



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref:

Vår ref: 2012/50035-2

Arkivkode: 008

Dato: 21.02.2012

Høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift fra Statens råd for likestilling av funksjonshemmede (rådet)

Rådet er fornøyd med mange av målsettingene i revidert forskrift fordi de støtter opp under samhandlingsreformen. Rådet mener det er nødvendig at fastlegeordningen underlegges nasjonale retningslinjer og føringer og i større grad integreres med de øvrige kommunale tjenestene. Fastlegen er ofte «portåpner» for en del helse- og velferdstjenester. Hvis fastlegen ikke i tilstrekkelig grad deltar i samarbeid og oppfølgingsarbeid, kan dette bidra til at personer hindres i å motta tjenester de kan ha krav på og som kan bidra til et verdig og selvstendig liv. For kronikere og funksjonshemmede med behov for langvarige og koordinerte tjenester, vil vektleggingen av tilgjengelighet til tjenesten og oppfølging kunne bidra til å styrke kvaliteten i tjenestene.

I en reform om samhandling bør det være stor bevissthet om å ivareta samhandling i alle ledd for å sikre at forskriften får nødvendig forankring og legitimitet når den skal implementeres. Fastlegene og KS burde derfor i større grad vært involvert i det innledende forskriftsarbeidet.

Statens råd for likestilling av funksjonshemmede har valgt å gi innspill på følgende tema:

Kommunenes overordnede ansvar for fastlegeforskriften

Rådet støtter forslaget om at kommunen skal ha et overordnet ansvar for fastlegeordningen fordi kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg her tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Endringer i forskriften legger til rette for en tettere oppfølging og integrering av fastlegene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Rådet vil poengtere at innfallsvinkelen bør være å bygge opp et gjensidig og styrket samarbeid om felles målsettinger, og ikke ensidig styring og kontroll. Rådet savner i den forbindelse en omtale av lokale samarbeidsutvalg i kommunene (LSU) og hvordan utvalget er tenkt benyttet og utviklet i tråd med samhandlingsreformen og ny fastlegeforskrift.

I tillegg mener rådet at det i forskriften må tydeliggjøres hva som er fastlegenes ansvar og hva som er kommunens ansvar i oppfølgingsarbeidet. Kommunene er også et rettssubjekt i tjenestene uten at dette i tilstrekkelig grad er tematisert eller problematisert i forskriften.

Fastlegens listeansvar generelt

Rådet støtter at listeansvaret forskriftsfestes og presiseres, og at planlegging og koordinering av individrettet arbeid, undersøkelse og behandling, herunder planlegging og koordinering av medisinske habiliterings- og rehabiliteringstjenester tas med i listeansvaret. Rådet vil samtidig påpeke at det kan være nødvendig med mindre enn 1500 pasienter på listen dersom listen inneholder mange eldre og kronikere.

Krav til kvalitet § 17

For å unngå uønskede hendelser, skal det som en del av kvalitetskravet gis skriftlig informasjon om behandling og oppfølging til pasienten. Rådet vil påpeke at ikke alle har samme forutsetninger for å forstå skriftlig underretning om behandling og oppfølging. Dette kan for eksempel gjelde for pasienter med utviklingshemming eller kognitive problemer, pasienter med lese- og skriveproblemer, språkproblemer eller annet. I tillegg til skriftlig underretning, bør det derfor også sikres at informasjon gis muntlig og/ eller i en tilpasset form sett i forhold til mottakers behov. Pasienter som har behov for det, må sikres alternativ supplerende kommunikasjon (ASK). Tolk må sikres til hørselshemmede, og for mange personer med nedsatt funksjonsevne, vil det noen ganger være nødvendig at muntlig underretning gjøres med en nærstående person eller hjelpeverge til stede. At det er flere personer til stede, vil i større grad sikre at informasjonen blir forstått på riktig måte.

I tillegg mener rådet at tilgjengelige legekontor må tas inn som en del av kvalitetskravet jf. plikt til generell tilrettelegging i diskriminerings- og tilgjengelighetslovens § 9 (1. og 3. ledd).

Videre savner rådet i forskriften en omtale av det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet i fastlegenes kliniske arbeid med nasjonale krav til funksjonelt og kvalitetsmessig godt innhold.

Brukermedvirkning § 18

Rådet ser det som positivt at brukers og pårørendes erfaring minimum en gang pr. år skal innhentes og benyttes for å bedre kvaliteten i tjenestene. På den annen side er rådet usikker på hvordan dette er tenkt organisert i praksis bl.a i forhold til hvem som skal ha ansvar for å distribuere spørreskjema, analysere resultatene osv. og hvor mye dette evt. vil kreve av metodekunnskap.

Rådet er videre usikker på om denne type evaluering skal være fastlegenes ansvar, og mener at oppgaven hører mer naturlig inn under kommunens generelle og overordnede ansvar for å sikre kvaliteten i kommunale tjenester. Det vil derfor være naturlig at en kartlegging av fastlegetjenesten inkluderes i for eksempel kommunenes brukerundersøkelser. Rådet vil understreke viktigheten av at man benytter validerte og likeartede undersøkelser utviklet av f.eks. KS eller Helsedirektoratet med variabler som gjør det mulig å sammenligne data mellom kommuner og mellom legekontor.

Oversikt over listeinnbyggerne § 19

Rådet støtter forslaget, men ser samtidig at det kan være krevende for fastlegen å skaffe en fullstendig oversikt over innbyggerne på lista som har behov for en tettere oppfølging. Det vil blant annet være en utfordring å skaffe oversikt over pasienter som bytter fastlege hyppig. Rådet vil videre understreke viktigheten av et tett samarbeid mellom fastlegen og

leverandøren av journalsystem slik at det blir mulig å hente ut spesifikke pasientopplysninger/data i journalsystemet. Fastlegene må også sikres god opplæring i bruk av IKT – systemet til dette formål.

Oppsøkende virksomhet § 20

Rådet støtter forslaget om å tilby konsultasjon eller hjemmebesøk til personer på listen som har behov for helsehjelp, men som selv ikke søker hjelp. Dette er i tråd med samhandlingsreformens mål om forebygging og tidlig intervensjon. Forslaget kan bidra til å utjamne ulikhet i helse ved å gi et bedre tilbud til de som trenger det mest, bl.a flere funksjonshemmede.

Rådet er samtidig usikker på hvordan hjemmebesøk skal gjennomføres i praksis. I spredtbygde strøk kan tid til hjemmebesøk by på store utfordringer. En mulighet som i den anledning bør vurderes, er muligheten til listereduksjon for de som har ansvar for mange kronikere, funksjonshemmede og eldre.

Medisinskfaglig koordinering og samarbeid § 21

Rådet støtter forslaget om at en av fastlegens oppgaver skal være medisinskfaglig koordinering og samarbeid. For mange med behov for sammensatt hjelp, har det vært en utfordring at fastlegen sjelden deltar i møter eller i samarbeidet med andre tjenesteytere, jf. Evaluering av fastlegereformen 2001 – 2005 (Norges forskningsråd). Det er ofte vanskelig å få til et godt pasientforløp uten at fastlegen trekkes mer inn i arbeidet. Fastlegen er ofte «portåpner» og bidrar til framdrift i pasientforløpet. Rådet ser allikevel at det for leger som har mange listepasienter med sammensatte behov, kan bli en utfordring å delta utfra de krav som stilles og utfra at legen også har mange andre oppgaver å ivareta. Det må derfor gis rom for at fastlegene skal kunne utøve oppgaver de er pålagt på en forsvarlig måte. Det må samtidig arbeides med å forbedre samarbeidsrutiner mellom fastlegen og habiliteringstjenesten som ofte sitter på ansvaret for habilitering/ rehabilitering av f.eks. utviklingshemmede. Rådet savner videre en omtale av koordinerende enhet i kommunene og hvordan samarbeidet mellom fastlegen og denne enheten er tenkt i det videre forløp.

Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser § 23

Rådet er fornøyd med at tilgjengelighetsbestemmelser presiseres i forskriften, og støtter alternativ 2 fordi rådet anser dette forslaget som mest realistisk. Rådet savner allikevel noen retningslinjer for hvordan pasienter med ulike behov og diagnoser skal prioriteres. Rådet er bekymret for at økt tilgjengelighet kan bidra til kortere konsultasjoner og en unødig økning i henvisningspraksis.

Hjemmebesøk § 25

Rådet støtter forslaget om at det skal tilbys hjemmebesøk til pasienter som av ulike grunner er forhindret fra å møte på legekontoet. Det finnes i dag en del legekantor som har dårlig tilgjengelighet.

Henvisningspraksis § 26

Fastlegen skal ved behov henvise listeinnbyggerne til spesialisthelsetjenesten og til kommunale tjenester og i den forbindelse informere pasienten om fritt sykehusvalg. Rådet er fornøyd med at legen forpliktes til å opplyse om fritt sykehusvalg, men vil samtidig påpeke at det i mange tilfeller er nødvendig at pasienten får opplysninger om hvilke sykehus som kan være aktuelle. Det kan ikke forventes at alle pasienter skal ha en slik oversikt.

Rådet vil videre påpeke at henvisningspraksisen slik den fungerer i dag ikke er optimal. Når det f.eks. gjelder utviklingshemmede som kommer til fastlegen med uro eller annen problematisk adferd, viser forskning at fastlegene i alt for liten grad henviser personene videre til habiliteringstjenesten for videre utredning og behandling. Årsaken kan noen ganger ligge i at henvisningsinstansen ikke har tilstrekkelig med kompetanse eller mangler tilgjengelighet. Mange av disse pasientene settes ukritisk på medikasjon uten at det foreligger sikker diagnose, og uten at man i tilstrekkelig grad har utredet for somatisk lidelse eller miljøbaserte årsaksfaktorer¹. Det er fastlegen som står for størstedelen av disse foreskrivningene, og utviklingen over år viser en økende tendens. Børge Holden, psykologspesialist, har definert denne gruppen som den mest «overmedisinerte» gruppen vi har.

Rådet betegner utviklingen som bekymringsfull, og mener at det må stilles krav til legene om å henvise disse pasientene videre til spesialistutredning dersom det er vanskelig å finne årsaken til adferden. Rådet vil også foreslå at det utarbeides nasjonale veiledende retningslinjer på området som må kjentgjøres i både primær- og spesialisthelsetjenesten. I dag finnes kun internasjonale anbefalinger. Retningslinjene kan ha samme utforming som retningslinjene for bruk av makt og tvang. Det vil si at medisiner kun skal benyttes når andre løsninger er prøvd og ikke har hatt ønsket effekt. Videre må kompetansen om utviklingshemmede med utfordrende adferd styrkes både i primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og habiliteringstjenesten, og samarbeidet mellom disse instansene må bedres betraktelig når det gjelder oppfølgingen av disse pasientene.

Legemiddelforskriften § 27

Rådet støtter forslaget om at fastlegene skal ha ansvar for å ha en oppdatert legemiddelliste og en trygg og effektiv legebehandling. Rådet vil samtidig påpeke at det kan bli utfordrende å skaffe en oversikt i de tilfeller der pasienter hyppig bytter fastlege eller dersom pasienter benytter seg av lege utenfor fastlegeordningen. I evalueringen av fastlegereformen blir manglende oversikt over medisinbruk trukket fram som en utfordring der faren for feilbehandling og feilmedisinering er stor (Evaluering av fastlegereformen 2001 – 2005, Norges forskningsråd). Et annet problem er at epikrise ofte er forsinket til fastlegen når pasienten overføres fra sykehus til kommune. Rutiner for utsending av epikrise bør derfor bedres betraktelig.

Tolk § 30

Rådet er fornøyd med at krav til tolk presiseres i forskriften og at skriftlig informasjon skal tilpasses mottakers forutsetninger. Det bør presiseres at det er pasienten som skal definere behovet for tolk så fremt dette er mulig. Rådet vil samtidig påpeke at det i forskriftsteksten bør komme fram at kvalifisert tolk både skal benyttes ovenfor fremmedspråklige og for personer med nedsatt hørsel/ døve. Rådet tror at det ellers lett kan bli til at krav om tolk relateres til fremmedspråklige. Pasienter som benytter ASK må også sikres at informasjon gis i tilpasset form. Rådet ønsker at det presiseres i forskriftsteksten at også muntlig informasjon skal tilpasses mottakers forutsetninger.

¹ Bygdnes og Kristiansen i Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 8, 19. april 2007
Jim Aage Nøttestad i Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 43, nummer 10, 2006
Børge Holden i SOR rapport nr. 5, 2004

Øvrige plikter - allment allmennlegearbeid – påleggshjemmelen.

Rådet er fornøyd med at det forskriftsfestes at kommunen kan pålegge fastlegene annet kommunalt legearbeid i 7,5 timer i uken, men at det kan avtales et høyere timeantall mellom lege og kommune. I evalueringen av fastlegereformen vises det til at fastlegene ofte benytter et lavt timeantall til denne type arbeid (gjennomsnittlig rundt 5,55 timer i uken), og at det ofte er knappe ressurser i kommunen som er forklaringen. Det kan stilles spørsmål ved om det er mulig å opprettholde tilstrekkelig kompetanse og kontinuitet når timetallet er såpass lavt. Rådet mener at det derfor må utarbeides rutiner og ordninger som sikrer at 7,5 timer faktisk benyttes til annet kommunalt legearbeid. Rådet vil samtidig påpeke at 7,5 timer kan framstå som lite i de tilfeller der legen har mange listepasienter med sammensatte behov og der det er behov for et mer omfattende samarbeid mellom profesjoner og etater.

Med hilsen



Henning Aanes
Rådsleder

Joseph Vasquez
fung. sekretariatsleder