

Møtedato: 29. mars 2012
Arkivnr.: 2011/380-4/008

Saksbeh/tlf: Karin Paulke, 75 51 29 36

Dato: 16.3.2012

**Styresak 27-2012 Revidert fastlegeforskrift – høringsuttalelse,
jf. styresak 16-2012**

Saken ble behandlet elektronisk i etterkant av styremøte, den 5. mars 2012.

Styrets vedtak – til protokollføring:

Styret vedtar vedlagte høringsuttalelse om forslag til revidert fastlegeforskrift.

Bodø, den 16. mars 2012

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg: Revidert fastlegeforskrift – høringsuttalelse Helse Nord RHF
Vedlegget ettersendes.

Møtedato: 29. mars 2012
Arkivnr.: 2011/380-4/008

Saksbeh/tlf: Karin Paulke, 75 51 29 36

Dato: 29.3.2012

Styresak 27-2012 Revidert fastlegeforskrift – høringsuttalelse, jf. styresak 16-2012, endelig vedtak

Saken ble behandlet elektronisk i etterkant av styremøte, den 5. mars 2012.

Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *kursiv*):

Styret vedtar vedlagte høringsuttalelse om forslag til revidert fastlegeforskrift.

**Styremedlemmer Sissel Alterskjær, Kari B. Sandnes, Fredrik Sund og Ann-Mari
Jensen fremmet følgende forslag til innledende punkt 1 i vedtaket:**

tekst

**Styremedlemmer Sissel Alterskjær, Kari B. Sandnes, Fredrik Sund og Ann-Mari
Jensen fremmet følgende forslag til punkt XX i vedtaket:**

tekst

Styreleder Bjørn Kaldhol fremmet følgende forslag til nytt punkt XX i vedtaket:

tekst

Enstemmig vedtatt.

Forslaget falt mot tre stemmer.

Forslaget ble vedtatt mot én stemme.

Vedtatt mot tre stemmer.

Styrets vedtak:

tekst

Protokolltilførsel til styresak 27-2012 – stemmeforklaring:

tekst

Sissel Alterskjær /s/ Kari B. Sandnes /s/ Fredrik Sund /s/ Ann-Mari Jenssen /s/

Høringsuttalelse fra Helse Nord RHF

Revidert forskrift for fastlegene i kommunene

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i desember 2011 utkast til revidert forskrift for fastleger i kommuner på høring, med frist 22. mars 2012.

Forslaget om å revidere denne forskriften inngår som del av departementets oppfølging av de endringene i oppgaveportefølje som følger av nye lover knyttet til samhandlingsreformen. Fastlegeordningen i sin nåværende form er ca 10 år gammel, og forslaget om å revidere forskriften er også uttrykk for et generelt behov for å justere innholdet i ordningen, basert på de erfaringer som er gjort.

I høringsbrevet understreker departementet fastlegenes viktige rolle for å nå målene i samhandlingsreformen. Disse målene forutsettes realisert, både gjennom godt samarbeid med fastlegene og bedre virkemidler for styring av fastlegenes virksomhet. For å oppnå slik styring, foreslår departementet å forskriftsfeste langt flere krav til fastlegenes virksomhet.

Generell vurdering av målsettinger og styringsformer

Helse Nord RHF ser klart behovet for å justere og oppdatere fastlegeforskriften og sier seg i hovedsak enig i de målsettinger som ligger til grunn for forslaget som er sendt på høring.. God tilgjengelighet til fastleger er viktig for befolkningens helse og trygghet. Dessuten er fastlegen en viktig koordinator og samarbeidspart for pasientrettede og andre helserelaterte tjenester som involverer øvrige ledd i helsetjenesten og andre samfunnssetater.

Helse Nord RHF vil i den forbindelse peke på at den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester gir kommunene et entydig sørge-for-ansvar for definerte helse- og sosialtjenester, inkludert legetjenesten i kommunene. Dette nye sørge-for-ansvaret gir kommunene en bedre plattform for utøvelse av sin styrings- og ansvarsfunksjon overfor fastlegene.

Slik Helse Nord RHF vurderer det, gis kommunene nå bedre forutsetninger for å utnytte det styringspotensial som ligger i en mer aktiv bruk av de avtalene som inngås med fastlegene. En forutsetning for å ta ut dette potensialet er imidlertid at kommunene styrker sin fagadministrative sektorkompetanse, slik at det blir mulig å føre en kvalifisert og lokalt forankret innholdsdiallog med fastlegene, både om oppgaver og innbyrdes prioriteringer; kort sagt styrke sin bestillingskompetanse.

I denne forbindelse savnes også en beskrivelse av kommuneoverlegens rolle, og hvordan kommunen mer aktivt kunne mobilisere og utnytte kommuneoverlegens kompetanse og kapasitet for styringsformål. Denne rollen er i dag hovedsakelig avgrenset til utførelse, ledelse og koordinering av offentlig legearbeid (samfunnsmedisin m. m.).

Helse Nord RHF vurderer det som en mangel ved nåværende system at kommuneoverlegen ikke har noen rolle, ikke en gang overfor fastlegenes kliniske arbeid. At noen gis overordnet ansvar for etterlevelse av faglige standarder og harmonisering av klinisk praksis, ville styrke den lokale kvalitetssikring av fastlegenes arbeid. I den grad en slik klinisk samordningsfunksjon krever lovendring, vil Helse Nord RHF foreslå at Helse- og omsorgsdepartementet utreder dette spørsmålet.

Helse Nord RHF erkjenner at det i de minste kommunene kan være krevende å styrke styrings- og bestillingskompetansen vis a vis fastlegene, og at kommuneoverleger i kombinerte stillinger (= også fastleger) kan få styringsmessige nærhets- og habilitetsutfordringer vis a vis fastlegekolleger. Der geografiske forhold ligger til rette for det, vil derfor interkommunalt samarbeid om fastlegeorganisering kunne ha både styringsmessige og faglige fordeler.

Helse Nord RHF har generelt ingen innvendinger mot forskriftsfesting som virkemiddel for styring av fastlegene.. Det er mengden av krav som foreslås forskriftsfestet og deres detaljeringsgrad, det her advares mot. I lys av en allerede høy total arbeidsbelastning (gjennomsnittlig arbeidsarbeidsuke >50 timer), er det særlig skjerpningen av nye krav som representerer en risiko for fastlegenes tid til pasientrettet arbeid.

Helse Nord RHF vil understreke fastlegenes betydning som premissleverandør og samarbeidspart for spesialisthelsetjenesten. Det meste av henvisningsstrømmen til sykehusene styres fra fastlegene, og mer travle fastleger vil øke sannsynligheten for flere og dårligere sorterte henvisninger til sykehusene. Dette igjen vil kunne få store konsekvenser for kapasitet og kostnader i spesialisthelsetjenesten. I forlengelsen av dette resonnementet vurderer Helse Nord RHF det slik, at travlere fastleger også vil svekke fastlegenes motivasjon og evne til god samhandling, både internt i kommunene og med spesialisthelsetjenesten.

De nye og viktige oppgaver som ønskes prioritert og styrket, kan følgelig ikke bare ivaretas gjennom forskriftsfesting, men forutsetter i tillegg aktiv bruk av andre virkemidler: Flere fastlegehjemler og større bruk av annet (helse)personell som kan avlaste fastlegene. For å oppmuntre til en slik utvikling, bør det også settes grenser for det antall pasienter en fastlege kan ha på sin liste. En grense på 2500 pasienter virker høyt, og forslaget om å kunne pålegge den enkelte lege å håndtere en liste på 1500 innbyggere kan også virke høyt (jfr. forslagene i § 37), men må også sees i sammenheng med pasientsammensetningen. I vurderingen av listestørrelse vil Helse Nord RHF derfor foreslå at denne standardiseres på grunnlag av (lignende) prinsipper (alderssammensetning mv.) som ligger til grunn for kommunenes rammetilskudd.

Den private organisasjonsmodell for fastlegene er kombinert med en sterk offentlig finansiering og et ubetinget offentlig sørge-for-ansvar. Det innebærer at frihetsgradene med hensyn til arbeidsmåte må ledsages av et tydelig rapporterings- og resultatansvar.

Helse Nord RHF vil derfor gi sin tilslutning til Helse- og omsorgsdepartementets målsettinger om å skjerpe rapporterings- og resultatkravene til fastlegene. Dessverre er forutsetningene for å realisere disse kravene foreløpig bare i begrenset grad til stede. Dette er utfordringer som ikke kan løses av fastlegene alene, men som må finne sin løsning i fellesskap og samarbeid med nasjonale helsemyndigheter og kommunene. Når egnede verktøy for rapportering og dokumentasjon av kvalitet er utformet og gjort tilgjengelig, bør det utvilsomt stilles krav om at de tas i bruk. Først da er det naturlig å innlemme slike krav i en forskrift (jfr. forslagene i § 31).

Noen konkrete kommentarer til de enkelte paragrafer

I det følgende kommenteres enkelte paragrafer i foreliggende høringsutkast, med Helse Nord RHF's forslag til justeringer og endringer:

§ 18 Brukermedvirkning. Helse Nord RHF ser det som lite hensiktsmessig at fastlegen i egen regi skal ha ansvaret for ”å innhente bruker- og pårøndererfaringer”. Det er sterkt ønskelig at det etableres rutiner for slike tilbakemeldinger fra brukere og at disse brukes i forbedringsarbeid, men her trengs det først at det utvikles standardiserte metoder og nasjonalt organiserte rutiner. Det kan dessuten være argumenter for at tredjeparter gjennomfører slike undersøkelser, slik tilfellet er for helseforetakene.

§ 20 Oppsøkende virksomhet. Denne paragraf fastslår at ”personer som har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilbys konsultasjon og hjemmebesøk”. Dette kravet er utvilsomt formulert i den gode hensikt å ”nå dem som trenger det mest”, men byr samtidig på både praktiske og etiske utfordringer. I den grad en slik oppsøkende tjeneste skulle organiseres, ville den høre mer hjemme som del av kommunens sørge-for-ansvar, der hele den kommunale helse-, sosial- og omsorgstjenesten eventuelt måtte gis ansvar for å rapportere om personer som har vesentlige udekkede hjelpebehov. Når slike behov identifiseres, er det ellers viktig å utvise ”etisk varsomhet” og respekt for pasientens rett til å samtykke i å motta hjelp.. I sin foreliggende form er denne paragrafen for ensidig i sine krav til fastlegen og for lite varsom mht å innta en etisk tilnærming til pasientene..

§ 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser. Helse Nord RHF mener at denne paragrafen i sin helhet kan strykes. Det foreligger ingen overbevisende dokumentasjon som tilsier at kortere ventetid (to til fem dager) for elektiv time hos fastlegen gir bedre helse. Hvis ventetiden til legekonsultasjoner utenom ø-hjelp blir alt for kort, ville legetjenesten belastes med å håndtere en rekke symptomer som ellers ville hele seg selv. En slik merbelastning ville dessuten gå ut over de sykeste pasientene. Helse Nord RHF er ellers enig i at god telefontilgjengelighet er viktig, særlig for de eldre pasientene, men kravet om to minutters tilgjengelighet for alle lar seg neppe realisere. Det bør derfor legges til rette for at ”unge og friske” i større grad kan ta i bruk elektroniske bestillinger og meldinger (via Internett og mobiltelefon). Dette er problemstillinger som bør løses lokalt og ikke forskriftsfestes.

Utkast til høringsuttalelse fra Helse Nord RHF

Revidert forskrift for fastlegene i kommunene

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i desember 2011 utkast til revidert forskrift for fastleger i kommuner på høring, med frist 22. mars 2012.

Forslaget om å revidere denne forskriften inngår som del av departementets oppfølging av de endringene i oppgaveportefølje som følger av nye lover knyttet til samhandlingsreformen. Fastlegeordningen i sin nåværende form er ca 10 år gammel, og forslaget om å revidere forskriften er også uttrykk for et generelt behov for å justere innholdet i ordningen, basert på de erfaringer som er gjort.

I høringsbrevet understreker departementet fastlegenes viktige rolle for å nå målene i samhandlingsreformen. Disse målene forutsettes realisert, både gjennom godt samarbeid med fastlegene og bedre virkemidler for styring av fastlegenes virksomhet. For å oppnå slik styring, foreslår departementet å forskriftsfeste langt flere krav til fastlegenes virksomhet.

Generell vurdering av målsettinger og styringsformer

Helse Nord RHF ser klart behovet for å justere og oppdatere fastlegeforskriften og sier seg i hovedsak enig i de målsettinger som ligger til grunn for forslaget som er sendt på høring.. God tilgjengelighet til fastleger er viktig for befolkningens helse og trygghet. Dessuten er fastlegen en viktig koordinator og samarbeidspart for pasientrettede og andre helserelaterte tjenester som involverer øvrige ledd i helsetjenesten og andre samfunnssetater.

Helse Nord RHF vil i den forbindelse peke på at den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester gir kommunene et entydig sørge-for-ansvar for definerte helse- og sosialtjenester, inkludert legetjenesten i kommunene. Dette nye sørge-for-ansvaret gir kommunene en bedre plattform for utøvelse av sin styrings- og ansvarsfunksjon overfor fastlegene.

Slik Helse Nord RHF vurderer det, gis kommunene nå bedre forutsetninger for å utnytte det styringspotensial som ligger i en mer aktiv bruk av de avtalene som inngås med fastlegene. En forutsetning for å ta ut dette potensialet er imidlertid at kommunene styrker sin fagadministrative sektorkompetanse, slik at det blir mulig å føre en kvalifisert og lokalt forankret innholdsdialog med fastlegene, både om oppgaver og innbyrdes prioriteringer; kort sagt styrke sin bestillingskompetanse.

I denne forbindelse savnes også en beskrivelse av kommuneoverlegens rolle, og hvordan kommunen mer aktivt kunne mobilisere og utnytte kommuneoverlegens kompetanse og kapasitet for styringsformål. Denne rollen er i dag hovedsakelig avgrenset til utførelse, ledelse og koordinering av offentlig legearbeid (samfunnsmedisin m. m.).

Helse Nord RHF vurderer det som en mangel ved nåværende system at kommuneoverlegen ikke har noen rolle, ikke en gang overfor fastlegenes kliniske arbeid. At noen gis overordnet ansvar for etterlevelse av faglige standarder og harmonisering av klinisk praksis, ville styrke den lokale kvalitetssikring av fastlegenes arbeid. I den grad en slik klinisk samordningsfunksjon krever lovendring, vil Helse Nord RHF foreslå at Helse- og omsorgsdepartementet utreder dette spørsmålet.

Helse Nord RHF erkjenner at det i de minste kommunene kan være krevende å styrke styrings- og bestillingskompetansen vis a vis fastlegene, og at kommuneoverleger i kombinerte stillinger (= også fastleger) kan få styringsmessige nærhets- og habilitetsutfordringer vis a vis fastlegekolleger. Der geografiske forhold ligger til rette for det, vil derfor interkommunalt samarbeid om fastlegeorganisering kunne ha både styringsmessige og faglige fordeler.

Helse Nord RHF har generelt ingen innvendinger mot forskriftsfesting som virkemiddel for styring av fastlegene.. Det er mengden av krav som foreslås forskriftsfestet og deres detaljeringsgrad, det her advares mot. I lys av en allerede høy total arbeidsbelastning (gjennomsnittlig arbeidsarbeidsuke >50 timer), er det særlig skjerpningen av nye krav som representerer en risiko for fastlegenes tid til pasientrettet arbeid.

Helse Nord RHF vil understreke fastlegenes betydning som premissleverandør og samarbeidspart for spesialisthelsetjenesten. Det meste av henvisningsstrømmen til sykehusene styres fra fastlegene, og mer travle fastleger vil øke sannsynligheten for flere og dårligere sorterte henvisninger til sykehusene. Dette igjen vil kunne få store konsekvenser for kapasitet og kostnader i spesialisthelsetjenesten. I forlengelsen av dette resonnementet vurderer Helse Nord RHF det slik, at travlere fastleger også vil svekke fastlegenes motivasjon og evne til god samhandling, både internt i kommunene og med spesialisthelsetjenesten.

De nye og viktige oppgaver som ønskes prioritert og styrket, kan følgelig ikke bare ivaretas gjennom forskriftsfesting, men forutsetter i tillegg aktiv bruk av andre virkemidler: Flere fastlegehjemler og større bruk av annet (helse)personell som kan avlaste fastlegene. For å oppmuntre til en slik utvikling, bør det også settes grenser for det antall pasienter en fastlege kan ha på sin liste. En grense på 2500 pasienter virker høyt, og forslaget om å kunne pålegge den enkelte lege å håndtere en liste på 1500 innbyggere kan også virke høyt (jfr. forslagene i § 37), men må også sees i sammenheng med pasientsammensetningen. I vurderingen av listestørrelse vil Helse Nord RHF derfor foreslå at denne standardiseres på grunnlag av (lignende) prinsipper (alderssammensetning mv.) som ligger til grunn for kommunenes rammetilskudd.

Den private organisasjonsmodell for fastlegene er kombinert med en sterk offentlig finansiering og et ubetinget offentlig sørge-for-ansvar. Det innebærer at frihetsgradene med hensyn til arbeidsmåte må ledsages av et tydelig rapporterings- og resultatansvar.

Helse Nord RHF vil derfor gi sin tilslutning til Helse- og omsorgsdepartementets målsettinger om å skjerpe rapporterings- og resultatkravene til fastlegene. Dessverre er forutsetningene for å realisere disse kravene foreløpig bare i begrenset grad til stede. Dette er utfordringer som ikke kan løses av fastlegene alene, men som må finne sin løsning i fellesskap og samarbeid med nasjonale helsemyndigheter og kommunene. Når egnede verktøy for rapportering og dokumentasjon av kvalitet er utformet og gjort tilgjengelig, bør det utvilsomt stilles krav om at de tas i bruk. Først da er det naturlig å innlemme slike krav i en forskrift (jfr. forslagene i § 31).

Noen konkrete kommentarer til de enkelte paragrafer

I det følgende kommenteres enkelte paragrafer i foreliggende høringsutkast, med Helse Nord RHF's forslag til justeringer og endringer:

§ 18 Brukermedvirkning. Helse Nord RHF ser det som lite hensiktsmessig at fastlegen i egen regi skal ha ansvaret for ”å innhente bruker- og pårøndererfaringer”. Det er sterkt ønskelig at det etableres rutiner for slike tilbakemeldinger fra brukere og at disse brukes i forbedringsarbeid, men her trengs det først at det utvikles standardiserte metoder og nasjonalt organiserte rutiner. Det kan dessuten være argumenter for at tredjeparter gjennomfører slike undersøkelser, slik tilfellet er for helseforetakene.

§ 20 Oppsøkende virksomhet. Denne paragraf fastslår at ”personer som har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilbys konsultasjon og hjemmebesøk”. Dette kravet er utvilsomt formulert i den gode hensikt å ”nå dem som trenger det mest”, men byr samtidig på både praktiske og etiske utfordringer. I den grad en slik oppsøkende tjeneste skulle organiseres, ville den høre mer hjemme som del av kommunens sørge-for-ansvar, der hele den kommunale helse-, sosial- og omsorgstjenesten eventuelt måtte gis ansvar for å rapportere om personer som har vesentlige udekkede hjelpebehov. Når slike behov identifiseres, er det ellers viktig å utvise ”etisk varsomhet” og respekt for pasientens rett til å samtykke i å motta hjelp.. I sin foreliggende form er denne paragrafen for ensidig i sine krav til fastlegen og for lite varsom mht å innta en etisk tilnærming til pasientene..

§ 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser. Helse Nord RHF mener at denne paragrafen i sin helhet kan strykes. Det foreligger ingen overbevisende dokumentasjon som tilsier at kortere ventetid (to til fem dager) for elektiv time hos fastlegen gir bedre helse. Hvis ventetiden til legekonsultasjoner utenom ø-hjelp blir alt for kort, ville legetjenesten belastes med å håndtere en rekke symptomer som ellers ville hele seg selv. En slik merbelastning ville dessuten gå ut over de sykeste pasientene. Helse Nord RHF er ellers enig i at god telefontilgjengelighet er viktig, særlig for de eldre pasientene, men kravet om to minutters tilgjengelighet for alle lar seg neppe realisere. Det bør derfor legges til rette for at ”unge og friske” i større grad kan ta i bruk elektroniske bestillinger og meldinger (via Internett og mobiltelefon). Dette er problemstillinger som bør løses lokalt og ikke forskriftsfestes.

Utkast til høringsuttalelse fra Helse Nord RHF

Revidert forskrift for fastlegene i kommunene

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i desember 2011 utkast til revidert forskrift for fastleger i kommuner på høring, med frist 22. mars 2012.

Forslaget om å revidere denne forskriften inngår som del av departementets oppfølging av de endringene i oppgaveportefølje som følger av nye lover knyttet til samhandlingsreformen. Fastlegeordningen i sin nåværende form er ca 10 år gammel, og forslaget om å revidere forskriften er også uttrykk for et generelt behov for å justere innholdet i ordningen, basert på de erfaringer som er gjort.

I høringsbrevet understreker departementet fastlegenes viktige rolle for å nå målene i samhandlingsreformen. Disse målene forutsettes realisert, både gjennom godt samarbeid med fastlegene og bedre virkemidler for styring av fastlegenes virksomhet. For å oppnå slik styring, foreslår departementet å forskriftsfeste langt flere krav til fastlegenes virksomhet.

Generell vurdering av målsettinger og styringsformer

Helse Nord RHF ser klart behovet for å justere og oppdatere fastlegeforskriften og sier seg i hovedsak enig i de målsettinger som ligger til grunn for forslaget som er sendt på høring.. God tilgjengelighet til fastleger er viktig for befolkningens helse og trygghet. Dessuten er fastlegen en viktig koordinator og samarbeidspart for pasientrettede og andre helserelaterte tjenester som involverer øvrige ledd i helsetjenesten og andre samfunnssetater.

Helse Nord RHF vil i den forbindelse peke på at den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester gir kommunene et entydig sørge-for-ansvar for definerte helse- og sosialtjenester, inkludert legetjenesten i kommunene. Dette nye sørge-for-ansvaret gir kommunene en bedre plattform for utøvelse av sin styrings- og ansvarsfunksjon overfor fastlegene.

Slik Helse Nord RHF vurderer det, gis kommunene nå bedre forutsetninger for å utnytte det styringspotensial som ligger i en mer aktiv bruk av de avtalene som inngås med fastlegene. En forutsetning for å ta ut dette potensialet er imidlertid at kommunene styrker sin fagadministrative sektorkompetanse, slik at det blir mulig å føre en kvalifisert og lokalt forankret innholdsdialog med fastlegene, både om oppgaver og innbyrdes prioriteringer; kort sagt styrke sin bestillingskompetanse.

I denne forbindelse savnes også en beskrivelse av kommuneoverlegens rolle, og hvordan kommunen mer aktivt kunne mobilisere og utnytte kommuneoverlegens kompetanse og kapasitet for styringsformål. Denne rollen er i dag hovedsakelig avgrenset til utførelse, ledelse og koordinering av offentlig legearbeid (samfunnsmedisin m. m.).

Helse Nord RHF vurderer det som en mangel ved nåværende system at kommuneoverlegen ikke har noen rolle, ikke en gang overfor fastlegenes kliniske arbeid. At noen gis overordnet ansvar for etterlevelse av faglige standarder og harmonisering av klinisk praksis, ville styrke den lokale kvalitetssikring av fastlegenes arbeid. I den grad en slik klinisk samordningsfunksjon krever lovendring, vil Helse Nord RHF foreslå at Helse- og omsorgsdepartementet utreder dette spørsmålet.

Helse Nord RHF erkjenner at det i de minste kommunene kan være krevende å styrke styrings- og bestillingskompetansen vis a vis fastlegene, og at kommuneoverleger i kombinerte stillinger (= også fastleger) kan få styringsmessige nærhets- og habilitetsutfordringer vis a vis fastlegekolleger. Der geografiske forhold ligger til rette for det, vil derfor interkommunalt samarbeid om fastlegeorganisering kunne ha både styringsmessige og faglige fordeler.

Helse Nord RHF har generelt ingen innvendinger mot forskriftsfesting som virkemiddel for styring av fastlegene.. Det er mengden av krav som foreslås forskriftsfestet og deres detaljeringsgrad, det her advares mot. I lys av en allerede høy total arbeidsbelastning (gjennomsnittlig arbeidsarbeidsuke >50 timer), er det særlig skjerpningen av nye krav som representerer en risiko for fastlegenes tid til pasientrettet arbeid.

Helse Nord RHF vil understreke fastlegenes betydning som premissleverandør og samarbeidspart for spesialisthelsetjenesten. Det meste av henvisningsstrømmen til sykehusene styres fra fastlegene, og mer travle fastleger vil øke sannsynligheten for flere og dårligere sorterte henvisninger til sykehusene. Dette igjen vil kunne få store konsekvenser for kapasitet og kostnader i spesialisthelsetjenesten. I forlengelsen av dette resonnementet vurderer Helse Nord RHF det slik, at travlere fastleger også vil svekke fastlegenes motivasjon og evne til god samhandling, både internt i kommunene og med spesialisthelsetjenesten.

De nye og viktige oppgaver som ønskes prioritert og styrket, kan følgelig ikke bare ivaretas gjennom forskriftsfesting, men forutsetter i tillegg aktiv bruk av andre virkemidler: Flere fastlegehjempler og større bruk av annet (helse)personell som kan avlaste fastlegene. For å oppmuntre til en slik utvikling, bør det også settes grenser for det antall pasienter en fastlege kan ha på sin liste. En grense på 2500 pasienter virker høyt, og forslaget om å kunne pålegge den enkelte lege å håndtere en liste på 1500 innbyggere kan også virke høyt (jfr. forslagene i § 37), men må også sees i sammenheng med pasientsammensetningen. I vurderingen av listestørrelse vil Helse Nord RHF derfor foreslå at denne standardiseres på grunnlag av (lignende) prinsipper (alderssammensetning mv.) som ligger til grunn for kommunenes rammetilskudd.

Den private organisasjonsmodell for fastlegene er kombinert med en sterk offentlig finansiering og et ubetinget offentlig sørge-for-ansvar. Det innebærer at frihetsgradene med hensyn til arbeidsmåte må ledsages av et tydelig rapporterings- og resultatansvar.

Helse Nord RHF vil derfor gi sin tilslutning til Helse- og omsorgsdepartementets målsettinger om å skjerpe rapporterings- og resultatkravene til fastlegene. Dessverre er forutsetningene for å realisere disse kravene foreløpig bare i begrenset grad til stede. Dette er utfordringer som ikke kan løses av fastlegene alene, men som må finne sin løsning i fellesskap og samarbeid med nasjonale helsemyndigheter og kommunene. Når egnede verktøy for rapportering og dokumentasjon av kvalitet er utformet og gjort tilgjengelig, bør det utvilsomt stilles krav om at de tas i bruk. Først da er det naturlig å innlemme slike krav i en forskrift (jfr. forslagene i § 31).

Noen konkrete kommentarer til de enkelte paragrafer

I det følgende kommenteres enkelte paragrafer i foreliggende høringsutkast, med Helse Nord RHF's forslag til justeringer og endringer:

§ 18 Brukermedvirkning. Helse Nord RHF ser det som lite hensiktsmessig at fastlegen i egen regi skal ha ansvaret for ”å innhente bruker- og pårøndererfaringer”. Det er sterkt ønskelig at det etableres rutiner for slike tilbakemeldinger fra brukere og at disse brukes i forbedringsarbeid, men her trengs det først at det utvikles standardiserte metoder og nasjonalt organiserte rutiner. Det kan dessuten være argumenter for at tredjeparter gjennomfører slike undersøkelser, slik tilfellet er for helseforetakene.

§ 20 Oppsøkende virksomhet. Denne paragraf fastslår at ”personer som har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilbys konsultasjon og hjemmebesøk”. Dette kravet er utvilsomt formulert i den gode hensikt å ”nå dem som trenger det mest”, men byr samtidig på både praktiske og etiske utfordringer. I den grad en slik oppsøkende tjeneste skulle organiseres, ville den høre mer hjemme som del av kommunens sørge-for-ansvar, der hele den kommunale helse-, sosial- og omsorgstjenesten eventuelt måtte gis ansvar for å rapportere om personer som har vesentlige udekkede hjelpebehov. Når slike behov identifiseres, er det ellers viktig å utvise ”etisk varsomhet” og respekt for pasientens rett til å samtykke i å motta hjelp.. I sin foreliggende form er denne paragrafen for ensidig i sine krav til fastlegen og for lite varsom mht å innta en etisk tilnærming til pasientene..

§ 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser. Helse Nord RHF mener at denne paragrafen i sin helhet kan strykes. Det foreligger ingen overbevisende dokumentasjon som tilsier at kortere ventetid (to til fem dager) for elektiv time hos fastlegen gir bedre helse. Hvis ventetiden til legekonsultasjoner utenom ø-hjelp blir alt for kort, ville legetjenesten belastes med å håndtere en rekke symptomer som ellers ville hele seg selv. En slik merbelastning ville dessuten gå ut over de sykeste pasientene. Helse Nord RHF er ellers enig i at god telefontilgjengelighet er viktig, særlig for de eldre pasientene, men kravet om to minutters tilgjengelighet for alle lar seg neppe realisere. Det bør derfor legges til rette for at ”unge og friske” i større grad kan ta i bruk elektroniske bestillinger og meldinger (via Internett og mobiltelefon). Dette er problemstillinger som bør løses lokalt og ikke forskriftsfestes.

Møtedato: 5. mars 2012
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf: Finn Henry Hansen, 75 51 29 00

Dato: 4.3.2012

Styresak 16-2012 Revidert fastlegeforskrift – høringsuttalelse, nytt utkast

Nytt forslag var lagt frem ved møtestart.

Sammendrag

Fastlegeordningen ble vedtatt av Stortinget i år 2000 og iverksatt fra og med 1. januar 2001. Ordningen, som er regulert gjennom en fastlegeforskrift, er for øvrig organisatorisk og styringsmessig forankret i avtaler mellom kommuner og fastleger. Med utgangspunkt i de siste ti års erfaringer med ordningen, samt nye utfordringer knyttet til samhandlingsreformen, har Helse- og omsorgsdepartementet sendt et forslag om revidert fastlegeforskrift på høring med frist 22. mars 2012.

I høringsbrevet understreker departementet at formålet med revisjonen er å legge bedre til rette for målsettingene i samhandlingsreformen og å styrke styringen med fastlegenes virksomhet.

I vedlagt utkast til høringsuttalelse gir adm. direktør sin tilslutning til målsettingene i den reviderte fastlegeforskriften, men det reises også kritiske innvendinger mot en så sterk og ensidig satsing på forskriftsfesting som virkemiddel for å nå disse målene. Innvendingene retter seg særlig mot mengden av forskrifter og detaljeringsgraden i de kravene som stilles.

Dessuten anbefaler adm. direktør i utkast til høringsuttalelse at avtaleverket mellom kommuner og fastleger utnyttes mer aktivt som virkemiddel for å realisere omforente målsettinger.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret vedtar vedlagte høringsuttalelse om forslag til revidert fastlegeforskrift.

Bodø, den 4. mars 2012

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg: Utkast til høringsuttalelse fra Helse Nord RHF
Høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 22. desember 2012
Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsnotatet er lagt ut på Helse Nord RHF's nettsted – se:
[Styremøte i Helse Nord RHF 5. mars 2012](#)

Utrykt vedlegg: Forskrift om fastlegeordning i kommunen av 14. april 2000
(FOR 2000-04-14 nr. 328)

Utkast til høringsuttalelse fra Helse Nord RHF

Revidert forskrift for fastlegene i kommunene

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i desember 2011 utkast til revidert forskrift for fastleger i kommuner på høring, med frist 22. mars 2012.

Forslaget om å revidere denne forskriften inngår som del av departementets oppfølging av de endringene i oppgaveportefølje som følger av nye lover knyttet til samhandlingsreformen. Fastlegeordningen i sin nåværende form er ca 10 år gammel, og forslaget om å revidere forskriften er også uttrykk for et generelt behov for å justere innholdet i ordningen, basert på de erfaringer som er gjort.

I høringsbrevet understreker departementet fastlegenes viktige rolle for å nå målene i samhandlingsreformen. Disse målene forutsettes realisert, både gjennom godt samarbeid med fastlegene og bedre virkemidler for styring av fastlegenes virksomhet. For å oppnå slik styring, foreslår departementet å forskriftsfeste langt flere krav til fastlegenes virksomhet.

Generell vurdering av målsettinger og styringsformer

Helse Nord RHF [ser klart behovet for å justere og oppdatere fastlegeforskriften og](#) sier seg i hovedsak enig i de målsettinger som ligger til grunn for forslaget [som er sendt på høring om å revidere denne forskriften](#). God tilgjengelighet til fastleger er viktig både for befolkningens helse og trygghet. Dessuten er fastlegen en viktig koordinator og samarbeidspart for pasientrettede og andre helserelaterte tjenester som involverer øvrige ledd i helsetjenesten og andre samfunnssetater.

Spørsmålene som bør stilles, er i hvilken grad og på hvilket detaljeringsnivå disse målsettingene lar seg styre gjennom forskrifter, eller om andre virkemidler – eller kombinasjoner av virkemidler – vil være mer hensiktsmessige og effektive for måloppnåelsen.

Helse Nord RHF vil i den forbindelse påpeke at den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester gir kommunene et entydig sørge-for-ansvar for definerte helse- og sosialtjenester, inkludert legetjenesten i kommunene. [Dette nye sørge-for-ansvaret gir kommunene en bedre plattform for utøvelse av sin styrings- og ansvarsfunksjon overfor fastlegene.](#)

[At kommunene hittil i beskjeden grad har tatt slike styringsgrep relatert til fastlegeordningen, er heller et argument for å styrke nettopp disse grepene, og da primært gjennom andre virkemidler enn direkte forskriftsfesting. Dette bør i første rekke skje gjennom å styrke avtaleinstituttet og kommunenes bestillings- og styringskompetanse.](#)

Slik Helse Nord RHF vurderer det, [gis kommunene nå bedre forutsetninger for å ha kommunene ikke](#) utnyttet det styringspotensial som ligger i en mer aktiv bruk av de avtalene som inngås med fastlegene. En forutsetning for å ta ut dette potensialet er imidlertid at kommunene styrker sin fagadministrative sektorkompetanse, slik at det blir mulig å føre en kvalifisert og lokalt forankret innholdsdialog med fastlegene, både om oppgaver og innbyrdes prioriteringer; [kort sagt styrke sin bestillingskompetanse.](#)

I denne forbindelse savnes også en beskrivelse av kommuneoverlegens rolle, og hvordan kommunen mer aktivt kunne mobilisere og utnytte kommuneoverlegens kompetanse og kapasitet for styringsformål. Denne rollen er i dag hovedsakelig avgrenset til utførelse, ledelse og koordinering av offentlig legearbeid (samfunnsmedisin m. m.).

Helse Nord RHF vurderer det som en mangel ved nåværende system at kommuneoverlegen ikke har noen rolle, ikke en gang som "primus inter pares" ovenfor fastlegenes kliniske arbeid. At noen gis overordnet ansvar for etterlevelse av faglige standarder og harmonisering av klinisk praksis, ville styrke den lokale kvalitetssikring av fastlegenes arbeid. I den grad en slik klinisk samordningsfunksjon krever lovendring, vil Helse Nord RHF foreslå at departementet utreder dette spørsmålet.

Helse Nord RHF erkjenner at det i de minste kommunene kan være krevende å styrke styrings- og bestillingskompetansen vis a vis fastlegene, og at kommuneoverleger i kombinerte stillinger (= også fastleger) kan få styringsmessige nærhets- og habiliteutfordringer vis a vis fastlegekolleger. Der geografiske forhold ligger til rette for det, vil derfor interkommunalt samarbeid om fastlegeorganisering kunne ha både styringsmessige og faglige fordeler.

Helse Nord RHF har generelt ingen innvendinger mot forskriftsfesting som virkemiddel for styring fastlegene. Ovennevnte generelle vurderinger av hvilke styringsformer som er mest tjenlige, representerer ingen prinsipiell avvisning av forskriftsstyring også på dette feltet. Det er mengden av krav som foreslås forskriftsfestet og deres detaljeringsgrad, det her advares mot. I lys av en allerede høy total arbeidsbelastning (gjennomsnittlig arbeidsarbeidsuke >50 timer), er det særlig skjerpingen av nye krav som representerer en risiko for fastlegenes tid til pasientrettet arbeid.

Helse Nord RHF vil understreke fastlegenes betydning som premissleverandør og samarbeidspart for spesialisthelsetjenesten. Det meste av henvisningsstrømmen til sykehusene styres fra fastlegene, og mer travle fastleger vil øke sannsynligheten for flere og dårligere sorterte henvisninger til sykehusene. Dette igjen vil kunne få store konsekvenser for kapasitet og kostnader i spesialisthelsetjenesten. I forlengelsen av dette resonnementet vurderer Helse Nord RHF det slik, at travlere fastleger også vil svekke fastlegenes motivasjon og evne til god samhandling, både internt i kommunene og med spesialisthelsetjenesten.

De nye og viktige oppgaver som ønskes prioritert og styrket, kan må følgelig ikke bare ivaretas gjennom forskriftsfesting, men forutsetter i tillegg aktiv bruk av primært styrkes ved hjelp av andre virkemidler: Flere fastlegehjempler og større bruk av annet (helse)personell som kan avlaste fastlegene. For å oppmuntre til en slik utvikling, bør det også settes grenser for det antall pasienter en fastlege kan ha på sin liste. En grense på 2500 pasienter virker høyt, og forslaget om å kunne pålegge den enkelte lege å håndtere en liste på 1500 innbyggere kan vurderes også å virke høytvære i høyeste laget (jfr. forslagene i § 37), men må også sees i sammenheng med pasientsammensetningen. I vurderingen av listestørrelse vil Helse Nord RHF derfor foreslå at denne standardiseres på grunnlag av (lignende) prinsipper (alderssammensetning mv.) som ligger til grunn for kommunenes rammetilskudd.

En mer prinsipiell og styringsfilosofisk innvending mot for detaljert forskriftsfesting, er at detaljert forskriftsstyring av kunnskapsbaserte virksomheter og høykompetent arbeidskraft erfaringsmessig har begrenset gjennomslag. Profesjonsutøveres kvalifisert skjønnsutøvelse

| må [generelt](#) bygge på tillit, handlingsrom og frihetsgrader som muliggjør tilpasning til lokale behov og situasjoner.

Den private organisasjonsmodell for fastlegene er imidlertid kombinert med en sterk offentlig finansiering og et ubetinget offentlig sørge-for-ansvar. Det innebærer at frihetsgradene med hensyn til arbeidsmåte må ledsages av et tydelig rapporterings- og resultatansvar.

Helse Nord RHF vil derfor gi sin tilslutning til Helse- og omsorgsdepartementets målsettinger om å skjerpe rapporterings- og resultatkravene til fastlegene. Dessverre er forutsetningene for å realisere disse kravene foreløpig bare i begrenset grad til stede. Dette er utfordringer som ikke kan løses av fastlegene alene, men som må finne sin løsning i fellesskap og samarbeid med nasjonale helsemyndigheter og kommunene. Når egnede verktøy for rapportering og dokumentasjon av kvalitet er utformet og gjort tilgjengelig, bør det utvilsomt stilles krav om at de tas i bruk. Først da er det naturlig å innlemme slike krav i en forskrift (jfr. forslagene i § 31).

Noen konkrete kommentarer til de enkelte paragrafer

I det følgende kommenteres enkelte paragrafer i foreliggende høringsutkast, med Helse Nord RHF's forslag til justeringer og endringer:

[§13 Fastlegenes plikt til deltagelse i legevakt og vikarordninger. Spørsmålet om vikarordninger hører ikke hjemme i en forskrift, men bør håndteres i den lokale avtalen mellom kommunen og fastlegene. Med hensyn til fritak fra plikten til å delta i legevakt, bør den utformes slik at den ikke medfører at erfarne allmennleger søker seg over i annet arbeid. Det vurderes ellers som generelt viktig at fastleger deltar i legevaktarbeid.](#)

[§ 18 Brukermedvirkning.](#) Helse Nord RHF ser det som lite hensiktsmessig at fastlegen i egen regi skal ha ansvaret for ”å innhente bruker- og pårørende erfaringer”. Det er sterkt ønskelig at det etableres rutiner for slike tilbakemeldinger fra brukere og at disse brukes i forbedringsarbeid, men her trengs det først at det utvikles standardiserte metoder og nasjonalt organiserte rutiner. [Det kan dessuten være argumenter for at tredjeparter gjennomfører slike undersøkelser, slik tilfellet er for helseforetakene.](#)

[§ 20 Oppsøkende virksomhet.](#) Denne paragraf fastslår at ”personer som har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilbys konsultasjon og hjemmebesøk”. Dette kravet er utvilsomt formulert i den gode hensikt å ”nå dem som trenger det mest”, men byr samtidig på både praktiske og etiske utfordringer. I den grad en slik oppsøkende tjeneste skulle organiseres, ville den høre mer hjemme som del av kommunens sørge-for-ansvar, der hele den kommunale helse-, sosial- og omsorgstjenesten eventuelt måtte gis ansvar for å rapportere om personer som har vesentlige udekkede hjelpebehov. Når slike behov identifiseres, [er det ellers viktig å utvise ”etisk varsomhet” og respekt for ville det likevel være etisk betenkelig om helsetjenesten skulle presse seg på uten at pasientens rett til å samtykke i å motta hjelp og tilbud.](#) I sin foreliggende form [er bør denne paragrafen for ensidig i sine krav til fastlegen og for lite varsom mht å innta en etisk tilnærming til pasientene fjernes.](#)

[§ 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser.](#) Helse Nord RHF mener at denne paragrafen i sin helhet kan strykes. Det foreligger ingen overbevisende dokumentasjon som tilsier at kortere ventetid (to til fem dager) for elektiv time hos fastlegen gir bedre helse. Hvis ventetiden til legekonsultasjoner utenom ø-hjelp blir alt for kort, ville legetjenesten belastes med å håndtere en rekke symptomer som ellers ville hele seg selv. En slik merbelastning ville dessuten gå ut over de sykeste pasientene. Helse Nord RHF er ellers enig i at god telefontilgjengelighet er viktig, særlig for de eldre pasientene, men kravet om to minutters tilgjengelighet for alle lar seg neppe realisere. Det bør derfor legges til rette for at ”unge og friske” i større grad kan ta i bruk elektroniske bestillinger og meldinger (via Internett og mobiltelefon). Dette er problemstillinger som bør løses lokalt og ikke forskriftsfestes.

Formatert: Normal