

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Oslo, 20. mars 2012

Vår ref. 12/00002-20
Deres ref.:
Saksbehandler: Frank Hernes/Ingrid Renolen

Att.:

Innspill til høring på revidering av fastlegeforskriften

Kreftforeningen takker for invitasjon til å komme med innspill til høring om revidering av fastlegeforskriften. Kreftforeningen er en landsdekkende frivillig organisasjon. Våre hovedmål er at færre skal få kreft, at flere skal overleve sin sykdom og at kreftammede og deres pårørende skal få best mulig livskvalitet. Vi baserer vår virksomhet på innsamlede midler. I dag lever nærmere 200 000 personer i Norge som har eller har hatt kreft. Årlig rammes over 27 000 personer av kreft. Prognoser viser at antall nye krefttilfeller vil øke sterkt i årene fremover. Kreft er hyppigste dødsårsak for de under 75 år. Ett av tre krefttilfeller kan forebygges. Kreftforeningen er opptatt av at kreftpasienter/alvorlig syke skal bli godt ivaretatt og motta omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp i alle ledd, fra vurdering, diagnostisering, utredning og behandling til oppfølging og rehabilitering.

Kreft er mange sykdommer og har ulike og ofte et svært sammensatt sykdomsbilde (ofte flere symptomer og årsaker som gir ulike funksjonsmessige konsekvenser for hver enkelt kreftpasient). Det er viktig for kreftpasienter at det er kort ventetid for timeavtale og god tilgjengelighet hos fastlegen. Regjeringen har sagt at kreftpasienter skal behandles innen 20 virkedager fra spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisning fra fastlege. I den sammenheng blir det derfor meningsløst hvis pasienten skal vente flere uker på å komme til fastlegen. Økt tilgjengelig på telefon samt e-post og sms er viktig for å korte ned unødige ventetid. Samtidig er Kreftforeningen opptatt av at fastlegene settes i stand til å oppfylle nye krav, bl.a. ved tilrettelegging for bruk av ny teknologi. Men forutsetningen for at forskriften skal la seg gjennomføre i praksis er at det er tilstrekkelig kapasitet på fastleger, noe Kreftforeningen forventer at departementet tilrettelegger for og følger opp med de involverte parter. Oppsummert er derfor våre viktigste kommentarer til departementets forslag til revidering av fastlegeforskriften:

- Kreftforeningen er meget positive til at fastlegeforskriften nå revideres etter samhandlingsreformens intensjoner og mål
- Forslag om tidskrav og økt tilgjengelighet hilses velkommen
- Positivt at flere kan få hjemmebesøk og at man tar kontakt med personer hvor fastlegen mener det er et medisinsk behov
- Kvaliteten i selve konsultasjonen bør være i fokus og overordnet andre oppgaver – symptomer på kreft kan være meget diffuse samtidig som de kan oppfattes som trivielle, noe som krever stor tilstedeværelse og innsikt fra fastlegen
- Forutsetningen for at man skal kunne implementere og følge forskriften er at det må være tilstrekkelig med fastleger i alle landets 429 kommuner
- Merkantil personale rundt fastlegen bør styrkes og settes i stand til å kunne hjelpe fastlegen med flere av de evaluerings- og overvåkningsoppgavene og tilgjengelighetskrav som foreslås i forskriften

Generelle kommentarer

Revisjon av fastlegeordningen er nødvendig for å nå målene i samhandlingsreformen. For å oppfylle de krav som stilles i helse- og omsorgstjenesteloven, blant annet på forebyggingsområdet, må det til en revisjon av fastlegeforskriften. Verken folkehelseloven eller helse- og omsorgstjenesteloven nevner fastlegens funksjoner og plikter. Dagens fastlegeforskrift er etter Kreftforeningens syn ikke tilstrekkelig tydelig på hva som er fastlegetjenestens oppgaver og ansvar. Det er også en svakhet at materielle bestemmelser står i merknaden til forskriften, f.eks. krav om at det "skal være mulig å få legetime innen rimelig tid" og at fastlegen har "ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling." Kreftforeningen vil understreke hvor viktig det er å utdype hvilke kvalitets- og funksjonskrav som stilles til fastlegene og hvilke tjenester fastlegene skal ha ansvar for. Kreftforeningens mener også at kommunen må bedre dialogen med fastlegene i forhold til de offentlige oppgavene legene kan pålegges. Fastlegetjenesten er et offentlig og kommunalt forankret tjenestetilbud, og kommunene må være seg sitt ansvar bevisst.

Vi vil nå gjennomgå de kapitler og paragrafer i utkast til revidert fastlegeforskrift hvor vi med et kreftfaglig perspektiv mener det er behov for innspill og kommentarer.

Kapittel 2

Kreftforeningen er opptatt av å bekjempe sosial ulikhet i helse. I kapittel 2 legges det opp til omfattende styringsrett for kommunene, der de både skal ha et involveringsansvar, tilsynsansvar og driftsansvar i enhver fastlegepraksis. Ettersom det er store kommunale variasjoner med tanke på både økonomiske og faglige ressurser er Kreftforeningen redd for at ordningen kan forsterke og skape nye strukturelle sosiale ulikheter. Det må ikke bli slik at ressurssterke kommuner hvor det er attraktivt å bo har et velfungerende og godt fastlegetilbud – mens mer depriverte ikke klarer å følge opp. Alle kommuner må ha kompetanse til å samarbeide med fastlegene på en forpliktende måte og ta konsekvensene dersom fastlegetjenesten ikke fungerer etter sin hensikt.

Forarbeidet til forskriften viser at departementet er klar over problemstillingene og understreker at kommunen skal sørge for etterlevelse av nasjonale krav og ha tilstrekkelig faglig kompetanse til å kunne utøve forsvarlig ledelse av allmennlegetjenesten. Kreftforeningen vil uansett minne om viktigheten med at dette faktisk vil skje. § 7 – forsvarlighet og kvalitetssikring er meget viktig, og det er avgjørende at kommunene i praksis vet hvordan man skal ivareta sitt ansvar i forhold til denne paragrafen.

Kapittel 3

At innholdet i listeansvaret presiseres i selve forskriftens § 10 i stedet for i merknad som i dag, mener Kreftforeningen er til det bedre. Vi vet både gjennom våre erfaringer og tilbakemeldinger, samt fra evalueringen av fastlegeordningen at fastlegene nyter stor myndighet og troverdighet hos sine pasienter. Det er derfor relevant at individrettet forebyggende arbeid blir en del av denne presiseringen i selve forskriften. Nasjonalt råd for tobakksforebygging har ved flere anledninger påpekt at fastlegene ikke tar et stort nok ansvar for eksempel når det gjelder oppfordring om røykeslutt.

Det er også adekvat at planlegging og koordinering av rehabiliteringstjenester nå nevnes eksplisitt i fastlegeforskriften. Dette er spesielt viktig ettersom stadig flere overlever sin kreftsykdom, men trenger oppfølging og hjelp i forhold til rehabilitering og hjelp til å mestre seneffekter.

Kapittel 4

§ 17 påpeker at fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap og legge til grunn nasjonale retningslinjer der slike finnes. Kreftforeningen vil peke på behovet for økt kompetanse blant fastlegene når det gjelder kreft. Vi vet at i flere tilfeller skyldes forsinket diagnostikk av kreft for lite kunnskap hos fastlegene – "doctor's delay". Vi har naturligvis forståelse for at det i mange tilfeller er utfordrende for en lege å avdekke hva som er kreft, da symptomer på kreft i mange tilfeller kan forveksles med andre

sykdommer. Det er derfor avgjørende at fastlegen ikke vegrer seg for å henvise pasienten hurtig til videre utredning ved tvil om diagnosen.

Ettersom vi mottar mange eksempler på pasientskadesaker som dreier seg om svikt hos fastleger som ikke har tatt kreftsymptomer på alvor, er dette et viktig område å se nærmere på. Kreftforeningen har også eksempler på at klare indikasjoner på mistanke om kreft ikke blir tatt på alvor av fastlegen, til tross for at retningslinjer og standarder skulle tilsi at "varsellamper" burde begynne å lyse. I de aller fleste tilfeller av kreft er det av avgjørende betydning at riktig diagnose blir stilt så raskt som mulig. I denne sammenheng er Helsedirektoratets *Nasjonale handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging* for de ulike kreftsykdommene viktig å kjenne til.

§ 18 omhandler brukermedvirkning. Kreftforeningen har tidligere i sin høringsuttalelse til ny kommunal helse- og omsorgslov uttalt at vi er fornøyd med at det nå lovfestes en plikt for kommunene til å sørge for pasient- og brukermedvirkning. Dette vil medføre en rekke nye oppgaver for kommunene i forbindelse med at pasienter og brukere skal bli hørt når det gjelder utvikling av kommunenes samlede helse- og omsorgstjenester. Det følger også av helse- og omsorgstjenesteloven at kommunene har en plikt til å sørge for at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av denne loven etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter (jf. § 3-10 i helse- og omsorgstjenesteloven). Her blir det viktig at slike systemer tar høyde for det som skjer hos fastlegen også. Det finnes ingen slike systemer i dag. Dette kan være en av oppgavene i den reviderte fastlegeforskriften hvor merkantilt personale rundt fastlegen bistår med gjennomføringen.

Departementet har antatt at administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene vil være beskjedne når det gjelder utvikling og implementering av et slikt system. Kreftforeningen vil imidlertid påpeke at ressursene dette krever ikke må undervurderes dersom disse dataene skal være nyttige for evaluering og forbedring av helse- og omsorgstjenestene.

Kreftforeningen er i nært samarbeid med 12 pasient- og likemannsorganisasjoner som representerer personer med ulike kreftdiagnoser. Disse er allerede i dag viktige representanter i lokale og regionale brukerutvalg som bidrar til å sikre at den store diagnosegruppen som kreftpasienter utgjør får innflytelse og medvirkning på utforming av framtidens kreftbehandling i norske kommuner. Vi håper og tror at pasient- og likemannsorganisasjonene sammen med Kreftforeningen får sentrale roller når et slikt erfaringsinnhentingssystem skal implementeres i kommunene og hos fastlegene.

For å oppfylle § 19 må det også implementeres nye systemer og databaser for å kunne få en reliabel og valid oversikt over listeinnbyggernes benyttelse av tjenestetilbud, kroniske lidelser og oppfølging, forhindringer for oppmøte på legekontor og risiko for legemiddelrelaterte problemer. Det er derfor problematisk at slike krav forskriftsfestes uten at det i dag finnes gode verktøy/datasystemer som gjør at kravene kan etterleves og gjennomføres. Det kan ikke være opp til den enkelte fastlege å bygge opp slike systemer. Her må kommunene ansvarliggjøres, og helst bør vel systemene etableres sentralt.

Det er positivt at det i § 20 foreslås at fastlegen skal opptre proaktivt for personer på listen sin som selv ikke søker hjelp, dersom legen mener det er et medisinsk behov. Men slik arbeidsbelastningen er i dag for denne gruppen, kan det være vanskelig for fastlegene å ivareta en slik proaktiv funksjon på en tilstrekkelig måte. Kreftforeningen understreker derfor igjen behovet for flere fastleger og et langt lavere maksimumstak på fastlegelistene (enn 2500 som er foreslått) dersom man skal kunne forvente at fastlegene skal innta en proaktiv rolle, slik departementet ønsker. Det er spesielt viktig at man er klar over ressursutfordringene en slik rolle får ved implementering av dette i forskriften.

§ 21 omhandler koordinering. Kreftforeningen bemerker at rehabilitering er en viktig komponent for å sikre et godt tjenestetilbud og gode pasientforløp. I denne fasen er det ofte mange ulike aktører som bidrar, det er derfor viktig at fastlegen med sin kompetanse og kjennskap til pasienten deltar og har medvirkningsansvar for den medisinske koordineringen. Det er svært viktig for en pasient med behov for langvarig og koordinerte tjenester at de kan ha faste holdepunkter. Videre er det av sentral betydning for en optimal samhandling mellom de ulike aktørene at fastlegen bidrar og således er med på å sikre et strukturert samarbeid mellom de ulike aktørene. Ansvar for koordinering hviler ikke på fastlegen alene, men i et samspill med pasientene og de øvrige fagpersonene. Vi mener at fastlegens rolle her må ses i sammenheng med de krav som stilles til eksempelvis kommunen om en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Denne enheten vil ha det overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Men det er viktig at også

fastlegen kan bidra i dette arbeidet slik at dens kompetanse også kan benyttes for en best mulig samordning med det kommunale hjelpearbeidet, i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen. Vi understreker også at slik samhandling er nødvendig for å sikre at pasientrettigheter, herunder krav til forsvarlighet, oppfylles i samsvar med de krav som stilles i lovverket.

§ 22 utdyper fastlegens ansvar etter § 10 for individrettet forebyggende tiltak. Det er viktig at fastlegen har kjennskap til kommunens tilbud og tilbyr forebyggende tiltak eller henviser til aktører som driver med dette der det er relevant for den kliniske problemstilling. I tillegg til kommunens egne tilbud, vil vi også understreke Kreftforeningens egne tilbud og andre innenfor frivillig sektor som tilbyr tilbud og forebyggingsarbeid – gjerne i samarbeid med frisklivssentralene i kommunene. Disse kan bli en hovedarena for veiledning om røykeslutt i tillegg til tilbud innen fysisk aktivitet og kosthold. I tillegg bør også andre fagmiljøer i kommunen som for eksempel hjemmetjenesten, helsestasjoner og NAV bruke sin kontakt med innbyggerne til å fremme god folkehelse.

Når det gjelder § 23 om tilgjengelighet, er Kreftforeningen opptatt av at så vel kronikere som pasienter med mistanke om kreft kan komme hurtig til fastlege. Gode fastleger med kort ventetid for timeavtale og økt tilgjengelig vil være avgjørende for mange kreftpasienter. I dagens helsevesen stilles det stadig større krav til kortere ventetid og økt tilgjengelighet. Da kan fastlegene ikke være noe unntak. Kreftforeningen støtter derfor at det innføres krav om ventetid på time og responstid på telefonhenvendelser. For å oppnå dette må de fastlegene som ikke allerede har gjort det, endre sin organisering av sitt arbeid. Kreftforeningen anbefaler blant annet at fastleger oppfordres til å benytte internett og SMS ved timebestilling og ved eventuelle andre spørsmål og henvendelser. Det vil øke tilgjengeligheten til fastlegene betraktelig, samtidig som det vil korte ned ventetiden for de pasientene som fortsatt ønsker å benytte seg av telefon. I mange små kommuner har fastlegen også andre oppgaver/stillinger (som for eksempel kommuneoverlege), og bare jobber som fastlege to dager i uken for eksempel. I slike tilfeller må det være et krav at fastleger må samarbeide, gjerne interkommunalt, slik at man kan bestille timer og få svar selv om ikke fastlegen jobber som fastlege den dagen. Vi mener at rent generelt vil det også være gunstig for økt tilgjengelig at flere fastleger samarbeider om kontorpersonale/sentralbordtjenester. Det kan selvfølgelig gjøres gjennom fysisk sammenslåing, mer er ikke nødvendig med dagens teknologiske muligheter. For øvrig mener Kreftforeningen at det også når det gjelder økt tilgjengelighet og økt responstid er nødvendig med flere fastleger.

§ 25 foreslår en utvidelse av bestemmelsene om når legen skal gi tilbud om hjemmebesøk. Dette støttes av Kreftforeningen. Spesielt viktig er dette for kreftpasienter som mottar lindrende behandling og som ønsker å tilbringe mest mulig av den siste tiden hjemme. Det vil i slike situasjoner være av stor betydning for deres livskvalitet med hjemmebesøk fra fastlege.

§ 26 påpeker at fastlegen skal ved henvisning informere pasienten om retten til fritt sykehusvalg. Dette er bra, men vi vil påpeke at tilbudet videre til pasienten ikke er bra. Nettsiden www.frittsykehusvalg.no er langt fra god nok og har store mangler når det gjelder videre oppfølging og kontaktinformasjon. Det er heller ikke spesifisert godt nok når det gjelder de ulike kreftdiagnosene og kvalitetsindikatorer mangler.

De fleste kreftpasienter er eldre mennesker og mange har sammensatte lidelser og flere andre diagnoser som krever legemiddelforskrivning. Det er derfor svært ønskelig slik § 27 beskriver, med en legemiddelgjennomgang for de som bruker over 6 legemidler. Men det er også her mangel på gode verktøy for å gjennomføre dette i praksis. Per i dag finnes ikke gode nok verktøy eller datasystemer for å gjøre dette i praksis og plukke ut de pasientene dette måtte gjelde.

Fastlegene er i den senere tid pålagt økende plikter etter folketrygdloven og arbeidsmiljøloven i oppfølgingen av de sykemeldte. Vi støtter forslaget om å understreke fastlegens ansvar og rolle ved oppfølgingen av sykemeldte og ved bistand til egenmestring i forskriftens § 28.

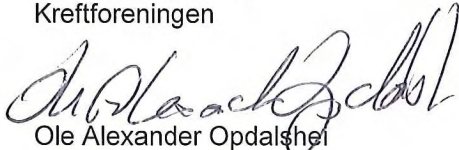
Kommentarer avslutningsvis

Forslag til revidert forskrift inneholder veldig mange gode intensjoner og konkrete forslag for at fastlegeordningen skal bli bedre enn den er i dag for befolkningen generelt og kreftpasienter spesielt. Det er også helt påtvinget med en revisjon av forskriften for å imøtekomme samhandlingsreformens mål og intensjoner. Men det vil være avgjørende for at både forskriften og samhandlingsreformen skal kunne lykkes at det er nok fastleger og at det merkantile personellet rundt fastlegene styrkes. Samtidig må kommuneleger

og samfunnsmedisinere i kommunene bevisstgjøres i forhold til samarbeid med fastlegene og være tydelige og synlige i kommunenes forebyggings- og folkehelsearbeid.

Kreftforeningen ønsker departementet lykke til med avslutningsfasen i revideringen og håper den reviderte forskriften får den oppmerksomheten den fortjener både i implementeringsfasen og senere når forskriften skal følges opp og evalueres.

Med vennlig hilsen
Kreftforeningen



Ole Alexander Opdalshei
ass generalsekretær