



HØRINGSUTTALELSE TIL NY FASTLEGEFORSKRIFT

Innledning

Oversender høringsuttalelse fra Overhalla kommune vedr den nye fastlegeforskriften. Høringsuttalelsen er behandlet politisk og det har vært en bred debatt både lokalt og sentralt. Sentralt ved ei arbeidsgruppe som ble oppnevnt av KS med representanter fra kommuneregionene. I Midtre Namdal har også legene engasjert seg og dette høringsutkastet er et resultat av alle prosessene både i kommunen, regionen og fylkesnivå.

Høringsuttalelse:

Ny kommunerolle

Kommunene er gjennom ny lovgivning og nylig oppstartet samhandlingsreform gitt et tydeligere ansvar for kvalitet og tilgjengelighet på nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Dette «sørge for ansvaret» pålegger kommunene blant annet å ha oversikt over tjenestenes kvalitet, hvordan de ulike deltjenestene samarbeider for å skape helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp, og at alle tjenester har fokus på helsefremmende, forebyggende og mestringsorientert praksis.

Det er allmenn enighet om at fastlegenes betydning er meget avgjørende for hvorvidt kommunene kan oppfylle sine forpliktelser etter lovverket, eller ikke. Kommunene har et legitimt behov for at fastlegene integreres tydeligere i rolle og funksjon med den øvrige helse- og omsorgstjenesten.

Forslag til ny fastlegeforskrift er ett av flere tiltak som er ment å underbygge at kommunene kan ivareta sin nye rolle, sitt tydeligere «sørge for ansvar», gi helse- og omsorgstjenester av mer faglig krevende karakter i stedet for sykehusinnleggelser etc.

En større grad av forskriftshjemling av fastlegenes rolle og ansvar, vil være nødvendig for at kommunene skal kunne realisere målsettingene i samhandlingsreformen og fylle den nye kommunerollen.

Fastlegene som del av den totale helsekompetansen

Det er avgjørende for tjenestekvalitet, kommunenes mulighet til å etterleve «sørge for ansvaret», og realiseringa av samhandlingsreformens målsettinger, at kommunen og fastlegene sammen med den øvrige helsekompetansen i kommunen, drøfter seg gjennom og oppnår enighet om hvordan:

- En samla kan styrke arbeidet overfor utsatte grupper i samfunnet, innenfor psykiatri, rus, geriatri, rehabilitering etc.
- Hvordan fastlegene kan bidra til økt fokus på helsefremming, forebygging og mestring.
- Hvordan kommunen, eventuelt i samarbeid med andre kommuner, kan bygge opp kompetanse og tjenester for å redusere innskriving i sykehus, gi et



døgnbasert øyeblikkelig hjelp tilbud, hvordan legehjemlene kan fungere samlet som helhet, blant annet i forbindelse med legevakt, etc.

- Legene kan bidra til kunnskap om helsetilstanden i befolkningen, bidra i planlegging av virksomme tiltak for å møte utfordringene innenfor en bærekraftig ramme og innenfor gjeldende lovverk.

Sjøl om fastlegenes rolle og oppgaver nå i større grad hjemles i forskrift, vil kommunene påpeke behovet for å utvikle gode dialoger og formelle samarbeidsforum lokalt, som arena for lokale forhandlinger, drøftelser av utviklingstiltak, drøfting av kvalitetsmål og prioriteringer. Alt dette med utgangspunkt i den rammen som forskriften gir.

Forslaget til ny forskrift inneholder mange gode intensjoner. De fleste vil nok være enige i at

- økt tilgjengelighet for pasienter
- økt tilgjengelighet for kommunen
- økt tilgjengelighet for øvrige samarbeidspartnere
- økt fokus på forebyggende helsearbeid
- bedre kvalitetskontroll

vil være ønskelig i den videre utvikling av fastlegeordningen. Hvis en imidlertid ser dette på bakgrunn av at de økonomiske rammer og antall pasienter på fastlegens liste vil være uendret, så fortøner disse gode intensjoner seg som ikke gjennomførbare. Dette fordi fastlegene i utgangspunktet har en effektiv tjenesteproduksjon innen de eksisterende rammer. Prioritering av enkelte områder vil gå på bekostning av andre. Kort sagt, krav om "mer av alt" innen de samme rammer er urealistisk.

Kommentarer til enkeltparagrafer i forslag til ny fastlegeforskrift

1. Ved å pålegge fastlegene nye oppgaver og en mer samhandlende rolle i en helhetlig helse- og omsorgstjeneste, vil resultatet bli behov for flere fastlegehjemler i kommunene. Dette forutsetter statlig finansielt bidrag til kommunene.
2. Det er ikke realisme i å opprettholde et krav om listelengde på 1500 innbyggere per hjemmel, samtidig som vesentlige nye oppgaver og funksjoner tillegges fastlegene. Denne utfordringen berører økonomi, arbeidsforhold og eventuelt fare for nedprioritering av oppgaver som kommunen definerer som viktig at fastlegene går inn i. Stortingsmelding nr. 47 signaliserte pasientlister på 1000 innbyggere pr. lege. Arbeidsgruppe i prosjektet "helhetlige helsetjenester i Midtre Namdal samkommune" tilrår at en tilstreber en listelengde på 1200 innbyggere for full kurativ virksomhet. Det må legges til rette for at enkelte leger som har behov for å redusere listene ned til 600 får mulighet til dette slik dagens ordning er.

3. § 16 *Rett til å anmode kommunen om å flytte person fra listen*



I overskriften står det at legen har rett til å anmode kommunen – i teksten under er rett byttet ut med «kan anmode» Det er ønskelig at legene gis en rett her.

4. § 21 *Medisinskfaglig koordinering og samarbeid*

Denne paragrafen gjentar § 10. Det kan stilles spørsmål om §§ 10 og 21 bør være samordnet. Lege bør ikke være koordinator for ansvarsgrupper, da det vil være svært arbeidskrevende over lang tid og ta uforholdsmessig mye legeressurs. Som overskriften sier, må fokuset være at fastlegen må være medisinskfaglig koordinator. Overskrift og innhold må harmoniseres.

5. § 23 *Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser*

Paragrafen må skrives om eller tas ut!

Tilgjengelighet og pasienttilfredshet bør være ett av temaene som tas opp på den årlige individuelle samtalen mellom kommunen og fastlegen.

Det er urimelig å sette krav i forskrift om at 80 % av telefonhenvendelsene skal besvares innen 2 minutter. Det gir ingen kvalitativ nytte for pasienter som ringer hvis de får svar om at de ikke kan få hjelpe i dag. Hvordan kan kommunene kontrollere og kvalitetssikre oppfyllelse av kravene?

Krav om timebestilling på SMS og e-post synes OK. Det må presiseres at dette systemet ikke må brukes når pasienter har behov for øyeblikkelig hjelp.

Generelt krav om time innen 2 eller 5 dager synes uhensiktsmessig. Det er viktig å kunne prioritere de som trenger time raskt. Det vil kunne medføre at uprioriterte behov må finne seg i å vente lenger.

Tilbud om konsultasjon må vurderes i forhold til pasientens problemstilling.

Ønsker du time fordi førerkortet ditt går ut i mai og du ringer i februar, så trenger du ikke time innen 2 eller 5 dager. Et slikt system vil prioritere de friske fremfor de sykeste, og det er ikke intensjonen med Samhandlingsreformen, og heller ikke kommunens ønske i forhold til prioritering og oppfølging av pasienter.

Kravet til fastlegen bør være at han/hun får ansvar for å organisere en forsvarlig tilgjengelighet på telefon og en konsultasjonspraksis som er medisinskfaglig forsvarlig og som ivaretar de sykeste pasientene først.



6. § 25 Hjemmebesøk

Denne paragrafen er svært uhensiktsmessig utformet. I prinsippet er det slik at fastlegen yter beste tjenester innen utredning og behandling på sitt kontor. Utfordringen vil da være hva som er hensiktsmessig transport til kontoret. I en del tilfeller vil det pga medisinske eller sosiale forhold være mer hensiktsmessig med hjemmebesøk. Det må da være fastlegens vurdering av behov som legges til grunn, og ikke pasientens ønske. En vil spesielt peke på fastlegens rolle i forhold til pasienter i omsorgsbolig. Dette kan være en prioritert gruppe for besøk, da et besøk også gjerne vil medføre en vurdering sammen med omsorgspersonell.

Under punkt a anbefales det at det står «som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke er i *stand til*» og «ikke er forhindret».

7. § 26 Henvisningspraksis

Dette punktet foreslås strøket. Punktet trenger ikke forskriftsfestes. Faglige veiledere er utarbeidet og er grunnlag nok.

8. § 27 Legemiddelforskrivning

I en del tilfeller overtar spesialisthelsetjenesten pasientbehandlingsansvaret for kronisk syke pasienter. Da bør ansvaret for legemiddelgjennomgang ligge til spesialisten, som så rapporterer årlig til fastlegen.

9. §30 Tolk

Denne paragrafen vil påføre kommunen ekstra utgifter til utarbeidelse av informasjonsmateriell på mange ulike språk. Dette bør være et statlig ansvar å utarbeide.

10. § 36 Sanksjoner ved manglende oppfyllelse av individuell avtale, rammeavtale eller regelverk.

Fastlegen er gitt mulighet til å påklage kommunens avgjørelse om sanksjoner til Fylkesmannen. Kommunen er imidlertid ikke gitt samme rettighet til noe organ de kan rådføre seg med i sanksjonssaker. I tilfeller der fastlegen ikke oppfyller kommunens forventninger etter avtalene, så må kommunene ha et nasjonalt organ som gir råd og treffer avgjørelser i en evt. uoverensstemmelse.

11. Andre kommentarer

De nye oppgavene til kommunene, mer oppfølging, rapportering, analyse av styringsdata, dialog og samhandling etc., vil underbygge behovet for mer interkommunale forpliktende samarbeidsløsninger.

Legene og kommunene må se sitt samfunnsansvar, og sitt delansvar for at kommunen oppfyller sin nye kommunerolle, så de samspiller konstruktivt og profesjonelt med helse- og omsorgstjenesten for øvrig. Behovet for fastlegers deltakelse i arbeid med planlegging av kommunens helsetjeneste,



samhandlingsreform m.m må avtales innenfor rammene for deltagelse i offentlig helsearbeid.

Oppsummering

Utkastet til ny fastlegeforskrift inneholder flere momenter som kan bidra til en god allmennlegetjeneste sett i lys av framtidens utfordringer. Imidlertid har forskriftsutkastet betydelige forbedringspotensialer på en rekke punkter. Det vises spesielt til § 23 "Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser" som må skrives helt om.

Responstiden i forhold til telefontilgjengelighet er urealistisk og unødvendig. Denne problemstillingen må fanges opp av kommunens/fastlegens avtale om tilgjengelighet ved behov for øyeblikkelig hjelp.

Kravet om time til fastlege innen 5 dager uavhengig av faglige prioriteringer er heller ikke i samsvar med en kvalitativ god allmennlegetjeneste.

Forutsetningen for at denne forskriften skal bli et positivt styringsredskap og danne grunnlaget for den lokale dialogen og eventuelle lokale avtaler med utgangspunkt i lokale forhold og gjeldende forskrift, er at staten bidrar med finansiering både av økning i antallet hjemler, og i en mer realistisk listelengde som norm.

Kommunen ber departementet (HOD) inngå i drøftinger med KS og legeforeningen, for å avklare uenighetspunkter, drøfte mulige alternativer samt framforhandle enighet om vesentlige mål med forskriften.