



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref
201104777-IVAS

Vår ref
2011/14834-MOR

Dato
07.03.2012

Høring om revidert fastlegeforskrift

Vi viser til departementets brev fra desember 2011 hvor utkast til revidert forskrift om fastlegeordningen i kommunene sendes til høring.

Utkastet til revidert forskrift har vært på en intern høringsrunde ved Universitetet i Bergen. Vi viser til vedlagte høringsuttalelse fra Det medisinsk- odontologiske fakultet, samtidig som vi understreker det som der er sagt om behovet for forskning innenfor dette feltet.

Vennlig hilsen

Sigmund Grønmo
rektor

Kari Tove Elvbakken
universitetsdirektør

Vedlegg:
Høringsuttalelse fra Det medisinsk-odontologiske fakultet, datert 29.02.12

Kopi m/vedlegg:
Kunnskapsdepartementet



Universitetsdirektørens kontor

Referanse

2011/14834-STF

Dato

29.2.2012

Høring på fastlegeforskriften - Det medisinsk-odontologiske fakultet

Vi viser til brev datert 9.3.12 der dere viser til brev med vedlegg fra Helse- og omsorgsdepartementet. Universitetsdirektøren ber om tilbakemelding inne 6.3.12. Den reviderte forskriften ble sendt forskningsgruppe og Faggruppe for allmennmedisin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag for uttale.

Begrunnelse

Helse- og omsorgsdepartementet har levert et forslag til revisjon av fastlegeforskriften. Målet med forslaget som fremkommer i høringsnotatet er, ifølge departementet, å bidra til en bedre legetjeneste i kommunene ved at rammevilkårene for allmennlegetjenesten utvikles i en retning som fremmer 1) kvalitet, 2) mer innsats på å begrense og forebygge sykdom der dette er effektivt, 3) tettere samhandling med øvrige kommunale helse- og omsorg tjenester og 4) god geografisk legefördeling og rekruttering til allmennlegetjenesten.

Departementet påpeker at både fastlegene og pasientene er generelt meget tilfreds med fastlegeordningen slik den fungerer i dag, men savner muligheten til å kvalitetssikre ordningen med objektive mål slik man gjør i de fleste andre europeiske land. Samtidig foreslår departementet å benytte egenrapportering for å sikre stat og kommunene gode styringsmuligheter. Styringsretten foreslås også styrket ved blant annet å kunne tilbakeholde hele eller deler av per capita-tilskuddet når kvaliteten ikke anses som god nok.

I høringsnotatet satser departementet sterkt på nye fastlegeplikter som individrettet forebygging og oppsøkende virksomhet i tilfeller hvor pasienten har en påvist lidelse der det er behov for behandling eller oppfølging. Samtidig beholder og forsterker myndighetene ansvaret for hjemmebesøk når dette er nødvendig, medisinsk faglig koordinering og samarbeid med andre aktører i kommunen, og bedre tilgjengelighet for både akutte og kroniske pasienter.

Dette er et UiB-internt notat som godkjennes elektronisk i ePhorte

Universitetsdirektørens kontor
Telefon 55 58 20 01
Telefaks 55 58 96 43

Postadresse
Postboks 7804
5020 Bergen

Besøksadresse
Brakkene, Jonas Lies vei 79
Bergen

Saksbehandler
Stig Morten Frøiland
+47 55 58 28 51

De muligheter til kvalitetsforbedring og styring som lar seg gjennomføre ved det eksisterende avtaleverk, er ikke fullt utnyttet. Her er vi enige med Kommunenes Sentralforbund (KS) som ønsker en bedre utnyttelse og videreutvikling av fastlegeordningen gjennom den eksisterende rammeavtalen.

Forskningsgruppe/faggruppe for allmennmedisin har følgende kommentarer:

I hele dokumentet savner vi fokus på forskning i allmennmedisin og faglig refleksjon som grunnlag for forandringer og kvalitetsforbedringer.

Vi savner en tydeligere erkjennelse av primærhelsetjenestens mandat som et viktig fundament bygget på kontinuitet, personlig relasjon og helhetlig primæransvar for befolkningen. Det er denne erkjennelse WHO bygger på i sitt programdokument fra 2008.

Samtidig vil vi berømme høringsdokumentet for å anerkjenne dialog og frivillige avtaler som arbeidsform i kommunens relasjon med egne fastleger (for eksempel s 31 og 57). Denne intensjon synes imidlertid å bli underkjent på s 55 der det heter at stat og kommune ensidig skal bestemme hvilke data som er egnet til kvalitets- og utviklingsarbeid for primærhelsetjenesten. Vi vil sterkt understreke at en fungerende fastlegeordning, hvis den skal evne å ta inn brukernes perspektiv og styrke pasientenes og innbyggernes egen mestringssevne, er helt avhengig av at legene også blir møtt med tilsvarende dialogiske respekt fra styringsorganene.

Vi er tilfreds med at høringsdokumentet tydelig slår fast at plikten til å kjenne personer på listen med antatt stort behov for legetjeneste men med underforbruk av helsetjenester, ikke skal være en oppfordring til å krenke integritetsgrenser. Retten til selvbestemmelse omfatter også retten til å være uvitende og bekymringsløst tilstedeværende i eget liv. Det er en svakhet i dokumentet at man argumenterer for viktigheten av å drive oppsporende og proaktiv virksomhet med henvisning til Samhandlingsreformen, uten dypere refleksjon. Vi savner her et selvkritisk fokus. Oppsporende virksomhet må bygge på dokumentert effekt. Tidlig oppsporing og behandling som individualisert helsetjeneste, kan ha utilsiktet effekt ved blant annet å fremme sykelighet, sykeroller og lite funksjonelle identiteter. Denne type refleksjon er ikke synlig i dette dokumentet, som slår fast som en a-priori sannhet at helseulikheter vil utjevnes med mer helsetjeneste til dem som er underprivilegerte. Allmennmedisinsk forskning både fra Norge og internasjonalt viser at det er grunn til forsiktighet på dette feltet.

Kvalitet, styringsmuligheter og åpning for sanksjoner

I Kapittel 2 § 7 skriver departementet at kommunen er ansvarlig for at fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf. §§ 17-30. Videre i kapittel 4 § 31 leser vi i forslaget til forskrift at fastlegen skal avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetens ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og en faglig utvikling av allmennlegetjenester. Staten og kommunen definerer hvilke data som avgis. I § 36 foreslår departementet sanksjoner ved manglende oppfyllelse av individuell avtale, rammeavtale eller regelverk.

Forsknings- og faggruppen i allmenntidisin er enig i at det er nødvendig å få mer kunnskap om det som foregår på fastlegenes kontor i landet. Per dags dato er dette tungvint med unntak fra data om regningskortene fra HELFO. For å kvalitetssikre tjenesten må vi, som foreslått av departementet, få mer informasjon fra fastlegene. Utfordringer i dag ligger i flere forskjellige EPJ systemer som gir begrenset mulighet til å trekke data automatisk. Datauttrekk som ikke er begrunnet i faget og forskning rundt faget, blir en pliktøvelse uten refleksjon og relevans. Et scenario hvor fastlegevirksomhetene skulle rette seg etter virkårlige mål bestemt av staten eller kommunen eller etter middelverdier, kan vanskelig være utgangspunkt for kvalitetsforbedringer. Slike data må gjøres relevant i dialog internt i legefora og i dialoger med styringsorganer.

Vi stiller oss kritiske til høringsdokumentets fascinasjon over utredninger fra The Commonwealth Foundation. Flere av de land som departementet mener vi er underlegne i forhold til, bruker eksterne mål og også honorering basert på slike mål som styringsinstrumenter. Det høringsdokumentet ikke forteller noe om er at denne typen kontrolltiltak kan føre til uheldige vridningseffekter og enda mindre tilfredsstillende helsetjeneste for underpriviligerte grupper. Dokumentet påpeker at trivsel og trygghet blant fastlegene kan undermineres. Slik misnøye stimulerer gjerne til private løsninger og flere unødvendige helsetjenester til personer som ikke har behov for, men økonomi til, å betale for slike.

Forsknings- og faggruppen for allmenntidisin foreslår å forandre kapittel 4 § 31 til: fastlegen skal avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetens ansvar for et forsvarlig allmenntidiletbud og en faglig utvikling av allmenntidiletjenester. Kvalitetskravene blir utviklet i samarbeid med fastlegenes fagmiljøer i legeforeningen og de allmenntidilinske forskningsgrupper og institusjoner. På denne måten kan man sikre mer kunnskap om viktige deler av faget og samtidig gi faglige impulser til fastlegene i riktig retning. Dette krever også mer forpliktende innsats og ansvar for forskning og fagutvikling i kommunene.

Annet legearbeid – hvor er forskningen?

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester understreker at kommunene har en plikt til medvirkning til forskning. Dette gjenspeiles ikke i forslaget til fastlegeforskrift. Det finner vi meget bekymringsfullt.

Departementet utvider dagens fastlegeforskrift når det gjelder fastlegens deltakelse i annet allmenntidilegearbeid i kommunen i kapittel 3 § 12: Fastlegens deltakelse i annet allmenntidilegearbeid i kommunen gjelder helsestasjons- og skolehelsetjenesten, arbeid ved sykehjem, fengsler og andre kommunale institusjoner, veiledning av turnusleger og kandidater som gjennomfører veiledet tjenester og undervisning av medisinstudenter, medisinskfaglig rådgiving, kapasitet til å utføre konsultasjoner for personer som ikke oppfattes av listeansvaret, plan og utredningsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I kapittel 5 § 37 leser vi at deltakelse i annet kommunalt legearbeid gir fastlegen rett til en forholdsmessig avkortning av listelengden pålagt i medhold av første del.

Disse oppgavene vil også bli større og mer synlige i nærmeste fremtid når en større del av den kliniske undervisning i legeutdanning flyttes til kommunene jf. samhandlingsreformen. Vi mener også det er på tide at det etableres utdanningsstillinger i allmenntidisin med muligheter for fast lønn. Slike utdanningsstillinger må sikres kompetent veiledning. Her er det

behov for samarbeid mellom kommunene og de allmennt medisinske akademiske institusjonene ved universitetene.

Som et første skritt foreslår vi at:

- 1) Forskning og undervisning ved universiteter og høyskoler skal defineres som «andre viktige oppgaver for fastleger» på linje med skolehelse- og helsestasjonsvirksomhet.
- 2) Retten til permisjon ved forskning, som er nedfelt i rammeavtalen KS Dnlf. § 12.1 må styrkes. Legene som forsker 40% av tiden, kan per i dag ikke pålegges annet allmennt medisinsk offentlig legearbeid. Ordningen må utvides til å dekke ned til 20 % forskning. På denne måten vil forsknings- og undervisningskompetanse blant fastlegene heves, slik at man kan forbedre kvaliteten av tjenestene og studentveiledningen.
- 3) Fastlegeforskriften skal tilplikte kommunene enten alene eller gjennom interkommunalt samarbeid og ved samarbeid med helseforetakene å drive forskning- og utviklingsarbeid i den kommunale primærhelsetjenesten. Dette bør bli en anerkjent del av det kommunale ansvaret for kvalitetsarbeid- og kvalitetsforbedring.

Forebyggende og oppsøkende virksomhet

Kapittel 4. Funksjons- og kvalitetskrav, og krav til rapportering

§19 Oversikt over listeinnbyggerne

Fastlegen skal, basert på foreliggende journalinformasjon, ha oversikt over tjenestebehov og legemiddelbruk til innbyggerne på egen liste... Fastlegen skal ha et system for å identifisere innbyggere på listen som benytter seg av tjenestetilbudet i vesentlig mindre grad enn personens medisinske behov tilsier med mer.

§ 20 Oppsøkende virksomhet

Fastlegen som har eller mottar informasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilbys konsultasjon og hjemmebesøk.

Vi vil gjenta at slik virksomhet må være tuftet både på behov (pliktetik) og dokumentert effekt (nytteetik). Det er ikke tilfredsstillende at helsetjenesten utvikles på grunnlag av fromme ønsker og samaritanbehov hos hjelpere og politikere. Med denne begrunnelsen foreslår vi å fjerne § 20.

Legemiddelforskrivning

I kapittel 4 § 27 står det at For listeinnbyggere som bruker 6 legemidler eller mer skal fastlegen minst en gang per år gjennomføre en legemiddelgjennomgang, eventuelt i samarbeid med relevant helsepersonell. Tiltak for å redusere risiko for legemiddelrelaterte problemer skal fremgå av pasientjournalen.

Forsknings- og faggruppen i allmennt medisin er enig i at fastlegen spiller en nøkkelrolle i forhold til listepasientenes totale legemiddelbruk. E-resept vil gi gode muligheter for

kontinuerlig oppdatering av pasienters legemiddelliste. Vi er også enig i at strukturert legemiddelgjennomgang er en god metode for å "rydde opp" i pasienters legemiddelliste og kvalitetssikre behandlingen. Men vi vil påpeke at det er meningsløst å fastsette en arbitrær grense mht. antallet legemidler; behov for legemiddelgjennomganger først og fremst avhengig av pasientens helse, og hvilke typer legemidler pasienten bruker. Videre vil vi påpeke at det ikke foreligger dokumentasjon på legemiddelgjennomgangers effekt på hjemmeboende pasienters helse. Riktignok viser enkelte (små) studier i sykehjem at legemiddelgjennomgang kan bedre kvaliteten av legemiddelbehandlingen, men dokumentasjonen av klinisk nytte er meget svak. Disse forhold må tas i betraktning når man pålegger fastleger denne oppgaven eksplisitt, som for øvrig allerede er en naturlig del av fastlegers kliniske arbeide.

Farmasøytene har en kompetanse som gjør dem til nyttige samarbeidspartnere i mange sammenhenger. Men vi vil understreke at farmasøyt naturligvis ikke kan gjøre legemiddelgjennomgang alene for så å rapportere til legen. Legemiddelgjennomgang bør gjennomføres i fastlegens regi på fastlegens kontor, og vi fraråder sterkt mot såkalte legemiddelsamtaler i apotek.

Vi foreslår derfor å endre § 27 slik:

Fastlegen har et ansvar for at legemiddelbehandlingen av innbyggerne på listen samlet sett er trygg og effektiv, og at legemiddellisten er oppdatert. En oppdatert legemiddelliste skal sendes pleie- og omsorgstjenesten dersom disse har ansvar for pasientens legemiddelhåndtering. Tiltak for å redusere risiko for legemiddelrelaterte problemer skal fremgå av pasientjournalen.

Prioritering

De oppgaver som departementet ønsker å forskriftsfeste synes relevante, og de aller fleste slike plikter er i dag også avtalefestet. Allikevel vil slik forskriftsfesting føre til et økt ansvar på fastlegene. Derfor bør de nye forskriftene inneholde normtall og maksimaltall for pasienter på fastlegelisten slik at vi kan få til en kvantitetsreform samtidig med denne innholdsreformen.

Fastlegene bør gis redskap til bedre prioritering av sine oppgaver. Med foreliggende forslag til forskrift er det ikke rom for prioritering; alle skal gis time innen to til fem dager, fastlegene skal også oftere i sykebesøk og drive med flere samarbeidsmøter og forebyggende tiltak. § 23 Allmenne tilgjengelighetsbestemmelser presenterer to forslag som vi ikke oppfatter som ønskelig, og som ville medføre kortere og mer overfladiske konsultasjoner, spesielt uten en revurdering av dagens normtall for pasienter. Vi foreslår derfor at setningene om "Pasienten skal til vanlig få tilbud om konsultasjon senest innen..." fjernes. Som alternativ kan dette erstattes med et mer ambisiøst mål om å gi pasienten time innen samme eller neste arbeidsdag der det er mistanke om alvorlig helsesvikt.

Med dette oversendes uttalen fra Det medisinsk- odontologiske fakultet.

Vennlig hilsen

Nina Langeland
dekan

Stig Morten Frøiland
assisterende fakultetsdirektør