



## Høring til ny forskrift om fastlegeordningen.

I forbindelse med samhandlingsreformen legger Helse- og omsorgsdepartementet fram forslag til ny forskrift om fastlegeordningen.

Med dette legger Lindesnesregionen fram sitt syn på høringsforslaget. Lindesnesregionen består av **5 kommuner: Åseral, Audnedal, Marnardal, Lindesnes og Mandal.**

Høringsuttalelsen er utarbeidet av et utvalg (regionalt helsenettverk) oppnevnt av rådmennene og ordførerne i regionen.

### Oppsummering:

- Hovedtankene som ligger bak forskriften og målsettingene som framkommer er faglig og politisk velbegrunnede og er lette å slutte seg til for Lindesnesregionen. Fastlegene i vår region med små og mellomstore kommuner fyller i dag de fleste kravene som ligger i forskriften.
- Kommunene vil få nye oppgaver i styring, oppfølging og samhandling med fastlegene. Dette vil komme brukerne til gode med bedre kvalitet, tidligere intervensjon og mer tverrfaglighet. Det vil imidlertid kreve betydelig mer ressurser til administrasjon og faglig samhandling. Forskriftsfestede kvalitetskrav må følges opp av standardiserte rapporteringssystem og styrking av almennelegutdanningen.
- Flere av oppgavene krever datasystemer som i dag ikke er tilgjengelige i markedet. Det kreves en statlig satsing på å få frem slike systemer som må være på plass før forskriften settes i verk. Dette bør skje i form av klare krav til de private leverandørene av EPJ datasystemer.
- Det er lite samsvar mellom arbeidsoppgavene og antall listepasienter i forslaget. Som forskriften framstår i dag vil den være vanskelig å oppfylle i praksis for den enkelte lege. Listelengen bør settes ned. Kortere listelengder gir behov for flere fastleger
- Samhandlingsreformen vil kreve et tettere og bedre samarbeid mellom kommunene og fastlegene. Det er ønskelig at dialog og lokale løsninger får større plass i forslaget, eks ved at Lokalt Samarbeidsutvalg (jfr ASA 4310 punkt 4.2) styrkes. Samarbeidsutvalget er ikke nevnt i høringsteksten.
- Det bes om at HOD inngår drøftinger med KS og Legeforeningen for å avklare uenighetspunkter, drøfte fram mulige alternativer samt framforhandle konsensus om vesentlige mål med den reviderte forskriften . Målsettingen med forskriften må være



tydeligere koblet til kommunens ansvar for å realisere samhandlingsreformens målsettinger.

### **Økonomiske konsekvenser**

Revidert fastlegeforskrift slik den foreligger i høringsnotatet i sin nåværende form, vil kreve betydelig økte ressurser for kommunen for å administrere og drifte ordningen. Dette gjelder bl.a. håndtering av data for styring og kvalitetsformål fra fastlegene samt overvåkning av tjenestekvaliteten til hver enkelt fastlege. I tillegg kommer vurderinger dersom forskriften blir brutt, samt praktisk og juridisk arbeid rundt eventuelle sanksjoner. Dette må kompenseres gjennom økte statlige tilskudd til kommunene.

### **Mer om enkelte av paragrafene:**

§5 Selv om det kan by på problemer for kommunen, må det være rett at leger som har mottatt trusler eller være utsatt for vold fra pasienter må få slippe å være fastleger for disse.

§6 Det er i dag HELFO som fører fastlegelistene og informerer om ledig plass. Det bør det fremdeles være. Det synes ikke hensiktsmessig å overlate denne informasjonsplikten til kommunene, og det vil kunne medføre vesentlige administrative kostnader.

§12 Man må drøfte om det er hensiktsmessig for kommunene å ha legene som pliktarbeidere i viktige legefunksjoner, eller om oppgavene bør tilrettelegges slik at leger med interesse og kompetanse tar oppgavene på seg av seg selv. I merknadene til forskriften står det at legene ikke skal kunne pålegges samfunnsmedisinske oppgaver. Det er ikke samsvar mellom dette og forskriftsteksten sin hjemmel til å pålegge legene medisinskfaglig rådgiving og deltakelse i plan- og utredningsarbeid. Det er jo dette som er samfunnsmedisin.

§13 Reglene om plikt til å delta i legevakt er tatt ut av særavtalen mellom KS og legeforeningen om leger i kommunehelsetjenesten. Det er uheldig.

Man bør ikke sementere legevakt som noe som naturlig hører hjemme utenfor normale arbeidsordninger i tillegg til lange dagarbeidsdager i forskrifts form.

Organisering av legevaktstjenesten i kommunene er viktig for kvalitet på arbeidet og rekruttering av leger.

Mangel på sammenheng med forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og behovet for bedre kvalitet, finansiering og organisering av legevaktstjenestene er svært uheldig.

§18 Et rimelig krav

§19 En nasjonal standard slik at programvare for nødvendig uttrekk av journalopplysninger kan utvikles er en forutsetning. Sentrale myndigheter må stille krav om dette i forhold til program leverandører.



§21 og 22. Arbeid med individuell plan og individrettet forebygging blir ikke finansiert av trygden. Kommunen må betale selvstendig næringsdrivende leger for arbeid med individuell plan utenom ansvarsgruppemøter. Dette vil kunne medføre økte kostnader for kommunene. Pasientene betaler alle utgifter med individuell forebygging som ikke er knyttet til etablert eller mistenkt sjukdom.

Endring av plikter og ansvar her må man se i sammenheng med finansieringsordningene. Dette er det hensiktsmessig å regulere i avtalene mellom legeförening, KS og staten.

§23 Det er en målsetting å ha korte ventetider hos fastlege, men det er likevel nødvendig å kunne prioritere henvendelser slik at man prioriterer pasienter med truende symptomer raskere enn kontroller og problemstillinger som ikke har vondt av å vente. En del problemstillinger vil også kunne avklare seg i ei rimelig ventetid og gjøre at det likevel ikke blir behov for konsultasjon. Det er uklart hva som er ment med arbeidsdag i §23. Dersom det er legen sine avtalefestede arbeidsdager som er ment, så vil man akseptere betydelig lenger ventetider hos leger som har deltidspraksis. Dersom man mener virkedager, vil forskrifta kunne bli umulig å oppfylle for leger som har deltidsstillinger som kommuneoverlege, sykehjemslege med mer.

I §24 er begrepet virkedager benyttet for plikten til at fastlegen skal gi tilbud om helsehjelp samme dag for pasienter meldt fra legevakt. Dette vil være umulig å oppfylle med mindre fastlegen er på kontoret daglig. Det står i motsetning til plikta til å ta andre deltidsstillinger og muligheten for kommunen til å ha kommuneoverleger i deltidsstillinger kombinert med allmennpraksis.

I tillegg fordrer det en mulighet til kommunikasjon mellom fastlegekontor og legevaktsentral som fungerer hele døgnet.

§30 Det vil neppe være mulig for fastlegen å gi individuelt tilpasset skriftlig informasjon på alle språk.

§31 Rapportering bør skje gjennom et overordnet system for uttrekk av relevante standardopplysninger fra pasientjournalene. Det bør være en overordnet statlig oppgave å utarbeide og drifte slike system med tilbakemelding til den enkelte lege og utarbeiding av statistiske opplysninger til kommunen. At hver enkelt kommune skal utarbeide system for innhenting og bearbeiding av styringsdata vil være ressurskrevende og dyrt for kommunene. Det vises til punktene over om statens ansvar for å stille krav til leverandørene av EPJ - systemer.

§37 Det er urimelig at man fremdeles regner en normalliste på 1500 listeinnbyggere 10 år etter at fastlegereformen ble innført og etter at fastlegene stadig får flere oppgaver. Skal man kunne øke oppgavene til fastlegene må også kapasiteten økes ved at antall innbyggere per fastlege blir redusert. Dette må være en del av en kontinuerlig vurdering av kapasitet og oppgaver gjennom forhandlinger, og ikke flyttes til forskrift slik det her er lagt



opp til her. Den fleksibiliteten gjeldene avtaler gir til listereduksjon ved arbeidskrevende lister og spesielle behov, må opprettholdes.

Dato: 22/3. 2012

*Tom Valand*  
.....

Tom Valand  
leder Lindesnesregionen Helsenettverk