

Helse- og
omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår
saksbehandler: Erik Bårdseng
Vår ref: 273535

Vår dato: 19.3.2012
Deres ref.:
Medlemsnr.:

Høring - revidert fastlegeforskrift - høringssvar fra NSF

Innledning

Norsk Sykepleierforbund (NSF) takker for anledningen til å bli hørt når det gjelder utkast til revidert fastlegeforskrift. Vårt høringssvar bygger blant annet på innspill fra våre ulike organisasjonsledd. Høringsfristen er satt til 22.mars 2012.

Høringssvaret er disponert på følgende måte:

Innledningsvis tilkjennegir vi forbundets *hovedsyn* på forskriftsforslaget som vi i all hovedsak støtter. Den samlede virkemiddelbruken bør imidlertid gjennomgås, med sikte på å unngå/ redusere unødig byråkrati og detaljstyring.

Deretter omtaler vi nærmere fastlegeordningens bakgrunn, formål og resultatoppnåelse. Under *generelle kommentarer* redegjør vi for hensikten med den foreliggende revisjon, og fokuserer på noen særlige utfordringer. Vi peker samtidig på behovet for å se hele den kommunale helse- og omsorgstjeneste under ett. Under *spesielle kommentarer* gir vi synspunkter på noen enkelte paragrafer, relatert til sentrale områder der fastlegeordningen i dag fungerer for dårlig, og hvor behovet for forbedringer følgelig er påkrevd.

Avslutningsvis benytter vi anledningen til å gi noen betraktninger knyttet til fremtidens kommunehelsetjeneste. Vi spør konkret om fastlegeordningen har en innretning som gjør den i stand til å ta hånd om de behov for helsehjelp, forebyggende helsearbeid og helseplanlegging som skisseres i befolkningsframskrivninger og statusrapporter, eller om anledningen nå burde vært brukt til å tenke nytt/videre om utvikling av den kommunale helsetjenesten.

Vi uttrykker samtidig bekymring over de sterke reaksjoner som fremkommer fra legehold på forslaget til revidert fastlegeforskrift, og understreker behovet for å komme i god dialog med sikte på å finne gode og robuste løsninger.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 0 24 09
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@sykepleierforbundet.no

www.sykepleierforbundet.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506 MVA

Faktura adresse:
sykepleierforbundet@invoicedrop.com

NSFs hovedsyn på forslag til revidert forskrift

Norsk Sykepleierforbund gir sin prinsipielle støtte til departementets forslag om:

- en tydeliggjøring av kommunens ansvar for fastlegeordningen i fastlegeforskriften.
- å samle sentrale bestemmelser for kommunene og fastlegene i forskriften, dels for oversiktens skyld og dels for å oppnå en mer enhetlig regulering av fastlegeordningen.
- utarbeidelse av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav for blant annet å gi bedre styring med fastlegeordningen og tilbudet som gis.

Etter vårt syn kan det imidlertid være behov for mer kritisk å se på balansen mellom behov for styring og de konkrete tiltak/virkemidler som foreslås, jf. pkt. 5.5.1. -5.5.15 i høringsnotatet. Videre er det et åpenbart behov for å vurdere nærmere, hvorvidt forutsetningene og rammebetingelsene for den enkelte fastlege og ordningen som sådan er tilstrekkelig for å lykkes.

I tillegg mener Norsk Sykepleierforbund:

- at helsekontroller av barn ikke skal være en del av listeansvaret, men fortsatt ligge til helsestasjons- og skolehelsetjenesten
- at man bør se på en styrking av andre kommunale helsetjenester fremfor en ensidig satsing på fastlegeordningen.

Fastlegeordningen - bakgrunn

Allmennlegetjenesten en viktig del av helsetjenesten, og har vært organisert gjennom fastlegeordningen siden 2001, etter en forsøksordning i 4 kommuner i perioden 1993-96. Fastlegeordningen – som betegnes som en *pasientrettighetsreform* - er en ordning hvor hver innbygger får en rett til å være fast pasient til én allmennlege med offentlig avtale med kommunen (fastlege).

Fastlegeordningen er forankret i kommunehelsetjenesteloven. Kommunen er *ansvarlig* for ordningen, men tjenesten *leveres* i hovedsak av selvstendige næringsdrivende fastleger.

Etableringen av ordningen i 2001 var primært en systemreform som innebar en ny måte og organisere allmennlegetjenesten på, og ikke en innholdsreform med sikte på endre selve innholdet i allmennlegetjenesten. Den foreliggende revisjon derimot har hovedfokus på *innholdet* i tjenesten.

Formålet med fastlegeordningen i 1991 var blant annet ønsket om å oppnå:

- Bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten
- Fast legekontakt for dem som ønsker det
- Bedre kontinuitet i lege-pasientforholdet
- Bedre tilgjengelighet til tjenesten

- Mer rasjonell bruk av de samlede legeressurser gjennom forbedret samarbeid mellom allmennlege/fastlege og legevakt og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Evalueringer viser at ordningen i all hovedsak har vært vellykket, men at det er behov for økt lokal styring og bedre integrasjon av fastlegene. Det pekes videre på behov for forbedringer i forhold til: tilgjengelighet, legevakt, samarbeid og kunnskapsutvikling. Evalueringer viser videre at det fortsatt er en utfordring for kommunene å sikre nok ressurser til allmennmedisinsk offentlig legearbeid i sykehjem, skole, helsestasjon, fengsel m.v. Det fremgår også at tilgjengeligheten til utsatte grupper må bedres.

Generelle kommentarer

Hensikten med den foreliggende revisjon er å svare ut manglende ved gjeldende ordning blant annet ved å gjøre legene mer tilgjengelig for sine pasienter, samt forplikte dem til og ta et større ansvar for pasientene de får betalt for. Gjennom en omfattende virkemiddelbruk søker departementet å imøtekomme krav om å foreta en revidering av fastlegeforskriften, herunder presisering av listeansvar og nasjonale kvalitets- og funksjonskrav til tjenesten. (Helse- og omsorgskomiteen i innstilling til Nasjonal helse- og omsorgsplan). Dette synes helt nødvendig. Fastlegeordningen er evaluert positivt, men primært ut fra listepasientenes perspektiv. Tilbakemeldinger fra det øvrige kommunale tjenesteapparat tyder på at det er betydelig rom for forbedringer hva gjelder samarbeid og prioritering av folkehelsearbeidet. I den sammenheng vil vi særlig fokusere på følgende utfordringer:

- NSF mener fastlegene må ta et mer helhetlig ansvar for liste-populasjonen og bidra til et helhetlig pasientforløp. Kommunens styringsmuligheter bør styrkes og kvalitetssystemer for primærhelsetjenesten - der allmennlegetjenesten er en integrert del – må utvikles.
- Mange pasienter i hjemmesykepleien har langvarige/sammensatte behov for helsehjelp. Helse- og omsorgstjenesten i kommunene har de siste årene fått ansvar for flere og langt sykere pasienter enn tidligere blant annet fordi sykehusene har færre senger og liggetiden reduseres. Fastlegeordningen fungerer ikke godt nok for mange av disse pasientene.
- Alle hjemmeboende pasienter, også de som bor i omsorgsboliger, er i dag avhengig av sin fastlege for å få medisinsk tilsyn og oppfølging. Mange er for skrøpelige til å reise til legekantoret, eller de har ikke pårørende som kan følge dem. Samtidig er det bare 1 av 3 fastleger som drar på sykebesøk, ofte etter anmodning fra hjemmesykepleien. Med styrket /spesialisert sykepleiekompetanse innenfor kreft, kols, hjertesvikt, diabetes, kan mange problemstillinger forebygges, avklares og håndteres (BEON).
- Fastlegene må ha oversikt over hvilke av sine pasienter som får helse- og omsorgstjenester og hvilke medisinske behov de har. Det må være krav om faste tverrfaglige møter for gjennomgang av helsehjelpen til aktuelle pasienter og veiledning av det helsepersonellet som har det daglige ansvaret.
- Legetjenesten innenfor helsestasjon - og skolehelsetjenesten fungerer ikke godt nok, både pga. mangelfull styring, manglende formelle samarbeidsavtaler, mangelfull interesse blant mange leger og økonomiske forhold. Løsningen på dette er imidlertid ikke å flytte helsekontroller av barn ut fra helsestasjonen og til fastlegens kontor.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en sentral funksjon i å bidra til best mulig helse og livskvalitet for barn, unge og deres foreldre. NSF advarer mot at fastleger skal overta oppgaver fra helsestasjonene, og mener at dette ikke er rasjonell bruk av kompetanse. En slik utvikling vil innebære fragmenterte og fordyrende tjenester, og kan bidra til økte sosiale ulikheter i helse. Vi ser allerede i dag at kommuner splitter opp tjenesten og legger deler av oppfølgingen til fastlegen – eks. 4 årskontroller.

- For svangerskapsomsorgen angir nasjonale retningslinjer at omsorg til kvinner med normale svangerskap bør gis av jordmor eller fastlege, eller gjennom et samarbeid mellom disse. Kvinner bør selv få velge om hun vil gå til fastlege eller jordmor, eller en kombinasjon. I den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester er ikke lenger kommunal jordmortjeneste en "må-tjeneste". Dette, kombinert med en presset kommunal økonomi og at barselkvinner nå skrives raskt ut etter fødsel, gir grunn til bekymring om kvinner får reell valgmulighet i svangerskapet og om de får oppfølgingen som de skal ha ved hjemkomst. Ensidig styrking av fastlegeordningen kan gå på bekostning av jordmortjeneste. Kommunenes ansvar for en god svangerskaps- og barselomsorg må presiseres.

Fastlegene er en viktig del av den offentlige helsetjenesten, og spiller en sentral rolle for å nå målene i samhandlingsreformen om mer forebygging, tidligere intervensjon, mer av tjenestetilbudet i kommunene og mer helhetlige og koordinerte tjenester til befolkningen. Med utgangspunkt i forslag til revidert forskrift vil fastlegene – slik vi vurderer det - bli bedre integrert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er helt avgjørende for å utnytte fastlegenes kompetanse på en enda bedre måte enn i dag. Sammen med annet helsefaglig personell/yrkesgrupper vil de dermed bidra til økt kvalitet og tilgjengelighet i de samlede helse- og omsorgstjenester i kommunene.

Likevel er det relevant å spørre hvorvidt en **ensidig** styrking av fastlegeordningen – slik forskriftsutkastet synes å ta høyde for - er veien å gå når det gjelder framtidig organisering av helsetjenesten i kommunene.

BEON (Beste Effektive Omsorgs Nivå) fremheves som et viktig og omforent utgangspunkt for bærekraft og kvalitet i fremtidens helsetjeneste. Det skulle tilsi at man benyttet anledningen til også å se på en styrking av andre kommunale helsetjenester. Ettersom store deler av legemiljøet synes å være kritiske til å få tilført flere oppgaver, finner vi det naturlig at man i fortsettelsen ser på hvordan man i stedet kan styrke andre kommunale helsetjenester, og gjøre disse i stand til å utføre noen av de oppgavene som fastlegeordningen legger opp til.

Spesielle kommentarer

Nedenunder kommenterer vi de enkelte paragrafer i forslaget. Paragrafer som ikke nevnes, har vi ikke konkrete innvendinger eller merknader til.

Kapittel 1 Formål og definisjoner og Kapittel 2 Kommunen

§ 1 Formål

§ 3 Det kommunale ansvar for allmennlegetilbudet og

§ 4 det kommunale ansvar for organisering av fastlegeordningen

Presiseringen av at det er kommunen, ikke den enkelte fastlege, som har det overordnede ansvaret for at innbyggerne i kommunen tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale forutsetninger, støttes. Det er nødvendig for å lykkes med intensjonene i samhandlingsreformen. Bestemmelsen gir kommunen tydeligere styringsrett, og kan bidra til at fastlegeordningen i større grad blir en likestilt og integrert del av kommunens helsetjenestetilbud.

En rekke undersøkelser^{1 2} og tilsyn³ har pekt på at det er utfordrende å få fastlegene med på både tverrfaglig samarbeid rundt enkeltpasienter og overordnet planarbeid. En annen undersøkelse - gjort av Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo i 2011 - viser at

¹ Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? Rapport A055019, Sintef Helse 2005

² Opptrappingsplanens betydning for barn og unge – sammenstilling av funn fra fire forskningsprosjekter. Rapport A105, Sintef Helse, 2006

³ Tilsynsrapporter fra Akershus (2007), Hordaland (2008) og Sør-Trøndelag (2009 og 2011).

samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten (hjemmesykepleien) og fastlegene har store utfordringer. Sykepleiere i hjemmetjenesten melder om store vanskeligheter i forhold til å få tak i legen, problemer med å få opplysning om diagnose og sykehistorie hos pasienter som følges opp av hjemmesykepleien, og stort behov for å kunne konsultere legen ved bekymring for pasient innskrevet i hjemmesykepleien.

Departementets understreking av betydningen av å innhente erfaringsbasert kunnskap, i tillegg til god helsestatistikk, er positiv og helt nødvendig. Her er det mange aktører som har et ansvar i tillegg til fastlegen, og det er viktig at refleksjon over utviklingstrender skjer i et tverrfaglig miljø som kan bidra til korleksjon/utdyping av de inntrykk fastlegen sitter med.

§ 6 Kommunens ansvar for informasjonen

Vi støtter forslaget om at kommunens ansvar for informasjon løftes inn i forskrift. Dette betyr at kommunen blant annet plikter å informere fastlegen om den kommunale jordmortjenesten, jf. paragrafens *annet ledd*.

§ 7 Kommunens ansvar for kvalitet i allmennlegetjenesten

Det er en naturlig følge av tydelig kommunalt eierskap til fastlegeordningen, at kommunen også har det overordnede ansvaret for kvaliteten i tjenesten.

§ 8 Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid

Godt samarbeid mellom fastleger og øvrige tjenesteytere kan bare til en viss grad sikres gjennom skriftlige rutiner og avtaler. Godt samarbeid fordrer en gjensidig forståelse av nytteeffekten av slikt samarbeid, og en reell mulighet for å delta. Eksempelvis peker Statens helsetilsyn i sin ferske rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten⁴ på en rekke forbedringspunkter i samarbeidet mellom fastleger og helsestasjonen.

Det er en økende utfordring for mange tjenesteytere at tverrfaglighet i ulike former båndlegger stadig mer tid, og ikke nødvendigvis gir den effekten man er ute etter. Kartlegging blant helsesøstre har blant annet vist at stadig mer tid brukes til arbeid med individuelle planer, ansvarsgrupper og tverrfaglige møter – på bekostning av direkte brukerrettet arbeid. I tillegg kommer tid som medgår til rapportering, planarbeid og administrative oppgaver. Den samme utfordringen vil vi anta at også fastlegene opplever. Det må etableres realistiske samarbeidsformer og – fora, som ivaretar både fastlegens og andre tjenesteyteres behov for og plikt til å arbeide direkte brukerrettet. Vi vil advare mot en generell tendens til økt byråkratisering av offentlige helsetjeneste.

Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere må også – slik vi ser det - inkludere plikten til å legge til rette for samarbeid mellom fastlege og kommunal jordmor der denne finnes. Herunder bør plikten til å informere gravide på sin liste om retten til å velge mellom å gå til svangerskapsomsorg hos fastlegen, en kombinasjon fastlege og jordmor eller bare jordmor understrekes.

Kapittel 3 Fastlegen

§ 10 Fastlegens listeansvar

NSF er tilfreds med at allmennlegearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten *ikke* inngår i listeansvaret, jf. forslaget. Begrunnelsen er:

Legetjenesten innenfor helsestasjon (- og skolehelsetjenesten) fungerer i dag ikke etter intensjonen, både pga. mangelfull styring, manglende formelle samarbeidsavtaler, mangelfull interesse blant mange leger og økonomiske forhold.

⁴ Styre for å styrke, Rapport 1/2012, Statens Helsetilsyn

Løsningen på dette er imidlertid ikke å flytte helsekontroller av barn ut fra helsestasjonen og til fastlegens kontor fordi:

- *Å fjerne legetjenesten/de medisinske helseundersøkelsene av barn fra helsestasjonen, vil med stor sannsynlighet bety en gradvis nedbygging av en god og brukervennlig tjeneste.*
- *Foreldre tenker og handler praktisk; får de gjennomført helseundersøkelsen av barnet ett sted – dvs. hos fastlegen, bruker de ikke tid på å besøke helsestasjonen for vaksiner og annen oppfølging. Hvis vaksiner - som et ledd i helsekontrollen av barn - blir lagt til fastlegen, kan dette føre til lavere vaksinedekning. Vi frykter en dreining bort fra helsefremmende fokus til risikofokus; "flere barn på resept" og økende sosial ulikhet i bruk av helsetjenester. I Danmark hvor man har valgt å legge helseundersøkelser av barn til allmennlegene meldes det om bekymring da barn i de sosialt utsatte familiene ikke får forebyggende helseundersøkelser, inklusive vaksiner i tilstrekkelig grad.*
- *Hvis færre foreldre benytter helsestasjonstilbudet, vil færre kunne dra nytte av nettverksbygging som er en vesentlig funksjon ved helsestasjonen*
- *Fastlegen vil sannsynligvis benytte hjelpepersonell til blant annet vaksiner, samt syns- og hørselsundersøkelser av barnet. Dette er personell uten den spesialistkompetansen på barns helse og utvikling som helsesøstre har. Den kvalitative oppfølgingen vil dermed etter vårt syn bli dårligere*
- *En oppdeling av helsestasjonstilbudet vil bety manglende helhetlig oppfølging fra helsestasjonen - stikk i strid med intensjonen med samhandlingsreformen, hvor helhetlig tilbud og kontinuitet skal styrkes*
- *Store kommuner/bydeler vil få logistikkutfordringer og økt administrasjon/møtevirksomhet for å samkjøre et utall fastleger og helsestasjoner. Dette "spiser" av den brukerrettede tiden som allerede i dag er under press*

Samlet sett mener Norsk Sykepleierforbund at det beste helsefremmende og forebyggende tilbudet til barn gis gjennom helsestasjonen, hvor helsekontroller av barn inngår som en selvfølgelig del av tilbudet.

§ 12 Fastlegens deltakelse i annet allmennlegearbeid i kommunen

Vi stiller oss bak forslaget om å opprettholde kravet om inntil 7,5 timer pr. uke til allmennlegearbeid, blant annet innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem, fengsler og andre kommunale institusjoner. Det bør vurderes å ta inn under denne paragrafen, *annet ledd* følgende nytt punkt: samarbeid med den kommunale jordmortjenesten, herunder informasjon til gravide på sin liste om retten til å velge mellom å gå til svangerskapsomsorg hos fastlegen, en kombinasjon fastlege og jordmor eller bare jordmor.

Det er viktig å påpeke at en full utnyttelse av fastlegen til formålet nevnt i denne paragrafen, vil måtte gå på bekostning av tid til egne listepasienter.

Kapittel 4 Funksjons- og kvalitetskrav, og krav til rapportering

§ 17 Krav til kvalitet

Kvalitetskravene som stilles er relevante og burde være gjennomførbare. Vi ser behov for standardisert informasjon fra nasjonalt nivå for mange av de sykdommene/lidelsene som er mest vanlige. Dette vil kunne avlaste fastlegen og bidra til kvalitetssikring av skriftlig informasjonsmateriell.

§ 18 Brukermedvirkning

Forslaget om krav til regelmessig og systematisk innhenting av brukere og pårørendes erfaringer støttes. En viktig del av folkehelsearbeidet, er å understøtte egenmestring og helsefremming. Brukernes egne erfaringer og forslag til forbedringer er i den sammenheng vesentlig å ta hensyn til, også i forhold til fastlegeordningen.

§ 19 Oversikt over listeinnbyggere

Det er positivt at fastlegene gis ansvar for å ha oversikt over tjenestebehov og legemiddelbruk til innbyggere på egen liste jfr. § 19. Det er en svakhet med dagens ordning at fastlegene får informasjon om sykdom via bl.a. epikriser uten at dette medfører videre oppfølging av pasientene av legen selv eller varsel til andre instanser som kan følge opp/drive forebyggende virksomhet. Forslaget *kan* innebære et betydelig merarbeid for fastlegene, i det minste i en innføringsfase. Vi mener imidlertid at de krav til oversikt som her skisseres, naturlig må høre til fastlegens ansvar – blant annet i forhold til å ha oversikt over befolkningens helsetilstand, jf. Folkehelselovens paragraf 5.

§ 20 Oppsøkende virksomhet

Forslaget om at fastlegen skal tilby konsultasjon eller hjembesøk til pasienter med en definert lidelse og behov for oppfølging, men som selv ikke oppsøker legen, støttes. Vi merker oss at departementet **selv presiserer** at fastlegene med dette ikke skal yte tjenester til personer som selv ikke oppfatter at de har behov for de tjenester som tilbys eller som selv ikke ønsker behandling.

§ 21 Medisinskfaglig koordinering og samarbeid

Fastlegen skal i følge forslaget *ved behov* aktivt medvirke i arbeidet med individuell plan. Utfordringen er hvem som skal definere dette behovet; legen, pasienten eller samarbeidspartnerne. Vi kan ikke se at denne bestemmelsen tydeliggjør dette, og dermed vil det i praksis være fastlegen som definerer behovet og velger eller velger bort deltagelse i denne type arbeid. Vi ser behov for en styrking av samarbeidet mellom fastleger og blant annet helsestasjon og skolehelsetjeneste spesielt rundt barn med funksjonsnedsettelse og behov for ansvarsgrupper og individuell plan.

§ 22 Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen

Understrekingen av fastlegens plikt til å tilby individrettet forebygging, støttes.

§ 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser

NSF tar ikke stilling til disse forslagene, utover å kommentere at det er behov for en klarere styring av tilgangen til fastlegene. Mange har i dag flere ukers ventetid for time, og tilgjengeligheten på telefon er også svært dårlig hos mange. Om det er realistisk å tenke at alle skal få tilbud om time etter 2./5. arbeidsdag etter bestilling, er vi usikre på. Å sette en 2-minutters grense for å besvare telefonhenvendelser virker også i overkant detaljstyrende, og sannsynligvis lite gjennomførbart.

Vi vil ellers peke på behovet for et tydelig søkelys på personvern når tilgjengelighet skal diskuteres i oppfølgingen av forskriftsendringene. Dette gjelder både i forhold til IKT-løsninger og fysisk tilgjengelighet. Mange fastlegekontor har resepsjoner/luker uten noen form for skjerming, slik at pasienter som oppsøker legekontoret må oppgi person- og helseopplysninger i «full offentlighet».

§ 25 Hjemmebesøk

Bestemmelsen tydeliggjør krav til når fastlegen skal gjennomføre hjemmebesøk, og NSF støtter forslaget.

I Oslo viser en undersøkelse blant sykepleierne i kommunehelsetjenesten (gjennomført av Utviklingssenter for hjemmetjenester i Oslo 2011) at det kun er unntaksvis at fastleger rykker ut til hjemmeboende pasienter som har behov for legetilsyn, men som ikke kommer seg til lege selv. Vanlig begrunnelse er liten kapasitet eller at sykepleierne ikke får tak i legen. Konsekvensen er at hjemmesykepleien må vente til etter ordinær arbeidstid og så kontakte legevakt. Videre fører dette til at det kommer en ukjent lege hjem til pasienten, som på det tidspunktet legebrevet er (kvelden) ofte heller ikke har bistand fra en kjent sykepleier. Konsekvensen er hyppigere innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

§ 26 Henvisningspraksis

Vi vil understreke departementets formulering om at «Henvisninger skal understøtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling...». Statens helsetilsyn peker også på dette i rapporten *Styre for å styrke* (ref. 4), der de anbefaler at fastlegen får beskjed fra helsestasjonen om avvikende funn hos barn på sin liste og om tiltak som igangsettes (fysioterapi, barnevern, barnepsykiatri, henvvisning til 2. linjetjenesten osv.), og at fastlegen melder funn som er viktige for å vurdere utvikling hos barnet til helsestasjonen og om tiltak som treffes i denne sammenheng. Disse anbefalingene om *gjensidig informasjonsutveksling* har overføringsverdi også for andre tjenester som samarbeider med fastlegen.

§ 31 Krav til rapportering

Forslaget støttes prinsipielt, men vi viser til våre kommentarer til paragraf 8 vedrørende risikoen for å binde opp stadig mer tid til ikke brukerrettet virksomhet.

Kapittel 6 Fastlegens lister

§ 39 Reduksjon av liste

Prinsipielt støtter vi forslaget om at familier registrert bosatt i samme husstand ved reduksjon av liste beholdes samlet på en liste. Vi vil imidlertid peke på at ungdom – også under myndighetsalder - ikke nødvendigvis ønsker å stå på samme fastlegeliste som sine foreldre. Dette begrunnes av ungdom selv oftest i hensynet til personvern. Det er derfor viktig at §§ 6 og 7 i Forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen opprettholdes som tidligere.

Fremtidens kommunehelsetjeneste - behov for bærekraftige ordninger.

Samhandlingsreformen representerer et viktig skritt på veien til en enhetlig, likeverdig helse- og omsorgstjeneste som gis til alle borgere uavhengig av bosted og økonomi. Ansvar for å gi disse tjenestene vil i større grad bli lagt til kommunene, nærmere der hvor pasienter og brukere bor. Kommunene skal dermed sørge for et samkjørt tilbud med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging i fokus slik at *behandlingstilbudet* har et helhetlig forløp. Dette krever samarbeid mellom de ulike fagprofesjoner ved å utnytte de beste faglige fortrinn hos hver enkelt yrkesgruppe og med god koordinering og styring av *alle* tjenestene, herunder også fastlegeordningen.

Når det eksempelvis gjelder forebyggende helsetjenester, så må velfungerende lavterskeltilbud videreføres, prioriteres og videreutvikles. Riktig kompetanse tilpasset ulike pasient- og brukergrupper, er i den sammenheng grunnleggende for å kunne gi god helsehjelp på riktig nivå. Å skulle bygge opp hovedsakelig all kommunal helsetjeneste rundt fastlegen/fastlegeordningen,

vil således etter vår mening være å gi slipp på et viktig prinsipp om å yte tjenester på det beste og lavest tilgjengelige omsorgsnivå. Det vil ikke bidra til reelle lavterskeltilbud der brukerne er.

Fremtidens økende antall eldre vil innebære behov for utforming av nye roller og måter å løse de helsepolitiske oppgavene og mål på. En god og fleksibel utnyttelse av kompetanse og helsepersonell er avgjørende. Flere land, deriblant USA, England, Finland og Danmark har sett betydningen av å vurdere nye roller og oppgaver for leger, sykepleiere og annet helsepersonell.

Mangelen på helsepersonell, herunder sykepleiere, er en stor utfordring og et høyt prioritert fokusområde for norske myndigheter. Det er derfor med en viss undring vi konstaterer at konkrete initiativ og tiltak lansert av myndighetene for å møte disse utfordringene, i liten grad fokuserer på endring av oppgaver mellom personellgrupper som et viktig virkemiddel i seg selv.

Sykepleiernes kompetanse strekker seg fra helsefremmende, forebyggende, akutt og til palliativt arbeid. De koordinerer behandlingsforløp, har det kontinuerlige ansvaret for helsehjelpen, og ser hvilke konsekvenser sykdom eller helsesvikt har på pasienten og omgivelsene. På denne måten representerer sykepleierne og deres kompetanse den røde tråden gjennom helsetjenesten.

Med utgangspunkt i disse betraktningene, stiller vi spørsmålet om en med den foreliggende revisjon av forskriften nå er i ferd med å befeste/semmentere *fastlegeordningen* som selve *navet* i den kommunale helsetjenesten, og der ulike andre tjenester etter hvert inngår som deler i resten av hjulet. Gitt at dette er en riktig observasjon, så er vi tvilende til om det på sikt representerer en fremtidsrettet og bærekraftig ordning. Evalueringen har avdekket at fastlegeordningen har innebygde svakheter som gjør at den ikke fungerer godt nok i forhold til flere pasient- og brukergrupper. Selv om revisjonsutkastet søker å bøte på disse svakhetene så langt råd er, så er spørsmålet like fullt om fastlegeordningen som sådan – kapasitetsmessig og praktisk – er i stand til å fylle rollen som *hovedaktør* i den kommunale helsetjenesten slik forskriften synes å forutsette.

Vi registrerer at modellen med fastlegene som private næringsdrivende og tilbydere ønskes videreført. Nødvendig samarbeid mellom den enkelte fastlege og det offentlige, har hovedsaklig så langt blitt regulert av fremforhandlede avtaler mellom partene på ulike nivåer. I mindre grad har selve forskriften blitt brukt for mer detaljert å stille krav til innholdet i tjenestene. Med utkast til ny forskrift endres dette. Fra legehold og Dnlf, har det fremkommet sterke reaksjoner på endringen. NSF konstaterer at leger landet rundt stiller spørsmål om de kan være del av en ordning hvor de forutsettes å gjøre store investeringer for å tilby en offentlig regulert tjeneste som mer eller mindre kan endres ensidig.

Styrken i motstanden, gir grunn til å spørre om dagens fastlegeordning vil overleve møtet med en offentlig sektor som utformer omfattende krav, og styrer tjenesten og innholdet i den gjennom forskrift og muligheten til – i medhold av den - økonomisk sanksjonering.

Vi er – i likhet med mange - bekymret over signalene som gis om at et stort antall fastleger vil si opp sine avtaler med kommunene dersom forskriften vedtas slik den foreligger. I det videre arbeid med revisjon av fastlegeforskriften er det derfor avgjørende viktig å tilrettelegge for en god dialog mellom berørte parter for å nå det prisverdige hovedmålet som søkes oppnådd; å gjøre fastlegene mer tilgjengelig for sine pasienter.

Med vennlig hilsen

NORSK SYKEPLEIERFORBUND


Eli Gunhild By
Forbundsleder


Arvid Libak
Avdelingssjef

Kopi: