

Hurum 09.03.12

Til
Helse- og omsorgsdepartementet
Postmottak@hod.dep.no

Forslag til revidert fastlegeforskrift - Høringssvar fra Norsk Helse og velferdsforum (NHV)

Norsk Helse og velferdsforum (NHV) er av Helse og omsorgsdepartementet (HOD) bedt om å gi høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift. NHV ved lhovedstyret representerer ulike fylkeslag og ønsker å komme med følgende momenter:

Sammendrag:

Norsk Helse og velferdsforum støtter arbeidet med revidert fastlegeforskrift og mener denne er helt sentral for gjennomføringen av samhandlingsreformen. I forslaget er det imidlertid lite samsvare i mellom arbeidsoppgavene og normtall for listepasienter som kan påkrevs den enkelte fastlege. Slik forskriftsforslaget er utformet og med de listestørrelsene legene har per i dag, vil forskriften i praksis være nesten umulig å oppfylle for mange av legene. Nye oppgaver for fastlegene krever kortere listelengder og dermed behov for flere fastleger. Forskriftsfestede kvalitetskrav må følges opp av standardiserte rapporteringssystem og styrking av almenlegeutdanningen. Kommunene vil få nye oppgaver i styring, oppfølging og samhandling med fastlegene. Dette vil komme brukerne til gode med bedre kvalitet, tidligere intervensjon og mer tverrfaglighet. Det vil imidlertid kreve mer ressurser til administrasjon og faglig samhandling.

Videre arbeid med forskriften må på en bedre måte skille ut de elementer som med fordel kan være avtalebasert. De elementer som påvirker inntektssystemene må sees i sammenheng med normalsatsene, og de elementer som påvirker arbeidsmiljøet til legene må sees i sammenheng med lovverk på området.

NHV er spesielt opptatt av de sosial ulikhet i helse og hvordan svake grupper best kan ivaretas i en godt fungerende primærhelsetjeneste. Forskriftsfestede krav som kan svekke tilgjengelighet for, eller prioriteringer av svake grupper vil øke sosial ulikhet i helse og må sees særskilt på i det videre arbeid med ferdiggjøring av forskriften.

Høringsinnspillene er oppsummert ut fra 4 hovedtema som vi ser forslaget vil ha mest konsekvenser for:

Ressursbruk:

NHV mener det vil bli behov for flere legeårsverk i kommunene. Kravene i forskriftsforslaget er så omfattende at det vil bli behov for en betydelig økning i antall legehjemler og en like betydelig reduksjon i legenes gjennomsnittlige listestørrelser. Vi ser også et klart behov for styrking av

kommunenes juridiske og medisinskfaglige kompetanse samt administrative ressurser for å kunne styre og planlegge legetjenesten. §§ 5-8, 12, 17-31 og 36 gir kommunene økt ansvar for etablering av prosedyrer, samhandling, kvalitetsoppfølging og administrasjon av fastlegeordningen. Dette ansvaret kan ikke kommunene påta seg uten den nevnte styrkingen.

Prioriteringer:

Det har vært litt forskjellige oppfatninger om hvor vidt forskriften bidrar til å prioritere de riktige pasientgruppene. Paragrafene som stiller krav til brukermedvirkning (§18), oversikt over listeinnbyggere (§19), oppsøkende virksomhet (§20), medisinskfaglig koordinering og samarbeid (§21) og hjemmebesøk (§25) kan alle bidra til at svakere grupper blir ivaretatt og prioritert.

Problemet er at tilgjengelighetskravet i §23 kan komme i konflikt med de øvrige paragrafene.

Dersom legen skal kunne ta imot listeinnbyggerne innen 2 virkedager uten noen form for prioritering, er vi bekymret for at de mest pågående og ressurssterke vil få timer på bekostning av et grundigere arbeid i forhold til de svakere gruppene som ikke står på like godt for seg og sine og som derfor har økt behov for å bli ivaretatt ved mer tidkrevende utredninger, tverrfaglig samarbeid, hjemmebesøk og annen proaktiv tilnærming.

Vi er dessuten opptatt av at § 22 om individrettet forebygging ikke blir utformet slik at den kan bidra til medikamentell behandling av mulig risikanter i stedet for reelt syke.

Forebyggingsperspektivet er viktig og en vektlegging av helsefremmende faktorer som fysisk aktivitet, rusvaner, god psykisk helse og sunt kosthold bør ligge som et grunnlag for legens rådgivning. Økt medikalisering i forhold til mulig fremtidig sykdom kan imidlertid føre til mer bekymring og uelse.

Kvalitetsarbeid:

Funksjons- og kvalitetskravene i §§ 17-31 spesifiserer, etter vår oppfatning, hva som er god allmennmedisin – hva man kan ønske at en fastlege gjør. Med spesifiseringen og konkretiseringen disse paragrafene medfører, får kommunen klargjort hva fastlegene skal vurderes i forhold til. Problemet er igjen at summen av alle kravene forutsetter at den enkelte lege reduserer listestørrelsen samt den manglende differensieringen i paragraf 23. Hvis alle skal kunne få time like fort, forsvinner legens mulighet til å prioritere på et faglig grunnlag – noe som kan redusere i stedet for å styrke kvaliteten i arbeidet.

Fastlegeforskriften, slik den er utformet i forslaget, vil kreve at kommunen utarbeider gode og juridisk holdbare rutiner for kontroll av den enkelte lege og oppfølging av avvik i forhold til de kravene forskriften setter. Arbeidet med et slikt system for kvalitetskontroll vil også kunne være nyttig for andre kommunale tjenester. Legene er viktige samhandlingsaktører, og den nye forskriften bør gjøre det mulig å etablere prosedyrer for samhandling mellom legene og andre tjenestegrupper innen helse og omsorg. På den måten bidrar forskriften til en bedre integrering av legene i kommunens øvrige arbeid.

Styringsform:

Forslagene i høringsutkastet gir, etter vår oppfatning, kommunene en etterlengtet mulighet til å kunne styre fastlegenes virksomhet. Vi opplever at de fleste fastlegene er seriøse i sin virksomhet og samhandler med de øvrige kommunale tjenestene og at behovet for styring normalt ikke er så stort. Enkelte leger har imidlertid så mange på listene sine at de ikke klarer å overkomme alle oppgavene. Andre igjen viser liten vilje til samarbeid. I slike tilfeller er det en klar fordel for kommunen å ha styrings- og sanksjonsmuligheter.

Tilgjengelighetskravet i paragraf 23 gjelder i forhold til timebestilling. Slik vi ser det er det minst like viktig å kunne stille tilgjengelighetskrav i forhold til samhandling med kommunale tjenester. Hjemmesykepleien har for eksempel behov for god tilgjengelighet og rask respons fra fastlegen i forhold til de eldste og sykeste pasientene. Detaljene i forhold til tilgjengelighet (som responstid i forhold til elektroniske meldinger fra hjemmesykepleien og lignende) kan reguleres i avtaler. NHV stiller seg positivt til paragraf 36 som gir kommunene sanksjonsmuligheter når fastlegen ikke oppfyller kravene i forskriften. Anvendelsen av paragrafen forutsetter imidlertid at det er utviklet sentrale retningslinjer og verktøy i forhold til §§ 18, 19, 29 og 31.

Sammenfatning:

Nedenfor er opplistet sammenfatning av NHV's innspill til foreslått paragrafer i den foreslåtte fastlegeforskrift:

- § 5 bør styrkes og gi legene en klar rett til å kreve en person som utgjør en sikkerhetsrisiko flyttet til annens liste.
- §§ 5,6,7,8,12,17-31 og 36 vil gi kommunen et økt ansvar for etablering av prosedyrer, samhandling, kvalitetsoppfølging og administrasjon av fastlegeordningen. Dette vil til sammen kreve flere administrative og medisinsk faglige ressurser i kommunene.
- § 13: Endringer i arbeidsmiljø for legene vil ha innvirkning på annet lovverk og bør derfor tas ut av denne forskriften.
- § 17: NHV anbefaler at det sentralt utarbeides standardisert pasientinformasjon i tråd med nasjonale retningslinjer for behandling.
- § 18: Det må utarbeides et sentralt system for innhenting av bruker og pårørende erfaringer.
- § 19: NHV mener at kommunenes oppfølging av fastlegenes arbeid med oversikt over listeinnbyggere forutsetter nasjonalt utarbeidede kvalitetsnormer.
- § 22: Paragrafen må ikke endre fokus fra behandling av syke til behandling av risikanter.
- § 23: Alternativ 2 foretrekkes, men kommunen ønsker en mer differensiert løsning slik at legen kan prioritere tilgjengelighet etter hastegrad.
- § 26: NHV mener at samme krav til kvalitet bør gjelde ved utforming av legeerklæringer til kommunen som ved henvisninger til spesialisttjenesten.
- § 29: Det må stilles likelydende kravspesifikasjon til Elektronisk Pasientjournal for alle samhandlingsaktører.
- § 30: Det er behov for avklaring av finansiering ved bruk av tolketjenester.
- § 31: NHV anbefaler at de allmennmedisinske fagmiljøer inviteres med i arbeidet med norm for rapportering.
- § 37: NHV foreslår at paragrafens første ledd fjernes. Alternativt foreslår vi reduksjon av listelengden kommunen kan kreve til 1000.

Med vennlig hilsen

Kari Skive Stuvøy
Leder Norsk Helse og velferdsforum

