

Byrådet

Høringsuttalelse til utkast til revidert fastlegeforskrift

JLOL SARK-03-201100086-113

Hva saken gjelder:

Høringsuttalelse fra Bergen kommune til utkast til revidert fastlegeforskrift.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut et utkast til revidert forskrift om fastlegeordningen i kommunene på høring, med høringsfrist 22. mars 2012.

Bergen kommune har vurdert forslaget og sammenfatter sin høringsuttalelse i følgende 6 punkter:

- 1) Bergen kommune slutter seg i hovedsak til de ulike bestemmelsene i den reviderte forskriften med unntak av § 23 (tidsfrist for time hos fastlegen) og § 24 (tidsfrist for time hos fastlegen ved anmodning fra legevakten om øyeblikkelig hjelp). Etter kommunens vurdering bør det ikke forskriftsfestes en slik tidsfrist for time hos fastlegen i begge disse tilfeller og det er gitt en viktig begrunnelse for dette.
- 2) Den elektroniske pasientjournalen (§ 29) er det aller viktigste tiltak for å sikre kvaliteten på fastlegeordningen akkurat nå og vi har samtidig utfordret departementet om å ta et ansvar for snarest å få på plass en elektronisk pasientjournal som tilfredsstiller alle nasjonale krav.
- 3) Når det gjelder forslaget om å pålegge fastlegene en plikt til å avgi data til styrings- og kvalitetsformål (§ 31) vil vi sterkt understreke at all rapportering bør søkes løst gjennom den elektroniske pasientjournalen (§ 29). De nye kvalitets- og funksjonskravene som departementet foreslår å forskriftsfeste må inngå i kravspesifikasjonene til den elektroniske pasientjournalen for fastlegene. Siktemålet må være at all rapportering fra fastlegene kan hentes ut automatisk fra den elektroniske pasientjournalen slik at man unngår en tidkrevende manuell rapportering fra pasientpraksisen, dvs. data til styrings- og kvalitetsformål samt helseovervåkning.
- 4) I forslaget til revidert fastlegeforskrift (§ 12) foreslår nå departementet å pålegge fastlegene å delta inntil 7.5 timer i annet kommunalt legearbeid. Dette kunne kommunene tidlige avtale med legene iht avtaleverket. Skal denne

plikten om å delta i det forebyggende helsearbeidet i f.eks helsestasjon- og skolehelsetjeneste i inntil 7.5 timer pr. uke kunne bidra til en reell styrking av de forebyggende tjenester iht. samhandlingsreformens målsettinger, vil dette kreve særskilte statlige bevilgninger.

- 5) Det forutsettes at kommunene får full økonomisk kompensasjon for alle merutgiftene som følger den reviderte fastlegeforskriften. Når staten innfører nasjonale kvalitetskrav på tjenester som kommunene har ansvaret for, er det både rett og rimelig at staten dekker utgiftene. Herunder må kommunene kompenseres for omleggingen av pasientpraksisen som følge av innføringen av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav til fastlegeordningen og utgifter til administrative ressurser for tett oppfølging av fastlegene. Bergen kommune vil foreslå at kommunene kompenseres for en utvidelse av eksisterende fastlegeordning med 10-15 % vekst (i antall fastleger) for å kompensere for den ønskede endringen i fastlegenes pasientpraksis og kompensere for merutgiftene til bruk av nødvendige administrative ressurser for å følge opp fastlegene beregnet til 5-10 % av de kommunale driftsutgiftene til drift av fastlegeordningen.
- 6) En forutsetning for at fastlegeordningen skal kunne utvikles iht. samhandlingsreformens intensjoner, demografisk utvikling og at pasientpraksisen skal endres iht. nye nasjonale funksjons- og kvalitetskrav, er at man satser sterkt på den faglige utviklingen (opplæring, kurs, videreutdanning, forskning m.v.) av fastlegene. Her må departementet ta et hovedgrep for å utforme nasjonale opplærings- og kompetanseplaner for fastlegene som er tuftet på de nasjonale mål og planer. Kommunens ansvar for den nødvendige kompetansehevingen til fastlegene for å sikre at de nye oppgavene ivaretas på en faglig forsvarlig måte vil medføre betydelige merutgifter som staten må kompensere for. Ellers bør departementet vurdere hvilke krav til spesialistkompetanse og annen nødvendig kompetanse man skal stille til fastlegene.

For øvrig vises til saksfremlegget.

Begrunnelse for fremleggelse for bystyret:

Høringsuttalelser i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av bystyret.

Byrådet innstiller til bystyret å fatte følgende vedtak:

Bystyret avgir høringsuttalelse om utkast til revidert fastlegeforskrift slik den fremgår av saksutredningen.

Monica Mæland
byrådsleder

Hilde Onarheim
byråd for helse og omsorg

Saksutredning:

1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut utkast til revidert forskrift om fastlegeordningen i kommunene på høring, med høringsfrist 22. mars 2012.

I høringsbrevet til kommunene understreker departementet at fastlegene er en viktig del av den offentlige helsetjenesten, og spiller en sentral rolle for å nå målene i samhandlingsreformen om mer forebygging, tidlig intervensjon, mer av tjenestetilbudet i kommunene og mer helhetlige og koordinerte tjenester. For å forebygge sykdom og hindre at sykdom forverrer seg, må fastlegene også ta kontakt med pasienter som ikke selv oppsøker fastlegen, selv om de står i fare for å bli syke eller at etablert sykdom forverres.

Det er kommunene som har det helhetlige ansvaret for fastlegeordningen. For å ivareta dette må kommunene både ha et godt samarbeid og en god dialog med fastlegene, og ha tilstrekkelige styringsmidler til rådighet. Det er viktig for samhandlingen at fastlegene er integrert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slik kan deres kompetanse også utnyttes enda bedre.

Ifølge departementet ønsker regjeringen å fastlegge mer av rammene for og kravene til fastlegenes virksomhet i forskrift, fremfor å basere seg på avtaler. Dette fordi fastlegeordningen er en så sentral del av det offentlige helsetilbudet.

I høringsbrevet påpeker departementet selv at de foreslår bl.a. følgende i den reviderte forskriften:

- En presisering av kommunens ansvar for fastlegeordningen
- En presisering av fastlegens listeansvar, herunder innføringen av krav til funksjon og kvalitet i tjenesten
- En forskriftsfesting av sentrale sider ved ordningen som i dag er avtaleregulert
- Krav om rapportering til kvalitets- og styringsformål
- Økonomiske sanksjoner mot fastleger ved manglende oppfyllelse av bestemmelsene
- Flytting av truende og voldelige pasienter fra fastleger

Vi skal stort sett konsentrere høringen om de samme områdene som departementet trekker frem med tillegg for et viktig punkt om de økonomiske og administrative konsekvensene av forslaget. Vi avslutter gjennomgangen av hvert område, med å vurdere og kommentere forslagene.

Høringsdokumentet er på 116 sider.

2. Formålet

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

Allmennlegetjenesten er en viktig del av helsetjenesten. Gjennom allmennlegetjenesten ivaretas den primære lege-pasientkontakten og norske leger har en viktig portvaktfunksjon i forhold til andre deler av helsetjenesten. Allmennlegetjenesten er også svært sentral for å nå

målene i samhandlingsreformen om mer forebygging, tidlig intervensjon, mer av tjenestetilbudet i kommunene og mer helhetlige og koordinerte tjenester.

Det er kommunene som har det helhetlige ansvaret for fastlegeordningen. For å ivareta dette må kommunene både ha et godt samarbeid og en god dialog med fastlegen, og ha tilstrekkelige styringsredskaper til rådighet. Det er viktig at fastlegene er integrert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slik kan deres kompetanse også utnyttes bedre.

Den reviderte forskriften skal bidra til at fastlegeordningen utvikler seg i samsvar med disse behovene.

3. Kommunens ansvar for fastlegeordningen

Det presiseres i høringsdokumentet at kommunene har det overordnede ansvaret for fastlegeordningen. Dette betyr at det er kommunen som skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige allmennlegetjenester. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunene blant annet tilby en fastlegeordning.

Endringene i forskriften legger til rette for at kommunene kan følge opp fastlegene tettere og integrere fastlegene bedre i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Begrepet «sørge for» pålegger kommunen ansvaret for at tjenestene gjøres tilgjengelige for de som har rett til å motta tjenester og at disse tjenestene er forsvarlige.

Det er kommunen, og ikke den enkelte lege, som har det overordnede ansvaret for at innbyggerne i kommunen tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale forutsetninger. Dette gjelder uavhengig av om tjenesten utføres av fastleger som er ansatt i kommunen eller av selvstendig næringsdrivende. Fastlegeordningen er, med unntak av egenandeler, et offentlig organisert og finansiert tjenestetilbud. De tjenestene som fastlegene yter til personer på sin liste på vegne av kommunene, er offentlige allmennlegetjenester på lik linje med øvrige allmennlegetjenester som ytes i kommunene (s. 29).

Fastlegen har det medisinsk faglige ansvaret overfor innbyggerne på sin pasientliste. Dette betyr at kommunens overordnede ansvar for å tilby en forsvarlig allmennlegetjeneste til innbyggerne røkkes ikke ved at den enkelte fastlege har et selvstendig ansvar for sine pasienter for å yte en faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (jfr. helsepersonelloven § 4). Kommunene skal ikke overstyre de medisinsk faglige avgjørelsene fastlegene tar i sin daglige praksis (s. 30).

Kommentarer/vurderinger:

Forskriften presiserer at kommunene har det overordnede ansvaret for fastlegeordningen, mens fastlegene har det medisinsk faglige ansvaret overfor innbyggerne på sin egen pasientliste. Kommunene skal sørge for at legetjenestene gjøres tilgjengelige for de som har rett til å motta slike tjenester og at tjenestene er forsvarlige.

Betingelsene for at kommunen skal kunne planlegge og utvikle en god fastlegetjeneste er bl.a. å skaffe en hensiktsmessig styringsinformasjon om fastlegenes virksomhet, både vedrørende eksisterende situasjon og den fremtidige med nye pålagte funksjons- og kvalitetskrav i denne forskriften.

Med ansvaret følger også mere utgifter. Hvis kommunene skal pålegges mer ansvar for fastlegeordningen må de kompenseres økonomisk for dette. Dette er også et viktig tiltak for at samhandlingsreformen skal bli vellykket.

4. Fastlegens listeansvar generelt

I den reviderte forskriften tydeliggjør departementet fastlegens populasjonsansvar overfor personer på egen liste. Fastlegeordningen innebærer en forutsetning om at fastlegene skal skaffe seg oversikt over sykdom, skade og sosiale problemer hos personene på listen og bruke dette aktivt for å bidra til gode helse- og omsorgstjenester for listeinnbyggerne. Forslag til § 10 angir innholdet i listekravet, men tjenestene skal også ytes i forhold til krav om forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet. I forslaget gjøres alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen som en del av listeansvaret (s. 37). Videre er det foreslått presisert at listeansvaret omfatter planlegging av og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse, behandling og medisinsk rehabiliterings- og habiliteringstjenester. Kvalitets- og funksjonskravene er ytterligere utdypet og presisert i revidert forskrift.

Kommentarer/vurdering:

For å kunne oppfylle bestemmelsen om at fastlegene skal ha et system for å identifisere 4 spesielle pasientgrupper (jfr. § 19) må denne oppgaven innarbeides i kravspesifikasjonen til den nye elektroniske pasientjournalen (jfr. § 29). Det må være et klart siktemål at alle opplysninger om legens praksis i utgangspunkt må skaffes gjennom elektroniske løsninger (og ikke gjennom tidkrevende manuelt arbeid).

Når det gjelder diskusjonen om elektronisk pasientjournal (jfr. § 29) kommer vi tilbake til dette i neste avsnitt (jfr. 5. Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav).

5. Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav

Helse og omsorgstjenester skal alltid være forsvarlige (jfr. helse- og omsorgsloven § 4-1). Kravet innebærer en overordnet plikt til systematisk styring av virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten, plikter for utøvende personell om forsvarlig yrkesutøvelse og et kvalitativt og kvantitativt krav til de tjenestene som ytes den enkelte pasient eller bruker. Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent kunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

I den foreslåtte forskriften foreslår departementet en rekke bestemmelser om funksjon og kvalitet i fastlegeordningen som operasjonaliserer forsvarlighetskravet:

- Krav til kvalitet § 17 (s. 38)
- Brukermedvirkning § 18 (s. 38)
- Oversikt over listeinnbyggerne § 19 (s. 39)
- Oppsøkende virksomhet § 20 (s. 40)
- Medisinskfaglig koordinering og samarbeid § 21 (s. 41)
- Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen § 22 (s. 44)
- Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser § 23 (s. 45)
- Tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid § 24 (s. 46)
- Hjemmebesøk § 25 (s. 47)

- Henvisningspraksis § 26 (s. 48)
- Legemiddelforskrivning § 27 (s. 48)
- Sykefraværsoppfølging § 28 (s. 50)
- Elektronisk pasientjournal m.m. § 29 (s. 50)
- Tolk § 30 (s. 52)

Kommentarer/vurdering:

Departementet har foreslått i den nye forskriften hele 14 bestemmelser om funksjon og kvalitet i fastlegeordningen. Dette kan nok føre til en uoversiktlig situasjon og kan vanskeliggjøre oppfølgingen både for kommunene og for den enkelte lege. Her foreligger ingen mulighet til prioritering av hvilke problemstillinger/sykdommer pasientene frembyr. Alt synes å være like viktig.

Samtidig omhandler de fleste funksjons- og kvalitetskravene det som oppfattes som en «god praksis». Samlet sett vil funksjonskravene medføre økte arbeidsoppgaver for fastlegene og dette blir en utfordring. Vi har allerede pågående diskusjoner om at fastlegene ikke klarer å komme ned på en normal arbeidstid i uken som kan sammenlignes med det øvrige helsepersonell i kommunene (jfr. rekrutteringssituasjonen for legene i fastlegeordningen). Nåværende bemanning i fastlegeordningen vil ikke ha kapasitet til å løse de nye kvalitetskravene foreslått i denne forskriften. Kvalitets- og funksjonskravene vil medføre en betydelig omstilling av pasientpraksisen for fastlegene. Kravene gjelder både prioritering av enkelte pasientgrupper (psykiatri, rus, demente, pasienter med sammensatte og alvorlige sykdommer m.v.) og krav til arbeidsform/tjenester (jfr. oppsøkende virksomhet § 20, medisinsk faglig koordinering og samarbeid § 21, individrettet forebygging § 22 og hjemmebesøk § 25).

Når det gjelder de konkrete funksjons- og kvalitetskravene, vil vi fraråde kravet om å forskriftsfeste en bestemt tidsfrist for time hos fastlegen (§ 23) og et generelt krav om legetime samme dag for henviste pasienter fra legevakten om øyeblikkelig hjelp (§ 24).

I en tid hvor sykdomsbegrepet i befolkningen er glidende og etterspørsel etter tjenester er økende må fastlegen kunne prioritere. Dette for å sikre at viktige pasientgrupper får nødvendig helsehjelp. Dette gjelder øyeblikkelig hjelp, mistanke om kreftsykdom, og legetjenester til utsatte grupper som f.eks funksjonshemmede, psykiatri/rus, eldre og kronisk syke. Et generelt krav om time innen gitte tidsfrister vil kunne få uheldige konsekvenser for slike utsatte grupper, redusere tilgjengelig tid for hver pasient og følgelig medføre redusert pasientsikkerhet, mindre utredning og behandling hos fastlege og stimulere til økt bruk av henvisninger til spesialist, stikk i strid med samhandlingsreformens målsettinger. Forskriften må gi fastlegen anledning til å prioritere pasientgrupper som skal få time. Det foreslåtte kravet om en generell tidsfrist for å få time hos fastlegen (§ 23) bør bortfalle.

Når det gjelder diskusjonen om tilbudet om øyeblikkelig hjelp på dagtid og ansvarsfordelingen mellom legevakt og fastlegene (jfr. § 24) foreslår departementet et generelt krav om legetime hos fastlegene i løpet av (samme) dagen. Kravet gjelder ved anmodning om øyeblikkelig hjelp fra legevakt.

Vi mener at i slike tilfeller må fastlegen ha anledning til å prioritere pasientene i henhold til kjennskap til egne listepasienter. Begrunnelsen for dette er den samme som under forrige diskusjon (§ 23). Et generelt krav om legetime samme dag bør derfor bortfalle. Det må kunne understrekes at fastlegen likevel har ansvaret for denne listepasienten. En øyeblikkelig hjelpe-

tilstand som medfører fare for liv og helse må ivaretas av legevakten. Dersom slik tilstand ikke kan utelukkes må legevakten også ivareta undersøkelsesplikten.

Ett av funksjons- og kvalitetskravene vil vi trekke ut som trolig det aller viktigste akkurat nå for å sikre kvaliteten på allmennlegetjenestene, er å få på plass en god elektronisk pasientjournal ved legekantorene som tilfredsstillende alle nasjonale krav (jfr. § 29). Her må det forutsettes at departementet bidrar til at fastlegekantorene snart får operativt et slikt utstyr. Dette er jo en forutsetning for at fastlegene kan bli en slik nøkkelperson for at samhandlingsreformen skal kunne bli vellykket. Fastlegene må ha tilgang på en elektronisk pasientjournal som bl.a. kan kommunisere på kryss og tvers innen helsesektoren. Det må legges til rette for elektronisk kommunikasjon mellom de ulike delene av helsetjenestene, for å få gode legemiddeloversikter, for å kunne gi meldinger til offentlige myndighet om f.eks. smittsomme sykdommer og vaksiner, og for å kunne ta ut data og statistikk for å kunne oppfylle kravene til kommunen i folkehelsesloven om oversikt over helsetilstand og risikofaktorer.

I § 29 er det anført at den elektroniske pasientjournalen skal være innrettet slik at den til enhver tid kan «oppfylle myndighetsbestemte krav til journalføring, elektronisk samhandling og personvern». Etter vår vurdering bør det tilføyes også «helseovervåkning».

Et kvalitetskrav som vi ikke kan se at departementet drøfter og som vi vil hevde er et meget viktig kvalitetskrav, er å satse sterkt på faglig utvikling av fastlegene. Dette er nok en kritisk suksessfaktor for at legene kunne endre sin praksis og rolle både i samsvar med samhandlingsreformens intensjoner, demografisk utvikling og den ønskete endring i pasientpraksisen iht. de nye nasjonale funksjons- og kvalitetskrav. Å satse sterkt på faglig utvikling av legene er også et klart virkemiddel for bedre rekruttering av leger inn i fastlegeordningen. Her må departementet ta et hovedgrep for å utforme nasjonale opplærings- og kompetanseplaner for fastlegene som er tuftet på de nasjonale mål og planer. I den forbindelse er det viktig å minne om at fastlegene er stort sett selvstendig næringsdrivende. Dette betyr at kommunene ikke har et arbeidsgiveransvar for fastlegene og dermed blir ikke fag- og kompetanseutviklingen av fastlegene ivaretatt av kommunene på samme måte som for det øvrige helsepersonellet.

Den demografiske utviklingen med flere eldre, syke pasienter og samhandlingsreformens overføring av nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten gjør det nødvendig med et kompetanseløft blant fastlegene og mer forskning innen allmennmedisin, skal denne tjenesten fungere som grunnmuren i det norske helsesystemet og fungere som en likeverdig part i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (jfr. IS-1552 Utviklingsstrategi for legetjenesten i kommunene. Helsedirektoratet 12/2008). Forslaget til revidert forskrift stiller ingen krav til spesialistkompetanse og nødvendig kompetanseutvikling i fastlegetjenesten. Kommunens ansvar for fastlegeordningen vil også medføre betydelige kostnader til nødvendig kompetanseheving blant fastlegene for å sikre at de nye oppgavene ivaretas forsvarlig. Også disse merutgiftene som følger den reviderte forskriften må staten kompensere for.

6. Rapportering

Mangelen på data om både aktivitet og kvalitet i tjenesten er en utfordring for stat og kommune som ansvarlige myndigheter i forhold til oppfølging av fastlegeordningen. Manglende styringsdata gjør det vanskelig å vurdere hva som fungerer godt og hva som fungerer mindre bra, noe som vanskeliggjør en kunnskapsbasert utvikling av tjenesten. Det gjør det også vanskelig for kommunene å vurdere om deres «sørge for»-ansvar for en allmennlegetjeneste av god kvalitet innfris. Det vanskeliggjør dialogen med den enkelte

fastlege om etterlevelse av de krav som stilles til tjenesten gjennom regel- og avtaleverk, herunder inngått individuell fastlegeavtale (s.54).

Departementet foreslår en rapporteringsplikt for fastlegene, der det bl.a. etableres rapportering på oppfyllelse av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjør det mulig for kommunene å danne seg et bilde av hva fastlegene faktisk gjør. På denne bakgrunn vil det være mulig med en informert dialog med den enkelte lege om hvordan legene oppfyller sitt listansvar, og om et eventuelt behov for korrigeringer. Dette er i tråd med de forutsetninger om kommunal styring av fastlegene som ligger til grunn i samhandlingsreformen (s. 54).

Departementet ser det som nødvendig at de data som skal avgis, også kan benyttes av fastlegene i deres interne forbedringsarbeid. Rapporteringen må innrettes slik at data kan innhentes mest mulig automatisk ved uttrekk fra pasientjournalen, slik at de administrative ressursene til dette blir minst mulig. Innretningen på dette og hvilke rapporteringskrav som vil gjelde, vil bli nærmere utredet (s. 55).

Departementet foreslår i § 31 i utkast til revidert forskrift å pålegge fastlegene en plikt til å avgi data til styrings- og kvalitetsformål, for å ivareta myndighetens ansvar for et forsvarlig allmennelegetilbud og en faglig utvikling av allmennelegetjenesten. Videre foreslås det at staten og kommunen definerer hvilke data fastlegen plikter å avgi (s. 55).

Kommentarer/vurdering:

Vi vil sterkt understreke at all rapportering bør søkes løst gjennom den gode elektroniske pasientjournalen (jfr. § 29). De nye kvalitets- og funksjonskravene som departementet foreslår å forskriftsfeste må inngå i kravspesifikasjonene til den elektroniske pasientjournalen for fastlegene. Siktemålet må være at all rapportering fra fastlegene kan hentes ut automatisk fra den elektroniske journalen slik at man unngår en tidkrevende manuell rapportering fra pasientpraksisen.

7. Øvrige plikter – annet allmennlegearbeid – påleggshjemmelen

Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige allmennelegetjenester. Tilbud om en fastlegeordning bidrar til å oppfylle kommunens plikter, men den er ikke uttømmende. Kommunen skal bl.a. også sørge for et allmennelegetilbud i de helsetjenestene som organiseres utenfor fastlegeordningen, herunder sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjeneste, m.v. (s. 55).

I forslaget til revidert fastlegeforskrift (§ 12) foreslår departementet å pålegge fastlegene å delta inntil 7.5 timer pr. uke i annet kommunalt legearbeid (s. 59).

Kommentarer/vurdering:

I Bergen benyttes disse timene stort sett til at fastlegene deltar i forebyggende arbeid ved helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Dette er tjenester som må utbygges i tiden fremover i tråd med målsettingene i samhandlingsreformen. Et problem vil være at dette er relativt dyre timer for kommunene (både lønnsutgifter pluss kompensasjon for tapte inntekter for legene i de timene de er ute fra legekantoret, såkalt «praksiskompensasjon»).

Skal denne plikten til å delta i det forebyggende helsearbeidet i f. eks helsestasjon- og skolehelsetjenesten i inntil 7.5 timer pr. uke kunne bidra til en reell styrking av de forebyggende tjenester iht. samhandlingsreformens intensjoner vil dette kreve at staten går inn

og kompenserer for økningen i timetallet fra dagens nivå iht. fastlegeavtalene opp til 7.5 timer pr. uke. Ellers blir dette pålegget «en sovende paragraf» uten noen reell betydning.

8. Sanksjoner overfor leger som ikke oppfyller sentrale krav

Ifølge departementet har et sentralt punkt i arbeidet med revisjon av fastlegeordningen vært kommunenes mulighet til å styre fastlegene, og integrere fastlegetjenestene i de øvrige helse- og omsorgstjenestene. Departementet mener at en etablering av tydeligere krav og forventninger til hva fastlegene skal gjøre, herunder etablering av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav og rapportering vil legge grunnlaget for styring (s. 66). Kommunene får da informasjon om hva fastlegene faktisk gjør. Og de får dermed et utgangspunkt for dialog. Ofte vil dialog alene gi gode resultater. Men, hva hvis fastlegen ikke oppfyller sentrale plikter ?

Departementet drøfter nettopp dette spørsmålet (s. 66-69) og foreslår å gi kommunene et økonomisk sanksjonsmiddel overfor leger som ikke oppfyller sentrale plikter i den reviderte forskriften. Kommunene skal kunne holde tilbake (hele eller) deler av per capita-tilskuddet (jfr. § 36 første ledd). Det vil ifølge departementet imidlertid være viktig å sette rammer for kommunens sanksjonsmulighet, slik at legenes behov for forutsigbarhet og rettsikkerhet ivaretas. Departementet foreslår derfor å forskriftsfeste at kommunen må gjøre fastlegen oppmerksom på forholdet skriftlig. Videre foreslås det å sette en frist for når forholdet senest må være rettet (s. 69). Departementet foreslår videre å presisere i forskriften at kommunen plikter å betale ut fullt tilskudd igjen så snart påpekt forhold opphører eller blir rettet (s. 69). Dersom fastlegen er uenig med kommunen om hvorvidt det foreligger et brudd, foreslår departementet at spørsmålet kan meldes inn til fylkesmannen for en beslutning i saken (s. 69).

Kommentarer/vurdering:

Vi håper dette blir en «sovende paragraf», at vi ikke trenger å ta denne i bruk. Ellers forutsettes det at skulle denne bestemmelsen komme til anvendelse måtte man ha et langt bedre grunnlag for å avdekke de faktiske forhold enn i dag. Var det faktisk et alvorlig og vesentlig brudd på nasjonale krav og plikter etter denne forskriften ?

Et så alvorlig sanksjonsmiddel som her er foreslått, vil kreve en grundig dokumentasjon for et eventuelt brudd på sentrale bestemmelser. Dette forutsetter nok at den omtalte elektroniske pasientjournalen var anskaffet og fått virket en tid før man i det hele kunne ha tilstrekkelig dokumentasjon for å kunne avklare om fastlegene oppfylte de sentrale pliktene i fastlegeforskriften eller ikke.

9. Flytting av voldelige pasienter

I utkast til revidert fastlegeforskrift foreslås nye bestemmelser som åpner for å fjerne personer som har opptrådt truende og/eller voldelig overfor legen, dennes medarbeidere eller familie fra listen (s. 69-75). Det foreslås at en fastlege kan anmode kommunen, som ansvarlig for fastlegeordningen, om å få fjernet innbyggeren fra sin liste (jfr. § 16). Departementet foreslår også å tydeliggjøre kommunens plikt til å sørge for nødvendige tiltak i forbindelse med pasienter som utgjør en sikkerhetsrisiko (jfr. § 5). Kommunen fatter nødvendig vedtak om tvangsflytting fra listen og gir melding om eventuelt skifte av lege til HELFO som administrator for liste-systemet. Det forutsettes at situasjonen først har vært forsøkt løst på andre måter, bl.a. ved å anmode innbyggeren om å skifte fastlege. Departementet forutsetter at det fremføres vektige begrunnelser fra kommunens side for eventuelt ikke å etterkomme fastlegens anmodning.

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

Kommentarer/vurdering:

Dette er en grei oppskrift på hvordan man skal løse slike saker.

10. Økonomiske og administrative konsekvenser

Ifølge departementet blir det små eller ingen økonomiske og administrative konsekvenser som følge av denne forskriften. Departementet hevder at de fleste endringene i denne forskriften, både de som gjelder kommunene og de som gjelder fastlegene, er presiseringer av eksisterende krav som fremgår enten av eksisterende fastlegeforskrift, av annet lov-/regelverk eller av sentralt avtaleverk. Slike presiseringer anser departementet ikke å ha økonomiske eller administrative konsekvenser. Dette gjelder endringer i forskriften for å tydeliggjøre kommunenes ansvar for fastlegeordningen, herunder for kvaliteten på tjenestene som ytes. Disse endringene er tekniske endringer ifølge departementet, uten økonomiske eller administrative konsekvenser. Dette gjelder også presiseringen av fastlegenes ansvar og innføring av nasjonale funksjons- og kvalitetskrav (s. 79).

Departementet synes ikke å ha forsøkt å utlede de økonomiske og administrative konsekvensene av den reviderte forskriften, dvs. de har ikke utledet konsekvensene av at de nye kvalitetskravene for fastlegeordningen vil få store innvirkninger på dagens pasientpraksis for fastlegene.

Kommentarer/vurdering:

Vi konstaterer at utkastet til revidert fastlegeforskrift ikke er tilfredsstillende utredet for økonomiske og administrative konsekvenser. Dette betyr at vi ikke kan gi forslaget vår tilslutning uten forbehold.

Dersom vi forutsetter at forslaget blir vedtatt slik det foreligger og at de 14 kvalitets- og funksjonskravene skal etterleves, følges opp i praksis, vil dette måtte føre til en betydelig omlegging av praksisen for fastlegene, enten til færre konsultasjoner eller til kortere tid til hver konsultasjon (jfr. punkt 5 foran). Det er rimelig å anta at dette vil medføre en endring i nåværende pasientpraksis med 10-15 %. Dette betyr at 10-15% av fastlegenes arbeidstid vil medgå til andre oppgaver enn å drive kurativt arbeid på legekantoret. Hvis fastlegene fortsatt skal drive fastlegeordningen like effektivt og produktivt som i dag, dvs. å undersøke og behandle pasientene som kommer på legekantorene raskt og effektivt, så måtte kommunene kompenseres for den ønskete endringen i pasientpraksisen for fastlegene. Dette betyr at kommunene måtte kompenseres for å øke opp antall fastleger med 10-15 %. For Bergens vedkommende ville dette bety 20-30 nye fastleger. Her vil vi minne om at fastlegene utnytter kapasiteten fullt ut i dag og med arbeidsuker på godt over 40 timer er det lite rom for omdisponeringer.

Hvis fastlegene skal kunne styres i ønsket retning, er det innlysende at kommunene må bruke administrative ressurser til denne oppgaven. Den ønskete omleggingen i pasientpraksisen vil ikke komme av seg selv, spesielt når det ikke finnes noen økonomiske insentiver for fastlegene å gjøre slike endringer. Tvert imot, fastlegene vil jo tape inntekter ved en slik omlegging. Dette betyr at fastlegene må nok følges meget tett opp, dersom man skal kunne få til en endret pasientpraksis. Også her må kommunene kompenseres for å skaffe seg en tilpasset og nødvendig bemanning for å følge opp fastlegene. Det er rimelig at kommunene

komponeres for administrative ressurser tilsvarende 5-10 % av netto kommunale driftsutgifter for fastlegeordningen.

Vi har ellers påpekt at det blir betydelige merkostnader til nødvendig kompetanseheving blant fastlegene for å sikre at de nye oppgavene blir ivaretatt på en faglig forsvarlig måte. Også disse kostnadene må staten kompensere kommunene for.

Ellers har departementet foreslått å pålegge fastlegene å delta inntil 7.5 timer pr. uke i annet kommunalt legearbeid (§ 12). Hvis denne bestemmelsen skal bidra reelt til å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunene forutsettes at kommunene kompenseres økonomisk for dette.

11. Sammenfatning/konklusjon:

Allmennlegetjenesten er en viktig del av helsetjenesten. Gjennom allmennlegetjenesten ivaretas den primære lege-pasientkontakten og norske leger har en viktig portvaktfunksjon i forhold til andre deler av helsetjenesten. Allmennlegetjenesten er også svært sentral for å nå målene i samhandlingsreformen om mer forebygging, tidlig intervensjon, mer av tjenestetilbudet i kommunene og mer helhetlige og koordinerte tjenester.

Det er kommunene som har det helhetlige ansvaret for fastlegeordningen. For å ivareta dette må kommunene både ha et godt samarbeid og en god dialog med fastlegen, og ha tilstrekkelige styringsredskaper til rådighet. Det er viktig at fastlegene integreres i den kommune helse- og omsorgstjenesten. Slik kan deres kompetanse også utnyttes bedre.

Den reviderte forskriften skal altså bidra til at fastlegeordningen utvikler seg i samsvar med disse intensjonene.

Bergen kommune har vurdert forslaget og funnet at man ikke kan gi forslaget sin tilslutning uten forbehold fordi de økonomiske og administrative konsekvensene er så mangelfullt utredet.

Vi vil sammenfatte våre kommentarer, vurderinger og påpekninger til utkastet til revidert fastlegeforskrift i følgende 6 punkter:

- 1) Vi slutter oss i hovedsak til de ulike bestemmelsene i den reviderte forskriften med unntak av § 23 (tidsfrist for time hos fastlegen) og § 24 (tidsfrist for time hos fastlegen ved anmodning fra legevakten om øyeblikkelig hjelp). Etter vår vurdering bør det ikke forskriftsfestes en slik tidsfrist for time hos fastlegen i begge disse tilfeller og vi har gitt en viktig begrunnelse for dette (viser til sakspremissene, punkt 5).
- 2) Vi har fremhevet den elektroniske pasientjournalen (§ 29) som det aller viktigste tiltak for å sikre kvaliteten på fastlegeordningen akkurat nå og vi har samtidig utfordret departementet om å ta et ansvar for snarest å få på plass en slik elektronisk pasientjournal som tilfredsstiller alle nasjonale krav.
- 3) Når det gjelder forslaget om å pålegge fastlegene en plikt til å avgi data til styrings- og kvalitetsformål (§ 31) vil vi sterkt understreke at all rapportering bør søkes løst gjennom den elektroniske pasientjournalen (§ 29). De nye kvalitets- og funksjonskravene som departementet foreslår å forskriftsfeste må inn i kravspesifikasjonene til den elektroniske pasientjournalen for fastlegene. Siktemålet må være at all rapportering

fra fastlegene kan hentes ut automatisk fra den elektroniske pasientjournalen slik at man unngår en tidkrevende manuell rapportering fra pasientpraksisen, dvs. data til styrings- og kvalitetsformål samt helseovervåkning.

- 4) I forslaget til revidert fastlegeforskrift (§ 12) foreslår nå departementet å pålegge fastlegene å delta inntil 7.5 timer i annet kommunalt legearbeid. Dette kunne kommunene tidligere avtale med legene iht avtaleverket. Skal denne plikten om å delta i det forebyggende helsearbeidet i f.eks helsestasjon- og skolehelsetjeneste i inntil 7.5 timer pr. uke kunne bidra til en reell styrking av de forebyggende tjenester iht. samhandlingsreformens målsettinger, vil dette kreve særskilte statlige bevilgninger.
- 5) Det forutsettes at kommunene får full økonomisk kompensasjon for alle merutgiftene som følger den reviderte fastlegeforskriften. Når staten innfører nasjonale kvalitetskrav på tjenester som kommunene har ansvaret for er det både rett og rimelig at staten dekker utgiftene. Herunder må kommunene kompenseres for omleggingen av pasientpraksisen som følge av innføringen av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav til fastlegeordningen og utgifter til administrative ressurser for tett oppfølging av fastlegene. Vi foreslår at kommunene kompenseres for en utvidelse av eksisterende fastlegeordning med 10-15 % vekst (i antall fastleger) for å kompensere for den ønskete endringen i fastlegenes pasientpraksis og kompenseres for merutgiftene til bruk av nødvendige administrative ressurser for å følge opp fastlegene beregnet til 5-10 % av de kommunale driftsutgiftene til drift av fastlegene.
- 6) En forutsetning for at fastlegeordningen skal kunne utvikles iht. samhandlingsreformens intensjoner, demografisk utvikling og at pasientpraksisen endres iht. nye nasjonale funksjons- og kvalifikasjonskrav, er at man satser sterkt på den faglige utviklingen (opplæring, kurs, videreutdanning, forskning m.v.) av fastlegene. Her må departementet ta et hovedgrep for å utforme nasjonale opplærings- og kompetanseplaner for fastlegene som er tuftet på de nasjonale mål og planer. Kommunens ansvar for den nødvendige kompetansehevingen til fastlegene for å sikre at de nye oppgavene ivaretas på en faglig forsvarlig måte vil medføre betydelige merutgifter som staten må kompensere for. Ellers bør departementet vurdere hvilke krav til spesialistkompetanse og annen nødvendig kompetanse man skal stille til fastlegene.