

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

SINTEF Teknologi og samfunn

Postadresse:
Postboks 4760 Sluppen
7465 Trondheim

Besøksadresse:
Kjøbliken 155
7037 Trondheim

Sentralbord: 73593000
Direkte innvalg: 92824547
Telefaks: 93270500

ts@sindef.no

www.sindef.no

Foretaksregister: NO 948007029 MVA

Deres ref.:
201104777-VAS

Vår ref.:
RER/hk

Prosjekt / Søk:
Høringsuttalelse

Dato
2012-03-20

Høringsuttalelse – Revidert forskrift om fastlegeordningen i kommunene

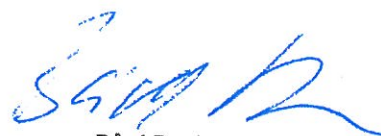
Vi viser til brev av desember 2011.

Vedlagt oversendes høringsuttalelse fra SINTEF Teknologi og samfunn, Avdeling Helse.

Med vennlig hilsen
for SINTEF Teknologi og samfunn



Randi E. Reinertsen
Forskningssjef



Bård Paulsen
Seniorforsker

Vedlegg

Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift:

Noen kommentarer fra SINTEF Helse.

1. Overordnet.

Med utgangspunkt Samhandlingsreformens målsettinger om en vesentlig styrking av kommunenes rolle i helsetjenesten har Helse- og omsorgsdepartementet lagt fram et forslag til revisjon av fastlegeforskriften. I forslaget forskriftsfestes mange forhold som i gjeldende avtaleverk er forhandlingstema for individuelle avtaler. I tillegg kommer noen bestemmelser som tydeliggjør fastlegens rolle og plikter. I et overordnet perspektiv berøres tre viktige sider ved fastlegeordningens virkemåte:

- Tydeliggjøring av det kommunale ansvaret for legetjenesten i kommunene.
- Tydeliggjøring fastlegens nøkkelrolle i kommunehelsetjenesten.
- Tydeliggjøring av fastlegens ansvar for sin listepopulasjon.

Vi skal kommentere enkelte forslag med utgangspunkt i dette. Bakgrunnen for våre kommentarer er SINTEFs mangeårige engasjement i forskning knyttet til utviklingen i kommunale helse og omsorgstjenester.

2. Tydeliggjøring av det kommunale ansvaret for legetjenesten.

Det er kommunene som har ansvaret for å tilby sin befolkning legetjenester. Vi mener at det følger av dette at for å kunne ivareta dette ansvaret må kommunene ha mulighet for reell styring og ledelse av legetjenesten. Vi tror betydningen av dette vil øke i kommende år, både på bakgrunn av den generelle demografiske utvikling, og Samhandlingsreformens vektlegging av en betydelig sterkere rolle for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det betyr at vi trenger kommuner som handler strategisk og planmessig i forhold til de helsepolitiske utfordringer de blir stilt overfor, og at den kommunale helsetjenesten kan fungere som en mer sammenhengende enhet enn det som er tilfelle i dag i de fleste norske kommuner. Blant annet vil nye samhandlingsformer med den spesialiserte helsetjenesten stille kommunene overfor organisatoriske utfordringer der fastlegene vil bli berørt på mange måter.

I forslagene til nye forskrifter er styrking av kommunal styring først og fremst knyttet til fire endringsforslag:

- Rett til årlig reforhandling av individuelle fastlegeavtaler.
- Krav til levering av data for oppfølging og styring

- Kommunal rett til å pålegge legen inntil 7,5 timer "annet legearbeid" per uke.
- Økonomiske sanksjonsmidler – tilbakeholde hele eller deler av per capita-tilskuddet - overfor leger som ikke driver sin praksis i henhold regler og til inngåtte avtaler.

De foreslåtte tiltakene betyr vesentlige endringer i vilkårene for fastlegepraksis i kommunene, og legene vil oppleve dette som strammere rammer. Vi tror allikevel de foreslåtte tiltakene representerer viktige skritt i riktig retning. Dersom kommunehelsetjenesten skal bli i stand til å møte framtidige utfordringer på en strategisk og dynamisk måte er det viktig både å kunne bruke legeavtalene som et verktøy for forandring lokalt, og likeledes kunne styre legeressurser til viktige innsatsområder som ikke dekkes av den vanlige kurative legepraksisen i forhold til løpende prioritering og skiftende behov i befolkningen.

Vi mener at gode styringsdata for kommunehelsetjenesten der også legetjenesten inngår kan bli et viktig styringsverktøy. Det er imidlertid viktig at rapporteringsrutiner utformes slik at det ikke krever merarbeid fra legene. Det er derfor viktig å se rapporteringskravet i sammenheng med kravene til implementering av elektronisk pasientjournal og tilknytning til Norsk Helsenett, som gir både et datagrunnlag og en infrastruktur for levering av data. Vi tror samtidig det er av stor betydning at utvikling og tilrettelegging av slike data må innrettes slik at det også ivaretar legenes behov for kvalitetsutvikling og styring av egen praksis.

3. Tydeliggjøring av fastlegens nøkkelrolle i kommunehelsetjenesten.

Legetjenesten er en kjernetjeneste i kommunehelsetjenesten, og bør spille en nøkkelrolle i samvirke med andre viktige tjenester i den lokale helse- og omsorgstjenesten. I de kommende årene vil effektivt samarbeid mellom fastlegene og omsorgstjenestene, psykisk helsearbeid i kommunene og andre viktige pasientrettede tjenester bli svært avgjørende for at kommunene skal kunne klare sine oppgaver. Tradisjonelt har imidlertid samspillet og samvirket mellom legetjenesten og andre viktige kommunale tjenester i mange kommuner ikke utviklet seg slik en kunne ønske siden innføring av fastlegeordningen i 2001. Vi synes derfor det er viktig å ta i bruk også forskriftsverket for å stimulere slikt samarbeid. I forslaget til nye forskrifter er samarbeidskravet knyttet til et kommunalt ansvar for å tilrettelegge for slikt samarbeid, eventuelt ved utarbeidelse av skriftlige rutiner. Fastlegene tilpliktes å medvirke til at det utvikles individuell plan for mennesker som trenger langvarige og koordinerte tjenester.

For enkelte pasientgrupper i bestemte situasjoner er det særlig viktig at samarbeidet fungerer umiddelbart når behovet oppstår – som for eksempel ved sykehusutskrivninger skrøpelige eldre pasienter som skrives ut til eget hjem. Det er ikke sikkert at disse naturlig fanges opp av kravet til en samordnende individuell plan. Vi tror det er behov for sterke føringer som garanterer at pasienter i slike situasjoner er sikret et effektivt samarbeid

mellom legetjeneste og omsorgstjeneste fra dag en. Om dette skal sikres gjennom forskriftsverket eller på andre måter er imidlertid et hensiktsmessighetsspørsmål.

4. Tydeliggjøring av fastlegens ansvar for sin listepopulasjon.

I forslaget er det formulert tydelige krav til tilgjengelighet til legetjenesten - både generelt og for brukere med spesielle tilgjengelighetsproblemer. Det er også formulert krav om spesiell årvåkenhet og eventuell innkalling av pasientgrupper som ikke selv oppsøker lege når de ut fra kjente helsemessige eller sosiale forhold antakelig kunne hatt fordel av et legebesøk. Vi vil avgrense våre kommentarer til generelle spørsmål om tilgjengelighet:

Ventetidsbestemmelser og krav om hjembesøk til pasienter som pga sin helse- eller funksjonstilstand ikke selv uten store anstrengelser kan oppsøke et legekontor. Spørsmålet om innkalling av pasientgrupper som ikke selv søker lege berører meget vanskelige verdispørsmål om pasientens integritet og selvbestemmelsesrett i helsespørsmål – som vi på bakgrunn av alminnelig helsetjenesteforskning ikke finner det naturlig å mene noe om.

Departementet foreslår at det fastsettes maksimale ventetider for timebestilling som ikke krever øyeblikkelig hjelp – enten 2 eller 5 virkedager. Vi mener det er hensiktsmessig med slike krav, slik at også legene som i dag har de lengste ventetidene fanges opp av en ventetidsnorm. Vi tror det er mest hensiktsmessig å bruke 5 dager som en slik norm. Vi antar at en for sterk vektlegging av kort ventetid for vanlige uprioriterte timer vil bidra til dårligere planlegging av den daglige virksomheten og uhenksomme og uforutsette arbeidstopper for mange av legene. Det kan også tenkes at for sterk vektlegging av rask innkalling til vanlige uprioriterte timer kan bidra til et kvalitativt dårligere øyeblikkelig-hjelp tilbud, siden legens timeplan i perioder kan bli mer stresset.

Forslaget om plikt til hjembesøk til pasienter som av helsemessige eller funksjonsmessige problemer ikke selv kan møte på legekontoret er etter vår oppfatning et viktig og nødvendig virkemiddel for å sikre mennesker med visse kroniske sykdommer, og eldre hjemmeboende med stor sykdomsbelastning et tilfredsstillende medisinsk tilbud. Det kan være naturlig å se dette i sammenheng med det som er nevnt om legens nøkkelrolle og samarbeidsbehov under punkt 3 foran. Mange av de pasientene som ikke selv kan ta seg fram til legekontoret vil også ha et forhold til kommunale omsorgstjenester. For pasienter i kommunale institusjoner er medisinske tjenester sikret gjennom sykehjemslege-ordningen, men hjemmeboende syke ikke har noen tilsvarende garanti for systematikk i samarbeidet mellom lege og omsorgspersonell. Vi tror det kan være hensiktsmessig at dette blir tydeliggjort også overfor sykepasienter i eget hjem – gjennom forskriftsverket eller på andre måter.

5. Avsluttende kommentar.

Mange av de forholdene som berøres i forslaget til nye fastlegeforskrifter er som nevnt mulige forhandlingstema i standarden for individuelle avtaler mellom kommunene og legene. Erfaringsmessig har imidlertid kommunene i liten grad utnyttet mulighetene til å avtalefeste føringer på legetjenesten i egen kommune. Når nå kravene til kommunene skjerpes, og kommunene skal ta et større ansvar for flere og sykere pasienter, først og fremst i de eldre årsklasser, stilles den kommunale helse- og omsorgstjenesten overfor store utfordringer. God organisering av legenes nøkkelrolle blir i den sammenheng en avgjørende faktor. Vi tror at mange av de endringsforslag som er formulert i forslaget til ny fastlegeforskrift kan gi viktige bidrag i riktig retning.