

HØRINGSUTTALESE om revidert fastlegeforskrift

Høringsnotatet har skapt mye diskusjon innen fastlegegruppen, og det er betydelig motstand. Jeg føler det er riktig å innta en konstruktiv positiv holdning til endringer, og vil forsøke på en balansert måte å gi uttrykk for mine meninger.

Jeg er 54 år. Erfaring som kommunelege I og helsesjef i 12 år. Jeg er spes i alm.medisin og har nå en fastlegeliste på 1000 pasienter. I tillegg jobber jeg som rådgivende overlege i NAV og som praksiskonsulentkoordinator i Vestre Viken HF, Ringerike sykehus. Jeg har tidligere utarbeidet kvalitets- og prosedyreperm ved Ringerike interkommunale legevakt.

Jeg ser pasient, fastlege og andre involverte i sammenheng for å skape en faglig og kostnadseffektiv best mulig samhandling. Mine meninger gjenspeiler et helhetlig syn ut fra egen kompetanse, erfaring og ønske om best mulig samhandling med pasientene i et faglig og psykososialt godt arbeidsmiljø.

§ i forslag til forskrift	Kommentar
§ 1 Formål	.. til rett tid? Hvem prioriterer ? Jfr § 23
§ 2 Definisjon	Ok
§ 3 Det kommunale ansvar for allmenn- legetilbudet	Ok
§ 4 Det kommunale ansvar for organisering av fastlegeordningen	Ok
§ 5 Særlig om personer som utgjør en sikkerhetsrisiko	Ok
§ 6 Kommunens ansvar for informasjon	Ok
§7 Kommunens ansvar for kvalitet i allmennlegetjenesten	Ok
§8 Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid	Det bør her nevnes Praksiskonsulentordningen, hvor det i siste setning bør tas med: <i>Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten og sammen med spesialisthelsetjenesten støtte praksiskonsulentordningen og de møteplasser som etableres for å sikre regelmessig kommunikasjon ved informasjonsutveksling og samhandling til det beste for pasienten.</i>
§9 Økonomisk vederlag til næringsdrivende fastlege m.m	Tidligere avtaler hvor standard i praksis (organisering, hjelpepersonellfaktor og mengde/type utstyr) avgjorde hvilke størrelse man skulle få på sitt driftstilskudd (klasse I, II eller III) stimulerte i større grad til bedre kvalitetssikring. Dagens vederlag er for knapt for å sikre dette for alle – spesielt fastleger med antall pasienter på listen < 1500. Med forventninger om betydelig mer administrative funksjoner og større krav til organisering som krever personell og utstyr vil praksisøkonomien ytterligere forringes, og sannsynligvis bli

HØRINGSUTTALESE om revidert fastlegeforskrift

	en hemmende faktor for nettopp det å tilfredsstille de forventninger og krav som nå ønskes ivaretatt. Pr capita-tilskuddet må variere avhengig av listestørrelse, og økes for alle de med lister < 1500 pasienter, jfr utjamningstilskudd.
§10 Fastlegens listeansvar	Listeansvaret er betydelig og altomfattende. Ansvarets størrelse tilsier at det MÅ diskuteres hva som er forsvarlig størrelse på en liste avhengig av antall praksisdager. Leger har forskjellig populasjoner på listen, og kollegaer på spesielt småsteder kan ha lister med betydelig kompliserte eldre pasienter på listen. For forsvarlig å mestre dette kan det hende listen MÅ ha færre pasienter. Dette må gjenspeiles i rammer for praksisøkonomi jfr § 9 Administrativt koordinerende ansvar må tillegges den koordinator som alle kommuner skal ha i henhold til samhandlingsreformen.
§11 Fastlegens listeansvar ved felleslister	Ok
§ 12 Fastlegens deltagelse i annet allmennlegearbeid i kommunen	Man har her nå tatt med samfunnsmedisinske oppgaver som tidligere lå under Kommunelegens ansvarsområde: A) Medisinsk faglig rådgivning, B) Plan og utredningsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Det er helt innlysende at slike arbeidsoppgaver krever interesse, motivasjon og kompetanseoppbygging da de skiller seg i betydelig grad fra hva en allmennlege har kunnskap om. Ingen kommune vil være tjent med at en lege blir pålagt slike oppgaver uten via egen fri vilje og interesse. Disse oppgaver må fortsatt ligge under det samfunnsmedisinske ansvar til Kommunelegetjenesten. <i>Jeg synes det under denne paragrafen bør tas med at fastleger som ivaretar <u>samhandlingsoppgaver innen praksiskonsulentordningen og innen rådgivende legefunksjoner i NAV</u> får disse arbeidstimer til fradrag for den plikt på inntil 7,5 t /uke kommunen kan pålegge som offentlig tjeneste. Dette er også arbeidsoppgaver som i betydelig grad kommer pasienter og kommuner til gode og som krever godt fotfeste i praktisk allmennmedisin.</i>
§13 Fastlegens plikt til deltagelse i legevakt og vikarordninger	Jeg synes at leger fra alder på 55 år bør kunne fritas for legevakt, i den form legevakter pr i dag er de fleste steder. - Legevaktstjeneste i tillegg til alle alminnelige allmennlegeoppgaver jfr §10 og offentlige oppgaver jfr §12. Sammen med allmennlegearbeidet , sykebesøk og møter utgjør dette et betydelig antall arbeidstimer pr uke, ofte > 70 timer pr uke. - Ubekvem arbeidstid på kveld, natt, helger og høytider er slitsomt, og vil utgjøre en risiko i faglig forsvarlighet for pasienten og helsemessig

HØRINGSUTTALESE om revidert fastlegeforskrift

	forsvarlighet for den enkelte lege. Det kreves full mental funksjonsevne i dette arbeidet, og det kan ikke ivaretas innen dagens rammer. De leger som selv mener man kan være ”supermann” må objektivt anses som uforsvarlige i seg selv. Med alderen innser man at ingen er det. Legetjeneste både før- under – og i legevakt vil bli preget av alt for lang arbeidstid. Dagens mulighet for få timers avspasering etter legevakt er ikke tilstrekkelig. Tanker om helseforebyggende tiltak må også gjelde for leger i deres arbeid. Alternativt må legevakter forskriftsmessig og sammenlignet med arbeidsmiljøloven deles inn i maks 8 t/ vakter med full mulighet for hvile før og etter vakt. Så må også kompensasjon og sikker ivaretagelse av helhetsansvaret som fastlegen har jfr § 10 og § 12 tas med.
§ 14 Fastlegens ansvar for listeinnbyggere som oppholder seg i institusjon	Ok
§ 15 Samarbeid med kommunen	Ok
§ 16 Rett til å anmode kommunen å få flyttet person fra listen	Ok
§17 Krav til kvalitet	PASIENTFORLØP VED LEGESØKNING Enkel pasientkontakt: Tlf eller oppmøte KUN lette oppfølgende og klarerte enkeltsaker Kontrollert reit faste medisiner (IKKE B-prep) Timebestilling: Hva ønskes det hjelp til, hva skal undersøkes, bl pr, henvisninger, attester , sykemelding, resept? Få en kjapp oversikt av behov, forventning. Skriv stikkord under kommentar i timebok. Kommer lange utbroderinger: det må ta opp dette med legen Vanlig legetime = 15 min Mange problemer = flere egne timer, pasienten må selv prioritere det som er verst til første time 8- 10 ledige timer hver dag spredt fra kl 08:00 Det som kan vente – det skal vente . Kun få muligheter for ”dobbeltime”, 1-2 pr dag : 1. gangs svangerskapskontroll, kjent P samtale , ” tunge” pas Oppmøte: pas skal komme til tiden, noen før tiden - gjerne 15 min før konsult. - om det skal tas URIN pr, CRP, EKG, egenerklæring førerkort. Registrere oppmøte: Pasienten gir beskjed når han ankommer Helsesekretær registrere i timebok = møtt Konsultasjon: Pasienten forteller hva som er problemet, plagen, hva han selv tenker – tror, er redd for. Hva han ønsker hjelp til Legen stiller supplerende spørsmål, får svar Journaldokumentasjon Undersøker Journaldokumentasjon

HØRINGSUTTALESE om revidert fastlegeforskrift

	Informasjon/samråd med pasienten: samtykke, motstand, enighet Rekvirerer supplerende undersøkelser – skjema Henviser – skriving Gi trygghet, råd, behandler, skriver resepter Journaldokumentasjon Skriver ut informasjon til pasienten Skriver attester Skriver sykemelding , informasjon Vurdere, planlegge oppfølging Journaldokumentasjon Regningskort Etter konsultasjon: Pasienten betaler i resepsjonen: kontant eller betalingsterminal GIRO = KUN UNNTAKSVIS Får evt ny kontrolltime Av konsultasjonsforløpet ser vi hvor omfattende det er, og hvor mye som skal kvalitetssikres. Når vi da også vet at mange pasienter har ”flere” flere problemstillinger i samme konsultasjon ser vi hvor uoverskuelig det blir, og hvor stor risiko det er for at det skjer slurv eller feil, mye fordi det slett ikke er adekvate tidsrammer. Det riktige bør være: En konsultasjon pr konsultasjonstid. For å sikre god kvalitet må legen ha reell mulighet for å delta på kurs og faglig oppdatering. Man må ha NEL (norsk elektronisk legehåndbok) på sitt kontor . Alt dette er kostnadskrevende. Det skal finnes frem og skrives ut riktig pasientinformasjon Alt dette tar tid. Kvalitet skal være i henhold til HPL § 8, jfr journalforskrift og det må være rammer for å oppfylle dette. Man kan ikke kun se på kvalitet i forhold en rettighet for pas, det må være forståelse for ressurser og mulighet for tidsbruk. Antall ”baller” i luften kan hemme kvalitet. Tid avsatt er aldri ubegrenset. Om rammen tilsa mulighet for bruk av delegasjon til opplært eget personell, ex ved oppfølging av DM, KOLS, sårbeh, og ved hjelp av psyk. spl ville kvaliteten og tiden pasienten fikk bedres betraktelig. Dette fordrer mulighet for relevant takstbruk jfr normaltariffen.
§18 Brukermedvirkning	Dette er nytt og administrativt arbeid, ubetalt tid? Skal kvalitet og brukertilfredshet måles og gjenspeile hva legmannen opplever å ha oppnådd av sine ønsker, krav og forventninger? De mest ettergivende i forhold til sykemeldinger, medikamenter, attester, henvisninger blir best likt? Hva med rekruttering? Blir andre enn fastlegene sett etter i kortene på denne måten, og må de slev stå for det? Drive egen forskning i praksis? Skal vi få lister over brukertilfredshet, dette er bestemt ikke nødvendigvis bevis på ” faglig samfunnsmessig god lege” Pas forventninger / krav gjenspeiles i tilfredshet? Klagebenk ?

HØRINGSUTTALESE om revidert fastlegeforskrift

	Hvem skal lese, sammenligne, tilgjengelighet på resultater? Hva brukes det til og til hvilken reell nytte, jfr NAV system for oppfølging av SM praksis hos legene.
§19 Oversikt over listeinnbyggere	Igjen økte administrative funksjoner som vil ta av tilgjengelig tid. Det blir svært tidkrevende å få oversikt over alle listepasienters tjenestebehov, mottatte tjenester og legemiddelbruk. Det må innhentes opplysninger fra kommunal PO, gjøres egeninnhentninger og eget personell har neppe tid til dette i en kurativ hverdag. Nye driftsfordyrende IT løsninger? Honorering for arbeidet?
§20 Oppsøkende virksomhet	Tilby? Denne arbeidsmetodikk har vel fastleger alltid bedrevet. Er det noen som kan dokumentere noe annet? Hvordan honorere tilsyn / besøk hos de som ikke ønsker – men kanskje har størst behov ?
§21 Medisinskfaglig koordinering og samarbeid	Jfr § 10 Administrativt koordinerende ansvar må tillegges den koordinator som alle kommuner skal ha i henhold til samhandlingsreformen. I forebyggende sammenheng burde fastlegen også ha helsestasjonslegeoppgaver for egne egne barn
§22 Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteyting	Fastlege med arb. fkt som BHT? Helsest for ungdom? Røyk , Kol , fam disp, Overvekt . Arb miljø ? Skal pasienten kalles inn ? Hvilke tidbruk , økonomi? Sammen med sykdomskonsult ?
§23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser	Fullstendig forkastelig paragraf. Den mest absurde av alle. Den er inkonsekvent. Pas komme gjennom innen 2 min – og kunne snakke så lenge de vil? Mange pasienter bruker svært langt tid i telefonen og beklager seg også om de ikke får nok tid. I mange tilfeller må vi ringe ut/ tilbake + gi råd og veiledning . Hvor mange ansatte skal vi ha til å ta tlf? Skal vi velge 820 tlf nr med økt egenbetaling som brems? Time innen 5 d, hvem er det som skal prioritere? Skal vi slutte med timebestilling, la folk komme å sette seg på venterommet som for 40 år siden ? Vi vil oppleve et umettelig tlf tilgjengelighetsproblem, og time innen 5 dager vil måtte gjenspeile seg i svært lave maks listelengder for å kunne imøtekommes. Og hva da med praksisøkonomi?
§24 Tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid	Ok
§ 25 Hjemmebesøk	Ok
§ 26 Henvisningspraksis	Ok
§ 27 Legemiddelforskrivning	6 legemidler eller mer = ktr minst x 1 pr år Innkalling vil føre til adm økt arb .
§ 28 Sykefraværsoppfølging	Fremgår vel av Trygdeloven ? HPL ?
§ 29 Elektronisk pasientjournal	Ok
§30 Tolk	Ok
§31 Krav til rapportering	OK Adm oppgave , eksistert tidligere
§ 32 Fastlegeavtalen	Ok

HØRINGSUTTALESE om revidert fastlegeforskrift

	Avtalen bør tilplikte fastlegen til å delta på minst 1-2 samarbeidsmøter med kommunale tjenester og nærliggende spesialisthelsetjenester/sykehus
§ 33 Reforhandling av fastlegeavtalen	Ok
§ 34 Inngåelse av ny fastlegeavtale	Ok
§ 35 Oppsigelse av individuell avtale	Ok
§ 36 Sanksjoner ved manglende oppfyllelse av individuell avtale, rammeavtale eller regelverk	Ris bak speilet. Ugunstig og vil kunne føre til stor grad av ettergivenhet fra fastlegens side, som igjen vil gå på kompromiss med faglig kvalitet.
§ 37 Listelengde	Ut fra ovenstående bør fulltids kurativ virksomhet maks ha 1000 personer på lista. Alderssammensetning varierer og morbiditet varierer, således også nødvendig forsvarlig tidsbruk
§ 38 Prioritering av personer som er tilmeldt fulltegnede lister	Ok
§ 39 Reduksjon av liste	Ok
§ 40 Suspensjon	Ok
§ 41 Ikrafttreden	Ok

KONKLUSJON:

For meg synes 21 av de 41 paragrafer i forslaget å være for mye passiviserende brukerorientert, og være lammende og utviskende i forhold til begrepet **egenomsorg**.

Administrasjon, organisering og utøvelse av best mulig faglig kvalitativ legetjeneste blir umulig å få til innenfor eksisterende rammer – tidsmessig og økonomisk.

Det vil bli for store utfordringer å oppfylle forskriften, og dette vil **hemme det å sikre stabil god rekruttering til - og kontinuitet i fastlegetjenesten**.

DET ER STORT BEHOV FOR Å GÅ GJENNOM FORSLAGET TIL FORSKRIFT SAMMEN MED LEGER SOM ARBEIDER I ALLMENNMEDISIN, OG SOM HAR ERFARING OG PRAKTISK KOMPETANSE PÅ FAGFELTET.

Er allmennmedisin på full vei over i fastlønnede kommunale stillinger med stor sannsynlighet for betydelig redusert produktivitet? Skal i så fall kommuner som allerede står på ”Robak” listen bli ennå verre stilt?

For mye stjeler tid fra kurativ undersøkende og behandlende virksomhet. Vi får raskt en tydelig større deling mellom offentlig og privat helsetjeneste.

19.02.2012

Pål Steiran