

Helse- og omsorgsdepartementet
Att: postmottak@hod.dep.no

Vår ref. LM

Oslo, 22. mars 2012

Diabetesforbundets svar til høring om revidert fastlegeforskrift m.m.

Diabetesforbundet er en uavhengig interesseorganisasjon for folk som har diabetes og andre som er interessert i diabetes. Forbundet ble stiftet i 1948 og har nå over 40.000 medlemmer, 19 fylkeslag og 138 lokalforeninger.

Minst 375 000 personer har diabetes i Norge i dag. I tillegg har nesten like mange økt risiko for å utvikle type 2-diabetes. Antallet med diabetes har økt betydelig de siste årene, og veksten er ventet å fortsette. Ved å sikre at alle som har diabetes får god behandling og sørge for effektive forebyggende tiltak, vil vi spare enkeltmennesker for sykdom og lidelse, og samfunnet for utgifter til behandling og medisiner.

Diabetesforbundet viser til høringsbrev av 22. desember 2011, med tilhørende høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m. Her følger vårt hørings svar til departementets forslag.

1. Generelle betraktninger

Diabetesforbundet mener at fastlegeordningen er en god ordning. Undersøkelser som refereres til i høringsnotatet om revidert fastlegeforskrift m.m. viser at etter innføringen av ordningen, har både legedekningen og tilgjengeligheten til allmennlegetjenester blitt bedre. Dette viser at ordningen har vært vellykket. Fastlegene har en betydningsfull oppgave som en del av befolkningens førstelinjetjeneste, og har et stort ansvar for folkehelsen. For personer som lever med en kronisk sykdom, og som er storforbrukere av legetjenester, er det å kunne forholde seg til én allmennlege som er ansvarlig for vedkommendes behandling og som kjenner sykdomshistorien, særlig viktig.

Diabetesforbundet ser imidlertid at det er flere områder innenfor fastlegeordningen med rom for forbedringer, særlig sett i sammenheng med gjennomføringen av

samhandlingsreformen. Diabetesforbundet er opptatt av at brukerne sikres en enhetlig allmennlegetjeneste som er tilgjengelig for alle, og som yter tjenester av god kvalitet.

Diabetesforbundet støtter hovedtrekkene som departementet foreslår i revidert fastlegeforskrift. Fastlegeordningen er i stor grad en offentlig finansiert ordning, og fastlegene disponerer en stor andel av fellesskapets midler. Det er derfor naturlig at det offentlige stiller krav til fastlegenes virksomhet. Vi er positive til at det i forslaget ligger en tydeliggjøring av både kommunens ansvar for allmennlegetjenesten, og fastlegens rolle og plikter. Å samle alle bestemmelsene i forskrift vil etter vårt syn gi en bedre oversikt over ansvar og plikter, og bedre styringsmuligheter for kommunene. Mange av forslagene i revidert fastlegeforskrift er knyttet opp mot målsettingene i samhandlingsreformen. En styrket kommunehelsetjeneste hvor fastlegen er knutepunktet, er en av forutsetningene for å lykkes med reformen. Det er derfor nødvendig å i større grad integrere fastlegene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt å gi kommunene bedre styringsmuligheter.

Diabetesforbundet har tro på at en presisering av fastlegenes oppgaver og plikter, gjennom å forskriftefeste innholdet i fastlegenes listansvar, vil kunne gi en mer enhetlig allmennhelsetjeneste, og bedre brukernes stilling i møtet med helsetjenesten.

Vi savner imidlertid en konkretisering av hva som skal inngå i kravet om 7.5 timer per uke i annet allmennlegearbeid. Vi vil fremheve sykehjemstjeneste som særdeles viktig, og mener at det må være en plikt for fastlegene å yte legetjeneste i sykehjem. I kjølvannet av samhandlingsreformen og kommunens ansvar for utskrivingsklare pasienter, vil sykehjemmene kunne oppleve et større press på å ta imot og behandle brukere med omfattende behov for pleie. Det er derfor viktig å sikre en god legedekning i sykehjemmene.

Diabetesforbundet mener at det er flere faktorer som er avgjørende for å lykkes med målsettingene som ligger i forslaget til revidert fastlegeforskrift. Det trengs flere fastleger for å ivareta alle oppgavene som blir pålagt. Vi mener at regjeringen må iverksette et målrettet arbeid for å få flere hjemler og å rekruttere flere til fastlegestillinger. Videre bør det etableres utdanningsstillinger for allmennleger i kommunene. Der bør også stimuleres til at flere allmennleger tar spesialistutdanning i allmennmedisin. Dette vil styrke kompetansen i allmennlegetjenesten. Videre mener vi at departementet må vurdere å redusere listetaket til 1500 pasienter.

Det er også viktig å sikre at kommunene bygger ut sine tilbud. Forebyggende tjenester, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud må på plass for at fastlegen skal kunne oppfylle sine plikter etter den foreslåtte forskriften.

Vi må få flere sykepleiere inn i allmennpraksis. Sykepleiere kan fungere som viktig støttepersonell på et fastlegekontor, og kan avlaste fastlegen i flere oppgaver. Diabetesforbundet støtter i tillegg FFOs forslag om at det må vurderes om sykepleiere ansatt ved fastlegekontor, kan utløse takst på noen avgrensede områder der sykepleier har god kompetanse. Innenfor diabetesomsorgen er det flere oppgaver en sykepleier har like store forutsetninger til å utføre som en fastlege. Dette vil kunne avlaste fastlegene og gi mer tid til pasientene.

2. Krav til kvalitet § 17

Krav til kvalitet i de tjenestene fastlegene yter er helt sentralt. Som bruker/pasient er det avgjørende at man har tillit til at den behandlingen man mottar er av god kvalitet og i tråd med anerkjent faglig praksis. Diabetesforbundet mener at kvalitetsaspektet er for vagt omtalt i forskriftsforslaget. Vi savner en konkretisering av hva som ligger i begrepet kvalitet, og hvordan kvalitet skal måles.

Krav til at fastlegene er kjent med og tar i bruk nasjonale faglige retningslinjer, og tilstreber å holde seg faglig oppdatert, er helt vesentlig. Dessverre så opplever vi at dette ikke alltid er tilfelle. For diabetes er det utarbeidet nasjonale kliniske retningslinjer. Vår erfaring er at disse blir i for liten grad brukt. En utfordring er etter vårt syn at vi sitter med for liten kjennskap til kvalitetsarbeid, kunnskapsoppdatering og kunnskapsimplementering i allmennlegetjenesten. Krav til rapportering jf. § 31 i forskriftsforslaget vil muligens kunne gi mer kunnskap på dette feltet.

Det er viktig at rapportering ikke bare har et styringsformål, men også som formål å gi kunnskap om helsetjenesten og befolkningens helsetilstand. Det er imidlertid viktig å konkretisere klinisk relevante kvalitetsindikatorer som fastlegene skal rapportere på. En måte å gjøre dette på, er å ta i bruk eksisterende systemer for kvalitetsregistrering. NOKLUS diabetesregister for voksne er både et journalsystem, som samhandler med allmennlegenes journalsystemer, og et rapporteringssystem for klinisk praksis og behandlingsresultater. Gjennom innhenting av data fra diabetesregistret, vil man blant annet kunne se hvilken grad de nasjonale kliniske retningslinjene for diabetes blir fulgt.

3. Brukermedvirkning § 18

Brukermedvirkning vil si å sette brukerens behov i fokus. Brukermedvirkning skjer når brukeren på individnivå og brukerorganisasjonene på systemnivå får delta i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av tiltak. Brukermedvirkning har i liten grad vært

praktisert i dagens fastlegeordning, og Diabetesforbundet er positive til at brukermedvirkning nå vektlegges som et verktøy for kvalitetsforbedring. Innhenting av brukernes og pårørendes erfaringer er et viktig redskap for å sikre gode tjenester. Vi mener imidlertid, og i likhet med FFO, at det kan være mer hensiktsmessig å pålegge kommunen denne oppgaven. Vi tror at nytten av at hver enkelt fastlege skal innhente brukernes og pårørendes erfaringer er liten, da det ikke foreligger konkrete krav til hvordan dette skal foregå, eller hvordan resultatene skal analyseres. Samtidig kan det være problematisk for brukerne å gi slik informasjon direkte til sin fastlege. Etter vårt syn vil nytten av bruker- og pårørendeundersøkelser være større om kommunene fikk ansvaret for et system for innhenting og analysering av brukererfaringer. Analyser og resultater kan da rapportere tilbake til fastlegene. Et slikt system kan også brukes til å sammenlikne resultater, både innad i kommunen og på nasjonalt nivå. Det må stilles krav til fastlegene om å bruke resultatene til å forbedre sin praksis.

4. Oversikt over listeinnbyggerne § 19

Diabetesforbundet mener at det er rimelig å stille krav til fastlegen om å ha oversikt over sine listeinnbyggere. Dette for å kunne legge til rette for god behandling og for forebyggende virksomhet. Diabetesforbundet mener det er positivt at forskriftsforslaget stiller krav til at fastlegen tar en mer proaktiv tilnærming for å fange opp personer på sin liste som krever mer oppfølging, står i fare for å utvikle alvorlig sykdom eller som står i fare for en forverring av etablert sykdom.

Type 2-diabetes er en sykdom som vokser med et stort omfang. Vi vet at mange befinner seg i risikozonen for å utvikle sykdommen, og vi vet at omtrent 175 000 personer lever med type 2-diabetes uten selv å vite om det. Disse personene står i fare for å utvikle alvorlige senkomplikasjoner hvis de ikke fanges opp. Type 2-diabetes er et alvorlig folkehelseproblem. Samhandlingsreformens formål er blant annet økt fokus på forebygging, tidlig innsats og intervensjon for å bremse utviklingen av type 2-diabetes og andre kroniske lidelser. Fastlegene har en viktig rolle i dette arbeidet. Fastlegene har som regel den første kontakten med brukeren, og kan på et tidlig tidspunkt fange opp personer som står i fare for å utvikle sykdom eller oppleve forverring av etablert sykdom. En viktig forutsetning er at fastlegen tilegner seg god oversikt over sine listeinnbyggere for å kartlegge behovet for helsehjelp eller forebyggende tiltak.

5. Oppsøkende virksomhet § 20

Diabetesforbundet er positive til at det i revidert forskrift stilles krav til at fastlegene identifiserer sine "underforbrukere" blant listeinnbyggerne, og tilbyr sine tjenester til de som opplagt har et behov for helsehjelp.

Fastlegene må imidlertid ikke pålegges et så stort ansvar for sine listeinnbyggere, at disse reduseres til passive tjenestemottakere, fratatt ansvar for eget liv og helse.

Diabetesforbundet er positive til at fastlegene i større grad skal tilby sine tjenester, enten ved å tilby konsultasjon eller hjemmebesøk, til personer hvor det har blitt identifisert et behov for helseoppfølging. Men det må være opp den enkelte om man ønsker å ta i mot denne hjelpen. Diabetesforbundet er svært skeptisk til at fastlegen skal dra på hjemmebesøk til personer som ikke selv har bedt om det. Samtykke til helsehjelp må være det styrende prinsippet.

Videre er det viktig med en avklaring i forhold til hva som er fastlegens oppgave, og det ansvaret som ligger under kommunale instanser, som for eksempel hjemmesykepleie og sosialtjeneste. God dialog og samhandling mellom alle de kommunale aktørene som yter oppsøkende og hjemmebaserte tjenester er helt sentralt.

6. Medisinsk faglig koordinering og samarbeid § 21

Diabetesforbundet mener at det medisinsk faglige koordineringsansvaret bør ligge hos fastlegen, men at det er viktig å konkretisere hva som ligger i dette ansvaret. Helt sentralt her må være fastlegens ansvar for å ta initiativ til å igangsette helsefaglige og forebyggende tiltak, og være pasientens kontaktpunkt gjennom et pasientforløp. Fastlegens koordineringsansvar må i tillegg gå på tvers av tjenestenivåer og mellom nivåer.

Vi er imidlertid usikker på om fastlegen skal pålegges et ansvar for å selv ta initiativ til et samarbeid med andre tjenesteytere utenfor helse- og sosialtjenesten, som for eksempel NAV. Det bør uansett være en plikt for fastlegen å delta i et slikt samarbeid hvis det inviteres til det.

7. Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen § 22

Individrettet forebygging er en svært viktig del av fastlegenes ansvar. Diabetesforbundet er positive til at det i denne bestemmelsen presiseres at fastlegen skal tilby forebyggende tiltak, både overfor personer der det avdekkes risiko for utvikling av ny sykdom eller funksjonssvikt, og ved fare for forverring av etablert sykdom eller funksjonssvikt.

Fastlegen spiller en sentral rolle når det gjelder å forebygge type 2-diabetes hos personer som er i risiko for å få sykdommen, og å forebygge senkomplikasjoner hos personer som allerede har diagnosen. Vi mener det er viktig å presisere at plikten til å tilby forebyggende tiltak ikke behøver å bety at det er fastlegen som iverksetter tiltakene. Fastlegen har et ansvar for å avdekke et behov for forebyggende tiltak, og sørge for å henvise pasienten til videre oppfølging der det er kompetanse. Det kan være til ulike frisklivstilbud, lærings- og mestringstilbud, til andre profesjoner som ernæringsfysiologer eller fysioterapeuter. Det forutsetter at kommunen har bygget opp et tilbud, og at fastlegene gjør seg kjent med hva som finnes av ulike tilbud i sin kommune.

For pasienter som står i fare for en vesentlig forverring av etablert sykdom, eller å utvikle alvorlige senkomplikasjoner, er det avgjørende at fastlegen har en liberal praksis for henvisning videre til spesialisthelsetjenesten.

8. Allmenne tilgjengelighetsbestemmelse § 23

Diabetesforbundet mener at det er vel så viktig å stimulere til mer bruk av elektroniske løsninger for timebestilling, som å stille krav til telefontilgjengelighet. Å innføre timebestilling per sms, e-post eller andre nettbaserte løsninger, vil gi økt tilgjengelighet, redusere antall henvendelser per telefon og frigjøre tid til andre oppgaver.

Vedrørende departementets forslag til tidsfrister for å få konsultasjon, er Diabetesforbundet usikker på om det er realistisk eller hensiktsmessig å stille krav til om en konsultasjon innen 2. virkedag etter bestilling. Videre mener vi at å pålegge fastlegene en frist for å tilby konsultasjon, fratrar fastlegen handlingsrom til å gjøre medisinske prioriteringer. Vi er usikre om det bør være slik at mindre alvorlige eller rutinemessige henvendelser skal prioriteres likt som henvendelser av mer akutt art. Vi støtter imidlertid forslaget om at man skal få tilbud om konsultasjon innen 5. hverdag etter bestilling. Vi forutsetter at akutte tilfeller prioriteres først.

9. Tolk § 30

Befolkningen med innvandrerbakgrunn opplever ofte kommunikasjonsproblemer i kontakt med helsevesenet. Studier har vist at i aldersgruppen 55–70 år, har nesten halvparten av innvandrerkvinnene behov for tolk når de er hos lege. Kvinner karakteriserer evnen til å snakke med lege om helseproblemer, som dårlige eller svært dårlige. Språkbarrierer og kommunikasjonsproblemer er store, og faren er stor for at viktig helseinformasjon ikke blir gitt eller forstått riktig. utfordringer relatert til bruk av tolketjenester i primær- og

spesialisthelsetjenesten har lenge vært godt beskrevet, og vi er positive til at bruk av tolk foreslås som en egen bestemmelse i revidert forskrift. Vi vil likevel understreke at det også er andre viktige faktorer som påvirker bruken av, og kvaliteten på, tolketjenestene. Organiseringen av tolketjenester i virksomhetene, kvalitet på og utdanning av tolker, tilgjengelighet og formidling av tolker er viktige aspekter.

For innvandrere, med kort botid i Norge, eller som av andre grunner behersker norsk språk dårlig, er hovedproblemet mangel på tid i deres kontakt med legen. Språkbarrierer krever mer tid, enten man bruker tolk eller ikke. Med tolk skal alt sies to ganger. Konsultasjoner uten tolk krever også som regel tid, fordi norskkunnskapene vanligvis ikke er gode nok. Dermed tar det lengre tid å forklare og å gi uttrykk for sine helseplager og bekymringer.

De aller fleste fastleger arbeider etter en stykkprisfinansiert oppgjørsordning. En slik ordning egner seg, på systemnivå, dårlig for pasienter som trenger mer tid. Legenes inntekt øker med antall pasienter per dag. Følgelig legges arbeidsdagen hos legen opp til travelhet og mange raske konsultasjoner. Dette går bra for en del pasienter, men ikke for nyankomne innvandrere eller pasienter med begrensede ferdigheter i norsk. Konsultasjoner med innvandrere tar ofte lenger tid, og uten spesiell tilrettelegging vil mange innvandrerpasienter på dagens liste hos fastlegen gjøre at tidsskjemaet sprekker.

Diabetesforbundet er for øvrig medlem av Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, og vi støtter deres høringsuttalelse til forslag om revidert fastlegeforskrift.

Med vennlig hilsen

diabetesforbundet



Sindre Børke
forbundsleder



Bjørnar Allgot
generalsekretær