



Byrådets sak

Byrådets sak nr.: 8/2012
Vedtaksdato: 21.03.2012

Vår ref. (saksnr.): 201102996-25
Arkivkode: 221

REVISJON AV FASTLEGEFORSKRIFTEN - OSLO KOMMUNES HØRINGSUTTALELSE

Saksfremstilling:

Helse- og omsorgsdepartementet har i ekspedisjon av 22.12.2011 sendt til høring forslag til revidering av fastlegeforskriften. Høringsfristen er satt til torsdag 22.03.2012.

I høringsnotatet foreslår departementet blant annet:

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

I tillegg til utkast til *Forskrift om fastlegeordningen i kommunene* (fastlegeforskriften) som er hjemlet i Helse- og omsorgsloven og utgjør hoveddelen av saken foreligger det utkast til *Forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen* som er hjemlet i pasientrettighetsloven.

I fastlegeforskriftens kapittel 1 angis formål og definisjoner. *Formålet* med fastlegeordningen er å sikre at alle innbyggere får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid.

Fastlege er definert som lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er fast ansatt i kommunen eller selvstendig næringsdrivende. *Fastlegeavtale* er definert som en individuell avtale som inngås mellom kommunen og den enkelte fastlege, og *listeinnbygger* som en person som er tilknyttet en fastlegeliste.

Forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen er et forslag til en ny forskrift der pasientens rettigheter i fastlegeordningen samles. Formålet er å sikre innbyggerne får rett til å stå på en fastleges liste. Rettighetene som omtales er rett til å få time hos fastlegen, rett til å stå på liste hos fastlege, tilgang til lukkede lister, valg av fastlege for barn og rett til ny vurdering. Det særskilte regelverket for Helsetjenesten ved Universitetet i Oslo omtales i § 4.

Forskriftsbestemmelsene er delvis videreføring av eksisterende bestemmelser, delvis overføring av bestemmelser fra avtaleverket til forskrift og delvis helt nye bestemmelser. De detaljerte forslagene fremgår av høringsnotatet.

Enkelte nye eller endrete forskriftsbestemmelser har vekket en del reaksjoner, blant annet hos legene. Dette gjelder blant annet:

§ 13 Fastlegens plikt til deltakelse i legevakt og vikarordninger

Fastlegen plikter å delta i: a. Kommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid, herunder interkommunal legevaktsentral. b. Kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp tjeneste i kontortid, herunder tilgjengelighet i helseradionettet og ivaretagelse av utrykningsplikten. c. Vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen etter nærmere avtale med kommunen. Deltakelse i kommunal legevakt utenfor ordinær åpningstid og vikarordning for dekning av fravær kommer i tillegg til annet legearbeid kommunen kan forplikte fastlegen til å utføre, jf. § 12.

Kommunen kan frita fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse etter første ledd bokstav a, i følgende tilfeller: a) når legen er over 60 år b) når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det c) for gravide i de 3 siste måneder av svangerskapet og kvinner som ammer, eller når graviditeten er til hinder for deltakelse. Kommunen kan gjøre avtale med fastleger om deltakelse i rådgivning, opplæring, veiledning og bakvakter utover angitt aldersgrense.

§ 19 Oversikt over listeinnbyggerne

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 tjenestetilbudet 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 dekke sine behov for legetjenester gjennom oppmøte i fastlegekontorets lokaler eller*
- d. har særlig risiko for legemiddelrelaterte problemer.*

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

§ 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser

Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid. Systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser kan besvares innen 2 minutter. Pasienten skal til vanlig få tilbud om konsultasjon senest innen 2. arbeidsdag (alternativt 5. arbeidsdag) etter bestilling. Fastlegen skal kunne motta timebestilling på sms og e-post.

§ 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, 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.

§ 25 Hjemmebesøk

Fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til personer på liste: a) som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne er forhindret fra å møte på legekontoet og det er behov for legekonsultasjon; b) med kronisk sykdom når hensynet til god og forsvarlig helsehjelp tilsier det.

§ 36 Sanksjoner ved manglende oppfyllelse av individuell avtale, rammeavtale eller regelverk
Ved brudd på bestemmelser i denne forskrift, rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen eller individuell avtale kan kommunen be om retting av forholdet. Varsel om retting skal gis skriftlig. Frist for retting av forholdet skal minimum settes til en måned. Dersom forholdet ikke er rettet innen fastsatt frist, kan kommunen holde tilbake hele eller deler av det månedlige per capita-tilskuddet. Ved retting av forholdet utbetales fullt tilskudd. Tilbakeholdt tilskudd i bruddperioden utbetales ikke.

Dersom fastlegen bestrider at det foreligger et brudd, jf. første ledd, kan fastlegen påklage avgjørelsen om å holde tilbake hele eller deler av per capita-tilskuddet til Fylkesmannen. Klage har utsettende virkning. Fylkesmannen avgjør spørsmålet om det foreligger brudd på fastlegeforskriften, rammeavtalen mellom KS og legeforeningen eller individuell avtale.

Intern høring:

Høringsnotatet er sendt til bydelene, Helseetaten, Velferdsetaten, Sykehjemsetaten, Barn- og familieetaten, Rådet for funksjonshemmede og Det sentrale eldreråd. Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester har mottatt svar fra ni bydeler, Helseetaten, Barn- og familieetaten og Det sentrale eldreråd.

Høringsinstansene stiller seg på generelt grunnlag i all hovedsak positivt til intensjonene ved de foreslåtte endringene. Det er imidlertid stor spredning i vurderingene om hvorvidt det konkrete forslaget er egnet til å oppnå intensjonene. Barne- og familieetaten *“stiller seg i all hovedsak positivt til endringene og presiseringer i ny forskrift”*. Det sentrale eldrerådet mener imidlertid at endringene vil føre til en stor økning i fastlegenes arbeidsbyrde og at dette vil medføre at tilgangen til fastlegene vil bli redusert. De uttrykker bekymring for økte ventetider og for at forslaget spesielt vil gå utover de eldste pasientene. Likeså mener de at styrket sykebesøksordning ikke er realistisk før det blir flere fastleger og de mener at det bør *“foretas en konsekvensanalyse av forslaget til nye rutiner i fastlegesystemet før noe av dette blir bestemt, med økningen av den eldre befolkningen i fokus og de økte oppgaver for legene i forhold til kapasitet”*.

Bydelene har en mer moderat holdning til forventet økning i arbeidsoppgavene for fastlegene. Når det gjelder tilgjengelighetskravene gir Bydel Ullern uttrykk for at *“de fleste fastleger i vår bydel ser på dette som relativt uproblematisk – de oppfyller det allerede. Telefon blir det mindre og mindre press på fordi andre metoder benyttes”*. Bydelene mener imidlertid at det vil være en viss økning i fastlegenes arbeidsbyrde, også på grunn av krav til forebyggende arbeid og oppsøkende virksomhet, og at generelle tilgjengelighetsbestemmelser som ikke differensierer mellom pasienter med ulike behov kan føre til reduksjon i mulighetene for faglig prioritering. Eksempelvis skriver Bydel Østensjø at det kan gjøre at *“... de som presser mest får raskt time for eksempel til generell helseundersøkelse, screeningsundersøkelse eller førerkortattest”*. Helseetaten påpeker at kravene kan slå uheldig ut fordi de *“... ikke skiller på alvorlighetsgrad og dermed tar bort det viktigste prioriteringskriteriet”*.

En grunnleggende innvending til forslaget, både fra bydelene og Helseetaten, er at det er et behov for å regulere fastlegepraksisen heller enn fastlegen som person. Fastlegen som person kan ikke til enhver tid være tilgjengelig og det som er viktig er at pasienten kan få et tilbud fra praksisen selv om fastlegen ikke er til stede når behovet oppstår. Dette gjelder spesielt leger med deltidspraksis. Bydel Grünerløkka skriver for eksempel at: *“Det nye begrepet “fastlegevirksomheten” som ble introdusert i helse- og omsorgsloven er ikke nevnt i hele forskriftsutkastet, og vi mener departementet her har gitt fra seg en mulighet til å gi legekontorene et mer forpliktende felles ansvar for pasientene på liste knyttet til kontoret”*.

Det er bred enighet om at fastlegene i langt større grad bør delta i legevakt. Forslaget i forskriften støttes, men det nevnes også muligheten for å påvirke dette gjennom krav i spesialistreglene (Bydel Grorud) og for å knytte deltakelse i legevakt innenfor ordinær arbeidstid opp mot annet allmennlegearbeid som kan pålegges inntil 7,5 timer (Helseetaten). Bydelene støtter forslaget om at fastlegen ved anmodning fra legevakten skal kunne gi tilbud om helsehjelp samme virkedag som meldingen mottas.

Det er bred støtte for kravet om flere sykebesøk til egne pasienter. Det påpekes imidlertid av flere instanser at mange personer ikke har fastlege i samme bydel/ kommune der legen har sin praksis. I Bydel Frogner gjelder dette hver tredje pasient med fastlege i bydelen. Bydel Grorud skriver at: *“... det her enten må legges inn en geografisk begrensning i sykebesøksplikten eller at muligheten til å velge en fastlege utenfor sin egen bostedskommune/ bydel må begrenses”*. Det er også bred støtte for forslaget om oppsøkende virksomhet. Det påpekes av flere instanser at dette er en frivillig ordning for pasienten og at det er viktig å understreke begrensningen av ordningen slik den er formulert i forskriften.

Høringsinstansene opplever kravene om kommunens ansvar for kvalitet som problematiske. Bydel Gamle Oslo skriver for eksempel at *“Vi kan ikke se at kommunen kan eller bør ta ansvar for den innholdsmessige kvaliteten i allmennlegetjenesten”*. Det synes å være en generell aksept for at kommunen skal ha et ansvar på systemnivå og for oppfølging overfor fastlegene av de generelle kravene til praksisen. Det må imidlertid være klare grenseoppganger mot fastlegens medisinske faglige ansvar for kvalitet i egen praksis og mot fylkesmannens ansvar for tilsyn og oppfølging etter helsepersonelloven.

Forslaget om flytting av truende eller voldelige pasienter fra fastlegelisten støttes. Det påpekes imidlertid at kommunen mangler gode virkemidler for håndtering av denne gruppen og at det er klare utfordringer knyttet til å flytte en slik pasient til en annen fastlegeliste.

Det er få innvendinger mot forslagene knyttet til allmennlegeoppgaver. Det påpekes imidlertid at medisinsk faglig rådgivning og plan- og utredningsarbeid i kommunen i utgangspunktet krever samfunnsmedisinsk kompetanse. Det er viktig at kommunelegefunksjonen opprettholdes og styrkes og at eventuelle bidrag fra fastlegene må være et supplement og ikke en erstatning for denne.

Det er bred enighet om at det er behov for andre sanksjonsmuligheter enn bare det å kunne si opp fastlegeavtalen. Det påpekes imidlertid enkelt praktiske problemer, blant annet knyttet til likebehandling. Bydel Grorud tar til orde for at sanksjoner bør skje i form av tvangsmulkt heller enn tilbakeholdelse av driftstilskudd.

Bydelene og Helseetaten påpeker en rekke forhold som gjelder IKT-systemer. Dette ansees som særlig viktig med hensyn til de nye kravene om å ha oversikt over pasientene på listen, oversikt

over legemiddelbruk, oppsøkende virksomhet, samarbeid med kommunen og spesialisthelsetjenesten, og rapportering. Staten bør ta ansvaret for å utvikle nødvendige systemer og standarder. Et forhold som ikke direkte angår forskriften, men som tas opp av flere instanser er manglende tilgang til informasjon om hvem som er brukers fastlege. Helseøkonomiforvaltning (HELFO) har en fullstendig og til enhver tid oppdatert oversikt over dette, men mener at de ikke har hjemmel for å gi informasjonen til kommunen. Høringsuttalelsene viser at det er et høyt frustrasjonsnivå i de kommunale tjenestene over at slik informasjon fortsatt ikke gjøres tilgjengelig for kommunen ti år etter at fastlegeordningen ble innført.

Vurderinger:

Etter min vurdering er fastlegeordningen i all hovedsak en god ordning med en høy grad av pasienttilfredshet. Det er imidlertid variasjoner i kvaliteten mellom de enkelte fastlegepraksisene. Kommunen har begrensede muligheter i dagens ordning å følge opp fastleger som ikke gir et godt nok tilbud. Kommunen må derfor gis en mulighet for å gi sanksjoner overfor fastleger som ikke overholder regelverket, utover det å si opp hele avtalen.

Kommunen har et lovpålagt ansvar for allmennlegetjenesten, men har i dagens ordning ikke hjemmel for å pålegge fastlegene alle oppgavene som er nødvendige for kommunen å ivareta ansvaret fullt ut. Dette gjelder blant annet kollegial fraværdekning utenom åpningstiden for leger med deltidspraksis. Jeg ser positivt på at bestemmelser flyttes fra avtaleverket til forskriften i den grad dette gir en bedre balanse mellom kommunens plikter og kommunens mulighet til å oppfylle dem. Jeg kan ikke se at staten har benyttet anledningen til å rette opp denne balansen.

Det savnes i den nåværende ordning en klar og entydig beskrivelse av omfanget av fastlegens ansvar. Staten må gi en klar definisjon av hva som forventes av en fastlegepraksis, uavhengig av om de enkelte fastlegene som inngår i praksisen har hel- eller deltidsavtale, ansvar for andre legeoppgaver, eller av ulike grunner er borte fra praksisen i kortere eller lengre perioder. Pasientene må ha et likeverdig tilbud uavhengig av praksisens organisering eller den enkelte legens avtalte åpningstid.

Reguleringen av fastlegeordningen er unødvendig komplisert med flere forskrifter og en rekke avtaler på ulike nivå. Det fremgår ikke av høringsnotatet hvilken innvirkning forskriftsendringen vil ha på den øvrige reguleringen av ordningen, herunder finansieringen.

Det er et klart behov for at fastleger i større grad enn i dag deltar i legevakten. Oslo har liten vaktbelastning for den enkelte lege og hensyn til faglig kvalitet tilsier at man i størst mulig grad bør bruke erfarne allmennleger fra fastlegeordningen heller enn vikarer.

Jeg mener at tilgjengeligheten til fastlegen må være bedre enn i dag med kortere og mindre variable ventetider og lettere tilgang til å bestille time. Mange samarbeidende instanser opplever at fastlegen kan være vanskelig å komme i tilstrekkelig dialog med. Her må man finne den riktige balansen mellom et godt samarbeid rundt de enkelte pasientene, til pasientenes beste, og nødvendig tid for legen å ivareta sine primæroppgaver i diagnose og behandling. Det er imidlertid spesielt viktig at man utvikler gode og effektive kommunikasjonskanaler mellom fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten slik at begge parter lett kan få kontakt når det er nødvendig. Oslo kommune er i gang med utrulling av elektronisk meldingsutveksling mellom fastlegene og hjemmetjenestene og etterlyser et sterkere engasjement fra staten i utviklingsarbeidet.

Fastlegene har en viktig rolle i samhandlingsreformen og bør i større grad bli en integrert del av kommunehelsetjenesten. Fastlegene må ha et klart definert ansvar for deres listeinnbyggere med

god oversikt over helsetilstanden og behov for forebyggende tiltak. Fastlegene er kommunens allmennlegetjeneste og må også forventes å dekke andre allmennmedisinske oppgaver som kommunen har ansvar for.

Etter min vurdering må det foretas en langt mer grundig vurdering av de økonomiske og administrative konsekvenser enn det som det gjøres rede for i høringsnotatet. Jeg forutsetter at økonomiske konsekvenser av endringene dekkes fullt ut av staten.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Det fremgår av høringsnotatet at endringene ikke vil ha økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene utover en kostnad på ca 70 000 kroner årlig på landsbasis knyttet til kravet om flytting av voldelige/truende pasienter. Konsekvensene av endringene totalt sett for kommunene synes imidlertid utilfredsstillende utredet og det vurderes som sannsynlig at forskriften vil gi flere økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene enn det som fremgår av høringsnotatet.

Vedtakskompetanse:

Bystyret har delegert til byrådet å avgi høringsuttalelser på kommunens vegne, jf sak 218 av 30.05.2001. Byrådet har delegert til byråden å avgi høringsuttalelse dersom saken ikke er av prinsipiell betydning, jf sak 1360 av 03.07.2001.

Vedtak:

Oslo kommune avgir følgende høringsuttalelse til forslag til revidering av fastlegeforskriften:

Oslo kommune støtter intensjonene i forslaget og ser positivt på at departementet vil revidere fastlegeforskriften og innføre forskriftsfestede krav til funksjon og kvalitet. Fastlegeordningen er i all hovedsak en vellykket ordning, men det er behov for klarere ansvarsforhold og mindre variasjon mellom praksiser. Oslo kommune er imidlertid i tvil om forslaget slik det foreligger vil ha den ønskede effekten. Forskriften er dessuten kun en del av en omfattende regulering av fastlegeordningen. Endring av forskriften alene uten å ta stilling til avtaleverket og finansieringen vil ikke nødvendigvis medføre de store endringer i tjenesten.

Oslo kommune mener at det er et paradoks at man foreslår meget detaljerte krav til telefontilgjengelighet og ventetid for time, men ikke stiller generelle krav til innhold og omfang i en fastlegepraksis. Det stilles krav til at fastlegen skal delta i vikarordninger for dekning av "ordinært fravær" hos andre fastleger, men ikke krav til når legen selv må ha slik dekning. I og med at flere av bestemmelsene knyttes til legens "åpningstid" betyr dette i praksis at pasienter med deltidsfastlege kun vil få tilbud om "deltidsfastlegeordning".

Etter Oslo kommunes vurdering må det reguleres i forskriften hva som er kravene til en fastlegepraksis, eventuelt definert som en "fastlegevirksomhet". Pasienter må ha krav til en tilgjengelig legetjeneste på dagtid, også om fastlegen personlig ikke er tilgjengelig akkurat da. Dette innebærer et krav til fastlegen om "å organisere sin virksomhet slik at..." heller enn et krav til fastlegens personlige tilgjengelighet. Ved en slik regulering vil man unngå at det stilles urimelige krav til fastlegen som enkeltperson. Uforutsette omstendigheter vil alltid kunne føre til at fastlegen ikke personlig kan oppfylle pliktene i forskriften. En god organisering av fastlegens virksomhet vil imidlertid likevel kunne ivareta pasientenes behov. Flertallet av de interne høringsinstansene i

kommunen (bydeler og Helseetaten) har tatt opp dette tema og etterlyser krav til fastlegepraksisen som et sentralt redskap i den praktiske styring av fastlegeordningen i hverdagen.

Oslo kommune vil påpeke at realisering av kvalitetsforbedring og bedre samhandling mellom tjenestene forutsetter adekvate IKT-systemer og kommunikasjonsverktøy både hos fastlegen, i kommunens tjenester og i spesialisthelsetjenesten. Et effektivt system for elektronisk meldingsutveksling er særlig viktig å få på plass. Etter Oslo kommunes vurdering bør staten ta ansvaret for å utvikle nødvendige systemer og standarder og dette arbeidet bør prioriteres.

Oslo kommune har følgende kommentarer til de enkelte (utvalgte) paragrafer i fastlegeforskriften:

§ 2 Definisjon

Uttrykket “fastlege” defineres her som: Lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er fast ansatt i kommunen eller selvstendig næringsdrivende.

Etter Oslo kommunes vurdering må dette tolkes dit hen at en ansatt fastlege er et selvstendig pliktsubjekt i henhold til alle bestemmelsene i forskriften som gjelder for “fastlege” der det ikke er spesifisert “næringsdrivende fastlege”. Dersom dette er tilfelle går forskriftens regulering langt inn i arbeidsgiverens styringsrett og områder som er regulert i tariffavtale. Oslo kommune ser at tilbudet til pasienten fra en ansatt fastlege må tilsvare tilbudet fra en selvstendig næringsdrivende fastlege. Dette gjelder for eksempel innholdet i listeansvaret. Styringslinjen må imidlertid gå gjennom arbeidsgiveren. I og med det er kommunen som både er arbeidsgiver og har overordnet ansvar for fastlegeordningen, bør ikke dette være problematisk.

§ 5 Om personer som utgjør en sikkerhetsrisiko

Oslo kommune ser at kommunen har en rolle i ivaretagelse av sikkerheten og støtter bestemmelsen i utgangspunktet. Selv i en stor kommune vil “tvangsflytting” av pasienter fra en liste være sjeldent forekommende. Det bør utdypes hva som menes med “et system for ivaretagelse av allmennlegetjenester til innbyggere som flyttes fra en liste mot sin vilje”.

§ 7 Kommunens ansvar for kvalitet i allmennlegetjenesten

Det er naturlig at kommunen har et ansvar for kvalitet på systemnivå og for oppfølging overfor fastlegene av de generelle kravene til praksisen. Det må imidlertid være klare grenseoppganger mot fastlegens medisinske faglige ansvar for kvalitet i egen praksis og mot fylkesmannens ansvar for tilsyn og oppfølging etter helsepersonelloven.

§ 8 Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid

Samarbeidsutvalg i bydelene anses å være et godt fungerende samarbeidsorgan for fastlegene og bydelen.

Det er klare utfordringer knyttet til samarbeid mellom fastlegen og kommunens tjenester rundt den enkelte pasienten når vedkommende bor i annen kommune/bydel enn der fastlegen har sin praksis. I Oslo kan dette gjelde inntil en tredel av listeinnbyggerne.

Det er påpekt av flere instanser at samarbeid med fastlegen ikke er mulig dersom man ikke vet hvem fastlegen er. Det er ikke alltid at pasienten selv er i stand til å informere om det. Oslo kommune stiller seg uforstående til at kommunens helse- og omsorgstjenester fortsatt ikke kan få tilgang til HELFOs oversikter og anmoder staten om å endre regelverket på dette område.

§10 Fastlegens listeansvar

Etter tredje ledd skal listeansvaret omfatte også “øyeblikkelig hjelp til innbyggerne på listen i åpningstiden”.

Øyeblikkelig hjelp er en plikt for helsepersonell etter helsepersonelloven § 7. Etter Oslo kommunes vurdering bør derfor begrepet ikke brukes i denne sammenheng, men erstattes med “akutt legehjelp”. Åpningstiden er noe som avtales mellom kommunen og fastlegen og som kan endres (ved enighet) når som helst. Etter Oslo kommunes vurdering bør således “åpningstiden” ikke brukes som et avgrensende begrep i en forskrift.

Det springende punktet i denne bestemmelsen er hvem som har ansvar for akutt legehjelp til personer på listen på dagtid utenom åpningstiden. Etter Oslo kommunes vurdering er dette noe som bør dekkes gjennom en kollegial fraværsordning, det vil si avtaler mellom fastleger om å dekke opp for hverandres pasienter. Dette er allerede realitet i mange fastlegepraksiser, særlig der virksomheten er organisert som en større gruppepraksis. Etter forslaget ordlyd kan imidlertid ikke fastleger kreves å ha slik dekning, noe som kan medføre at pasienter må bruke legevakten som eneste reell mulighet.

§ 12 Fastlegens deltakelse i annet allmennlegearbeid i kommunen

Denne paragrafen er i stor grad en videreføring av de muligheter som er regulert i avtaler i dag, men med visse utvidelser.

De nye oppgavene som kan pålegges fastlegen inkluderer medisinsk rådgivning og plan- og utredningsarbeid, noe som vanligvis oppfattes som samfunnsmedisinske oppgaver. Oslo kommune mener det er viktig å ha en sterk samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunen og at denne kompetansen må ivaretas av kvalifiserte samfunnsmedisinere. Det må derfor presiseres at fastlegens oppgaver på dette feltet må være et eventuelt supplement til samfunnsmedisinerens arbeid og ikke en erstatning.

Det foreslås at “Kapasitet til å utføre en gitt mengde konsultasjoner for personer som ikke omfattes av listeansvaret” kan defineres som allmennlegearbeid som kommunen kan pålegge fastlegen. Oslo kommune tok opp denne problemstilling i høringen om ny kommunal helse- og omsorgslov og ny folkehelselov og uttalte: “...den nåværende ordning (ivaretar ikke) på en tilfredsstillende måte behovet for primærlegetjenester til det store antall personer fra andre land som arbeider og oppholder seg i Norge, men som ikke har rett til å stå på en fastleges liste fordi de ikke har folkeregistrert bostedsadresse her. Mange av disse har medlemsskap i trygden og således fulle rettigheter overfor både kommunen og spesialisthelsetjenesten, men de opplever å bli avvist av kommunens fastleger, fordi de ikke står på listen. Mange av disse pasientene bruker derfor legevakten til diagnose og behandling som bedre kunne ivaretas i en allmennlegepraksis”. Den samme problemstilling gjelder for pasienter som har fastlege i annen del av Norge men oppholder seg midlertidig i Oslo.

Oslo kommune ser positivt på det at departementet har vurdert utfordringene knyttet til personer som ikke omfattes av listeansvaret. Etter Oslo kommunes vurdering er imidlertid forslaget til løsning lite egnet til å løse problemet på en effektiv måte. Kommunen betaler fastlegen en timesats for pålagte allmennmedisinske oppgaver. Konsultasjoner for personer som ikke omfattes av listeansvaret godtgjøres allerede med egenandeler og refusjon fra trygden, herunder en egen tilleggssats for nettopp denne type konsultasjon. Pasienter i denne kategorien er heller ikke en homogen gruppe som kan gis et eget tilbud i et angitt tidsrom hos en bestemt lege. De fleste “dukkes opp” i en legepraksis med forespørsel om time, eventuelt med behov for akutt legehjelp.

Etter Oslo kommunes vurdering er det kommunens ansvar å sørge for tilstrekkelig totalkapasitet og ha en oversikt over de enkelte legepraksisene som har god kapasitet. Fastlegene må enten ta imot den enkelte pasienten, eller henvise til lege som har kapasitet.

Slik Oslo kommune tolker forslaget skal for øvrig kommunen stå fritt til å definere hvilke allmennoppgaver som skal utføres, og fritt til å endre hvilke oppgaver de ønsker utført av den enkelte fastlege. Dette forslaget støttes.

§ 13 Fastlegenes plikt til deltakelse i legevakt og vikarordninger
Oslo kommune støtter forslaget.

§ 15 Samarbeid med kommunen

Oslo kommune er positiv til denne paragrafen som forplikter fastlegen å delta i nødvendige møter med kommunen. Dette bør ikke medføre noen økning i møteaktivitet der hvor det i dag er godt samarbeid mellom kommunen og fastlegene. Det er imidlertid viktig at kommunen har en hjemmel til å pålegge møtedeltakelse dersom det skulle være nødvendig.

§ 18 Brukermedvirkning

Oslo kommune støtter forslaget om krav til innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer. Etter kommunens vurdering forutsetter dette imidlertid at det på nasjonalt nivå utarbeides en hensiktsmessig måte å gjøre det på. Kommunen er av den oppfatning at Kunnskapssenteret bør få en rolle i å etablere et system slik det er gjort med brukerundersøkelser på sykehusene. Kommunen mener at "minimum en gang årlig" slik det er foreslått i merknadene til denne paragrafen er unødvendig ofte. Det bør være en viss fleksibilitet her slik at praksiser kan følge opp på en annen måte enn faste årlige undersøkelser.

§ 19 Oversikt over listeinnbyggerne

Oslo kommune støtter forslaget. Kommunen mener at det må være et nasjonalt anliggende å utvikle IKT systemer som gjør det mulig å hente ut oversikt over listeinnbyggerne fra fastlegenes journalsystemer. Det bør også være et nasjonalt anliggende å utarbeide forslag til hvilke data det er hensiktsmessig å hente ut fra journalsystemene.

§20 Oppsøkende virksomhet

Oslo kommune støtter forslaget. Det kan imidlertid være aktuelt å vurdere formuleringen slik at det kommer klarere frem at dette gjelder kun personer med påvist sykdom og behov for hjelp, og at pasientens samtykke er nødvendig på lik linje med annen undersøkelse og behandling.

§ 21 Medisinsk faglig koordinering og samarbeid

Oslo kommune støtter forslaget. Det er imidlertid behov for avgrensning av fastlegens ansvar når pasienten bor i en annen kommune enn der fastlegen har sitt kontor. Dette er særlig avhengig av geografisk avstand.

§ 22 Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen

Oslo kommune støtter forslaget om at 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. Det antas imidlertid at en del av denne virksomheten vil falle utenfor det som gir refusjon etter normaltariiffen. Det må i tilfelle avklares hvordan dette skal finansieres.

§ 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser

Det vises til kommentarene vedrørende tilgjengelighet gitt innledningsvis i uttalelsen. Det er den generelle tilgjengeligheten til fastlegepraksisen som primært må reguleres heller enn å stille detaljerte krav til tilgjengelighet for den enkelte fastlegen.

Når det gjelder konkrete krav til ventetid er det problematisk at det ikke skilles på alvorlighetsgrad. Oslo kommune mener det er riktig å stille krav om moderne kommunikasjonsmetoder i en fastlegepraksis. Ventetid i telefon er lite egnet som konkret mål i en sentral forskrift.

Etter Oslo kommunes vurdering bør det være en bestemmelse om fysisk tilgjengelighet for bevegelseshemmede med eventuell henvisning til diskriminerings- og tilgjengelighetsloven

§ 24 Tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid

Det vises til kommentarene til § 10. Oslo kommune støtter forslaget i annet ledd vedrørende oppfølging av pasienter henvist fra legevakt. Kommunen mener dette er en viktig ny bestemmelse. Vi vil imidlertid påpeke at ansvaret må ligge til fastlegens praksis heller enn fastlegen personlig da fastlegen ikke alltid vil være tilgjengelig samme dag.

§ 25 Hjemmebesøk

Oslo kommune støtter forslaget. Kravet må imidlertid kobles til geografi for å unngå åpenbart urimelige krav til hjemmebesøk. Det bør vurderes om pasienter med kronisk sykdom og som har praktisk bistand i hjemmet, bør kunne anmodes om å bytte til en fastlege i eget distrikt. Kommunen vil for øvrig påpeke at takstene for hjemmebesøk må stå i forhold til takstene for vanlig konsultasjon dersom man skal få til en vesentlig økning i besøksvirksomhet.

§ 27 Legemiddelforskrivning

Oslo kommune støtter forslaget. Etter kommunens vurdering er imidlertid uttrykket "legemiddelrekvirering" mer entydig enn uttrykket "legemiddelforskrivning" og i tråd med det som brukes i den øvrige reguleringen på området.

§ 29 Elektronisk pasientjournal og § 31 Krav til rapportering

Oslo kommune støtter forslagene. Kommunen vil imidlertid påpeke at utvikling av helsetjenestens IKT-systemer med koordinering på nasjonalt nivå er en forutsetning for at forslagene vil kunne gjennomføres på en hensiktsmessig måte og ha den ønskede effekten. Rapportering må være minst mulig ressurskrevende og ha en klar nytteverdi for tjenestene.

§ 36 Sanksjoner ved manglende oppfyllelse av individuell avtale, rammeavtale eller regelverk
Oslo kommune støtter forslaget om at kommunen får sanksjonsmuligheter overfor fastleger som ikke følger regelverket. Oslo kommune vil imidlertid påpeke at verken kommunen eller fastlegen er part i avtalen mellom KS og Legeforeningen. Oslo kommune kan således ikke se at det er hjemmel for å pålegge disse i en forskrift å følge avtalen. Fastlegen er bundet av den individuelle avtalen med kommunen. Bestemmelsene i den sentrale avtalen, som i Oslo er mellom Oslo kommune og Legeforeningen og ikke mellom KS og Legeforeningen, gjelder for fastlegen gjennom den individuelle avtalen. Henvisningen til avtalen mellom KS og Legeforeningen må således tas ut.

Oslo kommune vil påpeke at det ikke bare er behov for sanksjoner knyttet til krav om retting av et forhold. Kommunen må ha mulighet til å bruke sanksjoner overfor en fastlege som har brutt regelverket, selv om det ikke er mulig å rette forholdet. Dette gjelder for eksempel ved manglende

fremmøte på legevakt uten gyldig grunn og uten forhåndsvarsel. Regelverket må tilpasses slike situasjoner.

Forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen

Det er generelt rettet liten oppmerksomhet mot denne forskriften som samler eksisterende rettigheter og speiler pliktene som fremgår av utkastet til fastlegeforskrift. Oslo kommune vil påpeke at utgangspunktet for fastlegeordningen er å gi et godt allmennlegetilbud til pasienten. Pasientens rett til å stå på en fastlegeliste har imidlertid liten betydning hvis ikke innholdet i tilbudet fra fastlegepraksisen som pasienten tilhører klart er definert, jf. kommunens innledende kommentarer til fastlegeforskriften over.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget til revidering av fastlegeforskriften pålegger fastlegene flere oppgaver, blant annet innen forebyggende arbeid. Det forventes også en kvalitetsheving. Etter Oslo kommunes vurdering må dette ha økonomiske og administrative konsekvenser, men disse synes ikke tilstrekkelig utredet.

Det er Oslo kommunes vurdering at det bør foretas en mer grundig vurdering enn det som det gjøres rede for i høringsnotatet. Oslo kommune forutsetter at det gjøres nye beregninger av de økonomiske konsekvensene og at disse dekkes fullt ut av staten.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester


Anniken Hauglie
byråd for helse og sosiale tjenester