

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

postmottak@hod.dep.no

Bergen, 16. mars 2012

Høringsuttalelse – Utkast til revidert forskrift om fastlegeordningen i kommunene

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) viser til departementets høringsbrev av 22.12.2011 og til særskilt invitasjon om å avgi høringsuttalelse mottatt per epost den 03.01.2012.

Nklm har i sin høringsuttalelse et spesielt fokus på de deler av forskriftsforslaget som direkte angår legevakttjenestene. Vi har også valgt å uttale oss om andre deler av forslaget som indirekte angår legevaktfeltet eller der Nklm har spesiell erfaring eller kompetanse. Høringsuttalelsen er derfor disponert under to hovedkapitler:

- A. Overordnede tema og tema i forskriftsforslaget som indirekte angår legevakttjenesten
- B. Tema i forskriftsforslaget som spesifikt angår legevakttjenesten

Oppsummering av høringsuttalelsen

- Nklm støtter forslaget om å forskriftsfeste mer av rammene for og kravene til fastlegenes virksomhet i forskrift, framfor å basere det på avtaler.
- Nklm mener at det viktigste allmenne kvalitetskravet som forskriften burde sette opp for fastlegeordningen, er et krav om å være spesialist i allmennmedisin for å være fastlege.
- Nklm er enig i at norsk allmennmedisin må utvikle systemer for måling av kvalitet og indikatorer på måloppnåelse. Men spesifikke funksjons- og kvalitetskrav må være forankret i solid forskningsbasert kunnskap om hvilke kvalitetskrav som er viktige, hvordan de fungerer når det gjelder måloppnåelse og hvilke eventuelle vridningseffekter de kan ha.
- Etter Nklms mening kan fastlegeordningens dynamikk og tilpassing til den enkelte fastlege og dennes pasientliste kun ivaretas ved at det er *fastlegen selv* som bestemmer listestørrelsen, inkludert retten til å redusere listen.

- Definisjonene i § 2 må differensiere mellom fastlegen som *person*, fastlegen som ansvarlig for *virksomheten*, og hva som tilligger fastlegekontoret og den samlede aktiviteten der.
- Legevaktarbeid må defineres som offentlig allmennmedisinsk legearbeid. Forslaget om plikt til slikt overtidsarbeid gir en spesielt høy risiko for manglende rekruttering og stabilitet i fastlegeordningen.
- Vi er enig i at en sterkere plikt til vakt deltakelse vil føre til at legevakt blir en fast og integrert del av fastlegearbeidet.
- Regler for å fritta fra legevaktdeltakelse må være rettigheter, dvs at fastlegene i forskriften må få rett til å få fritak når visse kriterier er oppfylt.
- Nklm støtter forslaget om at pasienten til vanlig skal få tilbud om konsultasjon innen 5. arbeidsdag etter bestilling.
- I forhold til god ressursutnyttelse og tilstrekkelig tid til forbedringsarbeid for fastlegene anbefaler Nklm å endre krav om hyppighet av brukerundersøkelser til minst hvert tredje år.
- Det må være en egen paragraf om forskning og undervisning. Undervisning og forskning bør være elementer som kan inngå i offentlig allmennmedisinsk legearbeid. Dagens regler må videreføres og helst styrkes når det gjelder (a) legens mulighet for listereduksjon når legen driver forskning, (b) fritak for andre kommunale oppgaver for leger som utøver statlig legearbeid mer enn 15 timer per uke, og (c) rett til fravær for gjennomføring av forskningsprosjekt på doktorgradsnivå.

A. Overordnede tema og tema i forskriftsforslaget som indirekte angår legevakttjenesten

Departementet (heretter forkortet HOD) slår innledningsvis fast at det er kommunene som har det helhetlige ansvaret for fastlegeordningen. For å ivareta dette må kommunene både ha et godt samarbeid og god dialog med fastlegene, samt ha tilstrekkelige styringsvirkemidler til rådighet. Det er viktig for samhandlingen at fastlegene er integrert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slik kan deres kompetanse utnyttes enda bedre.

Nklm er enig i dette utgangspunktet, og viser til at vi i lengre tid har hevdet tilsvarende synspunkter spesifikt for legevakt. Blant annet har vårt "Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt, ...er hjelpa nærmast!" fra 2009 i stor grad vært brukt som kilde og bakgrunnsdokument for arbeid med utvikling av legevakttjenesten både i HOD og i Helsedirektoratet. Legevakt er en sentral samhandlingsaktør, og en stor del av akuttinnleggelsene til sykehus skjer via legevakt. I forslaget til Nasjonal handlingsplan for legevakt (Handlingsplanen) oppsummerer Nklm hele legevaktfeltet og spissformulerer sin konklusjon med at «legevakt er en nødetat i bakleksa både faglig og organisatorisk.»

Vi er derfor tilfredse med at HOD så tydelig markerer at legevakt er fastlegearbeid og at fastlegene må være ryggraden i legevaktarbeidet, slik også Stortinget har formulert. I forbindelse med Stortingets behandling av Samhandlingsreformen uttalte nemlig en samlet Helse- og omsorgskomiteé (Innst. 212 S (2009–2010):

Komiteen ber regjeringen om å styrke faglige og organisatoriske krav til kommunal legevakt samt samhandlingen med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med arbeidet med Nasjonal helseplan, fortrinnsvis gjennom en utvidelse av akuttmedisinforskriften, eventuelt gjennom en egen forskrift for kommunal legevakt.

Komiteen mener det gir grunn til bekymring at bare halvparten av fastlegene deltar i legevakt. De må utgjøre ryggraden i legevaktstjenesten.

I Handlingsplanen har Nklm følgende formuleringer om hva legevakt i framtiden bør være:

Kommunal legevakt skal vere ein moderne, fagleg kompetent, effektiv og profesjonell naudetat som sikrar befolkninga eit trygt, berekraftig og oversiktleg medisinsk naudhjelpstilbod av høg kvalitet heile døgnet. Tenestene skal både vere organisert som og fungere som samhandlande med pasienten sin nytte i fokus. Neste ledd skal stå klar til å ta over, utan avbrot og opphald dersom det er naudsynt, enten det er ambulanseteneste, spesialiserte tenester i sjukehus, politi, brannvern eller kommunale tenester og omsorgstilbod, som til dømes fastlegen, jordmor, psykisk helsevern, kriseteam, barnevern, heimesjukepleie eller sjukeheim.

Legevakt er ein sentral del av ei moderne primærhelseteneste og står i nær samanheng med ei velfungerande fastlegeordning. Legevakt er allmennmedisinsk verksemd, men òg ein viktig og første del av den akuttmedisinske kjeden, der allmennlegane skal vere den primære legeressursen i prehospital akuttmedisin.

HOD uttaler i sitt høringsbrev at «Ved siden av fastlegeordningen er legevakt den viktigste delen av den kommunale allmennlegetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har iverksatt et arbeid med en gjennomgang av forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Forskriften regulerer blant annet den kommunale legevaktstjenesten. Det tas sikte på å fullføre arbeidet i løpet av 2012.»

Nklm er svært tilfreds med dette og ser fram til en revidert forskrift som i betydelig større detalj enn nå regulerer ikke bare *fastlegenes* og *vaktlegenes* ansvar, kompetanse og plikter, men som også har fokus på virksomhetseieren, *kommunen*, sine plikter for å sikre en legevaktstjeneste med høy kvalitet. Derfor er det først når Nklm ser det samlede forslag av fastlegeforskrift og akuttmedisinforskrift, at vi kan uttale oss om alle sider ved en styrket legevaktstjeneste er blitt ivarettatt, og ikke bare den individuelle legedelen.

Forskriftsforslaget Kapittel 4 om funksjons- og kvalitetskrav

Forskriftsforslaget Kapittel 4 omhandler funksjons- og kvalitetskrav. Nklm er enig i at tiden er kommet for at også norsk allmennmedisin må utvikle systemer for måling av kvalitet og indikatorer på måloppnåelse. Vi er heller ikke i mot at spesifikke krav både kan og må forskriftsfestes. Når vi ser på alle de spesifikke kravene som er foreslått tatt inn i teksten, er det imidlertid en del motforestillinger på et overordnet nivå som vi mener ikke i tilstrekkelig grad er ivarettatt.

A. I et notat (2010) om "Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester" skriver Kunnskapssenteret at «en forutsetning for å etablere et godt nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, er å få på plass et velfungerende IT-system. ... Implementeringen av de ulike elementene bør

skje ved en partnerskapsmodell mellom sentrale aktører og myndighetene basert på en konsensusmodell i et tillitsfullt samarbeid. ... Det er behov for støtte og veiledning for å få gjennomført lokalt kvalitetsforbedringsarbeid på en systematisk måte som en integrert del av ordinær allmennlegevirksomhet.»

Nklm støtter disse synspunktene, og etterlyser hvordan forskriftsarbeidet på dette området er forankret i praksismiljøene.

- B. Spesifikke funksjons- og kvalitetskrav må være forankret i solid forskningsbasert kunnskap om hvilke kvalitetskrav som er viktige, hvordan de fungerer når det gjelder måloppnåelse og hvilke eventuelle vridningseffekter de kan ha. På dette feltet er høringsnotatet svakt, og Nklm mener det er nødvendig med en omfattende kvalitetssikring av dokumentasjonen for hvert enkelt kvalitets- og funksjonskrav som skal forskriftsfestes, enten det nå skal anvendes i fastlegevirksomhet eller legevakt.
- C. Det blir på denne bakgrunn et problem at forskriftsfesting sementerer noen få og utvalgte tema, slik at dynamikken i kvalitetsarbeidet kan gå tapt. Det er en betydelig praksisfaglig, kunnskapsmessig og akademisk utfordring å basere seg på at innholdet i et kvalitetssystem skal være oppdatert i form av forskrift til et hvert tidspunkt. Forskriftsfestede kvalitetskrav bør beholdes spesifikke krav det er stor enighet om, som er robuste for forandringer over tid og som er lette å måle og rapportere.
- D. Et alternativ som ikke er diskutert i høringsnotatet, er i forskriften å tilplikte fastlegene å inngå kvalitetsavtaler med kommunene, gjerne bygget på nasjonale maler eller avtaler. Dette vil kunne være like forpliktende for legene, like enkelt å kontrollere for kommunene, og ha en helt annen fleksibilitet for forandringer og faglig utvikling. Også for legevakttjenesten tror vi at et system som bygges rundt få, men viktige forskriftsbaserte krav, nasjonale retningslinjer og forpliktende kvalitetsavtaler, vil sikre et levende og fagutviklende kvalitetsarbeid.

§ 2 Definisjon

Nklm etterlyser en bredere definisjon om hva en fastlege skal være, og ha ansvar for. Dette vil vi også diskutere i våre kommentarer til § 24. I definisjonsparagrafen må det omtales

- Hva som er fastlegen som person (som nå)
- Hva som er en fastlegevirksomhet (som fastlegen har ansvar for å organisere)
- Hva som er et fastlegekontor (og hva dette har ansvar for å tilby pasientene, med fastlegen(e) som ansvarlig(e))

Uten en slik differensiering, blir en bokstavelig tolkning av mange av fastlegens plikter i dette forskriftsforslaget en umulighet. Det blir i tillegg en pedagogisk oppgave å forklare pasientene ulike tolkninger av begrepet fastlege, jamfør forslaget om pasientrettigheter i fastlegeordningen § 2 om rett til time. Det er selvsagt ikke mulig å love pasienter time hos fastlegen *personlig* innen 5

arbeidsdager året rundt. Men at fastlegen skal organisere sin virksomhet slik at legevurdering kan skje på *fastlegekontoret* innen en slik tid, er ikke urimelig.

§ 17 Krav til kvalitet

Nklm savner en mer utdypende diskusjon i høringsnotatet om kvalitetsbegrepet i allmennmedisin. Spesielt savnes en diskusjon om allmenne, overordnede kvalitetskrav i form av innholdet i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Dette skulle være spesielt relevant i lys av at Staten har overtatt ansvaret for spesialistutdanningen.

Nklm mener at det viktigste allmenne kvalitetskravet som forskriften burde sette opp for fastlegeordningen, er et krav om å være spesialist i allmennmedisin for å være fastlege. Vi har merket oss at noen vil sette kravet til å delta i *spesialistutdanning*, men vi synes dette er for svakt. I analogi med sykehus, bør det være slik at oppnådd spesialitet er inngangsbilletten til å inneha egen fastlegepraksis, slik det er i sykehus for å inneha overlegestilling.

Krav til spesialistutdanning og til vedlikehold av spesialitet for å arbeide selvstendig som allmennlege vil sikre en formell kompetanse, og bidra til at legene forpliktes til kontinuerlig faglig videreutvikling. Kompetansebasert etterutdanning, basert på individuelle læreplaner, kan vurderes for å sikre reell faglig utvikling.

Det kan vurderes å legge inn spesifikke krav om deltakelse i kvalitetsforbedringsarbeid, samt ferdigheter i forhold til kunnskapsbasert praksis, både for å oppnå spesialiteten i allmennmedisin, men særlig for den femårige resertifiseringen av spesialiteten.

HOD har selv sikret seg styringsretten over spesialistutdanningens innhold. Da må dette ansvaret benyttes til å anerkjenne og utvikle spesialiteten og å markere at det er dette som er minimumskravet for å være fastlege, med det ansvar og de plikter det innebærer. HOD bør her vise i klartekst at tiltatt ansvar bør følges av tiltak og framskritt. Også i forhold til kvalitet og kompetanse i legevaktjenesten mener Nklm at kanskje det viktigste, overordnede tiltak HOD kan gjøre, er å kreve spesialiteten i allmennmedisin for alle som skal ha fastlegeavtale.

Det er et stykke igjen til dette kravet kan oppnås. Men forslaget til forskrift har en egen paragraf om overgangsordninger (§ 41), og denne kan utmerket brukes for denne målsettingen. Overgangstiden kunne for eksempel settes til 8 år (2020).

§ 23 Allmenn tilgjengelighet

Paragrafen foreslår krav til svartider på telefon og til maksimal ventetid på time.

I Høringsnotatet foreslås det at 80 prosent av alle henvendelser skal besvares innen 2 minutter. Bestemmelser om svartid på telefonen bør vurderes ut fra både service og hva som er medisinsk forsvarlig i denne sammenheng. Det bør

stilles strengere krav til telefontilgjengelighet ved legevakt enn ved fastlegekontor. Det er vel kjent at flesteparten av henvendelsene til fastlegekontorene er av ikke-akutt art. Ved legevakter er 75 % av henvendelser vurdert som «vanlige og ikke-haster», og ved legekontorene er det vel grunn til å tro at andelen ikke er mindre. En stor andel av inngående samtaler gjelder spørsmål om time, svar på prøver etc.

Mange fastlegekontor har bare én person som svarer i telefonen. Ved behov for rådgivning vil en slik samtale alene hindre mange i å få svar innen stramme frister. Vi kan ikke se at dette er et medisinsk problem, men det er en utfordring for *servicenivået*. Hvis det skal settes strenge krav til svartider, samtidig som ønsket rådgivningsaktivitet skal opprettholdes, eller kanskje økes, betyr det at det kreves ekstra bemanning for de fleste fastlegekontorer. Da må slike utgifter anerkjennes som et resultat av den nye forskriften og kostnadene finansieres.

Det er gjort målinger av svartid hos norske fastleger. I 2004 var gjennomsnittlig ventetid 25 sekunder, 15 sekunder for de som hadde talemaskin, 33 sekunder for de som ikke hadde dette. Bare 66 % av innringerne fikk personlige svar, og mange legekontor hadde betydelig lengre ventetid enn gjennomsnittet. (Tidsskr Nor Legeforen 2005;125:182-5). En annen studie fra Nklm viste at når sykepleier ga medisinske råd til innringer (på legevakt) var gjennomsnittlig telefontid ca 4 minutter (Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2011;19:48).

Hvis det skal forskriftsfestes spesifikke krav til svartider, foreslår Nklm derfor at 80 % av henvendelsene besvares innen 5 minutter. Svartider bør overvåkes og gjøres kjent for publikum.

Når det gjelder ventetid på time, tilsier medisinsk-faglige vurderinger at mange henvendelser ikke trenger legevurdering med stor grad av hast, og slik sett kan vente dager og uker. Men allmenne servicekrav tilsier god tilgjengelighet, og det er godt dokumentert at tilgjengelighet er et hovedpunkt når det gjelder brukertilfredshet, med ventetider som er langt kortere enn det som er medisinsk nødvendig.

Faglig sett ser vi at muligheten til å gjøre faglige prioriteringer av ventetid kan settes under press hvis alle skal ha samme rett til time, uansett problemstilling eller medisinske behov. For noen er akutt hjelp på dagen det rette, andre kan av hensyn til logistikk- og timebokplanlegging med fordel vente et par uker. Det blir da til slutt en avveining mellom servicekravet, faglige krav og hensynet til god organisering og logistikk.

Nklm sin vurdering er at forslaget alternativ 2 ivaretar en slik avveining, spesielt når § 23 og § 24 blir sett i sammenheng, og regelen ikke foreslås som absolutt («til vanlig»). Vi støtter derfor forslaget om at «Pasienten skal til vanlig få tilbud om konsultasjon innen 5. arbeidsdag etter bestilling.»

§ 37 Listelengde og § 39 Reduksjon av liste

Nklm merker seg at høringsnotatet ikke problematiserer, analyserer eller vurderer de åpenbare konsekvenser mange av forskriftsforslagene har for en

standard listestørrelse. Fastleger arbeider per i dag mer enn vanlig arbeidstid, mange nye og tidkrevende oppgaver skal innføres, og den allmenne medisinske utvikling tilsier mer arbeid per pasient per år.

Vi vil argumentere sterkt for at legevakt må bli en del av de kommunale oppgavene (se nedenfor).

Det er helt urealistisk, ikke ønskelig og kvalitetsmessig tvilsomt å opprettholde et tall på 1500 som fulltidsliste i 2012, sammenlignet med 2001. Det er behov for en grundig utredning basert på endringer siden 2001 og nye oppgaver i kraft av forskriftsforslaget, samt den medisinske utvikling. En slik utredning bør gjennomføres snarest og før forskriften settes i verk.

Et prinsipielt punkt er hvem som fastsetter listestørrelsen. Etter Nklms mening kan fastlegeordningens dynamikk og tilpassing til den enkelte fastlege og dennes pasientliste kun ivaretas ved at det er *fastlegen selv* som bestemmer listestørrelsen, inkludert retten til å redusere listen. Dette er etter vårt syn et kjernesporsmål ved måten fastlegeordningen er organisert på. Den eneste reguleringsmekanismen som kan tilpasse den enkelte legen til de faglige krav som ligger i pasientlisten og de andre arbeidsoppgaver legen skal utføre for kommunen eller staten innenfor en normalarbeidstid, er at legen selv kan bestemme sin listelengde, og deretter heve og senke listetaket etter behov.

Som diskutert nedenfor under § 12 mener Nklm at dette er et fundamentalt spørsmål å ta stilling til. Manglende mulighet til å regulere egen liste betyr høy risiko for manglende rekruttering og stabilitet i fastlegeordningen. Vi er avhengig av mange nye, unge fastleger, ikke minst av hensyn til legevakttjenesten, og da vil en «trussel» om at kommunen ensidig kan fastsette listetaket være en risiko mange leger ikke vil ta.

Forskningens kår og muligheter – også på og om legevakt

Nklm er skuffet over hvordan HODs satsing på allmennmedisinsk forskning er blitt borte i høringsnotatet og forskriftsforslaget. Det er faktisk slik at noen av de eksisterende positive elementer om forskningens kår som var i avtaleverket, nå er tatt bort. Dette er uforståelig og uakseptabelt. Felles bestemmelser om tid til forskning, permisjon for forskning etc er nettopp egnet til å være i en forskrift for å sikre at det blir like vilkår for alle. Allmennmedisinsk forskning (for Nklm gjelder dette spesielt legevaktmedisinsk forskning) har mye støtte i utredninger, planer og prioriteringer forøvrig fra HOD og Hdir. Men det er når de konkrete vilkårene skal utformes, at gjennomføringsevnen settes på prøve. I tillegg har kommunene fått medvirkningsplikt til forskning etter den nye helse- og omsorgsloven. Da blir det ulogisk at forskriften ikke viser noe om hvordan det skal legges til rette for slik aktivitet i fastlegeordningen.

Nært opp til forskningsaktiviteter ligger framtidens økte behov for undervisning og veiledning av studenter på alle nivå; legestudenter, turnusleger og utdanningskandidater. Det bør derfor være en egen paragraf om forskning og undervisning i forskriften, og denne paragrafen må ses i sammenheng med

forslaget § 12. Undervisning og forskning bør også være elementer som kan inngå i offentlige legeoppgaver.

Dessuten må en slik paragraf inneholde følgende elementer fra ASA 4310 Rammeavtale mellom KS og Dnlf:

- Pkt 10.7 Listestørrelse må videreføres; legens mulighet for listereduksjon når legen driver forskning: Hvis særlige grunner foreligger, og dette ikke i vesentlig grad svekker kommunens mulighet til å tilby fastlegeordning, skal legen gis adgang til å sette listetaket lavere enn det kommunen kan stille vilkår om. Som særlige grunner regnes bl.a. at legen driver allmennmedisinsk forskning.
- Pkt 12.1 Plikt til allmennmedisinsk offentlig legearbeid må videreføres og utvides slik at veiledning av studenter, turnuslege/EØS-lege og andre går til fradrag i kommunal tid.
- Følgende leger kan ikke pålegges allmennmedisinske offentlige oppgaver etter dette punkt (12): leger som utøver statlig legearbeid mer enn 15 timer per uke. Dette må gjøres for å sikre gode ordninger med faste deltidsstillinger ved universiteter og høyskoler, forskningsinstitusjoner samt nødvendig fri for midlertidige stipendiat- og prosjektstillinger.
- 13.2: Legen har rett til fravær for gjennomføring av forskningsprosjekt på doktorgradsnivå, forutsatt at legen skaffer vikar. For slikt fravær gjøres ikke fradrag i basistilskuddet.

Å foreslå en fastlegeforskrift som *reduserer* mulighetene for å gjennomføre statens egen satsing på allmennmedisinsk forskning (herunder legevakt), virker ikke gjennomtenkt. Tvert i mot må forskriften brukes til å legge grunnen for *økt* satsing på slik aktivitet, som både fagmiljøene, direktorat og departement har arbeidet for i andre sammenhenger, og som har politisk støtte.

B. Tema i forskriftsforslaget som spesifikt angår legevakttjenesten

§ 7 Kommunens ansvar for kvalitet

Nklm støtter en allmenn paragraf om kommunens overordnede ansvar for forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, og vi støtter at legevakttjenesten skal spesifikt nevnes i paragrafen.

§ 10 Om plikt til øyeblikkelig hjelp på dagtid og § 24 om tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid og time etter anmodning fra legevakt

Først vil Nklm be HOD se om begrepsbruken bør nyanseres og utvides i disse paragrafene. Øyeblikkelig hjelp er et ikke-definert begrep, men det tolkes i spesialisthelsetjenesten oftest som å omfatte hendelser med stor grad av alvorlighet og hast. I allmennpraksis har begrepet vanligvis en videre tolkning enn de få akuttmedisinske hendelsene. Ofte tolkes det som hendelser som trenger legetilsyn/time samme dag. Vi tror at det kan være grunnlag for enten å omskrive saksforholdet eller å bruke flere begreper som til sammen omfatter det

som de fleste vil være enige om at det handler om. Begreper som eksempelvis «akutthjelp», «time samme dag til de som trenger det» og «tilstander som ikke bør vente» bør brukes i en revidert tekst.

Meningsinnholdet i paragrafene støttes av Nklm. Vi har i Handlingsplanen antatt at det er mange legevaktkonsultasjoner som bør flyttes til dagtid og til fastlegekontoret:

Mange pasientar på legevakt har primært ønska å snakke med fastlegen. Undersøkingar viser at mange ikkje har forsøkt å nå fastlegekontoret utfrå tidlegare erfaring om lang ventetid, at dei ikkje visste at dei kunne kontakte fastlegen med det aktuelle problemet, men også at ein del synes det er like greit å ringe eller møte på legevakta. Utfrå data frå Vaktårnprosjektet er det ein ikkje umogeleg ambisjon å endre opptil 40% av legekonsultasjonane av grøn hastegrad ved legevakt, til å bli handtert som telefonkonsultasjonar eller bli handtert av fastlegekontoret neste dag eller seinare. Dette er volummessig ei heilt handterleg oppgåve for fastlegane, og vil bety om lag éin ekstra pasient per praksisdag per fastlege.

Nklm meiner at det er for lite kapasitet i fastlegeordninga i dag, og støttar at den må styrkast i vesentleg grad. Men legevaktsentralen må allereie no ha forventningar om større tilgjenge hos mange fastlegar på dagtid, at fastlegane tek ansvar for akutthjelp for eigne pasientar i heile kontortida, og at dei har ordningar som gjer at dei kan ta imot pasientar som legevaktsentralen tilviser. I handlingsplanen kjem vi med konkrete forslag til krav og modellar for løysingar.

§ 24 omtaler så time etter anmodning fra legevakt:

«Ved anmodning fra legevakt, som skal ha vurdert at det medisinske behovet tilsier det, skal fastlegen være i stand til å gi tilbud om helsehjelp samme virkedag som melding mottas. Dette gjelder så fremt slik melding er mottatt før det klokkeslett som avtales mellom kommune og fastlegene.»

Dette forslaget er i tråd med Nklm sitt forslag i Handlingsplanen:

Legevakta skal kunne tildele time for pasientar hos fastlegen neste yrkedag ved naudsynt trong for oppfølging eller ved problemstillingar som kan vente til da.

Vi ser imidlertid at slik teksten er formulert, vil den sammen med definisjonen i § 2 i forslaget kunne misforstås slik at det er fastlegen *personlig* som skal stå for denne hjelpen. Det har ikke vært Nklms mening. For å belyse hva vi mener at legevakten skal kunne tilby pasientene, vil vi komme med noen typeeksempler:

- a) Legevakten bør kunne tilby at en pasient følges opp med rådgivning av fastlegens medarbeidere, eksempel kan være vaksinasjon, reiseråd, og kliniske problemstillinger som ikke trenger time eller personlig oppmøte
- b) Legevakten bør kunne tilby at en pasient følges opp med laboratorieprøve (ikke av fastlegen personlig, men av legens medarbeidere på laboratoriet)
- c) Legevakten bør kunne tilby at en pasient følges opp med sårskift (ikke av fastlegen personlig, men av legens medarbeidere på skiftestuen)
- d) Legevakten bør kunne tilby at en pasient følges opp med klinisk undersøkelse (av lege, men ikke nødvendigvis av fastlegen personlig). Det kan selvsagt være fastlegen (mest ønskelig), men det kan også være en turnuslege, den legen som har rullerende akutthjelp på fastlegekontoret den dagen eller den legen som er stedfortreder for fastlegen dersom vedkommende har annet kommunalt arbeid, er på kurs, ferie osv.

Alt dette blir i dagligtale omtalt som «hos fastlegen», men når det skal forskriftsfestes må begrepsbruken være definert og klar, slik at det verken blir urimelige krav til fastlegene personlig eller utløses urealistiske og uoppnåelige forventninger hos pasientene.

Vi foreslår derfor følgende omformulering av teksten:

«Ved anmodning fra legevakt, som skal ha vurdert at det medisinske behovet tilsier det, skal **fastlegekontoret** være i stand til å gi tilbud om helsehjelp samme virkedag som melding mottas. Dette gjelder så fremt slik melding er mottatt før det klokkeslett som avtales mellom kommune og fastlegene.»

§ 12 Annet allmennlegearbeid i kommunen: legevakt

I denne paragrafen foreslås at legevaktarbeid *ikke* inngår i de timene som fastlegen kan pålegges, heller ikke at fastlegen har rett til å få slike timer (aktive eller passive) innberegnet.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) om Samhandlingsreformen står det i kap 8.3 at Regjeringen vil legge til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak kommer i kommunene. Gjennom dette vil det gis rom for en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver. Det vil vurderes om også legevakt skal inngå i det allmennmedisinske offentlige legearbeid. Nklm oppfatter det nå slik at HOD argumenterer for at legevakt fortsatt skal være overtidsarbeid, men nå som forskriftsfestet pålagt overtid (høringsnotatet side 64).

Nklm mener dette er en fundamental feilvurdering, og at det er uforståelig at legevakttjenestens sentrale rolle for samhandlingsreformen ikke skal medføre at dette arbeidet opplagt er offentlig allmennmedisinsk legearbeid. Unntaket er svært uheldig og vil bety en høy risiko for manglende rekruttering og stabilitet i fastlegeordningen. Sett i sammenheng med manglende forslag om at fastlegen bestemmer listelengden (se våre kommentarer til § 37 og § 39), er vi redd for at dette er et alvorlig anslag mot fastlegeordningen slik HOD ønsker å utvikle den, spesielt i distriktene.

Nklm skrev i Handlingsplanen:

Legane skal inngå i ein fast vakt- og tenesteplan etter prinsippa i arbeidsmiljølova, der vaktene, øvingar, opplæring, utsjekk av utstyr, oppdatering i prosedyrar og møter i legevakt, kurativ verksemd og andre kommunale eller faglege oppgåver inngår, på ein slik måte at totalarbeidstida vert identifisert, inkludert eventuelt fri før og etter vakt, og slik at dei som ønskjer det, gjennomsnittleg kan ha normalarbeidstid. Legane skal ha fast lønn for alt arbeid på tenesteplanen, og det må sikrast kompensasjonsordningar for fråvær av legen frå fastlegepraksis på grunn av legevakt. Vaktomfanget og arbeidsbelastninga, spesielt om natta, skal vere slik at legane kan halde ut over lang tid, og såleis bidra til rekruttering og stabilisering av legetenestene i kommunane.

Som et alternativ til en formulering om at legevaktarbeid *alltid* inngår i annet allmennlegearbeid, kan vi også akseptere en formulering som gir fastlegen en rett, men ikke plikt, til å ta legevaktarbeidet inn i det offentlige legearbeidet.

Forslag:

- Alternativ 1: Allmennlegearbeid ved sykehjem, fengsler og andre kommunale institusjoner, **samt legevakt.**
- Alternativ 2: ***For legevakttjeneste har fastlegen en rett til å få definert oppgaven som offentlig allmennlegearbeid.***

Hvorfor er dette så viktig? Fastlegene har en dokumentert arbeidstid på langt over normalarbeidstiden *før* legevakt. Det er helt nødvendig for å rekruttere nye fastleger av begge kjønn, at de kan få kontroll over sin samlede arbeidstid. I små kommuner og i de minste legevaktdistriktene utgjør legevaktarbeid en vesentlig del av totalarbeidstiden. Slik vil det også være i framtiden mange steder. Da er det to hovedfaktorer som må håndteres:

1. Det kurative arbeidet (i praksis listelengden)
2. De andre kommunale/offentlige oppgavene

Når det foreslås innskjerpet plikt til legevakt (§ 13), at fastlegene faktisk skal ta legevaktene sine selv, og at vaktfritaksreglene strammes noe inn, henviser høringsnotatet til forholdene på sykehus. Nklm er enig i at analogien er relevant:

- Legevakt er en del av de samlede oppgavene en fastlege har, som vakttjeneste for en sykehuslege
- Fastlegen inngår i en vaktordning, etter en fast oppsatt tjenesteplan. En må ta vaktene sine, og en kan ikke selv gi bort eller la være å ta vakter, på samme måte som på sykehus
- Vakter er en viktig del av utdanning og vedlikehold av kompetanse, som på sykehus

Det blir da svært uheldig ikke å fullføre analogien fullt ut; at det er selvfølgelig for sykehusleger at vakttjenesten inngår i arbeidstiden.

Legevakttjenesten står foran en omorganisering med en betydelig samordning med nye kommunale oppgaver etter samhandlingsreformen. Legevaktlegen blir en viktig ressurs i forhold til legeoppgaver utenom dagtid for

- å hindre unødvendige innleggelser i sykehus
- å ha ansvaret for pasienter i observasjonssenger
- medisinsk tilsyn for akutsenger i sykehjem
- mer avanserte oppgaver i kommunene hos nylig utskrevne pasienter
- mer avanserte oppgaver hos kronisk syke pasienter, kreftpasienter, palliative team og rehabiliteringstjenester
- mer avanserte medisinske støttefunksjoner for pleie- og omsorgstjenesten for pasienter i hjemmebasert omsorg

Kompetanseheving i form av kurs, hospitering i spesialisthelsetjenesten, kommunale planleggingsmøter o.l i forbindelse med nye oppgaver, er også viktig bruk av tid for å få god faglig kvalitet.

Å la være å innbefatte dette i begrepet «andre allmennmedisinske oppgaver» er ulogisk, urimelig og ikke i samsvar med oppgavenes natur og kommunale ansvar. Det er ikke listeansvaret som her utøves, men ordinært arbeid som inngår i kommunens lovpålagte oppgaver.

§ 13 Fastlegens plikt til legevakt, vikarordninger og fritaksgrunner

Nklm mener at fastlegenes plikt til deltakelse i legevakt er viktig nok til at det bør stå i en egen paragraf, sammen med fritaksgrunnene. Paragraf 13 omtaler hovedsakelig plikt til legevakt, inkludert fritaksregler, og vi ser det derfor som unaturlig at punkt c "Vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen etter nærmere avtale med kommunen" plasseres i samme paragraf. Hvis innholdet i punkt c om vikarordning beholdes i forskriften etter høringsrunden, foreslår Nklm at dette punktet flyttes til en egen paragraf.

Legevakt er en kommunal allmennlegetjeneste og bør utføres av allmennleger, altså fastleger. Nklm er tilfreds med at HOD ser behovet for økt fastlegedeltakelse i legevakt. Vi mener bestemt at dette, sammen med økte kompetansekrav for fastlegene i akuttmedisin og teamtrening, vil kunne bedre kvaliteten på legevakttjenestene. Det vil også være naturlig å knytte fastlegens kompetanse til spesialiteten i allmennmedisin, - at alle fastleger bør være spesialister i allmennmedisin. Dette vil ytterligere sikre kompetansen og tydeliggjøre den faglige basisen for både fastlegevirksomheten og legevakttjenesten. Vi har omtalt dette i forslaget til handlingsplan for legevakt, punkt 7.2.5.5.

I høringsforslaget argumenteres det for at fastlegers plikt til å delta i legevakt sammen med en innstramning i fritaksregelverket vil sikre at fastleger kan delta i og være ryggraden i norsk legevakt. To viktige faktorer er da uteglemt.

1. **Behov for flere fastleger.** Dersom fastlegene ikke skal jobbe mer enn i dag, og dersom forsvarlige vaktplaner skal favne både fastlegepraksis på dagtid og legevakt, må vi ha mange flere fastleger. Fastlegenes plikt til å yte øyeblikkelig hjelp på dagtid må knyttes mot fastlegepraksisen. Fastlegene kan ikke være tilstede kvelds- og nattevakt, og samtidig være tilgjengelig for øyeblikkelig hjelp for listeinnbyggerne sine på dagtid. Det økte behovet for fastleger vil særlig gjøre seg gjeldende i små legevaktdistrikt med hyppig vakt.
2. **Færre og større legevaktdistrikt.** Det er nødvendig med en omlegging av legevaktstrukturen i Norge. Vi trenger færre og større legevaktdistrikt. En bedre vurdering av henvendelsene til legevakten i en styrket legevaktsentral vil kunne gi bedre tjenester til dem som trenger det. En bedre tilgjengelighet til fastlegene på dagtid vil kunne bidra til en slik utvikling. Det er vanskelig å danne større legevaktdistrikter på en forsvarlig måte uten en styrking av faglige og organisatoriske krav til legevakten gjennom forskriftsendringer.

§ 13 bokstavpunkt a: Vaktplikt

Det bør være et klart mål at fastlegene deltar i legevakt. I Handlingsplanen har Nklm foreslått full vaktplikt for fastleger, både spesialister i allmennmedisin og allmennleger i spesialisering. Det foreslås også vaktplikt for fastlegevikarer og turnusleger i tillegg til fast ansatte leger i legevaktordningen (7.2.5.-1). Dette er i tråd med høringsforslaget. Vi er enig i at en sterkere plikt til vakt deltakelse vil føre til at legevakt blir en fast og integrert del av fastlegearbeidet, og således redusere frafallet av fastleger i legevakt. Mange fastleger ser i dag på legevakt

som en ekstrajobb, som de ikke ønsker fordi arbeidsbelastningen i fastlegepraksisen er stor nok som den er.

Det er ikke bare selve vaktene som utgjør legevaktteneste. Det må forskriftsfestes at legene har plikt til å delta i alt nødvendig arbeid, trening, undervisning, etc, slik det er omtalt i Handlingsplanen:

I vaktbelastninga og vaktplanen for legar inngår alle typer vakter og anna arbeid. Tid til møter, intern opplæring, trening, samhandling med ambulanse, trening i akuttmedisinske team og anna vedlikehald av naudsynt kompetanse skal inngå i planen og ha eit omfang på minst 25 timar i året, i tillegg til vaktene. Minst 7 timar i året skal vere praktisk trening i akuttmedisin.

Bokstavpunkt a) må derfor utvides med følgende bestemmelse:

Pliktene omfatter deltakelse i vaktplanen samt nødvendig tid til opplæring, trening, administrasjon og vedlikehold av kompetanse.

Vi har så en kommentar til et uheldig ordvalg. Det sies at "fastlegen har plikt til deltakelse i kommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid, herunder interkommunal legevaktsentral." *Legevaktsentral* er definert i gjeldende KITH-Definisjonskatalog for AMK og legevaktsentraler som en

*"Fagsentral betjent av helsepersonell (fortrinnsvis sykepleier), normalt for mottak, prioritering og formidling av **henvendelse** til **legevakt** eller oppdrag til hjemmesykepleier og jordmor, **rådgivning** til **innringer** og varsling av leger og ambulanser ved behov for **medisinsk nødhjelp**."*

Legevaktsentralen er altså stedet der telefonhenvendelser til kommunens legevaktnummer skal håndteres, i motsetning til *legevakten* som er definert som "Det fysiske stedet der befolkningen kan møte frem for å få hjelp av allmennlegetjenestens vaktlege." Ordet interkommunal legevaktsentral bør derfor byttes ut med *interkommunal legevakt*.

§ 13 bokstavpunkt b: Øyeblikkelig hjelp på dagtid

Nklm er enig i at det bør være en tydelig ansvarsfordeling for "øyeblikkelig hjelp" henvendelser fra listeinnbyggerne ved ordinært fravær hos fastlegen. Mange steder er dette i dag ordnet ved kollegiale avtaler, for eksempel at andre fastleger ved samme fastlegekontor er vikarer for hverandre. Andre steder er daglegevakt en viktig brikke i dette. På steder hvor vikarordningen for øyeblikkelig hjelp på dagtid ikke fungerer, blir det et økt press på legevakten av allmennlegetjenester som burde vært håndtert hos fastlegen eller fastlegens vikar. Dette kommer i tillegg til legevaktens kjerneoppgaver som er å yte helsehjelp som ikke kan vente til fastlegekontoret er åpent. Dette kan utgjøre en betydelig merbelastning for legevaktene og gi utilstrekkelig tid til å ta seg av de alvorlig syke. Nklm tror det er riktig å tydeliggjøre fastlegens ansvar for sine listeinnbyggere ved å styrke fastlegens plikt til å inngå avtaler for slikt fravær. Ved behov bør kommunen bistå i en slik avtaleprosess, men fastlegene bør oppfordres til selv å lage slike innbyrdes avtaler. En slik vikaravtale bør romme øyeblikkelig hjelp tilstander som ikke kan vente til neste arbeidsdag, tilgjengelighet på helseradionettet og ivaretagelse av utrykningsplikten.

Det er avgjørende at HOD i sitt kommende forslag til revisjon av akuttmedisinforskriften tydeliggjør kommunens ansvar for å organisere og finansiere denne beredskapen.

Det må i forskrift komme klare krav til at det er kommunen som har ansvar for å utstyre fastlegene/fastlegekontoret med nødvendig kommunikasjonsutstyr (herunder helseradio/nødnettradio til alle), uniform/klær, akutt koffert og annet relevant utstyr og materiale for å kunne gjennomføre plikten på en faglig forsvarlig måte. Utstyrsnivået vil kunne variere mye fra kommune til kommune, men kommunens plikter til å stå for dette, må komme i den nye akutforskriften.

I avtale mellom partene må det komme betalingsordninger for slik beredskap, inkludert hvordan Normaltariffen skal brukes ved utrykninger i kontortiden.

§ 13 bokstavpunkt c: Vikarordninger

Vi viser til kommentar ovenfor om flytting av dette punktet til egen eller annen paragraf. Nklm har vansker med å se hvordan innføring av plikt til "vikarordning for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen" (§13c) skal kunne gjennomføres uten at dette vil gå utover fastlegenes øvrige forpliktelser i den nye forskriften. Den totale arbeidsmengden og prioritering mellom oppgavene for fastlegene må synliggjøres bedre i forskriften.

§ 13 andre ledd – om at legevakt kommer i tillegg til annet legearbeid i kommunen

Vi viser til våre kommentarer ovenfor. Nklm vil igjen understreke at det vil være en betydelig risiko knyttet til rekruttering hvis forslaget opprettholdes.

§ 13 - Vaktfritak

I Handlingsplanen har Nklm foreslått at det tilstrebes vakt deltakelse for fastleger i hele deres yrkesaktive liv, men med følgende muligheter for fritaksordning:

- Det bør være mulighet for redusert vaktbelastning etter fylte 55 år.
- Ingen fastleger kan pålegges legevakt etter fylte 60 år.
- Ingen fastleger kan pålegges aktiv tilstedevakt på natt etter fylte 50 år.

Dagens avtaleverk gir leger over 60 år rett til vaktfritak hvis de ønsker det. I forslaget til fastlegeforskrift er fastlegens rett til fritak svekket gjennom formuleringen "*Kommunen kan frita fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse ...*" i § 13 punkt a) - c).

Nklm mener at dette leddet må være et rettighetsledd, dvs at fastlegene i forskrift må få en rettighet til å få fritak når visse kriterier er oppfylt. Det gir ingen mening at kommunen skal nekte en fastlege vaktfritak de siste 3 måneder av svangerskapet eller når legen ammer. Da er logikken at dette skrives om til en rettighet.

HOD anfører at dette er en harmonisering med leger i sykehus. Også her ønsker vi å utvide analogien. Mange legevakter har svært høyt arbeidspress, høyt arbeidstempo og uforutsette arbeidsoppgaver, og det er sjelden at sykehusoverleger arbeider i frontlinjen på samme måte. I sykehusene er legetjenestene organisert i vaktplaner med avspasering etter tilstedevakter, fri før og etter aktiv vakt osv. Dette er ikke tilfelle i dagens legevaktordninger med svært begrensede muligheter til avspasering før eller etter vakt. Det legges ikke opp til slike avspaseringsordninger i høringsforslaget.

Nklm synes derfor det ikke er rimelig å pålegge fastleger over 60 år forvakt eller fastleger over 50 år aktiv tilstedevakt på natt. Regelverket og praksis må utformes slik at det legges til rette for slik tjeneste, og at det kan søkes om fritak for den som ønsker, men ikke at slik tjeneste blir en plikt.

§ 25 Hjemmebesøk

Nklm støtter forslaget om en spesifikk bestemmelse om sykebesøk. Vi mener at flere sykebesøk til egne pasienter vil avlaste legevakten, og gi pasienter med kronisk sykdom bedre kvalitet på legetjenesten ved at de blir vurdert av en lege som kjenner dem. Dette vil også bidra til redusert antall innleggelser i sykehus, i tråd med samhandlingsreformen.

§ 18 Brukerundersøkelser

Departementet foreslår følgende:

«Fastlegene skal ha et system for å innhente bruker- og pårøndererfaringer regelmessig og bruke resultatene i sitt arbeid med å forbedre virksomheten.»

Nklm er opptatt av dette temaet fordi vi initierte et prosjekt i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om å utvikle metode og redskap for å gjennomføre brukerundersøkelser på legevakter både lokalt og nasjonalt (PasOpp-rapport Nr 7-2008 fra Kunnskapssenteret). Vi har senere gjort et stort arbeid sammen med dem, og vi har nettopp offentliggjort resultatene fra den første nasjonale brukerundersøkelsen fra legevakt i Norge (PasOpp-rapport Nr 1-2012 fra Kunnskapssenteret).

Brukererfaringer og brukerfornøydhets er viktige kvalitetskriterier for helsetjenestene og i tråd med økt fokus på pasientrettigheter. Nklm støtter derfor dette forslaget i forskriften. Det er imidlertid to punkter i merknadene som vi ønsker å kommentere nærmere:

- a. «Undersøkelsene bør fortrinnsvis benytte seg av validerte kvantitative metoder.»
- b. «Undersøkelsene bør gjennomføres regelmessig, minimum én gang årlig.»

Krav om systematisk innhenting av kunnskap ved validerte metoder er en forutsetning for at brukerundersøkelsene skal kunne gi nyttig kunnskap til fastlegene om brukernes erfaringer. Nklms kartlegging av brukerundersøkelser ved legevakt viste at få legevakter hadde gjennomført brukerundersøkelser og at mange av disse brukte skjema som var lite utviklet metodisk. Dette vil også kunne gjelde for fastlegene. Kunnskapssenterets opplegg for landsomfattende undersøkelser er ressurskrevende og krever kompetanse. Validerte skjema til brukerundersøkelser og manualer for gjennomføring bør derfor være tilgjengelig for fastlegevirksomheter som ikke ønsker å utvikle eller bruke egne opplegg, jf. DANPEP-undersøkelsen blant fastleger i Danmark, der også online opplegg er under utvikling. Nklm mener at før dette kravet innføres, må det være utviklet enkle systemer som lett kan anvendes i fastlegepraksis og som også har mulighet for lokale tilpassinger.

Krav om brukerundersøkelser vil utgjøre merarbeid for fastlegene, særlig hvis krav til metode og hyppighet økes. Skal brukerundersøkelser av god kvalitet

med påfølgende forbedringsarbeid innføres som krav, må det justeres for dette i fastlegenes totale arbeidsoppgaver og finansiering. Brukerundersøkelser er imidlertid ikke diskutert spesifikt i høringsnotatets kapittel 6 om økonomiske og administrative konsekvenser, noe som burde vært gjort. Planlegging, gjennomføring, analyse, oppfølging og praksisendringer medfører en god del timer per fastlege, og har sin pris i timer per år. Innføring av et krav om (årlige) brukerundersøkelser må derfor avregnes mot en viss reduksjon i den normerte listestørrelsen.

Brukerundersøkelser minst én gang årlig vil bety en stor bruk av ressurser for fastlegevirksomhetene på dette området. Dette virker ikke hensiktsmessig i forhold til den eventuelle nytten så hyppige undersøkelser vil ha. Nklm vil påpeke at det er svak dokumentasjon for at denne type aktivitet har direkte effekt på kvaliteten av pasientbehandlingen. En vanlig praksis for brukerundersøkelser er gjennomføring hvert annet eller tredje år. Eksempler er Innbyggerundersøkelsen og DANPEP-undersøkelsen blant fastleger i Danmark. I forhold til god ressursutnyttelse og tilstrekkelig tid til forbedringsarbeid for fastlegene anbefaler vi å endre krav om hyppighet av brukerundersøkelser til minst hvert tredje år.

Forslag til endring i merknad til §18: «Undersøkelsene bør gjennomføres regelmessig, minimum hvert **tredje år.**»

Vennlig hilsen



Steinar Hunskår
forskningsleder, professor