

Deres referanse: 201104777-/VAS

Vår referanse: Eva I. Holt 12/1759

Dato 29.2.2012

Høring – Forslag til revidert fastlegeforskrift

Vi viser til høringsbrevet av 22. desember der høringsinstansene blir bedt om å komme med uttalelser vedrørende forslag til revidert fastlegeforskrift.

Statens seniorråd mener at forslaget til nye forskrifter bidrar til å rydde opp i en del uklare ansvarsforhold og at det ellers framstår som et ryddig og gjennomtenkt regelverk. Vi mener det er bra at både kommunens overordnede og helhetlige ansvar for fastlegetjenesten og legenes ansvar nå blir tydeliggjort gjennom å forskriftsfeste sentrale sider ved ordningen. Noe av dette framgikk tidligere bare av ulike kollektive og individuelle avtaler, mens noen bestemmelser er nye. En forskriftsfesting av sentrale bestemmelser og kvalitetskrav framstår som ryddig og klargjørende, og for publikum blir bestemmelsene rundt en viktig offentlig velferdsordning mer tilgjengelig.

Vi vil i høringssvaret konsentrere oss mest om de forslagene som har størst konsekvenser for den eldre befolkningen. Da er samspillet mellom fastlegene og resten av kommunehelsetjenesten spesielt viktig. Fastlegene utgjør en stor del av allmennlegetilbudet i kommunene, men kommunene har i tillegg ansvar for legetilbudet i bl.a. sykehjem og institusjoner. Disse oppgavene ligger utenfor fastlegens vanlige oppgaver, men for kommunen er det viktig at disse oppgavene løses på en tilfredsstillende måte.

Departementet framlegger også en ny *forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen*. Der det er aktuelt vil vi kommentere dette forslaget parallelt med forslag til revidert fastlegeforskrift. Til slutt tar vi med noen ord om ivaretagelse av fastlegen som senior.

Økt ansvar for kommuner og fastleger vil kreve flere legeressurser

Av utkastet til ny fastlegeforskrift framgår det tydelig at det er kommunen som har ansvar for å tilby nødvendig allmennlegetjeneste til sine innbyggere. Kommunen skal ha ansvar for forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i kommunens helsetjeneste – også for allmennlegevirksomhet og legevaktjeneste. Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens helse- og omsorgstilbud.

Fastlegene skal i utgangspunktet ha ansvar for alle allmennlegeoppgaver for pasientene på sin liste. Ansvaret innebærer også planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling, medisinsk rehabilitering og habilitering. Den nye forskriften tydeliggjør fastlegenes ansvar og det stilles nye krav. Vi mener at de fleste av kravene er gode og i de fleste tilfellene gjennomførbare. Sett i sammenheng med kommunens økte ansvar for helsetjenester og folkehelsearbeid som følge av samhandlingsreformen, mener vi imidlertid at kommunene vil ha behov for økte legeressurser – både fastleger og leger som går inn i andre legeoppgaver i sykehjem, nye akuttenheter/sykestuer og til mer forebyggende virksomhet. I St. meld. nr. 47 (2008-2009) om Samhandlingsreformen vises det til en rapport fra Helsedirektoratet om Utviklingsstrategi for legetjenesten i kommunene (2008) som stipulerer en vekst på over 2 000 legeårsverk i kommunene i perioden 2009-2015.

Fastlegen – den viktigste faktoren i et helhetlig og koordinert kommunalt allmennlegetilbud

Krav til oversikt

Skal fastlegen oppfylle rollen som den viktigste faktoren i et helhetlig og koordinert allmennlegetilbud, er det viktig at legen har oversikt over de pasienter han/hun har ansvar for og som har behov for legeoppfølging, slik det foreslås i forskriftens § 19. Det er ikke meningen at legen skal kjenne alle pasienter på lista og drive oppsøkende virksomhet til de han/hun ikke har kunnskap om, men legen skal ha oversikt over kronisk syke pasienter – også de som ikke selv oppsøker lege.

Det understrekes i forskriftutkastet at oversikten skal bygge på informasjon fra pasientjournalen. Vi mener at det er viktig at legen har en god oversikt over sine pasienter som faktisk trenger oppfølging. Dette kan være med på å få til et lettere og tettere samarbeid med resten av helsetjenesten i kommunen, for eksempel hjemmetjenesten. God oversikt og kjennskap til pasientene kan også bidra til å forebygge forverring av helseplager og kronisk sykdom, som for eksempel legemiddelrelaterte problemer.

Oppsøkende virksomhet

I tilfeller der det er tydelig at pasienten har behov for helsehjelp, men ikke selv søker hjelp, er vi enige med departementet om at legen bør tilby konsultasjon og hjemmebesøk slik det foreslås i § 20. For eksempel i tilfeller der legen mottar epikrise fra sykehus der det framgår at pasienten har vært innlagt for en sykdom som krever oppfølging uten at pasienten kontakter lege, eller i tilfeller der legen mottar tips/bekymringsmelding fra hjemmetjenesten eller legevakt. I slike tilfeller bør legen ta direkte kontakt med pasienten eller sende innkalling til time. Hvis pasienten ikke møter til timen og heller ikke varslar om at timen ikke passer, bør legen/legekontoret undersøke årsaken og ved behov tilby hjemmebesøk. Mange eldre og/eller kronisk syke er mindre mobile og har dårlig nettverk og kan derfor i noen tilfeller ha behov for hjemmebesøk.

Legemiddelforeskrivning

I forbindelse med at det stilles krav til at fastlegen skal ha god oversikt over sine pasienter, er det også viktig at fastlegen har oversikt over pasientenes legemidler slik det foreslås i § 27. Vi er også enige i at fastlegen minst en gang per år skal foreta

legemiddelgjennomgang for pasienter som bruker mange legemidler. I forbindelse med en legemiddelgjennomgang bør pasienten også innkalles. Pasienten kan gå på legemidler som ikke er oppført i journalen, for eksempel som er utskrevet av andre leger, naturpreparater som kan gi bivirkninger osv. Pasientens legemiddelliste bør til enhver tid være så oppdatert som mulig.

Tilgjengelighet

Departementet foreslår to alternative forslag til krav om tilgjengelighet i § 23 som de ber høringsinstansene uttale seg spesielt om. I begge forslagene foreslår de at telefonhenvendelser skal besvares i løpet av 2 minutter for 80 prosent av henvendelsene. For tilbud om konsultasjon i forbindelse med telefonhenvendelser har de to alternativer; enten innen 2 eller 5 arbeidsdager. Statens seniorråd mener primært at dette er krav som passer bedre inn i en serviceavtale.

Det er imidlertid viktig med god telefontilgjengelighet. Så sant man legger opp til at det er legekantoret – ikke legen selv som skal besvare telefonen etter maksimalt 2 minutter - er vi enige i at dette er et mål som bør være mulig å nå på vanlige dager.

Når det gjelder spørsmålet om konsultasjon, mener vi at legene fortsatt bør kunne prioritere ut fra sitt skjønn hva som haster og hva som ikke haster. En konsultasjon som gjelder en vanlig legekantroll eller en legeattest haster vanligvis ikke, mens mange som henvender seg fordi de er syke, men hvor situasjonen ikke er akutt, vil trenge legetime raskt – da er 5 arbeidsdager for lang tid å vente.

Hvis det blir bestemt at tilgjengelighetskravet skal forskriftsfestes, mener vi at det blir riktigere å plassere denne bestemmelsen i *forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen*. Vi tillater oss å gjøre oppmerksom på at i denne forskriftens § 2 er det nå foreslått å ta inn en bestemmelse om ventetid for konsultasjon på 5 dager. Vi mener at en eventuell forskriftsfesting her bør si noe om både telefontilgjengelighet og ventetid for konsultasjon. I den grad man velger å ha to forskrifter om samme forhold, må reglene ha samme innhold.

Øyeblikkelig hjelp i åpningstiden og hjemmebesøk

Statens seniorråd er enige i både forslag til forskrift § 24 om at fastlegen skal gi tilbud om øyeblikkelig hjelp i åpningstiden til de pasientene legen har på sin liste og forskrift § 25 om hjemmebesøk.

For noen pasienter, for eksempel når en eldre pasient er sengeliggende og syk, kan krav om oppmøte forhindre pasienten fra å oppsøke lege. Selv om legekonsultasjoner på legekantoret er best for å få gjennomført en grundigst mulig undersøkelse, er det viktig at legen er fleksibel og noen ganger tar seg tid til hjemmebesøk hos syke pasienter. Hvis det blir for vanskelig for pasienten å oppsøke lege i kontortiden, kan resultatet i verste fall i stedet bli akuttinnleggelse på sykehus.

Både bestemmelsen om øyeblikkelig hjelp og hjemmebesøk bør i tillegg framgå i *forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen*.

Samarbeid mellom fastlege og kommune

Fastlegens deltakelse i allmennlegearbeid

I forslag til ny forskrift, § 12, kan kommunene pålegge fastleger i fulltidspraksis å delta i inntil 7,5 timer allmennlegearbeid per uke for kommunen. Dette er bl.a. plan- og utredningsarbeid for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenestearbeid og allmennlegearbeid for sykehjem og andre institusjoner som kommunen har ansvar for. Det framgår av forskriften at kommunene, hvis mulig, bør forsøke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgavene først. Hvis dette ikke er mulig, kan kommunen kreve slik deltakelse. Kommunene kan i tillegg inngå individuelle avtaler om større deltakelse fra fastlegens side.

Både ny helse- og omsorgslov og folkehelseloven pålegger kommunene et omfattende ansvar for forebygging, pasientbehandling og pasientoppfølging. Dette vil kreve god integrering og samhandling mellom kommunene og fastlegene – og sannsynligvis bedre utnyttelse av kommunens legeressurser enn i dag. Statens seniorråd mener at det er svært viktig at vi lykkes i dette arbeidet. Vi vil påpeke at dette forutsetter både vilje til samarbeid, men også nok ressurser i form av tid/personell og kompetanse. Sannsynligvis vil kommunene ha behov for flere leger, enten fastleger som også tar del i de kommunale allmennlegeoppgavene, i for eksempel sykehjem og andre institusjoner eller flere leger som spesialiserer seg på disse legeoppgavene.

Statens seniorråd mener at det er viktig å utnytte legenes kompetanse best mulig. Da er det viktig at legene får være leger og at deres kompetanse brukes til beste for pasientene. Det er viktig at fastlegen har et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten om alvorlig syke pasienter, mens andre koordinerings- og oppfølgingsoppgaver som kan innebære mye møtevirksomhet og papirarbeid bør kunne overlates til andre. Vi vil i denne forbindelse peke på to regelforslag som vi mener bør vurderes om hører hjemme i fastlegeforskriften eller om de bør utformes noe annerledes eller flyttes. Dette er § 18 om brukarmedvirkning og § 30 om tolk.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning vil vanligvis forstås som at det er god kommunikasjon mellom brukeren/pasienten og legen. Behandlingen skal skje med pasientens samtykke jf. pasient- og brukerrettighetsloven, og pasienten skal så langt det er mulig kunne være med på å påvirke behandling og behandlingsforløp. I dette forslaget til forskrift framstilles imidlertid brukarmedvirkning som å innhente bruker- og pårørendeerfaringer regelmessig for å forbedre virksomheten. I omtalen er dette presisert som systematiske kvantitative og kvalitative undersøkelser av et utvalg av pasientene. Det kan godt være behov for slike undersøkelser, men vi mener at dette ikke er legens oppgave. Det finnes en lovhjemmel for dette i den nye helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-10) og vi foreslår derfor at dette er en oppgave som legges til administrasjonen i kommunen.

Tolk

Legen skal, som i andre kommunale tjenester, benytte kvalifisert tolk ved behov. Vi mener imidlertid at det bør være kommunens oppgave å sørge for tolkehjelp til fastlegene. Per i dag finnes det ingen tydelig lovhjemmel for tolketjeneste i helse- og omsorgstjenesteloven, bortsett fra en bestemmelse om bruk av samisk i § 3-10. Pasientrettighetsloven sier at informasjonen skal tilpasses pasientens språkbakgrunn. Vi foreslår at paragrafen utdypes og flyttes til helse- og omsorgstjenesteloven, eventuelt til *forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen*.

Fastlegens ansvar for pasienter som oppholder seg i institusjon

Vi har merket oss at departementet ikke foreslår vesentlige endringer i bestemmelsen om fastlegers ansvar for pasienter som flytter i institusjon (§ 14). Dette betyr at fastlegen fortsatt skal motta per capita-tilskudd fra kommunen for disse pasientene, selv om det av forskriften § 10 uttrykkelig framgår at pasienter på slike institusjoner ikke inngår i legenes listansvar. For pasienter med kortvarig opphold i institusjon er det svært viktig at kontinuiteten med samme fastlege fortsetter etter utskriving. Det er imidlertid stor forskjell mellom de som er innlagt i kortere perioder på sykehus eller kortidssopphold på sykehjem, og de som får innvilget *fast plass* i et kommunalt alders- og sykehjem, eventuelt annet langvarig institusjonsopphold.

Vi er klar over at denne problemstillingen har vært diskutert tidligere og at per capita-tilskuddet også tidligere har blitt foreslått fjernet. Vi mener imidlertid at spørsmålet har fått ny aktualitet i forbindelse med at man ønsker å begrense fastlegenes listestørrelse. I tillegg mener vi at det er behov for en bedre legedekning på mange sykehjem, der beboerne er både syke og pleietrengende. Begrunnelsen for å ikke ta inn en lovbestemmelse om dette i 1999 var at kommunene ikke hadde noen samlet oversikt over hvem som hadde fast plass på institusjon. Med dagens krav til kommunene om oversikt og planlegging, mener vi at denne begrunnelsen ikke lenger er aktuell. Vi foreslår derfor at reglene i § 14 endres slik at pasienter som får varig/langvarig opphold i institusjon med helsetjeneste fjernes fra pasientlistene. I de tilfellene der pasientene faktisk skrives ut igjen, bør pasientene som ønsker det få tilbake sin tidligere fastlege. Vi foreslår derfor at det tas inn en bestemmelse om dette i *forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen* § 5, Tilgang til lukkede lister, på samme måte som for barn av allerede tilmeldte pasienter på lista eller personer som flytter tilbake til kommunen. Forslaget vil kunne frigjøre plass på fastlegens lister, og kommunen kan få frigitt midler som heller kan benyttes til å øke bemanningen og bedre legetjenesten på sykehjemmene.

Statens seniorråd har lenge vært opptatt av at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Dette er det også sentrale føringer for. Mange kommuner bygger nå omsorgsboliger som et reelt alternativ til sykehjem. Tanken er å flytte tjenestene til pasientene, og ikke omvendt. Erfaringer fra mange kommuner er at det er vanskelig å få til et godt og helhetlig medisinsk tilbud ved slike omsorgsboliger, da beboerne har forskjellige fastleger, og ingen bestemt lege har et overordnet medisinskfaglig ansvar for tjenesten i omsorgsboligene. Statens Seniorråd anbefaler derfor at man vurderer om legetjenesten for omsorgsboliger bør organiseres på samme måte som for sykehjem.

Eldre leger

Skjerming av eldre leger

Statens seniorråd mener det er bra at det nå blir forskriftsfestet at leger over 60 år kan skjermes fra legevakt. Av kommentaren til lovutkastet framgår det at det er opp til kommunen å avgjøre dette i hvert enkelt tilfelle. Selv om vi er enige i at dette ikke alltid kan være en rettighet, vil vi framheve at det er viktig at kommunen strekker seg langt for å imøtekomme legens ønsker her.

Oppsigelse av individuell avtale pga. alder

Det foreslås i forskriften § 35 at den individuelle avtalen opphører uten oppsigelse når legen fyller 70 år. Kommunen og legen kan i særlige tilfeller inngå en tidsbegrenset avtale om fastlegevirksomhet ut over 70 år, men ikke etter at legen er fylt 75 år.

Statens seniorråd er prinsippielt i mot øvre aldersgrenser og vi anser derfor forslaget som diskriminerende sett opp mot dagens autorisasjonsgrense på 75 år, jf. helsepersonelloven § 54. Vi vil også vise til Høyesteretts avgjørelse av 14. februar 2012, der Høyesterett fant at en tariffestet aldersgrense for flygere på 60 år ikke var lovlig, all den tid nasjonale og internasjonale bestemmelser fastsetter aldersgrense for å være flyger til 65 år. Statens seniorråd mener derfor at oppsigelse før fylte 75 år bør være saklig begrunnet.

Dersom det innføres en øvre aldersgrense under 75 år, mener vi at det bør innføres en varslingsplikt for kommunen om tidspunkt for fratreden og at fratreden tidligst kan kreves seks måneder etter at skriftlig varsel er kommet fram til legen.

Avsluttende bemerkninger

Statens seniorråd mener at fastlegen fortsatt skal utgjøre en viktig del av et helhetlig kommunalt helsetilbud. For eldre og kronisk syke pasienter mener vi imidlertid at det er viktig at fastlegene blir mer integrert i den resterende kommunale helsetjenesten. Økt samarbeid mellom fastlegene og hjemmetjenesten og de forebyggende tjenestene er derfor viktig. Det er også viktig at fastlegene tar ansvar for sine listepasienter ved å ha oversikt og følge opp de som trenger det.

For at kommunene skal lykkes med gjennomføringen av samhandlingsreformen er vi avhengig av at kommunene og fastlegene samarbeider godt. En viktig forutsetning for godt samarbeid mellom fastlegene og øvrige helsetjenester i kommunene er et oppdatert og godt fungerende elektronisk journalsystem. Dette er også viktig for samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kommunen har ansvar for et legetilbud til befolkningen utover fastlegene, og fastlegene må derfor bidra til at dette tilbudet blir så godt som mulig. Samtidig mener vi at det er viktig at kommunene får tilført nok ressurser slik at allmennlegetilbudet til sykehjem, forebygging og andre oppgaver også blir styrket.

Vennlig hilsen



Ivar Leveraas

Leder av Statens seniorråd



Sølvi Sæle

Sekretariatsleder