



**MIDT-TROMS
REGIONRÅD**

Telefon + 47 911 82 304
herbjorg.valvag@midt-troms.no
Postboks 46, 9305 Finnsnes
Org. nr. 979 624 646
www.midt-troms.no

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 2012-03-Fastlegeforsk/pasientrettighet-høring

Dato: 21.03.12

Høringsuttalelse fra Midt-Troms regionråd – Forskrift om fastlegeordningen i kommunene og Forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen

Kommunene Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sørreisa, Torsken og Tranøy har et etablert og godt samarbeid gjennom Midt-Troms regionråd. Behandlingen av forslaget til ny fastlegeforskrift, har vært gjenstand for drøftinger i hver enkelt kommune og samlet i regionen, gjennom regionrådets prosjekt *Midt-Troms inn i Samhandlingsreformen*. Prosjektet er et 2-årig implementeringsprosjekt gjennom regionens egen kvalitetsutviklingsenhet for helse- og omsorgstjenesten; LØKTA.

Forskrift om fastlegeordningen i kommunene

Midt-Troms regionråd mener at en bedre integrert legetjeneste i kommunene er nødvendig for å lykkes med intensjonene i Samhandlingsreformen. Derfor ser vi det som positivt at denne forskriften kommer. Det erfarer at det er et behov for en tydeliggjøring av styringsverktøy av fastlegeordningen, slik at kommunene både får presisert sitt ansvar for og redskap til å kvalitetssikre allmennlegetjenesten. Forskriften gir en presisering av kommunens ansvar for fastlegeordningen og en presisering av fastlegens listeansvar, herunder innføringen av krav til funksjon og kvalitet i tjenesten.

I § 3 ad det kommunale ansvar for allmennlegetilbudet står følgende: ”.....kommunene kan samarbeide med andre kommuner om å sørge for nødvendige allmennlegetjenester.” Midt-Troms regionråd ønsker at det skal stå: ”.....kommunene kan samarbeide med andre kommuner om å sørge for nødvendige **og kvalitative gode** allmennlegetjenester.”



Bardu
kommune



Berg
kommune



Dyrøy
kommune



Lenvik
kommune



Målselv
kommune



Sørreisa
kommune



Torsken
kommune



Tranøy
kommune

Forslaget gir også en forskriftsfesting av sentrale sider ved ordningen som i dag er avtaleregulert, noe vi anser som positivt, da dette forsterker de aktuelle punktene. Som eksempel på dette mener vi at krav om rapportering til kvalitets- og styringsformål innebærer en bedre tjeneste for befolkningen da dette vil skjerpe tjenestetilbyderne og –styringen. Midt-Troms regionråd anser det som meget bra at kommunene står friere til å definere hvilke type pålagte offentligere oppgaver en har behov for å løse i kommunen. Herunder at veiledning av turnuskadidater, medisinstudenter og utdanningskandidater er definert som offentlige oppgaver innenfor rammen på 7,5 t. § 12 gir dermed mulighet for en bedre utnyttelse av ressurser ut fra kommunens enge vurderinger og prioriteringer.

Midt-Troms regionråd mener at kravene til rapportering i § 31 og dens innhold er meget positivt og kvalitetsfremmende.

Muligheten for økonomiske sanksjoner mot fastleger ved manglende oppfyllelse av avtalen mener vi vil virke skjerpende og kvalitetsstyrkende.

Midt-Troms regionråd er opptatt av at det er en del utfordringer for å få en vel integrert legetjeneste i kommunene, deriblant er de økonomiske forutsetningene for svake pr. d.d. Samhandlingsformen legger opp til at kommunene skal gi et bredere tilbud av helsetjenester enn i dag, med økt fokus på bl.a. forebygging og folkehelse. Fastlegeforskriften viser tydelig at det er sterke forventninger og krav til kvaliteten på fastlegearbeidet. Kommunene er i forskriften gitt en tydeligere rolle i forhold til å kvalitetssikre og sørge for en god allmennlegetjeneste. Dette krever økning i antall fastleger og ikke minst en styrking av administrative ressurser og de samfunnsmedisinske tjenestene i kommunen. Dette vil nødvendigvis medføre økte utgifter.

Økte økonomiske rammer er også viktig, for å rekruttere flere leger i kommunene og den allmennpraksisen som der pågår, samt til de offentlige allmennmedisinske- og samfunnsmedisinske oppgavene. Kommunene må kunne være konkurransedyktige når det gjelder spesialisthelsetjenesten. Det er særdeles viktig at det er både faglig og økonomisk handlingsrom for å bygge kompetanse i kommunene.

Midt-Troms regionråd ønsker å presisere enkelte paragrafer ytterligere:

Kap. 2

Kommentar § 5: Særlig om personer som utgjør en sikkerhetsrisiko

Det står ”...før et vedtak om å flytte en listeinnbygger treffes, skal kommunen ha forsøkt andre tiltak.”

Midt-Troms regionråd ønsker en redegjørelse for hva dette innebærer. Hva er andre tiltak, jfr pasientvernet?

Kommentar § 8: Ad kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid

Midt-Troms regionråd mener at kommunenes ansvar for å tilrettelegge for samarbeid ved å lage skriftlige rutiner, er en måte å kvalitetssikre samarbeidet på.

Kap.3

Kommentarer § 12: Ad fastlegens deltakelse i annet allmennlegearbeid i kommunene.

Ved fulltidspraksis plikter fastlegen å delta inntil 7,5 time pr uke i annet allmennlegearbeid. Hva med deltidsstillinger? Er tilpliktingen justert i forhold til stillingsprosent slik en kan anta av forslagsteksten? I så fall ønsker vi at dette kommer tydeligere fram.

Kommentarer § 13: Ad fastlegens plikt til deltakelse i legevakt og vikarordninger og fritak for fastlegen fra plikt til legevaktdeltakelse

I forhold til punktene a) og c) mener Midt-Troms regionråd fritak ved fylte 60 år og for gravide de siste 3 måneder skal være en rettighet. Dette må ikke bli noe som den enkelte kommune skal ha egen praksis på. Legevaktsdeltakelse etter fylte 60 er en betydelig merbelastning. Etter flere tiår med legevakt er det uproblematisk å gjøre fritak etter fylte 60 år til en rettighet.

Dersom gravide i siste trimester ønsker fritak fra legevakt, som er arbeid utover ordinær arbeidstid, bør den enkelte gravide selv få vurdere om dette er nødvendig.

Fritak for ammende virker lite hensiktsmessig ut fra dagens permisjonsrettigheter for småbarnsforeldre. I spesielle tilfeller får den enkelte eventuelt søke om fritak ut fra helsemessige og sosiale årsaker; jamfør pkt. b).

For andre grunner av helsemessig eller sosial karakter er det fornuftig at det gjøres vurderinger av fritak og varighet på dette i hvert enkelt tilfelle, slik det åpnes for i pkt. b).

Ut fra et perspektiv på interkommunalt samarbeid er det viktig at fritaksreglene er like fra kommune til kommune. Hos oss her i Midt-Troms vil det være uheldig om kommunene har ulike fritaksordninger, for her skal legene spille på lag i interkommunale legevaktsordninger og andre samarbeid om legetjenester.

Kap.4

Kommentarer § 18: Ad brukermedvirkning hvor fastlegen blir pålagt å ha et system for å innhente bruker- og pårørendeerfaringer

Midt-Troms regionråd mener at dette ansvaret bør legges til kommunen og ikke den enkelte fastlege, da det å legge dette til den enkelte lege i mindre grad sikrer gjennomføring av intensjonen bak § 18.

Det virker betydelig mer hensiktsmessig å legge dette ansvaret på kommunen som gjennom slike systemer også vil fange opp systemsvakheter knyttet til fastlegeordninga, så vel som vansker knyttet til eventuelt enkeltlegers forvaltning av listeansvaret i hht. forskriften.

Problemer knyttet til enkeltleger som kommer opp gjennom innhenting av brukererfaringer, kan kommunen ta opp direkte med legen, systemsvakheter bør løses i samarbeid mellom fastlegegruppa og kommunen. Fastlegene bør pålegges å samarbeide i forhold til brukerundersøkelser dersom ansvaret for disse legges til kommunen.

Kommentarer § 19: Ad oversikt over listeinnbyggerne

Midt-Troms regionråd mener at det å ha slik oversikt denne paragrafen sikter til vil være vanskelig å gjennomføre. Intensjonen med paragrafen dekkes gjennom andre paragrafer i aktuell forskrift og annet lovverk. Vi mener følgelig at denne bør fjernes.

Argumentasjon:

- 1) Dette er også dekket i andre paragrafer. Kronisk syke med behov for tett oppfølging, § 19 punktene b) og c), er nærmere omtalt i andre paragrafer, m.a. § 24-26.
Legemiddelrelaterte høyrisikopasienter tas med i § 27.
- 2) § 19 medfører en svekkelse av pasientenes autonomi. Hensikten med fastlegeforskriften er å sørge for tilgjengelige og gode legetjenester, men den enkelte har fortsatt full rett til å bestemme omfanget av helsehjelp. For de som ikke er i stand til å gjøre slike vurderinger, er det mer egnede paragrafer i Lov om psykisk helsevern og pasientrettighetsloven 4a.
- 3) Det mangler dataverktøy for å ekstrahere denne informasjonen på en hensiktsmessig måte fra dagens journalsystemer. I tillegg til at intensjonen i paragrafen dekkes gjennom andre punkter, virker det sannsynligvis mer provoserende en hensiktsmessig på fastlegene å ha en oversikt over underforbrukere av legetjenesten gjennom overvåkning og uthenting av pasientinformasjon. En har andre paragrafer som sier noe om ansvaret for ressursvake pasientgrupper og kronikere. Disse sikres i tilstrekkelig grad ivaretagelse av intensjonene bak § 19.

Kommentarer § 20: Ad oppsøkende virksomhet

Midt-Troms regionråd foreslår at det bør legges inn en paragraf som sier noe om kvalifikasjoner og bruk av hjelpepersonell hos fastlegen. Og at en her åpner for at disse kan brukes til delegerte oppgaver, bl.a. når det gjelder forebyggende helsearbeid. Det kan gjelde ansvar for oppfølging av kronikergrupper med mer.

Teksten lyder slik: "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 en medisinsk vurdering er behov for behandling eller oppfølging."

Midt-Troms regionråd ønsker teksten endret til: *”Fastlegen som har eller mottar journalinformasjon om en at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon og/eller hjemmebesøk. Dette gjelder kun i tilfeller hvor pasienten mistenkes å ha en lidelse der det fra en medisinsk vurdering er behov for behandling eller oppfølging.”*

Kommentar til dette: Når en fastlege får bekymringsmeldinger om pasienter på sin liste, må legen selv kunne vurdere hvorvidt konsultasjon eller hjemmebesøk er mest hensiktsmessig, for eksempel ved at en først søker å få pasienten inn til konsultasjon. I de tilfeller der dette ikke går, følger legen opp med å dra i hjemmebesøk.

I forskriftsforslaget står det: *”...har en påvist lidelse”*. Dette mener vi ikke speiler oppbygginga av rammene rundt *Lov om tvungen psykisk helsevern*, der pasienter med for eksempel førstegangs psykose (altså ikke diagnostisert) også har rett til tvungen legeundersøkelse og innleggelse. Dette til tross for at man ikke har å gjøre med en påvist lidelse, men kun mistanke om en lidelse.

Kommentarer § 22: Ad individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen

I siste setningen står det. *”Risikofaktorene skal kartlegges av legen ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen.”*

Midt-Troms regionråd mener at setningen bør ha et tillegg, slik:

”Risikofaktorene skal kartlegges av legen ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen. Dette må skje i samråd med pasienten.”

Hensikten med dette er å synliggjøre at pasienten er ansvarlig for egen helse og i de fleste tilfeller i sin fulle rett til å takke nei til kartlegging av risikofaktorer dersom han/hun ikke ønsker det.

Midt-Troms regionråd stiller spørsmål om ikke dette punktet bør speiles i *Lov om helsepersonell*, fordi dette kan også andre helsepersonellgrupper gjøre.

Kommentarer § 23: Ad allmenne tilgjengelighetsbestemmelser hvor vi blir bedt om å velge enten alternativ 1 eller alternativ 2

Midt-Troms regionråd mener at forskriften legger opp til mer arbeid til fastlegene. Det er ikke nødvendig å legge tidskrav i tillegg. Midt-Troms regionråd er ikke for noen av de framlagte alternativene, men for god tilgang på telefon og god øyeblikkelig hjelp-dekning hos fastlegene. Dette sikrer at de som trenger raskt helsehjelp får det hos sin egen fastlege. For de pasientene som ikke sorterer under verken øyeblikkelig hjelp eller legevakten, må man kunne gjøre en prioritering innen 3 uker. Erfaringsmessig kan noen pasienter vente. Dette ansees som *”god medisin”* og er med på ansvarliggjøring av egen helse. Enhver skal kunne ta kontakt, få råd, og det vil ved henvendelseskje en sortering i fht behov. Gjennom god telefontilgjengelighet, gjerne fastsatt med tidskrav, sikrer en at eventuelle endringer i sykdomsbildet fanges opp og at det kan gjøres reprioriteringer. At en skal ha time innen 2

eller 5 dager for en førerkortattest virker uhensiktsmessig, og er eksempel på bestillinger som uten belastning for pasienten kan vente innenfor en ramme på for eksempel 3 uker.

Kommentarer § 24: Ad tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid.

Midt-Troms regionråd mener det er positivt at fastlegen skal tilby helsehjelp samme dag innen avtalt åpningstid til listeinnbyggere ved øyeblikkelig hjelp slik det framgår i første avsnitt.

Vi mener en forskrift bør kunne si noe tydeligere om hvordan kommunen og fastlegene i fellesskap skal kunne komme fram til hvor mange øyeblikkelig-hjelpstimer det anses å være hensiktsmessig å ha, i forhold til listelengde.

Eksempel: Innenfor vår region arbeider vi med en avklaring av dette og har havnet på et tall på 1 øyeblikkelig-hjelpstime pr. 50 listeinnbygger pr. uke. Dvs. at med en liste på 1000 pasienter vil en i løpet av en uke måtte sette opp (1000:50) 20 øyeblikkelig hjelpstimer fordelt på de dagene legen har kurativ virksomhet (med 100 % stilling og 20 % offentlig virksomhet vil dette si 5 øyeblikkelig hjelpstimer hver av de 4 dagene i uka, som legen jobber kurativt). Dette sikrer at en har noen normtall for planlegging av timeboka som sikrer at en legger inn tilstrekkelig mange øyeblikkelig-hjelpstimer i løpet av dagen til å betjene listepasientene på en god måte. Og så må kommunen sikre en tilleggstjeneste i form av eventuell daglegevakt, slik at en har en robust nok beredskap til å ta topper og særlig tidkrevende hendelser som trafikkulykker med mer.

Vi forslår derfor å vurdere følgende tillegg til teksten i § 24:

”Kommunene anbefales (eller bør) i samarbeid med fastlegene å komme fram til normtall for hvor mange øyeblikkelig-hjelpstimer i fht listelengde en anser som hensiktsmessig ut fra lokale forhold og tilpasninger.

Kommunen bør påse at fastlege-tjenesten og legevakt har rutiner som sikrer samarbeid mellom tjenestene og sikrer forsvarlige pasientforløp.”

Midt-Troms regionråd mener at dersom en sikrer gode normtall og tilgjengelighet til øyeblikkelig-hjelpstimer hos fastlege, kan avsnitt 2 i § 24 utelates, da innholdet i avsnittet dekkes av vårt forslag om lokale normtall på mengden øyeblikkelig-hjelpstimer.

Kommentarer § 25: Ad hjemmebesøk

Midt-Troms regionråd mener at pkt b kan strykes, da pkt a sier det samme. Det er vanskelig å lese hva forskjellen er mellom punktene og hva hensikten er med å ha to punkter.

Kommentarer § 27: Ad legemiddelforskrivning

Midt-Troms regionråd mener at innholdet i denne paragrafen er fornuftig og hensiktsmessig. At pasienten skal få med seg en oppdatert legemiddelliste etter hver konsultasjon hvis legemiddelbruken endres, er et godt eksempel på god praksis. Det sikrer informasjonsflyt og er kvalitetsbyggende.

Årlig gjennomgang av medisinlister for pasienter som bruker 6 legemidler eller mer, er et meget fornuftig forslag for å sikre en kontinuerlig vurdering av behovet for de enkelte medikamentene, vurdert mellom annet i forhold til bivirkninger og interaksjoner.

Kommentarer § 29: Ad elektronisk pasientjournal m.m.

Midt-Troms regionråd viser til siste avsnitt, hvor det gjøres unntak fra første og andre ledd for leger som faller inn under unntaket i forskrift om unntak fra pålegg om innsending av krav om direkte økonomisk oppgjør elektronisk over linje av 7.desember 2009 nr 1746. Det er vanskelig å se intensjonen bak dette unntaket. Her må det gjøres en vurdering!

Kap.5

Kommentarer § 33: Ad reforhandling av fastlegeavtalen

Midt-Troms regionråd ønsker en avklaring på øvre tidsaspekt for avtaleinngåelse. For hvor lenge anbefales avtalene å gjelde? Er dette overlatt til partene selv å bestemme?

Kommentarer § 36: Ad sanksjoner ved manglende oppfyllelse av individuell avtale, rammeavtale eller regelverk

Vi refererer til andre avsnitt hvor det står at dersom forholdet ikke er rettet innen fastsatt frist, kan kommunen holde tilbake hele eller deler av det månedlige per capita-tilskuddet. Dette blir da i fht de som er næringsdrivende/privat praksis. Midt-Troms regionråd spør: Hva med de som er fastleger på kommunal fastlønn? Hva slags sanksjoner kan man bruke overfor disse?

Kap.6

Kommentarer § 37: Ad listelengde

Midt-Troms regionråd reagerer på anslaget på listeantallet. Vi ønsker å påpeke at 300 pasienter pr kurativ dag er et historisk tall fra prøveprosjektene med fastlegeordning. I tillegg er det å drive en god og forsvarlig allmennpraksis tidkrevende, slik en ser av forslaget til fastlegeforskrift. En overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjenesten medfører økte arbeidsoppgaver for fastlegene.

Vi mener det er nødvendig med reduserte listelengder for å drive forsvarlig allmennpraksis i tråd med intensjonene i forskriften. En pålegger fastlegene en rekke kvalitetskrav som ikke lar seg løse dersom en har for lange lister. Dersom en bruker 200 pasienter pr kurativ dag, betyr det at kommunen kan pålegge 1000 listeinnbyggere ved fulltids kurativ virksomhet. Dette vil være et langt mer fornuftig estimat.

Midt-Troms regionråd minner om intensjonen ved Samhandlingsreformen var helsetjenester der folket er, og med dette flere fagfolk og fastleger i kommunene. Utgangspunktet var 2000 flere fastleger i kommunene, noe som virker å ha falt bort i det videre arbeidet med reformen. Sannsynligvis av ulike grunner. Reformen er nå sagt å skulle være en retningsreform, men dersom man ikke tar nødvendige grep rundt normtall for listelengde, risikerer vi å ende opp med gode intensjoner, men med for få fagfolk i kommunene til å oppfylle disse. Et viktig rekrutteringstiltak er at det er overkommelig å jobbe som fastlege i kommunene. En regulering av listelengde vil øke behovet for rekruttering av fastleger, men samtidig være et nødvendig signal for både å sikre at nyutdannende opplever allmennpraksis som interessant, og for å oppfylle intensjonene for hele Samhandlingsreformen.

Kommentarene til § 37 er således vår hovedinnvending på hele forskriftsforslaget da tilstrekkelig fastlegedekning er grunnleggende for å oppnå intensjonen bak Samhandlingsreformen.

Dersom enkelte leger ønsker lengre lister og kan betjene disse på en tilfredsstillende måte, vil et redusert normtall for listelengde ikke være til hinder for dette.

Forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen:

Kommentarer § 2: Ad rett til å få time hos fastlegen

Midt-Troms regionråd ønsker her å vise til innspill i fht § 23 Forskrift om fastlegeordningen.

Med vennlig hilsen
Midt-Troms regionråd

Paul Dahlø
regionrådets leder

Herbjørg Valvåg
daglig leder