

**Saksframlegg**

| Utvalg                       | Utvalgssak | Møtedato   |
|------------------------------|------------|------------|
| Utvalg for helse- og velferd | 7/12       | 15.03.2012 |
| Kommunestyret                | 24/12      | 26.03.2012 |

**Revidert fastlegeforskrift - høringsuttalelse fra Malvik kommune**

Vedlegg:

Høringsbrev - revidert fastlegeforskrift

Høringsnotat - revidert fastlegeforskrift

Revidert fastlegeforskrift - høringsuttalelse fra KS

**Saksdokumenter (ikke vedlagt)**

Samhandlingsreformen

Nasjonal helse- og omsorgsplan

Helse- og omsorgstjenesteloven

Folkehelseloven

**Saksopplysninger**

Kommunene er gjennom ny lovgivning og nylig igangsatt Samhandlingsreform gitt et tydeligere ansvar for kvalitet og tilgjengelighet på nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Dette "sørge for"- ansvaret pålegger kommunene blant annet å ha oversikt over tjenestenes kvalitet, hvordan de ulike deltjenestene samarbeider for å skape helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp, og at alle tjenester har fokus på helsefremmende, forebyggende og mestringsorientert praksis.

Forslag til revidert fastlegeforskrift er ett av flere tiltak som er ment å bidra til at kommunene kan ivareta sin rolle, sitt tydelige "sørge for"- ansvar.

Legetjenesten (allmennlegetjenesten) er en svært viktig del av helsetjenesten og ivaretar den primære lege- pasientkontakten, samtidig som allmennlegene har en viktig funksjon i forhold til andre deler av helsetjenesten. Allmennlegene har også en svært viktig rolle for å nå de overordnede målene i Samhandlingsreformen, som bl.a. er:

- Økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid både gjennom styrket folkehelsearbeid og styrket individrettet forebyggende arbeid i helsetjenesten

- En større del av helse- og omsorgstjenestene skal ytes av kommunene (ny, endret kommunerolle)
- Helsetjenestene skal være mer helhetlige og koordinerte

Allmennlegetjenesten har siden 2001 vært organisert gjennom fastlegeordningen. Det ble gjort en evaluering av fastlegereformen av Norges forskningsråd (2001 – 2005), som viser bl.a at reformen har bedret tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten, gitt kortere ventetid og bedre legedekning. Kontinuiteten til legetjenesten og retten til å ha en fastlege er også verdsatt av befolkningen. Flere undersøkelser blant innbyggerne viser at befolkningen generelt er godt tilfreds med fastlegeordningen.

Likevel pekes det i høringsnotatet på flere utfordringer, som er nevnt i St.melding 47, Samhandlingsreformen og i Nasjonal helse- og omsorgsplan.

#### **Følgende utfordringer er beskrevet i høringsnotatet til revidert fastlegeforskrift:**

- Mange kommuner opplever at fastlegene ikke er tilstrekkelig integrert i det kommunale tjenesteapparatet. Dette til tross for at de har en sentral rolle i å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til pasientene. Fastlegene bør derfor integreres bedre i den øvrige kommunehelsetjenesten, slik at kompetansen deres kan utnyttes bedre og for å sikre enda bedre samordning med andre deler av det kommunale tjenesteapparatet.
- Forebygging og oppsøkende virksomhet skjer i for liten grad.
- Det eksisterer uklare forventninger til fastlegene og hva det er rimelig at de kan overkomme av arbeidsoppgaver
- Det er store variasjoner når det gjelder henvisningspraksis
- Kvalitet og forskning er for lite vektlagt i dagens fastlegeordning

Høringsbrev og høringsnotat med forslag til revidert fastlegeforskrift ble sendt ut fra Helse- og omsorgsdepartementet 22.12.2011, med høringsfrist 22. mars 2012.

Målet med de forslag som fremkommer i samhandlingsreformen og høringsnotatet, er viktigheten av å bidra til en bedre legetjeneste i kommunene. Dette ved at rammevilkårene for allmennlegetjenesten utvikles i en retning som sikrer stat og kommune gode styringsmuligheter, og som fremmer:

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

I høringsnotatet foreslår departementet blant annet:

- En presisering av kommunens ansvar for fastlegeordningen
- En presisering av fastlegens lsteansvar, herunder innføringen av krav til funksjon og kvalitet i tjenesten
- En forskriftsfesting av sentrale sider ved ordningen som i dag er avtaleregulert
- Plikt til rapportering til kvalitets- og styringsformål

- Økonomiske sanksjoner mot fastleger ved manglende oppfyllelse av avtalen
- At kommunen etter anmodning fra fastlege kan flytte truende og voldelige pasienter fra fastlegen til en annen fastlege, uten pasientens samtykke.

### **Vurdering**

Høringsuttalelsen er basert på et interkommunalt samarbeid og i stor grad felles for kommunene Midtre Gauldal, Melhus, Trondheim, Klæbu og Malvik.

Malvik kommune er enig i formålet med fastlegeordningen slik det er beskrevet i høringsnotatet. Formålet er å videreutvikle fastlegeordningen og gjøre den enda bedre for brukerne og til et enda bedre redskap for god samhandling i kommunene og mellom kommunene og helseforetakene. Intensjonen i høringsforslaget er god og det meste av det som omhandler kvalitetsutvikling i fastlegetjenesten er bra forslag.

Malvik kommune opplever pr i dag å ha et tett og godt samarbeid med fastlegene i kommunen, med gjeldende forskrift, sentrale og lokale avtaler og lokalt samarbeidsutvalg som basis.

En del legesentre i Trondheimsområdet jobber i dag langt på vei etter de standarder som er foreslått i forskriften, mens andre mangler en del. Dette er situasjonen også i resten av landet. Et viktig formål med ny revidering av forskrift og avtaler må være å oppnå mer likhet angående kvalitet på fastlegenes tjenester.

En ny fastlegeforskrift må gi retninger og prinsipper. Den bør bygge på målsetningen om økt kvalitet i tjenesten og økt tilgjengelighet for de som trenger det mest. Forskriften må også legge grunnlaget for at fastlegene blir en mer integrert del av kommunehelsetjenesten.

Høringsnotatets funksjons- og kvalitetskrav beskriver sentrale områder for god kvalitet, og vi støtter en bedre tydeliggjøring av listeansvaret. Utkastet er imidlertid alt for detaljert på en del områder, og vil kunne bidra til å skape urealistiske krav og forventninger som blir vanskelig å etterleve. En del av forslagene er også mangelfullt utredet angående konsekvenser.

Det blir for omfattende å kommentere hver enkelt paragraf. Det er allerede kommet mange innspill i den offentlige debatt og det gir grunnlag for å komme fram til bedre utforminger.

Vi ser behovet for en noe mer generell ramme i forskriften og at konkretisering, detaljer og lokale tilpasninger legges til avtaler mellom kommunen og fastlegene i den enkelte kommune. Dette vil sikre bedre lokal forankring og delaktighet, både for kommunene og fastlegene.

### **Vi vil gi innspill innenfor følgende områder:**

#### **Samarbeid, gjensidig tillit og god dialog.**

Dette er en grunnleggende forutsetning for å utvikle god kvalitet på tjenestene.

Malvik kommune har et godt samarbeid med fastlegene gjennom et velfungerende LSU(=lokalt samarbeidsutvalg mellom kommunen og fastlegene). Legekontorene i Malvik kommune har bl.a utført undersøkelser på kvalitetsindikatorer så som brukertilfredshet og samsvar mellom medikamentlister hos fastlegen og hjemmetjenesten.

Trondheim kommune har hatt fastlegeordning fra forsøket startet i 1993, og har lang erfaring med god og tillitskapende relasjon mellom kommunen og fastlegene. LSU har i alle år hatt en aktiv rolle og en viktig innvirkning på faglig utvikling. Eksempelvis godkjente LSU at individuelle avtaler fra 2001 ga legene plikt å delta i basismøter, samt at de kvalitetsstandarder som vedtaes i LSU skal være førende for alle fastlegenes praksis. En slik standard i dag er at fastlegene på forespørsel skal ta hjemmebesøk innen 5 virkedager til pasienter som har

hjemmesykepleie. Etter enighet i LSU har Trondheim kommune også gjennomført registrering av ventetid på telefon, samt brukerundersøkelse på legesentrene. Både Malvik og Trondheim har derfor allerede innført noen av de forslagene som nå skisseres i utkast til forskrift, etter drøfting og enighet i Lokalt SU.

Med disse gode erfaringene anbefales at LSU får en større plass i utformingen av fastlegeordningen i kommunene. Eksempelvis kan dette omfatte drøfting og tilråding av lokale kvalitetsstandarder, utforming og gjennomføring av f.eks brukerundersøkelser og telefontilgjengelighet, uthenting og bruk av kliniske og pasientadministrative data fra legenes elektroniske pasient journal (EPJ), samt tilrådinger ang f.eks avtalebrudd fra enkeltleger. LSU som samarbeidsforum er ikke nevnt i høringsutkastet.

Den reviderte forskriften omtaler kun fastlegenes og kommunens virksomhet, og dette mener vi kan være en svakhet da dette ikke nødvendigvis vil omfatte den helhetlige legetjenesten. Tjenesten omfatter også øvrige medarbeidere (helsesekretærer, sykepleiere m.v.) som jobber på legekontor, organisering m.v. Disse yrkesgruppene er de som gjerne møter pasientene først enten pr telefon eller ”i front”, og er legekontorets ”ansikt utad”. Denne delen av tjenesten bør etter vår vurdering få større oppmerksomhet fremover.

### **Ang. § 18 (brukermedvirkning) og § 23 (telefontilgjengelighet)**

Dette er to områder som kommunen og fastlegene bør samarbeide om, slik det bl.a. er gjort i Trondheim kommune. Tiltakene ble organisert av kommunen. Dette bidro til et enhetlig samarbeid om en brukerundersøkelse. Høringsutkastet sier at fastlegene selv skal stå ansvarlig for dette. Fordelene med at kommunen organiserer disse områdene er at det kan brukes lik metode og resultatene blir mer sammenlignbare.

### **Sanksjoner**

Slik dette er skissert i høringsforslaget, kan det bli problemfylt fordi det står i motsetning til å skape en god ramme for dialog og samarbeid. Når den ene parten i en samarbeidsrelasjon samtidig har virkemidler til å straffe den andre økonomisk, vil det kunne ha negativ innvirkning på tillit og samarbeidsklima. I tillegg kan det for kommunen være vanskelig og krevende å iverksette sanksjoner slik det er skissert, og det vil forutsette et betydelig merarbeid til undersøkelser og saksbehandling.

For mange av høringsforslagets paragrafer vil det også være vanskelig å kunne dokumentere svikt. En trussel om straff og sanksjoner slik de fremkommer i forslaget, er dårlige virkemidler til å skape bedre kvalitet i tjenesten.

Kommunene må likevel ha mulighet til sanksjoner, ved å si opp avtaler med fastleger som åpenbart - og til tross for dialog, gjentatte ganger bryter avtaler og forskrift. Dette må reguleres av en avtale som også ivaretar legens juridiske rettigheter.

### **Ressursbruk og legeårsverk**

Høringsutkastet har en rekke forslag som til sammen vil berøre de fleste sider av fastlegenes daglige gjøremål. Det er vanskelig å si hvor mye økt tidsbruk hvert enkelt forslag vil innebære, men ser en alle forslag under ett, vil det måtte gå ut over tilgjengelighet til fastlegen. I tillegg har utviklingen de siste 10 år gått i retning av at fastlegene har fått overført nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, en utvikling som vil fortsette ved innføring av samhandlingsreformen. Samtidig har legesøkningen generelt i befolkningen økt. Avtaleverket fra 2001 har et normtall på listene på 1500 personer for full kurativ praksis, med fradrag for tid i kommunal bistilling (inntil 1 dag pr. uke).

Høringsforslaget viderefører samme normtall og åpner for at legene kan tilpliktes dette tallet. Dette normtallet mener vi er for høyt, fordi kravene i ny forskrift vil kreve mer tid og fordi fastlegenes arbeidsoppgaver har økt de siste 10 årene. Skal fastlegene delta mer i tverrfaglig samarbeid i kommunen(både i system – og pasientrettet arbeid), er vi av den oppfatning at listestørrelsen må reduseres forholdsvis. Listetaket bør justeres ned til 1300 pasienter tilsvarende full kurativ uke.

### **Et felles løft for utviklingen av en bedre fastlegeordning**

Etableringen av fastlegereformen i 2001 var et felles løft fra sentrale myndigheter, kommunene/KS og legene/ Legeforeningen.

Den nye forskriften legger opp til et kvalitetsløft for fastlegeordningen. Slik høringsforslaget er utformet, er det bare kommunene og fastlegene som skal iverksette dette. Det er ikke vist til at sentrale myndigheter skal tilpliktes noen oppgaver. Som ved innføring av fastlegeordningen i 2001, mener vi at den viktige videreutviklingen som nå skisseres, ikke vil være mulig uten at også sentrale myndigheter bidrar.

Sentrale myndigheter må etter kommunens syn bidra på følgende områder:

- Utvikle og bekoste et rapporteringsverktøy i samarbeid med de 3 EPJ-leverandørene i allmennlegetjenesten. Slik høringsutkastet er utformet, blir ansvaret her lagt til den enkelte fastlege, noe vedkommende umulig kan realisere. En slik utvikling av IT-løsninger må skje i samarbeid mellom sentrale myndigheter og de 3 EPJ-leverandørene, med finansiering av sentrale myndigheter. Denne modellen har fungert bra ved utvikling av E-resept, og de erfaringene må det bygges videre på.
- Bidra til å utvikle dagens EPJ-systemer slik disse kan gi fastlegene mulighet å oppfylle § 19 kravet om oversikt over listeinnbyggerne.
- En konsekvens av at listetak må nedjusteres til 1300, er at man må se på de økonomiske virkemidlene totalt sett(eksempelvis økning av basistilskuddet pr person, endrede takster fra NAV bl.a. til tverrfaglig samarbeid, bruker – og systemrettet arbeid). Deltagelse i systemrettet arbeid er pr idag, ikke dekket av NAV`s takster.

### **Mulige konsekvenser – ”vridningseffekter”**

Dersom det blir utviklet omfattende kontrollsystemer med mulighet for sanksjoner, kan det medføre at fastlegene tilpasser sin praksis slik at de unngår å bli ”straffet” økonomisk.

Eksempelvis;

- Frykt for sanksjoner gir sterkere ”tidsklemme” og kan medvirke til kortere konsultasjonstid og økt antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Pasienter med psykiske vansker trenger gjerne mer tid og kan bli rammet av dette.
- Innføring av f. eks kølappsystemer med kraftig økt tid på venterommet for å tilfredsstille krav om time innen definert antall dager.
- Nedprioritering av ”svake” pasientgrupper og øyeblikkelig-hjelpfunksjonen fordi kravet er at ”alle” skal ha time innen 2 (5) dager.
- Tilpasning av journalføring, for eksempel hvilke diagnoser som velges, for å tekkes rapporteringssystemer(på linje med kjente eksempler fra DRG -bruk (DRG= diagnose relaterte grupper)i helseforetak)

### **Oppsummering**

Intensjonen med den reviderte forskriften er god - med hensyn til målsetningen om å heve kvaliteten, øke tilgjengeligheten og bidra til en legepraksis som er mer innrettet på å forebygge sykdom og bidra til god folkehelse. Forslaget peker imidlertid i liten grad på hvilke virkemidler som skal sørge for at dette skjer.

Det nye forslaget stiller krav både til kommunen og til legene mht. mer oppfølging, mer samarbeid, kortere responstid osv. Dette vil nødvendigvis bety merarbeid, samt at man må vurdere organisering, dagens arbeidsmetoder, arena for samhandling/ oppfølging(LSU), osv.

Under kap.6 - økonomiske og administrative konsekvenser, konkluderes det med at de aller fleste endringer ikke vil få økonomiske konsekvenser, med unntak av at det vil kreve ressurser fra statlige helsemyndigheter å utrede hvilke rapporteringskrav som skal gjelde. Dette mener vi blir lite troverdig.

Med den mengden av merarbeid den nye forskriften pålegger fastlegene, må arbeidsoppgavene enten løses ved at det eksisterende fastlegekorpset må jobbe mer, eller ved at vi får flere legestillinger. Begge alternativer vil føre til merutgifter både for stat og kommuner.

Mindre kommuner har en historie med rekrutteringsproblemer, og flere har derfor individuelle avtaler med legene som bærer preg av dette. Det beste er å løse utfordringene via god dialog og avtaler, men her er utgangspunktet forskjellig mellom store og små kommuner. Enkelte småkommuner har individuelle avtaler med ekstra goder med tanke på å rekruttere og beholde leger. Andre kommuner har legene på fastlønn. Da vil det ikke inndragning av per-capita-tilskuddet utgjøre noen trussel.

Formålet med forskriften skal være at alle innbyggere får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid. Med tanke på at det faktisk er ganske stor variasjon i de individuelle avtalene mellom kommunene og legene, ville det være ønskelig at forskriften setter tydeligere generelle rammer for disse avtalene for å sikre at det blir et likverdig tilbud uavhengig av geografi og kommunestørrelse.

Kommunene støtter intensjonen og store deler av forslaget til revidert fastlegeforskrift. Forutsetningen for at denne forskriften skal bli et positivt styringsredskap, er at den må funderes på lokal dialog mellom partene. En forutsetning må da være at staten bidrar bl.a. med finansiering både av økning i antallet hjemler, og i en mer realistisk listelengde som norm.

Malvik kommune ber Helse- og omsorgsdepartementet inngå i drøftinger med KS og fastlegenes organisasjon, for å avklare uenighetspunkter, drøfte frem mulige alternativer samt fremforhandle 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 utgifter 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 statlige tilskudd til kommunene.

### **Rådmannens innstilling**

Fremlagte forslag til høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift, inkl høringsuttalelse fra KS Sør Trøndelag, støttes.

### **Behandling i Utvalg for helse- og velferd - 15.03.2012**

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

**Innstilling til kommunestyret i Utvalg for helse- og velferd - 15.03.2012**

Fremlagte forslag til høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift, inkl høringsuttalelse fra KS Sør Trøndelag, støttes.

**Behandling i Kommunestyret - 26.03.2012**

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

**Vedtak i Kommunestyret - 26.03.2012**

Fremlagte forslag til høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift, inkl høringsuttalelse fra KS Sør Trøndelag, støttes.