

## Høringsvar - revidert fastlegeforskrift

Saksnummer		Vedtaksdato
047/12	Drifts- og miljøutvalget	07.03.2012
011/12	Senior- og brukerråd	19.03.2012

ArkivsakID.: 12/511  
Arkivkode: FA-G21, FA-  
Jnr.postID PM

**Saksbehandler:** Eva-Maria Gärtner

### Rådmannens forslag til vedtak:

*Gjesdal kommune oversender høringsuttalelsen som fremkommer av sammendrag til Helse- og omsorgsdepartementet.*

### 07.03.2012 Drifts- og miljøutvalget

**Møtebehandling:**  
Enstemmig vedtak.

### DMU-047/12 Vedtak:

Gjesdal kommune oversender høringsuttalelsen som fremkommer av sammendrag til Helse- og omsorgsdepartementet.

# Høringsvar - revidert fastlegeforskrift

## Bakgrunn for saken:

### Forslag til revidert fastlegeforskrift – høring

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt forslag til revidert fastlegeforskrift ut på høring med frist 22. mars 2012.

I høringsnotatet foreslår departementet følgende:

- *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 avtalen.*
- *Flytting av truende og voldelige pasienter uten samtykke fra en fastlegeliste.*

Høringsuttalelsen er utarbeid i samarbeid med kommunelegene i Sandnes, Gjesdal, Klepp, Time og Hå.

## Bakgrunn

Kommunene fikk i 1984 ansvar for helsetjenestene til befolkningen ved innføring av kommunehelsetjenesteloven, som ble avløst av den nye helse og omsorgsloven i år.

I 1984 ble det økonomiske oppgjøret med legene delt på 3 – egenandeler fra pasientene, driftstilskudd fra kommunene og trygderefusjoner fra staten. I 1984 kunne kommunene velge mellom fast ansatte leger eller næringsdrivende leger. Driftstilskuddet til næringsdrivende leger var en kompensasjon for at legene selv tok ansvar for å tilsette eget hjelpepersonell, ordnet lokaler(husleie og inventar) og alle investeringer i utstyr som var nødvendig. Ved innføring av fastlegeordningen i 2001 ble det i gjeldende fastlegeforskrift fra 2000 § 11 sagt at fastleger i hovedsak skal være næringsdrivende. Driftstilskuddet ble omgjort til listetilskudd (eller per capita tilskudd). Gjesdal kommune har i dag 8 næringsdrivende fastleger. I tillegg til egen praksis har legene kommunale arbeidsoppgaver som sykehjemslege eller skole – og helsestasjonslege. Fastlegene dekker knapt 80 % av legevaktene ved legevakt i Sandnes og Gjesdal. Legenes legevaktsarbeid blir ikke definert som arbeidstid i sentrale avtaler og ikke regnet med i statens KOSTRA rapportering om legenes ukentlige arbeidstid.

Etter innføring av fastlegereformen i 2001 har den blitt styrt etter nåværende fastlegeforskrift og nasjonal sentral avtale mellom staten, KS og legeföreningen om fastlegeordningen (FLO). I tillegg er det en egen avtale mellom KS og legeföreningen for kommunalt arbeid.

Kommunen har egen individuell avtale med hver fastlege. I forslaget til ny forskrift er store deler av nasjonal avtale foreslått flyttet over i forskrift.

## Fastlegeordningen

Norges mest populære offentlige helsetilbud er en velfungerende førstelinjetjeneste med 12,5 millioner konsultasjoner i året hvor mange får hjelp billig og trygt uten å belaste sykehusene. Et velfungerende og motivert allmennlegekorps er helt avgjørende for at kommunene skal kunne tilby befolkningen en tilfredsstillende helsetjeneste. Det er alltid

behov for kontinuerlig forbedring av det allmennmedisinske fagområdet og administrative forhold rundt allmennlegetjenesten, og dette mener Gjesdal kommune oppnås best gjennom samarbeidsavtaler samt tilstrekkelig ressurstilgang.

Nasjonale analyser viser at en fastlege arbeider i snitt om lag 47 timer / uke, i tillegg kommer pålagte legevaktsoppgaver. Kvinnelige fastleger rapporterer en sterkere økning i arbeidstiden siden innføringen i 2000 enn mannlige fastleger. Høringsforslaget legger til en rekke nye oppgaver samt et betydelig økt krav til tilgjengelighet og mer arbeidskrevende administrative forhold på legekontorene. Dette gjøres uten at andre oppgaver i klartekst nedprioriteres eller at nødvendige ressurser tilføres. Statsråd Bjarne Håkon Hansen sluttet seg i 2009 til Helsedirektoratets utredning om at det var behov for 2700 nye legestillinger i kommunal sektor i perioden 2009 – 2015 som ledd i innføringen av samhandlingsreformen. Arbeidspresset og ansvaret som pålegges den enkelte lege både av medisinsk og administrativ art vil ikke kunne ivaretas innen tidsrammer som dagens unge leger aksepterer. Samlet sett vil arbeidssituasjonen høyst sannsynligvis hindre tilstrekkelig videre rekruttering til faget og medføre en ytterligere forgubbing av fastlegekorpset og gi fare for utilstrekkelig legedekning i kommunene. I dag er mer enn 1/3 del av landets fastleger over 55 år og andelen øker for hvert år. Kvinnene utgjør nå størsteparten av nye leger som utdannes og de ønsker seg mer regulert arbeidstid, enn det menn tidligere har praktisert. Av de vel 400 årsverk som er tilført fastlegeordningen de siste 10 år utgjør kvinnene godt over 80 %.

Forslaget som foreligger kan som konsekvens undergrave mange av tankene i Samhandlingsreformen og spesialisthelsetjenesten bør i stor grad frykte forslaget slik det foreligger. Tid er en avgjørende faktor for å kunne gjøre en god medisinsk vurdering, spesielt i forhold til forebyggende helsearbeid, men utvilsomt også for å sende de rette pasientene videre til spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er helt avhengig av en velfungerende allmennlegetjeneste og vice versa. Per i dag er ventetidene og tilgangen til spesialisthelsetjenesten en betydelig større utfordring enn tilgjengelighet til fastlegen. Hvis 4000 fastleger får det litt travlere og henviser bare 1 prosent flere enn de gjør i dag, vil sykehusene motta 30 % flere innleggelses og ventetiden vil øke betydelig.

Helsetjenester som ikke nødvendigvis gir bedre helse verken for den enkelte eller i et samfunnsperspektiv, vil få for høy prioritet på bekostning av andre allmennmedisinske oppgaver. Det er sannsynlig at den økte tilgjengeligheten vil medføre at de friskeste pasientene vil oppta en enda større del av fastlegens tid og ressurser. Det er vel også nokså usikkert om bedret tilgjengelighet er en treffsikker kvalitetsindikator så lenge øyeblikkelig hjelp funksjonene er i varetatt og prioriteringer er gjort etter medisinsk faglige hensyn.

## **Vurdering**

Høringsnotatet er omfattende, og vi velger å uttale oss om enkelte sentrale områder som prioritering, kvalitet og kommunal styring og ressursbruk, der det er endringer fra tidligere forskrift.

## **Kvalitet og prioritering**

Kapittel 4 i forslaget til ny forskrift omhandler funksjons- og kvalitetskrav, og krav til rapportering. Det er krav til brukermedvirkning.

§18. Fastlegen vil få utvidet ansvar for innbyggerne på lista. Han/hun skal ha oversikt over visse grupper av innbyggere på lista.

§ 19. Fastlegen har ansvar for oppsøkende virksomhet hos pasienter der det er kjent behov for helsehjelp og som selv ikke søker hjelp

§ 20. Fastlegen skal delta i nødvendig samarbeid, mellom annet med arbeids- og velferdsetaten

## § 22 Individrettet forebygging skal være en integrert del av tjenesteytelsen

§23. Det er forslag til krav om tilgjengelighet. Systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 % av alle henvendelser kan besvares innen 2 minutt. Pasienten skal til vanlig å tilbud om konsultasjon innen 2. arbeidsdag etter bestilling, alternativt 5 dager. Fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til visse grupper

## §25. Det blir stilt krav til rapportering

Det er positivt at ansvar for innbyggerne blir presisert. Vår erfaring er at leger legger stor vekt på faglig kvalitet, og krav til mer systematisk kvalitetsarbeid er bra. Det vil redusere sjansene for uønskete hendelser og gjøre behandlingen sikrere for pasientene. Lang ventetid blir ofte oppfattet som dårlig kvalitet, selv om det er forsvarlig å vente. Flere syke eldre som bor hjemme, vil gjøre det nødvendig med flere sykebesøk. Faglige retningslinjer bør legges til grunn og være en kvalitetsindikator som kan bli gjenstand for tilsyn. Rapporter bør være felles for hele landet, og de må hentes ut av elektronisk journal og brukes til planlegging og sammenligning. System for brukermedvirkning må utarbeides i samarbeid mellom legeförening, KS og staten ved hjelp av gode IKT system.

Slik forskriften er formulert i høringsforslaget er det et absolutt krav om ventetid for alle på enten 2 eller 5 dager. Dette medfører at alle har samme rett til time, uavhengig av alvorlighetsgrad av sykdom, og det er ikke rom for prioritering. Det står i motsetning til prioritering i spesialisthelsetjenesten. Det er et brudd med allment aksepterte normer at en ikke skal prioritere de først som trenger det mest. For å ha kapasitet og fleksibilitet til dette, må en se for seg at konsultasjoner vil bli kortere, og det vil bety mest for kronisk syke og eldre. Samhandlingsreformen legger opp til at mer skal utredes og behandles i primærhelsetjenesten, mens kortere konsultasjoner vil gi flere henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Det er stor fare for at en da tilrettelegger for den friskeste del av befolkningen på bekostning av utsatte grupper som kronisk syke, skrøpelige eldre og personer som har problem med rus og psykisk helse. Overalt ellers i helsevesenet blir de sykeste prioritert først. I Gjesdal kommune har fastlegene i alle år hatt en ordning med øhj-timer hver dag, slik at frist på 2 dager er unødvendig. Et krav om ventetid bør gå ut av forskriften og innarbeides i en avtale og gjelde for de med symptom på sykdom som kan være alvorlig. Medisinsk faglig skjønn og prioritering må ligge til grunn så lenge allmennlegeressursene både er det marginale og bærende fundament i systemet. Fastlegenes portvaktfunksjon vil kunne undergraves i takt med befolkningens økte forventninger om alle mulige typer helsetjenester og utredninger.

Revidert forskrift har som mål å styrke fastlegeordningen, og hvert punkt er for seg selv positivt. Økte oppgaver, større krav til tilgjengelighet og samme listelengde gjør det ikke realistisk å gjennomføre dette uten å øke antallet fastleger som da kan ha kortere lister. For mange krav uten økte ressurser, vil påvirke rekruttering negativt.

Forskriften er svært detaljert, og store deler burde bli flyttet tilbake til nasjonal avtale om FLO mellom staten, KS og legeföreningen. En god dialog vil da kunne sette krav om prioritering og praktiske kvalitetsmål.

## **Styring/tilsyn**

Kommunen er ansvarlig for at fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen blir overholdt § 7.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid med fastlegene § 8.

Det er forslag om at en ved brudd på forskriften, rammeavtale eller individuell avtale, kan holde tilbake hele eller deler av per capita-tilskuddet § 36.

Styring må i stor grad, som i dag, baseres på samarbeid og dialog. Innhenting av kvalitetsdata vil i stor grad kunne nyttes til dialog om innretting og eventuelt justering av praksisprofil. Om det en sjelden gang skulle bli aktuelt med formelle reaksjoner bør det nyttes bøter snarere enn tilbakehold av basistilskudd. Saksbehandlingsregler, klagemuligheter og tiltak/ reaksjoner må bli forutsigbare og det må praktiseres likt på nasjonalt nivå.

Det bør vurderes å gjøre det enkelte legesenter som pliktsubjekt når det gjelder kvalitetsarbeid, og ikke den enkelte fastlege.

Større kommunalt ansvar for tilsyn kan medføre uklar rolle i forhold til tilsynsmyndighet og også habilitetsproblem da kommuneoverlegen i mange kommuner også er fastlege. §§ 31, 36.

### **Ressursbruk**

Forslag til revidert forskrift vil føre til økt ressursbruk for kommunene med tanke på inngåing av avtaler, tilsyn og oppfølging av den enkelte fastlege. Vi kan årlig anslå ressursbruk på minst 5 timer pr fastlege (2 timer medarbeidersamtale, 1 time gjennomgang av rapporter og 2 timer kontroll av kvalitetsarbeid). Dette vil bli arbeid for kommuneoverlegen, da det er nødvendig med allmennmedisinsk kompetanse. Dersom det påvises avvik i kvalitets og funksjonskrav, vil det kreves betydelig mer ressurser ovenfor enkeltleger / legekontor.

Kommunene må etter oppgaver i ny forskrift utvide rammene for kommuneoverlege for oppgaver i forhold til fastlegene (og folkehelselova). Fastlegene må ved disse oppgavene trekkes ut fra pasientarbeid og honoreres for tidsbruken som går med til samarbeid mellom legene og kommunen.

### **Konklusjon/sammendrag**

- Gjesdal kommune mener det er behov for økt integrering av fastlegetjenesten i de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette er i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen.
- Gjesdal kommune er positiv til endringer i fastlegeforskriften som gjør fastlegens ansvar for personer på listen klarere og at det settes krav til kvalitet. Staten bør ta initiativ til sammen med KS og Legeforeningen å utvikle et nasjonalt kvalitetsrapporteringssystem.
- Gjesdal kommune går mot å forskriftsfeste detaljerte tilgjengelighetsbestemmelser. Tilgjengelighet til fastlegen gjennom telefon og ventetid kan bli bedre hos mange fastleger, men dette kan sikres gjennom avtale mellom Legeforeningen, KS og Staten.
- Gjesdal kommune mener at fastlegen må prioritere på egen liste etter medisinsk behov, alvorlighetsgrad og kapasitet, selv om en også har et ansvar for de pasientgrupper som selv ikke kan oppsøke fastlegen.
- Legesenteret bør være pliktsubjekt når det gjelder kvalitetsarbeidet, ikke den enkelte lege.
- Ved behov for økonomiske sanksjoner bør dette skje gjennom bøter og ikke tilbakehold av per capita tilskudd.
- Forskriften gir økte oppgaver for både fastlegene og kommunene. For å realisere dette, vil det være behov for kortere fastlegelister og ergo flere fastleger. Kommunene vil få økte utgifter som kompenseres. De økonomiske og administrative konsekvensene av forskriften er utilfredsstillende utredet.

Rådmannen i Gjesdal, den 02.03.2012

Bodil Sivertsen  
rådmann

Hans Petter Torvik  
kommuneoverlege