



1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

10.4.2. Forsøk med nye organisasjoner

Legeforeningen har forståelse for at utvalget ønsker forsøk med nye organisatoriske løsninger for å vinne kunnskap som igjen kan brukes til å forbedre tjenestene. Vi har imidlertid noen kritiske synspunkter rundt mulige uheldige virkninger av slike forsøk. Legeforeningen vil presisere at ansvaret for tjenesten må bli liggende på det opprinnelige forvaltningsnivået slik at det ikke oppstår uklarheter om ansvaret. Erfaringer fra Oslo kommune som har utøvd myndighet i forhold til både første- og andrelinjetjenester har ikke vært særlig gode.

10.4.3. Lokal forankring av spesialisthelsetjenesten

Siden foretaksstrukturen nå i mindre grad følger fylkesgrensene, har ikke kommunene lenger noen felles organ som er geografisk parallelt med foretakene. Legeforeningen ser at dette er uheldig da helseforetakene settes i en maktposisjon. En landsdekkende avtale med Kommunenes Sentralforbund og Helse- og omsorgsdepartementet kan være en egnet modell for å øke kommunenes innflytelse.

10.4.4. Generelt om økonomiske virkemidler

Legeforeningen forstår utvalgets bekymring for at ytterligere stykkprisfinansiering kan medføre at ukompliserte, prosedyreorienterte helsetjenester utføres i større grad enn samhandlingskrevende og kompliserte tjenester. Det er et stort fokus på produksjon og reduksjon av ventelister i foretakene. Tidkrevende, og tilsynelatende lite lønnsom, samhandling med andre aktører blir derfor ikke prioritert. Foretakene har ikke nødvendige økonomiske insentiver gjennom eksempelvis takster for tverrfaglig-/tverretattlig samarbeide. Utredningstakstene for pasienter med sammensatte og omfattende behov er for lave og det er for strenge krav til når disse kan benyttes. Dette må korrigeres i den varslede justeringen av finansierungsordningene.

Legeforeningen ser at ambulante team kan være et godt verktøy for å fremme gjensidig veiledning. Ambulante team som kan komme til fastlegekontoret, pasientenes hjem eller sykehjem sammen med fastlegen, kan være en støtte for fastlegen/sykehjemlegen i arbeidet med kompliserte og faglig utfordrende pasienter.

10.4.5 Forslag til endring i takst- og refusjonssystemet

Legeforeningen støtter forslagene om å gjennomgå takstsystemet med sikte på å fjerne insentiver for oppstyking av behandling, vurdering av finansieringen av veiledning og ambulant virksomhet, samt ordninger som sikrer kostnadsnøytralitet for dyr medikamentell behandling uavhengig om pasienten er på sykehus, sykehjem eller åpen omsorg. Medikamentutgifter har blant annet vist seg å være en reell hindring for å etablere et tilfredsstillende palliativt sykehjemstilbud for kreftpasienter. Behovet for å fjerne insentiver for oppstyking av tjenestetilbudet gjelder også allmennlegetjenesten.

Både fastleger og privatpraktiserende spesialister har i normaltariffen insentiver som stimulerer til samhandling. Det har ikke helseforetakene. Dagens takstsystem har videre klare begrensninger i forhold til tverrfaglige ambulante team.

Legeforeningen merker seg utvalgets vurdering at interkommunale legevaksordninger gir resultater for pasienten i form av god kvalitet og god tilgjengelighet til tjenestene. Samtidig bidrar ordningen til å redusere vaktbelastningen for leger som letter rekrutteringen til små

kommuner og utkantstrøk. Legeforeningen slutter seg til utvalgets anbefaling av en ordning som gjør det økonomisk interessant for kommunene å etablere interkommunale legevakter.

10.4.6. Et øremerket tilskudd til samhandling

Legeforeningen støtter forslaget om egen finansiering av initiering og videreutvikling av eksisterende samhandlingstiltak. Øremerkede tilskudd til kommuner og foretak der det stilles krav til samarbeide, utarbeidelse av planer mv., kan fjerne noen av hindrene for god og nyttig samhandling. Disse midlene bør også kunne brukes til samhandlingsprosjekter mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten hvor for eksempel prosedyrearbeide og prioriteringsdiskusjoner innenfor foretaksområdet tas opp. Midlene bør også kunne brukes til samhandlingsprosjekter innenfor kommunen som for eksempel mellom allmennlegetjenesten og hjemmetjenestene, og til samhandling mellom kommuner.

Legeforeningen støtter utvalgets beskrivelser av årsakene til at presset i kommunehelsetjenesten øker. Den private omsorgskapasiteten i pasientens private nettverk har avtatt. Flere pasientgrupper får nå behandling og oppfølging på kommunalt nivå. Fastlegene har overtatt en stor del av pasientoppgavene som tidligere ble utført av spesialisthelsetjenesten. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene har fått større oppgaver enn tidligere, blant annet pasienter som bruker respirator, avansert smertebehandling og i omsorgen for psykisk syke. Økningen i antall eldre har medført økt behov for omsorgstjenester. Det har også vært en kraftig økning i tilbudene til yngre funksjonshemmede og psykiatriske pasienter. Utvidete pasientrettigheter har ført til at flere har krav på behandling og tjenester i kommunene.

2. Forslag knyttet til pasientperspektivet

10.2.1. Brukermedvirkning.

Legeforeningen støtter forslaget om at det innføres likelydende bestemmelser om brukermedvirkning i kommunehelsetjenesteloven som i foretaksloven. Lovreguleringen må innholde krav om at kommunehelsetjenesten skal sørge for at virksomheter som yter helsetjenester etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. Vi etterlyser konkrete forslag til hvordan man skal sikre reell brukermedvirkning innen alle typer helsetjenestetilbud.

10.2.2. Individuell plan.

Individuell plan er et lite benyttet verktøy i etablering og utøvelse av tiltak omkring brukere med omfattende og sammensatt behov. Styrket informasjonsarbeid er nødvendig for å øke etterlevelsen av ordningen, men vi etterlyser konkrete forslag i utredningen om hvordan dette skal gjennomføres.

Ansvar for individuell plan ikke har vært entydig forankret og dette antas å være en av hovedårsakene til den manglende etterlevelsen. Siden kommunene har best kunnskap og oversikt over lokale tjenestetilbud som tjenestemottakerne som bor i kommunen har behov for, finner vi forslaget om å forankre ansvaret i kommunen hensiktsmessig. Vi etterlyser forslag til hvilke tjenestegrupper og tjenestenivå i kommunen dette ansvaret skal forankres hos og utredning av konsekvensene av manglende oppfyllelse av dette ansvaret.

Legeforeningen ser nødvendigheten av å forplikte alle tjenesteyterne for å oppnå etterlevelse av ordningen med individuell plan. Vi er allikevel i tvil om det er hensiktsmessig med en slik bestemmelse i helsepersonelloven. Oppfyllelsen av individuell plan vil også være avhengig av at denne typen planarbeide ledelsesforankres, at den enkelte tjenesteutøver sikres rammebetingelser for å kunne delta og at individuell plan inngår i samarbeidsavtalene.

10.2.3. Pasientansvarlig lege

Legeforeningen ønsker at alle pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten skal ha en pasientansvarlig lege. Manglende etterlevelse av lovbestemmelsen om pasientansvarlig lege er problematisk fordi dette undergraver lovregulering som styringsredskap. Vi mener det er viktig og praktisk for alle parter at en lege er koordinator for pasienten på sykehuset, enten problemet/problemene er få og små eller mange og store. De praktiske utfordringene må møtes gjennom å klarlegge hvilken rolle pasientansvarlig lege har i forhold til behandlingsansvarlig lege, og legge til rette for ordningen i ordinære rutiner, vaktplaner, mv. Ordningen bør ikke innskrenkes på grunn av praktiske problemer knyttet til etterlevelsen av lovbestemmelsen. Videre må ordningen med pasientansvarlig lege på sykehus forankres i ledelsen. Fastlegen vil ofte møte problemstillinger etter utskrivelse fra sykehus, hvor hun vil ha behov for å kontakte pasientansvarlig lege – noe som ofte ikke vil kunne overskues på det tidspunkt sykehuset eventuelt skal vurdere om den enkelte pasient skal få en slik kontakt.

10.2.4. Pasientopplæring og informasjon

Legeforeningen støtter forslaget om at styrking av pasienters rett til opplæring med sikte på bedre mestring bør forankres i pasientrettighetsloven. Lærings- og mestringssentrene kan spille en viktig rolle i opplæringstilbudet til pasienter med kronisk sykdom/funksjonshemming, og det er viktig å nå grupper som ikke selv aktivt søker informasjon. Dette fritar imidlertid ikke helsetjenesteutøverne i å bidra med pasientopplæring og informasjon. Vi etterlyser forslag til hvordan man kan nå og utdanne slike pasientgrupper i alle nivå av helsetjenesten og hvordan man kan bruke fastleger og deres medarbeidere mer aktivt i lærings- og mestringsarbeide. Det er i dag egne poliklinikkstakster for opplæring av for eksempel diabetespasienter. Ordningen bør utvides til å gjelde andre pasientgrupper også. Det må også legges til rette for at kronikere kan få opplæring på fastlegekontorene. De fleste kronisk syke ivaretas av fastlegene, særlig i tidlige faser av sykdomsutviklingen. Det er da det er viktigst å komme i gang med opplæringstiltak som har til hensikt å bremse utviklingen av sykdom.

10.2.5. Pasientombud og tilsyn med helsetjenesten

Legeforeningen støtter forslagene om å utvide dagens ordning med pasientombud til å omfatte tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og tjenester etter sosialtjenesteloven. Legeforeningen støtter utvalgets vurdering av at samhandlingsproblemer i helsetjenesten tilsier en samlet organisering av tilsyn med helsetjenesten. Svikt skjer ofte i overgangene mellom tjenestenivåene. Vi viser til Legeforeningens høringssvar til NOU 2004:17 (Aasland-utvalget) når det gjelder behovet for et faglig sterkt og nivåovergripende tilsyn av helsetjenester.

3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøverne

10.3.1 Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunen

Legeforeningen er enig i at det er nødvendig å styrke legetjenestens rolle i forhold til samhandlingsutfordringene og at offentlig legearbeid bør prioriteres både nasjonalt og kommunalt. Vi etterlyser en vurdering av hvilke konsekvenser forslaget vil ha med hensyn på tilgjengelighet for pasientene på fastlegens liste.

Legeforeningen mener at fastleger ikke skal kunne tilpliktes samfunnsmedisinsk arbeid. Vi har overført fremført faglige argumenter for dette. Dersom fastleger på frivillig basis, som det er åpnet for i dagens avtaler, skal ta samfunnsmedisinske arbeid må de ha kompetanse til å utføre dette arbeidet på en forsvarlig måte. Eksempelvis må det tilbys utdanningsmoduler som er tilpasset det kompetansebehovet som kreves.

Legeforeningen har forståelse for at det kan være hensiktsmessig med større stillingsenheter i visse deler at kommunens offentlige legearbeid og at dette kan bidra til kvalitetsforbedring av tjenesten ved for eksempel sykehjem. Imidlertid tror vi at verdien av å arbeide i legeteam og mulighetene for å dekke opp for hverandre i ferier o.l. er for lite vektlagt når en betrakter større stillinger som løsningen på å få dekket legebehovet.

Avtaleverket kan etter vår mening ikke endres med den hensikt å gjøre det lettere for kommunen å skreddersy fastlegehjemlene for kommunens behov uten å ta hensyn til hva dette kan bety for legens tilgjengelighet for sine pasienter, samhandling med andre aktører i første- og annen linje knyttet til de samme pasientene og fastlegens arbeidssituasjon. I tillegg vil en slik utvikling legge ytterligere begrensninger på pasientenes frie valg av lege. Ved innføring av fastlegeordningen var det et mål å gjør de offentlige allmenntilleggsoppgavene til en naturlig og obligatorisk del av fagkretsen for *alle* allmenntilleggsleger. Legeforeningen er også bekymret for disse offentlige oppgavene ikke lenger vil bli oppfattet på den måten om slike oppgaver ikke lenger skal være noe alle allmenntilleggsleger skal ta del i. Legeforeningen støtter ikke forslaget om at kommunen skal kunne sette tak på hjemlene for utvalgte legegrupper. Alle fastleger må ha samme rammer for utøvelsen av sitt fag.

Utvalget har fokusert på kravet om at fastlegen skal yte legehjelp til alle personer på lista (også de med store og sammensatte behov) og kravet om å yte øyeblikkelig hjelp. Legeforeningen mener dette er et krav som allerede er tilstede i dag. I den grad det kan dokumenteres at fastlegen ikke oppfyller disse kravene, bør kommunen ta dette opp med legen. Vi mener at det ikke er behov for eller hensiktsmessig å ha dette med i fastlegeforskriften.

Videre argumenteres for at en endring i utformingen av listetilskuddet slik at antall personer over 80 år gir større økonomisk uttelling vil kunne redusere effekten av å ha lange lister. Diskusjonen om vekting av pasienter på fastlegens liste har eksistert siden forsøksordningen startet i 1993. Vi vil hevde at slik vekting innebærer kompliserte vurderinger og lett gir utilsiktede vridninger, samt stigmatisering av enkelte pasientgrupper. Mange eldre er ved god helse. Det vises til det som er anført over. Legeforeningen mener det ikke kan vises til erfaringen som tilsier at man skal endre konklusjon på dette området i forhold til det som ble lagt til grunn for innføring av fastlegeordningen.

Legeforeningen er enig i at pasienter med store og sammensatte behov må ivaretas bedre i forhandlingene om innretningen av takstsystemet. Dersom basistilskuddet skal økes ytterligere på bekostning av takstene vil det bli stadig mindre å fordele på takster for samarbeide og ivaretagelse av grupper med spesielle behov. Økning av egenandelene vil ha samme virkning, dersom egenandelsøkningene ikke legges nettopp på samarbeide og grupper med spesielle behov, noe vi antar ingen ønsker.

Legeforeningen vil peke på at selv om det foreligger takster for tverrfaglig arbeide mangler takster for legenes bidrag til utarbeiding av individuell plan. Dersom allmenntilleggsleger i større grad skal delta i utarbeiding av medisinske opplysninger og vurderinger i individuell plan, må dette rettes opp.

Når det gjelder privatpraktiserende spesialister med driftsavtale, er det i dag i avtaleverket muligheter for å pålegge offentlige oppgaver. Eksempelvis innebærer 100 % driftstilskudd muligheter for å pålegge inntil 8 timer offentlig arbeid per uke. Inntrykket er at RHFene i dag i liten grad benytter seg av denne muligheten. Plikten kan tas ut i samhandling med primærhelsetjenesten og den øvrige spesialisthelsetjeneste der det er hensiktsmessig.

10.3.3. Krav til formaliserte avtaler mellom foretak og kommuner

Legeforeningen støtter forslaget og peker på viktigheten av at slike avtaler ledelsesforankres og at kommunen og helseforetaket er likeverdige avtaleparter.

10.3.5. En adresse for samhandling i kommunene og foretakene

Legeforeningen stiller spørsmålet om hensiktsmessigheten av dette forslaget og etterlyser klarere forslag om hvordan dette skal kunne organiseres. Fastlegene er adressert i medisinske spørsmål. Dette er per i dag ikke godt nok innarbeidet i alle ledd av helsetjenesten, noe som er nødvendig for å ta ut potensialet i ordningen.

10.3.8. Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring

Legeforeningen vil understreke viktigheten at forskning rettet mot samhandlingskrevende pasienter omfatter hele behandlingsnettverket og at forskerne rekrutteres både fra første- og andrelinjetjenesten, samt helsetjenesteforskningsmiljøene. Vi vil foreslå at det opprettes en database over gode samhandlingsprosjekter.

Allmennleger kan i dag hospitere i andrelinjetjenesten som ledd i videre- og etterutdanning. Forslaget om gjensidig hospitering innebærer også at helsepersonell fra andrelinje hospiterer i førstelinje. Legeforeningen ser at dette kan være et verktøy for kompetanseoverføring og bidra til gjensidig respekt for hverandres oppgaver, rammebetingelser og roller.

Habilitering/rehabilitering og psykiatri er felt hvor samhandling er svært viktig. Disse feltene lider under vansker med rekruttering, spesielt av leger og psykologer. Det er nødvendig med tiltak som kan øke utdanningskapasiteten og bedre rekrutteringen. Knappe personellressurser kan være utfordrene i forhold til at spesialister skal delta i ambulant virksomhet. Hvis dette betyr mer reisetid, organisering, mv., så kan dette stjele verdifull spesialistkapasitet.

Legeforeningen mener praksiskonsulentordning må innføres ved alle kliniske sykehusavdelinger hvor den er egnet.

10.3.9. Veiledningsplikten

Legeforeningen støtter forslaget om at plikten til veiledning legges til institusjonene. Ulike grenser mellom kommuner, fylker og foretak medfører imidlertid utfordringer for å få til gjensidig veiledning. Vi etterlyser forslag til hvordan dette skal kunne gjennomføres på en hensiktsmessig måte.

Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten legger ikke til rette for å drive veiledning. Ordningene er knyttet til innlagte eller innskrevne pasienter, veiledning overfor kommunehelsetjenesten finansieres ikke særskilt. Det bør, som utvalget påpeker, ikke tas vederlag for denne aktiviteten. For at denne oppgaven skal prioriteres, kan det imidlertid innføres DRG-takster eller liknende for slik virksomhet.