

Høringsvar fra Legeforeningen:

Pilot primærhelseteam - Høring av endringer i regelverket for å gjennomføre piloten

Vi viser til høringsbrev (ref.17/4928) og høringsnotat datert 30. november 2017 fra Helse og omsorgsdepartementet. Dokumentene danner grunnlag for høring av forslag til endringer i regelverket for å pilotere primærhelseteam i utvalgte kommuner.

Høringsdokumentene har vært behandlet i relevante organisasjonsledd i Legeforeningen. Vi stiller oss bak pilotens uttrykte intensjon om å styrke helsehjelpstilbudet til grupper med særskilte utfordringer (eks såkalte svake etterspørre), ref. høringsnotatet punkt 2, men den planlagte piloten vil slik Legeforeningen ser det ikke kunne løse de alvorlige utfordringene vi har i primærhelsetjenesten, og tiltaket vil heller ikke avlaste fastlegene.

Sammenfatningsvis har vi følgende overordnede merknader til forslaget om å pilotere primærhelseteam:

1. Forslagene inneholder elementer av ensidig fastsatt økonomi, både når det gjelder honorar og driftstilskuddsmodell. Dette innebærer et brudd med den forhandlingsordning som gjelder for økonomien i fastlegeordningen for øvrig. Dette er et premiss Legeforeningen ikke kan akseptere.
2. Vi er i tvil om hva de foreslåtte finansieringsmodeller vil ha som konsekvens for fastlegekontorene, herunder stiller vi oss særlig spørrende til hvordan økonomiske forutsetninger vil bli for legekantor som deltar i driftstilskuddsmodellen. Vi etterlyser i så måte klarere aksept av ansvar/risiko fra myndighetenes side
3. Kommunene som er valgt ut i piloten er ikke representative, og ingen av dem har uttalte rekrutteringsproblemer. Primærhelseteampiloten vil derfor kun si noe om effekt i mer ressurssterke kommuner.
4. Vi etterlyser et helhetlig perspektiv på hvorledes primærhelseteam skal integreres i kommunens helse- og omsorgstjeneste, og vi savner en dimensjon mot spesialisthelsetjenesten for øvrig.
5. Vi støtter pilotens satsning på svakere pasientgrupper. I dagens fastlegeordning er det imidlertid vanskelig å se at fastlegene har den nødvendige kapasitet til å øke innsatsen slik primærhelseteampiloten forutsetter.
6. Vi finner at de arbeidsrettslige problemstillinger knyttet til disponering av sykepleier i primærhelseteam er uavklarte, og etterlyser føringer/garantier fra myndighetene når det gjelder lovligheten av midlertidig ansettelse.
7. Piloten stiller klare krav til nyvinning/nybruk av teknologi; bl.a. som ledd i avstandskommunikasjon, rapportering, evaluering. Den forutsatte teknologien er ikke kommersielt tilgjengelig i dag.
8. Det er behov for videre dialog med departementet/direktoratet i forbindelse med implementering/gjennomføring av piloten. Vi imøteser i første omgang klargjøring av de punkter som fremgår av dette dokumentet. Vi anser også at primærhelseteam utgjør et naturlig diskusjonspunkt i det kommende trepartssamarbeidet om primærhelsetjenesten.
9. På bakgrunn av demografiske endringer, kjente utfordringer i fastlegeordningen og det vi oppfatter som myndighetenes manglende vilje til å sørge for viktige prinsipielle avklaringer for primærhelseteam stiller Legeforeningen seg avventende til hva man kan oppnå gjennom primærhelseteampiloten.

Generelle merknader

Fastlegeordningen har siden innføringen i 2001 vært en suksess og Legeforeningen mener fortsatt det er den beste organiseringen av primærhelsetjenesten. Vi er likevel bekymret over fastlegeordningens utvikling. Etter innføring av ordningen, og ikke minst etter gjennomføring av samhandlingsreformen, har flere oppgaver blir overført fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, uten nødvendig styrkning av fastlegeressursene. Samlet har dette gitt økt arbeidsmengde for fastlegene per pasient, og en ser nå at det økte ansvaret og den økte arbeidsbelastningen gir utfordringer med blant annet rekruttering.

Fastlegeordningen må ha tilstrekkelig kapasitet og stabilitet slik at pasientene opplever høy grad av kontinuitet og kvalitet. I tillegg til stadig nye oppgaver som pålegges fastlegene har vi også en stadig eldre befolkning med flere kroniske sykdommer hvor mer skal følges opp av fastlegene. Samtidig øker pasienters forventninger og krav til tjenestene. Denne utviklingen har pågått uten det er gjort noen endring i normtallet for fastlegers listelengde, til tross for at partene forutsatte at dette skulle gjøres da ordningen ble fremforhandlet. Legeforeningen har flere ganger har tatt dette opp, men blitt avvist til tross for at statsavtalens punkt 2.3.1 om listeregulering lyder:

”Ved vurdering av om tallet skal endres skal det bl.a. legges vekt på endringer i helsetjenesten, spesielt oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de arbeidsoppgaver som er eller vil bli tillagt fastlegen.”.

Manglende vilje til å etterleve denne bestemmelsen fra Statens side har påført fastlegeordningen et finansielt og ressursmessig etterslep som er uten sidestykke i helse- og omsorgstjenesten.

På bakgrunn av disse erfaringene stiller vi oss noe avventende til hva man kan oppnå gjennom primærhelseteampiloten. Den planlagte piloten vil slik Legeforeningen ser det ikke være egnet til å løse de alvorlige utfordringene vi har i primærhelsetjenesten, og tiltaket vil heller ikke avlaste fastlegene.

Det er verdt å merke seg at piloten er en arena for utprøving av flere faktorer, herunder:

- organisering i team, med daglig leder og sykepleier*
- bruk av avstandsteknologi, proaktiv legetjeneste, legemiddelforvaltning*
- prioritering av svake pasientgrupper*
- to ulike finansieringsmodeller*
- nye rapporteringsrutiner*

Piloten må på denne bakgrunn anses både omfattende og kompleks. Dette gjør piloten utfordrende å gjennomføre for små virksomheter som allerede er i en presset situasjon. Det vil også gjøre evalueringen av de forskjellige tiltakene svært utfordrende.

Forslagene til forskriftsendringer

Departementet foreslår i høringsnotatet:

- ny forskrift om forsøksordning med primærhelseteam med hjemmel i folketrygdloven § 25-13
- endringer i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos leger
- endringer i forskrift om fastlegeordningen i kommunen
- endringer i forskrift om egenandelstak 1

Merknader til de enkelte forslagene:

Forskrift om forsøksordning med primærhelseteam

Departementet foreslår ny forskrift for primærhelseteam med hjemmel i folketrygdloven § 25-13. Forslaget har som formål å regulere økonomisk oppgjørsordning for å gjennomføre piloten, herunder implementere honorarmodellen (§4) og driftstilskuddsmodellen (§ 5), samt sikre at medlemmene beholder sine rettigheter til å få dekket utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (§ 1). Beregning av honorar for sykepleier og lege i honorarmodellen skal skje etter forskriften kap. II, og i driftstilskuddsmodellen kap III.

Forskriften åpner for at daglig leder i primærhelseteam kan inngå avtale om direkteoppgjør med HELFO på vegne av sykepleier (§ 6). Videre hjemler forslaget rett til justering av fastsatte takster dersom de:

"øker eller vesentlig reduserer trygdens utgifter sammenlignet med de beregninger som lå til grunn for forsøket".

Justeringsforslag skal etter forslaget *drøftes* med KS, Dnlf og NSF (§ 7).

Forslaget innebærer et brudd med den forhandlingsordning som gjelder for økonomien i fastlegeordningen for øvrig. Dette er et premiss Legeforeningen ikke kan akseptere. Fastlegeordningen bygger på et avtalesamarbeid, der forhandlingsordningen er en nødvendig garanti for å sørge for balanse mellom rettigheter og plikter for legene. Å løsrive et enkeltelement av en total finansiering (i en bundet økonomi) er i strid med forutsetningene for fastlegeordningen.

Det virker forutsatt i forskriften kap. II og III at lege i primærhelseteam kan kreve kveldstakst for arbeid (konsultasjoner og hjemmebesøk) utført etter vanlig kontortid (kl 16). Legeforeningen støtter dette for honorarmodellens del, under forutsetning av at den klare intensjonen for primærhelseteampiloten er å avvikle tjenester på dagtid.

Vi etterlyser imidlertid en presisering av at leger i honorarmodellen som bruker kveldstakster som nevnt i høringsnotatet, også uttrykkelig har rett til å bruke kveldstakster for tidsbruk, samt kjøregodtgjørelse mv. Bare på denne måten unngår man at pasienter som skal følges opp av primærhelseteamet, f.eks. kronikere eller skrøpelige eldre henvises unødvendig til legevakt. Også for driftstilskuddsmodellens del ser vi at grenseflaten mot evt. legevaktsarbeid kan bli utfordrende; særlig der det dukker opp behov for kveldsarbeid i forhold til pasienter som hører under piloten, og med fare for at disse henvises til legevakt.

Vi etterlyser også avklaring av hvorvidt takst 11e bør være med i piloten, denne tilgodeser fastleger som gjør sykebesøk til egne pasienter med kroniske lidelser etter kl. 16.

Sykepleier som rykker ut etter kl. 16 vil for øvrig ha krav på tillegg i lønn, overtid, kveldstillegg. Økonomien i ordningen må fullkompensere dette, enten ved takster eller ved synliggjøring av at det er lagt inn midler i finansieringsrammen.

Vi er opptatt av at den økonomiske ordningen i piloten skal være forutsigbar for legene. I denne sammenheng er det viktig at den økonomiske risikoen for piloten bæres av myndighetene. Vi anser at formuleringen i § 7 ikke i tilstrekkelig grad sikrer primærhelseteamene. For det første mener vi at det må være forutgående omsetning på det enkelte legekantor som bør danne standarden for økonomiske garantier fra staten, og ikke trygdens utgifter til det enkelte legekantor. Vi er ikke sikre på at sistnevnte vil reflektere reelle omsetnings-/inntektstap som følge av evt. lokale drifts- og samvirkeutfordringer, nedjustering i listestørrelse (særlig driftstilskuddsmodellen) eller økte

kostnader som ledd i piloten. Vi er også usikre på hvilke beregninger det siktes til i forslaget § 7 første pkt. i.f., og ser gjerne at dette presiseres, samt at det så raskt som mulig gis innblikk i detaljer ved disse beregningene.

Legeforeningen kan ikke anbefale våre medlemmer å delta i et krevende pilotforsøk hvor de økonomiske betingelsene fastsettes ensidig av staten både forut for og gjennom hele piloten, og i strid med hvorledes økonomien i fastlegeordningen for øvrig fastsettes gjennom forhandlinger mellom partene.

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege
Forslaget til ny § 2 nr 8 lyder:

"Fastleger som jobber i primærhelseteam kan ikke kreve egenandeler eller refusjon fra trygden i medhold av denne forskriften ved behandling av egne listeinnbyggere."

Vi mener at denne ordlyden må endres all stund primærhelseteam som driftes etter honorarmodellen også er omfattet av forskriften. For disse teamene er jo nettopp egenandeler og refusjon fra trygden inntektsgrunnlaget. Bestemmelsen bør evt. presiseres til kun å gjelde leger i primærhelseteam driftet etter driftstilskuddsmodellen.

Forskrift om fastlegeordningen i kommunen – honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen
Departementet foreslår ny § 9a som tar sikte på å legge til rette for nye økonomiske modeller i forbindelse med primærhelseteam; honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen.

Honorarmodellen

Det virker etter vår mening som departementet i § 9a første ledd siste punktum ikke tar høyde for at lege i honorarmodellen skal få tilført rundsumtilskudd, dvs at det hjemles tilskudd som legene skal ha som dekning for deltakelse i piloten. Vi ser behovet for en presisering av dette.

Det er for øvrig uklart om honorarmodellen i det hele vil bidra til å oppfylle målsetningen med primærhelseteam. Når det ikke er mulighet for å føre lege- og sykepleiertakster på samme dag risikerer man til dels at pasienten blir satt opp til (kort) legekonsultasjon (som det kreves takst for), og at sykepleierkonsultasjon gjennomføres senere samme dag, uten at det føres takster. Den ressursen som sykepleier utgjør lar seg derved ikke dokumentere gjennom takstbruken.

Driftstilskuddsmodellen

I driftstilskuddsmodellen legger man til grunn at økonomien skal styres ut fra bl.a. kvalitetsmål. For å kunne styre etter kvalitetsmål fordrer dette at man er tydelig på hva som faktisk betegner god kvalitet. Dette bør ses i forhold til resten av helsetjenesten, herunder spesialisthelsetjenesten og hvordan finansieringsordningen kan bidra til å understøtte kommunens planlegging, innretning og evaluering av aktuelle tiltak til de utvalgte pasientgruppene. Vi kan ikke se at kvalitetsmålene i driftstilskuddsmodellen er egnet til å tilgodese en slik helhelhetlig målstyring. Vi minner i den sammenheng på at det både på statlig og kommunalt hold, men også fra Legeforeningens side, foreligger urealiserte ambisjoner for kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten.

I forslaget annet ledd siste punktum foreligger en motregningshjemmel som gjelder primærhelseteam som driver etter driftstilskuddsmodellen. Nærmere bestemt er det foreslått at:

"Kommunen kan motregne fastsatt listeinnbyggertilskudd mot egenandeler og egenbetalinger som primærhelseteamet har krevd inn."

Forslaget er en kan-regel, og det er ikke fastsatt kriterier for motregning for øvrig. Vi vurderer dette forslaget til å være svært uoversiktlig og uklart. I verste fall kan motregning i egenandeler medføre at kommunene får et selvstendig incitament til å utfordre kapasiteten i primærhelseteam som driver etter driftstilskuddsmodellen, evt. at det økonomiske incitamentet for å øke aktiviteten i primærhelseteamene helt forsvinner. Slik bestemmelsen fremstår, vil den medføre svært dårlig forutberegnelighet for primærhelseteam som allerede tar en stor økonomisk risiko ved å delta i en ikke utprøvd finansieringsmodell. Legeforeningen kan ikke anbefale våre medlemmer å gå inn i en økonomisk modell hvor kommunen delvis eller helt overtar den delen av økonomien som er knyttet til aktivitetsnivå. (En slik modell vil for øvrig også skape nye utfordringer for legekantorenes håndtering av sin regnskapsførsel.)

Forskrift om egenandelstak 1

Vi vil presisere at det ut fra forutsetningene, slik vi har forstått dem, er daglig leder, altså lege, som faktisk sender oppgjøret og som har det endelige ansvaret for oppgjørets korrekthet. Departementet bør sørge for at ansvarslinjene mellom lege og sykepleier er avklart i forhold til innrapportering mot egenandelstak 1, men også i videre forstand, f.eks. ved evt. tilbakebetalingskrav og/eller administrativ reaksjon fra helseforvaltningen. Et pilotforsøk med endrede vilkår for takstbruk hvor takstfortolkning ikke er drøftet mellom partene skaper en særlig stor risiko for både under- og overforbruk av takster. Dette sammen med at fastleger kommer i ansvar for medarbeideres takstbruk må håndteres på en smidig måte hvor sanksjonsvirkemidler bør velges med omhu.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Legeforeningen finner generelt at utredningen av økonomiske og administrative konsekvenser som følge av primærhelseteampiloten er mangelfulle. Vi oppstiller de viktigste betenkeligheter nedenfor.

Kommunal samordning

Vi etterlyser et helhetlig perspektiv på hvorledes primærhelseteam skal integreres i kommunens helse- og omsorgstjeneste for øvrig. Vi opplever at det ute i kommunene er et behov for bedre samhandling mellom fastlegene og kommuneledelsen, samt mellom fastlegene og helse- og omsorgstjenestene for øvrig, for eksempel hjemmesykepleien, bofellesskap for psykisk utviklingshemmede, sykehjem, barnevernet. Vi opplever også et uadressert behov for bedre samhandling mellom primærhelseteam og statlige organer som NAV. Relasjonen mellom de nevnte aktørene danner etter vår mening viktige forutsetninger som ethvert forsøk på primærhelserreform bør ta høyde for.

Rekrutteringsproblemer

Vi ser at kommunene som er utvalgt til å delta er velfungerende og uten vesentlige rekrutteringsvansker, noe som også fremgår av VGs kartlegging av rekrutteringssituasjonen for fastleger i kommunene sommeren 2017. Det er derfor vanskelig å se hvordan resultatene fra piloten vil være generaliserbare til de mer gjennomsnittlige kommunene.

Vi erfarer at enkelte kommuner allerede har problemer med tilsetting av sykepleier, og viser til at tilsetting av sykepleier i primærhelseteam kan bli utfordrende. Risikoen for denne rekrutteringen ligger for øyeblikket på legekantoret, og vi etterlyser balanserte retningslinjer for håndtering av en slik situasjon.

Det må også anføres at en eventuell nasjonal bredding av primærhelseteam til hele fastlegeordningen vil ha en prislapp i milliardklasse. Det må derfor stilles strenge krav til dokumentert kost-nytte i evalueringen av piloten.

Økt arbeidsbyrde/nye prioriteringsoppgaver

Legeforeningen stiller seg som allerede nevnt positiv til den uttrykte intensjonen bak helsemyndighetenes satsning på primærhelseteam, om å gi bedre tjenester til såkalt svake etterspørrere og grupper som har et særskilt behov for helsehjelp, og vi ønsker at den skal lykkes.

Vi stiller oss imidlertid tvilende til om de helsepolitiske intensjonene bak primærhelseteam-ordningen faktisk følges opp av nødvendige ressurser. Vi mener at økt innsats for pasienter med kompleks og alvorlig sykdom blir arbeidskrevende for daglig leder/lege i primærhelseteam. Vi ser for oss at dette i første omgang må løses lokalt med reduksjon av pasientlister. Dette gjelder særlig ettersom det gjennom piloten manifesterer seg økte krav til ledelse, internkontroll, rapportering, legemiddelgjennomganger, (avstands)kommunikasjon med pasienter, samt korte frister for å innlede kontakt med utskrevne pasienter. Vi ser bl.a. for oss at ledelsesansvaret i vid forstand kan tilsvare ca. et halvt årsverk for daglig leder. Vi stiller på denne bakgrunn spørsmål om hvordan de økonomiske konsekvensene av redusert listetall (særlig for driftstilskuddsmodellen) vil kompenseres i tilstrekkelig grad i pilotordningen. Spørsmålet om iverksettelse av Statsavtalen punkt 2.3.1 om endring av listetak vil som følge av piloten bli kraftig aktualisert.

Vi anser at sykepleier i primærhelseteam vil kunne gi et bredere tjenestetilbud i oppfølgingen av utsatte grupper. Derfor kan dette i velfungerende kommuner/primærhelseteam gi et bedret tilbud til pasientene. Vi mener likevel at det i de fleste kommuner også vil resultere i økte krav til fastlegene, med økt mengde oppgaver og større faglig ansvar. Dette vil regelmessig medføre økt tid til administrasjon, avstemming og veiledning av sykepleier. I tillegg må man forvente at legen i mange tilfeller ut fra forsvarlighetskravet plikter å overta utredning/behandling/henvisning av dårlige pasienter, noe som er svært ressurskrevende.

Dette er ressurser som fastlegen per i dag i stor grad bruker på å opprettholde daglig drift bl.a. i forhold til krav om tilgjengelighet i fastlegeforskriften, og der det vil kunne oppstå problemer overfor andre pasientgrupper som kan oppleve "uhjemlet" bortprioritering. Vi er derfor tvilende til hvorvidt sykepleierressursen brukt etter forutsetningene i realiteten representerer noen reell avlastning for fastlegene, herunder er det også svært usikker om 1/3 sykepleierressurs per lege er nok til å dekke de forventninger det stilles til piloten. Det må videre bemerkes at fastlegene ut fra arbeidsrettslige betraktninger må være svært aktsomme med at sykepleierressursen brukes strengt til piloteringsformål, og ikke til forefallende oppgaver som assistanse til ø-hjelpssituasjoner mv. All bruk av sykepleier utover pilotens formål øker klart risiko for at ansettelsen rettslig sett bedømmes som fast, altså at arbeidsmiljølovens vilkår "midlertidig karakter" (aml. § 14-9 (1) bokstav a)) ikke kan anses oppfylt.

Prioriteringsutfordringer og ressurs spørsmål er i for liten grad beskrevet i KLF-dokumentet, og vi kan ikke se at forslagene i høringsnotatet tar høyde for slike. Legeforeningen har tidligere etterlyst en klarere myndighetsstrategi når det gjelder slike åpenbare prioriteringsoppgaver som delegeres til primærhelsesjiktet, og kan bare gjenta etterlysningen her.

Tilskuddsbrevet - Listelengde som økonomisk beregningsgrunnlag samt forbehold for budsjettmessige avsetninger

I den foreløpige versjon vi har sett av tilskuddsbrevet til kommunene er det uttalt at:

"Beregnet faktisk gjennomsnittlig listelengde for fastleger i 100 % stilling er 1300. Det er lagt til grunn at fastlegepraksisen bemannes med 100 % årsverk sykepleier for 3900 listeinnbyggere, eller ned til 3600 listeinnbyggere, 80 % årsverk sykepleier for mellom 2400-3599 listeinnbyggere og 50 % årsverk sykepleier for under 2400 listeinnbyggere."

Vi har påpekt overfor direktoratet at faktisk listelengde på landsbasis er vesentlig mindre, om lag 1100. Så vidt vi kan se vil det ha konsekvenser for økonomien i ordningen dersom pasientlister faktisk er 15 % lavere enn det fremgår av direktoratets tall, herunder både for beregning av driftstilskudd og basistilskudd. Vi kan derfor ikke se at det er gjort tilstrekkelige beregninger av økonomien i ordningen basert på faktisk listelengde.

I nevnte utkast til tilskuddsbrev er det tatt forbehold om bevilgninger i statsbudsjettet for det enkelte år i forsøksperioden. Det skaper en vanskelig situasjon for små virksomheter som skal ansette en sykepleier for en treårsperiode og forplikter seg økonomisk til dette, dersom staten skriver inn et slikt forbehold. Vi må forutsette at legekantorene blir holdt skadesløse dersom prosjektet ikke blir videreført som følge av manglende nye bevilgninger, jf. de tilsagn som gjennom planleggingsfasen er blitt gitt til fastlegene om at de ikke skal sitte med den økonomiske risikoen i dette piloteringsprosjektet.

Juridiske og administrative forhold knyttet til sykepleierressursen

Høringsnotatet viser til fordeler med deltakelse av sykepleier i fastlegepraksis. Slik fastlegeordningen så langt har vært finansiert har slik deltakelse vært vanskelig å få til; finansieringen har ikke tatt høyde for bl.a. pensjonskostnadene. Vi ser positivt på at det legges til rette for økt involvering av sykepleiere hos fastleger, herunder at statlig finansiering tar sikte på å gjøre dette mulig. Vi understreker imidlertid at en forsvarlig bredding av sykepleierbruken i landets fastlegekontorer vil kreve ytterligere statlige midler.

Vi vurderer at erfaringer fra fastlegekontorer som allerede har ansatte sykepleiere med fordel kunne vært omtalt i høringsnotatet. Dette kunne ha bidratt til å synliggjøre de kvalitetsforbedringer denne reformen kan gi, og kunne ha vært del av de kriterier som kunne vært lagt til grunn når forsøksordningen skal evalueres og videreføres.

Vi finner ellers at de arbeidsrettslige problemstillinger knyttet til disponering av sykepleier i primærhelseteam er uavklarte (jfr. punktet om økt arbeidsbyrde/nye prioriteringsoppgaver). Vi har hatt flere møter i Helsedirektoratet der dette har vært tatt opp, men etterlyser fremdeles garantier når det blant annet gjelder lovligheten av midlertidig ansettelse.

Vi deler ellers departementets oppfatning om at takstene for sykepleier skal ligge lavere enn for leger. Legene har et større ansvar og en høyere medisinsk faglig kompetanse. Lavere egenandeler hos sykepleier gjør det trolig lettere å få aksept fra pasientene når de ikke treffer legen på fastlegekontoret. Vi imøteser for øvrig en klargjøring av hvor midler til sykepleiers takstføring er hentet fra. De tilleggskostnader som piloten i sum påfører sentral og lokal forvaltning og legekantorene kan ikke hentes fra rammen for legenes takstoppgjør.

IKT-utfordringer

Piloten stiller klare krav til nyvinning/nybruk av teknologi; bl.a. som ledd i avstandskommunikasjon, rapportering, evaluering. Vi er ikke kjent med at det per i dag finnes tilgjengelig teknologi som kan brukes til oppgavene, herunder som oppfyller krav til personvern, lar seg integrere i eksisterende journalsystemer, er kostnadssvarende og brukervennlig for øvrig. Vi imøteser myndighetenes initiativ for å bringe ovennevnte spørsmål til klarhet. Samtidig må vi uttrykke en viss bekymring ettersom vi er kjent med at Direktoratet for e-helse høyst sannsynlig ikke vil kunne levere de forutsatte IKT-løsninger på lang tid ennå. Vi må også bemerke at det ikke er mulig å kommentere utfyllende på effekten av de foreslåtte regelendringene for kvaliteten på tjenestene, uten at man vet mer om hvordan de tekniske tilpasningene er tenkt.

Vi finner for øvrig at økning i bruk av e-takster ikke vil være et ambisiøst nok kvalitetsmål mht. digitalisering av kommunehelsetjenesten, og vil ikke (slik bruken av e-dialog er i dag fra fastlege til pasient) være nok til å møte de fremtidige folkehelseutfordringene samfunnet står ovenfor.

Evalueringskriterier

Vi peker på at evalueringskriteriene vil være avgjørende både for drift i pilotperioden, og for den endelige status for primærhelseteam. Vi har ikke sett noe opplegg for evaluering av piloten, og vil følge dette nøye fremover.

Først og fremst må evalueringen klarlegge om piloten sannsynliggjør at modellen kan gi en mer kostnadseffektiv tjeneste med bedret pasientutkomme, og at effekten er skalerbar til nasjonalt nivå ved en full implementering. Fordi de økonomiske krav til en full bredding er så store bør det foreligge stor grad av sikkerhet for at midlene brukes hensiktsmessig sett opp mot alternative måter å styrke primærhelsetjenesten.

Evaluator må også ta stilling til om utvalget av kommuner og fastlegekontorer har vært representativt, og man bør ta høyde for konklusjonen på dette spørsmålet i den videre evalueringen.

Andre spørsmål

Nedenfor følger noen viktige spørsmål som har reist seg i diskusjonene internt i Legeforeningen, og som vi så langt mulig ønsker avklart fra departementets side.

- Hva skjer med tilskudd ved avbrudd i forutsatte tjenester, herunder ved legens uttrede pga. konflikt, sykdom, flytting, permisjon eller død; eller dersom sykepleier blir syk/permittert/dør/slutter?
- Kan kommunen ensidig si opp praksisavtalen? Hvordan håndteres dette i så fall i forhold til piloten (inkl. ansvar for tilskuddsbetaling, ansvar for sykepleierressursen)?
- Hvilke eventuelle konfliktløsningsverktøy er tenkt i forhold mellom kommune og fastlegekontoret?
- Hvilke kriterier ligger til grunn for vurdering i forhold til inntektstapsgarantien?
- Etterutdanning/kurs for sykepleier vil utgjøre en stor kostnad svarer seg ikke økonomisk med tapt arbeidsfortjeneste, kursavgifter og reisekostnader. Har piloten tatt høyde for slike kostnader?

Videre prosess

Legeforeningen har deltatt i en omfattende prosess med Helsedirektoratet om etablering av primærhelseteam. Vi opplever at dialogen har vært god og tillitsfull, og flere av våre innspill har blitt tatt hensyn til. Prosjektet er imidlertid komplekst og omfattende, og man har hatt begrenset med tid til rådighet. Vi opplever derfor at mange av våre viktigste innsigelser er blitt hengende.

Vi bemerker at piloten per i dag fremdeles fremstår som uoversiktlig både organisatorisk og økonomisk, og at flere av de spørsmål vi tidligere har stilt rundt ansvar, organisering og økonomi fortsatt er uavklarte. Slik forslagene fremstår per i dag vil en gjennomføring etter vårt syn være uforsvarlig.

Legeforeningen har videre påpekt overfor myndighetene at man ved å pilotere flere så vidt store endringer i en og samme omgang har skapt stor sannsynlighet for ikke å få svar på hovedspørsmålene om nytte av primærhelseteam.

Det vil være behov for videre dialog med departementet/direktoratet i forbindelse med implementering/gjennomføring av piloten. Legeforeningen har til intensjon å følge primærhelseteamene tett, både ved oppfølging i forhold til myndighetskrav, utfordringer i forhold til kommunene, og i intern avtaleregulering. Vi imøteser i første omgang klargjøring av de punkter

som fremgår av dette dokumentet. Vi anser også at primærhelseteam utgjør et naturlig diskusjonspunkt i videre debatter om primærhelsetjenesten i det kommende trepartssamarbeidet.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Lars Duvaland
Avdelingsdirektør

Saksbehandler
Just Haffeld
Rådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk