av *fjerde ledd* at listen er å anse som lukket når listetaket som er avtalt mellom fastlege og kommunen er nådd. Bestemmelsen må se i sammenheng med forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen § 5 om tilgang til lukkede lister.

Til § 38 Prioritering av personer som er tilmeldt fulltegnede lister

Denne bestemmelsen er en videreføring av fastlegeforskriften § 15. Bestemmelsen gjelder ved etablering av lister. Lister etableres som hovedregel ut fra innbyggernes valg.

Det følger av *første ledd* at dersom listen har flere tilmeldte enn det som er avtalt listetak, skal listen reduseres. De med lengst pasientforhold skal da gis prioritet på listen. Opplysninger om pasientforholdets varighet gis av personen ved legevalg. Ytterligere reduksjon foretas etter et tilfeldig utvalg.

I *andre ledd* fremgår det at samisktalende skal prioriteres på listene til samisktalende fastleger som har sin praksis i forvaltningsområdet for samisk språk, jf. sameloven § 3-1.

Til § 39 Reduksjon av liste

Denne bestemmelsen er en videreføring av fastlegeforskriften § 16. Bestemmelsen gjelder i et hvert tilfelle der det foretas reduksjon av en etablert liste.

Det følger av *første ledd* at fastlegen har en rett til å redusere listen dersom fastlegen har flere personer på sin liste enn det tak vedkommende kan ha sett henhold til forskrift og sentrale avtaler. Krav om reduksjon skal meldes til kommunen. Kommunen har da en frist på 6 måneder til å gjennomføre listejusteringen.

I *andre ledd* sies det at selve listereduksjonen skal skje ved et tilfeldig utvalg. De som blir trukket skal kommunen tilby plass på listen til en annen fastlege. Bytte av fastlege som følge av listereduksjon regnes ikke som bytte etter forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen § 7 og reduserer ikke retten til å skifte fastlege, jf. forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen § 7. Ved listereduksjon skal familie registrert bosatt i samme husstand holdes samlet på en liste.

Bestemmelsen kan forstås slik at hele listereduksjonen, uansett legens ønske, skal gjennomføres på et gitt tidspunkt. Den kan også forstås slik at reduksjonen skal gjennomføres innen 6 måneder etter at fastlegen har meldt fra til kommunen. Fristen for kommunen på 6 måneder er imidlertid gitt for at de skal kunne ha mulighet for å kunne forberede reduksjonen, og eventuelt avtale med andre fastleger om nødvendig listeplass. Bestemmelsen om tilfeldig utvelgelse er begrunnet med at det ikke er vedkommende lege som skal bestemme hvilke innbyggere som skal trekkes fra listen. De innbyggere som trekkes ut må også gis mulighet til å velge ny fastlege blant dem som har ledig plass.

Bestemmelsen er ikke ment å avgrense andre muligheter for listereduksjon, hvis dette er ønskelig og til det beste for både pasientene, fastlegen og kommunen. Den er heller ikke ment å avgrense listereduksjon over et lengre tidsperspektiv enn 6 måneder. Dette innebærer at kommunen og legen kan avtale å redusere listetaket gradvis over tid ved naturlig frafall ned til nytt avtalt listetak. Med ”naturlig frafall” menes innbyggere som strykes fra vedkommendes liste pga. flytting, bytte av fastlege eller ved dødsfall eller av andre årsaker.

Kapittel 7. Særlige tiltak ved legemangel

Til § 40 Suspensjon

Denne bestemmelsen er en videreføring av fastlegeforskriften § 17. Suspensjon av fastlegeordningen i en kommune innebærer at kommunens plikt til å organisere allmennlegetjenesten som en fastlegeordning settes til side i en bestemt periode.

Det fremgår av *første ledd* søknad om suspensjon skal sendes til fylkesmannen.

Det følger av *andre ledd* at fylkesmannen kun kan innvilge suspensjon dersom det er forsøkt å finne lokale løsninger og det er grunn til å tro at kommunen vil være ute av stand til å oppfylle sin plikt over en periode på minst tre måneder. Det innebærer at suspensjon kun kan gis når kommunen disponerer for få listeplasser i forhold til det antall personer som ønsker plass på fastleges liste, dvs. at det er mangel på listeplasser i kommunen ved at legehjemmel mangler eller er ubesatt.

I *tredje ledd* presiseres det at fylkesmannen skal tilse at kommunen har en plan for hvordan allmennlegetjenesten skal ivaretas i suspensjonsperioden som viser hvordan befolkningen skal få den nødvendige hjelpen som de har krav på.

Det følger av *fjerde ledd* at suspensjon kun kan gis for inntil ett år av gangen. Kommunen skal i løpet av suspensjonsperioden foreta det som er mulig for å få plass tilstrekkelig antall leger for å kunne tilby en fastlegeordning.

I *femte ledd* gis kommunen og fastlegene i kommunen en mulighet til å påklage fylkemannens avgjørelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

Kapittel 8. Ikrafttredelse

Til § 41 Ikrafttredelse

Bestemmelsen fastsetter at departementet bestemmer når forskriften skal tre i kraft. Departementet kan videre bestemme at bestemmelsene i forskriften kan settes i kraft til forskjellig tid.

7.2 Forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen

Til § 2 Rett til å få time hos egen fastlege

Fastlegen skal tilby time innen 5 arbeidsdager fra bestilling, jf. fastlegeforskriften § 24. Denne bestemmelsen speiler fastlegens plikt til å tilby konsultasjon, ved å gi pasienten en tilsvarende rett til å få et tilbud om konsultasjon hos sin fastlege senest innen 5 arbeidsdager etter bestilling. Dersom pasienten ikke får et slikt tilbud kan dette påklages etter reglene i pasient, og brukerrettighetsloven § 7-2.

Til § 3 Retten til å stå på liste hos fastlege

Retten til å stå på liste hos fastlege innebærer at man har rett til å bli prioritert av fastlegen. I praksis betyr dette at det skal være mulig å få legetime hos fastlegen innen rimelig tid, samt å nå legekantoret gjennom telefon for rådgivning og forespørsler.

Rettigheten er ikke begrenset til bare å gjelde i kommunen der vedkommende er bosatt. Det antas at de fleste ønsker å være tilknyttet en fastlege der de bor, men at noen også ønsker å være tilknyttet fastlege der de arbeider. Ved fordeling av personer på legenes liste skal konkrete ønsker om legevalg tilstrebes oppfylt. Den enkeltes fastleges kapasitet vil imidlertid begrense valgfriheten. Når listen blir overtegnet skjer det en prioritering mellom dem som har valgt legen, jf. fastlegeforskriften § 38. Det er ikke legens preferanse av hvem som skal på listen, men legens kapasitet som kan begrense det frie legevalg.

Senere kan det bli aktuelt å bytte fastlege for eksempel pga. flytting. Etter at det er gitt melding om flytting til folkeregisteret, sender det organ Helsedirektoratet bestemmer ut informasjon til innbyggeren om mulighet for å velge ny fastlege. Inntil det eventuelt gis melding om en annen ønsket lege, blir vedkommende stående på opprinnelig fastleges liste.

Den enkelte kan reservere seg fra å bli tilknyttet fastlegeordningen.

Til § 4 Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo

Tilbudet er begrenset til barn under 16 år, det vil si at studenters og ansattes barn som fyller 16 år, må velge ny lege selv om mor/far fortsatt benytter Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo.

Tilbudet til alderspensjonister gjelder også for tidligere ansatte som allerede er pensjonister ved innføringen av fastlegeordningen.

Bestemmelsen innebærer at studenter som har fastlege tilknyttet Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo må velge ny fastlege når de avslutter sine studier ved Universitetet i Oslo. Det samme gjelder ansatte som slutter i sitt arbeidsforhold annet enn ved oppnådd pensjonsalder.

Til § 5 Tilgang til lukkede lister

En liste anses lukket når antall innbyggere på listen er nådd det listetak som er avtalt mellom kommunen og fastlegen, jf. fastlegeforskriften § 37. Det vil i disse tilfellene ikke være anledning til å tilknytte seg denne listen uten at fastlegen og kommunen blir enig om

å øke listetaket. Barn under 16 år av allerede tilmeldte vil likevel ha rett til å bli tatt opp på en lukket liste. Det samme har også tidligere tilmeldt som flytter tilbake til kommunen etter midlertidig flytting til en annen kommune i en periode som ikke overstiger tre år.

Til § 6 Valg av fastlege for barn

Den helseerettslige myndighetsalder er 16 år. Det samme prinsippet er lagt til grunn i § 4-4 i pasientrettighetsloven. Den eller de med foreldreansvaret, som hovedregel foreldrene, velger derfor fastlege for barn under 16 år. Dersom det ikke foretas et konkret valg, får barnet samme fastlege som foreldrene. Dersom foreldrene har forskjellig fastlege, får barnet samme fastlege som mor. Ellers får barnet samme fastlege som den av foreldrene hun eller han er registrert bosatt med. Dette gjelder også i de tilfellene hvor barnet bor like mye hos begge foreldrene.

Alminnelige bestemmelser om foreldreansvaret følger av kapittel 5 i lov om barn og foreldre av 8. april 1981 nr. 7 (barneloven). Særlige bestemmelser fremgår av lov om barneverntjenesten av 17. juli nr. 100 (barnevernloven). Valg av fastlege for barn under omsorg av barnevernet bør finne sted i samråd med foreldrene når plasseringen er av kortvarig karakter og disse fortsatt har foreldreansvaret. Fosterforeldrene bør også uttale seg om spørsmålet i de tilfeller hvor det er aktuelt.

Etter hvert som barnet utvikles og modnes, og etter fylte 12 år, har hun eller han rett til å være med på å ta avgjørelser om personlige forhold som angår det selv. Dette følger av § 31 i barneloven og § 6-3 i barnevernloven.

Til § 7 Rett til å skifte fastlege

Person på fastleges liste har rett til å skifte fastlege to ganger per kalenderår, med unntak av i særskilte tilfeller der kommunen har fattet vedtak om å flytte personen fra én eller flere lister på grunn av truende eller voldelig atferd, jf. fastlegeforskriften § 5 første og andre ledd. Dersom fastlegen mener det er spesielle og tungtveiende grunner som gjør at en person bør velge en annen fastlege, skal fastlegen ta det opp med vedkommende før fastlegen eventuelt anmoder kommunen om å bli fratatt listeansvaret for vedkommende, jf. fastlegeforskriften § 16.

Skifte av fastlege pga. flytting, jf. § 3 fjerde ledd eller fordi fastlegen avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, jf. fastlegeforskriften § 34 første ledd, regnes ikke med.

Henvendelse om skifte av fastlege krever ingen begrunnelse. Kommunen må gjennom fastlegeordningen sikre at det er ledig plass på listene til fastlegene i kommunen eller i samarbeidende kommuner, jf. fastlegeforskriften § 4. Man kan ikke velge en fastlege som allerede har full liste.

Til § 8 Rett til ny vurdering

Den enkeltes rett til ny vurdering er rettet mot kommunen. Kommunen må gjennom fastlegeavtaler sørge for at fastlegene har kapasitet til å motta henvendelser om ny vurdering.

Det kreves ingen henvisning fra fastlegen. Fastlegen som foretar ny vurdering skal imidlertid oversende journalnotatet til pasientens fastlege, slik at fastlegen skal kunne oppfylle sine forpliktelser i henhold til fastlegeforskriften § 10.

Til § 9 Ikrafttredelse

Departementet beslutter når forskriften skal tre i kraft. Forskriften vil tre i kraft samtidig som endringer i revidert fastlegeforskrift trer i kraft.

8 Forslag til revidert fastlegeforskrift m.m

8.1 Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Kapittel 1. Formål og definisjoner

§ 1 Formål

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle innbyggere får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid.

§ 2 Definisjon

Fastlege: Lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er fast ansatt i kommunen eller selvstendig næringsdrivende.

Fastlegeavtale: En individuell avtale som inngås mellom kommune og den enkelte fastlege.

Listeinnsbygger: En person som er tilknyttet en fastlegeliste.

Kapittel 2. Kommunen

§ 3 Det kommunale ansvar for allmennlegetilbudet

Kommunen skal sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige allmennlegetjenester.

Kommunen kan samarbeide med andre kommuner om å sørge for nødvendige allmennlegetjenester.

§ 4 Det kommunale ansvar for organisering av fastlegeordningen

Kommunen skal organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste.

Kommunen skal inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger om deltakelse i fastlegeordningen.

Kommuner kan samarbeide om organisering av fastlegeordningen.

§ 5 Særlig om personer som utgjør en sikkerhetsrisiko

Kommunen skal sørge for nødvendige tiltak i forbindelse med personer som utgjør en sikkerhetsrisiko, herunder vurdere å flytte ut av listen de listeinnsbyggere som fremviser

truende eller voldelig adferd overfor fastlegen eller dennes familie. Før et vedtak om å flytte en listeinnbygger treffes, skal kommunen ha forsøkt andre tiltak.

Kommunen må ha et system for ivaretagelse av allmennlegetjenester til innbyggere som flyttes fra en liste mot sin vilje.

§ 6 Kommunens ansvar for informasjon

Kommunen skal sørge for at innbyggerne i kommunen gis nødvendig informasjon om fastlegeordningen, herunder om hvilke leger som deltar i ordningen og hvem som har ledig plass på listen sin.

Kommunen plikter å holde legen informert om planer og forhold i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan ta betydning for legens virksomhet.

§ 7 Kommunens ansvar for kvalitet i allmennlegetjenesten

Kommunens ansvar for forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i kommunens helsetjeneste, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2, gjelder all allmennlegevirksomhet, herunder legevaktstjenesten. Kommunens ansvar gjelder uavhengig av om tjenestene ytes av ansatte leger eller det inngås avtaler med selvstendig næringsdrivende leger om å yte tjenestene.

Kommunen er ansvarlig for at fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf. §§ 17 - 30.

§ 8 Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid

Kommunen skal legge til rette for et samarbeid mellom kommunen og fastlegene.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere i kommunen, og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstilbud. Dette skal ivaretas blant annet ved utarbeidelse av skriftlige rutiner for samarbeid.

Kommunene skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

§ 9 Økonomisk vederlag til næringsdrivende fastlege m.m.

Næringsdrivende fastleges økonomiske vederlag for det arbeid som honoreres etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege består av et tilskudd fra kommunen for hver person (per capita-tilskudd) og de til enhver tid gjeldende satser for egenandel og refusjon fra trygden for utført arbeid.

Kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal gi et utjamningstilskudd til fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn en avtalt referanseliste.

Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom per capita-tilskuddet for fastsatte referanseliste og per capita-tilskudd for gjennomsnittlig listelengde i kommunen.

Kapittel 3. Fastlegen

§ 10 Fastlegens listeansvar

Fastlegens listeansvar dekker alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen dersom ikke annet er presisert i lov eller forskrift. Ansvarer omfatter planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse, behandling og medisinske rehabiliterings- og habiliteringstjenester.

Allmennlegearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ved sykehjem, fengsler og andre kommunale institusjoner med en organisert legetjeneste inngår ikke i listeansvaret.

Listeansvaret omfatter også øyeblikkelig hjelp til innbyggerne på listen i åpningstiden.

Fastlegen skal skrive ut helseattester og gi opplysninger som er nødvendige ved søknad om helse-, trygde- og sosialytelser.

§ 11 Fastlegens listeansvar ved fellesliste

Fastleger med fellesliste har et felles ansvar for allmennlegetilbudet til personene på listen.

Personer som står på fellesliste skal ha en ansvarlig lege som har hovedansvar for journal og oppfølging.

Reglene om listelengde og reduksjon av lister gjelder tilsvarende ved felleslister.

§ 12 Fastlegens deltakelse i annet allmennlegearbeid i kommunen

Ved fulltids praksis plikter fastlegen å delta inntil 7,5 timer per uke i annet allmennlegearbeid. Før pålegg gis skal kommunen søke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgavene. Det kan avtales deltakelse utover dette timeantallet, dersom kommunen og fastlegen blir enige om dette, jf. § 32 tredje ledd.

Kommunene står fritt til å definere hvilke allmennlegeoppgaver som skal ivaretas innenfor de 7,5 timene. Allmennlegearbeid som kommunen kan forplikte fastlegen til å utføre, er blant annet:

- Allmennlegearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Allmennlegearbeid ved sykehjem, fengsler og andre kommunale institusjoner
- Veiledning av turnusleger og kandidater som gjennomfører veiledet tjeneste, og undervisning av medisinstudenter

- Medisinskfaglig rådgivning
- Kapasitet til å utføre en gitt mengde konsultasjoner for personer som ikke omfattes av listeansvaret
- Plan og utredningsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

§ 13 Fastlegens plikt til deltakelse i legevakt og vikarordninger

Fastlegen plikter å delta i:

- a. Kommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid, herunder interkommunal legevaktsentral.
- b. Kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp-tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.
- c. Vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen etter nærmere avtale med kommunen.

Deltakelse i kommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid og vikarordning for dekning av fravær kommer i tillegg til annet legearbeid kommunen kan forplikte fastlegen til å utføre, jf. § 12.

Kommunen kan frita fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse etter første ledd bokstav a, i følgende tilfeller:

- a) når legen er over 60 år
- b) når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det
- c) for gravide i de 3 siste måneder av svangerskapet og kvinner som ammer, eller når graviditeten er til hinder for deltakelse.

Kommunen kan gjøre avtale med fastleger om deltakelse i rådgivning, opplæring, veiledning og bakvakter utover angitt aldersgrense.

§ 14 Fastlegens ansvar for listeinnbyggere som oppholder seg i institusjon

Bli en person som står på fastleges liste inntatt i helseinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, overføres ansvaret etter § 10 til institusjonen. Vedkommende blir likevel stående på fastlegens liste, og fastlegen har ansvaret for tilrettelegging av allmennlegetilbudet til denne ved utskrivning.

Ved behov for slik tilrettelegging plikter institusjonen å orientere fastlegen på forhånd. Institusjonen skal gi fastlegen epikrise ved utskrivning etter reglene i helsepersonelloven § 45.

§ 15 Samarbeid med kommunen

Legen plikter å delta i nødvendige møter med kommunen med det formål å drøfte legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak.

§ 16 Rett til å anmode kommunen å få flyttet person fra listen

En fastlege kan anmode kommunen om å få flyttet en person fra sin liste dersom personen har fremsatt alvorlige trusler eller har opptrådt voldelig overfor fastlegen, dennes medarbeidere eller dennes familie.

Kapittel 4. Funksjons- og kvalitetskrav, og krav til rapportering

§ 17 Krav til kvalitet

Fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap. Nasjonale faglige retningslinjer skal legges til grunn for fastlegens praksis der slike finnes.

Fastlegen skal i sin virksomhet tilstrebe å redusere risiko for uønskede hendelser. Dette innebærer blant annet at viktig informasjon om behandling og oppfølging bør gis skriftlig til pasienten.

§ 18 Brukermedvirkning

Fastlegen skal ha et system for å innhente bruker- og pårøndererfaringer regelmessig og bruke resultatene i sitt arbeid med å forbedre virksomheten.

§19 Oversikt over listeinnbyggerne

Fastlegen skal, basert på foreliggende journalinformasjon, ha oversikt over tjenestebehov og legemiddelbruk til innbyggerne på egen liste, og over tjenester disse mottar i kommunens helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten.

Fastlegen skal ha et system for å identifisere innbyggere på listen som;

- a. benytter seg av tjenestetilbudet i vesentlig mindre grad enn personens medisinske behov tilsier,
- b. har flere kroniske lidelser der tett og koordinert oppfølging er nødvendig,
- c. på fast eller langvarig basis er forhindret fra å kunne få dekke sine behov for legetjenester gjennom oppmøte i fastlegekontorets lokaler eller
- d. har særlig risiko for legemiddelrelaterte problemer.

§ 20 Oppsøkende virksomhet

Fastlegen som har eller mottar journalinformasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon og hjemmebesøk. Dette gjelder kun i tilfeller hvor pasienten har en påvist lidelse der det fra en medisinsk vurdering er behov for behandling eller oppfølging.

§ 21 Medisinskfaglig koordinering og samarbeid

Fastlegen skal koordinere forebyggende tiltak, undersøkelse, behandling og medisinsk rehabilitering og være pasientens faste kontaktpunkt gjennom hele forløpet.

Fastlegen skal være tilgjengelig for og selv ta initiativ til nødvendig samarbeid om egne listeinnbyggere med andre tjenesteytere, herunder arbeids- og velferdsetaten.

Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om rettigheter knyttet til individuell plan og koordinator i kommunen. Fastlegen skal ved behov aktivt medvirke ved utarbeidelse, revisjon og annen oppfølging av individuell plan for innbyggere på sin liste, herunder delta på tverrfaglige møter.

§ 22 Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen

Fastlegen skal tilby forebyggende tiltak overfor personer der det avdekkes risiko for utvikling av ny sykdom eller funksjonssvikt eller forverring av etablert sykdom eller funksjonssvikt. Risikofaktorene skal kartlegges av legen ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen.

§ 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser

Alternativ 1

Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser kan besvares innen 2 minutter. Pasienten skal til vanlig få tilbud om konsultasjon senest innen 2. arbeidsdag etter bestilling.

Fastlegen skal kunne motta timebestilling på sms og e-post.

Alternativ 2

Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser kan besvares innen 2 minutter. Pasienten skal til vanlig få tilbud om konsultasjon senest innen 5. arbeidsdag etter bestilling.

Fastlegen skal kunne motta timebestilling på sms og e-post.

§ 24 Tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid

Fastlegen skal tilby helsehjelp samme dag innen avtalt åpningstid til listeinnbyggere ved øyeblikkelig hjelp og dersom det medisinske behovet tilsier det.

Ved anmodning fra legevakt, som skal ha vurdert at det medisinske behovet tilsier det, skal fastlegen være i stand til å gi tilbud om helsehjelp samme virkedag som melding mottas. Dette gjelder så fremt slik melding er mottatt før det klokkeslett som avtales mellom kommune og fastlegene.

§ 25 Hjemmebesøk

Fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til personer på listen

- a) som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne er forhindret fra å møte på legekantoret og det er behov for legekonsultasjon
- b) med kronisk sykdom når hensynet til god og forsvarlig helsehjelp tilsier det.

§ 26 Henvisningspraksis

Fastlegen skal ved behov henvise listeinnbyggere til spesialisthelsetjenesten, og til kommunale helsetjenester. Henvisninger skal understøtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene i tråd med regelverk og lokale avtaler.

Fastlegen skal gi mottaker av henvisningen nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling. Fastlegen skal ved henvisning informere pasienten om retten til fritt sykehusvalg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1, 2-2 og 2-4.

§ 27 Legemiddelforskrivning

Fastlegen har et ansvar for at legemiddelbehandlingen av innbyggerne på listen samlet sett er trygg og effektiv og at legemiddellisten er oppdatert. Pasienter skal få med seg en oppdatert legemiddelliste etter hver konsultasjon hvis legemiddelbruken endres. En oppdatert legemiddelliste skal også sendes helse- og omsorgstjenesten dersom disse har ansvar for pasientens legemiddelhåndtering.

For listeinnbyggere som bruker 6 legemidler eller mer skal fastlegen minst en gang per år gjennomføre en legemiddelgjennomgang, eventuelt i samarbeid med relevant helsepersonell. Tiltak for å redusere risiko for legemiddelrelaterte problemer skal fremgå av pasientjournalen.

§ 28 Sykefraværsoppfølging

Fastlegen skal delta i oppfølgingen av sykemeldte listeinnbyggere. Fastlegen skal aktivt bidra til at listeinnbyggere støttes i egenmestring slik at varig arbeidsuførhet unngås eller utsettes lengst mulig.

§ 29 Elektronisk pasientjournal m.m.

Fastlegens elektronisk pasientjournalssystem skal være innrettet slik at det til enhver tid kan oppfylle myndighetsbestemte krav til journalføring, elektronisk samhandling og personvern.

Fastlegen skal være tilknyttet Norsk Helsenett SF. Det elektroniske pasientjournalssystemet skal være innrettet slik at det støtter sending og mottak av elektroniske meldinger. Fastlegen skal ha digitale sertifikater for kryptering og signering av meldinger.

Det gjøres unntak fra første, hva angår elektronisk journalssystem, og andre ledd for leger som faller inn under unntaket i forskrift om unntak fra pålegg om innsending av krav om direkte økonomisk oppgjør elektronisk over linje av 7. desember 2009 nr. 1746.

§ 30 Tolk

Fastlegen skal benytte kvalifisert tolk ved behov. Når det gis skriftlig informasjon til listeinnbyggere skal dette tilpasses mottagers forutsetninger.

§ 31 Krav til rapportering

Fastlegen skal avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetens ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og en faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Staten og kommunen definerer hvilke data som skal avgis.

De alminnelige regler om taushetsplikt gjelder ved utlevering av opplysninger etter første ledd.

Kapittel 5. Fastlegeavtalen

§ 32 Fastlegeavtale

Kommunen skal inngå en individuell avtale med alle leger som skal delta i fastlegeordningen. Dette gjelder også om fastlegen arbeider i en gruppepraksis eller er del av en fellesliste.

Avtalen skal regulere åpningstid, listelengde og lokalisering.

Avtalen skal omfatte eventuelle andre legeoppgaver som fastlegen skal utføre på vegne av kommunen utover det som framgår av listeansvaret, jf. § 12.

Avtalen bør regulere hvordan fastlegen kan bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.

§ 33 Reforhandling av fastlegeavtalen

Avtalen kan reforhandles årlig dersom en av partene ber om det.

§ 34 Inngåelse av ny fastlegeavtale

Ny fastlegeavtale kan inngås når en fastlege avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, når en ubesatt legehjemmel skal besettes, eller når kommunen har fått innvilget søknad om opprettelse av ny legehjemmel.

Overtar en ny fastlege praksis fra en fastlege som avslutter sin virksomhet og sitt avtaleforhold, blir listen over personer overført til den nye fastlegen. Kommunen skal gjøre personene på listen oppmerksomme på dette, og på retten til å skifte fastlege etter § 5, i forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen.

Dersom det er påkrevet for å sikre driften i en ny fastlegepraksis, kan kommunen overføre følgende personer til den nye listen:

- a) Nytmeldte uten oppgitt legeønske.
- b) Personer fra liste hvor det er foretatt reduksjon etter § 39, og som ikke har skiftet til annen fastlege med ledig plass på listen.

§ 35 Oppsigelse av individuell avtale

Kommunen og legen kan si opp avtalen med en frist på 6 måneder. Oppsigelse fra kommunens side må være saklig begrunnet. Ved vesentlig mislighold kan kommunen heve avtalen med øyeblikkelig virkning.

Den individuelle avtalen opphører uten oppsigelse når legen fyller 70 år. Kommunen og legen kan i særlige tilfeller inngå en tidsbegrenset avtale om fastlegevirksomhet ut over fylte 70 år, dog ikke etter at legen er fylt 75 år.

Avtalen bortfaller med umiddelbar virkning når legen ikke lenger har autorisasjon som lege. Når legens autorisasjon er suspendert, kan legen innta vikar inntil saken er avgjort av tilsynsmyndigheten.

§ 36 Sanksjoner ved manglende oppfyllelse av individuell avtale, rammeavtale eller regelverk

Ved brudd på bestemmelser i denne forskrift, rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen eller individuell avtale kan kommunen be om retting av forholdet. Varsel om retting skal gis skriftlig. Frist for retting av forholdet skal minimum settes til en måned.

Dersom forholdet ikke er rettet innen fastsatt frist, kan kommunen holde tilbake hele eller deler av det månedlige per capita-tilskuddet.

Ved retting av forholdet utbetales fullt tilskudd. Tilbakeholdt tilskudd i bruddperioden utbetales ikke.

Dersom fastlegen bestrider at det foreligger et brudd, jf. første ledd, kan fastlegen påklage avgjørelsen om å holde tilbake hele eller deler av per capita-tilskuddet til Fylkesmannen. Klage har utsettende virkning. Fylkesmannen avgjør spørsmålet om det foreligger brudd på fastlegeforskriften, rammeavtalen mellom KS og legeföreningen eller individuell avtale.

Kapittel 6. Fastlegens lister

§ 37 Listelengde

Kommunen kan kreve at antallet listeinnbyggere på fastlegelisten er 1500 ved fulltids kurativ virksomhet. Ved deltidspraksis justeres øvre antall personer på listen forholdsmessig.

Deltakelse i annet kommunalt legearbeid, jf. § 12, gir fastlegen rett til en forholdsmessig avkortning i listelengden pålagt i medhold av første ledd.

Fastlegen skal ikke ha flere enn 2500 eller færre enn 500 personer på sin liste. Det kan inngås individuelle avtaler om kortere lister.

En liste anses lukket når antall innbyggere på listen er nådd det listetak som er avtalt mellom kommunen og fastlegen.

§ 38 Prioritering av personer som er tilmeldt fulltegnede lister

Dersom fastlegen ved etablering av en liste har flere tilmeldte personer enn det som er avtalt listetak, skal listen justeres ned til avtalt listetak. De som har et pasientforhold til legen, skal prioriteres på listen etter pasientforholdets varighet. Dersom dette ikke er tilstrekkelig til å avgrense listen, skal det organ Helsedirektoratet bestemmer foreta et tilfeldig utvalg.

Ved etablering av liste hos fastleger som er samisktalende, og som praktiserer i forvaltningsområdet for samisk språk, skal samisktalende ha fortrinnsrett til å stå på listen.

§ 39 Reduksjon av liste

Fastlege med flere personer på sin liste enn det tak vedkommende kan sette i henhold til forskrift og avtale, har rett til å få nedjustert listelengden til dette taket. Krav om nedjustering skal meldes til kommunen med 6 måneders frist.

Reduksjon av listen skjer ved tilfeldig utvelgelse blant dem som står på listen til vedkommende fastlege. Ved listereduksjon holdes familie registrert bosatt i samme husstand samlet på en liste.

Kapittel 7. Særlige tiltak ved legemangel

§ 40 *Suspensjon*

Fylkesmannen kan etter søknad fra kommunen suspendere plikten til å ha fastlegeordning.

Suspensjon kan bare skje dersom det er forsøkt å finne lokale løsninger og det er grunn til å tro at kommunen vil være ute av stand til å oppfylle sin plikt over en periode på minst tre måneder.

Fylkesmannen skal tilse at kommunens plan for allmennlegetjeneste i suspensjonsperioden ivaretar løsning av kommunens øvrige pålagte oppgaver etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 1. ledd nr. 1 og § 3-3 1. og 2. ledd.

Suspensjon kan vedtas for inntil 1 år av gangen.

Kommunen eller fastlegene i kommunen kan påklage fylkesmannens avgjørelse til departementet.

Kapittel 8. Ikrafttredelse

§ 41 *Ikrafttredelse*

Forskriften trer i kraft fra det tidspunkt departementet bestemmer. Departementet kan sette de enkelte bestemmelser i forskriften i kraft til forskjellig tid.

8.2 Forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen

§ 1. Formål

Forskriften skal sikre innbyggerne får rett til å stå på en fastleges liste.

§ 2 Rett til å få time hos fastlegen

Pasienter har rett til å få tilbud om konsultasjon hos sin fastlege senest innen 5. arbeidsdager etter bestilling.

§ 3. Retten til å stå på liste hos fastlege

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos fastlege. Som bosatt regnes den som i folkeregisteret er registrert som bosatt i en norsk kommune. Rett til å stå på liste hos fastlege har også asylsøkere og deres familiemedlemmer når de er medlem av folketrygden, jf. forskrift 15. april 1997 nr. 315 om trygderefusjon for asylsøkere og deres familiemedlemmer.

Den som har rett til å stå på liste hos fastlege, kan fremsette legeønske. Legeønsket skal søkes etterkommet så langt det er ledig plass på fastlegens liste unntatt i de tilfeller som følger av reglene i denne forskrift.

Den som ikke selv velger fastlege, vil bli plassert på listen til fastlege med ledig listeplass. Den som ikke ønsker å være tilknyttet fastlegeordningen, gir melding om dette til kommunen.

Det er adgang til å velge fastlege utenfor bostedskommunen.

Person som melder flytting til en kommune, skal motta legevalgsskjema informasjon med tilbud om å velge (ny) fastlege i kommunen.

I tilfeller der en fastlege har anmodet om og blitt fritatt fra listeansvaret for en person på grunn av dennes truende eller voldelige atferd, begrenses innbyggerens legevalg til de fastleger kommunen bestemmer, jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene §§ 5 og 16.

§ 4. Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo

Fastleger tilknyttet Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo kan bare velges av studenter som har betalt semesteravgift og deres barn under 16 år, samt av ansatte ved Universitetet i Oslo og Studentsamskipnaden i Oslo og deres barn under 16 år. Tilbudet gjelder også for ansatte som går av med alderspensjon.

§ 5. Tilgang til lukkede lister

Selv om listen er lukket har likevel følgende rett til å bli tatt inn på listen:

- a) Barn under 16 år av allerede tilmeldte
- b) Tidligere tilmeldt som flytter tilbake til kommunen etter midlertidig flytting til en

annen kommune i en periode som ikke overstiger tre år.

§ 6. Valg av fastlege for barn

Den eller de som har foreldreansvaret velger fastlege for barn under 16 år. Dersom fastlege ikke velges plasseres barnet på samme liste som den eller de som har foreldreansvaret. Der foreldrene har felles foreldreansvar og samme adresse, plasseres barnet på samme liste som mor. Der foreldrene har felles foreldreansvar og forskjellig adresse, plasseres barnet på samme liste som den av foreldrene som har samme folkeregisteradresse som barnet.

Ved fylte 16 år treffer barnet selv avgjørelse om valg av fastlege. Er barnet mellom 12 og 16 år kan det selv fremsette krav om bestemt fastlege etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret.

Når omsorgen og/eller foreldreansvaret er fratatt foreldrene, etter barneverntjenesteloven §§ 4-8, 4-12 og 4-20, er det barneverntjenesten som kan velge fastlege for barnet.

§ 7. Rett til å skifte fastlege

Person som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger per år, så fremt det er ledig plass på annen fastleges liste. Fastlegen kan ikke nekte å ta vedkommende inn på listen dersom det er ledig plass på listen, så fremt ikke kommunen har fattet vedtak om å flytte personen fra denne listen på grunn av vedkommendes truende eller voldelige atferd, jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene §§ 5 og 16 og denne forskrift § 3 sjette ledd. Skifte skjer ved henvendelse til det organ Helsedirektoratet bestemmer.

Ved fylte 16 år fremsetter barnet selv krav om skifte av fastlege. Er barnet mellom 12 og 16 år, kan det selv fremsette krav om skifte av lege etter samtykke fra den eller de som har foreldreansvaret. Er barnet under 12 år, fremsettes slikt krav av den eller de som har foreldreansvaret.

§ 8. Rett til ny vurdering

Person som står på fastleges liste har rett til ny vurdering av sin helsetilstand hos annen lege enn sin fastlege, så fremt legen som foretar ny vurdering er tilknyttet fastlegeordningen og personen samtykker i at journalnotat sendes dennes fastlege.

§ 9. Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft fra det tidspunkt departementet bestemmer.