

Avsender:

Helse Nords Samhandlingsutvalg med primærhelsetjenesten

v/ Anne Grethe Olsen (anne.grethe.olsen@telemed.no)

Tromsø 21.03.2012.

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

postmottak@hod.dep.no

HØRINGSUTTALELSE:

Utkast til revidert forskrift om fastlegeordningen i kommunene

Saksbakgrunn:

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i desember 2011 utkast til revidert forskrift om fastlegeordningen i kommunene på høring, med høringsfrist 22. mars 2012. Departementet påpeker i høringsbrevet at fastlegene spiller en sentral rolle for å nå målene i samhandlingsreformen, og at kommunene må ha et godt samarbeid med fastlegene og tilstrekkelige styringsvirkemidler til rådighet. For å oppnå dette samarbeidet og bedre kommunal styring, ønsker regjeringen å fastlegge flere krav til fastlegenes virksomhet i forskrift framfor at man baserer seg på avtaler.

Vurdering:

Departementets forslag til endringer i fastlegeforskriften bærer preg av gode intensjoner om at befolkningen skal få ivaretatt en rekke tjenestebehov hos fastlegen sin, og at kommunene skal ha inngående kjennskap til fastlegenes virksomhet og styre denne. Fastlegens rolle som den som forebygger sykdom, koordinerer tjenester og oppsøker pasienter er betydelig utvidet i forhold til i dag, og det er også kommunenes styringsplikt.

Vi mener at den reviderte fastlegeforskriften legger for stor vekt på forskriftsregulering og for lite vekt på dialog og utnytting av eksisterende avtaleverk. Fastlegen er en sentral aktør i samhandlingen innad i kommunene og eksternt med spesialisthelsetjenesten. Eksisterende avtaleverk legger til rette for samhandling og for bruk av fastlegeressurser i kommunalt arbeid, men kommunene har ikke i tilstrekkelig grad klart å nyttiggjøre seg av denne muligheten i de lokale fastlegeavtalene.

Vi er enige i at fastlegene har en nøkkelrolle i samhandlingsreformen, men vi mener at den reviderte fastlegeforskriften pålegger fastlegene for mange og til dels ugjennomførbare oppgaver. Vårt kjennskap til kommunene tilsier også at de fleste ikke har kompetanse eller ressurser til å ivareta en så omfattende styring av fastlegene som beskrevet, og at gode

systemer for kontroll og oppfølging av data til styrings- og kvalitetsformål er mangelvare. Kommunene må bygge opp egen faglig styringskompetanse med kommuneoverlegene som aktiv deltager, og det må gjøres grundige overveielser av hva som er viktige styringsdata for kommunene, før man intensiverer styringen. Det finnes heller ikke gode kvalitetsindikatorer for allmennlegepraksis, og disse må foreligge før man kan diskutere hvordan kvalitetsstyringen skal være.

For at fastlegeforskriften ikke skal gi fastlegene en rekke plikter som flytter fokus bort fra pasientbehandlingen og samhandlingen, og for å sørge for at fastlegenes tid prioriteres til de pasientene som trenger det mest, foreslår vi at noen av paragrafene i forskriften endres eller fjernes. Dette også for å forhindre at kommunene får plikter som vanskeliggjør god dialog med fastlegene og som fjerner muligheten for å forhandle fram gode lokale fastlegeavtaler. Vi foreslår at paragrafene 13, 31 og 37 endres og at paragrafene 18, 19, 20, 21 og 23 fjernes. Paragrafene 18 og 23 bør være tema i de lokale fastlegeavtalene.

Forslag til endringer i den reviderte fastlegeforskriften:

§ 13 Fastlegens plikt til deltagelse i legevakt og vikarordninger:

"Fastlegen plikter å delta i: c. Vikarordninger for dekning av ordinært fravær hos andre fastleger i kommunen etter nærmere avtale med kommunen".

Vi anbefaler at §13 c fjernes og at avtale om vikarordninger overlates til kommunen og fastlegen å avtalefeste i den lokale fastlegeavtalen. Det er naturlig at fastleger vikarierer for kollegaer i samme gruppepraksis ved korttidsfravær, men dette bør avtales lokalt.

"Kommunen kan frita fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse etter første ledd bokstav a, i følgende tilfeller: a) når legen er over 60 år. b) når legen av helsemessige eller vektige sosiale grunner ber om det, c) for gravide....".

Vi foreslår at dette endres til: *"Kommunen kan frita fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse etter første ledd bokstav a, når legen pga alder, helsemessige årsaker, sosiale grunner, graviditet, amming eller tunge omsorgsoppgaver ber om det".* Dette fordi det er viktig at vaktbelastningen ikke medfører at erfarne allmennleger går over i andre stillinger.

§ 31 Krav til rapportering:

"Fastlegen skal avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og en faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Staten og kommunen definerer hvilke data som skal avgis".

Dagens journalsystemer for allmennpraksis inneholder begrensede muligheter for rapportering. Fastlegene kan ikke pålegges å hente ut andre data enn de som man enkelt kan hente ut av dagens systemer. §31 inneholder ingen slike begrensninger, og vi anbefaler derfor at siste setning endres til: *"Kommunen og fastlegen definerer hvilke data som skal avgis innenfor de mulighetene som ligger i fastlegens journalsystem, dette avtalefestes i den lokale fastlegeavtalen".*

§ 37 Listelengde:

"Kommunen kan kreve at antallet listeinnbyggere på fastlegelisten er 1500 ved fulltids kurativ virksomhet". Dette antallet vil for mange fastleger være for høyt. Vi anbefaler derfor at setningen endres til: *"Antallet listeinnbyggere på fastlegelisten avtales mellom*

kommunen og hver enkelt fastlege i fastlegeavtalen". Vi stiller også spørsmål ved om en fastlege kan klare å ivareta 2500 pasienter på en liste og anbefaler at antallet reduseres i de sentrale avtalene.

§ 18 Brukermedvirkning:

"Fastlegen skal ha et system for å innhente bruker- og pårørende erfaringer regelmessig og bruke resultatene i sitt arbeid med å forbedre virksomheten". Vi mener at §18 må fjernes og at det overlates til fastlegeavtalene hvordan kommunen og hver enkelt fastlege skal gjøre dette. Det er arbeidskrevende å ha et godt system for brukerundersøkelser, og det er naturlig at kommunen og fastlegene blir enige om hvilke ressurser som skal brukes på dette.

§ 19 Oversikt over listeinnbyggerne:

Vi mener også at hele §19 må fjernes fra forskriften. Dagens journalsystemer gir ingen mulighet for fastlegene til å ha en slik omfattende oversikt over innbyggerne på listen sin.

§ 20 Oppsøkende virksomhet:

"Fastlegen som har eller mottar journalinformasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon og hjemmebesøk. Dette gjelder kun i tilfeller hvor pasienten har en påvist lidelse der det fra medisinsk vurdering er behov for behandling eller oppfølging". Det er alltid flere som har tilgang til og skriver i pasient-journalene; vikarer, turnusleger, sykepleiere mfl. Dette er derfor en plikt, som kan være vanskelig å overholde for fastlegen. Pasientene har også rett til å takke nei til medisinsk behandling, og denne paragrafen sier ikke noe om hvor ofte konsultasjon eller sykebesøk skal tilbys. Vi anbefaler derfor at denne paragrafen fjernes i sin helhet og at det overlates til fastlegen selv å følge opp de pasientene som fastlegen vet er i behov av oppfølging.

§ 21 Medisinsk faglig koordinering og samarbeid:

Denne paragrafen foreslås også strøket i sin helhet, da de fleste av de nevnte oppgavene allerede er dekket i §10 *Fastlegens listeansvar*. Allmennlegearbeidet må være det viktigste i en fastleges praksis, og dette arbeidet vil naturlig kreve kontakt med samarbeidspartnere og også noe møtevirksomhet. Annet helsepersonell (hjemmesykepleien, rus- og psykiatritjenesten, rehabiliterings koordinator mfl.) og pasienten selv har også et ansvar hva gjelder samarbeid, møtepunkter og koordinering av tjenester.

§ 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser:

Vi mener at denne paragrafen må strykes. Det finnes ikke dokumentasjon for at ventetid på hverken to eller fem dager gir en friskere befolkning, kanskje snarere tvert imot, da mange kan komme til å oppsøke fastlegen med symptomer som går over av seg selv. En så kort ventetid vil kunne gi kortere tid til hver pasient og dermed virke negativt inn på den tiden fastlegen har til rådighet for de sykeste pasientene. Kort ventetid kan også føre til flere henvisninger til spesialisthelsetjenesten, noe som ikke er ønskelig. God telefontilgjengelighet er viktig, men vil kunne oppnås ved innføring av elektroniske bestillinger og meldinger for de som kan nyttiggjøre seg av det. Dette er uansett ikke noe som bør forskriftreguleres, men som kan være et tema i en lokal fastlegeavtale.

Konklusjon:

For helseforetakene er det av avgjørende betydning at kommunene har et godt samarbeid og god kommunikasjon med fastlegene. Det er også viktig at fastlegene har tid til å samhandle med helseforetakene når det gjelder pasientrettet virksomhet, kompetanseoverføring, veiledning og oppfølging av pasientene. Det er en forutsetning at fastlegene er faglig oppdaterte og godt rustet til etterhvert å følge opp og behandle pasientene på et enda høyere nivå enn i dag, og det er viktig at henvisningene til spesialisthelsetjenesten er gode og nødvendige. Det er også viktig for samhandlingen på alle nivåer at man har en felles plattform for elektronisk kommunikasjon og gode IKT-verktøy i kommunene og på fastlegekontorene, og at ansvaret for dette ikke overlates til hver enkelt fastlege.

Fastlegene har en nøkkelrolle i samhandlingsreformen. De skal avgjøre hvor pasientene skal undersøkes og behandles i et etterhvert komplisert system, med helsetjenestetilbud på mange nivåer. Fastlegene trenger tid til dette faglige arbeidet, tid til pasientene og tid til å delta i møter der legens tilstedeværelse er nødvendig for pasienten. Flere av paragrafene i den reviderte fastlegeforskriften krever for mye av fastlegenes tid. Dette gjelder paragrafene som omhandler vikarordninger, brukerundersøkelser, oversikt over listepopulasjonen, koordinering av forebyggende tiltak og rehabilitering, tilgjengelighet og rapportering. Vi foreslår dem derfor endret eller fjernet, slik at de ikke forhindrer kommunene og fastlegene i sammen å nå målene i samhandlingsreformen.

Vennlig hilsen

Helse Nords Samhandlingsutvalg med primærhelsetjenesten

v/ Anne Grethe Olsen (anne.grethe.olsen@telemed.no)