



ULSTEIN KOMMUNE

Politisk sekretariat

Helse- og omsorgsdepartementet

Pb 8011 Dep.
0030 OSLO

<i>Saksnr</i>	<i>Løpenr.</i>	<i>Sakshandsamar</i>	<i>Dato</i>
2010/962	2212/2012	BHA	08.03.2012

MELDING OM VEDTAK

SAKA GJELD: HØYRING- FORSLAG TIL ENDRING I FASTLEGEFORSKRIFT

De får med dette melding om at det er gjort følgjande vedtak.

Vedtak i Ulstein formannskap, 28.02.2012:

Ulstein formannskap viser til notat frå kommuneoverlege Ottar Grimstad i Hareid (vedlegg 1). Dette forskriftsutkastet bør leggjast vekk eller omarbeidast vesentleg. Departementet bør samarbeide med KS og legeforeninga om å vidareutvikle avtalesystemet for å forbedre fastlegeordninga i takt med tilgjengelege ressursar.

Med helsing

Björg Haugland
sekretær

Kopi til:
Helse Midt-Norge Postboks 464

Vedlegg 1

Notat. Framlegg til ny forskrift om fastlegeordninga

I samband med samhandlingsreformen, legg Helse- og omsorgsdepartementet no fram forslag til ny forskrift om fastlegeordninga. Fastlegeordninga har til no vore basert på nokre overordna rammer gjennom statleg forskrift og så detaljar utforma i avtalar mellom partane. Staten har ønska å flytte meir over frå avtalar til forskrifta for å gjere det tydelegare kva rammer som gjeld, ein gir også uttrykk for eit ønske om å styrke fastlegeordninga gjennom denne forskrifta.

Forskrifta så langt synes ikkje tene desse målsettingane. Forskrifta inneheld mang gode målsettingar, men det er fare for at konsekvensane kan bli det motsette av det ein ønsker seg. Sett frå kommunen si side kan nokre av hovudpunkta vere:

- ☐ Forskrifta har mange positive målsettingar om auka deltaking for legane i tverrfagleg samarbeid, styrka koordineringsfunksjon for eigne pasientar, betre internkontroll, brukarundersøkingar med meir. Dette blir kombinert med sterke krav til å gi pasientane raskt time (innan 2 eller 5 døgn) for alle uprioriterte problemstillingar. Samstundes legg forskrifta opp til like lang normalliste som tidlegare - 1500. Ei betydeleg auke i nye oppgåver for fastlegane i lag med sterke krav til uprioritert rask tilgang på timar for pasientane, uten strategi for auke i talet på fastlegar, vil føre til eit sterkt press på konsultasjonstida. Tida for den enkelte konsultasjon må forkortast, legane kan bli pressa til å gjere mindre utgreiing sjølv og henvise fleire til spesialisthelsetenesta – stikk i strid med det kommunen treng i samhandlingsreformen. Ein må arbeide for å oppnå dei positive målsettingane i reformen gjennom andre middel .
- ☐ Ein arbeidssituasjon med stort tidspress på konsultasjonane vil opplevest som utilfredsstillande både for pasientar og legar. Vi står i ein situasjon med stort behov for nyrekruttering av allmennlegar, både fordi mange erfarne allmennlegar nærmar seg pensjonsalder, og fordi både befolkning og oppgåver aukar. Vi treng stabile allmennlegar, legar som velger å bli verande i faget over tid. Dersom ein skaper ein arbeidssituasjon som blir opplevd som uholdbar, vil dette gå ut over både rekruttering og stabilitet.
- ☐ Rammevilkåra for avtalebasert allmennpraksis vil vere så sterkt endra, at det vil utløyse behov for reforhandling av alle fastlegeavtalane. Det er grunn til å frykte at ein del allmennlegar synes dei nye rammevilkåra blir så vanskelege, at dei vil sjå seg tent med å gå ut av fastlegeordninga og drive heilprivat allmennpraksis utan refusjonsrett for pasientane. Desse legane vil vere utan vaktplikt og andre plikter i forhold til øvrige kommunale helsetenester. Ei slik deling av allmennlegetilbodet vil vere svært uheldig helsepolitisk. Det er klare sammenhengar mellom dårleg økonomi og helseproblem. I eit todelt system vil dei som har best helse også vetre dei som får best tilgang på helsetenester, mens mange av dei som har dårleg helse vil kunne få eit dårlegare tilbod.
- ☐ Kommunen vil få utvida ansvar for kvaliteten på allmennlegetenestene. Dette skaper usikkerheit i forhold til ansvarsforhold mellom kommunen og helsetilsyn. Det vil krevje medisinsk kompetanse i kommunen utan habilitetsmessige bindingar til

fastlegetenesta. Det vil vere vanskeleg å dekke opp dette med kommuneoverlege i kombistilling, slik dei fleste kommuner i vårt område har. Det vil også kreve auka administrative ressursar til kontrolltiltak overfor legane.

- ☐ Kvalitetsutvikling i allmennmedisin er svært viktig både for pasientane, kommunen og allmennlegane. Først og fremst gjeld dette fagleg kvalitet på arbeidet som blir utført. Det burde vere eit krav ved alle nye fastlegeavtalar at legane er spesialistar i allmennmedisin eller inngår avtale om å spesialisere seg til dette. Denne spesialiteten inneheld krav til opplæring og regelmessig resertifisering som skal sikre at legen ikkje sakker fagleg akterut. Kvalitetsutvikling er elles ein kontinuerleg prosess som krever positivt samarbeid mellom partane og der tiltak blir gjennomført ut frå ei analyse og prioritering av behov sett i forhold til tilgjengelege ressursar. Det er ikkje godt kvalitetsarbeid å plukke ut enkeltfaktorar og forskriftsfeste desse uten vurdering av ressursituasjonen.
- ☐ Legevakt er ein svært viktig del av allmennlegetenesta. Det er behov for ei vesentleg organisatorisk oppgradering av legevaktordningane. Det vil krevje økonomiske ressursar som må finansierast gjennom auka overføringar til kommunane. Dette spørsmålet burde vore sett i samanheng med dette forskriftsforslaget.

Dette forskriftsforslaget bør omarbeidast vesentleg eller leggast bort. Staten bør starte ein prosess i samarbeid med KS og legeforening for vidareutvikling av fastlegeordninga og gjennomføring av ønskelege endringar i gjeldande avtalar.

Meir om enkelte paragrafar:

§ 5 Særlig om personer som utgjør en sikkerhetsrisiko

Vurdering: Sjølv om det kan by på vanskar for kommunen, må det vere rett at legar som har motteke trugsmål eller vore utsett for vold frå pasientar må få sleppe å vere fastlegar for disse.

§ 6 Kommunens ansvar for informasjon

Vurdering: Det er no HELFO som fører fastlegelistene og informerer om ledig plass. Det bør det framleis vere, det synes ikkje tenleg å overlate denne informasjonsplikta til kommunene, og det vil kunne medføre vesentlege administrative kostnader.

§ 7 Kommunens ansvar for kvalitet i allmennlegetjenesten

Vurdering: Kommunen kan ikkje ta ansvaret for å kontrollere medisinsk forsvarlegheit av arbeidet til den einskilte fastlege. Denne oppgåva må fortsatt ligge tydeleg til helsetilsynet. Å gi kommunen ansvaret for å kontrollere dei svært detaljerte funksjonkrava som forskrifta kjem med, vil krevje oppbygging av kontrollkapasitet i kommunen. Dette vil vere feilprioritering av knappe helseressursar.

§ 10 Fastlegens listeansvar

Vurdering: Det kan ikkje innførast ei ubegrensa plikt for legen til å skrive legeattestar. Legen må vurdere om formålet med attesten er aktverdig, slik at det er sakleg og medisinsk grunn til å skrive attesten. Når det gjeld opplysingar ved søknad om helse-, trygde – og sosiale ytingar må det presiserast at ein må ivareta gjeldande regler for teieplikt.

§ 12 Fastlegens deltakelse i annet allmennlegearbeid i kommunen

Vurdering: Ein må drøfte om det er tenleg for kommunene å ha legane som pliktarbeidarar i viktige legefunksjonar, eller om oppgavene bør tilretteleggast slik at legar med interesse og kompetanse tar på seg oppgavene av seg sjølv. I merknadane til forskrifta står det at legane ikkje skal kunne påleggast samfunnsmedisinske oppgåver. Det er ikkje samsvar mellom dette og forskriftsteksten sin heimel til å pålegge legane medisinskfagleg rådgjeving og deltaking i plan- og utredningsarbeid.

§ 13 Fastlegens plikt til deltakelse i legevakt og vikarordninger

Vurdering: Reglane om plikt til deltaking i legevakt er tatt ut av Særavtalen mellom KS og legeforeninga om legar i kommunehelsetenesta. Denne avtalen er ein tariffavtale, og det er urimeleg å ta punkt frå ein tariffavtale over i forskrift samtidig som ein svekker arbeidstakarane sine arbeidsvilkår. Desse bestemmelsane høyrer fortsatt heime i avtale og ikkje i ei forskrift.

Ein må ikkje i forskrift sementere legevaktarbeid som noko som naturleg høyrer heime utanfor normale arbeidsordningar i tillegg til lange arbeidsdagar. Organisering av legevakttenesta i kommunene er viktig for kvalitet på arbeidet og rekruttering av legar. Det er ei stor svakheit ved samhandlingsreformen så langt, og denne forskrifta særleg, at ein ikkje har sett dette i samanheng med akutforskrifta og behovet for betre finansiering og organisering av legevakttenestene

§ 17 Krav til kvalitet

Vurdering: Det vil være svært arbeidskrevande å gi skriftleg individuelt tilpassa informasjon til alle pasientar. Dei vil vere nødvendige i visse situasjonar, men må tilpassast legen sitt skjøn over pasienten si evne til å ta til seg informasjon.

§ 19 Oversikt over listeinnbyggerne

Vurdering: Legar må tilby time eller sjukebesøk til personar der legen får kjennskap til at dei kan ha alvorleg sjukdom som dei ikkje synes i stand til å følge opp sjølve. Dette vil oftast vere grunna opplysingar frå pårørande eller omsorgstenestene. Dette synes vere intensjonen i denne paragrafen ut frå merknadane, men formuleringa går mykje lenger. Denne paragrafen skaper usikkerheit om oppfølgingsansvaret på undersøkingar rekvidert av t.d. sjukehuslegar, som fastlegen får berre til orientering. Det gir eit ansvar for å ha oversikt over heile journalen til kvar einskild pasient på lista, kva sjukdom dei har og om dei følger dei den godt nok opp. Dette er ei uakseptabel reduksjon av den einskilde sitt ansvar for eiga helse. Det fins heller ikkje gode verktøy for å hente ut denne informasjonen systematisk. Å gjere dette manuelt vil vere ei uovercomeleg oppgåve.

§ 21 Medisinsk faglig koordinering og samarbeid**§ 22 Individrettet forebygging som integrert del av tjenesteytingen**

Vurdering: Arbeid med individuell plan og individretta forebygging blir ikkje finansiert av trygda. Kommunen betaler sjølvstendig næringsdrivande legar for arbeid med individuell plan utanom ansvarsgruppemøter. Pasientane betaler alle utgifter med individuell forebygging som ikkje er knytta til etablert eller mistenkt sjukdom. Endring av plikter og ansvar her må ein sjå i sammenheng med finansieringsordningane. Dette er meir tenleg regulert i avtalane mellom legeforening, KS og staten.

§ 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser

Vurdering: Det er ei målsetting å ha korte ventetider hos fastlege, men det er likevel nødvendig å kunne prioritere henvendingar slik at ein prioriterer pasientar med trugande symptom raskare enn kontrollar og problemstillingar som ikkje har vondt av å vente. Ein del problemstillingar vil også kunne avklare seg i ei rimeleg ventetid og gjere at det likevel ikkje blir behov for konsultasjon. Eit tilgjengelegheitskrav på 2 dagar for uprioriterte timar vil kunne gjere det umogleg å ha større deltidstillingar som til dømes kommuneoverlege eller sjukeheimslege i tillegg til fastlegestilling. Eit tilgjengelegheitskrav på 5 dagar for uprioriterte timar, vil for dei fleste legar vere umogleg å oppfylle etter lengre fråver som ferie, kurs og liknande. Eit krav om maksimum 2 minutt svartid på telefon vil vere svært vanskeleg å oppfylle i dei mest hektiske tidene på dagen og gi for lite rom for hjelpepersonell til å føre nødvendige samtalar med pasientane.

§ 24 Tilbud om øyeblikkelig hjelp på dagtid

Vurdering: Dette vil vere umogleg å oppfylle med mindre fastlegen er på kontoret dagleg. Dette kravet står i motsetning til plikta til å ta andre deltidsstillingar for kommunen. I gruppepraksisar vil ofte målsettinga bak denne paragrafen bli dekt opp ved at ein annan lege ved kontoret kan ta konsultasjonen, og har tilgang til nødvendige opplysingar i ein felles journal. Denne muligheita har til dømes ikkje legar i solopraksisar. Sjølv om ein må arbeide for ei utvikling bort frå solopraksis og mot gruppepraksis, kan ein ikkje gjere solopraksisar ulovlege over natta.

Kravet til tilgjengelegheit i §§23-24 er ikkje egna til forskriftsregulering. Målsettinga må vere god tilgjengelegheit og korte ventetider. Dette er problemstillingane som egner seg betre for lokale avtalar der ein ser på praktiske muligheiter for gjennomføring – også gjennom samarbeid mellom legar og ikkje ved å gi heile ansvaret til den individuelle fastlegen.

§ 27 Legemiddelforskrivning

§ 28 Sykefraværsoppfølging

Kommentar: Fastlegen bør berre ha ansvar for legemiddelgjennomgang og deltaking i sjukmeldingsoppfølging hos pasientar som fastlegen sjølv behandlar. Pasientar kan gå hos andre legar og hos kiropraktorar, og fastlegen kan ikkje ta ansvaret for oppfølging av deira arbeid.

§ 30 Tolk

Vurdering: Det vil ikkje vere praktisk mogleg for fastlegen å gi individuelt tilpassa skriftleg informasjon på alle språk.

§ 31 Krav til rapportering

Vurdering: Rapportering bør skje gjennom overordna system for uttrekk av relevante standardopplysningar frå pasientjournalane. Det bør vere eit overordna statleg oppgåve å utarbeide og drifte slike system med tilbakemelding til den einskilde lege og utarbeiding av statistiske opplysingar til kommunen.

§32-35 Reglar om individuelle fastlegeavtalar

Vurdering: Avtalar blir i utgangspunktet inngått mellom sjølvstendige partar, og det er ikkje rimeleg å ha innhaldet i desse regulert i lov eller forskrift

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

Vurdering: Manglende oppfølging av krav i inngåtte avtalar, må følgast opp gjennom samtalar. Ved gjentatte bevisste avtalebrot, må oppseiing av avtale kunne vurderast.

Økonomiske sanksjonar som tilbakeholding av per capita tilskot vil berre kunne ramme næringsdrivande fastlegar, og ikkje fast ansatte. Det er ikkje eit godt virkemiddel, og særleg når det kjem i ei forskrift som synes vanskeleg å kunne etterleve med gjeldande ressursrammer.

§ 37 Listelengde

Vurdering: Det er urimeleg at ein framleis reknar normallista på 1500 listeinnbyggjarar 10 år etter at fastlegereformen vart innført, og etter at fastlegane får stadig fleire oppgåver. Skal ein kunne auke oppgavene til fastlegane må også kapasiteten aukast ved at innbyggjarar per fastlege blir redusert. Dette må vere ein del av ei kontinuerleg vurdering av kapasitet og oppgåver gjennom forhandlingar, og ikkje flyttast til forskrift slik det her er lagt opp til. Den fleksibiliteten gjeldande avtalar gir til listereduksjon ved arbeidskrevjande lister og særskilte behov, må oppretthaldast.

190112

Ottar Grimstad

Kommuneoverlege Hareid