

## **Kommentarutgave til høringsforslag for ny fastlegeforskrift fra Allmennlegeutvalget i Kristiansand**

Allmennlegeutvalget videre benevnt ALU har gjennomgått forslag til fastlegeforskriften i sin helhet på møte den 17/1-2012.

Det ble på møtet gitt mandat til tillitsvalgt og ALU's sekretariat å representere ALU's synspunkter i videre prosess overfor Den Norske Legeforening, HOD og Kristiansand Kommune.

ALU er generelt sterkt kritisk til prosessen med å utarbeide ny fastlegeforskrift. De allmenmedisinske fagmiljøene rapporterer at HOD har holdt døren stengt for dialog om utforming av forskriften. Det bærer utkastet preg av, i den forstand at den virkeligheten HOD presenterer, bare i begrenset grad er gjenkjennelig sett fra feltet.

Videre er mange av forslagene til endringer basert på politiske ønsker, mer enn forskningsbasert kunnskap på hvilke tiltak som virker og ikke virker. Det er ikke gjort noen form for konsekvensanalyse av nye tiltak som kan ha vidtrekkende konsekvenser for prioritering av oppgaver.

Det er gjennomgående at forskriften stiller flere og nye krav til fastlegen uten at det gis noen som helst indikasjon på hvor ressursene til å løse nye oppgaver skal hentes fra. Forskriftens forslag vil utvilsomt generere økte utgifter til drift av allmennpraksis, og har potensiale til å generere store kostnader knyttet til undersøkelse og henvisning av den friskeste delen av befolkningen.

Vi stiller oss lojalt bak legeforeningens kommentarutgave av forskriften. Vi vedlegger vår egen utgave hvor ALU's kommentarer er særlig uthevet med kursiv og fet skrift.

## **Forskriften med kommentarer:**

### **Kapittel 1. Formål og definisjoner**

#### *§ 1 Formål*

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

#### *§ 2 Definisjon*

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

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

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

## Kapittel 2. Kommunen

### *§ 3 Det kommunale ansvar for allmennlegetilbudet*

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

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

### *§ 4 Det kommunale ansvar for organisering av fastlegeordningen*

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

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

Kommuner kan samarbeide om organisering av fastlegeordningen.

### *§ 5 Særlig om personer som utgjør en sikkerhetsrisiko*

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

***ALU i Kristiansand ønsker §5 endret til å gi fastlegen en klar rett (ikke bare mulighet til å anmode kommunen) til å få personer som utviser truende adferd mot legen, legens familie, kontor eller ansatte, flyttet til annen liste.***

### *§ 6 Kommunens ansvar for informasjon*

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

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

### *§ 7 Kommunens ansvar for kvalitet i allmennlegetjenesten*

Kommunens ansvar for forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i kommunens helsetjeneste, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2, gjelder all allmennlegevirksomhet, herunder legevaktjenesten. 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.

***Det stilles spørsmål ved om man ser rekkevidden av de vidtrekkende konsekvensene som må følge av denne nye bestemmelse. Det vil hvile et stort ansvar på kommunen for å følge opp***

*fastlegens arbeide. Vi kan vanskelig se at kommunen kan klare dette på en tilfredsstillende måte, allmennmedisinens kompleksitet tatt i betraktning.*

*Det savnes også en tydeliggjøring av hva kvalitetsbegrepet innebærer.*

*Vi tror dette vil utfordre kommunen utover hva som er realistisk gjennomførbart og derfor urimelig å forskriftsfeste.*

#### **§ 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.

***ALU mener 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.

### **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.

***ALU mener bestemmelsen gir fastlegen et alt for vidtrekkende og tidkrevende ansvar for all planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse, behandling og medisinske rehabiliterings- og rehabiliteringstjenester. Andre aktørers ansvar er ikke beskrevet.***

*Vi reagerer likeledes på at bestemmelsen medfører en forpliktelse om attestskrivning, uten legens vurdering av nødvendighet.*

*Bestemmelsen gir en betydelig utvidelse av arbeide for fastlegen som på nåværende tidspunkt ikke er finansiert av Normaltariffen.*

### *§ 11 Fastlegens listeansvar ved fellesliste*

Fastleger med fellesliste har et felles ansvar for allmennlegetilbudet til personene på listen. Personer som står på fellesliste skal ha en ansvarlig lege som har hovedansvar for journal og oppfølging.

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

### *§ 12 Fastlegens deltakelse i annet allmennlegearbeid i kommunen*

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

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

- Allmennlegearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- Allmennlegearbeid ved sykehjem, fengsler og andre kommunale institusjoner
- Veiledning av turnusleger og kandidater som gjennomfører veiledet tjeneste, og undervisning av medisinstudenter
- Medisinskfaglig rådgivning
- Kapasitet til å utføre en gitt mengde konsultasjoner for personer som ikke omfattes av listeansvaret
- Plan og utredningsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

*ALU mener det er behov for en avgrensning/spesifisering av hva som er allmennmedisinske oppgaver og at bestemmelsen må enten inneholde en sterkere avgrensning eller i stedet avtalebestemmes.*

*Det er mot hele fastlegeordningens hensikt at man ikke lengre kan prioritere egne listepasienter men har et likeverdig ansvar overfor alle andre. Dette vil kunne forringe kvaliteten og tilbudet til egne listepasienter og man bør i stedet forsøke å stimulere til at alle bruker fastlegesystemet slik det er tenkt. Vi mener dette gir best kontinuitet og tjenestekvalitet. Det må være kommunens ansvar å sørge for at alle som oppholder seg i kommunen har tilfredsstillende legetjeneste, dette ansvaret bør ikke spres ut til hver enkelt fastlege.*

### *§ 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 viktige 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.

***ALU mener bestemmelsen er en kraftig økning i arbeidsbelastning sammenlignet med nåværende avtale.***

***Om dette skal forskriftsfestes ønsker vi at det gis anledning til å slippe vaktbelastning ved 55 år. I forskriftsteksten nå mister man helt denne rettighet da kommunen KAN frita for plikt til legevaktdeltakelse ved 60 år.***

***Vi tror endringene vil ha en klar negativ virkning på arbeidsmiljø da mange leger føler legevaksarbeidet som en stor arbeidsbelastning.***

***Vikarordninger ved ordinært fravær (altså kurs, ferie med mer) hos andre fastleger skal nå ivaretas av kommunen med en kommunal vikarordning fastlegene plikter å delta i. Dette har tidligere vært regulert gjennom kollegial fraværdekning og innarbeidet i fastlegeavtalene. Det åpnes opp for at kollegial fraværdekning eller avtale mellom kommune og fastlegene kan videreføres. En kommunal vikarordning forutsetter at kommunen setter av ressurser til å administrere slik fraværdekning.***

***Vi er redd endringen vil vanskeliggjøre rekruttering til faget.***

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

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

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

#### ***§ 15 Samarbeid med kommunen***

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

***ALU finner det problematisk med en ensidig rett for kommunen til å forplikte legen til flere møter. Vi er bekymret for kvaliteten og tilbudet til resten av listepopulasjonen som nødvendigvis vil bli svekket pga fravær og mindre tilgjengelighet.***

#### ***§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.

*Dette må formuleres som en rett for legen. Også vold og trusler mot legens familie, kontor eller ansatte, må være omfattet. Se §5.*

## **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 en reduksjon i risiko for uønskede hendelser. Dette innebærer blant annet at viktig informasjon om behandling og oppfølging bør gis skriftlig til pasienten.

*Vi undrer oss over at dette skal forskriftsfestes samtidig med at HOD ikke i nevneverdig grad understøtter det kvalitetssikringsarbeidet som over år er blitt gjort i allmennmedisin. Det savnes et bedre kunnskapsgrunnlag for å forskriftsfeste dette. Vi forutser at det vil bli svært tidkrevende arbeide som det ikke er utarbeidet kvalitetssikrede redskaper til å utføre på nåværende tidspunkt. Vi foreslår derfor hele punktet slettet.*

### *§ 18 Brukermedvirkning*

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

*ALU støtter intensjonen i bestemmelsen men at det er et nasjonalt ansvar mer enn en oppgave for den enkelte fastlege. Den bør derfor fjernes fra forskriften da den ikke på nåværende tidspunkt vil være mulig å etterleve.*

### *§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.

*ALU har mange innsigelser mot denne bestemmelsen.*

*For det første mangler gode verktøy til å utføre en oppgave som nå ønskes forskriftsfestet. Dette vil kunne gi en urettmessig kriminalisering av fastlegene overfor tilsynsmyndighetene.*

***Det savnes dessuten en kunnskapsbasert begrunnelse av hva som er en "sunn" legesøkning. Vi frykter en endring vil kunne gi langt mer "uhelse" enn helsegevinst da det ut fra vår erfaring er de som trenger det minst som vil benytte slike tilbud mest.***

***Vi føler også det blir et inngrep i den enkelte pasients privatliv og autonomi og dermed en svekkelse av ideen om ansvar for egen helse.***

***Et slikt arbeide vil dessuten bli svært tidkrevende og redusere tilbudet til oppfølging av allerede syke pasienter. Det allmennt medisinske 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.***

***Vi ønsker §19 fjernet fra forskriften da vi mener §10 er dekkende for fastlegens listeansvar.***

#### ***§ 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.

***ALU mener kommentarene knyttet til §19 også dekker §20 og ønsker likeledes denne paragraf fjernet fra forskriften.***

#### ***§ 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.

***Det vil ligge et altfor ensidig ansvar på fastlegen. Bestemmelsen må avgrenses betydelig. Vi er redd tilbudet til listepasienter vil bli skadelidende pga mye fravær ellers. Vi tilslutter oss prinsippet i, at fastlegen ikke skal ha rollen som koordinator i individuell plan men delta aktivt i de møter der fastlegens kompetanse kan være til nytte.***

#### ***§ 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.

***Forslaget avspeiler en tiltro til individuell kartlegging av og tiltak i forhold til individuell risiko som ikke samsvarer med kunnskapsgrunnlag for effekt av slike tiltak. Forskning knyttet til dette fagfeltet viser at de som trenger det minst i størst grad søker slike helsetjenester. En vektlegging av individuell risiko er et faglig minefelt som kan virke mot***

***sin hensikt, fremme medikalisering og øke sosial ulikhet i helse. Forslaget er ikke basert på kunnskapsbasert medisin.***

### *§ 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.

#### ***ALU er mot å forskriftsfeste tilgjengelighet.***

***Forslaget som det ligger nå fratar oss enhver faglig vurdering og prioritering av henvendelser til legekantoret. Dette vil være direkte ødeleggende sett både fra legens og pasientens synspunkt.***

***Vi undrer oss over hvor gjennomtenkt teksten i bestemmelsen er. Erfaringer viser at skal praksisen med "time på dagen" fungere er man helt avhengig av å ha en begrenset tilgjengelighet på telefonen. Vi synes hele forslaget faller på sin egen urimelighet og foreslår bestemmelsen fjernet fra forskriften.***

### *§ 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.

***Dette vil stille urimelige krav til legevakt som må ha oversikt over hvor den enkelte fastlege er til en hver tid. Gitt de andre bestemmelser som vil gi legen betydelig dårligere tilgjengelighet på kantoret grunnet kurs, sykebesøk og annen oppfølgende virksomhet ser vi vanskelig hvordan bestemmelsen kan gjennomføres.***

***ALU ønsker å beholde den gamle avtaleteksten som bygger på kollektiv fraværdekning. "legen skal sørge for at innbyggerne på vedkommendes liste får tilgang til allmennmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp."***

### *§ 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.

***Muligheten for å bruke sykebesøk utvides i forhold til nåværende bestemmelser gitt i Normaltariffen, en endring som synes hensiktsmessig. Ikke sjelden er det behov for laboratorietjenester knyttet til hjemmebesøk, da dette ofte er forbundet med de sykeste pasientene. Det savnes en tenkning omkring hvordan en fullverdig utredning og behandling i hjemmet, inkludert laboratorieundersøkelser, kan organiseres. Dette er ikke finansiert gjennom Normaltariffen, det er utfordringer knyttet til kvalitet på prøvetaking i pasientens hjem, og det er bare unntaksvis etablert avtaler mellom fastlegene og kommunen om hvordan slik prøvetaking kan ivaretas på en betryggende måte. I Kristiansand er det funnet en god løsning for dette som kanskje kan være til nytte for andre kommuner.***

#### ***§ 26 Henvisningspraksis***

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

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

#### ***§ 27 Legemiddelforskrivning***

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

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

***Vi mener ikke denne bestemmelsen hører hjemme i en forskrift og foreslår den fjernet. Vi støtter selvsagt prinsippet med god kvalitetssikring rundt forskrivning av medikamenter. Vi hilser velkommen redskaper til å bedre dette, men det må være et kollektivt ansvar som hviler på alle involverte parter i både primær- og spesialisthelsetjeneste.***

#### ***§ 28 Sykefraværsoppfølging***

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

### *§ 29 Elektronisk pasientjournal m.m.*

Fastlegens elektronisk pasientjournalssystem skal være innrettet slik at det til enhver tid kan oppfylle myndighetsbestemte krav til journalføring, elektronisk samhandling og personvern. Fastlegen skal være tilknyttet Norsk Helsenett SF. Det elektroniske pasientjournalssystemet skal være innrettet slik at det støtter sending og mottak av elektroniske meldinger. Fastlegen skal ha digitale sertifikater for kryptering og signering av meldinger.

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

***Fastlegene er klare til å ta sitt ansvar i forbindelse med elektronisk kommunikasjon. Det må stilles likelydende krav til alle samhandlingsaktører i primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og NAV.***

***Utvikling av elektronisk pasientjournal bør være en nasjonal oppgave og utviklingsarbeid knyttet til dette stimulert økonomisk fra nasjonale helsemyndigheter.***

### *§ 30 Tolk*

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

***At all skriftlig informasjon skal være tilpasset mottakers forutsetninger er et krav det vil bli vanskelig å kunne tilfredsstille. Vi er derfor kritiske til at dette skal forskriftsfestes. Erfaring tilsier også at telefontolking blir stadig mer anvendt. Dette vil igjen vanskeliggjøre skriftlig informasjon.***

### *§ 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.

***ALU mener dette kan innebære betydelig merarbeid for fastlegene slik det nå står i forskriftsforslaget.***

## **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 felleliste. Avtalen skal regulere åpningstid, listelengde og lokalisering.

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

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

### *§ 33 Reforhandling av fastlegeavtalen 112*

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

### *§ 34 Inngåelse av ny fastlegeavtale*

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

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

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

a) Nyilmeldte 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.

***ALU mener dette bør være en del av fastlegenes individuelle avtale og ikke som foreslått forskriftsfestet.***

### *§ 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.

***ALU mener dette bør være en del av fastlegenes individuelle avtale og ikke som foreslått forskriftsfestet.***

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

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

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

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

Dersom fastlegen bestrider at det foreligger et brudd, jf. første ledd, kan fastlegen påklage avgjørelsen om å holde tilbake hele eller deler av per capita-tilskuddet til Fylkesmannen. Klage

har utsettende virkning. Fylkesmannen avgjør spørsmålet om det foreligger brudd på fastlegeforskriften, rammeavtalen mellom KS og legeföreningen eller individuell avtale.

*ALU er sterkt kritiske til denne bestemmelse. Alt etter den enkelte kommunes håndhevelse vil det gi en uforutsigbarhet som er uforenelig med videre drift av legesentre etter nåværende modell. At det er ensidig reaksjonsbestemmelse hvor kommunen både er dommer og part gir likeledes et helt uholdbart styrke og samarbeidsforhold.*

*Hvis ikke bestemmelsen fjernes vil det medføre sterke reaksjoner og sannsynligvis umuliggjøre reforhandling av videre arbeidsavtaler.*

## 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.

*Bestemmelsen er et klart brudd på legenes autonomi. Ordlyden fremstår dessuten usammenhengende sett i lys av betydelig økte krav til fastlegen.*

*Bestemmelsen vil umuliggjøre deltidsarbeide eller f.eks forskning. Vi er svært bekymret for rekrutteringen til faget om det ikke gis rom for egenstyrt listelengde ved f.eks sykdom, omsorg for barn osv. Dette vil medføre en betydelig slitasje på fastlegene om ikke retten til egenbestemmelse beholdes.*

### § 38 Prioritering av personer som er tilmeldt fulltegnede lister

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

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

### § 39 Reduksjon av liste

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

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

## Kapittel 7. Særlige tiltak ved legemangel

#### **§ 40** *Suspensjon*

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

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

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

Suspensjon kan vedtas for inntil 1 år av gangen.

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

### **Kapittel 8. Ikrafttredelse**

#### **§ 41** *Ikrafttredelse*

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