



Innherred samkommune

Administrasjonssjefen

Helse og omsorgsdepartementet

Deres ref:

Vår ref: RHA 2011/10395

Dato: 26.03.2012

Høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift - Verdal

Ovennevnte sak var oppe til behandling i formannskapet i Verdal 220312 og særutskrift av saken følger vedlagt.

Med hilsen

Ragnhild Holmberg Aunsmo
Kommunelege

**Verdal kommune**
Sakspapir**Høringsuttalelse til revidert fastlegeforskrift - Verdal**

Saksbehandler: Ragnhild Holmberg Aunsmo E-post: rha@innherred-samkommune.no Tlf.:	Arkivref: 2011/10395 - /G00
--	---------------------------------------

Saksordfører: (Ingen)

Utvalg	Møtedato	Saksnr.
Komité mennesker og livskvalitet	21.03.2012	12/12
Verdal formannskap	22.03.2012	35/12

Rådmannens innstilling:

Kommunen støtter i hovedsak forslaget til ny fastlegeforskrift, men med helt nødvendige endringer anført i saksframstillingen. Forutsetningen for at denne forskriften skal bli et positivt styringsredskap og danne grunnlaget for den lokale dialogen, er at målene er oppnåelige og at staten bidrar med finansiering både av økning i antallet hjemler og av en mer realistisk listelengde som norm.

Kommunen ber departementet (HOD) inngå i drøftinger med KS og fastlegenes organisasjon, for å avklare uenighetspunkter, drøfte mulige alternativer samt framforhandle enighet om vesentlige mål med forskriften. Målsettingen bør være tydeligere linket til kommunenes ansvar for å realisere samhandlingsreformens målsettinger.

Saksprotokoll i Komité mennesker og livskvalitet - 21.03.2012**BEHANDLING:**

Utdelt i møtet:

Brev fra Allmennlegene i Levanger og Verdal kommuner datert 21.02.12.

Ved votering ble rådmannens forslag til innstilling enstemmig vedtatt.

INNSTILLING:

Kommunen støtter i hovedsak forslaget til ny fastlegeforskrift, men med helt nødvendige endringer anført i saksframstillingen. Forutsetningen for at denne forskriften skal bli et positivt styringsredskap og danne grunnlaget for den lokale dialogen, er at målene er oppnåelige og at staten bidrar med finansiering både av økning i antallet hjemler og av en mer realistisk listelengde som norm.

Kommunen ber departementet (HOD) inngå i drøftinger med KS og fastlegenes organisasjon, for å avklare uenighetspunkter, drøfte mulige alternativer samt framforhandle

enighet om vesentlige mål med forskriften. Målsettingen bør være tydeligere linket til kommunenes ansvar for å realisere samhandlingsreformens målsettinger.

Saksprotokoll i Verdal formannskap - 22.03.2012

BEHANDLING:

Utdelt i møtet:

Brev fra Allmennlegene i Levanger og Verdal kommuner datert 21.02.12.

Innstilling fra komite mennesker og livskvalitet.

FRP og Høyre v/Anne Grete Valbekmo fremmet følgende alternativt forslag:

“Vi mener at departementet bør trekke forskriftsforslaget som det nå foreligger, og at de må invitere legeforeningen og KS med i arbeidet med et nytt utkast til forskrift. “

Det ble votert alternativt mellom komiteens innstilling og forslaget fra H/FRP, der komiteens innstilling ble vedtatt med 7 stemmer. 2 stemmer ble avgitt forslaget fra H/FRP.

INNSTILLING:

Kommunen støtter i hovedsak forslaget til ny fastlegeforskrift, men med helt nødvendige endringer anført i saksframstillingen. Forutsetningen for at denne forskriften skal bli et positivt styringsredskap og danne grunnlaget for den lokale dialogen, er at målene er oppnåelige og at staten bidrar med finansiering både av økning i antallet hjemler og av en mer realistisk listelengde som norm.

Kommunen ber departementet (HOD) inngå i drøftinger med KS og fastlegenes organisasjon, for å avklare uenighetspunkter, drøfte mulige alternativer samt framforhandle enighet om vesentlige mål med forskriften. Målsettingen bør være tydeligere linket til kommunenes ansvar for å realisere samhandlingsreformens målsettinger.

Vedlegg:

Ingen

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt):

[Forslag til revidert fastlegeforskrift](#)

Saksopplysninger:

[Høringsbrev](#) ble utsendt fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) 22.12.11, med høringsfrist 22. mars 2012.

Utkastet til revidert fastlegeforskrift innebærer vesentlige endringer og har utløst kraftig debatt.

Denne uttalelsen er utarbeidet ved at KS i Nord-Trøndelag satte ned en liten arbeidsgruppe og laget et utkast som hver kommune tilpasser. I arbeidsgruppa satt 4 personer med bakgrunn i helsearbeid i kommunene; Laila Steinmo (Steinkjer), Unni Røkke (Stjørdal), Turid Krizak (Verdal) og Ragnhild H. Aunsmo (Innherred Samkommune)

I tillegg har fastlegene i Levanger og Verdal kommet med innspill. Fastlegene har understreket betydningen av vesentlige endringer i den grad at de vil si opp sine avtaler dersom forskriften vedtas i sin nåværende form.

Vurdering:

Ny kommunerolle

Kommunene er gjennom ny lovgivning og nylig oppstartet samhandlingsreform gitt et tydeligere ansvar for kvalitet og tilgjengelighet på nødvendige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Dette «sørge for ansvaret» pålegger kommunene blant annet å ha oversikt over tjenestenes kvalitet, hvordan de ulike deltjenestene samarbeider for å skape helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp, og at alle tjenester har fokus på helsefremmende, forebyggende og mestringsorientert praksis.

Det er allmenn enighet om at fastlegenes betydning er meget avgjørende for hvorvidt kommunene kan oppfylle sine forpliktelser etter lovverket, eller ikke. Kommunene har et legitimt behov for at fastlegene integreres tydeligere i rolle og funksjon med den øvrige helse- og omsorgstjenesten.

Forslag til ny fastlegeforskrift er ett av flere tiltak som er ment å underbygge at kommunene kan ivareta sin nye rolle, sitt tydeligere «sørge for ansvar», gi helse- og omsorgstjenester av mer faglig krevende karakter i stedet for sykehusinnleggelser etc.

En større grad av forskriftshjemling av fastlegenes rolle og ansvar, vil være nødvendig for at kommunene skal kunne realisere målsettingene i samhandlingsreformen og fylle den nye kommunerollen.

Fastlegene som del av den totale helsekompetansen

Det er avgjørende for tjenestekvalitet, kommunenes mulighet til å etterleve «sørge for ansvaret», og realiseringen av samhandlingsreformens målsettinger, at kommunen og fastlegene sammen med den øvrige helsekompetansen i kommunen, drøfter seg gjennom og oppnår enighet om hvordan:

- En samlet kan styrke arbeidet overfor utsatte grupper i samfunnet, innenfor psykiatri, rus, geriatri, rehabilitering etc.
- Hvordan fastlegene kan bidra til økt fokus på helsefremming, forebygging og mestring.
- Hvordan kommunen, eventuelt i samarbeid med andre kommuner, kan bygge opp kompetanse og tjenester for å redusere innskriving i sykehus, gi et døgnbasert øyeblikkelig hjelp tilbud, hvordan legehjemlene kan fungere samlet som helhet, blant annet i forbindelse med legevakt, etc.

- Legene kan bidra til kunnskap om helsetilstanden i befolkningen, bidra i planlegging av virksomme tiltak for å møte utfordringene innenfor en bærekraftig ramme og innenfor gjeldende lovverk.

Sjøl om fastlegenes rolle og oppgaver nå i større grad hjemles i forskrift, vil kommunene påpeke behovet for å utvikle gode dialoger og formelle samarbeidsforum lokalt, som arena for lokale forhandlinger, drøftelser av utviklingstiltak, drøfting av kvalitetsmål og prioriteringer. Alt dette med utgangspunkt i den rammen som forskriften gir.

Forslaget til ny forskrift inneholder mange gode intensjoner. De fleste vil nok være enige i at

- økt tilgjengelighet for pasienter
- økt tilgjengelighet for kommunen
- økt tilgjengelighet for øvrige samarbeidspartnere
- økt fokus på forebyggende helsearbeid
- bedre kvalitetskontroll

vil være ønskelig i den videre utvikling av fastlegeordningen.

Hvis en imidlertid ser dette på bakgrunn av at de økonomiske rammer og antall pasienter på fastlegens liste vil være uendret, så fortøner disse gode intensjoner seg som ikke gjennomførbare. Dette fordi fastlegene i utgangspunktet har en effektiv tjenesteproduksjon innen de eksisterende rammer. Prioritering av enkelte områder vil gå på bekostning av andre. Kort sagt, krav om ”mer av alt” innen de samme rammer, er urimelig.

Kommentarer til enkeltelementer i forslag til ny fastlegeforskrift

1. Ved å pålegge fastlegene nye oppgaver og en mer samhandlende rolle i en helhetlig helse- og omsorgstjeneste, vil resultatet bli behov for flere fastlegehjemler i kommunene. Dette forutsetter statlig finansielt bidrag til kommunene.
2. Det er ikke realisme i å opprettholde listelengde på 1500 innbyggere per hjemmel, samtidig som vesentlige nye oppgaver og funksjoner tillegges fastlegene. Denne utfordringen berører økonomi, arbeidsforhold og eventuelt fare for nedprioritering av oppgaver som kommunen definerer som viktig at fastlegene går inn i. Det vil ikke være praktisk mulig å holde god kvalitet i pasientbehandlingen når listestørrelsen kan være opptil 1500 pasienter og listeansvaret så stort som ny forskrift tilsier. Stortingsmelding nr. 47 signaliserte pasientlister på 1000 innbyggere pr. lege. Dette er ikke fulgt opp i forskriften.

Kommentarer til enkeltparagrafer i forslag til ny fastlegeforskrift

3. § 7: *Kommunens ansvar for kvalitet i allmennlegetjenesten*
Legen må selv stå ansvarlig for forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesteutøvelsen i sin legepraksis. Kommunens ansvar bør være å se til at legen har på plass et internkontrollsystem.
4. § 8: *Kommunens ansvar for å tilrettelegge for samarbeid*
Her bør videreføring av lokale samarbeidsutvalg nedfelles

Kommunene må gis økonomiske virkemidler til å rekruttere flere leger til allmennmedisin. Leger som starter ny praksis, med ingen pasienter på listen, trenger økonomisk tilskudd fra kommunen til de har minst 500 innbyggere på listen. Uten økonomiske virkemidler, vil det være vanskelig å rekrutterer yngre leger til kommunene.

5. § 10: *Fastlegens listeansvar.*

Slik ny forskrift foreslår, kan det se ut som om legen er koordinator for pasientene. Det anbefales at det presiseres bedre at legen må være medisinskfaglig koordinator for listepasientene sine. Høringsnotatet side 43 sier noe annet enn den konklusjonen som kommer under. Helseattester skal skrives ut når det er et klart behov. Ikke nødvendigvis på enhver forespørsel.

6. § 12: *Fastlegens deltakelse i annet allmennlegearbeid i kommunen*

Kommunene ønsker at de innenfor de 7.5 timene kan pålegge legene ansvar som flyktningeleger, lege som utvikler spesialkompetanse på asylsøkere, pasienter med rus og psykisk utviklingshemmede, og at dette medtas i forskriften under kommunens mulighet for tilpliktning. Begrunnelse for dette er at disse pasientene trenger bedre oppfølging.

7. § 15 *Samarbeid med kommunen*

Forskriften foreslår « Legen plikter å delta i nødvendige møter med kommunen». Her ønsker vi en presisering til «årlig møte» for å drøfte den enkelte leges virksomhet.

8. § 16 *Rett til å anmode kommunen om å flytte person fra listen*

I overskriften står det at legen har rett til å anmode kommunen – i teksten under er rett byttet ut med «kan anmode» Det er ønskelig at legene gis en rett her.

9. § 17 *Krav til kvalitet.*

Det er behov for en setning som harmoniserer fastlegens ansvar til å ha internkontrollsystem med kommunens krav til å kontrollere om legen har internkontrollsystem. Se § 7. Det bør stå at fastlegen har ansvar for å ha internkontrollsystem i sin legepraksis. Viktig informasjon bør gis til pasientene når det er hensiktsmessig ut fra legens skjønn.

10. § 18 *Brukermedvirkning*

Det kan synes mest hensiktsmessig at det er kommunen som etablerer system for innhenting av bruker- og pårørende erfaringer om fastlegevirksomheten som en del av den kommunale tjenesteytingen

11. § 19 *Oversikt over listeinnbyggerne*

«Fastlegen skal ha et system for å identifisere innbygger på listen som;

a) *Benytter seg av tjenestetilbudet i vesentlig mindre grad enn personens medisinske behov tilser.*

b) *Har flere kroniske lidelser der tett og koordinert oppfølging er nødvendig*

- c) *På fast eller langvarig basis er forhindret fra å kunne få dekke sine behov for legetjenester gjennom oppmøte i fastlegekontorets lokaler eller*
- d) *Har særlig risiko for legemiddelrelaterte problemer»*

Det stilles spørsmål om det er mulig å få frem et slikt system av informasjon, spesielt informasjon i forhold til punkt a. Om et slikt system hadde vært tilgjengelig ville det uansett vært svært ressurskrevende. Man kan også stille spørsmål ved nytten av slikt arbeid. Fastlegen kan ikke stilles hovedansvarlig for folks helse da et bærekraftig helsevesen også avhenger av at den enkelte pasient tillegges ansvar for egen helse.

12. § 20 *Oppsøkende virksomhet*

Her står det at lege skal tilby konsultasjon og hjemmebesøk for de som ikke selv søker hjelp. Legen bør kunne vurdere om de skal tilbys konsultasjon **eller** hjemmebesøk. Man vil her vise til kommentaren under § 19. For øvrig har § 20 har en ordlyd som åpner for at fastlegen skal ha oppfølgingsansvar for alle tilfeller hvor sykdom kan mistenkes, også der spesialisthelsetjenesten har foretatt undersøkelsene.

13. § 21 *Medisinskfaglig koordinering og samarbeid*

Denne paragrafen gjentar § 10. Det kan stilles spørsmål om §§ 10 og 21 bør være samordnet. Lege bør ikke være koordinator for ansvarsgrupper, da det vil være svært arbeidskrevende over lang tid og ta uforholdsmessig mye legeressurs. Som overskriften sier, må fokuset være at fastlegen må være medisinskfaglig koordinator. Overskrift og innhold må harmoniseres.

Man finner at det å tillegge fastlegen en rolle som obligatorisk koordinator faktisk kan være til hinder for et smidig pasientforløp og utgjøre en unødig byråkratisering. Kommunale instanser må kunne samhandle med hverandre samt overfor spesialisthelsetjenesten uten at alle saker nødvendigvis skal innom fastlegen for vurdering og beslutning. Fastlegen bør imidlertid holdes informert og inkluderes i prosessene der dette synes formålstjenlig.

14. § 23 *Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser*

Paragrafen bør skrives om eller tas ut. Tilgjengelighet og pasientfornøydhet bør være ett av temaene som tas opp på den årlige individuelle samtalen mellom kommunen og fastlegen.

Det er urimelig å sette krav i forskrift om at 80 % av telefonhenvendelsene skal besvares innen 2 minutt. Det er strengere responstid enn 113 og 112 sentralene har. Og det gir ingen kvalitativ nytte for pasienter som ringer hvis de får svar om at de ikke kan få hjelp i dag. Og hvordan kan kommunene kontrollere og kvalitetssikre oppfyllelse av kravene?

Krav om timebestilling på SMS og e-post synes OK. Men det må presiseres at det systemet ikke må brukes når pasienter har behov for øyeblikkelig hjelp.

Generelt krav om time innen 2 eller 5 dager synes uhensiktsmessig. Det er viktig å kunne prioritere de som trenger time raskt. Det vil kunne medføre at uprioriterte behov må finne seg i å vente lenger.

Tilbud om konsultasjon må vurderes i forhold til pasientens problemstilling. Ønsker du time fordi førerkortet ditt går ut i mai og du ringer i februar, så trenger du ikke time innen 2 eller 5 dager. Et slikt system vil prioritere de friske fremfor de sykeste, og det er ikke intensjonen med Samhandlingsreformen, og heller ikke kommunens ønske i forhold til prioritering og oppfølging av pasienter.

Kravet til fastlegen bør være at han/hun får ansvar for å organisere en forsvarlig tilgjengelighet på telefon og en konsultasjonspraksis som er medisinskfaglig forsvarlig og som ivaretar de sykeste pasientene først.

15. § 25 Hjemmebesøk

Denne paragrafen er svært uhensiktsmessig utformet. I prinsippet er det slik at fastlegen yter beste tjenester innen utredning og behandling på sitt kontor. Utfordringen vil da være hva som er hensiktsmessig transport til kontoret. I en del tilfeller vil det pga medisinske eller sosiale forhold være mer hensiktsmessig med hjemmebesøk. Det må da være fastlegens vurdering av behov som legges til grunn, og ikke pasientens ønske. En vil spesielt peke på fastlegens rolle i forhold til pasienter i omsorgsbolig. Dette kan være en prioritert gruppe for besøk, da et besøk også gjerne vil medføre en vurdering sammen med omsorgspersonell. Under punkt a anbefales det at det står «som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke er i *stand til*» og «ikke er forhindret».

16. § 26 Henvisningspraksis

Dette punktet foreslås strøket. Punktet trenger ikke forskriftsfestes. Faglige veiledere er utarbeidet og er grunnlag nok.

17. § 27 Legemiddelforskrivning

I en del tilfeller overtar spesialisthelsetjenesten pasientbehandlingsansvaret for kronisk syke pasienter. Da bør ansvaret for legemiddelgjennomgang ligge til spesialisten, som så rapporterer fortløpende til fastlegen.

18. § 28 Sykefraværsoppfølging

Der fastlege er sykmelder, bør han/hun ha dette ansvaret, men ikke der fysioterapeut eller spesialist er sykmelder.

19. § 29 Elektronisk pasientjournal m.m

Forskriftenes riktige påpekning av plikt til elektronisk registrering og kommunikasjon, medfører nødvendighet av at tjenestene for øvrig i kommunen og

samarbeidende instanser innfører elektronisk kommunikasjonskanaler. Dette burde være styrt samla fra statens hånd, og fullfinansiert fra staten.

20. §30 Tolk

Denne paragrafen vil påføre kommunen ekstra utgifter til utarbeidelse av informasjonsmateriell på mange ulike språk. Dette bør være et statlig ansvar å utarbeide.

21. § 31. Krav til rapportering

Oppfølging av definerte nasjonale funksjons- og kvalitetskrav vil kreve økt administrativ innsats fra kommunens side. Dette er både et kompetanse- og ressurspørsmål. Økning i oppgavemengden må finansieres.

22. § 32 Fastlegeavtale

«Kommunen skal inngå en individuell avtale med alle leger som skal delta i fastlegeordningen. Dette gjelder også om fastlegen arbeider i gruppepraksis eller er en del av en felles liste»

Første avsnitt er ok. Avtalen skal regulere samarbeidet mellom kommunen og legen på system og individnivå. Forskriftsfesting av avtalens innhold kan fortsatt stå i rammeavtalene mellom KS og Den norske legeforening.

23. § 36 Sanksjoner ved manglende oppfyllelse av individuell avtale, rammeavtale eller regelverk.

Fastlegen er gitt mulighet til å påklage kommunens avgjørelse om sanksjoner til Fylkesmannen. Kommunen er imidlertid ikke gitt samme rettighet til noe organ de kan rådføre seg med i sanksjonssaker. I tilfeller der fastlegen ikke oppfyller kommunens forventinger etter avtalene, så må kommunene ha et nasjonalt organ som rådgir og treffer avgjørelser i en evt. uoverensstemmelse.

24. Andre kommentarer

De nye oppgavene til kommunene, mer oppfølging, rapportering, analyse av styringsdata, dialog og samhandling etc., vil underbygge behovet for mer interkommunale forpliktende samarbeidsløsninger.

Legene og kommunene må se sitt samfunnsansvar, og sitt delansvar for at kommunen oppfyller sin nye kommunerolle, så de samspiller konstruktivt og profesjonelt med helse- og omsorgstjenesten for øvrig, og at legene (på tross av at de er privat næringsdrivende) er villige til å delta aktivt for å utvikle kvalitet og et framtidssretta perspektiv i sitt møte med innbyggeren, som i alt bygger opp under intensjonen med samhandlingsreformen.

Oppsummert

Kommunen støtter i hovedsak forslaget til ny fastlegeforskrift, men med helt nødvendige endringer anført i saksframstillingen. Forutsetningen for at denne forskriften skal bli et positivt styringsredskap og danne grunnlaget for den lokale dialogen, er at målene er oppnåelige og at staten bidrar med finansiering både av økning i antallet hjemler og av en mer realistisk listelengde som norm.

Kommunen ber departementet (HOD) inngå i drøftinger med KS og fastlegenes organisasjon, for å avklare uenighetspunkter, drøfte mulige alternativer samt framforhandle enighet om vesentlige mål med forskriften. Målsettingen bør være tydeligere linket til kommunenes ansvar for å realisere samhandlingsreformens målsettinger.