



SAMLET SAKSFRAMSTILLING

Utvalg
Formannskapet

Møtedato
20.03.2012

Saksnr.
66/12

HØRINGUTTAELSE OM REVIDERT FASTLEGEFORSKRIFT SNÅSA KOMMUNE

Vedlagte dokumenter:

1. Høringsbrev utsendt fra HOD 22.12.11, med høringsfrist 22. mars 2012.

Ikke vedlagte dokumenter:

1. Høringsnotatet (119 sider) finnes på følgende adresse:
<http://www.regjeringen.no/pages/36634101/fastlegeforskrift.pdf>
2. Høringsutkast fra KS datert 08.02.12

Saksopplysninger og vurderinger:

Kommunene er gjennom ny lovgivning og nylig oppstartet samhandlingsreform gitt et tydeligere ansvar for kvalitet og tilgjengelighet på nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Dette «sørge for ansvaret» pålegger kommunene blant annet å ha oversikt over tjenestenes kvalitet, hvordan de ulike deltjenestene samarbeider for å skape helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp, og at alle tjenester har fokus på helsefremmende, forebyggende og mestringsorientert praksis.

Det er allmenn enighet om at fastlegenes betydning er meget avgjørende for hvorvidt kommunene kan oppfylle sine forpliktelser etter lovverket, eller ikke
Kommunene har et legitimt behov for at fastlegene integreres tydeligere i rolle og funksjon med den øvrige helse- og omsorgstjenesten.

Forslag til ny fastlegeforskrift er ett av flere tiltak som er ment å underbygge at kommunene kan ivareta sin nye rolle, sitt tydeligere «sørge for ansvar», gi helse- og omsorgstjenester av mer faglig krevende karakter i stedet for sykehusinnleggelser etc.

En større grad av forskriftshjemling av fastlegenes rolle og ansvar, vil være nødvendig for at kommunene skal kunne realisere målsettingene i samhandlingsreformen og fylle den nye kommunerollen.

Fastlegene som del av den totale helsekompetansen

Det er avgjørende for tjenestekvalitet, kommunenes mulighet til å etterleve «sørge for ansvaret», og realiseringa av samhandlingsreformens målsettinger, at kommunen og fastlegene sammen med den øvrige helsekompetansen i kommunen, drøfter seg gjennom og oppnår enighet om hvordan:

- En samla kan styrke arbeidet overfor utsatte grupper i samfunnet, innenfor psykiatri, rus, geriatri, rehabilitering etc.

- Hvordan fastlegene kan bidra til økt fokus på helsefremming, forebygging og mestring.
- Hvordan kommunen, eventuelt i samarbeid med andre kommuner, kan bygge opp kompetanse og tjenester for å redusere innskriving i sykehus, gi et døgnbasert øyeblikkelig hjelp tilbud, hvordan legehjemlene kan fungere samlet som helhet, blant annet i forbindelse med legevakt, etc.
- Legene kan bidra til kunnskap om helsetilstanden i befolkningen, bidra i planlegging av virksomme tiltak for å møte utfordringene innenfor en bærekraftig ramme og innenfor gjeldende lovverk.

Sjøl om fastlegenes rolle og oppgaver nå i større grad hjemles i forskrift, vil kommunene påpeke behovet for å utvikle gode dialoger og formelle samarbeidsforum lokalt, som arena for lokale forhandlinger, drøftelser av utviklingstiltak, drøfting av kvalitetsmål og prioriteringer. Alt dette med utgangspunkt i den rammen som forskriften gir.

Forslaget til ny forskrift inneholder mange gode intensjoner. De fleste vil nok være enige i at

- økt tilgjengelighet for pasienter
- økt tilgjengelighet for kommunen
- økt tilgjengelighet for øvrige samarbeidspartnere
- økt fokus på forebyggende helsearbeid
- bedre kvalitetskontroll

vil være ønskelig i den videre utvikling av fastlegeordningen. Hvis en imidlertid ser dette på bakgrunn av at de økonomiske rammer og antall pasienter på fastlegens liste vil være uendret, så fortoner disse gode intensjoner seg som ikke gjennomførbare. Dette fordi fastlegene i utgangspunktet har en effektiv tjenesteproduksjon innen de eksisterende rammer. Prioritering av enkelte områder vil gå på bekostning av andre. Kort sagt, krav om "mer av alt" innen de samme rammer, vil fort oppfattes av fastlegene som urimelig.

Kommentarer til enkeltelementer i forslag til ny fastlegeforskrift

1. Ved å pålegge fastlegene nye oppgaver og en mer samhandlende rolle i en helhetlig helse- og omsorgstjeneste, vil resultatet bli behov for flere fastlegehjemler i kommunene. Dette forutsetter statlig finansielt bidrag til kommunene.
2. Det er ikke realisme i å opprettholde listelengde på 1500 innbyggere per hjemmel, samtidig som vesentlige nye oppgaver og funksjoner tillegges fastlegene. Denne utfordringen berører økonomi, arbeidsforhold og eventuelt fare for nedprioritering av oppgaver som kommunen definerer som viktig at fastlegene går inn i. Det vil ikke være praktisk mulig å holde god kvalitet i pasientbehandlingen når listestørrelsen kan være opptil 1500 pasienter og listeansvaret så stort som ny forskrift tilsier. Stortingsmelding nr. 47 signaliserte pasientlister på 1000 innbyggere pr. lege. Dette er ikke fulgt opp i forskriften.

Kommentarer til enkeltparagrafer i forslag til ny fastlegeforskrift

3. § 7: *Kommunens ansvar for kvalitet i allmennlegetjenesten*
Legen må selv stå ansvarlig for forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesteutøvelsen i sin legepraksis. Kommunens ansvar bør være å se til at legen har på plass et internkontrollsystem.
4. § 8: *Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid*
Her bør videreføring av lokale samarbeidsutvalg nedfelles

Kommunene må gis økonomiske virkemidler til å rekruttere flere leger til allmennmedisin. Leger som starter ny praksis, med ingen pasienter på listen, trenger økonomisk tilskudd fra kommunen til de har minst 500 innbyggere på listen. Uten økonomiske virkemidler, vil det være vanskelig å rekrutterer yngre leger til kommunene.

5. *§ 10: Fastlegens listeansvar.*
Slik ny forskrift foreslår, kan det se ut som om legen er koordinator for pasientene. Det anbefales at det presiseres bedre at legen må være medisinskfaglig koordinator for listepasientene sine. Høringsnotatet side 43 sier noe annet enn den konklusjonen som kommer under. Helseattester skal skrives ut når det er et klart behov. Ikke nødvendigvis på enhver forespørsel.
6. *§ 12: Fastlegens deltakelse i annet allmennlegearbeid i kommunen*
Kommunene ønsker at de innenfor de 7.5 timene kan pålegge legene ansvar som flyktningelege, lege som utvikler spesialkompetanse på asylsøkere, pasienter med rus og psykisk utviklingshemmede, og at dette medtas i forskriften under kommunens mulighet for tilpliktning. Begrunnelse for dette er at disse pasientene trenger bedre oppfølging.
7. *§ 15 Samarbeid med kommunen*
Forskriften foreslår « Legen plikter å delta i nødvendige møter med kommunen». Her ønsker vi en presisering til «årlig møte» for å drøfte den enkelte leges virksomhet.
8. *§ 16 Rett til å anmode kommunen om å flytte person fra listen*
I overskriften står det at legen har rett til å anmode kommunen – i teksten under er rett byttet ut med «kan anmode» Det er ønskelig at legene gis en rett her.
9. *§ 17 Krav til kvalitet.*
Det er behov for en setning som harmoniserer fastlegens ansvar til å ha internkontrollsystem med kommunens krav til å kontrollere om legen har internkontrollsystem. Se § 7. Det bør stå at fastlegen har ansvar for å ha internkontrollsystem i sin legepraksis. Viktig informasjon bør gis til pasientene når det er hensiktsmessig ut fra legens skjønn.
10. *§ 18 Brukermedvirkning*
Det kan synes mest hensiktsmessig at det er kommunen som etablerer system for innhenting av brukererfaringer om fastlegepraksisen, fordi dette er en del av den kommunale tjenesteytingen. Dette for mer objektivt å kunne vurdere tjenestene de ulike legene gir til innbyggerne. Da blir det likhet i brukerundersøkelsene, og kommunen kan sammenligne leger og legekontor internt i kommunen og med andre kommuner.
11. *§ 19 Oversikt over listeinnbyggerne*
«Fastlegen skal ha et system for å identifisere innbygger på listen som;
a) Benytter seg av tjenestetilbudet i vesentlig mindre grad enn personens medisinske behov tilser.
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»

Det stilles spørsmål om det er mulig å få frem et slikt system av informasjon, spesielt informasjon i forhold til punkt a.

12. § 20 Oppsøkende virksomhet

Her står det at lege skal tilby konsultasjon og hjemmebesøk for de som ikke selv søker hjelp. Legen bør kunne vurdere om de skal tilbys konsultasjon **eller** hjemmebesøk.

13. § 21 Medisinskfaglig koordinering og samarbeid

Denne paragrafen gjentar § 10. Det kan stilles spørsmål om §§ 10 og 21 bør være samordnet. Lege bør ikke være koordinator for ansvarsgrupper, da det vil være svært arbeidskrevende over lang tid og ta uforholdsmessig mye legeressurs. Som overskriften sier, må fokuset være at fastlegen må være medisinskfaglig koordinator. Overskrift og innhold må harmoniseres.

14. § 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser

Paragrafen bør skrives om eller tas ut. Tilgjengelighet og pasientfornøydhet bør være ett av temaene som tas opp på den årlige individuelle samtalen mellom kommunen og fastlegen. Det er urimelig å sette krav i forskrift om at 80 % av telefonhenvendelsene skal besvares innen 2 minutt. Det er strengere responstid enn 113 og 112 sentralene har. Og det gir ingen kvalitativ nytte for pasienter som ringer hvis de får svar om at de ikke kan få hjelp i dag. Og hvordan kan kommunene kontrollere og kvalitetssikre oppfyllelse av kravene? Krav om timebestilling på SMS og e-post synes OK. Men det må presiseres at det systemet ikke må brukes når pasienter har behov for øyeblikkelig hjelp.

Generelt krav om time innen 2 eller 5 dager synes uhensiktsmessig. Det er viktig å kunne prioritere de som trenger time raskt. Det vil kunne medføre at uprioriterte behov må finne seg i å vente lenger.

Tilbud om konsultasjon må vurderes i forhold til pasientens problemstilling. Ønsker du time fordi førerkortet ditt går ut i mai og du ringer i februar, så trenger du ikke time innen 2 eller 5 dager. Et slikt system vil prioritere de friske fremfor de sykeste, og det er ikke intensjonen med Samhandlingsreformen, og heller ikke kommunens ønske i forhold til prioritering og oppfølging av pasienter.

Kravet til fastlegen bør være at han/hun får ansvar for å organisere en forsvarlig tilgjengelighet på telefon og en konsultasjonspraksis som er medisinskfaglig forsvarlig og som ivaretar de sykeste pasientene først. Det er behov for anbefalt standard på hvor mange årsverk hjelpepersonell hver lege bør ha i sin virksomhet

15. § 25 Hjemmebesøk

Denne paragrafen er svært uhensiktsmessig utformet. I prinsippet er det slik at fastlegen yter beste tjenester innen utredning og behandling på sitt kontor. Utfordringen vil da være hva som er hensiktsmessig transport til kontoret. I en del tilfeller vil det pga medisinske eller sosiale forhold være mer hensiktsmessig med hjemmebesøk. Det må da være fastlegens vurdering av behov som legges til grunn, og ikke pasientens ønske. En vil spesielt peke på fastlegens rolle i

forhold til pasienter i omsorgsbolig. Dette kan være en prioritert gruppe for besøk, da et besøk også gjerne vil medføre en vurdering sammen med omsorgspersonell.

Under punkt a anbefales det at det står «som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke er i *stand til*» og «ikke er forhindret».

16. § 26 *Henvisningspraksis*

Dette punktet foreslås strøket. Punktet trenger ikke forskriftsfestes. Faglige veiledere er utarbeidet og er grunnlag nok.

17. § 27 *Legemiddelforskrivning*

I en del tilfeller overtar spesialisthelsetjenesten pasientbehandlingsansvaret for kronisk syke pasienter. Da bør ansvaret for legemiddelgjennomgang ligge til spesialisten, som så rapporterer årlig til fastlegen.

18. § 28 *Sykefraværsoppfølging*

Der fastlege er sykmelder, bør han/hun ha dette ansvaret, men ikke der fysioterapeut eller spesialist er sykmelder.

19. § 29 *Elektronisk pasientjournal m.m*

Forskriftenes riktige påpekning av plikt til elektronisk registrering og kommunikasjon, medfører nødvendighet av at tjenestene for øvrig i kommunen og samarbeidende instanser innfører elektronisk kommunikasjonskanaler. Dette burde være styrt samla fra statens hånd, og fullfinansiert fra staten.

20. §30 *Tolk*

Denne paragrafen vil påføre kommunen ekstra utgifter til utarbeidelse av informasjonsmateriell på mange ulike språk. Dette bør være et statlig ansvar å utarbeide.

21. § 31. *Krav til rapportering*

Oppfølging av definerte nasjonale funksjons- og kvalitetskrav vil kreve økt administrativ innsats fra kommunens side. Dette er både et kompetanse- og ressurspørsmål. Økning i oppgavemengden må finansieres.

22. § 32 *Fastlegeavtale*

«Kommunen skal inngå en individuell avtale med alle leger som skal delta i fastlegeordningen. Dette gjelder også om fastlegen arbeider i gruppepraksis eller er en del av en felles liste»
Første avsnitt er ok. Avtalen skal regulere samarbeidet mellom kommunen og legen på system og individnivå. Forskriftsfesting av avtalens innhold kan fortsatt stå i rammeavtalene mellom KS og Den norske legeforening.

23. § 36 *Sanksjoner ved manglende oppfyllelse av individuell avtale, rammeavtale eller regelverk.*

Fastlegen er gitt mulighet til å påklage kommunens avgjørelse om sanksjoner til Fylkesmannen. Kommunen er imidlertid ikke gitt samme rettighet til noe organ de kan rådføre seg med i sanksjonssaker. I tilfeller der fastlegen ikke oppfyller kommunens forventinger etter avtalene, så må kommunene ha et nasjonalt organ som rådgir og treffer avgjørelser i en evt. uoverensstemmelse.

24. Andre kommentarer

De nye oppgavene til kommunene, mer oppfølging, rapportering, analyse av styringsdata, dialog og samhandling etc., vil underbygge behovet for mer interkommunale forpliktende samarbeidsløsninger.

Legene og kommunene må se sitt samfunnsansvar, og sitt delansvar for at kommunen oppfyller sin nye kommunerolle, så de samspiller konstruktivt og profesjonelt med helse- og omsorgstjenesten for øvrig, og at legene (på tross av at de er privat næringsdrivende) er villige til å delta aktivt for å utvikle kvalitet og et framtidsretta perspektiv i sitt møte med innbyggeren, som i alt bygger opp under intensjonen med samhandlingsreformen.

Rådmannens forslag til innstilling:

Snåsa Kommune støtter i hovedsak forslaget til ny fastlegeforskrift, med de endringer som er anført ovenfor. Forutsetningen for at denne forskriften skal bli et positivt styringsredskap og danne grunnlaget for den lokale dialogen og eventuelle lokale 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.

Snåsa Kommune ber departementet (HOD) inngå i drøftinger med KS og fastlegenes organisasjon, for å avklare uenighetspunkter, drøfte mulige alternativer samt framforhandle enighet om vesentlige mål med forskriften. Målsettingen bør være tydeligere linket til kommunenes ansvar for å realisere samhandlingsreformens målsettinger.

Behandling/vedtak i Formannskapet den 20.03.2012 sak 66/12

Behandling:

Ingen andre forslag ble framsatt.

Votering.

Enstemmig vedtatt.

Formannskapets vedtak:

Snåsa Kommune støtter i hovedsak forslaget til ny fastlegeforskrift, med de endringer som er anført ovenfor. Forutsetningen for at denne forskriften skal bli et positivt styringsredskap og danne grunnlaget for den lokale dialogen og eventuelle lokale 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.

Snåsa Kommune ber departementet (HOD) inngå i drøftinger med KS og fastlegenes organisasjon, for å avklare uenighetspunkter, drøfte mulige alternativer samt framforhandle enighet om vesentlige mål med forskriften. Målsettingen bør være tydeligere linket til kommunenes ansvar for å realisere samhandlingsreformens målsettinger.