



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

DERES REF: / YOUR REF:

VÅR REF: / OUR REF:
2011/1586 I SZB

DATO: / DATE:
22. mars 2012

Høring - revidert fastlegeforskrift

Statens helsetilsyn støtter forslaget om å regulere de mest sentrale rettigheter og plikter på forskriftsnivå, og ikke i avtaleverket. Vi deler også departementets syn på at presiseringer som i dag omtales i merknader til bestemmelsene i fastlegeforskriften, blir en del av selve forskriften. Vi har imidlertid kommentarer til enkelte temaer/bestemmelser som omtales i utkastet til revidert fastlegeforskrift.

Innledningsvis vil vi bemerke at forslaget til revidert fastlegeforskrift innebærer en ny måte å detaljregulere private tjenesteytere på. Det fremgår ikke av høringsnotatet hvorvidt dette vil bli fulgt opp i forhold til andre tjenesteytere som inngår avtale med kommuner eller den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Innledning

I vårt høringsbrev til fastlegeordningen reiste vi flere problemstillinger som vi fortsatt mener er aktuelle. Disse er:

- Helsetilsynet vil påpeke at en gjennomføring av fastlegeordningen som ivaretar alle intensjonene, er avhengig av en tilstrekkelig og stabil legedekning i primærhelsetjenesten.
- Helsetilsynet ser med bekymring på bemanningssituasjonen i norsk allmennlegetjeneste.
- Helsetilsynet mener det vil være uhensiktsmessig å innføre fastlegeordningen hvis dette medfører redusert tilgjengelighet til sin fastlege. En slik reduksjon anser vi som sannsynlig hvis leger pålegges et listetall som er høyere enn den pasientpopulasjon den enkelte allmennlege har ansvaret for i dag.

På side 3 i høringsbrevet beskriver departementet målet med forslaget:

- Styrket kvalitet – trygge, sikre, virkningsfulle, tilgjengelige, koordinerte og rettferdig fordelte tjenester der ressursene utnyttes på en god måte
- Mer innsats på å begrense og forebygge sykdom der dette er effektivt – herunder aktiv oppfølging av kronikere og andre pasienter med særskilt risiko for sykdom og behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten, samt tilstrekkelig oppfølging av sårbare grupper som ofte ikke selv oppsøker lege
- Tettere samhandling med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester
- God geografisk legefordeling og god rekruttering til allmennlegetjenesten, bl.a. med fokus på å sikre større stabilitet i legedekningen i distriktskommuner.

Ved en revisjon av fastlegeforskriften, er det fra vår side ønskelig at det blir tatt inn flere elementer med sikte på ytterligere å høyne kvaliteten på tjenesten. Slik vi oppfatter høringsnotatet er det i for stor grad likhetstegn mellom kvalitet og tilgjengelighet. Forutsetningene for tettere samhandling med kommunale tjenester er i liten grad konkretisert. Vi reiser derfor spørsmålet om forslaget vil kunne sikre større stabilitet i legedekningen.

Statens helsetilsyn har valgt å dele høringsuttalelsen inn med følgende overskrifter:

- Kommunens overordnede ansvar for fastlegetjenesten – kapittel 2
- Kunnskap om tilgjengelighet til helsetjenestene
 - Om fastlegene
 - Om øvrige helsetjenester
- Utvidet ansvar og flere oppgaver – kapittel 4
- Fastlegene og samhandling
- Legevakt - § 13
- Kompetansekrav
- Listelengde §§ 4, 36 og 37
- Konsekvenser for tilsynsmyndigheten
- Krav til rapportering og elektronisk verktøy - §§ 27 og 31
- Sanksjon - § 36
- Suspensjon - § 40
- Økonomi - § 9
- Utkast til forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen
- Oppsummering og konklusjon

Kommunens overordnede ansvar for fastlegetjenesten – kapittel 2

I Helsetilsynets rapport 5/2011 om kommunale helse- og sosialtjenester til eldre konkluderte vi på grunnlag av funnene med at den kommunale styringen av helsetjenestene var svak. Vi påpekte dessuten dilemmaet som ligger i at kommunen har det overordnede ansvaret for å tilrettelegge for samarbeid mellom helsepersonell og ulike deler av helsetjenesten, men kan ikke ensidig bestemme hvordan fastlegene skal samarbeide. Videre tyder funn fra tilsynet på at både kommuner og fastleger har behov for en tydeliggjøring av fastlegetjenestens oppgaver og ansvar.

Etter Statens helsetilsyn sin oppfatning må det avklares hva som legges i begrepet styring, hvilken kompetanse det vil kreve og hvilke virkemidler som kan være

aktuelle. Vi understreker at økt styring vil kreve at kommunen har tilstrekkelig faglig kompetanse i forhold til allmennlegetjenesten, herunder fastlegeordningen.

I kravene til kommunens arbeid med kvalitetsutvikling og styring bør det komme fram av fastlegeforskriften at kommunen må ha tilgang til opplysninger om tjenestene i samsvar med bestemmelser i internkontrollforskriften og § 7 i høringsnotatet også for private tjenesteytere. Dette vil også være i tråd med helsepersonelloven § 26 om opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer.

Kommunene skal ha et tilretteleggings og koordinerende ansvar for helsetjenestene. Dette ansvaret må tydeliggjøres slik at oppgavene kan forstås av samarbeidspartene i samhandling, informasjonsutveksling og kommunikasjon. Statens helsetilsyn ser utfordringene med å utdype hva som bør ligge i fastlegens medisinskfaglige koordinerende ansvar, kfr. dilemmaet som ligger i at kommunen ikke ensidig kan treffe avgjørelser i faglige spørsmål. Vi mener likevel at det bør tilstrebes blant annet for å gi mulighet for tilsynsmessig oppfølging.

Under medisinskfaglig rådgivning i § 12 er allmennlegearbeid i kommunen listet opp. Departementet har ikke beskrevet innhold eller omfang - kompetanse eller posisjon, knyttet til slik rådgivning. En slik beskrivelse hadde etter Statens helsetilsyns oppfatning vært ønskelig ut fra at kommunal styring vil kreve spesifikk heving av bestiller- og vurderingskompetansen i kommunene.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid, er det under punkt 7.6.2 blant annet uttalt: *”Utfordringen er å tilby tilpassede lavterskeltilbud i nærmiljøet på områdene tobakk, ernæring og fysisk aktivitet, herunder adekvat kompetanse og hensiktsmessig organisering av tilbudet. Evaluering av utprøving av lavterskeltilbud i en del kommuner i fem fylker viser at legene – både fastlegen og kommunelege 1 – har en nøkkelrolle i utvikling og tilrettelegging av slike tilbud i tilknytning til kommunens forebyggende helsetjenester. I det videre utviklingsarbeid er det viktig å ha realistiske oppfatninger om hvilke effekter som kan oppnås gjennom individuelle opplegg fra fastlege eller annet helsepersonell, herunder at vurderingene også foretas i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Disse vurderinger må skje i dialog med organisasjonene til fastlegene og øvrig helsepersonell.”*

Etter Statens helsetilsyns vurdering burde begreper som ”realistiske oppfatninger” og ”samfunnsøkonomisk perspektiv” vært omtalt i høringsnotatet. Vi kan ikke se at kommunelege 1-funksjonen er konkretisert henimot rolle, ansvar og kompetanse i forhold til fastlegeordningen som kommunalt ansvar.

Kunnskap om tilgjengelighet

Om fastlegene

Reformen har gitt bedret tilgjengelighet ved kortere ventetid og bedre legedekning. Commonwealth Fund Survey 2011 viste at det er lettere å komme til helsehjelp utenom kontortid i Norge enn i andre land. I denne undersøkelsen svarte 64 prosent av de norske respondentene at det er lett eller veldig lett å komme til lege utenom kontortid. Året forut var andelen 55 prosent. Andelen som kommer til lege samme dag som man blir syk er høyere i Norge enn i de landene vi er sammenliknet med. I den

omtalte undersøkelsen svarte 53 prosent at de kom til lege samme dag. Året forut var andelen 33 prosent. Samtidig viser undersøkelser at fastlegene er fornøyde. Likevel er rekrutteringen av allmennleger svak.

Om de øvrige helsetjenestene

For å sikre pasienter god helsehjelp, vil det kreves tilgjengelighet til også de øvrige helsetjenestene. En rekke forskningsrapporter, rapporter fra tilsynsmyndigheten og andre - har påvist dårlig tilgjengelighet til en rekke spesialisthelsetjenester og andre tjenester som sykehjem og omsorgstjenester. I Rapport fra Helsetilsynet 3/2010 om distriktpsykiatriske tjenester, omtales svakheter og mangler ved tilgjengelighet til rett til nødvendig helsehjelp. I Rapport fra Helsetilsynet 7/2010 om funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem 2008-2010, ble det vist til at legen har for lite tid til å følge opp pasientenes legemiddelbehandling. Dette tilsier økt behov for legetjenester som fastlegene forutsettes å bidra til. I rapport fra Norsk pasientregister IS-1930 fremstår ventetiden i spesialisthelsetjenesten som fortsatt bekymringsfull. Data fra Norsk pasientregister IS-1930 viser en utvikling fra 2. tertial 2007 til 2. tertial 2011, som i hovedsak er negativ både samlet og for rettighetspasienter. Median ventetid er henimot to måneder. Dette gjelder både for somatiske tilstander og psykiske lidelser. Bare for BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) og TSB (tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer) er utviklingen positiv.

En hver pasient som venter på plass eller time hos fastlegens samhandlingsparter, må i ventetiden forholde seg til sin fastlege. Dette vil være særlig uheldig for pasienter med psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet, belastningsskader, urologiske tilstander med mer, og opptar konsultasjonstid for andre pasienter. Vi kan ikke se at dette forholdet er vurdert i høringsnotatet.

Utvidet ansvar og flere oppgaver - kapittel 4

Det oppsatte kravet til telefontilgjengelighet, er vist å være innfridd hos mange allerede og vil nok kunne innfris av nær alle fastleger. Likeledes er det fastleger som har innført systemer for "time samme dag", uten at dette nødvendigvis styres av behov for øyeblikkelig hjelp (§ 24).

Å innføre dette som en generell ordning vil kunne føre til en favorisering av de "sterkeste" pasientene på bekostning av de pasientgruppene som det i høringsnotatet tas sikte på å sikre et tilbud til. Pasientens personlige vurdering av hastegrad vil ofte avvike fra det som er medisinsk faglig fundert. Fastlegen må derfor kunne ta avgjørelsen, slik at den som har størst behov for hurtig hjelp kommer foran den med mindre behov. Fastlegen må videre ta stilling til forsvarlig ventetid i hvert enkelt tilfelle og veilede sine medarbeidere ved delegering av oppgaven. Til denne oppgaven kreves tilstrekkelig kompetanse.

I en nylig publisert rapport om legevakt fra Kunnskapssenteret i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (mars 2012), fremkommer det at det fortsatt er for lang ventetid for å komme til undersøkelse og behandling. Det er vist at mange pasienter vil velge fastlegen dagen etter hvis det var mulig - fremfor å benytte legevakt. Det må således settes av tid til og skapes tilgjengelighet for denne typen pasienter. Vi gir derfor vår tilslutning til hovedinnholdet i § 24. Dette styrker begrunnelsen for at det er fastlegen som må vurdere behovet for og retten til

nødvendig helsehjelp - og derved kravet til rask behandling.

Departementet ønsker å bedre kontinuiteten i lege-pasientforholdet. Statens helsetilsyn deler dette ønsket. Bedret kontinuitet har imidlertid et tidsaspekt. Det vil si at legen må ha en beredskap for gruppen pasienter som er i særlig behov for kontinuitet i behandlingsforløpet. Å ha en slik beredskap, kombinert med økt tilgjengelighet for alle pasienthenvendelser, lar seg vanskelig forene.

Vi uttalte oss til oppsøkende virksomhet i vårt høringsbrev fra 1999 under overskriften: Utvidet ansvar. Høringsnotatet den gang ga noe ulike signaler med hensyn til om det ble forventet at legen skulle drive oppsøkende virksomhet i forhold til visse pasientgrupper. Videre uttalte vi oss til dette i vårt høringssvar til forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor vi belyser enkelte uheldige effekter ved proaktiv virksomhet.

Begrepet ”journalinformasjon” står sentralt. Etter vår vurdering bør det klargjøres hva som ligger i dette.

Statens helsetilsyn savner en omtale av hvordan det kan sikres at journalinformasjon overføres fra tidligere fastlege til ny fastlege. Mangel på overføring av journal vil være avgjørende for pasienter hvor proaktiv holdning fra legens side er særlig viktig (som psykiatriske pasienter, psykisk utviklingshemmede, demente og rusmisbrukere). Se nærmere om dette i våre kommentarer til § 29.

Statens helsetilsyn har vurdert reduksjonen i antall sykebesøk som lite ønskelig (§ 25). På den annen side er det avgjørende at det ligger en kompetent allmennmedisinsk vurdering til grunn for et hvert sykebesøk.

Vi gir vår tilslutning til siste setning i § 22 hvor det sies at kartlegging av det som er relevant for den kliniske problemstillingen skal vektlegges. Ordlyden i § 22 for øvrig mener vi i liten grad speiler den faglige uenigheten som knytter seg til effekten av individrettet forebygging på flere områder. Vi stiller derfor spørsmålet om det er hensiktsmessig å forskriftsfeste innholdet i fastlegens individrettede forebyggende arbeid og å måle etterlevelse ved hjelp av rapportering på indikatorer slik § 31 legger opp til.

I § 18 omtales regelmessig innhenting av bruker- og pårøndererfaringer som ledd i virksomhetsforbedring. Statens helsetilsyn er enig i at brukervedvirkning er viktig.

Det kan reises tvil om hva som ligger i § 19 annet ledd bokstav a. om oppretting av et system som skal ”identifisere personer som benytter seg av tjenestetilbudet i vesentlig mindre grad enn personens medisinske behov tilsier”. Punkt b. gir vi vår tilslutning til, mens hensiktsmessigheten og realiseringen av c. og d. ligger tett opp til vurderingen av det første punktet. For øvrig viser vi til eget avsnitt om krav til elektronisk verktøy (§ 29).

I vår høringsuttalelse til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslo vi å begrense forskriftsfestet bruk av kvalitetsindikatorer for fastlegepraksis til indikatorer på praksis- og kommunenivå. Det vesentlige etter vårt syn er informasjon om tilgjengelighet til fastlege-tjenesten, om strategier for prioritering av pasienter og om

utviklingstrekk hva gjelder bruk av og henvisning til spesialisthelsetjenesten. Når slike data er på plass, vil det også være mer formålstjenelig å stille spesifikke krav til fastlegene.

Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4 A gir fastlegen en rolle i forhold til å vurdere pasienters samtykkekompetanse og beslutte helsehjelp. Dette er oppgaver som vil få betydning for fastlegens tidsramme.

Vi kan ikke se at noen av disse forholdene er vurdert i høringsnotatet.

Fastlegene og samhandling

Statens helsetilsyn vil understreke at kapasiteten hos fastlegenes samhandlingsparter påvirker fastlegenes tjenestetilbud. Det er beregnet at hvis allmennlegene velger å legge inn i sykehus én prosent flere av legens pasienter enn i dag, vil dette føre til en økning av totalt antall innleggelser med ca. 30 % (Tidsskrift Dnlf nr. 2/2012).

Utskrivningsklare pasienter som definert i Samhandlingsreformen, er ikke omtalt i høringsnotatet. Slik vi vurderer det vil disse pasientene føre til økt pågang til fastlegene.

I Helsetilsynets rapport 10/2002 om spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten, ble det avdekket at veiledningen ikke fungerte med utgangspunkt i kommunehelsetjenestens behov. I flere tilsynssaker er det avdekket at veiledningsplikten etter spesialisthelsetjenesteloven ikke er overholdt. Et ytterligere press på aktørene vil kunne få negative konsekvenser.

I Rapport fra Helsetilsynet 5/2011 om blant annet kommunenes helsetjenester til eldre påpeker vi behovet for at fastlegen er tilgjengelig for hjemmesykepleien. En av forutsetningene for et godt samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleien, er at begge parter er tilgjengelige for nødvendig kommunikasjon om felles pasienter, for eksempel om reseptfornyelser. Det konkluderes med at faren for svikt er betydelig i samhandlingsfeltet fastlege – omsorgstjeneste – sykehus. I denne kjeden vil igjen tilgjengelighet til fastlegen være avgjørende.

Fastlegers ansvar etter § 21 i forskriften kan også omfatte pasienter som er innlagt på institusjoner som faller inn under kommunens sørge for ansvar, men som ikke er helseinstitusjon (aldershjem, barneboliger eller omsorgsinstitusjoner for rusmiddelavhengige) eller som bor i egen bolig for personer med heldøgns tjenestebehov inkludert helsetjenester. Vi savner en drøftelse av hvordan oppgaver knyttet til §§ 20 og 21 for disse pasientgruppene, vil påvirke fastlegenes tilgjengelighet. Det vil i disse tilfellene kunne være behov for oppsøkende virksomhet og omfattende samarbeid med andre tjenesteytere.

Vi merker oss at det fortsatt skal være adgang til å velge fastlege utenfor bostedskommunen. Vi kan ikke se at det i høringsnotatet er drøftet hvordan dette vil berøre tilgjengeligheten til fastleger som har listeinnbyggere utenfor egen kommune. Vi vil dessuten peke på at tilpliktet rapportering, koordinering og samarbeid på tvers av kommunegrensene byr på spesielle utfordringer.

Disse forholdene bør utdypes og utredes.

Legevakt - § 13

Vi gir vår klare tilslutning til at fastlegene kan tilpliktes deltakelse i kommunens vaktordninger. Dette er også i tråd med handlingsplanen fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Vi stiller spørsmål ved om det er hensiktsmessig å plassere plikt til vakt deltakelse og deltakelse i vikarordninger i samme bestemmelse.

Det er vist at medisinske feil forekommer vesentlig hyppigere under legevakt enn under ordinære konsultasjoner hos fastlegen. Følgene er i Helsetilsynets rapport 7/2009 Læring av feil og klagesaker, vist å kunne være fatale. I tilsynssaker er det avdekket mangelfulle dokumentasjonssystemer, mangelfull samhandling med akuttmedisinsk kommunikasjonssentral, ambulanse eller sykehus, og mangelfull eller manglende formidling av informasjon til fastlege og oppfølging av prøvesvar. Tilsyn har avdekket svikt ved sikring av kvalifikasjoner og nødvendig opplæring av personell i legevakt. Dette gjelder også språklige kvalifikasjoner.

Vi legger til grunn at økt allmenntilleggs kompetanse gjennom økt deltakelse av fastleger, vil i vesentlig grad kunne redusere uønskede hendelser. Av samme grunn er det et sentralt spørsmål hvordan det kan oppnås økt deltagelse i legevakt.

Kompetansekrav

Det blir påpekt i høringsnotatet at Stortingets arbeid med Prop. 91 L. (2010-2011) Helse- og omsorgstjenesteloven og Meld. St. 16 (2010-2011) – Nasjonal helse- og omsorgsplan, herunder samhandlingsmeldingen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), har vært særlig viktige grunnlagsdokumenter. På side 10 siteres det fra komitéinnstillingen: *”Herunder er det behov for både å styrke fastlegens/legevaktlegens vurderingskompetanse og den kliniske kompetansen i fastlegepraksisen”*.

I høringsnotatet er kompetanse (minimumskompetanse) omtalt i tilknytning til legevakt. Etter Statens helsetilsyns oppfatning er økt kompetanse og bedre ferdigheter nøkkelen til bedre helsetjenester. Krav til fastlegenes kompetanse vil derfor være det viktigste virkemiddelet for å dempe behovet for spesialiserte helsetjenester. Vi savner en bredere drøftelse av dette aspektet.

§ 17 stiller krav til kvalitet i form av at virksomheten skal drives i tråd med oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer. Vi tilrår en mer aktiv holdning til kravet om økt kompetanse. For å oppnå denne typen kvalitetsforbedring vil det kreves interaktiv læring som i utdanningsprogrammet for spesialiteten i allmenntilleggs. Vi vil derfor tilråde at departementet vurderer krav i tråd med dette, for eksempel at fastleger ikke kan drive solopraksis uten å delta i smågruppe som definert i utdanningsprogrammet og at kollegabasert læring inngår som et generelt krav. Kravet om veiledet tjeneste for å kunne arbeide for trygdens regning, stiller ikke innholdsmessige krav til veiledningen og er derfor ikke tilstrekkelig som et kompetansekrav.

Et generelt krav til økt kompetanse og bedre ferdigheter, vil være grunnleggende for hensiktsmessig tilgjengelighet og forsvarlig virksomhet.

Listelengde §§ 4, 36 og § 37

I forslaget til revidert forskrift påpekes det i § 4 at kommunen skal inngå avtale med tilstrekkelig antall leger. I § 37 legges det opp til at kommunene skal som tidligere tillates å kreve opptil 1500 personer på listen – eller 300 pr. ukentlig arbeidsdag.

I høringsnotatet er det anført at tilgjengeligheten til legekantorene objektivt sett er bedret, men brukerne rapporterer lavere tilfredshet. Det vises til signifikante reduksjoner i gjennomsnittlig ventetid på time, og registreringer som viser at telefontilgjengeligheten er bedret på tross av langt større pågang enn før. Sammen med større pågang har fastlegene fått nye oppgaver knyttet til for eksempel saksbehandling og møter på oppdrag fra Nav. I tillegg kommer økt pågang som følge av det som er beskrevet ovenfor om tilgjengeligheten til øvrige helsetjenester. Med dette som bakgrunn reiser vi spørsmålet om hensynet til faglig forsvarlighet tilsier at listetaket bør ned fra 300 personer pr. ukentlig arbeidsdag. Å håndtere større pågang og nye oppgaver knyttet til proaktiv virksomhet, sykebesøk og legevakt sammenholdt med de foreslåtte sanksjonsmulighetene, kan den totale arbeidsmengden bli bekymringsfull stor.

Ny kunnskap om at fastleger skriver ut mer medisiner til eldre pasienter jo lengre pasientliste de har (Inger Cathrine Kann, doktorgradsarbeid 2012), tilsier etter vår oppfatning at det bør vurderes om fastleger bør kunne ha inntil 2500 personer på listen. Statens helsetilsyn erkjenner at legemiddelbruk har gunstige effekter, men nasjonale retningslinjer tilsier redusert legemiddelbruk for enkelte pasientgrupper – særlig gjelder dette for vanedannende legemidler og antibiotika. For øvrig er det motstridende rapporter om konsekvensen av såkalte lange lister. Kapasitet i spesialisthelsetjenesten til å gi råd og veiledning og motta henviste pasienter, er også forutsetninger for å kunne ha mange pasienter på listen.

Konsekvenser for tilsynsmyndighetene

En økning i forventningene til - og nye forskriftsfestede oppgave på - fastlegene vil kunne føre til flere tilsynssaker som gjelder fastlegers virksomhet. Det kan føre til økt antall saker fra kommuner, leger (det vises til helsepersonelloven § 17) og pasienter som tilsynsmyndigheten må behandle. Dette vil kreve en tilsvarende opprustning av fylkesmennene.

For at kommunen skal kunne ivareta sine plikter knyttet til "sørge for"-ansvaret og kvalitetsforbedring av fastlegens tjenestetilbud, må forpliktelsene tydeliggjøres. En slik tydeliggjøring vil også styrke muligheten for et hensiktsmessig tilsyn med fattslegeordningen i kommunen, som igjen vil kunne føre til kvalitetsforbedring.

Krav til rapportering og elektronisk verktøy - §§ 27 og 31

I Helsetilsynets rapport 5/11 om helsetjenester til eldre er det beskrevet at tilsynet fant at en del journaler manglet en lett tilgjengelig og oppdatert oversikt over pasientens

legemidler. Vi har tidligere i brev til departementet tatt opp problemer knyttet til nedetid ved fjernlagring av journaldata og bruk av kvalitetssikringsverktøy.

Gode tilpassede elektroniske verktøy i form av elektronisk journalsystem med kvalitetssikringsfunksjoner og tilfredsstillende nettverkløsninger, er en forutsetning for å kunne innfri de krav til rapportering og kvalitet som det legges opp til i høringsnotatet. Vi viser til at "EPJ-løftet" har synkronisering av pasienters legemiddellister som førsteprioritet. Dette betyr at alle behandlere – i og utenfor sykehus/institusjon – kan forholde seg til en løpende oppdatert legemiddelliste. Dette vil blant annet kreve et helsenett uten påregnelig nedetid. I tillegg må det stilles krav om at all rekvirering av legemidler skal skje elektronisk. De tekniske og strukturelle forutsetninger for sikker og formålstjenlig meldingsutveksling er pr. i dag ikke til stede. Vi savner derfor en vurdering av behovet for synkronisering av pasienters legemiddelopplysninger.

Vi stiller også spørsmål om kravene til rapportering og elektronisk pasientjournal mm. kan innfris uten at det tas et mer helhetlig grep knyttet til bruk av IKT hos fastlegene og i helsetjenesten for øvrig.

Sanksjon - § 36

Vi savner en drøfting av konsekvensene av å bruke sanksjoner for å fremme kvalitet.

Statens helsetilsyn har merket seg at departementet ikke har til hensikt å forskriftsfeste de sidene av ordningen som naturlig bør reguleres i avtale mellom kommunen og fastlegen. Videre uttales det at fastlegen sitt behov for å kunne påvirke egen arbeidshverdag, er sett på som en viktig avveining. Vi kan ikke se at dette er drøftet opp mot kravene som fremgår av forskriften §§ 17 til 30.

I høringsnotatet omtales allmennlegeutvalget flere ganger. Oppretting av slikt utvalg er imidlertid ikke tatt med i forskriftsutkastet. Statens helsetilsyn gir sin tilslutning til at den kommunale (lokale) styringen av fastlegeordningen forutsetter nødvendig samarbeid legene imellom, eventuelt gjennom allmennlegeutvalget, samarbeid mellom kommunen og legene i Lokalt samarbeidsutvalg (LSU). Videre bør samarbeid mellom fastlegene og andre aktører i kommunen, som kommunelege 1, helsestasjons- og skolehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten, være oppgaver for LSU. Møteplikt for fastlegene bør derfor forskriftsfestes.

Ved å sikre hensiktsmessig og tilstrekkelig medisinsk faglig kompetanse i kommunen (kommunelege 1), vil det ved inngåelse av fastlegeavtale kunne settes formålstjenlige rammer for fastlegens ansvar og oppgaver.

Suspensjon - § 40

Vi uttalte oss til bruken av begrepet suspensjon i vår høringsuttalelse i 1999. Vi er kjent med at begrepet brukes ved midlertidig opphevelse av forskrift som følge av en ekstraordinær situasjon. I høringsnotatet beskrives imidlertid en situasjon der kommunen er ute av stand til å oppfylle sin plikt. I en slik situasjon mener vi det bør søkes om *dispensasjon* fra forskriften.

Økonomi - § 9

Ordningen med per capita-tilskudd skal etter det Statens helsetilsyns forstår videreføres. I lys av dette bør listelengden vurderes redusert, jfr. våre kommentarer til listelengde. Dette innebærer at kommunene ikke nødvendigvis får økte utgifter ved å redusere listelengden til færre enn 1500 innbyggere (eller 300 per dag) mer liste.

I høringsnotatet påpekes det at økt antall konsultasjoner og hjemmebesøk som følge av at fastlegene blir mer proaktive, vil medføre en økt utgift for folketrygden til refusjoner og mer egenbetaling for berørte pasienter. Vi kan ikke se at det er foretatt en slik kostnadsberegning.

Utkast til forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen

Statens helsetilsyn viser til tidligere uttalelser i forbindelse med ny helse- og omsorgstjenestelov. Vi har ingen ytterligere merknader.

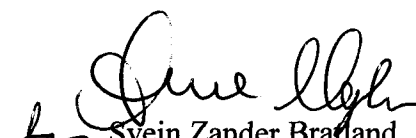
Oppsummering og konklusjon

Statens helsetilsyn støtter forslaget om å regulere de mest sentrale rettigheter og plikter på forskriftsnivå, og ikke i avtaleverket.

Vi har likevel påpekt at vi savner konsekvensutredninger og kostnyttevurderinger av å legge nye oppgaver på fastlegene. I denne sammenhengen anbefaler vi å vurdere redusert listetak.

Vi vil tilråde at det i det videre arbeidet tas utgangspunkt i kompetansekrav - og samhandlingen mellom de forskjellige helsetjenestene. Det må legges vekt på en harmonisering av helsetjenestenes innbyrdes tilgjengelighet. Målet må være at pasienter ikke får unødige opphold i behandlingskjeden.

Med hilsen



Svein Zander Bratland
seniorrådgiver

Kopi til: Fylkesmennene

Saksbehandler: Svein Zander Bratland, tlf. 21 52 99 30