



RÆLINGEN KOMMUNE
Enhet for familie og helse

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref./deres dato: 11/4777/22.12.2011 Vår ref.: 2011/2970-3/RAGOTT Arkivkode: G21 Dato: 10.04.2012

Rettet høringsuttalelse fra Rælingen kommune - revidert fastlegeforskrift

Viser til innsendte hørings svar fra Rælingen kommune på revidert fastlegeforskrift den 22.03.2012. I den tilsendte høringsuttalelsen er det beklageligvis uteglemt en viktig setning i vedtaket.

Vi ber om at den korrigerede høringsuttalelsen fra Rælingen kommune tas med i vurderingen av hørings svar og at vår tilsendte høringsuttalelse fra 22.03 fjernes.

Saken har vært til behandling i Komité for helse og sosial 06.03.2012 og Kommunestyret 21.03.2012. Det er gjort følgende vedtak:

”Kommunestyret gir sin tilslutning til at høringsuttalelse i saksfremleggets pkt. 4.1, 4,5 og 6 sendes til Helse – og omsorgsdepartementet”.

Rådmannens forslag til uttalelse til § 23 fjernes, og Rælingen kommune støtter departementets forslag til ny § 23 alternativ 2.

4.1 Faglige forhold

Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle innbyggerne får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid.

Allmennlegetjenesten er en viktig del av helsetjenesten. Gjennom allmennlegetjenesten ivaretas den primære lege-pasientkontakten og norske leger har en viktig portvaktfunksjon i forhold til andre deler av helsetjenesten. Allmennlegetjenesten er også svært sentral for å nå målene i samhandlingsreformen om mer forebygging, tidlig intervensjon, mer tjeneste-tilbud i kommunene og mer helhetlige og koordinerte tjenester.

Det er kommunene som har det helhetlige ansvaret for fastlegeordningen. For å ivareta dette må kommunene både ha et godt samarbeid og en god dialog med fastlegen, og ha tilstrekkelige styringsredskaper til rådighet. Det er viktig at fastlegene er integrert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slik kan deres kompetanse også utnyttes bedre.

Den reviderte forskriften skal bidra til at fastlegeordningen utvikler seg i samsvar med disse behovene.

Rælingen kommune har vurdert høringsnotatet om revidert fastlegeforskrift og har kommentarer til følgende:

Kapittel 2. Kommunen

Det presiseres at kommunen har ansvaret for fastlegeordningen og skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige allmennlegetjenester (§ 3). Fastlegene har det medisinskfaglige ansvaret for innbyggerne på egen pasientliste. Dersom kommunen skal kunne planlegge og utvikle en god fastlegetjeneste trengs informasjon og kontakt med fastlegenes virksomhet som sikrer en hensiktsmessig oversikt for å sikre forskriftens nye funksjons- og kvalitetskrav (§ 7 og 8). Når kommunen pålegges mer ansvar for fastlegeordningen må også kommunen kompenseres økonomisk for dette. Dette må også sees i sammenheng med intensjonen om en vellykket samhandlingsreform. Dersom samarbeidet mellom fastlegene og kommune skal følge endringer i forskriften, er det nødvendig at kommunen må bruke administrative ressurser til dette.

Det er bra at kommunene gis mulighet for å samarbeide på tvers av kommunegrensene. Spesielt for mindre kommuner vil dette være viktig.

§ 5 Særlig om personer som utgjør en sikkerhetsrisiko

Denne nye paragrafen er viktig for å forhindre hendelser som man opplever i forhold til trusler og voldelige utfall mot leger fra pasienter. Erfaringen viser at mange leger, og kanskje spesielt yngre kvinnelige leger har følt seg presset av mannlige voldelige pasienter. Rælingen ALU (allmennlegeutvalg) ser også positivt på fastlegens mulighet til å "flytte" en voldelig pasient bort fra sin liste.

§ 8 Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid

Viktig presisering av tidligere bestemmelser som klargjør nødvendigheten av samarbeid og kommunens ansvar for å tilrettelegge for at samarbeid med fastlegene som gruppe og hver enkelt fastlege. Integrering av fastlege tjenestene i kommunale helsetilbudet. Kan synes som om det er en nødvendig presisering, men det savner en omvendt presisering i forhold til at fastlegene må forholde seg til informasjon, kommunens planer, struktur for arbeid, møter etc.

Kapittel 3. Fastlegen

§15 Samarbeid med kommunen

Dette er en nødvendig spissing av tidligere paragraf i form av innhold.

§ 16 Rett til å anmode kommunen om å flytte personer fra listen.

Veldig bra at dette kommer. Ses på som en nødvendighet i forhold til pasientens rett til gode kvalitative legetjenester og også legens rett til å slippe å måtte forholde seg til pasienter som åpenbart ikke har tillit til legen, hvor kjemien ikke stemmer begge veier eller hvor pasienten tyr til vold eller trusler.

Kapittel 4. Funksjons- og kvalitetskrav, og krav til rapportering

§ 17 Krav til kvalitet

Meget viktig, men hvem setter standarden for kvaliteten og etterprøver denne? Hvilke konsekvenser vil manglende kvalitet på tjenesten få, vil det gjelde engangstilfelle, gjennomgående eller skal antallet klagesaker på individuell fastlege eller på legesenter være rettesnor?

§ 19 Oversikt over listeinnbyggere

Dette er meget bra med tanke på Folkehelseslovens kap 5. Folkehelsearbeidet.

Paragrafen sier dessverre for lite om hvordan samarbeidet med andre tjenester i kommunen skal være rundt nettopp denne oversikten.

§ 20 Oppsøkende virksomhet

Dette er en veldig viktig oppgave som blir avgjørende i forhold til forebygging av innleggelse for utsatte grupper av pasienter. Kravet vil medføre en prioritering og omstilling for fastlegene, og kan følgelig bli en utfordring for fastlegene. Dette fordi nåværende bemanning i fastlegeordningen ikke gir kapasitet til å løse nye funksjons- og kvalitetskrav. Fastlegen må kunne ha mulighet til selv å prioritere egne listepasienter i henhold til kjennskap til disse.

§ 23 Alminnelige tilgjengelighets bestemmelser

Støtter alternativ 2 i forslag til revidert fastlegeforskrift.

§ 24 Tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid

Fremdeles mangler det en ramme om hva som er dagtid?

Noen fastlegekontor stenger telefonen allerede kl 14.00 og tar ikke pasienter etter kl 14.30.

Er det helsehjelp i alminnelig åpningstid?

Krav om time samme dag? Under hvilke forutsetninger skal disse pasientene velges?

Fastlegen bør ha muligheten til selv å vurdere pasienten i henhold til kjennskap til egne listepasienter. Fastlegen skal ansvars for listepasienten, men dersom tilstanden der og da medfører fare for liv og helse må legevakten ivareta sitt ansvar.

§ 25 Hjemmebesøk

Veldig bra at denne kommer. Behovet for hjemmebesøk oppfattes som økende i forhold til intensjonen med samhandlingsreformen, men dette må sees i sammenheng med andre nye funksjons- og kvalitetskrav i revidert fastlegereform. Ved å pålegge legene å ta inn pasienter innen en viss tid, vil mulighetene for å reise i sykebesøk og prioritere dette bli mindre. Vi mener at kravet vil medføre en prioritering og omstilling for fastlegene, og kan følgelig bli en utfordring for fastlegene. Dette fordi nåværende bemanning i fastlegeordningen ikke vil ha kapasitet til å løse nye funksjons- og kvalitetskrav. Fastlegen må kunne ha mulighet til selv å prioritere egne listepasienter i henhold til kjennskap til disse.

§ 27 Legemiddelforskrivning

Dette er også en nødvendig presisering, men det vil da si at pasienter som får nye legemiddel hos andre leger, eventuelt legevakt etc. må da følges opp ekstra nøye fordi de går på 6 legemidler eller mer. Kravet vil medføre en prioritering og omstilling for fastlegene, og kan følgelig bli en utfordring for fastlegene. Dette fordi at nåværende bemanning i fastlegeordningen ikke vil ha kapasitet til å løse nye funksjons- og kvalitetskrav.

§ 30 Tolk

Det er bra at det presiseres bruk av kvalifisert tolk.

§ 31 Krav til rapportering.

Det er bra med presiseringen i forhold til folkehelselovens § 5 og påvirkningsfaktorer. Dette bør vurderes i kravspesifikasjoner til den elektroniske pasientjournalen for fastlegene. Nødvendig statistikk bør hentes direkte ut fra disse for å unngå tidkrevende manuell rapportering.

Kapittel 5. Fastlegeavtalen

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

Riktig at en slik paragraf er med. Kommunen håper at dette ikke er en paragraf som skal til anvendelse.

Hvilke brudd på forskriften teller og når er grensen nådd? Hvem beslutter at dette skal sanksjoneres. En så alvorlig sanksjon som her anvendes krever tilstrekkelig dokumentasjon for å avklare om pliktene er overholdt eller ikke.

Kapittel 6. Fastlegens lister

§ 37 Listelenge

Kravet til nye funksjons- og kvalitetskrav i revidert fastlegeordning kan vanskelig gjennomføres med nåværende bemanning av fastleger. En max liste med 2500 er for mye. Liste taket bør ligge rundt 1000-1200 maks. Det bør utarbeides et system hvor driftstilskuddet på pasienter over 1000-1200 synker pr. pasient slik at det ikke er økonomisk lønnsomt med store lister. Fastlegen må omlegge til færre pasienter, færre konsultasjoner og /eller kortere konsultasjoner. Det er i høringsnotatet om revidert fastlegeforskrift ikke tatt høyde for de økonomiske og administrative konsekvensene for verken fastlegene eller kommunene.

Kravene til oppfølging for leger, bla sykefravær, er i økende grad preget av mye papirarbeid og møtevirksomhet. I tillegg skal legene være aktive i forhold til kommunens forebyggende helsearbeid og til nye funksjons- og kvalitetskrav.

Dette er ikke forenlig med stor liste.

Rælingen ALU uttrykker at trykket på fastlegene i dag er så stort at tilgjengeligheten svikter både for den enkelte pasient og for fastlegenes øvrige samarbeidspartnere. Fastlegene selv opplever frustrasjon over egen situasjon.

4.5 Økonomiske forhold

Departementet skriver i sitt høringsnotat at de fleste av endringene i denne forskriften, både de som gjelder kommunene og de som gjelder fastlegene, er presiseringer av eksisterende krav som fremgår enten av eksisterende fastlegeforskrift, av annet lov-/regelverk eller av sentralt avtaleverk. Slike presiseringer anses ikke å ha økonomiske eller administrative konsekvenser. Dette gjelder endringer i forskriften for å tydeliggjøre kommunenes ansvar for fastlegeordningen, herunder for kvaliteten på tjenestene som ytes. Disse endringene er tekniske endringer uten økonomiske eller administrative konsekvenser. Dette gjelder også presiseringen av fastlegenes listeansvar og innføring av nasjonale funksjons- og kvalitetskrav, som i hovedsak er en presisering av dagens krav, men slik at noen krav er løftet fra avtaler til forskrift. Kravene om å ha oversikt over listeinnbyggerne (§ 19), oppsøkende virksomhet (§ 20), allmenne tilgjengelighetsbestemmelser (§ 23), legemiddelgjennomgang (§ 27) anser Helse- og omsorgsdepartementet at er presisering av forsvarlighetskravet slik det defineres i lovverket og i den kollegiale standard for god praksis. Krav om elektronisk pasientjournal m.m. (§ 29) har fastleger allerede blitt kompensert for ved innføringen av kravene i årets forhandlinger om statsavtalen.

Endringene i forskriften legger til rette for at kommunene kan følge opp fastlegene tettere og integrere fastlegene bedre i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Slik sett er forskriften et virkemiddel for kommunene, og gir et handlingsrom de kan bruke ut fra lokale vurderinger av behov. Virkemiddelet (forskriften) anses ikke å gi økonomiske og administrative konsekvenser i seg selv. *(fra høringsnotatet)*

Rælingen kommune vil poengtere at det i høringsnotatet om revidert fastlegeforskrift, ikke er tatt høyde for de økonomiske og administrative konsekvensene for verken fastlegene eller kommunene. Mye av fastlegenes arbeidstid vil gå mer til funksjons- og kvalitetskrav, enn å drive kurativt arbeide på sitt legekantor. Dette betyr at kommunen må kompensere med flere fastleger i kommunen. Fastlegene vil tape inntekter ved å ha færre pasienter på listen og arbeide mer med de foreslåtte funksjons- og kvalitetskravene i revidert fastlegeforskrift. Endringene vil bli vanskelige å gjennomføre uten økonomiske insentiver for å gjennomføre de foreslåtte endringene. I tillegg må kommunen kompenseres for å øke opp antall fastleger og for at det utvilsomt vil kreve økte administrative ressurser å følge opp forskriftens intensjoner.

6. Oppsummering og konklusjon

Forskriften fremstår for lite konkret, med mange vage formuleringer og få klare virkemidler for kommunen. Gapet mellom fastlegens arbeid som selvstendig næringsdrivende leger og kommunenes ønske om involvering av legene, vil kollidere i forhold til økonomiske interesser, arbeidsform og ikke minst motivasjon for fastlegens kommunale involvering.

Flere av de nye elementene i forskriften som funksjons- og kvalitetskrav har gode intensjoner, men vil i praksis enten være umulig å gjennomføre eller i verste fall virke mot sin hensikt. For eksempel er det svært motstridende signaler som gis når fastlegene skal ta inn pasienter innen 48 timer og samtidig reise ut i flere sykebesøk.

Spesielt hadde det vært ønskelig om forskriften som nå ligger til høring hadde hatt endringsforslag på følgende punkter:

- Endring i maks listetak.
- Konkrete sanksjoneringsmuligheter for kommunene i forhold til blant annet økonomi.
- Avtalemalen er ikke endret og er for utydelig i forhold til hvordan forholdet mellom lege og kommune skal være og hvem som har styringsretten.

Intensjonen med samhandlingsreformen var å overføre arbeidsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og dermed overføre oppgaver og ansvar også til fastlegene. Det ble da snakket om flere fastleger, mindre lister, og ikke minst økonomiske insentiver for fastlegene slik at det ikke er økonomisk mindre bærekraftig å ha få pasienter på listen. Den reviderte forskriften skal bidra til at fastlegeordningen utvikler seg i samsvar med disse intensjonene. Vi kan ikke se at disse tingene er foreslått.

Med hilsen

Ragnhild Margrethe Ottestad
enhetsleder/helsesjef