



HØYRINGSUTTALE: FORSLAG TIL REVIDERT FASTLEGEFORSKRIFT

Saksgang:

Utval	Saksnummer	Møtedato
Senior- og Brukarrådet	011/12	19.03.2012
Levekår	009/12	21.03.2012

Framlegg til vedtak:

Utval for Levekår godkjenner høyringsuttalen til revidert fastlegeforskrift slik den går fram av saksframlegget.

Senior- og Brukarrådet

Forslag frå **leiar Sissel Løchen, Fun:**

Senior og brukarrådet har ingen merknader til forslag til høyringsuttale.

Framlegget vart samrøystes vedtatt.

SBR-011/12 Framlegg:

Senior og brukarrådet har ingen merknader til forslag til høyringsuttale.

Levekår

Framlegget vart samrøystes vedtatt.

LEV-009/12 Vedtak:

Utval for Levekår godkjenner høyringsuttalen til revidert fastlegeforskrift slik den går fram av saksframlegget.

HØYRINGSUTTALE: FORSLAG TIL REVIDERT FASTLEGEFORSKRIFT

SAKA GJELD

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt forslag til revidert fastlegeforskrift ut til høyring. Høyringsfrist er 22. mars 2012. I høyringsnotatet foreslår departementet mellom anna:

- *Ei presisering av kommunen sitt ansvar for fastlegeordninga*
- *Ei presisering av fastlegen sitt listeansvar, herunder innføring av krav til funksjon og kvalitet i tenesta*
- *Ei forskriftsfesting av sentrale sider ved ordninga som i dag er avtaleregulert*
- *Krav om rapportering til kvalitets- og styringsformål*
- *Økonomiske sanksjonar mot fastlegar ved manglande oppfylling av avtalen*
- *Flytting av truande og voldelege pasientar utan samtykke frå ei fastlegeliste*

Høyringsuttalen er utarbeidd i samarbeid mellom kommuneoverlegane i Gjesdal, Hå, Klepp, Time og Sandnes.

BAKGRUNN FOR SAKA/SAKSOPPLYSNINGAR

Kommunane fekk i 1984 ansvar for primærhelseteneste til innbyggjarane ved innføring av kommunehelsetenestelova som blei avløyst av ny helse- og omsorgslov frå 01.01.2012. Nåverande fastlegeordning blei innført frå 2001 med fastlegeforskrift og nasjonal avtale mellom KS, staten og legeforeninga om fastlegeordning (FLO). I tillegg er det avtale mellom KS og legeforeninga om kommunalt legearbeid. Kommunen har individuell avtale med kvar fastlege. I forslag til revidert fastlegeforskrift er store delar av nasjonal avtale flytta over til forskrift.

Fastlegeordninga har etter innføring fått gode evalueringar og blir oppfatta som ei velfungerande førstelinjeteneste. Velfungerande allmennlegeteneste er avgjerande for at kommunen skal kunna tilby innbyggjarane tilfredstillande helsetenester.

Nasjonal kartlegging viser at kvar fastlege i gjennomsnitt arbeidar 47 timar/veke. Legevaktarbeid kjem i tillegg. Det er ein aukande andel kvinner blant fastlegane. Kvinnelege fastlegar rapporterar om større auke i arbeidsbelastning enn sine mannlege kollegar. Ein aukande andel fastlegar, og spesielt kvinnelege, ønskjer normert og regulert arbeidstid.

I samband med innføring av samhandlingsreforma blei det frå Helsedirektoratet i 2009 estimert eit behov for 2700 nye fastlegar i perioden 2009 - 2015. Dåverande statsråd slutta seg til dette.

Spesialisthelsetenesta er heilt avhengig av ei velfungerande allmennlegeteneste og vice versa. Per i dag er ventetider og tilgangen til spesialisthelsetenestene ei betydeleg større utfordring enn tilgang til fastlegen.

VURDERING

Høyringsnotatet er omfattande, og ein vel å uttala seg om enkelte sentrale område som prioritering, kvalitet og kommunal styring og ressursbruk, der det er endringar frå tidlegare forskrift. Dette er område som KS har oppmoda kommunane om å omtala i sine høyringsuttalar i notat av 17.12.2012.

Kvalitet og prioritering

Kapittel 4 omhandlar funksjons- og kvalitetskrav, og krav til rapportering. Det er krav til brukarmedverknad, jf. § 18. Fastlegen vil få utvida ansvar for innbyggjarar på lista. Han/ho skal ha oversikt over visse grupper av innbyggjarar på lista, jf. § 19. Fastlegen har ansvar for oppsøkjande verksemd hos pasientar der det er kjent behov for helsehjelp og vedkomande ikkje sjølv søker hjelp, jf. § 20. Fastlegen skal delta i nødvendig samarbeid, mellom anna med arbeids- og velferdsetaten, jf. § 21. Individretta førebygging skal vera ein integrert del av tenesteytinga, jf. § 22. Det er forslag til krav om tilgjenge, jf. § 23. System for mottak av telefonhenvendingar skal innrettast slik at 80 % av alle henvendingar kan besvarast innan 2 minutt. Pasienten skal ha krav på konsultasjon innan 2. arbeidsdag etter bestilling, alternativt 5 dagar. Fastlegen skal gi tilbod om heimebesøk til visse grupper, jf. § 25. Det blir stilt krav til rapportering av data til styrings- og kvalitetsføremål, jf. § 31.

Det er positivt at ansvar for innbyggjarar på lista blir presisert. All erfaring tilseier at legar legg stor vekt på fagleg kvalitet, men krav til meir systematisk kvalitetsarbeid er bra. Det vil redusere sjansane for uønska hendingar og gjera behandling sikrare for pasientane. Det er behov for auka tilgjenge ved mange kontor både når det gjeld telefon og ventetid på time. Lang ventetid blir ofte oppfatta som dårleg kvalitet, sjølv om det er forsvarleg å venta. Fleire sjuke eldre som bur heime, vil gjera det nødvendig med fleire sjukebesøk. Faglege retningslinjer bør leggjast til grunn og vera ein kvalitetsindikator som kan vera gjenstand for tilsyn. Rapportering av styrings- og kvalitetsdata må vera felles for heile landet, kunna hentast ut av elektronisk journal og brukast til planlegging og samanlikning. System for brukarmedverknad må utarbeidast i samarbeid mellom KS, legeforeninga og staten ved hjelp av gode IKT system.

Krav om ventetid for alle på 2-5 dagar vil føra til at alle har same rettar, uavhengig av alvorleghetsgrad av sjukdom, og det er lite rom for prioritering. Dette står i motstrid til prioritering i helsetenesta elles, også i spesialisthelsetenesta. Det er eit brot med allment aksepterte normer om ein ikkje skal prioriterast først dei som treng det mest. Om alle skal prioriterast likt, må ein sjå for seg at konsultasjonane vil bli kortare. Det vil vera negativt, spesielt for kronikarar og personar med samansette sjukdomstilstandar.

Samhandlingsreforma legg opp til at meir skal utgreiast og behandlast i primærhelsetenesta. Kortare konsultasjonar vil kunna gi meir tilvisning til spesialisthelsetenesta med lenger ventetid som resultat. Innføring av ventetid for alle på 2-5 dagar tilrettelegg for den friskaste delen av befolkninga på bekostning av utsette grupper med samansette sjukdomstilstandar. Dei fleste fastlegane har i alle år hatt ei ordning med øyeblikkelegghjelp-timar kvar dag, slik at frist på 2 dagar er unødvendig. Eit krav om ventetid bør gå ut av forskrifta og innarbeidast i avtale gjeldande for dei med symptom på sjukdom som kan vera alvorleg. Medisinsk-faglege kriterier må leggjast til grunn ved prioritering.

Forslag til revidert forskrift har som mål å styrka fastlegeordninga, og kvart punkt for seg er positivt. Auka oppgåver, større krav til tilgjenge og same listelengde gjer det ikkje realistisk å gjennomføra dette utan auke i antal fastlegar som då kan ha kortare liste. For mange krav utan auka ressursar, vil påverka rekruttering til fastlegeordninga i negativ retning.

Forslag til revidert forskrift er svært detaljert. Delar av forskrifta bør vidareførast i avtalar mellom partane. Ein vil då kunne få ein god dialog mellom legeforeninga, KS og staten om prioritering og praktiske kvalitetsmål.

Styring/tilsyn

Det blir i § 4 presisert at det er kommunen som er ansvarleg for organisering av fastlegeordninga og er ansvarleg for at fastsette kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordninga blir halden, jf. § 7. Kommunen skal leggja til rette for samarbeid med fastlegane, jf. § 8.

Det er forslag om at ein ved brot på forskrifta, rammeavtale eller individuell avtale, kan halda tilbake heile eller delar av per capita-tilskotet, jf. § 36.

Fastlegeordninga vil framleis fungera best når styring i stor grad, som i dag, blir basert på samarbeid og dialog. Innhenting av styrings- og kvalitetsdata vil vera nyttig for kommunen og kan i stor grad kunna nyttast til dialog om innretting og eventuelt justering av praksisprofil. Konkrete styrings- og kvalitetsdata bør utarbeidast i samarbeid mellom KS, legeforeninga og staten, og inngå i avtale mellom partane. Om det ein sjeldan gong skulle bli aktuelt med formelle reaksjonar bør det nyttast bøter snarare enn tilbakehalding av per capita-tilskot.

Det bør vurderast å gjera legesenteret som pliktsubjekt når det gjeld kvalitetsarbeid, og ikkje den enkelte fastlege.

Større kommunalt ansvar for tilsyn kan medføra uklar rolle i forhold til tilsynsmyndighet. Det kan også medføra habilitetsproblem internt då kommuneoverlegen i mange kommunar også er fastlege, jf. §§ 31 og 36.

Korkje nåverande forskrift eller forslag til revidert forskrift har føringar når det gjeld oppretting av nye fastlegeheimlar. Heller ikkje gjeldande avtalar omtalar dette. For kommunen har det vore problematisk å finna fram til gode ordningar ved oppstart av nye fastlegelister utan pasientgrunnlag i startfasen. Forskriftfesting er neppe den beste måten å løysa dette på. I etterkant av revidert forskrift vil det vera naudsynt å justera avtalane. Ei høveleg ordning for oppstart av nye fastlegelister bør tas inn i avtale mellom KS, legeforeninga og staten.

Ressursbruk

Forslag til revidert forskrift vil føra til auka ressursbruk for kommunane ved inngåing av nye og meir omfattande fastlegeavtalar, tilsyn og oppfølging av den enkelte fastlege. Ein kan årleg anslå ressursbruk til minst 8 timar pr. fastlege. Dette vil i stor grad bli arbeid for kommuneoverlegen, evt. annan lege i kommunal stilling då det er nødvendig med allmennmedisinsk kompetanse. Dersom det blir påvist avvik som treng oppfølging, vil det krevja meir ressursar.

Kommunen vil etter oppgåver i ny forskrift måtta utvida rammene for samfunnsmedisinske oppgåver i forhold til fastlegane. Fastlegane må ved desse oppgåvene trekkast ut frå pasientarbeid og honorerast for tidsbruken som går med til samarbeid mellom legane og kommunen. Kommunen forventar at kostnader til ekstra ressursbruk blir kompensert fullt ut.

KONKLUSJON

Rådmannen er positiv til endringar i fastlegeforskrifta som gjer fastlegen sitt ansvar for personar på lista klarare, og at det blir sett krav om kvalitet, styrings- og kvalitetsdata.

Forslaget medfører ekstra arbeidsoppgåver for fastlegane. Utan fleire fastlegar med kortare pasientlister er rådmannen bekymra for at nye oppgåver blir vanskeleg å gjennomføra. I tillegg kjem intensjonane i samhandlingsreforma med meir utgreiing og behandling i primærhelsetenesta.

Standard for tilgjenge til fastlegen gjennom telefon og ventetid bør utarbeidast ved avtale mellom legeforeninga, KS og staten. Tilgjenge til tenester frå fastlegen må byggja på at dei som treng det mest blir prioritert først ut frå medisinsk-faglege kriterier.

Styring av fastlegeordninga må framleis for ein stor del skje i samarbeid og dialog med fastlegane. Konkrete kvalitets- og funksjonskrav bør inngå i avtale mellom partane og ikkje i forskrift. Om formell reaksjon blir påkrevd bør dette skje ved bøter.

Forslag til revidert fastlegeforskrift vil kreva auke i kommunale ressursar. Kommunen vil få auka utgifter som må kompenseras.

Legesenter bør vera pliktsubjekt når det gjeld kvalitetsarbeid, og ikkje den enkelte fastlege.

Rådmannen i Time, den 29.02.2012

Brit Nilsson Edland

Bjørn Meling
Kommunalsjef samfunn

Vedlegg:

Forslag til revidert fastlegeforskrift m.m.

Dette dokumentet er elektronisk godkjent i systemet og krev derfor ikkje signatur