



FYLKESMANNEN I AUST-AGDER

Sosial- og helseavdelingen

Det Kgl. Helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Deres ref.
201104777-IVAS

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
Sak nr. 2011/6391 / ASY

Dato
20.03.2012

TIL UTTALELSE - REVIDERT FASTLEGEFORSKRIFT - HØRING

Allmennlegetjenesten er en svært viktig del av den kommunale helsetjenesten. Fastlegeordningen har på mange vis vært en suksess, med i all hovedsak fornøyde brukere (pasienter). Vi støtter de tiltak som er nødvendig for å gjøre fastlegeordningen som del av den kommunal tjenesten bedre.

Vi har innledningsvis to prinsipielle betraktninger:

Funksjonskrav og standardkrav vs styringskrav:

I det foreliggende forslag til fastlegeforskrift er det tatt inn både funksjonskrav og krav til standard i fastlegens praksis, og forhold som regulerer forholdet til kommunen. Vi mener at forslaget hadde vært tydeligere på forholdet til de kommunale tjenestene og kommunens "sørge for" ansvar om man tok ut de delene som omhandler standard / god praksis.

En annen grunn til å ta ut standarder / arbeidsmetoder og legge de til en veileder, er at det vil komme nye / endrede arbeidsmetoder, utfordringer og krav som i dag ikke er erkjent, men som på et senere tidspunkt kan være mer vesentlig for god praksis enn det som her er nevnt. Vi tenker da særlig på forhold som tilgjengelighet via forskjellige medier, web-baserte kommunikasjonsløsninger mv, da utviklingen går fort. Men også forhold som for eksempel under § 27 om legemiddeloppfølging.

Sist, men ikke minst, mener vi det vil bli vanskelig å etterprøve ansvar for at ordningen fungerer i henhold til forskriften slik den nå fremtår: Kommunen som ansvarlig for kvaliteten i allmennlegetjenesten, samtidig som det understrekes at legen har et selvstendig ansvar for kvaliteten i sin praksis i henhold til Helsepersonelloven. De standard- og funksjonskrav som er opplistet i forskriften mener vi fastlegen må være ansvarlig for, mens kommunen bør ansvarliggjøres for å ha en fastlegeordning som fremstår som tilgjengelig, og at de allmenmedisinske oppgaver er dekket i tilstrekkelig grad.

Fastlegen som person eller virksomhetsansvarlig:

Vi savner en presisering av hvorvidt man i alle sammenhenger mener fastlegen selv, eller dennes medhjelpere. Eks: ved oppfølging av kronikere i eget hjem kan det være aktuelt med hjemmebesøk for blodprøvetaking, veiledning mv. Mange hjemmeboende kronikere har ikke tilsyn av hjemmesykepleie, og det er godt tenkelig at deler av slik oppfølging i hjemmet kan utøres av fastlegens medhjelpere. Nye utfordringer og endringer i arbeidsmåter bør ledsages av nye organisering og løsninger, og forskriften må ikke bli begrensende i så måte.

Til enkelte av punktene i høringsnotatet:

5.5.3 (Brukermedvirkning, § 18): Vi mener at det bør være et nasjonalt system for måling av brukertilfredshet, basert på funksjonskrav, og at det ikke er opp til den enkelte lege å skulle utvikle slike. Dels er det krevende å lage slike undersøkelser for at de skal bli valide, de bør kunne gjentas over tid, de bør kunne brukes av pasienter i deres valg av fastlege og de bør kunne brukes som ledd i kommunens styring av tjenesten.

5.5.4 (Oversikt over listeinnbyggerne, § 19): For at fastlegen skal kunne ha oversikt over helsetilstanden til innbyggerne fordrer dette også at kommunens øvrige tjenester sender opplysninger til fastlege, selv om dette i utgangspunktet ikke er etterspurt. Her kan både NAV, miljøtjenester og hjemmesykepleie så vel som forebyggende tiltak som frisklivssentral mv være relevant. Disse bør ha et tilsvarende krav til å etterspørre samtykke til utveksling av opplysninger som legen har til å ha oversikt og bruke disse i sin virksomhet, om kravet skal ha noen verdi.

5.5.5 (Oppsøkende virksomhet, § 20): Av hensyn til den enkeltes integritet og medbestemmelse må ethvert sykebesøk være avtalt. Dersom pasienten overtales til besøk, stilltiende eller uttrykt ved ikke å yte motstand, er det stor sannsynlighet for at vedkommende ikke vil betale, og det må finnes oppgjørsordning for dette. Dette kan være tilfelle for utviklingshemmede, demente, psykiatriske pasienter mv., men også for en del andre brukere der målsettingen kan være å prøve å få til et bedre behandlingsløp, men der pasienten selv ikke har "innsett sitt beste".

5.5.8 (Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser, § 23): Tilgjengelighet kan være avhengig av organisering av virksomheten, men også av faktorer som den enkelte ikke har mulighet for å påvirke: Stort fravær blant kolleger på grunn av sykdom, legedekningen generelt i kommunen, stor tilsøkning av særskilte grupper (kvinner, unge / eldre). Eldre vil i mindre grad være brukere av elektroniske kommunikasjonsmidler enn yngre. En liste med mange eldre / kronikere vil kreve mer fravær på grunn av tverrfaglige møter enn med mange "friske" på lista; osv. Et ubestridt krav om tilgjengelighet i x antall dager kan gjøre prioritering vanskelig i tider med stor pågang: skal pasienter som ønsker henvisning for in vitro fertilisering med loven i hånd kreve samme rett som pasienten med nyoppdaget kul i brystet?

5.5.9 (Øyeblikkelig hjelp, § 24, må også ses i sammenheng med 5.8 – deltakelse i kommunal legevakt): Av hensyn til kontinuitet i behandlingen er det selvsagt ideelt om en og samme lege kan følge en pasient under alle dennes sykdomsepisoder. Av hensyn til legens arbeidstid er dette en umulighet. Tilgang til journal (jfr ny forskrift om virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistere) hos andre kolleger, eventuelt fra legevakt til kollegers journal, vil langt på vei være en fremtidsrettet løsning som bør forsøkes. En fastlege kan få stor pågang av øhj en dag og ingen en annen dag, og kolleger ved samme legesenter vil ofte være de som ser den annens pasienter av denne grunn. Vårt syn er at de problemer som oppstår handler mer om informasjonsflyt enn deltakelse i legevakt og øhj – plikt.

Videre er det store variasjoner mellom kommunene hvordan legevakten er organisert. Dette tilsier at øhj – plikten etter vårt syn best løses gjennom kommunale avtaler. Likeverdige tjenester som forskriften legger opp til, innebærer ikke nødvendigvis like løsninger.

6: Økonomisk administrative konsekvenser: Styring av en omfattende tjeneste som fastlegeordning, innhenting og bearbeiding av styringsdata, ivaretagelse og oppfølging av den faglige forsvarlighet og fortløpende oppfølging av, og kontakt med, fastlegene krever administrative og ledelsesmessige ressurser i kommunene ut over det som er tilfelle i dag.

De normer som ble satt for medisinsk faglig rådgiver i forbindelse med fastlegeordningen er i liten grad fulgt opp, dels av økonomiske hensyn i kommunene, dels på grunn av problemer med rekruttering. Til dette siste har både ledelse og administrasjon av leger som arbeidsområde vært en utfordring, men også forankringen av dette arbeidet i kommunen. I sykehus er det medisinsk faglig kompetanse på alle ledernivå, sjelden i kommunen. Dette i seg selv gir et dårlig utgangspunkt for likeverdig dialog. Utfordringen forsterkes når ansvaret nå i den nye loven er lagt til kommunen og ikke lenger kommunens helsetjeneste. Uansett vil oppfølging og styring av fastlegene, om intensjonen med fastlegeforskriften og samhandlingsreformen skal løses, koste

kommunene, og det vil være synd om det skal stå på dette ved inngangen til samhandlingsreformen.

Med hilsen

Anne-Sofie D. Syvertsen
Fylkeslege

Brevet er elektronisk godkjent og sendes uten underskrift.