



Helse- og omsorgsdepartementet

Sendt kun pr. e-post: [postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no)

Deres ref.:

Vår ref.: 11/6463

Dato: 23.03.2012

## **Høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift**

Det vises til høringsnotat om revidert fastlegeforskrift og ny forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen med høringsfrist 22. mars 2012. Høringsnotatet er distribuert til Legeforeningens organisasjonsledd for tilbakemelding. Saken har høy prioritet i Legeforeningen og har vært behandlet i Legeforeningens sentralstyre i flere omganger, senest 21. mars. I det følgende er det utkastet til revidert fastlegeforskrift høringsuttalelsen vil omhandle, da forslaget til forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen kun oppfattes som omstrukturering av regelverk og ikke innebærer noe materielt nytt.

Legeforeningen er sterkt kritisk til innholdet i utkastet. Det bidrar til en betydelig risiko for utilsiktede effekter for hele fastlegeordningen. Alle sider av fastlegeordningen utfordres – dynamikken i virkemiddelbruken, pasientbehandling og prioritering – i tillegg til økonomiske og administrative forhold. Forskriften er detaljert og vil hindre dynamikk i utviklingen av ordningen. Forskriftsregulering som foreslått vil danne grunnlag for full avtalerevisjon lokalt og sentralt. Grunnlaget for dagens avtaler endres med vesentlige endringer i forskriften av materiell karakter.

Legeforeningen har bemerket at denne risikoen verken er observert eller vurdert av departementet i høringsnotatet. Forskriften er på flere punkter i strid med lovgivningen og bidrar til uklare ansvarsforhold, noe som må korrigeres.

Departementets håndtering av saken før forskriftsutkastet ble sendt på høring bør vurderes i lys av de krav som stilles til prosess i forvaltningsloven og i utredningsinstruksen. Det er omfattende prosessuelle mangler, herunder i analyser av konsekvenser for helsetjenesten. Forslaget er utarbeidet uten samarbeid mellom avtalepartene i forkant, det vil si med KS og Legeforeningen og uten at effekten for de mange avtaleforhold er vurdert. Dette vil i seg selv kunne få vidtrekkende konsekvenser for helsetjenesten.

De materielle mangler i forskriftsutkastet anses å være et resultat av at saken ikke er blitt tilstrekkelig ”opplyst” ved utredning, prosess og dialog før utsendelse på høring. Legeforeningen har over flere år gitt innspill til departementet for utviklingen av fastlegeordningen, ved særskilte notater forelagt i møter, brev, i tillegg til en større statusrapport – tillit – trygghet – tilgjengelighet fra 2009. Det fremgår ikke av høringsnotatet at dette er vurdert.

Departementet synes ikke å ha overskuet effekten av å endre en del i den samlede virkemiddelbruk, herunder for de individuelle og sentrale avtaler i ordningen. Dette er verken omtalt i vurderingene av nye forskriftsbestemmelser eller under administrative og økonomiske konsekvenser.

Forslaget til ny fastlegeforskrift har skapt et ekstraordinært engasjement i hovedforeningen, i yrkesforeninger, lokalforeninger og fagmedisinske foreninger – og ikke minst blant medlemmer og berørte leger. Legeforeningen har ikke opplevd tilsvarende engasjement i vår organisasjon siden innføringen av fastlegeordningen. Det har vært organisert medlemsmøter og seminarer i det hele landet. Saken har i tillegg til dette fått bred oppmerksomhet i media. Det er en samlet Legeforening som står bak høringsuttalelsen.

Tilbakemeldingen fra alle deler av Legeforeningens organisasjon og enkeltmedlemmer er unison – og innebærer at de forslagene som er på høring er av en slik karakter at fastlegeordningens fremtid utfordres.

Legeforeningen gir her generelle tilbakemeldinger på forslaget til fastlegeforskrift og spesielle kommentarer til hver enkelt bestemmelse, se vedlagt kommentarutgave s 27 flg, og bidrar gjerne med å utdype noen av synspunktene ytterligere i det videre arbeidet.

## I HOVEDPUNKTER I HØRINGSUTTALELSEN

### Mål for utvikling av fastlegeordningen

Legeforeningen deler mange av de mål som fremgår av høringsnotatet, men mener at disse målene ikke kan nås med foreslåtte reguleringer. Høringsnotatet tar ikke utgangspunkt i de faktorer som bidro til en vellykket fastlegeordningen. Utviklingstiltak som allerede er iverksatt omtales ikke – heller ikke bakgrunnen for at det har lyktes å engasjere fastlegene i utviklingen av ordningen. Forslag fra Legeforeningen de siste årene omtales som nevnt heller ikke.

Legeforeningen støtter at følgende må være mål:

- Styrke tilgjengeligheten til fastlegen for befolkningen,
- Bedre tilrettelegging for gjensidig kommunikasjon, herunder ved IKT
- Styrke fastlegens koordinatorrolle og det helhetlige listeansvaret.
- Øke muligheter for hjemmebesøk i den grad det er nødvendig og forsvarlig. Hjemmebesøk til de som trenger det bør være en naturlig del av fastlegeordningens tilbud.
- Tilrettelegge tettere integrering av fastlegene i helse- og omsorgstjenesten i kommunene

I tillegg mener Legeforeningen det er nødvendig å ha som mål:

- Pasientenes valgmuligheter må styrkes. I en rekke kommuner er det ikke reell valgmulighet på grunn av fulle lister.
- Antallet fastlegehjemler må økes betydelig. Oppgaver og behov er økt uten økning av antallet leger

- Partsamarbeid lokalt, og sentralt må videreutvikles. Det må utvikles en ny ordning med partssamarbeid på regionalt nivå.
- Fastlegekontor kan videreutvikles til større enheter med andre helsepersonellgrupper tilknyttet
- Fleksibiliteten for pasientene kan økes som f eks tilrettelegging for utvidede åpningstider
- Det må tilrettelegges for kontinuerlig kvalitetsutvikling i fastlegepraksis, herunder etterutdanning
- Det må opprettes et nasjonalt systemmessig kvalitetsløft i legevaktjenesten

## **Konsekvenser av foreslåtte virkemidler**

Forslaget som foreligger i høringsnotat er uegnet til å oppfylle de ovennevnte mål. I tillegg vil forslaget til forskrift ha en rekke utilsiktede konsekvenser og føre til reduksjon av fastlegekapasitet. Legeforeningen vil nevne noen effekter av forskriften på pasienttilbudet (ikke uttømmende):

- Manglende tilrettelegging for kjerneoppgaven til fastlegene: pasientbehandlingen, fører til svekket pasienttilbud
- Nye og utvidede oppgaver og forpliktelser, både i og utenfor praksis, vil sprengte kapasitetsrammene i ordningen
- Mindre rom for prioritering av pasienter i forhold til det medisinske behovet
- Kortere konsultasjoner og økning i antallet henvisninger. Det blir mindre tid til den enkelte pasient.
- Svekket kontinuitet i pasientbehandling
- Uklare ansvarsforhold i pasientbehandlingen

Forskriftsforslagene svekker samarbeids- og avtalerelasjonene i kommunene:

- Forslagene er ikke egnet til bedre integrering av fastlegene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men skaper derimot større avstand og svekket tillit til hvordan ordningen vil bli utviklet og regulert.
- Forskriftsutkastet har skapt en usikkerhet om premisser for å inngå avtaler med kommunene og de vel fem tusen avtaler som foreligger med kommunene.

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

## **Legeforeningens forslag til utviklingstiltak og virkemidler**

Det vises til alle innspill som er oversendt departementet vedrørende utvikling av fastlegeordningen, ved brev, notater og rapporten Tillit, Trygghet, Tilgjengelighet fra 2009.

Helse- og omsorgsdepartementet har ikke ønsket prosess med berørte organisasjoner i forbindelse med utarbeidelsen av høringsnotatet høsten 2011. Legeforeningen vil anbefale departementet en reell og god prosess før endelig forskrift vedtas.

- Samarbeid er helt avgjørende for å lykkes med utviklingstiltak.

Legeforeningen foreslår at departementet vurderer hvordan nye definerte behov kan kommuniseres til partene i ordningen for forslag om utviklingstiltak. Det bør etableres ordninger for tett dialog og oppfølging mellom staten, KS/ Oslo kommune og Legeforeningen. I den forbindelse kan det i tillegg til å reetablere en samarbeidsarena (Sentralt samarbeidsutvalg), vurderes bruk av ”bestillinger” i en form som oppdragsdokument i ordningen. Det bør således vurderes en styrking av samarbeidet og ikke det motsatte.

Dette var en forutsetning for å kunne iverksette en fastlegeordning med stor oppslutning blant leger og i befolkningen. Legeforeningen stiller seg uforstående til arbeidsmetoden departementet har valgt i denne saken. Konsekvensene for helsetjenesten av forslagene er ikke utredet eller analysert.

Det er stor forskjell på politiske mål – og reell måloppnåelse i helsetjenesten. Det vil i tilknytning til fastlegeordningen ikke være lett å overskue konsekvenser av departementets forskriftsarbeid i den etterfølgende prosess. Forutsatt at forskriften gir et grunnlag for gjeldende avtaleordning, vil resultatet av forskriften medføre revisjonsprosesser i etterkant av vedtagelsen. Oversikten over fastlegeordningen med lovgivning og avtaler først vil derfor først foreligge en tid etter ikrafttredelse av forskriften. Effekten i helsetjenesten vil vise seg etter avslutning av avtalerevisjonen i kommunene og sentralt.

I tillegg til tidligere innspill til departementet med utviklingstiltak gir vi noen forslag her i lys av forskriftsutkastet.

Begrunnelsen for forslagene står dels i de generelle merknadene, i omtalte statusrapport – og dels i den vedlagte kommentarutgaven. Det vises også til de møtene som har vært med departementet etter at forskriften ble sendt på høring:

## **1. Styrket tilgjengelighet til fastlegen**

- Tilgjengeligheten må styrkes enkelte steder, se nedenfor.
- Befolkningen må ha større forutsigbarhet og tilgjengelighet til fastlegen etter medisinske behov. Oversikten over situasjonen i kommunene må danne grunnlag for tilgjengelighetsavtaler mellom kommuner og fastleger med forventet ventetid mm, ev i kombinasjon med mer generelle reguleringer i forskrift rettet mot kommunen og legene.
- Det tilrettelegges for fleksible åpningstider, jf rammeavtalen
- Det utvikles tilbud om elektroniske konsultasjoner, jf statsavtalen
- Omfanget av hjemmebesøk må vurderes ut fra medisinske behov, noe som krever tilrettelegging i nåværende ordning med refusjonsforskrift og begrensninger.
- Det må tilrettelegges for å kunne utvide tjenestespekter – herunder tilknyttet andre helsepersonellgrupper. Lovgivning og sentrale avtaler (herunder statsavtalen) bør tilrettelegge for dette tiltaket.

## **2. Tilrettelegging for tilbudet til pasientene**

- Legeforeningen har tidligere presentert en rekke forslag for å styrke tilgjengeligheten i en situasjon med presset kapasitet, se nedenfor
- Fastlegene må ha mulighet til å planlegge sin virksomhet – og innrette sin praksis etter pasientliste og forventet etterspørsel for å kunne gi et godt tilbud. Både forskrift og sentrale avtaler må tilrettelegge for dette.
- Fastlegene må kunne sette tak på pasientlisten etter vurdering av egen kapasitet sett hen til kunnskap om egen pasientpopulasjon. Både forskrift og sentrale avtaler må tilrettelegge for dette tiltaket som er basert på kunnskap om pasientpopulasjonen.
- Fastlegenes ansvar og prioriteringer må knyttes til pasienter på listen. Kjernen i ordningen må underbygges og ikke svekkes. Lovgivning og sentrale avtaler bør underbygge ordningen.
- Tilrettelegging for tilbud om strukturert åpningsamtale for alle nye pasienter på fastlegens liste. Lovgivning og sentrale avtaler bør tilrettelegge for dette tiltaket.
- Utvikling av nye elektroniske verktøy for trygge elektroniske konsultasjoner
- Utvikling av elektroniske uttrekksverktøy, integrert i elektronisk pasientjournal. Finansiering av nye systemer.
- Elektronisk kommunikasjonsmulighet med pleie og omsorg og 2. linjetjeneste, forutsetter at flere enn fastlegene investerer i IKT. IKT i annen helsetjeneste i kommunen og i helseforetakene må finansieres.

## **3. Styrket kapasitet og flere leger i ordningen**

- Opptrappingsplan for økning i antall fastleger i kommunene. Rekruttering er avhengig av stabile og forutsigbare rammebetingelser – og avtaler.
- Stimulering til nyetablering – ”nullister”. Det er flere steder i dag for risikofylt og krevende å etablere nye lister. Videre utviklingsarbeid for etablering av utdanningsstillinger som rekrutterer til en fremtid i fastlegeordningen.
- Gjennomgang av ulike administrative oppgaver og dokumentasjonskrav som er pålagt fastlegene med sikte på reduksjon.
- Byråkratisering av verdifull fastlegekapasitet må stoppes. All lovgivning bør gjennomgås for ny vurdering.
- Undervisning og andre plikter må avtales mellom partene sentralt og individuelt for å unngå utilsiktede virkninger
- Samhandlingsordningen medfører behov for flere leger i kommunehelsetjenesten i tillegg til fastlegene. De nye oppgavene kan ikke løses ved ytterligere press på fastlegekapasiteten men ved å ansette leger i kommunene
- Legevaktordningen må videreutvikles for bedre kvalitet i tilbudet - og med mål om å unngå at belastning for fastlegekapasiteten blir for stor, noe som svekker rekruttering av leger. Forskriftsreguleringer har stor betydning for innretting av avtaler.

## **4. Utvikling av samarbeid sentralt, regionalt og lokalt – integrering i kommunehelsetjenesten**

- Fastlegene er i dag en viktig del av kommunehelsetjenesten, Det må være utvilsomt for alle at fastlegene skal være en godt integrert del av kommunehelsetjenesten, noe den er mange steder gjennom etablering av faste ordninger:

- Plikt til organisering av og deltakelse i *lokale* samarbeidsutvalg (LSU) bør forskriftsfestes. De lokale samarbeidsutvalgene er nøkkelen til god oppgaveløsning og bedre integrering av fastlegene i kommunene.
- LSU tar ansvar for beredskapsplaner lokalt der fastlegene inngår, herunder kommunikasjonslinjer, noe som bør fremgå av rammeavtalen.
- Nærmere regulering av LSUs oppgaver og organisering bør gjøres i rammeavtalen som grunnlag for utvikling etter behov.
- For å styrke koordinering mellom tjenestenivåene bør praksiskonsulent inngå i LSU i kommuner som har PKO.
- Stimulering til etablering av *regionale* samarbeidsutvalg for drøfting av kommune/ foretaksovergripende spørsmål, for eksempel samarbeidsavtaler og planer.
- Formalisering av et *sentralt* samarbeidsutvalg for fastlegeordningen.

## 5. Kvalitetsutvikling

- Fastlegene må kjenne og innrette seg etter egen kompetanse. Klare ansvarsforhold er en forutsetning for kvalitet. Forskriften må endres på flere punkter for å motvirke uklarheter og uforsvarlighet.
- Legemiddelhåndtering bidrar til særskilte utfordringer til fastlegene og kan ikke løses ved at fastlegene overprøver annen kompetanse. Det bør tilrettelegges for gode systemer vedrørende legemiddelhåndtering, som kjernejournal.
- Kontinuitet i behandlingen er viktig for kvalitet. Forskriften svekker grunnlaget for kontinuitet, noe som bør korrigeres
- Det må tilrettelegges for kontinuerlig kvalitetsarbeid i fastlegepraksis, herunder etterutdanning, noe som bør reflekteres i avtaler
- Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK) bør etableres. Legeforeningen har utviklet en modellskisse, men vi trenger samarbeid med myndighetene for å få på plass finansieringen og detaljene.
- Påbegynt eller ferdig spesialitet i allmennmedisin som bør stilles som vilkår for ny fastlegeavtale, noe som bør reflekteres i avtaler.
- Myndighetene må ta et bedre grep om utvikling og bruk av elektroniske verktøy – både for å understøtte kommunikasjon mellom aktørene i helsetjenesten og for arbeid med kvalitetsutvikling. En slik utvikling må finansieres.
- Det er behov for en særskilt satsing på legevakt. Norge ligger langt etter på systemmessig tilrettelegging for god kvalitet i legevaktvirksomheten.

## 6. Tilrettelegging av finansieringsgrunnlag

- Det må foretas realistiske økonomiske analyser når nye oppgaver skal utføres. Forskriften har en rekke nye oppgaver
- Folketrygden gir i dag kun støtte til undersøkelse og behandling av sykdom, skade og lyte. Det er ikke tilrettelagt for andre oppgaver som forebygging.
- Samhandlingsreformens målsettinger gir grunn til å vurdere en utvidelse, bl.a. når det gjelder forebyggende arbeid. Dette er i dag ikke omfattet av folketrygdloven og krever lovendringer, jf brev fra Legeforeningen i 2010.
- Bruken av finansieringsgrunnlaget for pasientbehandling som sanksjon og ”belønning” for den som sanksjonerer gir uheldige vridningseffekter

## II PASIENTRETTIGHETER I FASTLEGEORDNINGEN

Fastlegeordningen var en pasientrettighetsreform. Pasientens tilbud og rettigheter, det vil si fastlegenes kjerneoppgaver, må stå i sentrum for en videre utvikling av ordningen. Med foreliggende forslag har pasientrettigheter måttet vike for andre oppgaver fastlegene skal utføre. Det skapes imidlertid et krysspress av forventninger, men omfanget av oppgaver utenfor kurativ virksomhet betyr en reell nedgang i behandlingsskapasiteten.

Før fastlegeordningen var det en lignende situasjon med mange oppgaver i kommunal regi for allmennlegene. Mange var ansatt i kommunene, med stadig vanskeligere tilgang til allmennlegehjelp. Flere steder var det vanskelig å få en allmennlege – noe som førte til at mange oppsøkte legevakten også på dagtid.

Med fastlegeordningen ble kommunene pålagt å sørge for rekruttering av tilstrekkelig antall leger til at alle skulle kunne velge en lege.

- Retten til å velge – og til stå på fastlegens liste, representerer en betydelig pasientrettighet.
- Pasienten har også fått en rett til å bytte lege

Mangelen på legehjemler har svekket valgmulighetene og dermed mulighetene til å bytte lege. I tillegg har fastlegene jevnlig blitt pålagt andre oppgaver som ikke er pasientbehandling, noe som har redusert behandlingsskapasiteten.

- Legeforeningen mener pasienttilbudet reelt sett er svekket de siste årene, av flere grunner, og at det svekkes ytterligere som følge av forskriftsendringene.
- Tilgjengelighet til allmennmedisinske tjenester og kontinuitet i pasientrelasjoner sto sentralt i reformen og er viktige faktorer for en vellykket fastlegeordning.
- Fastlegeordningen har ført til at alle innbyggere har rett til å ha en fastlege som skal kunne opparbeide kunnskap over tid om hver pasient, noe som ikke bare er samfunnsøkonomisk begrunnet men også medisinsk.

Det tilrettelegges ikke for pasientbehandling i forskriften og tilgjengeligheten til fastlegens kurative tjenester, herunder behandlingstid, svekkes på grunn av nye krav, pålegg og oppgaver i og utenfor praksis. Det er ikke planlagt å øke antallet fastleger betydelig. Fastlegens mulighet til å prioritere pasienter ut fra medisinsk tilstand svekkes.

- Hele listepasientordningen undergraves ved å fjerne fastlegens plikt til å gi særskilt prioritet til egne listepasienter. En av suksessfaktorene i ordningen var at fastlegene i stor grad kunne basere seg på kunnskap om egne listepasienter og kontinuitet i pasientbehandlingen.
- I tillegg bidrar det til å svekke muligheter for planlegging av praksis med hensyn til listetak ut fra pasientpopulasjon – og klarhet i ansvarsforhold.

Forslaget vil slik det foreligger føre til betydelig reduksjon i fastlegekapasiteten, kortere konsultasjoner - og til en ikke ubetydelig økning i antallet henvisninger til sykehus. Svekket kapasitet i fastlegepraksis betyr at andre enn fastlegen må involveres for å utelukke alvorlig sykdom når det er nødvendig.

## 1. Tilgjengelighet til fastlegen

Som nevnt mener Legeforeningen at tilgjengeligheten til fastlegen må styrkes med bakgrunn i utviklingen de siste årene. Det er i mange kommuner manglende valgmulighet på grunn av fulle lister. Videre har nye oppgaver og forventninger til fastlegene i og utenfor legekantoret ført til redusert tilgjengelighet til legens behandlingstilbud.

Etter Legeforeningens oppfatning vil denne situasjonen dramatisk forverres dersom forskriftsforslagene blir vedtatt. Det er heller ingen drøfting i høringsnotatet av tilgjengelighetsproblematikk, det vil si hva som gir god tilgjengelighet og hvordan situasjonen er pr dags dato.

### **Fastlegens oppgaver og ansvar i dag**

Fastlegens viktigste oppgave er å være tilgjengelig for å gi befolkningen undersøkelse og behandling. Fastlegens yrkesutøvelse skjer i møte og konsultasjon med den enkelte pasient og ev deres pårørende. Anerkjent internasjonal forskning viser at god tilgang og fritt valg av en bestemt allmennlege over flere år fører i seg selv til bedre behandling, bedre helse og lavere helsekostnader ([www.bostonreview.net/BR30.6/starfield.html](http://www.bostonreview.net/BR30.6/starfield.html)(14.5.2009).

Dette ble lagt til grunn for fastlegeordningen, men endres dersom det i forskriften ikke lenger er definert at den fastlegen pasienten velger skalprioritere pasienter på listen.

Fastlegen skal også være en koordinator i behandlingsskjeden, og dermed må det påregnes noe tid til kommunikasjon med andre aktører og oppgaver av administrativ karakter i tillegg til den behandlingsaktiviteten. Dette er også lagt til grunn i avtaleverket.

Åpningstiden for etfulltids kurativt årsverk er satt til 28 t/u. Om lag 15 t/u er beregnet til administrative oppgaver. I tiden etter dette har imidlertid stadig nye oppgaver kommet til. Dette gjelder særlig innen sykefraværsoppfølging, hvor det har kommet omfattende nye myndighetskrav og forventninger til fastlegene, herunder møtevirksomhet og dokumentasjon. Også forvaltningen av blåresepter har blitt mer omfattende. Det innebærer at tiden til administrasjon er økt vesentlig til tross for at tid til kurativ praksis er opprettholdt.

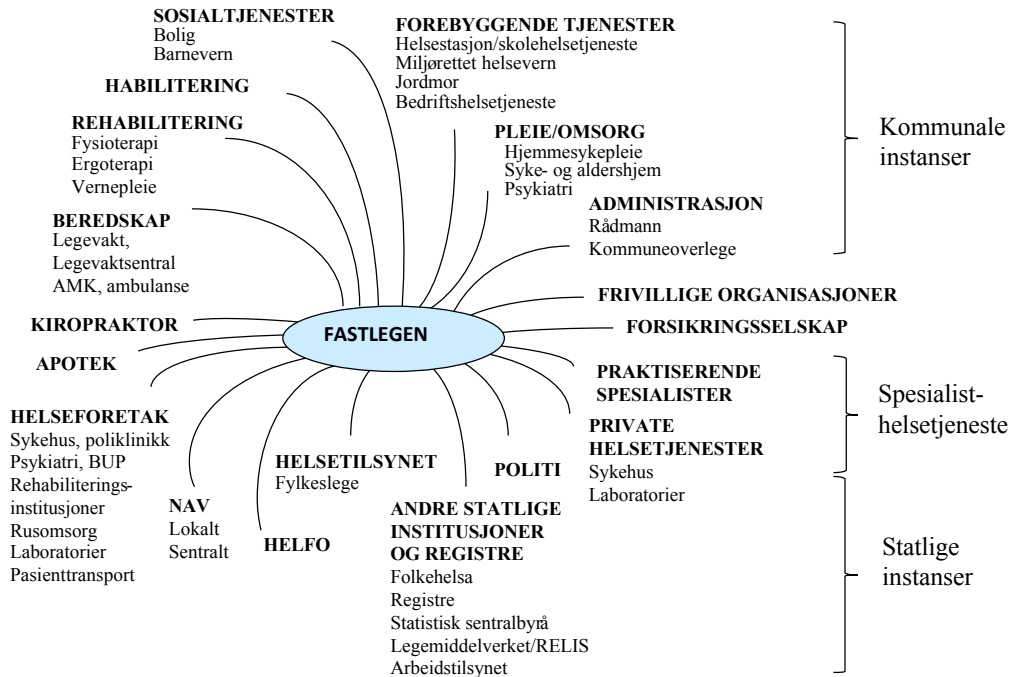
Høringsnotatet nevner ikke slike sentrale utviklingstrekk. Legeforeningens forslag om å redusere omfanget av oppgaver som ikke er pasientbehandling er heller ikke nevnt. Tvert i mot er det i forskriften tatt inn en rekke nye krav som legger beslag på viktig klinisk behandlingsskapasitet uten at konsekvensene vurderes.

### **Fastlegens samarbeid med andre aktører:**

Fastlegen skal ivareta et koordinatoransvar og må derfor nødvendigvis samarbeide med en rekke aktører. Modellen nedenfor viser omfanget av samarbeidsrelasjoner allerede i dagens situasjon.



# Fastlegens samarbeidspartnere



Ill: Anders Grimsmo

Fastlegene ønsker å være i god kommunikasjon med sine samarbeidsaktører. Tilgjengeligheten overfor pasientene skal ivaretas men omfanget av samarbeidsaktører fastlege må forholde seg til tilsier at det må være begrensninger for i hvilken grad fastlegen kan stille i møter.

Ordningen med møteplikt uten nærmere vurdering og prioritering, blir uforenlig med andre hensyn i en legepraksis. Det er også en utfordring med møter som skal skje på dagtid mens praksisen er åpen for pasientene. I høringsnotatet legges det opp til at kommunene kan kreve oppmøte uten nødvendig tilpasninger. De prioriteringsmessige, økonomiske og administrative konsekvenser ved dette er heller ikke synliggjort.

## 2. Prioritering

Forslagene til revidert forskrift har en rekke prioriteringsmessige konsekvenser. De viktigste konsekvensene er:

- Fastlegenes tid skal benyttes til langt flere oppgaver i konflikt med pasientbehandling
- Fastlegens listepasienter mister den prioriteten de i dag har for å komme til fastlegen.
- Alle pasienter blir likestilt mht tilgjengelighet for telefon og konsultasjon. ”utvanning av listeansvaret” og kontinuitet og kunnskap om pasienten som grunnlag for effektiv behandling

- Mekaniske tilgjengelighetskrav fører til likere prioritering av alle tilstander. Dette svekker fastlegens muligheter for å prioritere etter medisinsk alvorlighetsgrad.
- Tilgjengelighetskravene vil føre til at fastlegen og dennes hjelpepersonell kan bruke mindre tid på hver enkelt pasientkontakt

### **Tilgjengelighetskrav, jf § 23**

Fastlegene skal yte service til sine listepasienter. I dette ligger at de også skal ha en god tilgjengelighet på telefon og for time til konsultasjon. Tilgjengelighetskravene som er foreslått i § 23 har gode intensjoner, men vil virke mot sin hensikt slik de er formulert. To dagers ventetid for konsultasjon vil i mange tilfeller være lite ambisiøst dersom det er tale om nye eller endrede symptomer.

Ikke bare her, men også i helsetjenesten ellers mener vi imidlertid at slike tilgjengelighetsmål er helt uegnet for en nedfelling i forskrift som generelle og absolutte krav. Det har vi heller ikke for svært alvorlige sykdommer hvor hastegraden er stor, som ved kreft.

Kravene gir lite rom for å prioritere på tilstand – både for hvor fort legen skal agere og hvilken tid som settes av. Forslagene er basert på at pasienten skal *bestille* time, tilsynelatende uten at lege eller hjelpepersonell skal kunne vurdere det reelle behovet for helsehjelp. Videre vil pasientens behov for kontakt med legen langt på vei være likevistilt mht tilgjengelighet, enten det er f.eks symptomer på alvorlig hjertelidelse eller behov for førerkortattest. Det er også en svakhet at det vil være en rekke normalsituasjoner hvor kravene ikke lar seg etterleve – eksempelvis telefontilgjengelighet mandag morgen eller om morgenen dag etter ferie.

Legeforeningen erkjenner at det i en del tilfeller kan settes i verk tiltak for å styrke tilgjengeligheten til fastlegen. Etter vår oppfatning er dette et tema som er svært godt egnet for utvikling i lokale prosesser. Et eksempel på dette er Trondheim hvor legene og kommunen sammen (LSU) har utarbeidet en serviceerklæring. Vi mener dette kan videreutvikles og at det kan lages et system for tilgjengelighetsavtaler mellom kommuner og fastleger. Det bør vurderes om slike avtaler skal gjelde med *legekontorene* som pliktsubjekt. En videre utvikling av et slikt konsept forutsetter et samarbeid mellom de sentrale parter. Det bør også vurderes om kravet til slike avtaler skal speiles i forskriften om pasientrettigheter i fastlegeordningen.

### **Prioritering av egne listepasienter**

Fastlegeordningen innebar at hver innbygger kunne velge en bestemt lege som skulle ha ansvar for allmennlegetilbudet. Listeansvaret bidro til bedre kunnskap om pasienten og kontinuitet i behandlingstilbudet og begrenset mulighetene for såkalt ”legeshopping”.

- Den forpliktelse fastlegen har etter gjeldende rammeavtale til å prioritere egne listepasienter er fjernet i forskriftsutkastet. Det betyr at en av suksessfaktorene i fastlegeordningen: nemlig et avgrenset populasjonsansvar, fjernes.

I høringsmøte med Helse- og omsorgsdepartementet ble det uttalt at denne bestemmelsen etter deres oppfatning sto i motstrid til legens plikt til å foreta en prioritering ut fra medisinsk alvorlighetsgrad, noe som kan tyde på en forventning om at fastleger både skal være fastleger og at de skal drive en åpen uselektert praksis overfor befolkningen.

- Den særskilte plikten til å prioritere egne listepasienter og retten til å sette tak på pasientlisten skal bidra til oversiktighet i praksis og muligheter til å planlegge virksomheten for best mulig tilbud til egne listepasienter.

Departementet har ikke vurdert konsekvensene av denne endringen i høringsnotatet. Legeforeningen er forundret over ønske om å endre en ordning som har fungert godt og etter intensjonen. I et prioriteringsperspektiv synes den også helt uproblematisk ettersom alle innbyggere har rett til å stå på en fastleges liste – og dermed være prioritert til kontakt med denne. Dette kan også sammenliknes med opptaksområdene til sykehus, som ikke har vært problematisert i et slik perspektiv. At dagens ordning er et resultat av en ønsket målsetting følger også av det opprinnelige høringsnotatet til fastlegeordningen, punkt 7.2.2:

*”Mange leger har faste pasienter de følger opp over tid. I dag kan imidlertid legen se sitt ansvar avgrenset til den enkelte konsultasjon. Fastlegeordningen formaliserer legens plikt til å ta ansvar for pasienten over tid og en viktig kvalitet ved allmennlegetjenesten vil sikres. Muligheten til å avgrense ansvaret for vanlige konsultasjoner til sine listepasienter, og ny-vurderingspasienter jf. Utkastet § 6, vil gi legen bedre mulighet til å øke tilgjengeligheten og heve kvaliteten på behandlingen av sine pasienter. ”*

Legeforeningen vil advare mot endringer som betyr at selve suksessfaktoren i fastlegeordningen fjernes – uten utredninger og på et svært spinkelt vurderingsgrunnlag.

### III KAPASITET OG REKRUTTERING

I rapporten Utviklingsstrategi for legetjenesten i kommunene fra 2008 (IS 1652) var det enighet mellom Helsedirektoratet, KS, Legeforeningen, Oslo kommune SAFO og FFO om at det er for lav vekst i antall fastlegehjemler i forhold til utvidede arbeidsområder og oppgaver. Det er også en utfordring med økende gjennomsnittsalder blant fastlegene. I 2001 var antall leger i aldersgruppen 55 – 66 år 596, pr 31.12. 2011 hadde dette tallet økt til 1387. Det ble videre påpekt en mangelfull rekruttering av fastleger til utkantstrøk (herunder betydelig vikarbruk i enkelte kommuner).

En utvikling av fastlegeordningen kan på denne bakgrunn ikke finne sted uten en samtidig opptrappingsplan for nye fastleger. I IS 1652 ble det beregnet et behov for 2700 nye legehjemler i kommunehelsetjenesten innen 2015. En grunnleggende forutsetning for nyrekruttering til karrierevalg som næringsdrivende fastlege er stabile og forutsigbare rammebetingelser.

Høringsnotatet har skapt en usikkerhet i så måte og uansett hvordan endelig forskrift blir utformet vil denne usikkerheten kunne påvirke rekrutteringen de nærmeste årene. I tillegg til stabile rammevilkår er det behov for særskilte rekrutteringsvirkemidler:

- Stimulering til opprettelse av ”nullister”. Det anses mange steder for risikofylt å starte opp ny praksis uten listepasienter og dermed uten pro-capitatilskudd
- Opprettelse av utdanningsstillinger som rekrutterer til fastlegepraksis

Dersom tilgjengeligheten til fastlegen skal beholdes på dagens nivå må det snarest iverksettes en opptrappingsplan for nye leger til kommunehelsetjenesten. Samtidig må man være varsom

med å legge nye oppgaver inn i ordningen. Alle nye oppgaver må grundig konsekvensutredes. Slike konsekvensvurderinger er fraværende i høringsnotatet.

## **IV SAMHANDLING OG SAMARBEID**

Samhandlingsreformen handler om samarbeid mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten. De eksisterende virkemidler i fastlegeordningen er samarbeidsbasert. Legeforeningen etterlyser samarbeid og dialog i prosessen med utvikling av virkemidler.

- Utredning, samhandling og dialog er forutsetninger for å unngå ressurskrevende forsøk med hele landets helsetjeneste

Verken når det gjelder samhandlingsreformen eller endringer i fastlegeordningen, er det lagt opp til reell utredning, involvering og utprøving. Det har ikke vært rom for pilotering, og flere av virkemidlene fremstår som nasjonale forsøksordninger.

Fastlegeordningen må kunne sies å være en av tidenes mest vellykkede helsereformer. Bak suksessen ligger betydelige ressurser avsatt til pilotering og evaluering. Men vi hadde aldri oppnådd en slik suksess om det ikke hadde vært for at den ble bygget i et samarbeid – i avtalerelasjoner som går helt fra sentralt nivå og ned til den enkelte kommune og den enkelte lege.

Ordnningen er basert på at oppgaveløsning og samarbeid skjer lokalt. De lokale samarbeidsutvalgene er nøkkelen til dette samarbeidet. Legeforeningen har tidligere uttalt at vi mener nettopp de lokale samarbeidsutvalgene ville egne seg for en forankring i forskrift. Vi har erfart at det er ulikt i hvilken grad kommunen har tatt i bruk og prioritert dette organet. Undersøkelser viser at fastlegeordningen fungerer best i de kommuner hvor det lokale samarbeidet er levende.

- Sentralt samarbeid med kommunikasjonslinje til lokalt samarbeidsutvalg

Legeforeningen har også etterlyst et tettere samarbeid på sentralt nivå. I forbindelse med at fastlegeordningen trådte i kraft ble det dannet et sentralt samarbeidsutvalg, bestående av Staten v/ Helsedepartementet, Rikstrykdeverket (NAV), Helsedirektoratet, KS, Oslo kommune og Legeforeningen. Dette var et svært fruktbart samarbeid, hvor problemstillinger kom på bordet og fant sin løsning etter prosess. Etter hvert avtok hyppigheten av disse møtene, til tross for at Legeforeningen etterlyste møter en rekke ganger.

I et møte i desember 2010 redegjorde HOD for at det ikke fantes noe sentralt samarbeidsutvalg. Det ble orientert om at det var lagt et løp for ny forskriftsregulering av fastlegeordningen, og at Legeforeningen måtte avvente til en formell høring å komme i prosess om dette.

Legeforeningen finner denne utviklingen svært beklagelig. Det synes å herske en oppfatning om at involvering ikke skal skje før regelverksforslag er sendt på høring. Vi mener denne saken viser at denne er en mangelfull tilnærming.

- Det er ingen formelle hindringer i veien for å involvere organisasjoner eller andre berørte i utredningen av nytt regelverk – før det sendes på offentlig høring. Dette ble gjort ved innføringen av fastlegeordningen.

Det ble da gjennomført åpne drøftinger av hva som kunne anses som hensiktsmessige virkemidler for å nå målsettingene for reformen. Slik ble ulike alternativer, konsekvenser og faktaopplysninger vurdert før regjeringen gjennom en ordinær prosess bestemte hva den ønsket å sende på høring som sin politikk og sine veivalg.

- Vi er bekymret over konsekvensene – ikke bare for fastlegeordningen, men for helsevesenet og samfunnet generelt – dersom Regjeringen slutter å involvere på et tidlig stadium i politikikutviklingen, i særlig grad når det benyttes reguleringer i utstrakt grad.
- Viktigst er at manglende prosess fører til at saken ikke blir belyst og at ikke alternativer kommer på bordet for grundig vurdering. Dette vil være kostbart for samfunnet – og for helsetjenesten.

Etter Legeforeningens oppfatning ville det bety et betydelig løft for fastlegeordningen dersom de sentrale parter revitaliserte sitt samarbeid.

- Etter vår oppfatning bør et sentralt samarbeidsutvalg formaliseres. Det bør også opprettes regionale samarbeidsutvalg for å bidra til gode prosesser av kommuneovergripende karakter, for eksempel de lovfestede samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

## V STYRING AV FAG- OG KVALITETSUTVIKLING

Legeforeningen har over lengre tid arbeidet aktivt for å styrke det systematiske kvalitetsarbeidet i fastlegeordningen. Vi trenger tiltak og verktøy i en slik utvikling. Virkemidlene som her foreslås er uegnet. De vil skape prioriteringsmessige vridningseffekter, kapasitetspress og et juridisk ansvar for legen som er vanskelig å overskue konsekvensene av.

Helsepersonellovens skjønnsmessige krav til ”faglig forsvarlighet” (§ 4) bunner i en erkjennelse av at detaljert lov- og forskriftsregulering ikke er egnet for å styre helsepersonells fagutøvelse. Forskriftsforslagene representerer en overdreven styringsoptimisme når det gjelder fastlegens yrkesutøvelse og utvikling av systematisk kvalitetsarbeid.

- Fra mål til ønsket effekt i helsetjenesten: Legeforeningen etterlyser et bedre utrednings- og kunnskapsgrunnlag for de valg som er tatt, også med hensyn til virkemiddelbruken.

Legeforeningen ønsker å påpeke problemer knyttet til det rådende kunnskapsgrunnlaget som gjør spesielt § 17 og § 22 problematisk.

### **Om nasjonale retningslinjer - § 17:**

*§ 17: Fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap. Nasjonale faglige retningslinjer skal legges til grunn for legens praksis der slike finnes.*

Legeforeningen støtter første setning men stiller spørsmål ved om departementet her mener at dette er et annet krav enn det som følger av helsepersonelloven § 4. Andre setning betyr en forskriftsfesting av rådgivende uttalelser, noe som er svært utfordrende, særlig i de situasjoner det er direkte konflikt mellom en retningslinje og et lovkrav, som kravet til forsvarlighet.

Forskriften omhandler hovedsakelig prosesskrav og styringskrav. Denne bestemmelsen kan bli benyttet feil i forhold til øvrig lovgivning. Dersom forskriften skal inneholde krav til yrkesutøvelsen må det tas utgangspunkt i kravet til medisinsk forsvarlighet, det vil si noe annet enn lovpålegg om å følge offentlige utredninger og veiledere.

Legeforeningen kan ikke se at det er hensiktsmessig med denne formen for detaljstyring i forskriftsforslaget. Det er viktig at lovgivningen understøtter de særskilte utfordringer som er innenfor allmennmedisinen med å vurdere kompleksiteten hos ulike multimorbide pasienter.

### **Forebyggende tiltak - § 22**

*§ 22: Fastlegen skal tilby forebyggende tiltak overfor personer der det avdekkes risiko for utvikling av 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.*

Vi bemerker at dette forslaget var tatt med i det opprinnelige forslaget til ny helse- og omsorgslov, men ble tatt ut etter høringsrunden pga faglig spinkelt grunnlag. Denne bestemmelsen er dessuten svært vidtrekkende, noe som vil medføre tilnærmet ”umulige avgrensinger” i forhold til både forebygging og oppfølgingsansvar. Legeforeningen mener at denne bestemmelsen må endres vesentlig i sitt innhold. Slik den står nå skaper den urealistiske forventninger og den kan innebære uklare ansvarsforhold mellom det pasienten selv må følge opp – og legens ansvar.

- Summen av forslagene om økt fokus på individrettet, forebyggende helsearbeid vil medføre økt ressursbruk med en totalt sett mindre effektiv helsetjeneste som resultat.

Helsevesenet både på nasjonalt og kommunalt nivå bidrar til å forebygge sykdom, lidelse og for tidlig død. Men individrettet forebyggende arbeid krever mer enn generell kunnskap basert på gruppestudier og gjennomsnittlig sannsynlighet. Vi har i dag ikke klinisk anvendbar kunnskap om hva som gir den enkelte person risiko for å utvikle sykdom eller funksjonssvikt. Det eksisterer heller ikke anerkjente og gyldige faglige standarder for slik storstilt, individrettet forebyggende arbeid i allmennlegepraksis. Om en fastlege aktivt skal følge opp mennesker som har (eller antas å ha) høy sykdomsrisiko, men etter medisinsk målestokk ikke viser ”tilstrekkelig” initiativ og/eller selvdisiplin, trenger legen betydelig bidrag i tilretteleggingen, handlingsrom og ikke snevre forskriftsfestede plikter.

- Formuleringen at legen ”har en plikt til å tilby tiltak når risiko for utvikling av sykdom eller forverring av sykdom, avdekkes” forutsetter at legen faktisk aktivt prøver å ”avdekke” noe også hos personer som ikke ber om slike tjenester eller tiltak.

En slik forskrift er uttrykk for et normativt standpunkt, en antakelse om at visse tiltak legitimeres med ”den gode hensikt” og derfor bør iverksettes selv om personen ikke ber om det eller ønsker det. Forskriften uttrykker også en tro på at sykdom hos den enkelte person kan best forebygges på individnivå. Dette er imidlertid i strid med omfattende epidemiologisk

dokumentasjon som både nasjonalt og internasjonalt viser at sykdomsrisikoen i stor grad er avhengig av andre parametre. Samfunnets strukturer og sosiopolitiske forhold legger sterke føringer for hvem som *får* (eller rammes av) sykdom, lidelse eller helseproblemer, sosiale problemer eller et rusmiddelproblem.

De siste ti år er det dokumentert at et menneskes biologi (målbare faktorer) og biografi (levestandard og livserfaringer) ikke kan skilles fra hverandre. Flerfaglig grunnforskning viser at såkalte risikofaktorer ofte bare er de målbare uttrykk for noe mer grunnleggende; nemlig et strevsomt liv. Strevsomme liv innebærer økt fare for hjerte- og karlidelser, kroniske betennelser, infeksjoner, depresjoner, såkalte atferdsforstyrrelser, kroniske smertelidelser, rusmisbruk og en rekke andre helseproblemer.

Det foreslås å forskriftsfeste oppfølging av biomedisinske risikofaktorer hos hver av pasientene på en fastleges liste. Hvis målet er å oppnå reell kontakt med alle pasienter, og da særlig med de personene på listen som har svært belastede liv, er det trolig viktigere for den enkelte pasient at legen er informert om vedkommendes samlede livssituasjon enn å være opptatt med å "avdekke" risiko gjennom skjematisk måling av noen få, bestemte faktorer.

- Hvis kontakter med fastlegen og helsevesenet skal kunne utgjøre en positiv forskjell for alle mennesker, men særlig de mest plagede, bør utspillene fra helsetjenesten oppleves relevante i den gitte situasjonen.

Det er vist at ingen målinger kan forutsi dødelighet bedre enn en persons egen vurdering av egen helse. Et sterkt og støttende sosialt nettverk er i en rekke undersøkelser vist å gi like god beskyttelse mot tidlig død som både røykeslutt, trim og blodtrykksbehandling. En tillitvekkende og dyktig lege må derfor tenke forebygging innenfor en vid horisont av muligheter, og framfor alt vise respekt og visdom i møte med mennesker som står i vanskelige sosiale og relasjonelle kår i videste forstand. For det er nettopp disse som er i størst fare for å miste både liv og helse.

Det er svært uheldig hvis norske helsemyndigheter gjennom lov og forskrift ikke bare pålegger legene å "overprøve" pasienten eller ta dette ansvaret som i dag ligger hos pasienten – men også bidrar til å befeste en tro på screening og kartlegging av den tradisjonelle, biologiske risikoprofilen (slik den defineres i medisinen i dag) - som den mest adekvate måten å påvirke et menneskes helse på.

- Det meste av forebygging i et samfunn skjer utenfor fastlegekontoret.

Den mest grunnleggende forebygging av 'somatisk' og 'psykisk' lidelse samt rusmisbruk handler snarere om å skape et samfunn der alle barn vokser opp i nærvær av ansvarlige voksne, og der folk gjennom hele livsløpet møter respekt slik at de kan utvikle og opprettholde sin selvrespekt.

#### Forskning og kvalitetssystemer

Det er i forslaget ikke nevnt forskning i allmennmedisin. Allmennmedisinsk forskning er helt nødvendig for kunnskapsutviklingen i faget.

- Kvalitetsutvikling: Alle pasienter og andre i befolkningen skal føle seg trygge på at fastlegekontoret de tilhører og legevaktjenesten de bruker, driver forsvarlig virksomhet.

I dette ligger også en forventning om bevissthet rundt kvalitet, kvalitetsforbedring ut fra erfaring ved legepraksisen og ny kunnskap, og pasientsikkerhet. På legekantoret kan dette gjøres ved gjennomgang og dialog om tilbakemeldinger fra pasienter, samarbeidspartnere og av blant annet tallfestede resultater fra fokusområder. Systematisk forbedringsarbeid er et ledelsesansvar som integreres i den ordinære virksomhetsutøvelsen.

Utvikling av gode kvalitetsindikatorer er nyttig og viktig, men svært vanskelig. Kunnskapssenterets evaluering av det eksisterende settet av norske nasjonale kvalitetsindikatorer viser at det er langt fram.

Indikatorer som skal brukes til lokalt kvalitetsarbeid må skreddersys til formålet. Indikatorer som skal aggregeres på høyere nivå i helsetjenesten, helt opp til nasjonalt nivå, må gi mening selv når de brukes med så lite kontekstkunnskap som blir resultatet når de løftes ut av sin sammenheng. Ved et nylig avsluttet gjennombruddsprosjekt om psykose viste det seg at den nasjonale indikatoren VUP (varighet av ubehandlet psykose), mange steder overhodet ikke rapporteres, og ikke lot seg gjenfinne. Dataprogram som henter indikatorer fra elektroniske pasientjournaler og lignende kilder vil være nyttige i både lokalt kvalitetsarbeid, og på høyere nivåer.

- Vi må unngå at vi får ulike systemer på flere nivå. Vi trenger ett nasjonalt system som i størst mulig grad er basert på datauttrekk fra elektronisk pasientjournal. Systemet må være slik innrettet at det gir informasjon som oppleves nyttig både som styringsdata for stat og kommune og i forbindelse med kvalitetsarbeid i den enkelte virksomhet.

Forskriftsutkastet legger ikke til rette for dette. Det stilles ikke krav til et *nasjonalt* system, og det legges heller ikke til rette for at fagmiljøene skal bidra i utformingen av systemer og rapporteringssystemer. Legeforeningen mener at et Senter for allmennt medisinsk kvalitetsutvikling (SAK) kan bidra med å utvikle kvalitetssystemer og rapporteringskrav som er egnet til fagutvikling og kvalitetsstyring i kommunene og den enkelte fastlegebedrift.

Legeforeningen viser for øvrig til vedlegg 3 for oversikt over grunnlagsmateriale som vi mener er vesentlig i en videre utvikling av den faglige kvaliteten i fastlegeordningen.

## **VI KOMMUNEOVERLEGEFUNKSJONEN MÅ STYRKES**

Kommunene trenger en sterk kommuneoverlegefunksjon forankret i ledelsen. Dette vil være svært viktig for en god utvikling av fastlegeordningen i en lokal styringsdialog. Forskriftsforslaget gir dessverre ikke et godt grunnlag for en slik utvikling.

Høringsnotatet er svært uklart på om departementet legger opp til at fastlegene også skal arbeide med samfunnsmedisin, ev erstatte det som i dag er kommuneoverlegestillingen.

Det vil være en svært dårlig løsning om kommuneoverlegens samfunnsmedisinske oppgaver løses gjennom tilplikting av fastleger. Allmennt medisin og samfunnsmedisin er to ulike fag/spesialiteter med helt ulike kompetansekrav. Fastlegenes bidrag til samfunnsmedisinsk arbeid bør baseres på samarbeid mellom kommuneoverlegen og motiverte fastleger og ikke pålegg.



- Forslaget om at kommunene skal stå fritt til å definere hvilke ”allmennlegeoppgaver” som skal kunne pålegges, hvor ”medisinskfaglig rådgivning” og ”plan og utredningsarbeid” nevnes som eksempler, åpner for en ytterligere fragmentering av kommuneoverlegens oppgaver.
- Legeforeningen mener at en avgjørende faktor for å lykkes i samhandlingsreformen er at det etableres gode medisinske fagmiljøer i kommunene, også innenfor samfunnsmedisin.

I en del områder og en del kommuner har man vansker med å få søkere til stillingen som kommuneoverlege. En styrking av det medisinske tilbudet i kommunen kan styrke mulighetene for rekruttering.

I forbindelse med samhandlingsreformen er det forutsatt at oppgaver flyttes fra sykehus og til kommunene. Det betyr behov for større stillingsandeler i kommunale helseinstitusjoner.

- Nye behov som følge av oppgaveoverføringen fra sykehus må innebære tilførsel av tilstrekkelig kapasitet og kompetanse

Kommuneoverlegen bør ha en sentral rolle i planlegging og koordinering av det medisinske tilbudet i kommunen slik at behandlingsskapasitet og fagutvikling kan ivaretas og videreutvikles. Kommuneoverlegen bør ha et hovedansvar for kommunens samarbeid og styringsdialog med fastlegene.

## VII ANSVAR OG ANSVARSPLOSSERING

### **Kommunens juridiske ansvar**

Forslaget til ansvarsregulering i § 7 bryter med de prinsipper for ansvar som gjelder i øvrig helselovgivning. Se bla forarbeidene til helsepersonelloven som omtaler nødvendigheten av å plassere ansvar direkte hos tjenesteutøver og diskusjonen om ansvar.

- Kommunen pålegges her tilsynelatende et totalansvar for alt som skjer på fastlegekontoret som ikke kan oppfylles uten å være tilstede på fastlegens kontor.

Slik ansvarsregulering tilslører de faktiske ansvarsforhold og undergraver det ansvar som må ligge hos det enkelte helsepersonell og virksomhet.

- Fastlegen har både et personlig medisinskfaglig ansvar for sin virksomhet, men også et systemansvar, lederansvar og hms-ansvar som ansvarlig for fastlegevirksomheten og den enkelte ansatte.

Kommunen tillegges også en type tilsynsansvar som kommer i konflikt med ansvaret etter helsetilsynsloven. Vi etterlyser en analyse av grenseoppgangen mellom tilsynsmyndighetenes og kommunenes ansvar.

### **Fastlegens juridiske ansvar**

Gjennom de foreslåtte forpliktelsene til blant annet oversikt over egen listepopulasjon og oppsøkende virksomhet skapes et nytt juridisk ansvar for fastlegene. Når dette er inntatt i forskrift gir det et bindende juridisk ansvar med rettsvirkninger.

Når det gjelder legemiddelhåndtering tillegges fastlegen ansvar også for rekvirering av andre legespesialister. Forskriften griper inn i det generelle forsvarlighetskravet på en uheldig måte. Fastlegen må som andre innrette seg etter egne faglige kvalifikasjoner og ikke ”overprøve” annen kompetanse når det ikke er forsvarlig.

Det må forventes at pasienter og pårørende i langt større grad vil forsøke å holde fastlegen ansvarlig – også når pasienten selv har tatt et aktivt valg om å ikke oppsøke helsetjenesten. Et så omfattende ansvar som det her legges opp til vil ikke være mulig å ivareta og det vil skape urealistiske forventninger og risiko for stor økning i antallet klagesaker.

Samlet sett skaper de ulike ansvarsbestemmelsene uklarheter om plassering av ansvar. Dette er i seg selv uheldig og vil kunne øke risikoen i fastlegepraksisen dersom reglene følges.

Skulle disse bestemmelsene bli opprettholdt, må det legges opp til et etterarbeid i dialogen med kommunen og fra legens side i praksisen for å begrense risikoen. Det vil medføre mer tid til papirarbeid og dokumentasjon, flere henvisninger og flere prøver. Effekten vil være uhensiktsmessig med mer ”defensiv medisin” og konsekvenser for prioriteringer, kapasitet, kvalitet og effektivitet i pasienttilbudet. Det synes ikke som om departementet har sett og vurdert disse forhold i høringsnotatet.

## VIII IKT – UTVIKLING

Fastlegevirksomhetene er den delen av helsetjenesten som har kommet lengst når det gjelder investeringer i IKT og Helsenett, et arbeid som hovedsakelig er initiert av allmennlegene selv. Det er likevel mange utfordringer, blant annet i kommunikasjon med andre deler av helsetjenesten som ikke har gjort tilsvarende investeringer. Det vises blant annet til en rapport fra en partssammensatt gruppe i Helsedirektoratets regi fra april 2008. Arbeidsgruppen beregnet at allmennlegene over en ti års periode hadde hatt kostnader på om lag 619 millioner kroner knyttet til oppkobling til Helsenett. Gruppen konkluderte:

*”I perioden som er vurdert, er det sannsynliggjort at nytteeffektene for legekantorene ikke dekker de løpende kostnadene og investeringene for legekantorene.”*

De historiske utgiftene til dette er ikke kompensert i takstforhandlingene.

- Til tross at legene selv sørger for investeringer i IKT har helsemyndighetene pålagt fastlegene investeringer i nettverk uten at andre deler av helsetjenesten er pålagt tilsvarende investeringer og dermed hindringer for gjensidig kommunikasjon.

Kompleksiteten i det arbeidet som per i dag foregår i Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret, KITH, Helseforetakene, E-reseptprosjektet og innen det allmennmedisinske fagfelt, reflekteres ikke i høringsnotatet. Her har Staten, legene og kommunene felles målsettinger. Om dette arbeidet skal lykkes i en hensiktsmessig utvikling må det legges opp til andre prosesser enn ensidige pålegg overfor brukerne en plikt til å oppfylle myndighetsbestemte krav – til og med uten særskilt kostnadskompensasjon, slik det er gjort i utkastet til forskrift. Sistnevnte er etter vår oppfatning et alvorlig brudd på Statsavtalens forutsetninger.

- At brukerne – og ikke systemleverandørene – gjøres ansvarlige for nye myndighetskrav er oppsiktsvekkende og i strid med hvordan dette fungerer på andre områder.

Reell satsing på EPJ forutsetter økonomiske og administrative konsekvenser. Nettopp finansieringen av disse nødvendige endringene i EPJ-funksjonalitet har vist seg avgjørende for at prosessene har strandet. Kravene må helt ut av forskriften og arbeidet må fortsette innenfor rammen av dialog, gjerne med større trykk og forventninger fra myndighetenes side.

## **IX TRUENDE ELLER VOLDELIGE PASIENTER**

Legeforeningen har gjennom flere år tatt opp behovet for en særskilt regulering av tiltak overfor truende eller voldelige pasienter. Vi har dessverre sett at vold og trusler mot fastleger og deres medarbeidere og familier øker.

Det er bra at det nå foreslås regulert et unntak fra prinsippet om pasientens rett til å velge å stå på en bestemt leges liste.

- Dette må reguleres som en rettighet for legen – og ikke bare en adgang til å anmode om at pasienten flyttes.

Vi ser videre at det er behov å vurdere slike hendelser – og nødvendige tiltak – svært konkret. I mange tilfeller vil det ikke være riktig at pasienten skal settes på en annen leges liste. Det vises til hvor omfattende dette er avtaleregulert i Danmark (se vedlegg 2). Vi mener det er hensiktsmessig at forskriften åpner for et unntak og at detaljene reguleres i sentral avtale. Legeforeningen ønsker videre drøftinger av hvordan dette kan reguleres mest hensiktsmessig.

## **X RETTSVIRKNINGER FOR ANSATTE LEGER**

Forskriften vil skape uklarheter for ansatte leger med listansvar og deres arbeidsgivere (kommunene), særlig hva gjelder rekkevidden av de mange ulike rettigheter og plikter som nå innføres.

Forskriften pålegger for eksempel strenge tilgjengelighetskrav, rettet mot den enkelte lege. Disse kravene vil imidlertid ikke den enkelte ansatte lege kunne møte, uten tilrettelegging fra arbeidsgiver (kommunen). Kommunen må eksempelvis sørge for at det er ansatt personell tilgjengelig slik at plikten til å besvare henvendelser innen fastsatte frister etc. kan oppfylles. Dersom departementet opprettholder at denne type detaljkrav skal gis i forskriften, må en korresponderende plikt påhvile kommunen som arbeidsgiver.

Gjennom forskriftsforslaget pålegges den ansatte fastlegen en plikt til å delta i legevakt og vikarordning, tilsynelatende uten begrensninger i omfang. Forholdet mellom disse pliktens innhold og arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid og hvile m.m. er ikke drøftet i høringsnotatet.

I kapitlet om funksjons- og kvalitetskravene savner vi en drøftelse av kommunens ansvar. Kravene forutsetter blant annet funksjoner i elektroniske pasientjournalssystemer som per i dag ikke finnes. Kommunen må som arbeidsgiver ha et ansvar for å fremskaffe slike

systemer, dersom forskriftens krav med rimelighet skal kunne oppstilles. Det nå vurderes inntatt bestemmelser i forskriften som pålegger kommunen som arbeidsgiver korresponderende plikter som dem legene pålegges. Kommunen har for øvrig allerede et lovfestet ansvar for å organisere virksomheten slik at helsepersonellet settes i stand til å overholde plikter pålagt ved lov og forskrift, j helsepersonelloven § 16.

Som påpekt flere steder i vårt hørings svar medfører forskriften et stort krysspress og en samlet oppgavemengde for fastlegen som neppe vil være mulig å etterleve. Kommunen som arbeidsgiver vil ha et ansvar for at den ansatte legen ikke utsettes for et urimelig arbeidspress.

## **XI RETTSVIRKNINGER AV BRUDD PÅ FORPLIKTELSE**

Fastlegeforskriften og lovgivningen har forpliktelser for kommunene og fastlegene.

- I forskriften reguleres kun sanksjoner når den ene parten bryter sine forpliktelser: fastlegene.

Hvorvidt det var behov for sanksjoner utover det som i dag ligger i rammeavtalen ble tatt opp med KS i rammeavtaleforhandlingene våren 2011. Det ble konstatert at sanksjonsmidlene som finnes er tilstrekkelig.

I foreliggende forskriftsutkast foreslås det vidtrekkende sanksjonsmuligheter uten nærmere angitte kriterier. Denne bestemmelsen kommer i tillegg til rammeavtalens sanksjonsbestemmelser.

- Forslaget innebærer en økonomisk sanksjon på inntil ca 40 000 kr pr måned og som tilfaller den som har fått anledning til å sanksjonere, noe som i seg selv er oppsiktsvekkende.

Det følger av forskriftsforslaget at ved brudd på forskriften, rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen eller individuell avtale kan kommunen be om retting av forholdet. Dersom forholdet ikke er rettet innen en fastsatt frist, bestemmes det at kommunen kan holde tilbake hele eller deler av det månedlige per capita-tilskuddet. Fastlegen er næringsdrivende men har likevel ikke rett til å ta betalt for pasientbehandlingen etter beregning av kostnader i praksisen. Prisen er ”bundet”, men finansieringen av pasientbehandling skjer i et treleddet system med:

- 1) per-capitatilskudd (basistilskudd), erstattet det tidligere driftstilskuddet
- 2) refusjon fra folketrygden og
- 3) egenbetaling fra pasienten.

Finansieringsmodellen er som nevnt basert på avtale med legen om å arbeide som næringsdrivende uten å kunne fastsette prisene på sine tjenester, og der pasientene bare betaler en begrenset egenandel til legen for helsehjelpen de mottar. Finansieringssystemet for fastlegeordningen er hjemlet i folketrygdloven § 5-4.

Grunnlaget for denne avtalen svekkes dersom pasientbetalingen skal benyttes som sanksjonsmiddel av en part i avtalen. Et samarbeid mellom kommune og fastlege som fastlegeordningen innebærer, er avhengig av et tillitsforhold mellom partene.

- En forskriftsbestemmelse der en part ensidig kan fastslå hva som er pliktbrudd, og tilbakeholde midler som i så tilfelle vil tilfalle denne part, gir liten grad av forutsigbarhet og svekker grunnlaget for betalingsordningen.

Legeforeningen vil ikke anbefale legene å opprettholde dagens avtaler på et slikt grunnlag. Bestemmelsen vil også danne grunnlag for reforhandling av de sentrale avtalene.

Departementet drøfter om kommunens beslutning om tilbakehold av midlene vil være å anse som et forvaltningsvedtak. Departementet konkluderer at beslutningen ikke er et forvaltningsvedtak, men en avtalerettslig sanksjon. Dette er en oppsiktsvekkende konklusjon. Det er ikke grunnlag for å omtale en sanksjon i forskrift som avtalerettslig.

Hvis departementet velger å forskriftfeste en rett for kommunen til å tilbakeholde basistilskudd brytes den avtalemessige tilnærmingen. Dette vil da være en forskriftsbestemt myndighetsutøvelse som gjelder ”rettigheter eller plikter” for legen. Det betyr at bestemmelsen gir grunnlag for et enkeltvedtak etter forvaltningsloven med de rettssikkerhetsgarantier som ligger i dette. Men som nevnt over vil en slik bestemmelse få stor betydning for de avtalemessige forholdene, og dermed for fastlegeordningens betalingssystem.

Vi savner også en drøftelse av departementets valg om å foreslå en ensidig reaksjonsbestemmelse, kun rettet mot en av partene: legene. Dersom svikten ligger hos kommunen må det foranledige en oppfølging.

Det er foreslått at Fylkesmannen skal være klageinstans for kommunens beslutninger om å tilbakeholde basistilskudd – og et ansvar for å fortolke avtaler inngått mellom KS og Legeforeningen.

- At et forvaltningsorgan skal overprøve sanksjonering av avtaleforpliktelser slik det er foreslått her er en helt ny konstruksjon som bryter med grunnleggende avtalerettslige prinsipper.

Det fremgår ikke av høringsnotatet at departementet har registrert og vurdert de svært prinsipielle sider dette forslaget foranlediger.

Hele bestemmelsen reiser flere alvorlige rettssikkerhetsmessige betenkeligheter. Det vises til nærmere gjennomgang med departementet i møte. Det kan også vises til at klageinstansen her vil være den samme instans som skal føre tilsyn med legenes virksomhet, jf lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten, noe som også blir en uheldig sammenblanding av roller.

## **XII MANGELFULLT UTREDNINGSGRUNNLAG**

### **Manglende konsekvensutredninger – forholdet til utredningsinstruksen**

Legeforeningen mener det er betydelige svakheter og mangler i det utredningsgrunnlaget i høringsnotatet. Etter vår oppfatning manglene så omfattende at det må anses som et brudd på utredningsinstruksen. Vi siterer fra utredningsinstruksen punkt 2.1:

*”Konsekvensene skal tallfestes så langt dette er mulig. Den samlede effekt av pålagte tiltak, oppgaver o.l. for dem som blir omfattet av forslagene skal omtales. Antatt usikkerhet med hensyn til framtidig utvikling innenfor saksområdet og konsekvensenes art og styrke skal angis. Det skal vurderes særskilt når og med hvilken innretning en evaluering av foreslåtte tiltak bør foretas.*

*Alternative virkemidler skal vurderes, herunder også andre virkemidler enn administrativ regulering, f.eks. økonomiske virkemidler.”*

De virkemidler som ligger i dagens fastlegeordning er på flere områder ikke vurdert. Vurderingen av økonomiske og administrative konsekvenser i kapittel

### **Økonomiske og administrative konsekvenser**

Vurderingene av økonomiske og administrative konsekvenser er oppsiktsvekkende. Etter vår oppfatning unnlås det at forskriftsendringene vil kreve betydelige økonomiske midler om de skal kunne gjennomføres (selv om ikke alle plikter lar seg gjennomføre på grunn av krysspress og samtidighetskonflikter). Følgende påregnelige konsekvenser er ikke redegjort for:

- Forslagene vil medføre en massiv økning i etterspørsel og forventninger til fastlegens tjenester, både fra pasienter, pårørende og samarbeidsaktører
- Forskriftsforslagene kan ikke gjennomføres uten en betydelig kapasitetsøkning i antall legehjemler i kommunene. Rammevilkårene for næringsdrivende leger endres fullstendig. Endringene vil skape en uavklart situasjon med potensiell flukt fra kommunehelsetjenesten.
- Forskriften vil kreve betydelige reforhandlinger av avtaler sentralt og lokalt (ca 5000 avtaler). Det stilles nye og omfattende krav til kommunene som vil ha økonomiske og administrative konsekvenser. Utkantstrøk vil være særlig utsatt for rekrutteringssvikt.
- Det er sannsynlig at kommuner som allerede sliter med rekruttering vil få ytterligere utfordringer og at det vil bli nødvendig med omfattende stimuleringsmidler, vikarutgifter med mer.
- Forskriftsforslagene stiller nye krav til kommunene som *arbeidsgivere* til fastlønnede leger – og en rekke uavklarte spørsmål i denne sammenheng. Som også vil ha økonomiske konsekvenser.
- Det pålegges en rekke nye og utvidede oppgaver som må finansieres. Det skapes et inntrykk av at enkelte av disse er finansiert gjennom basistilskuddet legen mottar. Dette er en alvorlig feilslutning som er i strid med de forutsetninger som ligger til grunn for finansieringssystemet i fastlegeordningen, herunder Statsavtalen.

### **Konsekvenser for avtaleforhold dersom forskriften blir vedtatt i tråd med forslagene**

Da fastlegeordningen ble vedtatt var det et førende prinsipp (med Stortingets tilslutning) at kun overordnede rammer skulle inntas i forskrift, mens øvrig regulering skulle reguleres i rammeavtalen. Foreliggende forslag representerer nærmest en motsetning til dette. Vi kjenner ikke til andre områder hvor både rammebetingelser, organisering og selve yrkesutøvelsen er regulert så detaljert som i dette forslaget. Legeforeningen har allerede uttalt offentlig at dersom dette blir vedtatt vil forutsetningene for dagens individuelle avtaler bortfalle. Det vil måtte foretas en omfattende reforhandling av alle avtaler. Flere allmennlegeutvalg har vedtatt resolusjoner om at legene ikke vil ønske å fornye sine fastlegeavtaler dersom forslagene blir vedtatt. Dette vil i så fall skape en svært uavklart situasjon.

Legeforeningen arbeider for en god og hensiktsmessig utvikling av fastlegeordningen. Samtidig vil vi påpeke at de økonomiske, administrative og helsepolitiske konsekvenser av den situasjon som vil bli en realitet om forslaget vedtas må tas i betraktning.

### **XIII ARBEIDET VIDERE**

Legeforeningen ønsker utvikling av fastlegeordningen. Vi har de senere år kommet med forslag til en rekke virkemidler og arbeider kontinuerlig med å utvikle nye. Utviklingstiltak har blitt utsatt i påvente av forskriften. Vi er overbevist om at de beste løsningene blir til i et samarbeid om felles mål.

Legeforeningen mener at det må svært vidtrekkende endringer til i forskriftsforslaget for å unngå utilsiktede negative virkninger for fastlegeordningen. Legeforeningen ønsker å bidra i dette arbeidet og ser frem til et konstruktivt samarbeid. Legeforeningen vil allerede i vår ta initiativ overfor KS med hensyn til å bidra med utviklingstiltak i de sentrale avtalene.

Det er ikke uttalt hva Regjeringen legger til grunn som ikrafttredelsestidspunkt for en revidert forskrift. Etter det Legeforeningen erfarer kan det være aktuelt at dette blir allerede 1. juli inneværende år. Legeforeningen vil på det sterkeste advare mot konsekvensene av en så hurtig regelverksendring. Her er det tale om forskriftsregulering som en del av et totalt virkemiddelapparat med omfattende avtaleverk og finansieringsordninger. Uansett omfanget av forskriftsendringer kan ikke Legeforeningen se at det vil være mulig å tilpasse øvrig rammeverk til ny forskriftsregulering innen denne tid. Dette vil skape en svært uoversiktlig situasjon for alle parter.

Den endelige forskrift vil bli forelagt landsrådet i Allmennlegeforeningen i et ekstraordinært møte for å drøfte hvordan avtaleordningen skal håndteres i den videre oppfølgingen. Nedenfor gis en gjennomgang av hele forskriften med kommentarer til hver bestemmelse.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Geir Riise  
Generalsekretær

Anne Kjersti Befring  
Direktør

Saksansvarlig: Anne Kjersti Befring/ Lars Duvaland

Dokumentet er godkjent elektronisk

## **Kommentarer til forskriftsutkastet:**

### **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.

#### *Nytt:*

***Har fjernet formuleringen ”Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten”.***

#### *Vurdering:*

***Formålsbestemmelsen har betydning for tolkning av samtlige bestemmelser og kravene til kommunene og legene. Slik den står nå representerer den ikke noe særskilt for fastlegeordningen da samme innhold reguleres av lovgivningen.***

***Tilgjengelighet er tatt inn i forskriften knyttet til frister for legen, men fjernet fra formålsbestemmelsen. Endringen er påfallende sett i lys av formålet med fastlegeordningen og samhandlingsreformens målsettinger. Endringen er ikke særskilt kommentert i høringsutkastet.***

#### *§ 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.

***Listeinnygger:*** En person som er tilknyttet en fastlegeliste.

#### *Nytt:*

***Begrepet ”listeinnbygger er nytt.***

#### *Vurdering:*

***Innebærer ikke noe materielt nytt. I definisjonen av fastlege faller vikarer utenfor, noe som antas å være utilsiktet.***

### **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.

#### *Nytt:*

***Hele bestemmelsen er ny. Er i tråd med reguleringen i helse- og omsorgstjenesteloven.***

#### *Vurdering:*

***Hensiktsmessig regulering i tråd med lovgivningen.***



***Inkurie lovteknisk: annet ledd har nøyaktig samme meningsinnhold som § 4 tredje ledd, noe som må skyldes en inkurie.***

***§ 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.

***Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett.***

***§ 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 listeinnbyggere 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.

***Nytt:***

***Bestemmelsen er ny. Legeforeningen har tatt opp behovet for lovregulering av dette temaet.***

***Vurdering:***

***Må ses i sammenheng med § 16 som gir fastlegen en adgang til å anmode kommunen om å få flyttet en person fra sin liste i fm vold eller alvorlige trusler. Merk at det kun gjelder en anmodningsrett for legen selv når lege har blitt utsatt for overgrep. Dette gir en for svak posisjon for fastlegen. Det må etableres en klar rettighet for legen til å kreve at pasienten flyttes i de alvorlige situasjonene. Dette er det åpning for i Danmark og England. Se vedlegg 2 for hvordan dette er regulert i Danmark.***

***§ 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.

***Nytt: Første ledd er ny.***

***Vurdering: Må sjekkes mot dagens ordning med ansvar for Helfo til listeføring.***

***§ 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.

**Nytt: Bestemmelsen er ny. Pålegger kommunene et svært vidtrekkende ansvar om den skal tas på ordet. Minner om bestemmelser tidligere lovgivning – før 2001 – om konstruksjon av ansvarsforhold. For å unngå å tilsløre de faktiske ansvarsforhold ble lovgivningen revidert og ansvarsforhold tilpasset nivå: sørge for ansvar - systemansvar og individansvar. Denne bestemmelsen er formulert slik at kommunen skal ha ansvar for aktiviteten i fastlegepraksis. Ikke bare et sørge for ansvar eller systemansvar, men også ansvar for drift og gjennomføring av allmennlegetjenesten.**

**Vurdering: Det må reises spørsmål ved om innholdet i denne bestemmelsen skyldes en inkurie da det vil innebære et brudd med alminnelige prinsipper for ansvars plassering i helselovgivningen.**

**Tilsynelatende er det ansvarsbegrepet i dagligtale som er benyttet i denne sammenhengen og ikke det juridiske ansvarsbegrepet. Sett hen til at dette er lovgivning må departementet forholde seg til sistnevnte definisjon, noe som innebærer at bestemmelsen tilslører faktiske ansvarsforhold. Kommunene må ha et involveringsansvar, tilsynsansvar og driftsansvar for hver praksis dersom den skal følges opp, noe som forutsetter et daglig og nitidig kontrollsystem fra kommunenes side som er urealistisk.**

**Bestemmelsen innebærer en myndighetsfastsatt ansvarsfraskrivelse for fastlegene og en falsk trygghet for pasientene/ samfunnet, noe som er alvorlig.**

#### **§ 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.

#### **Nytt:**

**Utvikling av rutiner beskrevet som et ensidig ansvar for kommunene. Ikke beskrevet samarbeidsprosess f eks i LSU.**

#### **Vurdering:**

**Tilretteleggingsansvaret bør plasseres hos kommunen slik det er gjort, men det bør tydeliggjøres at samarbeidsarenaer skal etableres i samsvar med gjeldende ordninger.**

#### **§ 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.

***Videreføring av dagens ordlyd. Ordningen er etablert for at pasienter skal kunne få behandling til fastsatt egenandel og ikke til den pris som defineres at tjenesteyter. Retten til legehjelp for pasienter følger av folketrygdloven som også hjemler denne forskriften og refusjonstariffen.***

***Bundet pris for fastlegene betyr behov for forutsigbarhet, jf ny bestemmelse om tilbakeholdelse av basistilskudd.***

## **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.

***Nytt:***

***Bestemmelsen er ny. Mange nye oppgaver for fastlegen og innebærer uklare ansvarsforhold. Første ledd: er formulert gir den fastlegen tilsynelatende et totalansvar for all planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse, behandling og medisinske rehabiliterings- og rehabiliteringstjenester. Andre aktørers ansvar ikke beskrevet.***

***Fjerde ledd gir fastlegene en ny forpliktelse mht attestskrivning, uavhengig av legens vurdering av nødvendighet. Ny plikt som er vidtrekkende og upresis. Legeforeningen har mottatt bekymringer fra enkelte samfunnsaktører når det gjelder bruk av helseattester, blant annet fra domstolsadministrasjonen. Denne bestemmelse tar ikke hensyn til det skjønnet som må utøves når det gjelder utstedelse av attester for å unngå misbruk av denne ordningen.***

***Andre del av denne setningen innebærer plikt til å utlevere pasientinformasjon i forbindelse med søknad uavhengig av hvem som har bedt om slik utlevering. Det må antas at også denne er utslag av en inkurie da den er i strid med lovgivningen, se helsepersonelloven § 21.***

### ***§ 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.

***Forslaget er en videreføring av dagens regulering.***

### ***§ 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
- Medisinsk faglig 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

**Nytt:**

***Det foreslås forskriftsregulering av et punkt som tidligere har vært avtaleregulert. Årsaken til at dette har vært avtaleregulert er at dette er en viktig del av de totale forpliktelser de individuelle avtalene inngås på bakgrunn av.***

***Tredje pkt i første ledd er underlig juridisk og forskriftsteknisk. Det vil naturligvis være adgang til å avtale utover 7,5 timer.***

**Vurdering:**

***Muligheten for å pålegge mindre bistillinger fører i en del tilfeller til uheldig fragmentering av stillinger. Dette gjelder særlig legetjenesten i sykehjem. Påleggsadgangen bør innsnevres eller fjernes fremfor å utvides. Flere fastleger bør kunne bruke all sin tid på å være tilgjengelige for pasientene i praksis.***

***Det er nytt at fastlegene skal kunne pålegges å drive med plan- og utredningsarbeid for kommunen, behandlingsansvar for pasienter som ikke står på listen, medisinsk faglig rådgivning for kommunen. Dette er ikke i tråd med formålet med fastlegeordningen om å skille klart på allmennmedisinske oppgaver og å underbygge behandlingsaktivitet og tilgjengelighet. Tilsynelatende motsetningsforhold mellom forskriftstekst og merknader her.***

***Veiledning av turnusleger, herunder tilknytningen av disse til fastlegekontorene, er i dag regulert i avtale. Ordningen fungerer utmerket, og det synes å være attraktivt for legekontorene å gjøre slike avtaler. Forskriftsregulering synes ubegrunnet.***

***Det er nytt at fastlegene skal kunne pålegges en vidtrekkende undervisningsplikt. Det er ikke klargjort hvor undervisningen skal foregå og på hvilke vilkår, noe som blir tema i etterfølgende avtalerevisjoner om dette forslaget vedtas.***

**§ 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 helse-radionettet 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.

**Nytt:**

***Bestemmelsen er ny og temaet hører hjemme i særavtalen for ansatte leger i kommunen (ikke rammeavtalen).***

**Vurdering:**

***Forslagene synes å være basert på misforståelser av hvordan legevakt er regulert i dag. Plikt til legevakt som en del av fastlegeforpliktelsene er regulert i sentral avtale. Det er med andre ord ikke opp til forhandlinger mellom legen og kommunen i forbindelse med inngåelse av den individuelle avtalen om legen skal delta i legevakt, slik departementet syne å legge til grunn. Her inntas omfattende forpliktelser i forskrift som i dag er avtaleregulert. I tillegg forsøker departementet med forskrift å svekke etablerte avtalebaserede rettigheter. Legevakt er et svært komplekst regulert område. Dette skyldes blant annet forholdet til arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. En flytting til forskrift av deelelementer vil ha en rekke prinsipielle konsekvenser som er vanskelig å overskue rekkevidden av. Det vil bety full avtalerevisjon i etterkant av forskriften, også av særavtalen, noe som må skje før revisjon av individuelle avtaler.***

***Bokstav c er svært uklar i og med at det etableres en plikt som samtidig er avhengig av avtale. Skal man ta bestemmelsen på ordet innebærer den en ubegrenset plikt til å vikariere for andre fastleger i kommunen. I dagens ordning har man plikt til kollegial fraværdekning for kurs og feriefravær hos kolleger inntil 8 uker pr år pr lege. Det er viktige grunner til at man ikke plikter å utføre andre typer vikariat, f eks ved sykdom. Dette vil kunne innebære betydelig kapasitetsbelastning og dermed svekket tilgjengelighet for listepasientene til vikaren og den man vikarierer for. Slik bestemmelsen er formulert gir den ikke kommunen insitamant til å skaffe vikar for fastlegen i fm sykdom – en forpliktelse kommunene har i dag.***

***I tredje ledd er fritaksbestemmelsene fra dagens særavtale inntatt, men fritaksadgangen er endret fra en rett til en mulighet avhengig av kommunens skjønn (jf ”kan frita”). Dette er et uakseptabelt brudd med etablerte rettigheter. Etter forslaget skal det for eksempel ikke lenger være en rettighet å bli fritatt om man er over 60 år eller er i svangerskapets siste tre måneder.***

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

Blir 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.

**Nytt:**

***Den eksplisitte tilretteleggingsplikten av det allmenmedisinske tilbudet i fm utskrivning er nytt.***

**Vurdering:**

***Dette er i realiteten en presisering av det ansvaret fastlegen allerede har. En forskriftsregulering av dette er fornuftig og uproblematisk.***

**§ 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.

**Nytt:**

***Bestemmelsen er ny. Den gir kommunen en ensidig rett til å forplikte legen til møter. Det er ikke angitt noen varslingsfrist eller begrensninger på antall møter. Formålet med møtene er angitt svært vidt. Det må forventes at slike møter i stor grad vil komme til foretrengsel for tilgjengelighet i praksis.***

**Vurdering:**

***Legeforeningen drøftet høsten 2011 inngående med KS behovet for tilrettelegging av møtearenaer. Det er betydelig potensial mange steder for å styrke dialogen mellom fastleger og kommuneadministrasjonen. En så omfattende og ensidig formulert plikt som her er foreslått vil imidlertid ikke være egnet til å forene behovet for en aktiv dialog med hensynet til tilgjengelighet i praksis. Vi risikerer at en for stor del av legens tid blir brukt til møtevirkosomhet.***

***Fra Legeforeningens side vil denne plikten til møtedeltakelse bli møtt med omfattende krav til kompensasjon for tapt inntekt i fm møtene.***

**§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.

**Nytt:**

***Bestemmelsen er ny, og må ses i sammenheng med § 5.***

**Vurdering:**

***Dette må formuleres som en rett for legen. Også vold og trusler mot ansattes familie må være omfattet.***

## **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.

**Nytt:**

**Dette er nye krav. Kravet til skriftlig informasjon i annet ledd er i liten grad utredet i høringsnotatet. Det står i de generelle merknadene at "kunnskap viser at et viktig tiltak for å redusere risiko for feil, er at pasienten får skriftlig informasjon om behandling og oppfølging". Bestemmelsen må ses i sammenheng med § 30 om at skriftlig informasjon skal tilpasses mottakers forutsetninger, med andre ord på et språk pasienten behersker.**

**Vurdering:**

**Det er problematisk at det står i ordlyden i forskriften at nasjonale faglige retningslinjer skal følges. Det vil oppstå en rekke grensetilfeller hvor det er tvil om det gjelder faglige retningslinjer, og det vil være tilfeller hvor de faglige retningslinjene er utdatert. Det er uhensiktsmessig å etablere dette som absolutte forskriftskrav. At nasjonale retningslinjer som hovedregel skal følges og at unntak må begrunnes særskilt følger allerede i dag av kravet til faglig forsvarlig praksis.**

**Annet ledd fremstå også som en uhensiktsmessig detaljregulering. Det gjelder ikke noe tilsvarende rettslig forpliktelse i sykehus, hvor faren for at informasjonen glipper antakelig er høyere enn hos fastlegen. Skriftilighet vil være nødvendig i en del tilfeller, men må tilpasses situasjonen og pasientens evne til å ta i mot informasjon. Et forskriftskrav vil føre til et merarbeid som ikke er tatt hensyn til i dimensjoneringen av fastlegens arbeidstid. Kravet vil ha økonomiske konsekvenser.**

#### **§ 18 Brukermedvirkning**

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

**Nytt:**

**Dette er et nytt krav. Departementet argumenterer for at det allerede følger av internkontrollforskriften et slikt krav til innhenting av bruker- og pårønderfaringer.**

**Vurdering:**

**Etter Legeforeningens oppfatning stilles det imidlertid her krav til regelmessig og systematisk innhenting som går ut over det som ligger gjeldende krav etter internkontrollforskriften. Et slikt krav vil ha økonomiske og administrative konsekvenser.**

#### **§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.

**Nytt:**

**Dette er nye krav. Første ledd stiller krav til en totaloversikt vedrørende tjenestebehov og legemiddelbruk for alle innbyggerne på lista. Det er uklart hvor langt ansvaret rekker. I de**

**generelle merknadene står det: "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". Selv om legen ikke plikter å oppsøke andre kilder pålegger den likevel tilsynelatende en aktivitetsplikt. Det vil her bli spørsmål om hvor ofte legen må gjøre "revisjoner" knyttet til enkeltpasienter for å holde seg oppdatert på hele tjenestepopulasjonen.**

**I annet ledd er fastlegen forpliktet til å ha et system for å identifisere "risikopasienter". Plikten må antakelig forutsette at et slikt system faktisk finnes, men dette gir ikke merknadene svar på.**

**Vurdering:**

**Fastlegene pålegges et omfattende ansvar i første ledd som blir svært arbeidskrevende å ivareta dersom det skal tas på ordet. Fastlegen vil lett kunne bli gjort ansvarlig av tilsynsmyndighetene for brudd på en slik forpliktelse.**

**Vedr annet ledd: Det allmennmedisinske miljø har arbeidet for bedre uttrekksverktøy. Dette er i liten grad prioritert fra myndighetenes og journalleverandørenes side. Verktøyene er antakelig i dag ikke tilstrekkelig gode til at plikten kan overholdes.**

**§ 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.

**Nytt:**

**Dette er nye krav som må ses i sammenheng med § 19. Dersom journaldokumentasjon tilsier behov for helsehjelp skal fastlegen aktivt oppsøke pasienten.**

**Vurdering:**

**Fastlegene har selv en ambisjon om å kunne gi et tydeligere tilbud til enkelte grupper av "dårlige etterspørere". Dette er imidlertid uegnet som en juridisk forpliktelse på individnivå. Skaper et svært uoversiktlig og omfattende ansvar for fastlegen som kan resultere i erstatningskrav og tilsynssaker.**

**Bestemmelsen fremstår lite bearbeidet. Kriteriene svært uklare og vide. Tilsynelatende plikt til å tilby både hjemmebesøk og konsultasjon overfor en og samme pasient, uavhengig at de begrensninger som hviler på hjemmebesøk ellers.**

Uttalelse fra Rådet for legeetikk:

"Rådet ser det som positivt at fastlegen etter eget skjønn tar kontakt med pasienter som har kroniske sykdommer og har også tillitt til at fastleger gjør det. Det vil imidlertid alltid være mennesker som ikke ønsker legens innblanding, men vil bestemme og ta ansvar over eget liv og helse. Rådet mener at det lett kan komme i strid med Ethiske regler for leger å oppsøke disse menneskene uten at de har bedt om det. Rådet er også i sterk tvil om det tilligger legen, med utgangspunkt i respekt for pasienten, å kontakte denne uten forespørsel, kun på bakgrunn av "informasjon" som er tilflytt legen. Ut fra slike betraktninger er det Rådets oppfatning at forslaget til forskrift innbyr til en detaljregulering som lett kan gå over til å bli integritetskrenkende og respektløst i forholdet til pasientens rett til selvbestemmelse (Ethiske regler for leger kap, I, § 2, og kap I, § 1 om respekt for grunnleggende menneskerettigheter) og også kan gå ut over legens plikt til å prioritere sin arbeidsinnsats til pasientenes beste totalt sett (kap I, § 12)."



### *§ 21 Medisinsk faglig 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.

#### **Nytt:**

***Hele bestemmelsen er ny.***

#### **Vurdering:**

***Innebærer en detaljregulering av mange av de oppgaver som allerede ligger til fastlegens funksjon. Ikke foretatt en vurdering av nødvendigheten av forskriftsfesting.***

***Annet ledd gir føringer for omfattende møtevirksomhet. Ikke foretatt noen avveining av fastlegens totale oppgaveportefølje, herunder hvilke konsekvenser dette har for tilgjengelighet i praksis. Fastlegens samarbeidspartnerne har ingen tilsvarende tilgjengelighetsforpliktelse.***

### *§ 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.

#### **Nytt:**

***Hele bestemmelsen er ny.***

#### **Vurdering:**

***Nok et eksempel på detaljregulering av forhold som i dag ligger til fastlegens virksomhet. Avgrensingen er utydelig. Alle har risiko for ny sykdom og kan, gitt denne bestemmelsen, klandre fastlegen sin for ikke å ha forebygget godt nok, når sykdom oppstår.***

### *§ 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.

**Nytt:**

***Hele bestemmelsen er ny. Vil stille krav til mulighet for måling av responstid, manuelt eller ved anskaffelse av systemer for dette.***

**Vurdering:**

***Legene fratas med slike mekaniske plikter å prioritere og vurdere ut fra andre kriterier enn "bestilling". Tilsvarende ordning finnes ikke i øvrig del av helsetjenesten og bryter med de utredninger og regelverk som er utviklet de siste 20 år vedrørende prioriteringer i helsetjenesten. For sykehus vurderes frist for behandling etter medisinske kriterier. Heller ikke ved alvorlige sykdommer som kreft er det satt absolutte tidsfrister – det er kun er satt mål.***

***Konsekvensene av forslagene vil bli kortere konsultasjoner, kortere telefonsamtaler, og prioritering av kontroller, helseattester med mer på bekostning av mer alvorlige tilstander. Alle pasientgrupper som har behov for at det blir satt av ekstra tid hos allmennlegen vil bli skadelidende som konsekvens av dette.***

***Forslagene er basert på gode intensjoner, men begge alternativer er urealistisk å iverksette som nasjonal norm. Bør i stedet overlates til lokale serviceerklæringer, jf Trondheim. Da bør antakelig trivielle henvendelser, som f eks konsultasjon for å få helseattest, unntas fra normeringen.***

Uttalelse fra rådet for legeetikk:

Dersom alle skal ha tilbud om konsultasjon innen et definert og kort tidsrom, kan det lett oppstå situasjoner der legen presses til å gjøre vurderinger som ikke er til pasientenes beste, samlet sett. Det er risiko for at pasienter som virkelig er syke, kan måtte tvinges til å benytte legevakt eller andre tjenester fordi legen er tvunget til å prioritere ut fra en tidsfrist. Dette vurderer Rådet som klart i strid med Etske reglers kap. 1, § 12 i det kan medføre både feil bruk av samfunnets ressurser, og være i strid med fordeling av ressursene i henhold til "allmenne etiske normer".

**§ 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.

**Nytt:**

***Bestemmelsen er ny. Første ledd pålegger en plikt til ø-hjelp samme dag. Det er heller ikke tilstrekkelig at fastlegen sørger for at hjelpen blir gitt av andre, jf "tilby". I dag er dette regulert i rammeavtalen og formulert langt mer generelt; "legen skal sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmennmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp."***

***I annet ledd fremgår det at fastlegen skal kunne gi tilbud om hjelp samme dag ved henvisning av pasient fra legevakt.***

***Vurdering:***

***Dette er omfattende nye forpliktelser som ikke er avstemt mot nye krav til at fastlegen skal ha aktiviteter utenfor legekantoret. Vil ikke være mulig å etterleve i praksis. Vil tilsynelatende også ha en forpliktelse til å yte ø-hjelp også når fastlegen f.eks er ute i lovpålagte dialogmøter, jf "åpningstiden".***

***Annet ledd svært uklart. Også her vil det kunne oppstå samtidighetskonflikter som gjør ansvaret umulig å ivareta.***

### ***§ 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.

***Nytt:***

***Dette er en ny pliktbestemmelse. Hittil har det vært et ønske fra myndighetene om å begrense behandlingsaktivitet utenfor praksis, noe som også reflekteres i begrensninger i finansieringsregelverket (Normaltariffen) mht sykebesøk.***

***Vurdering:***

***Legeforeningen har arbeidet for en mer fleksibel åpning for å kunne reise mer i nødvendige sykebesøk. Det verserer fortsatt saker mellom HELFO og enkeltleger om tilbakekreving av utbetalt trygderefusjon på grunn av gjennomførte hjemmebesøk utover gjennomsnittet.***

***Tilbud om at fastlegen kommer på hjemmebesøk når det er nødvendig skal være en del av fastlegeordningen. Antakelig er det også for stor variasjon mellom kommunene her. Her er imidlertid en begrensning i finansieringsregelverket konvertert til en pliktbestemmelse uten nærmere konsekvensvurderinger. Vil skape etterspørsel og prioriteringsmessige vridningseffekter. Bestemmelsen vil foranledige behov for prosesser i etterkant av en vedtagelse.***

### ***§ 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.

***Nytt:***

***Bestemmelsen er ny. I første ledd forpliktes tilsynelatende fastlegen til å følge lokale avtaler. Det følger av merknadene til forskriftsutkastet at det er de lovfestede samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune det her siktes til.***

**Vurdering:**

**Det er svært problematisk at fastlegene her forpliktes av samarbeidsavtaler de ikke selv har vært en del av. Her burde det vært lagt til rette for at fastlegene gjennom avtaler forankret i ALU og evt LSU forpliktet seg til de delene av samarbeidsavtaler som er av relevans for fastlegene.**

**§ 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.

**Nytt:**

**Dette er et nytt krav.**

**Vurdering:**

**Bestemmelsen er i sitt innhold i strid med lovgivningen. Fastlegene kan ikke overprøve vurderinger vedr forskrivning dersom det ligger utenfor fastlegens kompetanse. For øvrig er også denne bestemmelsen underlig i forskrift da den er på et svært detaljert plan som neppe er hensiktsmessig sett hen til ressursbruken og god behandling.**

**§ 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.

**Nytt:**

**Bestemmelsen er ny.**

**Vurdering:**

**Fastlegene pålegges et ansvar som er uklart og som kan være vidtrekkende.**

### **§ 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.

#### **Nytt:**

**Bestemmelsen er ny. Pålegg om tilkobling til et nettverk staten eier. I avtale i dag er det pålegg om nett. Det stilles en rekke krav til fastlegen som ikke gjelder de aktører fastlegen skal kommunisere med.**

#### **Vurdering:**

**Fastlegen har allerede investert betydelig midler i nettverk som i stor grad ikke fungerer da øvrige tjenesteytere ikke har samme krav eller utstyr. Det følger av finansieringsordningen i fastlegeordningen at nye myndighetskrav må fullfinansieres. De økonomiske konsekvensene av forskriftsforslaget underslås gjennom at feil premisser legges til grunn i beskrivelsen av allerede foretatt kompensasjon. Vil foranledige etterfølgende prosess i avtalerevisjon.**

### **§ 30 Tolk**

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

#### **Nytt:**

**Det følger av pasientrettighetsloven at informasjon skal gis på et språk pasienten forstår. Det er mao en pasientrettighet at det benyttes tolk i bl.a. konsultasjonssammenheng. Tolk benyttes i utstrakt grad i allmennpraksis i dag. At all skriftlig informasjon skal være tilpasset mottakers forutsetninger går imidlertid utover dette og representerer et nytt krav.**

#### **Vurdering:**

**Dette er et nytt administrativt krav. Kommunene må gjøres ansvarlige for å utarbeide standardinformasjon.**

### **§ 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.

#### **Nytt:**

**Dette er nye krav**

#### **Vurdering:**

**Ubegrenset krav i form og innhold som defineres både av staten og kommunen. Kan innebære betydelig merarbeid for fastlegene uten medinnflytelse slik det nå står i forskrift.**

## **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.

#### **Nytt:**

**Tredje ledd er nytt.**

#### **Vurdering:**

**Underlig forskriftsteknikk gjennomgående da det kun på dette punktet henvises til hva en avtale bør inneholde. Innebærer en endring av fastlegenes oppgave innhold.**

### **§ 33 Reforhandling av fastlegeavtalen 112**

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

#### **Kommentar:**

**Underlig og antagelig første gang et departementet bestemmer i forskrift om en avtale kan reforhandles. Avtalen selv regulerer oppsigelse og reforhandling noe som ligger i avtalens natur. Avtale betyr frivillig innhold regulert mellom parter.**

### **§ 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) Nytilmeldte 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.

#### **Kommentar:**

**Bestemmelsen er en videreføring av dagens regler.**

### **§ 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.

**Nytt:**

**Bestemmelsen er ny.**

**Vurdering:**

**Avtaler regulerer oppsigelse. Forskriften kan ikke regulere avtalene. Underlig lovteknisk og uheldig.**

**Vedr tredje ledd; denne bestemmelsen i avtalen er planlagt revidert da autorisasjonen ikke bør bortfalle før tilsynets avgjørelse er rettskraftig (legen har fått prøvet sin sak for helsepersonellnemnd og evt domstol).**

**§ 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 legeforeningen eller individuell avtale.

**Nytt:**

**Bestemmelsen er ny. Det er foreslått en ensidig reaksjonsbestemmelse for brudd på legens forpliktelser, mens det ikke er foreslått tilsvarende reaksjonsmuligheter for brudd på kommunens forpliktelser.**

**Vurdering:**

**Det foreslås forskriftsfestet en inndragningsadgang for kommunen av legens basistilskudd. Formålet er styring av fastlegens virksomhet. Etter Legeforeningens oppfatning er bestemmelsen svært problematisk på flere måter. Etter Legeforeningens vurdering er det her tale om enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. Det etterlyses en grundigere vurdering av dette enn det som fremgår av høringsnotatet.**

**Rettsikkerhetsmessig er bestemmelsen svært svak. Den som ilegger sanksjonen får selv hele den økonomiske "gevinsten" av sanksjonen. Sanksjonsmuligheten er uforholdsmessig, da man risikerer at legen ikke kan dekke sine løpende forpliktelser som lønn til ansatte mm. dersom den benyttes.**

## 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.

#### **Nytt:**

***Bestemmelsen er vesentlig endret ift dagens regulering. Etter ordlyden i første ledd vil kommunen kunne sette tak på 1500 pasienter for leger i fulltids praksis. Dette bryter fullstendig med dagens ordning, der fastlegen kan åpne listetak opp til 2500. Kommunen kan ikke sette annet tak for legen. I kontakt med departementet har vi fått opplyst at en slik endring ikke var tilsiktet.***

***Uansett vil dette et "minstekrav" på 1500 pasienter være problematisk i forhold til leger som allerede har avtalt et lavere tak med kommunen. Dette er tilfellet mange steder. Slike avtaler kan f.eks. være inngått i rekrutteringsøyemed eller ut fra helsemessige årsaker. Erfaringen er at det reelle listetak hele tiden synker ettersom summen av oppgaver fastlegen må ivareta øker.***

#### **Vurdering:**

***Det vil bryte fullstendig med prinsippene bak listesystemet og finansieringsordningen i fastlegeordningen dersom HOD her tar sikte på å gi kommunene adgang til å sette et øvre tak på 1500 pasienter.***

***Det må under enhver omstendighet gis adgang til å sette lavere tak enn 1500 som følge av f.eks. helsemessige forhold, omsorg for barn mv.***

### § 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.

***Kommentar: Videreføring av dagens ordning.***

### § 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.

*Kommentar: Videreføring av dagens ordning*

## **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.

*Kommentar: Videreføring av dagens ordning.*

## **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.

## Vedlegg 2

Utdrag fra

Overenskomst om almen praksis i Danmark

Senest ændret ved aftale af  
21-12-2010

### § 15 Voldelige eller truende patienter

*Stk. 1.*

En læge kan ved henvendelse til regionen frasige sig en patient, som har optrådt truende eller voldeligt over for lægen eller praksispersonalet.

*Stk. 2.*

Regionen skal underrette samarbejdsudvalget, såfremt en læge fraskriver sig en patient i medfør af stk. 1.

*Stk. 3.*

Regionen skal underrette patienten om, at lægen på grund af patientens truende eller voldelige adfærd har frasagt sig patienten samt meddele, at patienten ved henvendelse til kommunen skal vælge ny læge inden en nærmere angiven frist. Regionen skal samtidig meddele patienten, at patienten fremover kun kan opsøge den ny læge og kun efter forudgående telefonisk aftale om konsultation, og at lægen efter eget skøn vil kunne anmode om politiets tilstedeværelse ved konsultation. Regionen skal vejlede patienten om patientens muligheder for at påklage afgørelsen, jf. kapitel XIV.

*Stk. 4.*

Såfremt patienten ikke inden en nærmere angiven frist, jf. stk. 3, har valgt ny læge, vil patienten blive tildelt en ny læge, jf. § 12, stk. 4.

*Stk. 5.*

Såfremt alle læger, som patienten har mulighed for at vælge, har frasagt sig patienten efter stk. 1, aftaler samarbejdsudvalget, hvordan der forholdes med hensyn til lægeskift. Samarbejdsudvalget kan beslutte at iværksætte en turnusordning, som kan omfatte både åbne og lukkede praksis inden for 15 km fra patientens bopæl. Hvis omstændighederne taler for det kan en turnusordning iværksættes på et tidligere tidspunkt end anført i 1. punktum. Samarbejdsudvalget kan i særlige tilfælde friholde en praksis fra at deltage i turnusordningen.

*Stk. 6.*

Når patienten har valgt/er blevet tildelt en ny læge, skal den pågældende læge underrettes om baggrunden for patientens lægeskift.

*Stk. 7.*

Samarbejdsudvalget skal, hvis patienten anmoder herom, vurdere, om den i stk. 3, 2. pkt. anførte fremgangsmåde stadig er påkrævet. En vurdering kan tidligst foretages efter 2 år. Vurderingen skal ske på baggrund af oplysninger indhentet

fra patienten og lægen.

*Stk. 8.*

Samarbejdsudvalget kan efter konkret vurdering og hvor der er tungtvejende grunde beslutte, at fremgangsmåden i stk. 3 også kan benyttes i andre tilfælde. Det kan eksempelvis gælde, hvor en patient har været voldelig over for andre læger end egen læge.

*NOTE TIL § 15:*

*Parterne er enige om, at regionen og praksisudvalget skal søge at træffe aftale med de lokale politimyndigheder om politiets assistance i de i § 15 omhandlede tilfælde. Justitsministeriet har overfor parterne udtrykt imødekommenhed over for politiets deltagelse i løsning af problemerne med voldelige patienter.*

## Vedlegg 3

Grunnlagsmateriale for kvalitetsutvikling i allmennmedisin

- **Rapport "Tillit - trygghet - tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020"** Den norske legeforening; 2009.  
<http://legeforeningen.no/PageFiles/27378/120122TTT.PDF>
- **Legeforeningens Statusrapport 2011: Med kvalitet som ledestjerne. - Balanserte mål gir god kurs.**  
<http://legeforeningen.no/PageFiles/19478/Med%20kvalitet%20som%20ledestjerne.pdf>
- **Rapport fra Kunnskapssenteret nr 20 – 2010: "Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten" med en delrapport med tittel "Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester"**  
Vi ser positivt på flere av elementene i kunnskapssenterets forslag til et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Dette gjelder særlig partnerskapsmodellen, samt bevisstheten om at ledere på flere nivå i større grad må etterspørre kvalitet. Hvis kommunene skal settes i stand til dette, samt å understøtte kvalitet, må de i større grad skaffe seg samfunnsmedisinsk kompetanse som integreres i ledelsen og gis innflytelse.  
Rapporten er resultatet av en meget grundig prosess som i høy grad involverte brukere og sentrale aktører. En mulig vei videre er å først utvikle et helhetlig kvalitetssystem for primærhelsetjenesten med utgangspunkt i denne rapporten.  
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Vurdering+av+elementer+som+kan+inng%C3%A5+i+et+nasjonalt+kvalitetssystem+for+prim%C3%A6rhelsetjenesten.10712.cms>
- **NOKLUS**, som kvalitetssikrer laboratorievirksomhet på legekantor og sykehjem i en grad som har vakt oppsikt og utløst kvalitetspriser også internasjonalt. NOKLUS er et eksempel på meget vellykket samarbeid mellom Legeforeningen, KS og Staten, i det vesentligste finansiert av fondsmidler fra Legeforeningens Kvalitetsforbedringsfond III. Se [www.noklus.no](http://www.noklus.no)
- **SAK-prosjektet**: et treårig prosjekt i Legeforeningen med oppstart 2010, og med målsetting om at det opprettes et Senter for allmennmedisinsk kvalitet i samarbeid med Staten, KS og evt. andre. Mulige modeller er blant flere, NOKLUS-modellen, evt. i partnerskap med Kunnskapssenteret.  
SAK skal gi praksisstøtte i form av kunnskap, kurs, kompetansespredning og konkret veiledning til legekantorene.
- **SATS** var et tidlig kvalitetsprosjekt blant allmennleger, og er en metode som har vært i bruk siden 1996. For å kunne vurdere og videreutvikle metoden ble det i 1997/98 gjort en ekstern evaluering av deltakernes erfaringer. Man kunne vise forbedringer av klinisk arbeidsprosess for alle emner. Forbedringene er meget store for de legene som hadde størst forbedringspotensiale. I de 12 årene som er gått etter evalueringen er det indikasjoner på at man får bedret effekt av ekstern veiledning, eksemplifisert ved

prosjektet Kollegabasert terapiveiledning (KTV) for bedre bruk av legemidler i allmennpraksis (KoKo-prosjektet) De foreløpige resultatene viser igjen at leger endrer sin forskrivingspraksis vesentlig når de samarbeider og sammenligner seg med kolleger. <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/kollegabasert-terapiveiledning-ktv/index.html>

Erfaringer fra kvalitetsarbeid internasjonalt og nasjonalt tyder på at man får bedre effekt i tverrfaglige grupper som ikke bare består av leger, og at det trolig er en ytterligere gevinst av å kople disse tverrfaglige teamene sammen i læringsnettverk. Se bl a: Læringsnettverk hos allmennleger virker. Bruk av kvalitetsindikatorer ved allmennlegekontorer – et pilotprosjekt. Notat 2012 fra Kunnskapssenteret: <http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/L%C3%A6ringsnettverk+hos+allmennleger+virker.14617.cms> ) Læringsnettverk er også tatt i utstrakt bruk i pasientsikkerhetskampanjen

- **Spesialiteten i allmennmedisin.** Kvalitetsarbeid er en del av vår profesjonalitet som fastleger. NFA arbeider for at forbedringskunnskap, pasientsikkerhet og ledelse bør integreres i legers grunn, videre- og etterutdanning, inkludert resertifisering av spesialister i allmennmedisin. Den beste måten å sikre allmennlegenes kompetanse på, er et krav om at alle som praktiserer allmennmedisin skal være spesialister i allmennmedisin, eller under opplæring til slik spesialitet. Som spesialister i allmennmedisin er vi de eneste offentlig godkjente spesialister som må resertifiseres regelmessig, og dette regelverket er en gylden anledning til å sikre arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet.