

Det Kongelige helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

postmottak@hod.dep.no

Bergen, 14. mars 2012

Høringsbrev om revidert fastlegeforskrift

Deres ref. 201104777-IVAS

Vedlagt følger felles høringsuttalelse fra de Allmenntmedisinske forskningsenheter i Bergen, Trondheim, Oslo og Tromsø.

Med hilsen



Guri Rørtveit
Forskningsleder AFE Bergen
professor dr.med.

Fastlegeforskriften – høringsuttalelse fra Allmenntedisinske forskningsenheter i Bergen, Trondheim, Oslo og Tromsø

De allmenntedisinske forskningsenheterne anerkjenner behovet for en revidert fastlegeforskrift. En revisjon gir anledning til samfunnsmessig refleksjon over den kvalitet og standard som fastlegetjenesten skal ha. Siden fastlegeordningen (FLO) ble innført i 2001 med suksess, har fastlegene i liten grad blitt viet interesse av de sentrale helsemyndigheter og kommunene. En revisjon av forskriften kan gi anledning til å videreutvikle denne delen av tjenesten.

Definisjonen av begrepet «fastlege» må utvikles til å gjelde fastlegens virksomhet (vanligvis legekantor). Få leger er til stede på kontoret 5 dager i uken og fastlegen kan derfor ikke personlig ta ansvar for alle gamle og nye oppgaver innen de foreslåtte tidsfrister.

Forskriftsforslaget presiserer kommunenes og fastlegenes ansvar. Det er sterkt ønskelig at statens ansvar for utvikling av fastlegetjenesten blir synliggjort. Et åpenbart eksempel er utviklingen av elektronisk pasientjournal og elektroniske løsninger for kommunikasjon med andre deler av helsetjenesten, der situasjonen er bekymringsfullt dårlig. Hvis Helse- og omsorgsdepartementet mener alvor med å heve kvaliteten på tjenesten, kan ikke ansvaret for dette feltet legges på 4000 individuelle fastleger. Utvikling av IKT-verktøy må være et statlig ansvar, selvsagt i nært samarbeid med brukerne representert ved sentrale allmenntedisinske fagmiljø, inkludert legeföreningen og forskningsmiljøene.

En revidert fastlegeforskrift må legge til rette for gode og forsvarlige allmenntedisinske tjenester, og samtidig gi rammebetingelser for faglig refleksjon, fagutvikling, forskning og undervisning. Det forslaget som foreligger må endres i vesentlig grad for at disse kravene skal være oppfylt. Det er et problem at forslaget innebærer tiltak der det mangler dokumentasjon på at tiltaket er nyttig, eller der det finnes dokumentasjon for at tiltaket kan være skadelig. Forslaget reflekterer ikke hva kunnskapsbasert praksis i fastlegetjenesten betyr, og dette er bekymringsfullt.

A. Klinisk allmenntedisinsk arbeid

- Mange land betrakter den norske fastlegeordningen som en inspirasjon til å utvikle en billig og effektiv helsetjeneste. Samtidig som fastlegene nyter stor tillit i befolkningen, innehar de høy grad av faglig kunnskap og holder seg oppdatert gjennom kravet til resertifisering av spesialiteten hvert 5. år. På grunn av kompleksiteten i pasientenes problemer er det ofte ikke ett medisinsk problem som skal løses. Det er stor grad av multimorbiditet hos pasientene. Flere forhold som pasientens sosiale og økonomiske situasjon, verdier og valg, må dessuten tas i betraktning. I allmenntedisin vil derfor skjønn og tilpasning av legens kunnskap til den enkelte pasient kunne komme i konflikt med en forskriftsrettet detaljstyring av virksomheten. Det er derfor uheldig å forsøke å ensrette og detaljere klinisk praksis gjennom forskrift. Dette er ikke til hinder for at det kan stilles generelle krav til kvalitet i forskrifts form.
- Forskriften går altfor langt i å diktere det faglige innholdet i allmenntedisinsk praksis. Dette er et problem både fordi et departement verken kan eller bør styre selve faget i en

virksomhet som krever så høy fagkunnskap, og fordi fagutvikling er en kontinuerlig prosess som en forskrift ikke vil ha mulighet til å følge eller forutsi.

- § 27, som omhandler strukturert legemiddelgjennomgang er et eksempel på uhensiktsmessig detaljstyring. Metoden er god for å ”rydde opp” i pasienters legemiddelliste og kvalitetssikre behandlingen. Men det er meningsløst å fastsette en arbitrær grense med hensyn til antallet legemidler; behov for legemiddelgjennomganger er først og fremst avhengig av pasientens helse og hvilke typer legemidler pasienten bruker. Det foreligger heller ikke 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. Legemiddelgjennomgang kan ikke gjøres uten kunnskap om pasientens sykdom og bør uansett gjennomføres i fastlegens regi. Vi fraråder sterkt såkalte legemiddelsamtaler i apotek.
- § 22 er også et eksempel unødvendig forskriftsfesting av normal medisinsk praksis, i dette tilfellet forebygging. En forskrift bør ikke ha ambisjoner om å fungere som en medisinsk lærebok. Incitamentet til styrket individuell forebygging må gjøres på andre arenaer og selvsagt kun der slike tiltak har vist seg nyttige gjennom vitenskapelig utprøving.
- Etablering av hensiktsmessige elektroniske løsninger i praksis, slik som mulighet for å bestille time over internett, må ikke gjøres avhengig av den enkelte fastleges betalingsvilje og vurdering av nyttegevinst. Staten bør fullfinansiere slike løsninger uavhengig av Normaltariff-forhandlingene. Dette bør være en forutsetning for krav om denne type løsninger.
- Normtall for besvarelse av telefon bør settes i sentrale avtaler. Konsekvensene av å kreve at en gitt andel telefoner skal besvares innen 2 minutter kan få konsekvenser for bemanning og dermed per capita-tilskuddet og bør utredes nærmere.
- For at fastlegen skal kunne ta samlet ansvar for pasientenes legemiddelbruk, må han/hun ha de nødvendige redskaper for å kunne utveksle informasjon med andre deler av helsetjenesten om (endret) legemiddelbruk, særlig epikriser etter sykehusinnleggelse. En annen forutsetning er at FEST må være implementert hos alle fastlegekontorer.

Vi foreslår at § 17 endres slik:

Fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap. Fastlegen skal kjenne til nasjonale faglige retningslinjer der slike finnes og legge disse til grunn når det er relevant.

Fastlegen skal i sin virksomhet (...ingen endringsforslag i det videre)

Vi foreslår at kravene til fastlegen i §§ 19 og 20 utgår i sin nåværende form. Kravene vil være svært ressurskrevende å etterfølge, samtidig som nytten er usikker. Det er liten dokumentasjon for at en fastlegeintervensjon overfor pasienter som ikke ønsker å motta hjelp, eller der adekvat behandlingstilbud ikke finnes, har betydning for pasientens helsesituasjon. Dersom slik dokumentasjon senere blir utviklet, er det en selvfølge at fastlegene legger til rette for praksis i tråd med dette – som en del av kravet til faglig

forsvarlighet. Behovet for prioritering kan omformuleres slik: *Fastlegen skal prioritere pasienter med stort behov for allmennlegetjenester og tilrettelegge best mulig for pasienter som oppsøker fastlegen mindre enn det medisinske behovet tilsier.*

Vi foreslår at § 22 endres slik at siste setning utgår. Den er selvsagt og har ikke noe i en forskrift å gjøre. Et godt alternativ er å stryke hele § 22 som pålegger legene å tilby risikopasienter individrettede forebyggende tiltak, som jo er normal praksis.

Vi foreslår å erstatte § 23 slik:

Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid.

Timebestilling skal kunne mottas pr telefon eller direkte fremmøte, eventuelt via SMS eller egen internettportal.

Pasienter som mener å ha behov for en øyeblikkelig hjelp vurdering, skal normalt kunne få dette hos fastlegen samme dag. Andre henvendelser må prioriteres i hastegrad, slik at legetime for kliniske problemstillinger normalt skal gis innen 5 virkedager.

Problemstillinger av mer administrativ art og uten hast bør kunne håndteres innen en måned.

Vi foreslår en tilføyelse til § 25 om hjemmebesøk slik:

Fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til personer på listen som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne er forhindret fra å møte på legekantoret og det er behov for legekonsultasjon. Kommunen må organisere assistanse ved slike hjemmebesøk (for eksempel blodprøvetaking i forkant).

Vi foreslår at kravet til årlig legemiddelgjennomgang hos pasienter som bruker 6 eller flere medikamenter utgår (§ 27). Endringer som følger av Samhandlingsreformen, E-resept og multidose administrering vil langt på vei dekke opp dette behovet.

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.

B. Forskning, undervisning og utdanning

- Gjennom Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har kommunene fått en lovfestet plikt til å bidra til og legge til rette for forskning av relevans for kommunehelsetjenesten. Kunnskapsbasert praksis er en kvalitetsindikator som må basere seg på allmennmedisinsk

forskning. Kravene til kommunal medvirkning til forskning gjenspeiles overhodet ikke i forslaget til forskrift, og dette er svært bekymringsfullt.

- Det er behov for å prioritere forskning i allmennpraksis, men forskriften inneholder så mange detaljkrav og andre oppgaver fastlegen kan pålegges at dette målet undergraves. For at allmenntmedisinske forskere skal ha anledning til å drive forskning på seriøst nivå, er det nødvendig at de fritas fra plikt til «annet allmenntmedisinsk arbeid» i kommunene.
- En større andel av den kliniske undervisning i legeutdanningen skal foregå i kommunene. Det blir da viktig å sørge for at fastlegene har tid og tillatelse til å påta seg undervisningsoppgaver, og disse bør anses som en del av kommunenes, og dermed fastlegenes, offentlige forpliktelser. Det er bra at undervisningsoppgaver defineres som «annet allmenntmedisinsk arbeid» (§12) og dermed kan inngå i de 7,5 timene per uke fastlegene kan tilpliktes slikt arbeid. Dersom fastlegeforskriften, slik den nå er formulert, blir satt ut i livet, kan det bli vanskeligere enn i dag å få gjennomført kvalitetsmessig god undervisning og veiledning av legestudenter i kommunene fordi legene ikke finner tid til å påta seg dette.
- I Meld. St. 13 2011-2012 (Utdanning for velferd) skriver Kunnskapsdepartementet om legeutdanningen at (side 84): "Samhandlingsreformen forutsetter en dreining av det faglige innholdet i grunnutdanningen i retning av mer allmenntmedisinsk teori og mer praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten." Skal dette skje, er det viktig at både sentrale helsemyndigheter og kommunene følger opp dette gjennom å legge forholdene til rette for en slik utvikling.
- I årene som kommer vil det bli et betydelig økt behov for veiledning av allmennleger i spesialistutdanning, noe som også skal innpasses i «annet allmenntmedisinsk arbeid». Økt behov for veiledning så vel som nye arbeidsoppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen må kompenseres med økning av antall fastleger og 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 arbeid).

Vi foreslår at data som kommunene blir pålagt å samle inn hos fastlegene må kvalitetssikres i samarbeid med forskningsmiljøene og at de også må gjøres tilgjengelig for forskning i kommunen, eller for eksterne forskere.

Vi foreslår at fastlegers rett til å arbeide med forskning som i dag er nedfelt i avtalen mellom KS og Dnlf styrkes ved å forskriftsfestes. Vi foreslår følgende formuleringer:
Leger som utøver forskning i regi av en allmenntmedisinsk forskningsinstitusjon 7,5 timer per uke eller mer kan ikke pålegges andre allmenntmedisinske offentlige oppgaver.
Leger som utøver forskning i regi av en allmenntmedisinsk forskningsinstitusjon 15 timer per uke eller mer kan ikke pålegges legevakt.
Fastleger har rett til fravær for gjennomføring av forskningsprosjekt på doktorgradsnivå.