



FYLKESMANNEN I HEDMARK

Sosial- og helseavdelingen

Saksbehandler, innvalgstelefon
Sven Anders Haugtomt , 62 55 13 61

Vår dato
22.03.2012
Arkivnr.
008

Vår referanse
2011/9737 (bes oppgitt ved svar)
Deres referanse
201104777-/VAS

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Sendes kun som e-post til postmottak@hod.dep.no.

Hørings svar om revidert fastlegeforskrift

Innledning

Vår erfaring med fastlegeordningen gjennom drøye ti år er at den stort sett har fungert godt. Det er likevel noen områder der det er behov for forbedringer, slik vi ser det.

1. Fastlegetjenester til pasienter som har behov for tjenester fra flere tjenesteytere og der det er behov for kommunikasjon og samarbeid mellom disse. Dette gjelder blant annet personer med kroniske lidelser, herunder psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. For disse pasientgruppene er det nødvendig at fastlegen kommuniserer og samarbeider systematisk og godt med andre tjenesteytere både i kommune, spesialisthelsetjeneste og andre.
2. Fastlegene har ofte ikke god nok forankring og tilhørighet som en integrert del av den kommunale helsetjenesten. Det er viktig å tydeliggjøre at fastlegene er en del av denne og at det er kommunen som har «sørge for-ansvaret». Mangler på dette området ble tydelig under vaksinasjonen mot svineinfluensa, der fastlegene mange steder etablerte egne vaksinasjonstilbud helt på siden og uavhengig av det kommunalt organiserte apparatet.
3. Noen få fastleger fungerer dårlig i jobben sin og oppfyller ikke sine forpliktelser. I disse tilfellene har kommunen ikke noen virkemidler ut over det å si opp avtalene. Dette gjelder særlig når fastlegen er selvstendig næringsdrivende. Kommunene har behov for mer graderte sanksjoner i disse tilfellene.

Vi oppfatter at dette er ivaretatt i utkastet til forskrift, spesielt i §§ 3, 8 og 36

Kommentarer til enkelte bestemmelser

Kapittel 2. Kommunen

§ 4

inneholder krav om at kommunen skal inngå avtale med et tilstrekkelig antall leger. I merknaden til denne bestemmelsen står det at det skal være ledig kapasitet. Disse to tingene henger sammen, og vi vil reise spørsmålet om det er behov for å konkretisere dette noe nærmere for eksempel i form av krav til andel lister med ledige plasser og/eller andel ledige plasser av totalt antall plasser. Vi tror ikke det er hensiktsmessig å plassere dette i selve forskriften, men i en merknad eller veiledning for å angi god praksis.

§§ 7 og 8

Det er behov for bedre kommunal styring av fastlegeordningen og mer kommunalt engasjement. Vi understreker at dette krever medisinsk faglig kompetanse også på kommunens side. Det vil være naturlig at det er kommunelege 1/kommuneoverlege som forsyner kommunen med denne kompetansen. Det er viktig at vedkommende innehar kompetanse som matcher fastlegene og som bidrar til å skape legitimitet for de styringstiltak man utsettes for.

Dersom kommunelegen har oppgaven på deltid og samtidig er fastlege kan dette by på vanskelige rolleutfordringer for vedkommende. I Hedmark har vi imidlertid sett at det av og til kan være vel så konfliktfyllt i kommuner med kommunelege på heltid.

Vi mener det er viktig at styringen av fastlegene også innebærer en styring i retning av å ta seg av de dårligste pasientene først. At innsatsen settes inn der det er størst behov slik at det ikke bare blir konsultasjoner for mindre alvorlige tilstander. Dette kan komme i konflikt med alt for detaljerte krav til ventetid jf. § 23.

Kapittel 3. Fastlegen

§12

Her står det om hva slags allmennlegearbeid kommunen kan pålegge legene å delta i. Dette gjelder kun oppgaver som «kan defineres som allmennmedisinske». Det er ikke gitt noen nærmere definisjon av allmennmedisinske oppgaver. Det er en svakhet. Det er likevel slått fast at samfunnsmedisinske oppgaver ikke hører med i dette mens medisinsk faglig rådgivning er inne. Det er i beste fall uklart. Vi er enig i det som står i høringsnotatet om at kommunene bør holde seg med heltidsansatte kommuneleger eventuelt i samarbeid med andre kommuner, men i noen små utkantkommuner er virkeligheten av og til annerledes. Kommunen er nødt til å ha en kommunelege som kan ivareta et minimum av tjenester bl.a. innen smittevern og psykisk helsevern. Det kan by på problemer ikke å kunne pålegge en av kommunens leger slike funksjoner, i hvert fall midlertidig.

Kapittel 4. Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav, og krav til rapportering

Kvalitets- og funksjonskrav - § 17 – 30.

Generelt

Dette skal bl.a. være en presisering av forsvarlighetskravet i følge høringsnotatet. Det vil si at kravene i forskriften beskriver grensen mot det som er uforsvarlig. Forsvarlighetskravet tar utgangspunkt i det som er ansett som god praksis. For at noe skal være uforsvarlig må det være et relativt markant avvik fra god praksis. Forskriftskravene må derfor utformes slik at lista på den ene siden ikke legges for lavt, men den må heller ikke legges for høyt slik at avstanden mellom det som er god praksis og det som er uforsvarlig blir for liten.

Vi mener også at det er lite hensiktsmessig å gi alt for detaljerte bestemmelser i en forskrift som dette, og anbefaler at man vurderer om detaljrikdommen kan tones noe ned.

Vi har ingen spesielle kommentarer til §§ 17 og 18

§ 19 Oversikt over listeinnbyggerne

Vi støtter dette i prinsippet, men det forutsetter at legenes journalsystemer er så funksjonelle at de kan skaffe seg denne oversikten på en rimelig enkel måte ved søk i journalene. Vi har inntrykk av at dette kan være vanskelig å få til i dagens situasjon.

§ 20 Oppsøkende virksomhet

Vi er enige i de overveielene departementet har gjort rundt balansen mellom pasientenes autonomi og ønsket om å yte bedre helsetjenester ved å komme tidligere til og å utjevne sosiale helseforskjeller. Vi mener det er viktig at forsvarlighetsgrensen settes ved det å *gi tilbud* om konsultasjon eller hjemmebesøk, og at det ikke kreves mer aktivitet enn det fra fastlegens side. Dette forhindrer ikke at kommunen sammen med hele eller deler av sitt fastlegekorps kan utvide dette ytterligere. Det blir i så fall en politisk beslutning i kommunen og en ”frivillig” øvelse fra fastlegens side.

§ 21 Medisinsk faglig koordinering og samarbeid

Det er på dette området fastlegeordningen har fungert svakest, særlig i de større kommunene der avstanden mellom det enkelte fastlegekontor og øvrige tjenester ofte er stor. Det er viktig at fastlegen får og tar rollen som den medisinske koordinator på en helt annen måte enn tidligere. Når det er sagt, er det viktig at samarbeidspartnerne ikke har forventninger om at legen skal møte opp og være tilstede i lange samarbeidsmøter av alle slag. Det vil alltid være nødvendig å balansere nytteverdien av deltakelse i møtevirksomhet mot nytten av ordinær konsultasjonsvirksomhet på legens kontor. Mange fastleger har med rette vært skeptiske til at kommunene nå vil presse dem ut av kontorene og over i ”lite effektiv” møtevirksomhet. Det er til dels store kulturforskjeller i måten fastlegene arbeider på og måten en del andre tjenesteområder arbeider på. Fastlegene tar i sin ordinære virksomhet raske beslutninger hele tiden uten å rådføre seg i særlig grad med andre enn pasienten. Andre tjenesteområder har tradisjon for å drøfte saker grundig i fellesskap og sammen med pasienten/ brukeren. Når disse kulturene møtes ligger alt til rette for kulturkollisjon. Det er derfor viktig med gjensidig respekt og forståelse. Det betyr at det er riktig å forplikte legene til å være tilgjengelige for og å delta i samarbeid. Noen ganger er det nødvendig at legen deltar i samarbeidsmøter for at pasienten skal få forsvarlige tjenester. Andre ganger er det slett ikke nødvendig, slik departementet skriver i høringsnotatet. Vi mener departementet bør vurdere å tydeliggjøre/ problematisere dette forholdet med en setning eller to i merknaden til denne bestemmelsen, eventuelt til § 8 eller § 10.

§ 22 Individrettet forebygging

I denne bestemmelsen er det et spørsmål om man legger seg for nær opp til det som er god praksis når uforsvarlighetsgrensen defineres. Det er ingen tvil om at det er ansett som god praksis å benytte de ”gylne øyeblikk” til å drive individrettet forebyggende arbeide. Spørsmålet er i hvor detaljert dette skal forskriftsfestes og hvor grensen går for det uforsvarlige. Det er også viktig å holde fast ved at fastlegens oppgaver i hovedsak er av kurativ art. Vi er derfor i tvil om det er riktig å ha egne forskriftsbestemmelser på akkurat dette området.

§ 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser

Her mener vi forskriftens bestemmelser blir for detaljerte. Det står i høringsnotatet at fordelen med presise krav er at man kommuniserer tydelig hva som er god praksis. Problemet er, som beskrevet over, at forskriftens krav definerer hva som er grensen for uforsvarlig (ulovlig) praksis. Vi mener det kan være hensiktsmessig å stille krav om *at*

kommunen og fastlegen *skal* inngå en konkret avtale om tilgjengelighet og at god praksis beskrives i merknad eller veiledning.

For stramme krav til ventetid kan føre til uheldige prioriteringer jf. vår kommentar til §§ 7 og 8.

§25 Hjemmebesøk

Her er det igjen viktig at forsvarlighetslista ikke legges for høyt og at det er faglige vurderinger av behovet som må legges til grunn. Hjemmebesøk er ressurskrevende ikke minst tidsmessig og må forbeholdes de som virkelig trenger det.

§ 27 Legemiddelforskrivning

Bestemmelsens første ledd omfatter også legemiddelhåndtering slik at overskriften burde være legemiddelbehandling i stedet for legemiddelforskrivning.

Dette er et område der det er stor risiko for svikt/uønskede hendelser som kan ha store konsekvenser for pasientene slik det er beskrevet i høringsnotatet. Da blir avstanden mellom god praksis og uforsvarlighet mindre, og det er rimelig å stille mer detaljerte krav.

Bestemmelsens annet ledd samsvarer med det som Statens helsetilsyn allerede har operasjonalisert som et forsvarlighetskrav i ”Veileder for tilsyn med legemiddelbehandling til eldre.....”. Dette kravet er derfor egentlig bare en presisering av gjeldende rett.

Så kan det igjen diskuteres hvorfor det skal forskriftsfestes krav på akkurat dette området innefor legemiddelbehandlingens mange risikoområder, jf. ovennevnte veileder. Hva med spesielt risikofylte medikamenter og medikamentkombinasjoner? Vi mener likevel høringsnotatet argumenterer godt for forslaget og støtter det.

Kapittel 5. Fastlegeavtalen

§ 36

Vi støtter som nevnt forslaget om mer graderte virkemidler overfor fastleger som ikke fungerer.

Vi savner imidlertid en nærmere redegjørelse i høringsnotatet for Fylkesmannens kompetanse som klageorgan i disse tilfellene jf. bestemmelsens fjerde ledd.

For det første mener vi at det ikke er hensiktsmessig at fylkesmannen skal fatte avgjørelser i spørsmål av avtalerettslig karakter. Et alternativ kan være å opprette et eget tvisteløsningsorgan, eventuelt bruke det som er etablert knyttet til samhandlingsreformen.

Dersom fylkesmannen likevel skal tillegges denne oppgaven må det beskrives nærmere i for eksempel merknad til bestemmelsen hva som ligger i at fylkesmannen bare skal prøve rettsanvendelsen og ikke kommunens frie skjønn. Det må beskrives nærmere hvor grensen går. Det gjelder ikke minst på det avtalerettslige området.

Kapittel 6. Fastlegens lister

§ 37

Listelengden ved fulltids kurativ virksomhet settes fortsatt til 1500 listeinnbygger. Vi mener det er all mulig grunn til å stille spørsmål ved om dette er for høyt. Vi mener mange av problemene knyttet til fastlegenes samhandling med andre instanser henger sammen med at fastlegene har for mange pasienter å ta seg av. Vi anbefaler derfor at man vurderer dette på nytt. Vi ber også at man vurderer om det er mulig å differensiere dette ut fra listepopulasjonens sammensetning når det gjelder for eksempel alder.

Med hilsen

Trond Lutnæs e.f
fylkeslege

Sven Anders Haugtomt
ass. fylkeslege

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og sendes ut uten signatur.