

Høringsuttalelse fra kommunene Arendal, Froland, Tvedestrand, Risør, Gjerstad, Vegårshei og Åmli (Østre Agder-kommunene) og Grimstad kommune

Innledning:

Det er viktig at departementet sørger for at det i det videre arbeid med forskriften etableres et godt samarbeidsklima med yrkesgruppen og fagforeningen og sørger for at selve avtale-inngåelsen mellom kommunen og den enkelte fastlege blir gjennomførbar. En god dialog mellom partene er en forutsetning for å kunne inngå gode lokale avtaler.

Disse kommunene har registrert at høringsnotatet m/ utkast til ny fastlegeforskrift har skapt høy aktivitet hos fastleger og i legeforeningens ulike organer. Det er derfor viktig at departementet legger til rette for at den videre prosessen mellom departementet og legeforeningen ikke utvikler seg til en ytterligere konfrontasjon.

Disse kommunene vil framheve at økt oppgaveoverføring til kommunene og bedre samhandling mellom kommuner og sykehus krever en styrket legetjeneste, flere leger og leger som er bedre integrert i kommunenes helsetjenester.

En oppfølging av ny forskrift nødvendiggjør en utviklingsplan for styrking av allmennlegetjenesten finansiert gjennom en økonomisk opptrappingsplan.

Høringsuttalelsen oppsummeres slik:

1. Kommunene støtter departementet i behovet for en ny og tilpasset fastlegeforskrift som sikrer kommunene mandat til å integrere fastlegene i den kommunale helsetjeneste, sikre en helhetlig og koordinert tjeneste til pasientene og sikre at nasjonale og lokale prioriteringer følges opp. Med nødvendig justering/ tilpassing bør hovedtrekkene i forslaget ligge til grunn for den endelige forskriften.
2. Kommunene og den enkelte fastlege får et vesentlig utvidet ansvar som krever økte ressurser for gjennomføring og oppfølging. Departementet fraskriver seg statens ansvar ved å nedtone og nesten bagatellisere det økte ansvaret forskriften legger på kommunene og fastlegene. Det forutsetter at staten medvirker med nye ressurser, og at endelig vedtatt forskrift konsekvensutredes.
3. Kommunene har ikke forutsetning, kompetanse eller kapasitet til å styre på alle de områder som ligger i forskriftsutkastet. Forskriften må gi en sterkere prioritering på hva kommunen skal styre på og hvilken kompetanse styringen krever.
4. Departementet må vurdere om forskriftsutkastet på noen punkter har gått lenger enn hjemmelsloven (helse- og omsorgstjenesteloven), og derved kan være ugyldige.
5. Forskriftsforslaget er unødvendig detaljert, og på noen punkter meget uklart hva gjelder det materielle innholdet.
6. Forskriftsforslaget overstyrer på flere punkter kommunene og fastlegenes muligheter til å utvikle gode lokale avtaler som sikrer en god allmennlegetjeneste.
7. Forslaget er upresist, uklart og inkonsekvent i forhold til oppfølging med sanksjoner. Forslaget må harmoneres med helsetilsynets ansvar etter tilsynsloven og helsepersonelloven.
8. Kommunene registrerer og deler fastlegenes bekymring om at oppgaver og ansvar ikke er mulig å få til innenfor en tilnærmet normal arbeidstid.

I Prop 91L (helse- og omsorgstjenesteloven) er fastlegeordningen gjennomgått. I nevnte proposisjon understrekes at:

"fastlegeordningen er et kommunalt ansvar" og "Det er viktig å understreke at fastlegeordningen er et offentlig organisert, og i hovedsak et offentlig finansiert tjenestetilbud. De tjenestene fastlegene yter til personer på sin liste på vegne av kommunene er offentlige allmennlegetjenester som ytes i kommunene".

Det er forutsatt at kommunene skal ta dette ansvaret (se spesielt prop. side 249). Forskriftsutkastet leses på denne bakgrunn.

Høringsuttalelsen er utarbeidet i dialog med kommunelegene i høringskommunene. De fleste av disse har også en fastlegeavtale.

Fastlegenes mest sentrale oppgaven er pasientbehandling og pasientoppfølging. Dette bør fremgå klarere som en prioritert oppgave.

I den forbindelse er det viktig å understreke at de fleste fastlegene er selvstendig næringsdrivende, og dette kan utfordre kommunenes styringsmuligheter.

I forhold til dagens fastlegeforskrift er det nye forslaget langt mer konkret på ansvar, rettigheter og plikter. I dag er kommunens styringsmuligheter begrenset, og gir liten mulighet til å integrere fastlegen i den kommunale helsetjeneste. Forskriften og avtalene med fastlegene må utformes slik at kommunene kan ivareta sitt lovpålagte ansvar med hensyn til helsetjenester. Det understrekes at fastleger med avtale må akseptere en sterkere offentlig styring såfremt de medisinsk-faglige oppgaver kommunene har ansvar for skal kunne løses. Styring av oppgaver bør derfor skje via forskrift. Når det legges opp til en supplering av forskriftskravene gjennom egen, individuell avtale må avtaleelementet være reelt og gi muligheter for begge parter å tilpasse den enkeltes ansvar og oppgaver.

Det er derfor meget betimelig å stille spørsmål om balansen mellom forskriftsregulering og avtaledelen er godt nok ivaretatt. Disse kommuner mener at forskriftsforslaget er for detaljert. En for sterkt styring og detaljering i forskrifts form innskrenker kommunene og fastlegenes muligheter for lokal tilpasning. Departementet forutsettes å foreta en sterkere prioritering mellom krav i forskrift og hva partene har rådighet over i avtale.

Departementet tar alt for lett på kommunenes muligheter til å følge opp forskriften. Når departementet så klart uttrykker at forskriftsforslaget ikke vil ha økonomisk/ administrative konsekvenser, se utdypende kommentar under, står dette i sterk kontrast til de oppgaver og det ansvar departementet selv tolker inn i flere av bestemmelsene.

KS har i notat av 17/1-2012 pekt på alternative måter legetjenesten i kommunene kan styrkes på. Med de erfaringer man gjør seg etter at samhandlingsreformen har fungert en periode, utelukkes ikke at kommunene vil se nærmere på om den organisering man har valgt for allmennlegetjenesten krever justering. I en slik prosess vil fastlegene være en naturlig samarbeidspartner.

Forskriften må gi hjemmel for kommunene til å justere/ endre organisering i samarbeid med fastlegene hvis dette vurderes formålstjenlig. Det er derfor viktig at det allerede fra ikrafttreden er tilrettelagt for et nært og tillitsfullt samarbeid for utviklingen av den kommunale helsetjeneste generelt og allmennlegetjenesten spesielt.

Generelle merknader:

Kommunene er enig i at allmennlegetjenesten er sentral i gjennomføring og oppfølging av samhandlingsreformen. Vi er også enig i at fastlegene må tilpasse sin praksis etter samfunnets behov. Dagens fastlegeforskrift er alt for svak i forhold til styring og prioritering. Dette er langt bedre ivarettatt i det nye forslaget.

Slik departementet uttrykker seg i høringsnotatet i forhold til ansvar, rettigheter og plikter hvor både kommunene og fastlegene får et definert og detaljert ansvar, står dette i sterk kontrast uttalelse i høringsnotat side 79 hvor det fremgår:

"De fleste endringene i denne forskriften, både det 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 sentrale avtaler".

Hvis departementet mener at forskriftsforslaget primært er en kodifisering av gjeldende lov og avtaleverk så burde det i det minste vært presentert et lovspeil som viste sammenhenger og forskjeller. Da ville høringsinstansene på en enklere måte sett sammenhengen.

Forskriftsforslaget har en detaljeringsgrad som er unødvendig for å imøtekomme formålsbestemmelsens § 1 hvor dette er "å sikre at alle innbyggere får nødvendig allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid". Den enkelte kommune har kompetanse på å vurdere behovet for allmennlegetjenester i egen kommune. Forskriftsforslaget begrenser kommunene muligheter for lokal tilpasning. Kommunene i denne regionen består av kommuner med et par tusen innbyggere til Arendal kommune med over 40000. Det er åpenbart at behovene er forskjellige, og at kommunene selv vet best hvordan allmennlegetjenesten kan innpasses. Forslaget ivaretar ikke ulikheter i kommunale behov.

Disse kommunene vil trekke frem følgende elementer i forslaget som viktige:

- Fastlegenes ansvar i forhold til gjennomføring og oppfølging av samhandlingsreformen
- Bedre integrering i den kommunale helsetjeneste
- Økt fokus på tilgjengelighet, åpningstider og brukermedvirkning
- Økt bruk av skriftlig informasjon til pasienter.
- Krav til rutinemessig oppfølging av pasienter med stort legemiddelforbruk.
- Økt kompetanse og økt fokus på forebyggende arbeid.
- Sikre at prioriterte pasientgrupper følges opp.
- Ansvar for å delta i tverrfaglig samarbeid.
- Forskriftsregulering av listeansvaret.
- Hjemmel for kommunen til å pålegge fastleger allmennmedisinske oppgaver.
- Sikre en allmennlegetjeneste som holder et godt faglig nivå.

Merknader til kommunenes ansvar etter kap.2:

Høringsnotatet beskriver forholdsvis inngående det meransvar kommunene får etter forskriften.

Forslaget legger hovedansvaret for gjennomføring og oppfølging til kommunene uten at kommunene er gitt reelle muligheter for lokale tilpasning.

I høringsbrev av 22/12-11 fremkommer dette slik:

Det er kommunene som har det helhetlige ansvaret for fastlegeordningen. For å ivareta dette må kommunene både ha et godt samarbeid og dialog med fastlegene, og ha tilstrekkelige styringsvirkemidler 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.

Regjeringen ønsker å fastlegge mer av rammene for og kravene til fastlegenes virksomhet i forskrift, fremfor å basere oss på avtaler. Dette gjør vi fordi fastlegeordningen er en så sentral del av det offentlige helsetilbudet.

Sammenholder man forslaget § 3 til 8 med gjeldende forskrifts § 11 blir dette enda tydeligere.

I høringsnotatet understrekes flere steder kommunenes utvidede ansvar, se f.eks. punkt 5.2, hvor kommunen nå skal følge opp fastlegene tettere, integrere fastlegene bedre i kommunenes helsetjeneste, sikre at fastlegene tilbyr innbyggerne tjenester i tråd med nasjonale føringer, sikre en bemanning som tilsier at kommunene kan yte forsvarlige tjenester osv.

Dette økte ansvaret krever økt og ny/ annen kompetanse i kommunene, mer tid til oppfølging og dialog med fastlegene, tid og ressurser til gjennomgang av rapporter og kvalitetsoppfølging og bedre innsikt i den enkelte fastleges praksis. Høringsnotatet beskriver dette inngående på sidene 29-31/32.

Når departementet senere i høringsnotatet kommer tilbake til de administrative og økonomiske konsekvensene av forslaget (side 79) beskrives meransvar og nye oppgaver for kommunene slik:

»De fleste av endringene som er 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 lovverk eller av sentrale avtaleverk. Slike presiseringer anses ikke å ha økonomiske eller administrative konsekvenser.»

.....

«Forskriften legger opp til økt rapportering. ... rapporteringen vil muliggjøre sterkere styring og er nødvendig for at kommunene skal kunne avgjøre om deres sørge for-ansvar er oppfylt. Hvordan kommunene følger opp rapporteringen vil imidlertid, som beskrevet over, i noen grad være opptil den enkelte kommune.»

De samme argumentene brukes i forhold til krav til fastlegene. Her er f.eks. argumentet at bedre bruk av «sms og e-post» vil kunne gi innsparing på personell og derfor ikke medføre økt arbeidsbelastning.

Denne form for argumentasjon og dobbeltkommunikasjon undergraver betydningen av den omlegging og oppgradering av den kommunale allmennlegetjeneste forskriftsforslaget bygger på. Det oppfattes som ansvarsfraskrivelse når departementet nedtoner konsekvensene av de omfattende endringene som ligger i forslaget. Skal kommunene kunne påta seg et vesentlig annet og utvidet ansvar enn det som følger av gjeldene forskrift, må kommunene gis økte ressurser for å bygge seg opp faglig og administrativt.

Merknader til enkeltbestemmelser i kap. 2.

Til § 4:

§ 4, 2.ledd sier at:

«Kommunen skal inngå avtaler med et tilstrekkelig antall leger om deltagelse i fastlegeordningen».

Slik bestemmelsen er formulert kan det synes som om alle kommuner plikter å ha fastleger med avtale. Kommunens overordnede ansvar følger av § 3. Hvordan dette tilrettelegges må være opptil kommunen.

I tråd med helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1, siste ledd foreslås § 4,2.ledd endret til:

"Kommunens fastlegeordning skal ha et tilstrekkelig antall fastleger. Kommunen kan enten tilsette i fastlønnede stillinger, inngå avtale med selvstendig næringsdrivende lege eller organisere ordningen i en kombinasjon "

Til § 7:

Bestemmelsen er en oppfølging og presisering av helse- og omsorgstjenestelovens §§ 4-1 og 4-2. Slik § 7 er utformet fremstår bestemmelsen som en utvidelse av hjemmelslovens bestemmelser og ikke, slik departementet uttaler på side 33 i høringsnotatet, som en *"presisering av helse- og omsorgstjenestelovens §§ 4-1 og 4-2."* Hjemmelsloven setter rammer for hva forskrifter kan inneholde. § 7 i forskriften vurderes som en utvidelse av hjemmelsloven. Dette må vurderes av departementet.

Når det gjelder det materielle innholdet i bestemmelsen må det ikke herske tvil om at det er vedkommende lege som selv er ansvarlig for å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig. Dette ansvaret følger av helsepersonellovens § 4, 1.ledd. Denne plikten skal fortsatt ligge på den enkelte helsepersonell. Kommunens plikt følger av helsepersonellovens § 16 som sier at *"Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter."* Det er liten grunn til å omformulere dette ansvaret i fastlegeforskriften. En henvisning til helsepersonelloven vil være tilstrekkelig.

Siste ledd i § 7 viser til det ansvar kommunen har etter forslaget §§ 17-30. Oppfølging av dette ansvaret krever omfattende registrering og rapportering fra den enkelte lege til kommunen, og en ditto tilbakemelding fra kommunens side.

Til kap. 3 Fastlegen

Det er nødvendig at allmennlegens pasientrettede arbeid får et definert innhold hvor også allmennlegenes plikter er tydelig og forpliktende. Dagens fastlegeforskrift er ikke svaret på de nye kravene som må stilles.

Selv om fastleger med avtale er selvstendig næringsdrivende og har et ansvar for egen yrkesutøvelse gjennom helsepersonelloven, inngår tjenesten i det offentlige helsetilbud til befolkningen, og vil være gjenstand for offentlig regulering. Samhandlingsreformen har som mål å se helsetjenesten som en helhetlig tjeneste, og sikre at nasjonale og lokale

prioriteringer følges opp på alle nivåer. Her er fastlegen en sentral ressurs. Overordnede krav til fastlegene må reguleres gjennom lov og forskrift. I den grad særlige forhold skal reguleres for den enkelte fastlege kan dette skje gjennom avtale med kommunen.

Kap. 3 i forskriftsutkastet vurderes med bakgrunn i forannevnte prinsipper.

Til § 12:

Kommunen har fått et ensidig ansvar for å definere hvilke allmennlegeoppgaver som skal kunne pålegges fastlegen utover listansvaret. Fra kommunens side vurderes dette som en riktig løsning under forutsetning av at det skjer i dialog med fastlegene, og at det i størst mulig grad tilpasses den enkelte leges kompetanse og ønske. Men også fastlegene må akseptere at det er nødvendig å finne løsninger også på disse oppgavene. For øvrig er heller ikke kommunene tjent med at man ikke får «rett person på rett plass.»

En mindre provoserende formulering kunne vært:

«Ved fulltids praksis kan kommunen pålegge fastlegen å delta»

Kommuner som har fast ansatte kommuneleger / kommuneoverleger med tid og kompetanse til oppgaver som plan- og utredningsarbeid forutsettes å ivareta deler av de oppgavene som ligger i § 12.

Til § 13:

Det er nødvendig med forskriftskrav til organisering og deltagelse i legevaktordning.. Kommunenes fokus er en legevakt som fungerer. Erfaringene fra det interkommunale samarbeidet om legevakten i Arendal tilsier at det ikke er grunn i denne regionen til å endre praksis. Når forskriften legger myndighet til å frita fastleger for deltagelse i legevakt bør dette skje i forståelse og samarbeid med fastlegene, eventuelt et fastlegeutvalg.

Til § 15:

Skal man få til en dialog om status og utvikling for helsetjenesten generelt og legetjenesten spesielt, må kommune få fastlege i tale. Noe av dette skjer via e-post og egne informasjonsbrev. Noen ganger er det likevel behov for dialog i møte. Erfaring fra dagens ordning er at det varierer hvem som møter når det inviteres til møte med kommunen. I tillegg er det meget sjelden det er nødvendig å gå så langt som å innkalle til obligatoriske møter. Hjemmel til innkalling og pliktig deltagelse støttes.

Til kap. 4 Funksjons – og kvalitetskrav og krav til rapportering

Flere bestemmelser i kap. 4 er nye.

Til § 17:

Når bestemmelsen i noen tilfeller mener det legen bør gi skriftlig informasjon til pasienten støttes dette. Det er mange pasienter som ikke klarer å oppfatte eller forstå viktig informasjon under selve konsultasjonen. Det vil være i alles interesse at nødvendig informasjon når frem og blir forstått. Dette kan også falle inn under forsvarlighetskravet etter helsepersonellovens § 4.

Til § 19:

Den nærmeste til å kjenne pasienters behov og følge opp pasienter som av ulike grunner krever særskilt oppfølging vil være vedkommendes fastlege. Dette vurderes som et sentralt element i fastlegeordningen.

Til § 23:

Prinsippet om økt tilgjengelighet støttes. Hvorvidt de foreslåtte alternativer vil være mulig å etterleve stilles det spørsmål ved. Bestemmelsen legger ikke faglige elementer inn i kravet til tilgjengelighet. Ser man §§ 23 og 24 i sammenheng ivaretar § 24 pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Det er viktig at andre henvendelser kan bli håndtert snarest mulig. Det bør imidlertid være pasientens behov og legens prioritering som er avgjørende for når konsultasjonen skal finne sted. Timetildeling etter 2-3 måneder som noen kan oppleve i dag kan ikke aksepteres.

Til § 31:

Det er viktig at data som etterspørres har betydning for styring og utvikling av tjenesten. Innhenting av data krever kvalifisert bearbeiding i kommunen og kompetanse til å anvende materialet etter formålet. Overdreven datainnhenting uten konkret nytte for fastlegen vil undergrave intensjonen. Kommunene forutsettes å samarbeide med fastlegene om innhenting av data til styrings- og kvalitetsformål i helsetjenesten.

Til kap. 5 - Fastlegeavtalen

Med hensyn til balanse mellom forskrift og avtale vises til kommentarer foran.

Det er uklart hvordan avtale med leger som tilsettes i kommunen skal utformes, jfr. at legen også vil ha en individuell arbeidsavtale med kommunen. Oppsigelse av den individuelle fastlegeavtalen må få konsekvenser for ansettelsesforholdet i kommunen. Departementet må klargjøre på en bedre måte hvordan dette skal ivaretas.

Som enhver annen avtalepart må brudd på avtalen medføre en konsekvens. Brudd på bestemmelsene må også sees i sammenheng med mislighold, jfr. § 35. Departementet bør se nærmere på om det er tilstrekkelig sammenheng mellom § 35 og § 36.

Kommunene slutter seg til forslaget om at pasientrettighetene legges til egen forskrift.