

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.:
Vår ref.: 2011/6247 ASS032/008
Dato: 20.03.2012

Høringsuttalelse om forslag til revidert fastlegeforskrift

Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø, takker for invitasjonen og oversender med dette vårt høringssvar. Synspunkter fra det allmenmedisinske miljøet ved Institutt for samfunnsmedisin er inkludert i høringssvaret.

Innledning

Primærhelsetjenesten er fundamentet i det offentlige helsevesen. Samhandlingsreformen forutsetter at flere og mer avanserte behandlingsoppgaver skal utføres i primærhelsetjenesten. Hvis Samhandlingsreformen skal oppfylle intensjonene, må primærhelsetjenesten inkludert fastlegeordningen styrkes og kompetansenivået heves. Kvaliteten på legetjenesten i kommunene kan styrkes gjennom en god videre- og etterutdanning av fastleger, ved å støtte opp om kollegiale fagutviklingsprosjekter, og ikke minst gjennom at fastleger deltar i undervisning og forskning. Samtidig er det nødvendig med flere fastlegehjempler til kommunene for å ivareta alle oppgavene som lovverk og fastlegeforskriften legger opp til.

Denne høringsuttalelsen konsentrerer seg om hvilke konsekvenser forslaget til revidert fastlegeforskrift vil kunne få for fastlegenes deltakelse i utdanningen av leger og andre helsefagstudenter, om fastlegenes mulighet til å bidra til god forskning og fagutvikling i primærhelsetjenesten, og om rekruttering av nye leger til primærhelsetjenesten.

Fastlegenes deltakelse i undervisning, forskning og fagutvikling

Ved Universitetet i Tromsø (UiT) har praksis i primærhelsetjenesten vært et svært viktig innslag i medisinstudiet helt siden dette ble opprettet i 1973. Hovedelementet er 8 ukers praksis i 5. studieår der våre studenter er utplassert ved legekontor i hele den nordlige landsdel. Faglig sett har ordningen fungert svært godt, og studentene evaluerer praksisperioden som noe av det beste i studiet. I den nye studieplanen ønsker vi å utvide denne typen praksis. Fakultetet anser primærhelsetjenesten som en velegnet læringsarena for å forberede leger til å arbeide i alle deler av helsevesenet. Dette gjelder også nye temaer i grunnutdanningen, som kunnskapshåndtering, forbedringskunnskap og kvalitetsarbeid. Desentralisert praksisutplassering er et viktig redskap i UiTs samfunnsoppdrag: å utdanne leger til primær- og spesialisthelsetjenesten i landsdelen. Det at fastlegene er gode rollemodeller er viktig for rekruttering av unge leger til primærhelsetjenesten.

Det er også store innslag av praksis i primærhelsetjenesten i andre profesjonsutdanninger ved Det helsevitenskapelige fakultet. Fakultetet er innstilt på å utdanne leger og andre helsearbeidere etter Samhandlingsreformens intensjoner, med vekt på *pasienten i sentrum* med et team av helseprofesjonsarbeidere som samarbeider optimalt innenfor hvert nivå av helsetjenesten, og med vekt på *gode pasientforløp* mellom de ulike nivå av helsetjenesten. Det vil i praksis innebære at studenter får trening i samhandling på tvers av studieprogrammene, i pasientnære situasjoner, og med god veiledning lokalt. Det er ønskelig å etablere avtaler med såkalte "undervisningskommuner" med forpliktelser etter modell av undervisningssykehus innenfor spesialisthelsetjenesten.

Det er et klart behov for mer forskning og fagutvikling innenfor allmennmedisinsk virksomhet, noe som har ført til etablering av allmennmedisinske forskningsenheter ved de fire medisinske fakultetene. Det er sterkt ønskelig at utdanningsvirksomheten i primærhelsetjenesten er nært knyttet til forskning og fagutvikling, slik det er det i undervisningssykehusene. Skal dette skje, må forholdene legges til rette, og fastlegene må ha tid til å utføre disse viktige oppgavene. Fakultetet er derfor svært fornøyd med at den nye *Helse- og omsorgstjenesteloven* sier at "enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning" (§8.1), og det i samme kapittel står (§8.3) at kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det betyr at det nå er lovhjemmel for å legge bedre til rette for fakultetenes økte behov for god samhandling med primærhelsetjenesten og fastlegene.

Forslaget til revidert fastlegeforskrift – hensynet til utdanning og forskning

Kapittel 2. Kommunen

§§ 3, 4, 7, 8: Fakultetet støtter intensjonen om at kommunen skal ha et tydelig ansvar for allmennelegetilbudet, organisering av fastlegeordningen og kvalitet i helsetjenesten i kommunen. Det må være like viktig å fastslå at den enkelte fastlege har et tydelig ansvar for kvaliteten av sin egen legevirkosomhet.

Vi etterlyser samtidig en forpliktelse for kommunene til å stille kvalitetssikrede praksisplasser til rådighet for studenter i medisin- og helsefagutdanningene. Dette vil igjen kreve at det gis økonomiske rammer for veiledning og undervisning i kommunesektoren, slik som i spesialisthelsetjenesten der undervisningstilskudd er innbakt i helseforetakenes basisbudsjett.

Kapittel 3. Fastlegen

§ 12: Fakultetet støtter forslaget om at fastleger kan tilpliktes såkalt "annet allmennlegearbeid", og er svært tilfreds med at dette omfatter "veiledning av turnusleger og kandidater som gjennomfører veiledet tjeneste, herunder medisinstudenter."

Imidlertid sier § 12 at kommunen står fritt til å definere hvilke allmennlegeoppgaver som skal ivaretas innenfor de foreslåtte 7,5 timer per uke ved fulltidspraksis. UiT er bekymret for at veiledning og undervisning vil tape i konkurranse med andre nødvendige oppgaver, som helsestasjons- og skolehelsetjeneste, sykehjemsarbeid, plan- og utredningsarbeid for kommunen m.m.. Det er i forskriften ikke nedfelt at fastleger skal ha noen rolle i undervisning av andre helsefagstudenter, noe som setter samhandlingsreformens intensjoner i fare. Skal utdanningsinstitusjonene utdanne studenter til samhandling, må dette skje med lokal veiledning i flerfaglige team, der fastlegene skal ha en sentral plass (jfr § 21).

I årene som kommer vil det i tillegg til studentundervisning bli et betydelig økt behov for veiledning av allmennleger i spesialistutdanning. Det er derfor viktig at fastlegenes kliniske arbeidsdager ikke blir mer travle, slik at legene fortsatt har mulighet til å påta seg undervisning- og forskningsoppgaver på individuell basis.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester understreker at kommunene har plikt til å medvirke til forskning. Det er i loven ikke presisert om det gjelder medvirkning til at utenforstående forskere får tilgang til data, eller at fastleger eller andre ansatte i kommunen utfører forskningen. UiT er svært bekymret for at forskning ikke inngår i "annet allmennlegearbeid" i § 12, og at forskning heller ikke er nevnt noe annet sted i forslaget til revidert forskrift. I likhet med de andre universitetene har vi ansatt fastleger som utfører forskning på doktorgradsnivå i deltidsstilling hos oss. Signaler fra flere av disse legene er at de økte kravene i den reviderte fastlegeforskriften vil gjøre det vanskelig å kombinere forskning og klinisk arbeid. Mange har også gitt uttrykk for kommunenes manglende verdsetting av forskningskompetanse, mens deres kolleger på sykehusene oppfordres til å forske. Det er viktig at fastleger fortsatt får anledning til å forske på høyt akademisk nivå og at dette blir anerkjent som en legitim del av fastlegevirksomheten, på linje med annet allmennlegearbeid.

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

§§ 17 og 18: UiT er helt enig i prinsippet om at kunnskapsbasert medisinsk praksis skal være et viktig grunnlag for allmennlegevirksomheten. § 17 framstår imidlertid som ufullstendig. Skriftlig informasjon til pasienten om behandling og oppfølging kan være viktig, men enda viktigere er det å ha en kritisk innstilling til egen virksomhet og gjeldende "beste" praksis; m.a.o kravet om å ikke bare å drive kvalitetssikring, men kvalitetsforbedring gjennom stadig evaluering og forskning på behandlingsformer og – resultater. Igjen bør det gis rom for at fastleger kan bruke ordinær arbeidstid til å delta i kvalitetsforbedringsarbeid.

§ 21 og 22: Forskriften anerkjenner fastlegens sentrale rolle mht koordinering og samarbeid for den enkelte pasient. Samtidig vil vi påpeke at det å forskriftsfeste koordinerings- og forebyggingsansvar på individuelt nivå slik det er gjort i §§ 21 og 22, nødvendigvis vil medføre økt tidsbruk til den enkelte pasient/konsultasjon. Det vil igjen redusere tilgjengelig tid til andre oppgaver, med redusert listeansvar som en mulig konsekvens.

§§ 23 og 24: UiT er skeptisk til at det i forskrifts form stilles krav på detaljnivå om maksimal 2 minutters svartid innenfor kontorets åpningstid og tilbud om konsultasjon innen et bestemt antall dager på bakgrunn av udifferensierte henvendelser fra pasienter. Dette systemet vil stimulere til svært korte konsultasjoner og underminere fastlegenes faglige integritet og mulighet til god planlegging av sin arbeidsdag ut fra lokale forutsetninger. Kravet harmonerer dårlig med læringsmålet om at studenter skal lære å foreta faglige vurderinger og begrunnede prioriteringer i situasjoner med begrensede ressurser.

§ 27: Polyfarmasi er et erkjent problem. Det er viktig at leger og studenter har et kritisk forhold til pasientenes medikamentbruk og kontinuerlig vurderer dette, uansett antall medikamenter. Kravet om årlig legemiddelgjennomgang hos dem som bruker et spesifisert antall (6) legemidler framstår som tilfeldig valgt og uhensiktsmessig i forhold til kravet om å drive en forsvarlig legepraksis med kontinuerlig kvalitetsarbeid.

§ 31: Forskning og kvalitetsforbedring henger nøye sammen. Det er et stort behov for gode data fra fastlegetjenesten for å kunne evaluere kvalitet og foreslå kvalitetsforbedrende tiltak. Det er positivt at fastlegeforskriften foreslår at legene skal avgi data til styrings og kvalitetsformål, men det må knyttes tilsvarende krav til kommunale eller statlige myndigheter om å stille til rådighet velegnede verktøy for datauttrekk og dataanalytisk kompetanse. For å styrke dette arbeidet tror vi at en sterkere samfunnsmedisinsk faglig ledelse av kommunenes helsetjenester vil være nødvendig. Videre kan det vanskelig tenkes at fastlegene skal arbeide med kvalitetsforbedring i sin egen praksis uten at det er legitimt å sette av FoU-tid til dette innenfor vanlig fulltidspraksis.

Kapittel 5. Fastlegeavtalen

§ 36: Samarbeid i helsetjenesten må bygge på gjensidig tillit og respekt. Plikter og produksjonskrav må balanseres mot positive stimuli til faglig utvikling og kvalitet. Kommunale sanksjonsmuligheter kan være viktige ved svikt i legevirksomheten, men mange av de svakheter ved fastlegevirksomheten som blir omtalt i høringsnotatet som følger forslaget, må rettes opp på systemnivå (kommunalt eller statlig). Vi frykter at paragrafen i sin nåværende form kan virke spesielt skremmende på unge leger som vurderer å starte en yrkeskarriere i allmennmedisin.

Kapittel 6. Fastlegens lister

§ 37: Økt arbeidspress p.g.a. nye arbeidsoppgaver knyttet til klinisk pasientarbeid må kompenseres med mulighet til redusert listeansvar. Det legges ikke til rette for dette i utkastet til fastlegeforskrift, hvor man i stedet tydeliggjør at kommunene ensidig kan kreve en listelengde på 1500 innbyggere ved 100 % klinisk stilling (uten samfunnsmedisinsk/kommunalt arbeid). 300 listepasienter per kurativ arbeidsdag er langt mer enn det som i dag er vanlig i nordnorske distriktskommuner. Forskriftens detaljeringsgrad på dette området bør justeres og balanseres opp mot hva som er hensiktsmessig å legge inn i avtaler mellom fastleger og kommunene. Dersom fastlegene skal tilpliktes nye oppgaver, må det samtidig sørges for en økning av antall legeårsværk i kommunen, noe som blant annet bør skje gjennom oppretting av fastlønnede utdanningsstillinger i allmennmedisin.

Avslutning

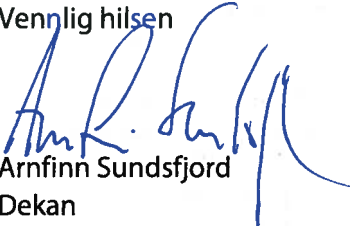
Det er avgjørende at HOD greier å fastholde og videreutvikle fastlegeordningen til en velfungerende funksjon preget av gjensidig tillit for at primærhelsetjenesten skal fungere godt, herunder også å kunne tilby gode undervisnings- og forskningsarenaer.

Like viktig som innholdet i revidert fastlegeforskrift er de momenter som ikke er foreslått i forskrifts form og heller ikke er omtalt som elementer som bør inngå i avtalen mellom kommune og fastlege. Manglende omtale av fastlegers deltakelse i forskning er allerede nevnt. Tiltak som kan fremme rekruttering til fastlegesystemet er ikke tatt med i forskriften - som mulighet for fastlønnsstillinger i kommunene og fastlønnede utdanningsstillinger. Forhold som gjelder kompetansehevende tiltak generelt og krav om/stimulering til spesialistkompetanse og forskningskompetanse i allmenmedisin blir ikke omtalt.

Det er viktig at fastlegene har arbeidsbetingelser og faglig ramme for virksomheten som gir yrkesstolthet, faglig tilfredshet og som stimulerer til "livslang læring". For at studenter og unge leger skal velge primærhelsetjenesten som arbeidsfelt, må fastlegene framstå som gode rollemodeller og gode veiledere for studenter i praksis. En ny fastlegeforskrift bør inngå som en del av en større pakke for faglig opprustning av fastlegeordningen.

Tromsø, 20. mars 2012

Vennlig hilsen


Arnfinn Sundsfjord
Dekan


Inger Njølstad
Prodekan medisin og odontologi