

SAMLET SAKSFRAMSTILLING

HØRINGSSVAR - FOLKEHELSEFORSKRIFTEN

PS sak:	Utvalg	Møtedato
25/12	Komite for liv og lære	14.03.2012
Arkivsak: 12/443		Saksbehandler: Roger Santokhie

Rådmannens forslag til vedtak:

Komite for liv og lære støtter rådmannens forslag til høringsuttalelse til "Forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer"

Behandling i Komite for liv og lære den 14.03.2012 sak 25/12

Rådmannens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Komite for liv og lære vedtar rådmannens forslag til høringsuttalelse til "Forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer"

Vedlegg:

Høringsnotat

Innledning

"Forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer" er en oppfølging av folkehelsesloven som trådte i kraft 1. januar 2012, og som ble fremmet for Stortinget som en del av samhandlingsreformen. Kommunene i Trondheimsområdet (Klæbu, Malvik, Melhus, Midtre Gauldal og Trondheim) er enige om å sende en likelydende høringsuttalelse til Helse og omsorgsdepartementet. Denne høringsuttalelsen er utarbeidet i samarbeid med ovennevnte kommuner.

Forskriften er en utdyping av lov om folkehelsearbeids §§5 og 21, som sier at kommuner og fylkeskommuner skal ha oversikt over befolkningens helse og de faktorer som virker inn på denne. I kapittel 4 utdypes forskriftens formål; å legge til rette for at folkehelsearbeidet er systematisk og kunnskapsbasert og bidra til en samordning og standardisering av

oversiktsarbeidet. Forskriften sier at både kommune og fylkeskommune skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen, både i et løpende perspektiv, og i et strategisk langsiktig perspektiv. Dette arbeidet skal samordnes for å sikre et helhetlig bilde av folkehelseutfordringene, og gi grunnlag for effektiv ressursutnyttelse. Forskriften regulerer også folkehelseinstituttets oppgave med å tilrettelegge og formidle informasjon. Folkehelseinstituttet vil utarbeide folkehelseprofiler hvert år basert på registerstatistikk, som gjøres tilgjengelig for kommuner og fylkeskommuner. Departementet foreslår at Nasjonalt folkehelseinstitutt også skal få i oppgave å sørge for at det utarbeides maler for innhold og gjennomføring av fylkeshelseundersøkelser i form av befolkningsundersøkelser, slik at disse kan samordnes. Det foreslås at forskriften gir en føring, men ikke plikt, om at fylkeskommuner som selv initierer fylkeshelseundersøkelsene, benytter seg av malene. Høringsnotatets kapittel 9 inneholder imidlertid også en nærmere beskrivelse av opplegg for innhold og gjennomføring av fylkeshelseundersøkelser. Departementet ber om tilbakemelding i høringen både på forskriftsforslaget og på den nærmere beskrivelsen av hvordan fylkeshelseundersøkelser bør gjennomføres.

Melhus kommune er svært fornøyd med at staten gjennom HOD og Nasjonalt folkehelseinstitutt har tatt mål av seg til å bistå kommunene i det vanskelige arbeidet med å fremskaffe kunnskap om folkehelse og levekår. Registerdataene som fra 01.01.2012 leveres fra Nasjonalt folkehelseinstitutt, er en god start.

Melhus kommune støtter intensjonene i forskriften og sier seg enig i behovet for samordning i dette arbeidet. Som det vil fremgå av høringsuttalelsen, mener Melhus kommune at disse dataene må suppleres med kunnskap fra befolkningsundersøkelser for at kommunene skal ha et nyttig verktøy for folkehelseplanlegging. For Melhus kommune er det viktig at folkehelseinstituttet er i dialog med kommunene om hvilken informasjon som skal framskaffes, hvilke analyser som gir mest utbytte for kommunenes arbeid og hvordan denne bør formidles. Videre ønsker Melhus kommune at man i langt større grad bygger på den betydelige kompetansen som finnes ved NTNU og HIST, representert ved Senter for helsefremmende forskning og HUNT, når det gjelder kartlegging av levekår og helsetilstand i befolkningen. Folkehelseinstituttet har fått ansvaret for å utarbeide folkehelseprofiler basert på registerstatistikk, og disse foreligger allerede for 2012. Melhus kommune tar utgangspunkt i dette arbeidet i vurderingene av forskriften.

Folkehelseprofilene, slik de er presentert i 2012, gir kommunene tilbakemelding i forhold til hvordan de lokale forholdene er sammenlignet med et landsgjennomsnitt. Melhus kommune etterlyser muligheten til å kunne gjøre sammenligninger mellom kommuner som likner hverandre, utføre multivariate analyser samt å kunne gjøre analyse på sonenivå i store kommuner. Uten slike muligheter er de dataene som ble levert i år lite informative, og i forhold til høringsdokumentets *intensjoner* er de indikatorene som i år ble presentert, mangelfulle.

Kapittel 3 Gjeldende rett

Høringsdokumentets kapittel 3 setter som krav at kommunene skal produsere et langsiktig strategisk grunnlag for folkehelsearbeid hvert fjerde år i et oversiktsdokument. Oversikten skal utarbeides etter planstrategi i PBL §§7-1 og 10-1. Det løpende oversiktsarbeidet skal dokumenteres på hensiktsmessig måte, og sikres i kommunens internkontroll i forhold til folkehelseloven.

Melhus kommune støtter at dokumentasjonskravet her kan tilpasses lokale forhold og at kommunene selv skal ivareta kontrollfunksjonen.

I kapittel 3 vises det videre til Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) "Det følger av folkehelseloven § 7 at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Dette kan være tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og **sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.** Kommunen har videre som oppgave å føre tilsyn med faktorer i miljøet som kan ha innvirkning på helsen (miljørettet

helsevern).” Kommunene er ifølge lovteksten over forpliktet til å fremskaffe kunnskap (uthevet i teksten) som bare kan fremskaffes gjennom befolkningsundersøkelser.

Under beskrivelsen av fylkeskommunens arbeid med oversikt over helsetilstand er det nevnt at fylkeskommunen skal innhente opplysninger fra fylkeskommunal virksomhet, og her er tannhelse spesielt nevnt. Melhus kommune ønsker å framheve at data om elever i videregående opplæring, og spesielt frafallsdata, er informasjon kommunene har god nytte av i sitt arbeid med sosial ulikhet.

Kapittel 5 Virkeområde

”Formålet med oversiktene etter folkehelseloven er å ha kunnskap om helsetilstand og årsaker til sykdom på populasjonsnivå til bruk i folkehelsearbeidet. Det er da verken relevant eller nødvendig å ha opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner”, slår høringsnotatet fast. Men det åpnes likevel for at det ”på sikt” kan bli aktuelt å gi fylkeskommunene avgjørelsesmyndighet på dette området på bekostning av REK og Datatilsynet.

Melhus kommune vil poengtere at statistikk som er basert på individnivå vil muliggjøre langt mer avanserte analyser enn data på populasjonsnivå. Hvem som styrer dette er kanskje ikke så viktig, så lenge det sikres at instansen har nødvendig kompetanse. Men at det gis muligheter for å innhente opplysninger på individdata i forskningsøyemed er svært viktig. De dataene kommunen kan motta fra folkehelseinstituttet er nyttige og nødvendige bidrag i en samlet oversikt over helse og levekårsdata, men de er ikke tilstrekkelige for å kunne skaffe seg en oversikt over folkehelse slik den er definert og beskrevet i folkehelseloven. Dataene vil heller ikke være tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å kunne iverksette målrettede tiltak innenfor folkehelse, ettersom det ikke gis analyser som kan antyde årsaksforhold. Virkemidlene i forhold til folkehelse er jo i stor grad fysisk planlegging og fordelingspolitikk. Skal intensjonene i folkehelseloven innfris, må en ha kompletterende data som sier noe om helsefremmende faktorer og mestringsindikatorer. Slike data kan bare fremskaffes gjennom befolkningsundersøkelser. For å kunne drive målrettet arbeid med å utjevne sosiale ulikheter i helse, er kommunene avhengige av å få data på minimum levekårssonenivå regelmessig. Både strategimeldingen om sosial ulikhet i helse og Marmot-rapporten til WHO, lister opp 6 indikatorer som må være med i framtidige levekår-/helseundersøkelser. 2-3 av disse er indikatorer som bare kan framskaffes ved å spørre befolkningen (helseadferd, sosial integrering og helsetjenestetilbud).

Kapittel 6 Kommuner og fylkeskommuners arbeid med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

I høringsnotatets kapittel 6.1.2 nevnes det at ”Aktuelle indikatorer er organisasjonsdeltagelse, valgdeltagelse, kulturtilbud mv.”

Melhus kommune vil framheve at bortsett fra valgdeltagelse er dette er også indikatorer som bare kan fremskaffes gjennom en befolkningsundersøkelse. Organisasjonsdeltagelse er jo en svært viktig indikator for sosial kapital, og sier mye om mestringspotensiale hos den enkelte. Kunnskap om sosial kapital ønsker Melhus kommune å ha på levekårssonenivå.

Kapittel 8 Informasjon til befolkningen

Helse- og omsorgsdepartementet drøfter faren for at folkehelsesdata kan virke stigmatiserende i høringsnotatet.

Melhus kommune deler denne bekymringen, men presiserer at det er viktig at dataene er presise. Det vil være slik at ulike grupper i befolkningen har både ulik helse og ulik helseadferd, og dette bør kommunen kjenne, selv om det kan virke belastende for medlemmene i gruppa. Ett tiltak som bidrar til mindre stigmatisering, er å unnlate å bruke samleindeks. Ved å presentere funnene tematisk, kan en oftest oppleve at levekårssoner har både positive og negative funn. Ved å gjøre befolkningsundersøkelser basert mye på helsefremmende indikatorer, kan en også finne at levekårssoner som ville score lavt på levekårsindeks i en tradisjonell sosial-statistisk levekårsundersøkelse, kan komme godt ut på livskvalitet.

Høringsnotatet drøfter faren for identifisering i små kommuner. Melhus kommune ønsker at folkehelseinstituttet i de tilfeller dette er relevant, differensierer analysene for små og store kommuner, slik at storkommunene ikke mister viktig informasjon, men at personvernet til innbyggere i små kommuner blir ivaretatt.

Kapittel 9 Fylkeshelseundersøkelser

Høringsnotatet beskriver at folkehelseinstituttet skal legge til rette for fylkesvise helseundersøkelser. Fylkeskommunene skal oppmuntres til å gjennomføre slike etter en standardisert og sammenlignbar lest, men forskriften setter ikke noe krav om at dette skal gjennomføres.

Basert på argumentasjonen over, mener Melhus kommune at noen bør tilpliktes å fremskaffe befolkningsdata gjennom spørreundersøkelser. Ut fra dagens ressursituasjon, vil det være naturlig å legge denne funksjonen til kompetansemiljøet i trøndelagsfylkene representert ved Senter for helsefremmende forskning og HUNT som begge er tilknyttet NTNU. I Sør-Trøndelag har fylkeskommunen også signalisert at de ønsker en slik rolle, og de har demonstrert det ved å inngå et tett samarbeid med Malvik kommune og senter for helsefremmende forskning ved NTNU/HIST om en livskvalitetsstudie basert på spørreskjema til befolkningen. Høringsnotatet sier da også: "Ideelt sett ville en datainnsamling gjennomført av en og samme institusjon være den beste garantien for sammenlignbare data i alle fylker, både for undersøkelser blant voksne og ungdom". Skal fylkeskommunene ha rollen, må den styrkes på områdene samfunnsmedisin, epidemiologi og statistikk.

Kapittel 10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Departementet hevder at gjennomføring av denne forskriften ikke vil kreve ekstra ressurser fra kommunene utover det som er gitt i samhandlingsreformen, og at forskriften primært setter formkrav.

Dataene som blir gjort tilgjengelig fra folkehelseinstituttet, er av stor nytte for kommunene, og det ville vært ressurskrevende å samlet inn disse lokalt. Det er likevel slik at kravet til analyse av data til et nyttig nivå, og utvikling av kunnskapsbaserte tiltak basert på slike data, kommer til å kreve mer ressurser enn i dag. Melhus kommunes oppfatning er også at det blir nødvendig å gjennomføre befolkningsundersøkelser for å oppfylle forskriftens krav (som påvist flere ganger over), og dermed snakker vi om betydelig økte kostnader forbundet med helseovervåkingen.

SAMLET SAKSFRAMSTILLING

HØRINGSSVAR - FASTLEGEFORSKRIFTEN

PS sak: Utvalg	Møtedato
26/12 Komite for liv og lære	14.03.2012
Arkivsak: 12/442	Saksbehandler: Roger Santokhie

Rådmannens forslag til vedtak:

Komité for liv og lære vedtar rådmannens forslag til høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift.

Behandling i Komite for liv og lære den 14.03.2012 sak 26/12

Høringsnotat fra fastlegene i Melhus presentert i møtet.

Rådmannens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Komité for liv og lære vedtar rådmannens forslag til høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift.

Vedlegg:

Høringsnotat- revidert fastlegeforskrift

Andre dokumenter i saken som ikke er vedlagt:

St.melding 47, Samhandlingsreformen

Nasjonal helse- og omsorgsplan

Saksutredning:

Forkortelser:

EPJ elektronisk pasientjournal
DRG diagnoserelaterte grupper

LSU	lokalt samarbeidsutvalg
E-resept	elektronisk resept

Kommunene i Trondheimsområdet (Klæbu, Malvik, Melhus, Midtre Gauldal og Trondheim) er enige om å sende en likelydende høringsuttalelse til Helse og omsorgsdepartementet. Denne høringsuttalelsen er utarbeidet i samarbeid med ovennevnte kommuner.

Legetjenesten (allmennlegetjenesten) er en svært viktig del av helsetjenesten og ivaretar den primære lege- pasientkontakten, samtidig som allmennlegene har en viktig funksjon i forhold til andre deler av helsetjenesten. Allmennlegene har også en svært viktig rolle for å nå de overordnede målene i Samhandlingsreformen, som bl.a. er:

- Økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid både gjennom styrket folkehelsearbeid og styrket individrettet forebyggende arbeid i helsetjenesten
- En større del av helse- og omsorgstjenestene skal ytes av kommunene (ny, endret kommunerolle)
- Helsetjenestene skal være mer helhetlige og koordinerende

Allmennlegetjenesten har siden 2001 vært organisert gjennom fastlegeordningen.

Det ble gjort en evaluering av fastlegereformen av Norges forskningsråd (2001 – 2005), som viser bl.a at reformen har bedret tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten, gitt kortere ventetid og bedre legedekning. Kontinuiteten til legetjenesten og retten til å ha en fastlege er også verdsatt av befolkningen. Flere undersøkelser blant innbyggerne viser at befolkningen generelt er godt tilfreds med fastlegeordningen.

Likevel pekes det i høringsnotatet på flere utfordringer, som er nevnt i **St.melding 47, Samhandlingsreformen** og i **Nasjonal helse- og omsorgsplan**.

Følgende utfordringer er beskrevet i høringsnotatet til revidert fastlegeforskrift:

- Mange kommuner opplever at fastlegene ikke er tilstrekkelig integrert i det kommunale tjenesteapparatet. Dette til tross for at de har en sentral rolle i å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til pasientene. Fastlegene bør derfor integreres bedre i den øvrige kommunehelsetjenesten, slik at kompetansen deres kan utnyttes bedre og for å sikre enda bedre samordning med andre deler av det kommunale tjenesteapparatet.
- Forebygging og oppsøkende virksomhet skjer i for liten grad.
- Det eksisterer uklare forventninger til fastlegene og hva det er rimelig at fastlegene kan overkomme av arbeidsoppgaver.
- Det er store variasjoner når det gjelder henvisningspraksis
- Kvalitet og forskning er for lite vektlagt i dagens fastlegeordning

Høringsbrev og høringsnotat med forslag til revidert fastlegeforskrift ble sendt ut fra Helse- og omsorgsdepartementet 22.12.2011, med høringsfrist 22. mars 2012.

I høringsnotatet foreslår departementet blant annet:

- En presisering av kommunens ansvar for fastlegeordningen
- En presisering av fastlegens listansvar, herunder innføringen av krav til funksjon og kvalitet i tjenesten
- En forskriftsfesting av sentrale sider ved ordningen som i dag er avtaleregulert
- Plikt til rapportering til kvalitets- og styringsformål
- Økonomiske sanksjoner mot fastleger ved manglende oppfyllelse av avtalen

- At kommunen etter anmodning fra fastlege kan flytte truende og voldelige pasienter fra fastlegen til en annen fastlege, uten pasientens samtykke.

Melhus kommune er enig i formålet med fastlegeordningen slik det er beskrevet i høringsnotatet. Formålet er å videreutvikle fastlegeordningen og gjøre den enda bedre for brukerne og til et enda bedre redskap for god samhandling i kommunene og mellom kommunene og helseforetakene. Intensjonen i høringsforslaget er god og det meste av det som omhandler kvalitetsutvikling i fastlegetjenesten er bra forslag isolert sett.

En del legesentre i Trondheimsregionen jobber i dag langt på vei etter de standarder som er foreslått i forskriften, mens andre mangler en del. Dette er situasjonen også i resten av landet. Et viktig formål med ny revidering av forskrift og avtaler må være å oppnå mer likhet angående kvalitet på fastlegenes tjenester.

En ny fastlegeforskrift må gi retninger og prinsipper. Den bør bygge på målsetningen om økt kvalitet i tjenesten og økt tilgjengelighet for de som trenger det mest. Forskriften må også legge grunnlaget for at fastlegene blir en mer integrert del av kommunehelsetjenesten.

Høringsnotatets funksjons- og kvalitetskrav beskriver sentrale områder for god kvalitet, og vi støtter en bedre tydeliggjøring av listeansvaret.

Utkastet er imidlertid alt for detaljert på en del områder, og vil bidra til å skape urealistiske krav og forventninger som blir vanskelig å etterleve. En del av forslagene er også mangelfullt utredet angående konsekvenser.

Det blir for omfattende å kommentere hver enkelt paragraf. Det er allerede kommet mange innspill i den offentlige debatt og det gir grunnlag for å komme fram til bedre utforminger.

Vi ønsker en noe mer generell ramme i forskriften og at konkretisering, detaljer og lokale tilpasninger legges til avtaler mellom kommunen og fastlegene i den enkelte kommune.

Dette vil sikre bedre lokal forankring og delaktighet, både for kommunene og fastlegene.

Vi vil gi innspill innenfor følgende områder:

Samarbeid, gjensidig tillit og god dialog.

Dette er en grunnleggende forutsetning for å utvikle god kvalitet på tjenestene.

Trondheim kommune har hatt fastlegeordning fra forsøket startet i 1993, og har lang erfaring med god og tillitskapende relasjon mellom kommunen og fastlegene. LSU

(samarbeidsutvalget) har i alle år hatt en aktiv rolle og en viktig innvirkning på faglig utvikling.

Eksempelvis godkjente LSU at individuelle avtaler fra 2001 ga legene plikt å delta i basismøter, samt at de kvalitetsstandarder som vedtaes i LSU skal være førende for alle fastlegenes praksis. En slik standard i dag er at fastlegene på forespørsel skal ta hjemmebesøk innen 5

virkedager til pasienter som har hjemmesykepleie. Etter enighet i LSU har Trondheim

kommune også gjennomført registrering av ventetid på telefon, samt brukerundersøkelse på legesentrene. Trondheim har derfor allerede innført noen av de forslagene som nå skisseres i

utkast til forskrift, etter drøfting og enighet i LSU. Med disse gode erfaringene anbefales at LSU får en større plass i utformingen av fastlegeordningen i kommunene. Eksempelvis kan dette

omfatte drøfting og tilråding av lokale kvalitetsstandarder, utforming og gjennomføring av f.eks bruker-undersøkelser og telefontilgjengelighet, uthenting og bruk av kliniske og

pasientadministrative data fra legenes EPJ, samt tilrådinger ang f.eks avtalebrudd fra enkeltleger. LSU som samarbeidsforum er ikke nevnt i høringsutkastet.

Ang. § 18 (brukermedvirkning) og § 23 (telefontilgjengelighet) er dette to områder som kommunen og fastlegene bør samarbeide om, slik det er gjort i Trondheim kommune.

Tiltakene ble organisert av kommunen. Dette bidro til et enhetlig samarbeid om undersøkelsen. Høringsutkastet sier at fastlegene selv skal stå ansvarlig for dette. Fordelene med at

kommunen organiserer disse områdene er at det kan brukes lik metode og resultatene blir mer sammenlignbare.

Sanksjoner:

Slik dette er skissert i høringsforslaget, blir det problemfylt fordi det står i motsetning til å skape en god ramme for dialog og samarbeid. Når den ene parten i en samarbeidsrelasjon samtidig har virkemidler til å straffe den andre økonomisk, vil det ha negativ innvirkning på tillit og samarbeidsklima. I tillegg vil det for kommunen være vanskelig å iverksette sanksjoner slik det er skissert, og det vil forutsette et betydelig merarbeid til undersøkelser og saksbehandling. For mange av høringsforslagets paragrafer vil det også være vanskelig å kunne dokumentere svikt. En trussel om straff og sanksjoner slik de fremkommer i forslaget, er dårlige virkemidler til å skape bedre kvalitet i tjenesten.

Kommunene må likevel ha mulighet til sanksjoner, ved å si opp avtaler med fastleger som åpenbart - og til tross for dialog, gjentatte ganger bryter avtaler og forskrift. Dette må reguleres av en prosedyre som også ivaretar legens juridiske rettigheter.

Ressursbruk og legeårsverk.

Høringsutkastet har en rekke forslag som til sammen vil berøre de fleste sider av fastlegenes daglige gjøremål. Det er vanskelig å si hvor mye økt tidsbruk hvert enkelt forslag vil innebære, men ser en alle forslag under ett, vil det måtte gå ut over tilgjengelighet til fastlegen. I tillegg har utviklingen de siste 10 år gått i retning av at fastlegene har fått overført nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, en utvikling som vil fortsette ved innføring av samhandlingsreformen. Samtidig har legesøkningen generelt i befolkningen økt. Avtaleverket fra 2001 har et normtall på listene på 1500 personer for full kurativ praksis, med fradrag for tid i kommunal bistilling (inntil 1 dag pr. uke).

Høringsforslaget viderefører samme normtall og åpner for at legene kan tilpliktes dette tallet. Dette normtallet mener vi er for høyt, fordi kravene i ny forskrift vil kreve mer tid og fordi fastlegenes arbeidsoppgaver har økt de siste 10 årene. Listetaket bør justeres ned til 1300 pasienter tilsvarende full kurativ uke.

Et felles løft for utviklingen av en bedre fastlegeordning

Etableringen av fastlegereformen i 2001 var et felles løft fra sentrale myndigheter, kommunene/KS og legene/ Legeforeningen.

Den nye forskriften legger opp til et kvalitetsløft for fastlegeordningen. Slik høringsforslaget er utformet, er det bare kommunene og fastlegene som skal iverksette dette. Det er ikke vist til at sentrale myndigheter skal tilpliktes noen oppgaver. Som ved innføring av fastlegeordningen i 2001, mener vi at den viktige videreutviklingen som nå skisseres, ikke vil være mulig uten at også sentrale myndigheter bidrar.

Sentrale myndigheter må etter vårt syn bidra på følgende områder:

- Utvikle og bekoste et rapporteringsverktøy i samarbeid med de 3 EPJ-leverandørene i allmennelegetjenesten. Slik høringsutkastet er utformet, blir ansvaret her lagt til den enkelte fastlege, noe vedkommende umulig kan realisere. En slik utvikling av IT-løsninger må skje i samarbeid mellom sentrale myndigheter og de 3 EPJ-leverandørene, med finansiering av sentrale myndigheter. Denne modellen har fungert bra ved utvikling av E-resept, og de erfaringene må det bygges videre på.
- Bidra til å utvikle dagens EPJ-systemer slik disse kan gi fastlegene mulighet å oppfylle § 19 kravet om oversikt over listeinnbyggerne.
- En konsekvens av at listetak må nedjusteres til 1300, er at basistilskuddet pr person på listen må øke.

Fare for utilsiktede "vridningseffekter"

Dersom det blir utviklet kontrollsystemer med mulighet for sanksjoner, kan det medføre at fastlegene tilpasser sin praksis slik at de unngår å bli "straffet" økonomisk. Noen eksempler på hvordan dette kan foregå er følgende:

- Frykt for sanksjoner gir sterkere "tidsklemme" og kan medvirke til kortere konsultasjonstid og økt antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Pasienter med psykiske vansker trenger gjerne mer tid og kan bli rammet av dette.
- Innføring av f. eks kølappsystemer med kraftig økt tid på venterommet for å tilfredsstille krav om time innen definert antall dager.
- Nedprioritering av "svake" pasientgrupper og øyeblikkelig-hjelpfunksjonen fordi kravet er at "alle" skal ha time innen 2 (5) dager.
- Tilpasning av journalføring, f.eks hvilke diagnoser som velges, for å tekkes rapporteringssystemer. (på linje med kjente eksempler fra DRG-bruk i helseforetak)

Vurdering

Intensjonen med den nye forskriften er god - med hensyn til målsetningen om å heve kvaliteten, øke tilgjengeligheten og bidra til en legepraksis som er mer innrettet på å forebygge sykdom og bidra til god folkehelse. Forslaget peker imidlertid i liten grad på hvilke virkemidler som skal sørge for at dette skjer.

Det nye forslaget stiller krav både til kommunen og til legene mht. mer oppfølging, mer samarbeid, kortere responstid osv. Dette vil nødvendigvis bety merarbeid.

Under kap.6 - økonomiske og administrative konsekvenser, konkluderes det med at de aller fleste endringer ikke vil få økonomiske konsekvenser, med unntak av at det vil kreve ressurser fra statlige helsemyndigheter å utrede hvilke rapporteringskrav som skal gjelde. Dette er ikke troverdig.

Med den mengden av merarbeid den nye forskriften pålegger fastlegene, må arbeidsoppgavene enten løses ved at det eksisterende fastlegekorpset må jobbe mer, eller ved at vi får flere legerstillinger. Begge alternativer vil føre til merutgifter for stat og kommuner.

Formålet med forskriften skal være at alle innbyggere får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid. Med tanke på at det faktisk er ganske stor variasjon i de individuelle avtalene mellom kommunene og legene, ville det være ønskelig at forskriften setter tydeligere generelle rammer for disse avtalene for å sikre at det blir et likverdig tilbud uavhengig av geografi og kommunestørrelse.

Kommunene støtter i hovedsak forslaget til ny fastlegeforskrift. Forutsetningen for at denne forskriften skal bli et positivt styringsredskap og danne grunnlaget for den lokale dialogen og eventuelle avtaler med utgangspunkt i lokale forhold og gjeldende forskrift, er at staten bidrar med finansiering både av økning i antallet hjemler, og i en mer realistisk listelengde som norm.

Økonomiske konsekvenser

Revidert fastlegeforskrift slik den foreligger i høringsnotatet i sin nåværende form, vil kreve betydelig økte utgifter for kommunen for å administrere og drifte ordningen. Dette gjelder bl.a. håndtering av data for styring og kvalitetsformål fra fastlegene, samt overvåking av tjenestekvaliteten til hver enkelt fastlege. I tillegg kommer vurderinger dersom forskriften blir brutt, samt praktisk og juridisk arbeid rundt eventuelle sanksjoner. Dette må kompenseres gjennom statlige tilskudd til kommunene.

Rådmannens innstilling

Komité for liv og lære vedtar rådmannens forslag til høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift.