



Oppsummering av KS' synspunkter

KS støtter:

- Ny struktur i fastlegeforskriften
- Tydeliggjøring av kommunens og fastlegens ansvar og oppgaver
- Takster for konsultasjoner delegert til sykepleier
- At kommunen ved rekrutteringssvikt kan inngå avtale med ny fastlege når oppsigelsestiden for den fratreddende leger er utløpt
- En avgrensning av hvilke attester og erklæringer fastlegen har plikt til å utarbeide
- Plikt til å tilby timebestilling på Helsenorge

KS kan støtte forslaget om å heve aldersgrensen for midlertidig fastlegeavtale til 80 år, men forutsetter at kommunen kan innhente helseopplysninger.

Tydeliggjøring av kommunens og fastlegens ansvar og oppgaver

KS støtter forslaget om å tydeliggjøre kommunens og fastlegens ansvar og oppgaver, men savner virkemidler for at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar.

Departementet uttalte i Prop. 91 L (2010-2011) punkt 19.4.3: «*Det er en forutsetning for at kommunen skal være i stand til å overholde det overordnede ansvaret for allmennlegetjenesten at de har tilstrekkelige gode styringsmuligheter til å korrigere de fastlegene som ikke oppfyller sine plikter.*»

En næringsdrivende fastlege har ansvar for styringssystemet for sin virksomhet i tillegg til de allmennfaglige oppgavene som er beskrevet i forskriftsutkastets kapittel 5, og skal blant annet tilstrebe å redusere risiko for uønskede hendelser, jf. forskriftsutkastet § 24. Flere kommuner gir imidlertid uttrykk for at det er vanskelig å kunne påse at et legekantor drives på en hensiktsmessig måte, og at de har få virkemidler til å gripe inn når det ikke er tilfelle. Det kan for eksempel være en lege som har fått flere klager og hvor det viser seg at legens virksomhet ikke har noe system for håndtering av klagen.

Kommunen har det overordnede ansvaret for kvaliteten i allmennlegetjenesten, jf. forskriftsutkastet § 5. Dette innebærer at kommunen skal legge til rette for å sikre at fastlegene overholder de krav som stilles i fastlegeforskriften og sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukerrettigheter, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2. Kommunen vil ikke være i stand til å oppfylle ansvaret uten medvirkning særlig fra de næringsdrivende fastlegene.

Ansatte fastleger vil kommunen i større grad kunne følge opp gjennom arbeidsgivers styringsrett. Vi mener derfor at det må framgå at fastlegen har en medvirkningsplikt, og at det er naturlig å ta dette inn i forskriften § 5, som omhandler kommunens overordnede ansvar. Alternativet vil kunne være å innføre begrensninger i kommunens ansvar for næringsdrivende fastleger, men det anser vi for å være uheldig.

I tillegg til å regulere en generell medvirkningsplikt for fastlegene, bør det tas inn i forskriften at legene etter forespørsel fra kommunen må gi opplysninger om virksomhetens

internkontrollsystem og en plikt til å rapportere om ulovlige og uforsvarlige forhold og korrigerende tiltak etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 9. Vi mener det er naturlig å ta inn dette i forskriften § 24 der legens ansvar for kvalitet i virksomheten er regulert.

KS mener at rapporteringsbestemmelsen i forskriftsutkastet § 20 ikke gir kommunen grunnlag for å innhente nødvendig informasjon til å følge opp fastlegeavtalene og dermed kunne ivareta sitt sørge for ansvar. I departementets merknader til § 20 framgår det at kommunale fastlegekontor og næringsdrivende fastleger pålegges en vid rapporteringsplikt. Staten vil i forskrift fastsette hvilke data som skal gis. Vi kan ikke se at bestemmelsen gir kommunene mulighet til å innhente informasjon til å følge opp og korrigere fastleger som ikke oppfyller sine plikter.

Å regulere en plikt for legene til å medvirke og rapportere vil være i tråd med uttalelsene til departementet i Prop. 91 L (2010-2011) punkt 19.7.3: «*Ved å få en rapporteringsplikt for fastlegene vil kommunene lettere kunne se hva disse faktisk gjør og følgelig ha muligheten til å komme med krav om korrigerende av fastlegenes arbeid i henhold til listansvaret, og i henhold til kvalitets- og funksjonskrav.*»

Mulighet for virksomhetsavtaler

Dagens fastlegeordning bygger på enkeltstående praksiser, der hver fastlege har en avtale med kommunen. Den enkelte lege har, i tillegg til det medisinskfaglige, blant annet ansvar for kvalitetsarbeid og skal ha et internkontrollsystem for sin virksomhet. Dette gjelder også der legene har valgt å organisere seg i gruppepraksiser. Vi mener at fastlegeforskriften bør gi en mulighet til å inngå virksomhetsavtaler der kommunen og legene ønsker det. Avtaler med virksomheter vil forenkle kommunenes ledelse og oppfølging av fastlegeordningen, og det gir muligheter for mer profesjonell ledelse og kvalitetsarbeid. Å kunne inngå virksomhetsavtaler kan gi bedre tjenester for innbyggerne; det kan sikre kontinuitet og redusert ventetid.

Med stadig flere ansatte leger og tilfeller hvor kommunene har overtatt driften av legekantoret er behovet endret. Kommuner og leger som ser utviklingsmuligheter i en organisering i form av større enheter bør også ha en mulighet til å inngå en virksomhetsavtale, som alternativ til individuelle fastlegeavtaler. Et mer definert virksomhetsansvar for et legekantore kan gi bedre muligheter til faglig utvikling og kvalitetsarbeid, samtidig som det blir mindre administrativt arbeid på den enkelte lege. Kommunen eller fastlegevirksomheten bør forvalte pasientlistene. Den enkelte lege vil likevel ha det medisinskfaglige ansvaret for sin liste.

KS støtter stortingsmeldingens (St. meld. 23) ambisjon om å gjøre det enklere for kommunene å administrere fastlegetjenesten. Det er imidlertid vanskelig å se at *gruppeavtaler* innebærer en forenkling. Eventuell innføring av gruppeavtaler kan ikke erstatte avtaler med virksomheter. En gruppeavtale vil komme *i tillegg* til de individuelle fastlegeavtalene. De kan egne seg for enkelte forhold, for eksempel legekantorets mottak av LIS1, men den enkelte fastleges virksomhetsansvar åpner ikke utkastet til forskrift å løfte til en virksomhet. Dermed kan en gruppeavtale bidra til vanskeligheter med å fastslå grensen mellom hva som ligger i den enkelte leges ansvar og hva som ligger til legekantoret/gruppepraksisen. Det kan føre til ansvarspulverisering. Vi kan vanskelig se hvordan mislighold av gruppeavtalen skal håndteres og hvilke konsekvenser det skal få for den enkelte leges fastlegeavtale.

Definisjoner

KS støtter at det tas inn en definisjon av kommunalt legekantore og næringsdrivende fastlege i § 2. En definisjon av begrepene bidrar til å tydeliggjøre skillet mellom ansatte og næringsdrivende leger. Dette må ses i sammenheng med de øvrige bestemmelsene om plikter og rettigheter til kommunalt legekantore og næringsdrivende leger.

At et kommunalt legekantor er drevet av kommunen med ansatte fastleger innebærer at kommunen har driftsansvaret. Det virker overflødig og dels forvirrende å presisere at kommunen i disse tilfellene har driftsansvaret, uten å nevne at en næringsdrivende fastlege har et driftsansvar. KS foreslår derfor at «kommunen har driftsansvaret» fjernes fra definisjonen av kommunalt legekantor.

Aldersgrenser

KS er i utgangspunktet positiv til forslaget om at kommunen kan velge å inngå en tidsbegrenset fastlegeavtale til legen fyller 80 år. Fastleger har høy faglig autonomi, og de har ansvaret for sin egen virksomhet. For å sikre forsvarlighet må derfor kommunen kunne innhente dokumentasjon på for eksempel helsetilstand i de tilfellene det kan være aktuelt å forlenge fastlegeavtalen.

KS er imidlertid bekymret for forslaget sett opp mot aldersgrensen for fritak fra legevakt. I andre deler av arbeidslivet er det et ønske om å heve pensjonsalderen, i takt med økt levealder og bedre helse, men forskriften foreslår å ta særlig hensyn til lege over 55 år. Hvis de to forslagene om «aldersgrenser» følges opp betyr det at man kan være fastlege i 25 år uten å være forpliktet til legevakt.

Helse og sosiale hensyn skal være momenter i vurderingen av hvilke fastleger som skal ha fritak fra legevakt, men alder bør ikke være en selvstendig fritaksgrunn. Regjeringens forslag om å senke terskelen for fritak bidrar til å undergrave målet om bedre integrasjon mellom legevakt og de øvrige allmennlegetjenestene. Det vil dessuten nødvendigvis bety at yngre leger må ha mer legevakt.

Avslutning av individuell avtale ved rekrutteringsproblemer

Kommunen har et lovpålagt ansvar for at innbyggerne skal få tilbud om fastlegetjenester. Hovedmodellen for fastlegeordningen er at legene er næringsdrivende. At kommunen må få tilstrekkelig virkemidler for å kunne ivareta sitt sørge for ansvar, er en fundamental del av fastlegeordningen og viktig at forskriftsfestes. KS støtter derfor å forskriftsfeste betingelsene for at kommunen kan inngå ny fastlegeavtale når det ikke lar seg gjøre å rekruttere ny næringsdrivende fastlege til en praksis som skal selges.

KS mener forskriftens alternativ 1 er den beste løsningen; at kommunen kan inngå ny fastlegeavtale etter utløpet av legens oppsigelsestid. Pasientene slipper å måtte forholde seg til vikar(er) lengre enn nødvendig. Etter vårt syn er seks måneder tilstrekkelig tid til å kunngjøre fastlegeavtalene minst tre ganger. Vi mener hensynet til fratrædende lege er tilstrekkelig ivaretatt med en slik bestemmelse. Søkergrunnlaget vil neppe endre seg ved å utsette tiden med ytterligere seks måneder. Hensynet til innbyggerne, kommunen og kommende fastleger bør veie tyngst.

Kommunen og legen kan bli enige om en forlenget oppsigelsestid. Dersom tiden forlenges må det være klart at legens ansvar for fastlegepraksisen forlenges tilsvarende, det vil si at hen må selv ivareta praksisen eller sørge for vikar.

Ansatte fastleger - Arbeidsavtale

Det er foreslått å videreføre kravet om at kommunene må inngå individuell fastlegeavtale med alle leger som skal delta i fastlegeordningen, også de ansatte legene. For ansatte fastleger skal fastlegeavtalen omfattes av «den alminnelige arbeidsavtalen», hvor det blant annet skal framgå antall plasser på legens liste.

KS mener at det skal inngås arbeidsavtale for de ansatte legene på lik linje som for andre ansatte. Dette innebærer at minstekravene som stilles til en arbeidsavtale i § 14-6 må være oppfylt, herunder angivelse av blant annet legens arbeidsplass og en beskrivelse av arbeidet eller arbeidstakerens tittel, stilling eller arbeidskategori. Som fastlege vil legen ha en liste. Kommunen må imidlertid innenfor arbeidsgivers styringsrett ha mulighet til å kunne endre listelengden ved behov. Vi kan derfor ikke se hvorfor arbeidsavtalens innhold skal reguleres i fastlegeforskriften. Det vil begrense kommunens muligheter til endringer i arbeidsforholdet, utover det som gjelder for andre kommunalt ansatte.

Oppsigelsesfristen for ansatte leger er regulert i hovedtariffavtalen i KS-området og arbeidsmiljøloven § 15-3. Som hovedregel gjelder en oppsigelsesfrist på tre måneder, jf. hovedtariffavtalen kapittel 1 § 3 punkt 3.2.1. Vi kan heller ikke se at det er hensyn som taler for at en ansatt fastlege skal ha dobbelt så lang oppsigelsestid som annet helsepersonell på legekantoret og ellers i kommunen.

Vi stiller spørsmål ved lovligheten av forslaget, og om departementet har hjemmel til å fastsette en oppsigelsesfrist i forskrift som fraviker arbeidsmiljølovens bestemmelser.

Plikt til utarbeidelse av attester, erklæringer mv.

KS støtter forslaget om å forskriftsfeste at fastlegens plikt til å utarbeide helseattester avgrenses til det som er påkrevd i lov eller forskrift, og at legen har plikt til å utgi opplysninger som er nødvendige for pasienten ved søknad om helse- og omsorgstjenester, trygdeytelser og sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger

KS støtter regjeringens forslag om at alle fastleger må tilby digital timebestilling på Helsenorge. Det vil sørge for et likere helsetilbud over hele landet. En bedring av bestillingsløsningene på Helsenorge vil tilgjengeliggjøre større del av timer for innbyggerne, og frigjøre tid for legene.

KS mener forutsetningen er til stede for å innføre kravet fra 1. januar 2026.

Status pr i dag er at alle elektronisk pasientjournal (EPJ) leverandører til fastlegene kan tilby digital timebestilling, e-konsultasjon (tekst) og e-kontakt (kontakt legekantor). Fire av fem EPJ leverandører kan tilby timebestilling til videokonsultasjon og telefontime. Majoriteten av fastlegene tilbyr i dag bestilling av fysisk time, e-kontakt og e-konsultasjon. Det er ikke kjent oversikt eller statistikk over hvor mange som tilbyr bestilling av videokonsultasjon og telefontime.

KS støtter at departementet utreder om kommunale fastlegekontor og selvstendig næringsdrivende fastleger skal pålegges bruk av flere digitale tjenester på Helsenorge, herunder bruk av videokonsultasjon. Det krever imidlertid utvikling av funksjonalitet på Helsenorge og hos EPJ-leverandørene for å møte kravene som er beskrevet i forslaget. Vi forutsetter at KS involveres i utredningsarbeidet.

Generelt om digitalisering i allmennlegetjenesten

KS er positiv til å utrede nærmere hvordan allmennlegetjenesten i større grad kan inngå i kommunenes arbeid med digitalisering. Med over 5000 fastleger i Norge er det nødvendig å avklare hvordan nasjonal innføring, utbredelse og gevinstrealisering av helseteknologi og digital samhandling for allmennlegetjenesten skal gjennomføres, i tråd med felles prioriteringer og rekkefølge.

Kommunene har ikke ansvaret for eller er satt i stand til å legge til rette for utbredelse og innføring av nasjonale e-helseløsninger til selvstendig næringsdrivende fastleger. I den grad

staten mener det er hensiktsmessig å gjenbruke kommunal sektors modeller og nettverk for innføring av helseteknologi også til fastlegene må dette utredes nærmere, i tett samarbeid med KS og Legeforeningen. Spesielt må det vurderes roller og ansvarsfordeling, prinsipielle ansvarsforhold i fastlegeordningen, kommunenes plikt til å betale for næringsdrivende fastlegers bruk av nasjonale e-helseløsninger og behov for virkemidler og incentiver. Fastlegetjenesten er en sentral og svært viktig del av primærhelsetjenesten, men det er ikke en tjeneste som kommunene er finansiert for utover basistilskuddet. Resultatet av dagens betalingsordning er at kommunene er pålagt betalingsplikt for fastlegenes bruk av de nasjonale e-helseløsninger. Det kan også være at man ved bruk av noen av løsningene også utløser takster. Dette kan med fordel undersøkes nærmere av regjeringen.

KS mener de mulige gevinstene som beskrives i utprøvingen av digitale løsninger med fordel kunne vært målt jevnlig og fulgt opp fra Helsedirektoratets side.

Endringer i stønadsforskriften – delegasjon til sykepleier

KS støtter departementets forslag om å endre stønadsforskriften slik at fastlegen kan delegere gjennomføring av enkelte konsultasjoner til sykepleier. Vi mener at også andre yrkesgrupper enn leger bør kunne utløse takster på legevakt.

I likhet med leger er sykepleiere en knapp helseressurs i kommunene. Vi deler bekymringen som enkelte kommuner har; det kan bli mer attraktivt for sykepleiere å jobbe dagtid på et legekontor framfor turnus i sykehjem-/hjemmetjenesten. KS støtter likevel at forskriften åpner for at legen kan delegere konsultasjoner. For at det ikke skal oppstå insentiver til å overføre oppgaver fra helsesekretærer til sykepleier bør det vurderes om det kan gis noe større adgang til å delegere til helsesekretær.

Legevakt utenom fastlegenes åpningstid er kommunalt organisert og med en definert ansvarlig ledelse. Det ligger dermed godt til rette for at kommunen kan foreta vurderinger av hvilke oppgaver som forsvarlig kan ivaretas henholdsvis av leger eller av annet helsepersonell som for eksempel sykepleiere eller paramedisinere. Finansieringssystemet legger imidlertid til rette for at det er lønnsomt at legene utfører oppgavene. Etter vår vurdering ligger det et potensiale for en mer effektiv arbeidsdeling hvis andre enn leger kan utløse takster. Det vil i tillegg kunne gi mindre behov for leger.

For å gi økonomiske insentiver til at oppgaver utføres av personell med *tilstrekkelig* kompetanse bør takster som hovedregel være profesjonsnøytrale. Det er oppgaven som bør honoreres, uavhengig av hvilket kvalifisert helsepersonell som utfører den.