



Helse og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Vår ref.: 201115568-4/E: G0 &13/ØHA
(Bes oppgitt ved henvendelse)

Deres ref.:

Kristiansand, 21.03.2012

Høringssvar fra Kristiansand kommune om revidert fastlegeforskrift

Det vises til Helse og omsorgsdepartementet (HOD) høringsbrev datert 21.12.2011 om revidert fastlegeforskrift. Kristiansand kommune ønsker etter politisk behandling i kommunens helse- og sosialstyre 21. mars 2012 med dette å avgi høringssvar.

Kristiansand kommune støtter, med noen viktig forbehold, forslaget om revidert fastlegeforskrift og mener denne er helt sentral for gjennomføringen av samhandlingsreformen. Blant annet:

- Det er lite samsvar i mellom arbeidsoppgavene og antall listepasienter i forslaget. Som forskriften fremstår i dag vil den derfor være nærmest umulig å oppfylle i praksis for den enkelte lege. Spesifisering av listelengde bør tas ut av forskriften, alternativt settes mye lavere. Kortere listelengder gir behov for flere fastleger.
- Flere av oppgavene krever datasystemer som i dag ikke er tilgjengelige i markedet. Det kreves en statlig satsing på å få frem slike systemer som må være på plass før forskriften settes i verk.
- Kommunene vil få nye oppgaver i styring, oppfølging og samhandling med fastlegene. Dette vil komme brukerne til gode med bedre kvalitet, tidligere intervensjon og mer tverrfaglighet. Det vil imidlertid kreve betydelig mer ressurser til administrasjon og faglig samhandling. Forskriftsfestede kvalitetskrav må følges opp av standardiserte rapporteringssystem og styrking av almenntilleggsutdanningen.

Forskriften er ellers positiv og vil kunne medføre en bedre integrering av legetjenestene i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester og dermed et bedre tilbud til byens innbyggere.

Kristiansand kommune forventer at endringene i forskriftene kompenseres fullt av staten.

Se vedlegg for hele kommunens høringsuttalelse.

Med hilsen

(sign.)
Sigurd Paulsen
Enhetsleder Samfunnsmedisinsk enhet

Postadresse
Kristiansand kommune

Samfunnsmedisinsk enhet
Postboks 417 Lund
4611 Kristiansand

Besøksadresse
Henv. DuViTo
Gyldenløvesgate 23,
Kristiansand
Vår saksbehandler
Øyvind Haarr
Telefon/Telefaks
38 07 57 38/

E-postadresse
post.helseogsosial@kristiansand.kommune.no

Webadresse
<http://www.kristiansand.kommune.no/>
Foretaksregisteret
NO963296746

Vedlegg: Høringsuttalelse fra Kristiansand kommune

Innføring av samhandlingsreformen med de samtidige endringene i lovverket medfører store endringer i helsevesenet. Samhandlingsreformens grunntanke om en tidligere innsats for å redusere behovet for helsetjenester senere i livet samt overføring av ressurser fra 2. linjetjenesten til kommunehelsetjenesten må nødvendigvis også medføre endringer i fastlegenes hverdag. Slik den gamle forskriften fra 2001 er utformet, har kommunen liten reell mulighet til å styre fastlegenes prioriteringer. Behovet for en forutsigbar og enhetlig tjeneste og ønsket om å skape gode pasientforløp har tvunget frem en ny fastlegeforskrift der proaktivitet, forebygging, samhandling og kommunal styring er viktige tiltak. Den nye fastlegeforskriften er altså helt essensiell for gjennomføring av samhandlingsreformen.

Da Fastlegeordningen ble innført i 2001, var den først og fremst en systemreform som innebar en ny måte å organisere allmennlegetjenesten på uten at innholdet i allmennlegevirksomheten skulle endres. I Kristiansand kommune medførte ordningen mange fordeler både for kommunen og dens innbyggere og for fastlegene. Vi fikk en mer oversiktlig og lik organisering av byens forskjellige legekontorer og en større forutsigbarhet og trygghet for listepasientene.

Kommunens arbeid i forhold til fastlegene har inntil nå stort sett begrenset seg til å sørge for god nok legedekning til de oppgavene som krever allmennmedisinsk kompetanse (allmennpraksis, legevakt, sykehjem, helsestasjon med mer).

Det nye forslaget til fastlegeforskrift inneholder imidlertid en rekke kvalitets- og funksjonskrav både for kommunen og for fastlegene. Kommunen har det overordnede ansvaret for at de som oppholder seg i kommunen tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale forutsetninger. Det vil si at kommunen må påse at fastlegene gjør jobben i henhold til de forskjellige paragrafene i forskriften og evt. sanksjonere mot de legene som ikke klarer/ er i stand til dette (§36). Endringene vil kreve mer medisinsk faglig kompetanse og ressurser til oppfølging av fastlegene. Kristiansand kommune forventer at endringene i forskriftene kompenseres fullt av staten.

De foreslåtte endringene i fastlegeforskriften er også omfattende i forhold til fastlegenes arbeidsoppgaver. Forskriften går langt i å bestemme innholdet i legenes arbeidshverdag. Kapittel 4 stiller høye krav til bl.a. kvalitet (§17), brukermedvirkning (§18), oversikt (§19), oppsøkende virksomhet (§20), samarbeid (§21), forebygging (§22) og tilgjengelighet (§23). Intensjonene i forslaget er gode, og hvert av de foran nevnte punktene er viktige i forhold til å oppnå en best mulig helsetjeneste for befolkningen. Det er imidlertid en fare for at legene ikke har tid og ressurser til å kunne innfri alle kravene tilfredsstillende i løpet av en overkommelig arbeidstid. Etter vår oppfatning er det et misforhold mellom kravene til grundighet og tilgjengelighet i forskriften. Vi mener derfor det er behov for langt flere fastleger som heller har kortere lister og som dermed blir i stand til å ivareta sine listepasienter slik forskriften krever.

Kristiansand kommune ønsker å få til en best mulig allmennlegetjeneste for sine innbyggere. Vi tror at dette lettest oppnås gjennom et godt samarbeid mellom kommunen og fastlegene. Det er viktig at legene som er i direkte kontakt med dem vi planlegger tjenesten for, får innflytelse på sin egen arbeidshverdag.

Samtidig har kommunen helt klart et ansvar både for at innbyggerne i kommunen får den allmennlegetjenesten de har krav på og for at andre tjenesteytere både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten får gode muligheter til å samarbeide med fastlegene.

Kristiansand kommune ser derfor positivt på at forskriften gir kommunen en vid adgang til å styre fastlegene. Dette er nødvendig for at vi skal bli i stand til å oppnå målsetningene og forventningene til kommunen som tjenesteyter. (Helse- og omsorgstjenesteloven §3-1 og 2)

På de neste sidene følger en gjennomgang av forskriften. Vi har valgt å se på hver enkelt paragraf og kommentert hvilke konsekvenser dette har for kommunen. Avslutningsvis er konsekvensene opplistet punktvis.

Kapittel 1: Formål og definisjon:

§ 1 Formål.

Formålet med fastlegeforskriften er at alle innbyggere får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet og til rett tid.

§ 2 Definisjon

Begrepene Fastlege, fastlegeavtale og listeinnbygger defineres her.

Kapittel 2 Kommunen.

§ 3 Det kommunale ansvar for fastlegetilbudet

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

Presisering: Denne plikten fremgår også av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og fremhever at det er kommunen som har det overordnede ansvaret for en god og forsvarlig allmennlegetjeneste til alle som bor eller oppholder seg i kommunen.

Denne ansvarspresiseringen tvinger kommunen til å være bevisst på kvaliteten i allmennlegetjenesten og til å se fastlegefunksjonen i sammenheng med sitt øvrige tjenestetilbud. Vi mener den økte bevisstheten omkring kommunenes ansvar vil kunne bidra til å bedre samhandlingen og sikre et mer forutsigbart og likt allmennlegetilbud.

§ 4 Det kommunale ansvaret for organisering av fastlegeordningen.

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

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

§ 5 Særlig om personer som utgjør en sikkerhetsrisiko.

Kommunen skal sørge for nødvendige tiltak i forbindelse med personer som utgjør en sikkerhetsrisiko for fastlegen, herunder vurdere å flytte ut av listen de listeinnbyggerne som fremviser truende eller voldelig adferd mot fastlegen eller dennes familie. Før et vedtak om å flytte en listeinnbygger treffes, skal kommunen ha forsøkt andre tiltak.

Kommunen får her ansvar for tiltak i forhold til pasienter som utgjør en sikkerhetsrisiko for sin fastlege. Vi finner det rimelig at fastlegen kan be om overflytting av en pasient som har opptrådt truende eller voldelig mot fastlegen eller dennes familie. Det bør være en plikt for kommunen å sørge for at fastlegen ikke blir utsatt for vold og trusler i en slik situasjon. Vi mener bestemmelsene i denne paragrafen bør styrkes slik at legen gis en klar rett til å kreve en slik pasient flyttet, ikke bare en rett til å fremsette en anmodning – som i teorien kan avslås. Avgrensningen av når en slik rett til å kreve flytting settes kan for eksempel være der pasienten av politiet er gitt besøksforbud på legekontoet.

Andre tiltak enn flytting skal forsøkes før man går til det skritt å flytte en pasient til en annen liste. Vi ser imidlertid at det kan finnes situasjoner der det åpenbart er urimelig å la pasienten fortsette på legens liste og at man derfor i en del tilfeller ikke bør forsøke andre tiltak. Alvorlige voldsepisoder eller trusler som medfører betydelig grad av utrygghet for legen vil redusere kvaliteten på lege-pasientrelasjonen såpass mye at det vil være til ulempe for begge parter.

Kommunen har ansvaret for allmennlegetjenesten til alle listeinnbyggere og må derfor også være ansvarlig for tjenesten til en innbygger som truer eller er voldelig mot sin fastlege. Dette medfører at det må innføres nye kommunale rutiner for håndtering av slike situasjoner – rutiner som ivaretar både fastlegen og personen som utgjør en sikkerhetsrisiko.

Basert på erfaringene fra forskjellige legepraksiser i kommunen, kan det se ut til at departementets vurdering av omfanget av problemet er betydelig underestimert.

§ 6 Kommunens ansvar for informasjon.

Kommunen skal sørge for at innbyggerne i kommunen gis nødvendig informasjon om fastlegeordningen. Kommunen plikter å holde legene informert om planer og forhold i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan ha betydning for legens virksomhet.

Kommunen ser det som en viktig oppgave å inkludere fastlegene mest mulig i kommunens helsetjeneste. Slik det har vært frem til nå, har graden av samarbeid variert for mye fra legekantor til legekantor. Forpliktelsen i paragraf 6 synes naturlig i den sammenheng – Vi må informere dem som skal utøve allmennlegetjenester på kommunens vegne best mulig. Så kan de bli i stand til å planlegge og tilrettelegge sin virksomhet i forhold til de rammene kommunen setter for denne.

Paragrafen vil medføre økte utgifter og personellressurser til administrasjon. Videre forutsettes at oppgavefordelingen mellom HELFO og kommunene på listeføringen ikke endres.

§ 7 Kommunens ansvar for kvalitet i allmennlegetjenesten.

Kommunens ansvar for forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i kommunens helsetjeneste gjelder all allmennlegevirksomhet, herunder legevaktstjenesten. Kommunens tjeneste gjelder uavhengig av om tjenesten 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)

Kommunen er tillagt ansvar for å tilse at allmennlegetjenestens kvalitets- og funksjonskrav overholdes. Dette medfører at kommunen må sette av ressurser for å ivareta slik kontrollfunksjon, og sikre kompetanse til å kunne evaluere funnene.

Det er nødvendig og rimelig at kommunene har en oversikt over hvilken allmennmedisinsk virksomhet som utøves i kommunen, og forskriften ansvarliggjør kommunen i forhold til kvalitet på allmennlegetjenester den byr sine innbyggere. Funksjonskravene i de nevnte paragrafene er imidlertid omfattende og representerer i praksis nye oppgaver for fastlegene. Det er viktig at kommune og fastleger i samarbeid finner frem til rutiner som gjør det mulig for fastlegene å innfri kravene. Vi mener at nasjonalt utarbeidede avtaler og verktøy vil gjøre det lettere for den enkelte fastlege og dermed også for den enkelte kommune å innfri kravene i paragrafene 17-31.

§ 8 Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid.

Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene, mellom fastlegene og andre kommunale aktører og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten:

Kommunen skal utarbeide skriftlige rutiner for samarbeid mellom fastlegene og kommunens øvrige helse- og omsorgstilbud. Det må forutsettes at slike rutiner utarbeides i samarbeid mellom de involverte instanser.

I Kristiansand har vi allerede begynt å jobbe for å bedre samarbeidet mellom fastlegene og hjemmesykepleien og er enige i at rutinene for samhandlingen må bli utarbeidet av de involverte partene i gjensidig forståelse.

§ 9 Økonomisk vederlag til næringsdrivende fastleger m.m.

Uendret

Kapittel 3 Fastlegen.

§ 10 Fastlegens listeansvar

Fastlegens listeansvar dekker alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen dersom intet annet er presisert i lov eller forskrift. Ansvarer omfatter planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse, behandling og medisinske rehabiliterings- og habiliteringstjenester. Ansvarer omfatter også øyeblikkelig hjelp til innbyggerne på lista i åpningstiden. Fastlegen skal skrive ut helseattester og gi opplysninger som er nødvendige ved søknad om helse-, trygde- og sosialytelser.

Paragrafen omtaler hva som er fastlegens ansvar i forhold til innbyggerne på lista. Ansvaret er, slik vi oppfatter det, noe utvidet i forhold til tidligere, men inkluderer det vi forventer at en fastlege skal ta ansvar for. Allerede i dag er det et element av individrettet forebyggende arbeid i mange legekonsultasjoner. Fra kommunens side er det ønskelig å samhandle med fastlegene i det forebyggende arbeidet og tilby helsefremmende tiltak for de gruppene som har større risiko for fremtidig uhelse.

En utfordring ved å tydeliggjøre legens ansvar for individrettet forebyggende arbeid er at dette i dag ikke er inkludert i finansieringsordningene, verken i grunnlaget for basistilskudd eller i egenandels- og refusjonstakstene. Dette må håndteres, og om denne type arbeid skal gi grunn for trygderefusjoner krever det etter vårt syn en endring av Folketrygdloven, (ref formålsbestemmelsen i § 5-1)

§ 11 Fastlegens listeansvar ved fellesliste.

§ 12 Fastlegens deltakelse i annet allmennlegearbeid i kommunen.

Ved full tids praksis plikter legen å delta inntil 7,5 timer per uke i annet allmennlegearbeid.

Vi ser det som positivt at kommunen står fritt til å definere hvilke allmennlegeoppgaver som skal ivaretas innenfor de 7,5 timene den kan tilplikte den enkelte fastlege. Før pålegg gis skal man imidlertid forsøke å inngå frivillige avtaler. Paragrafen åpner opp for at kommunen kan definere nye felt der det kan være behov for allmennmedisinsk kompetanse. Vi mener det vil være nyttig å ha fastleger med i en del planarbeid. Samhandlingsreformen pålegger kommunen å overta behandlingsansvar fra spesialisthelsetjenesten. For at kommunen skal klare dette, har vi behov for medisinsk faglig kompetanse i større grad.

I departementets merknader står det litt mer om hva som omfattes av begrepet allmennmedisinsk legearbeid. Her inkluderes veiledning av medisinerstudenter. Dette er i dag en statlig oppgave finansiert ved at fastlegen ansettes og lønnes av universitetet.

§ 13 Fastlegens plikt til deltakelse i legevakt og vikarordninger.

Fastlegen plikter å delta i:

- a. Kommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid, herunder interkommunal legevaktssentral.
- b. Kommunens organiserte øyeblikkelig hjelpetjeneste i kontortiden
- c. Vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen etter nærmere avtale med kommunen.

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. En kommunal vikarordning forutsetter at kommunen setter av ressurser til å administrere slik fraværssdekning. Det åpnes opp for kollegial fraværssdekning inngått ved avtale mellom kommune og fastlege.

Reglene for fritak fra legevakt for leger over 55 år er fjernet. Mange fastleger opplever legevakter som en betydelig belastning. Særlig gjelder dette i kommuner med hyppige vakter eller høy arbeidsintensitet på vaktene.

Vi mener at fastlegene må beskyttes mot uforsvarlig lange arbeidsuker. Dette pga risikoen for feil ved lange arbeidsuker samt negative trivsels- og helseeffekter for legene. Evnen til å takle stor arbeidsbelastning og nattarbeid avtar med alderen. Vi støtter derfor fastlegene våre som vil beholde den tidligere muligheten for å slippe vaktbelastning fra 55 år.

Det er behov for erfarne folk for å sikre kvaliteten på legevaktstjenesten. Vi ønsker at flest mulig av våre fastleger blir i stand til å ta vaktene sine samt ta seg av innleggelsene av sine listepasienter i arbeidstiden. Høyere kvalitet på innleggelsene gir bedre pasientforløp, bedre samhandling med 2.linjetjenesten og muligheter for bedre oppfølging etter utskrivning.

Dersom det skal være mulig å oppnå at erfarne fastleger i større grad deltar i legevakt forutsetter det at fastlegene ikke får for stor total arbeidsbelastning.

§ 14 Fastlegens ansvar for listeinnbyggere som oppholder seg i institusjon.

Blir en person som står på fastlegens liste inntatt i helseinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, overføres ansvaret etter § 10 til institusjonen.

Personen blir stående på fastlegens liste, og fastlegen har ansvar for å tilrettelegge allmennlegetilbudet til denne ved utskrivning.

Institusjonen skal gi fastlegen epikrise ved utskrivning fra institusjonen.

Dette er en ordning som har fungert og som det ikke er noen grunn til å endre på.

§ 15 Samarbeid med kommunen.

Legen plikter å delta i nødvendige møter med kommunen med det formål å drøfte legens

Denne paragrafen må sees i lys av §6 om kommunens plikt til å informere fastlegene. En gjensidig erfaringsutveksling vil være gunstig for begge parter. Det er viktig at kommune og fastleger spiller på samme lag og har det samme målet, nemlig en best mulig fastlegetjeneste til kommunens innbyggere innenfor den rammen som regler og forskrifter setter.

I møte med legene kan vi drøfte folkehelseprofiler for kommunen og det utfordringsbildet i det kommunale helsevesenet. Legene er viktige både som kontaktpunkt mot enkeltmennesker og som diskusjonspartner omkring kommunens fremtidige helseprioriteringer.

Det er også viktig at allmennlegene forstår og samarbeider med kommunen omkring etablerte avtaler med helseforetak med mer.

I Kristiansand ønsker vi å prioritere satsningen på folkehelse, på forebyggende og helsefremmende aktiviteter og tiltak. Vi anser det som viktig å få legene «med på laget», og vi klarer ikke dette uten å møte dem i faste samarbeidsmøter.

virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer og vedtak.

§ 16 Rett til å anmode kommunen om å flytte person fra listen.

Kommunen: Som beskrevet i kommentaren til § 5, ser kommunen det som naturlig å ta ansvaret for å flytte en voldelig eller truende pasient til en annen liste selv om dette vil medføre merarbeid for kommunen og behov for utarbeidelse av nye rutiner.

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 å redusere risikoen for uønskede hendelser. Dette innebærer blant annet at viktig informasjon om behandling og oppfølging bør gis skriftlig til pasienten.

Undersøkelser har vist at gjennomsnittspasienten får med seg mindre enn en tredjedel av det legen sier i løpet av en konsultasjon. Kommunen støtter forslaget om skriftlig kommunikasjon. Dette vil bidra til færre ekstra konsultasjoner og gi mer presis informasjon til pasienten.

Dersom man skal sikre best mulig og mest mulig lik kvalitet på den informasjonen som gis ut, bør legekantorene ha god norskspråklig informasjon lett tilgjengelig (som for eksempel Norsk Elektronisk Legehåndbok). Vi erfarer at helsebiblioteket per i dag ikke er godt nok tilpasset allmennlegers behov og derfor er lite i bruk.

§18 Brukermedvirkning.

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

Det er viktig å etablere et system for å innhente erfaringer fra pasienter og pårørende. Utvikling av verktøy for innhenting av slik informasjon bør være en nasjonal oppgave, ikke noe som overlates til den enkelte fastlege eller det enkelte legekantor. Senter for allmennmedisinsk kvalitetsarbeid har lenge arbeidet for å utvikle slikt verktøy.

Vi støtter legenes ønske om et sentralt utarbeidet system for innhenting av brukererfaringer. Dette vil gjøre det lettere å få gode og mest mulig like rutiner i hele landet og vil gi den enkelte fastlege et bedre verktøy for å kunne evaluere og forbedre sin virksomhet.

§ 19 Oversikt over listeinnbyggere

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 tjenestetilbud 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 dekket sine behov for legetjenester gjennom oppmøte i fastlegekontorets lokaler eller
- d. Har særlig risiko for legemiddelrelaterte problemer.

Vi mener denne prioritering av de som har størst behov for legetjenester er riktig og ser at paragrafene kan brukes til dette formålet.

Kommunens oppfølging av fastlegenes arbeid med dette forutsetter at man har nasjonalt utarbeidede kvalitetsnormer slik at det kan baseres på en noenlunde lik oppfatning av hvordan bestemmelsene skal tolkes. Dette kvalitetsarbeidet forutsetter et nært samarbeid mellom alle aktører i primærhelsetjenesten. Mange av de pasientene det her siktes til har kontakt med andre kommunale tjenesteytere eller NAV, og disse aktørene må også ha rutiner for å informere fastlegen om pasienter som har behov for men ikke oppsøker legetjenester. Kommunen trenger økte ressurser for å kunne følge opp denne paragrafen – både for å kunne samarbeide med legene i kartleggingen av og helsehjelpen til disse innbyggerne, og for å kunne kontrollere at legene utfører arbeidet i henhold til forskriften.

§ 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 der pasienten har en påvist lidelse der det fra medisinsk vurdering er behov for behandling eller oppfølging.

Vi oppfatter paragrafen slik at dersom pårørende eller hjemmesykepleien kontakter legen med informasjon som gir grunn til bekymring for at en pasient på legens liste har sykdom han trenger legehjelp for, men ikke selv klarer å søke hjelp (for eksempel rusrelatert, alderssvekkelse, legeangst), så skal legen ta kontakt med vedkommende og tilby time eller eventuelt sykebesøk.

Vi oppfatter det også slik at dersom en pasient med kjent alvorlig sykdom, uteblir fra planlagt oppfølging, så plikter legen å ta kontakt med vedkommende med tilbud om videre oppfølging.

I begge tilfellene kan pasienten si nei til legebesøk eller konsultasjon. Hvis pasienten mangler samtykke, må legen kunne oppsøke pasienten mot dennes vilje under forutsetning av at kriteriene i Pasientrettighetslovens § 4a er oppfylt.

Det har vært en viss diskusjon omkring legenes intervensjon i det enkelte menneskes liv og retten til å slippe innblanding fra helsevesenet. Vi tror imidlertid at de fleste pasientene vil oppleve det som positivt at fastlegen bryr seg om dem og kontakter dem dersom det er behov for helsehjelp.

§ 21 Medisinskfaglig koordinering og samarbeid

Fastlegen skal koordinere forebyggende tiltak, undersøkelser, 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.

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.

Fastlegen er gitt en nøkkelrolle i arbeidet med å koordinere forebygging, undersøkelse, behandling og rehabilitering, men ikke rollen som koordinator i arbeid med individuell plan.

Innbyggere som trenger tverrfaglige koordinerte tjenester, har som regel bruk for en fastlege som tar aktiv del i oppfølgingen. Dette gjelder spesielt der en medisinsk problemstilling er den vesentlige årsaken til økt tjenestebehov. Ofte representerer fastlegen kontinuiteten i et langtrukket behandlings- og rehabiliteringsløp. I Kristiansand kommune ser vi at graden av oppfølging fra fastlegenes side varierer en del. Forskriften vil være egnet til å styrke kravet om deres deltakelse i ansvarsgrupper mm

§ 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.

Vi synes det er positivt at legene skal tilby forebyggende tiltak. En fremming av helsefremmende faktorer som fysisk aktivitet, sunt kosthold, rusvaner og god psykisk helse bør ligge som et grunnlag for legenes rådgivning. Paragrafen må ikke forstås slik at den medføre en endring av fokus fra behandling av syke til behandling av risikanter, men heller utformes slik at den fremmer integrering av legens forebyggende tiltak i kommunens øvrige tjenestetilbud – eksempelvis Frisklivssentral. Paragrafen bør omformuleres for å tydeliggjøre at hensikten ikke er å medikalisere risiko for sykdom.

§ 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser

Her er det foreslått 2 alternativer:

Alternativ 1: Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid 80 % av alle telefonhenvendelser skal kunne besvares i løpet av 2 minutter. Pasienten skal få tilbud om time 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 80 % av alle telefonhenvendelser skal kunne besvares i løpet av 2 minutter. Pasienten skal få tilbud om time innen 5. arbeidsdag etter bestilling.

Fastlegen skal kunne motta timebestilling på sms og e-post.

Isolert sett er det utmerket både for pasientene og for samarbeidsparter å nå legekantoret innen 2 min på telefon og å kunne bestille tid og tjenester på sms eller e-post.

En forskriftsfesting av retten til å få time innen 2 eller 5 dager uansett hva legekantaken skulle gjelde, reduserer legens mulighet til å prioritere de pasientene som har størst behov for tjenester. De fleste legekantorer har dessuten pasienter som har et overforbruk av legetjenester og som heller bør begrenses i forhold til timehyppighet. Spesielt 2 dagers-forslaget vil kunne svekke legens mulighet til å planlegge sin virksomhet slik at det blir mulig å ivareta de kvalitetskrav som denne forskriften fastsetter.

Av de to fremsatte alternativer vil vi derfor foretrekke alternativ 2.

Vi ønsker en mer differensiert løsning slik at tilgjengeligheten ivaretas for de som har behov for en snarlig time samtidig med at mulighetene for å prioritere ikke blir borte – slik vi mener den gjør i utkastet til § 23.

§ 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 skal fastlegen være i stand til å gi tilbud om helsehjelp samme virkedag som meldingen mottas.

Denne bestemmelsen gir legevakten et godt hjelpemiddel for å redusere unødvendig bruk av legevakten. Vi mener dette kan organiseres på legesenternivå ved at det enkelte legesenter skal avsette tilstrekkelig tid til øyeblikkelig hjelp på dagtid for sine fastlistepasienter. Ved kollegial fraværdekning ved legesenteret kan ø.hjelp-ansvaret bli ivaretatt selv om den enkelte fastlege ikke selv er tilgjengelig.

§ 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 legesonsultasjon.
- 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. Kristiansand kommune har allerede utviklet rutiner for samarbeid med andre tjenesteytere når det gjelder laboratorietjenester i tilknytning til hjemmebesøk. Vi arbeider også med andre rutiner for samarbeid mellom fastlegene og hjemmetjenestene når det gjelder denne gruppen.

Godt tverrfaglig samarbeid er viktig i tilknytning til hjemmebesøk – som gjerne krever oppfølging av helse- og omsorgstjenester i tiden etter legebesøket.

Andre kommunale aktører har ved enkelte anledninger opplevd det som vanskelig å få fastlegen til å foreta nødvendige hjemmebesøk. Denne forskriften gjør det forhåpentligvis lettere å få legen til å prioritere slik virksomhet. Paragrafen krever imidlertid en endring av Normaltariffen.

§ 26 Henvisningspraksis

Fastlegen skal ved behov henvise listepasienter 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.

Økt fokus på kvalitet i henvisningsskriv vil være en fordel for kommunen på flere plan. Blant annet er spesialisthelsetjenesten forpliktet til å besvare alle problemstillingerne som er formulert i et innleggelsesskriv, før pasienten kan skrives ut til kommunale tjenester.

Vi mener det bør stilles samme kvalitetskrav til legeerklæringer som benyttes ved søknad om kommunale tjenester som ved henvisning til tjenester.

§ 27 Legemiddelforskrivning:

Fastlegen har et ansvar for at legemiddelbehandlingen av innbyggerne på listen samlet sett er trygg og effektiv og at legemiddellisten er oppdatert. Pasienten skal få med seg en oppdatert legemiddelliste etter hver konsultasjon hvis legemiddelbruken er endret.

En oppdatert legemiddelliste skal også sendes helse- og omsorgstjenesten dersom disse har ansvaret for pasientens legemiddelhåndtering.

For listeinnbyggere som bruker 6 legemidler eller mer, skal fastlegen minst en gang per år

Dette er et viktig kvalitetssikringstiltak, men det krever ressurser til utvikling av gode elektroniske løsninger. Samarbeidet med relevant helsepersonell (farmasøyt, hjemmesykepleie, andre) ved gjennomgang av legemiddellistene for de som bruker mer enn 5 legemidler er god kvalitetssikring, men krever avsetting av tid til formålet for de involverte. Dette medfører også behov for økte ressurser i kommunen.

gjennomføre en legemiddelgjennomgang, eventuelt i samarbeid med relevant helsepersonell.

§ 28 Sykefraværsoppfølging

Fastlegen skal delta i oppfølgingen av sykemeldte listeinnbyggere og aktivt bidra til at de støttes i egenmestring slik at varig arbeidsuførhet unngås eller utsettes så lenge som mulig.

Fastlegen pålegges et ansvar for å støtte den sykemeldte i egenmestring. Vi er enige i at fastlegen skal bidra til at den sykemeldte gjenvinner sin arbeidsevne og unngår uførhet der dette er mulig.

§ 29 Elektronisk pasientjournal med mer

Fastlegens elektroniske pasientjournalssystem skal være slik at det til en hver tid kan oppfylle bestemmelser om journalføring, elektronisk samhandling og personvern.

Utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) bør være en nasjonal oppgave og utviklingsarbeidet knyttet til dette stimulert økonomisk fra nasjonale helsemyndigheter. Det må stilles likelydende kravspesifikasjoner til EPJ for alle samhandlingsaktører i primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og NAV.

§ 30 Tolk

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

Det kan bli utfordrende for fastlegen å fremskaffe skriftlig informasjon for forskjellige språkgrupper, men tolketjenesten kan vel bidra til dette. Konsultasjonene med fremmedspråklige vil bli enda mer tidkrevende, men kvaliteten vil trolig bedres. Det forutsetter imidlertid en godt utbygd tolketjeneste og økt bruk av denne. Vi forutsetter at dagens finansieringspraksis er ment videreført. Dette medfører en økt kostnad for kommunen – med mindre det spesifiseres at fastlegen skal gis ansvar for kostnaden til tolk. Finansieringsansvaret synes, med gjeldende forskriftstekst, å være lagt på den enkelte fastlegen. Er dette hensikten? Dette representerer i så fall en vesentlig endring i forhold til dagens praksis.

§ 31 Krav til rapportering

Fastlegen skal avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og en faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Staten og kommunen definerer hvilke data som skal avgis.

Dette kan medføre betydelig merarbeid for fastlegene uten at de har noen innflytelse på hva som er fornuftig å samle inn av data.

Vi anbefaler at de allmennmedisinske fagmiljøene inviteres med på å utvikle dette.

Kapittel 5. Fastlegeavtalen

§ 32 Fastlegeavtale

Kommunen skal inngå en individuell avtale med alle leger som skal delta i fastlegeordningen. Avtalen skal regulere åpningstid, listelengde og lokalisering. Den skal også omfatte andre legeoppgaver som fastlegen skal utføre på vegne av kommunen utover det som fremgår av listeansvaret.

§ 33 Reforhandlinger av fastlegeavtalen

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

§ 34 Inngåelse av ny fastlegeavtale

Bestemmelsen er en videreføring av dagens regel.

§ 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.

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

Ved brudd på bestemmelsene i denne forskrift, rammeavtalen med KS og legeforeningen eller individuell avtale kan kommunen be om retting av forholdet. Varsel om retting skal gis skriftlig og frist for retting skal minimum settes til 1 måned.

Dersom forholdet ikke rettes, kan kommunen holde tilbake hele eller deler av det månedlige per capita-tilskuddet.

Vi ser i utgangspunktet dette som en god bestemmelse som gir kommunen en kjærkommen mulighet til å følge opp fastlegene og stille krav der det er klare avvik fra de kvalitetskravene som forskriften stiller. Videre ser vi det som positivt at legen gis et vern mot usaklig tilbakeholdelse av per capita-tilskudd gjennom retten til å klage saken inn for Fylkesmannen.

En utfordring i den foreslåtte forskrift er manglende samsvar mellom mengden av arbeidsoppgaver som fastlegen har i forhold til den enkelte pasient og det antall pasienter fastlegen forventes å ha på sin liste.

Kommunens arbeid med å følge opp at den enkelte fastlege innfrir kvalitetskrav og eventuelt å benytte tilbakeholdelsesmuligheten krever betydelig administrativ kompetanse og kapasitet. Dette vil utgjøre en betydelig utgift for kommunen.

Kapittel 6. Fastlegens lister.

§37 Listelengde

Kommunen kan kreve at antall listeinnbyggere settes til 1500 ved fulltids kurativ virksomhet.

Det er åpenbart at forskriftens samlede kvalitetskrav vil medføre betydelig merarbeid for den enkelte fastlege. Dette må gjenspeiles i det maksimale antall pasienter kommunen kan pålegge hver enkelt fastlege å ha på sin liste. Kristiansand kommune ser det som nødvendig å fastsette listestørrelser som gjør det mulig for fastlegen å innfri kravene i forskriften.

Vi erfarer at legene i Kristiansand har lister som varierer fra 550 til 2500. Gjennomsnittlig listelengde er på 1243 listeinnbyggere. Fastlegeforskriften bør ta hensyn til en fortsatt differensiert legepraksis.

En reduksjon av listelengde er det viktigste virkemiddel fastlegen i dag har når legen erfarer at arbeidsbelastningen overstiger det legen klarer å ivareta. Det er i både kommunens og pasientenes interesse at fastlegene har en arbeidsbelastning som er bærekraftig, og det er vår klare oppfatning at fastlegen må sikres en ensidig rett til å kreve redusert listelengde. Unntak må kun være for situasjoner der fylkesmannen har suspendert fastlegeordningen i kommunen på grunn av legemangel.

Vi ser vi ikke at det er behov for at kommunen ensidig skal stille krav til listelengde. Vårt forslag er at dette punktet (dvs. § 37 første ledd) i forskriften tas helt ut. Alternativt vil vi foreslå en reduksjon av den listelengden kommunen kan kreve til 1000.

§ 38 Prioritering av personer som er tilmeldt fulltegnet liste.

Som tidligere.

§ 39 Reduksjon av liste.

Som tidligere.

Administrative og økonomiske konsekvenser.

Slik Kristiansand kommune ser det vil en implementering av forskriften slik den foreligger til høring medføre og nødvendiggjøre en ikke ubetydelig kompetanse- og ressursøkning for kommunene. Administrasjon av samarbeidet med fastlegene, samt kontroll med utførelse av funksjonen, vil kreve en styrkning så vel ressursmessig som kompetansemessig. Blant annet vil behovet for økt medisinsk faglig kompetanse, samt juridisk kompetanse øke. Videre er vi av den oppfatning at fastlegenes totale ressurs situasjon må underlegges nøye drøftelser mellom legene og departementet, slik at det fremstår som realistisk for fastlegene å imøtekomme forventningene som er skissert i forskriften. Dette vil kreve en betydelig økning av antall fastleger og tilgjengelig datatekniske løsninger.

Sammenfatning av Kristiansand kommunes innspill til foreslått fastlegeforskrift:

- § 5 bør styrkes og gi legene en klar rett til å kreve en person som utgjør en sikkerhetsrisiko flyttet til annens liste.
- §§ 5,6,7,8,12,17-31 og 36 vil gi kommunen et økt ansvar for etablering av prosedyrer, samhandling, kvalitetsoppfølging og administrasjon av fastlegeordningen. Dette vil til sammen kreve flere administrative og medisinsk faglige ressurser i kommunen.
- § 13: Fastlegene bør beskyttes mot uforsvarlige lange arbeidsuker. Vi anbefaler derfor at 55 års aldersgrense for mulig fritak fra legevakt opprettholdes.
- § 17: Vi anbefaler at det sentralt utarbeides standardisert pasientinformasjon i tråd med nasjonale retningslinjer for behandling.
- § 18: Det må utarbeides et sentralt system for innhenting av bruker og pårørende erfaringer.
- § 19: Kommunens oppfølging av fastlegenes arbeid med oversikt over listeinnbyggere forutsetter nasjonalt utarbeidede kvalitetsnormer.
- § 22: Paragrafen må ikke endre fokus fra behandling av syke til behandling av risikanter.
- § 23: Alternativ 2 foretrekkes, men kommunen ønsker en mer differensiert løsning slik at legen kan prioritere tilgjengelighet etter hastegrad.
- § 26: Vi mener at samme krav til kvalitet bør gjelde ved utforming av legeerklæringer til kommunen som ved henvisninger til spesialisttjenesten.
- § 29: Det må stilles likelydende kravspesifikasjon til Elektronisk Pasientjournal for alle samhandlingsaktører.
- § 30: Det er behov for avklaring av finansiering ved bruk av tolketjenester.
- § 31: Kommunen anbefaler at de allmennmedisinske fagmiljøer inviteres med i arbeidet med norm for rapportering.
- § 37: Kristiansand kommune foreslår at paragrafens første ledd fjernes. Alternativt foreslår vi reduksjon av listelengden kommunen kan kreve til 1000.
- Kristiansand kommune forventer at endringene i forskriftene kompenseres fullt av staten.