

Fastlegeforskrifta; kommentar frå tillitsvalt fastlege i Sauherad kommune:

Den nye fastlegeforskrifta som skal til høyring 22.03.12, vil få store konsekvensar for legearbeidet i Sauherad kommune dersom den blir gjennomført uforandra. Her er punktvis tenkte konsekvensar for vår legepraksis;

Kapittel 1;Føremål og definisjonar:

Forskrifta har ei god målsetting om å gjere ei populær og god teneste endå betre og meir tilgjengeleg. Midla får å nå målet må derimot seiast å vere så ressurskrevande, og på nokre område urealistiske, å gjennomføre, at både kommunar og fastlegar med dagens ressursar (både tid og pengar) ikkje vil ha kapasitet til å nå målet. I Sauherad kommune er det 4 fastlegar og 1 turnuslege.

Følgjer av forskrifta for kommunen;

Kapittel 2;Kommunen:

§6: Kommunen skal tilsynelatande ha ansvaret for listene til fastlegen, dette ansvaret ligg no til Helfo, og fungerer greitt slik. Ein vil anta at flytting av tenesta vil medføre administrativt meirarbeid av relativt store dimensjonar for kommunen.

-§7Auka ansvar for at allmennlegetenseta vert utført forsvarleg, samt for pasientsikkerheten. Dette vil vere ei forskyving av det ansvaret den enkelte lege eller helsepersonell har i følgje helsepersonellova, frå utøvar av tenestene (individuell ansvar), til kommunen(systemansvar). Mykje truleg medfører dette pulverisering av ansvar, og ein kan då stille spørsmål ved om pasientsikkerheten er ivaretatt?

-§8 Kommunen får auka ansvar for å tilrettelegge for samarbeid med fastlegane, som då kan påleggast slike møte. Ikkje noko nemnt her om eksisterande, fungerande samarbeidsformer, som SU til dømes.

Følgjer for fastlegane;

Kapittel 3: fastlegen:

-§10; fastlegane får totalansvar for all behandling og oppfølging av sine listepasientar, inkludert planlegging og koordinering av tenester. Andre aktørar som ein skal samarbeide med for å få dette til, er ikkje nemnt. I tillegg skal ein tilby øyeblikkeleg hjelp på dagtid (dette om lag som før), samt skrive ut helseattestar og gi opplysningar om pasientar via søknader om helse- trygde- og sosiale ytingar. Sistnemnde bør problematiserast i høve taushetsplikt og ikkje minst medisinskfagleg forsvarlegheit. Ein ser stadig oftare at det er byråkratiets behov for attestar som blir prioritert, framfor pasientens behov for medisinsk oppfølging.

§12; Fastlegar påleggast ansvar for allmennlegearbeid i kommunale institusjonar inntil 7,5 t pr veke. I dette inngår det iflg forskrifta også bl. a rettleiing, undervisning, samt plan- og utgreiingsarbeid i kommunal helse- og omsorgsteneste.

I Sauherad fungerer nok dette om lag etter forskrifta, men det er sårbart, då ein pt kun har 1 spesialist som kan drive med rettleiing/undervisning. Når det gjeld plan- og utgreiingsarbeid, er dette strengt teke eit samfunnsmedisinsk område, og burde truleg vore tillagt kommuneoverlegen?

§13; Plikt til å delta i legevakt og vikarordningar; det blir kommunens ansvar å vurdere evt fritak frå legevakt etter gjeldande reglar, og det kan forståast slik at legar som før har hatt rett til fritak, no ikkje har same rett til det lengre. Dessutan ubetinga forpliktelse til å delta i ø-hjelp på dagtid.

Ein blir tilplikta å vere vikar ved fråvære hos kollega, og dermed kan kommunen i praksis avvente å skaffe vikar.

Slik det er i dag, merkar ein at kontordrifta er svært sårbar ved legefråvær, og at det svært raskt vil bli ekstrabelastning på den/dei legane som må steppe inn. Dette går igjen ut over kor tilgjengeleg denne legen blir for egne pasientar.

§15: legen blir tilplikta å ha møte med kommunen. Uklart kva føremål slike møte skal ha. Då ein også ser stadig aukande møteplikt innan td NAV-systemet, ansvarsgruppemøte osv, blir dette eit ekstra moment som fråtek listepasientane fastlegetid.

Kapittel 4: Funksjons- og kvalitetskrav; og krav til rapportering:

§17; nasjonale retningslinjer skal leggjast til grunn for fastlegens praksis. I dagleg praksis ser ein mange pasientar som har fleire og kroniske sjukdommar samtidig. At ein td får plikt til å følgje retningslinjene for den enkelte sjukdom slavisk, vil truleg raskt føre til motstridande og i verste fall skadeleg behandling. Alle pasientar fortener at legen brukar sin kompetanse til å gi den til eikvar tid beste behandlinga, eventuelt kombinasjon av behandling.

Skriftleg informasjon om behandling og oppfølging til pasienten. Å skrive lettfattelege og ferdig tolka epikriser i tillegg til evt henvisningar og liknande ved einkvar konsultasjon, vil igjen frårøve pasienten tid til behandling og grundig undersøking. Dette blir i så fall eit stort kapasitetsproblem, og ikkje minst praktisk og økonomisk vanskeleg i høve tolketenester.

§18; brukarmedverknad; alle skal innhente brukar- og pårørandeerfaringar regelmessig. Dette vil medføre ekstra både økonomiske og administrative kostnader. Spørsmål om både organisering og korleis ein skal finansiere legars arbeid med dette?

Slik det er i dag, er Sauherad Legekontor med i eit kvalitetsnettverk som driv med akkurat dette. Det er arbeid som legane som er med utfører utan vederlag, og ein del av det på fritida. Dersom dette arbeidet setjast i kravs form, bør også legane få økonomisk kompensasjon for det.

§19; fastlegar skal ha full oversikt over listeinnbyggjarane og deira behov og risikofaktorar for sjukdom. Medfører at legen med jamne mellomrom må revidere pasientlista si.

Ein skal dessutan identifisere risikopasientar, noko som vil krevje både systemressursar og legeressursar som ikkje er tilgjengeleg i dag.

§20; oppsøkande verksemd; legen skal tilby konsultasjon og heimebesøk for dei som kan ha behov for det. Manglar i dag system for å identifisere slike pasientar systematisk. I og med at også dette er i kravs form, kan ein anta at legens medisinskfaglege vurdering av situasjonen blir tilsidesett.

§21; medisinskfagleg koordinering og samarbeid; fastlegen skal koordinere førebyggjande tiltak, undersøking, behandling og medisinsk rehabilitering og vere pasientens faste kontakt. Legen skal også vere tilgjengeleg for og ta initiativ til nødvendig samarbeid med andre tenesteytarar.

Dette seier mykje om legens innsats, og ingenting om dei andre aktørane og krav til desse. Medfører mykje truleg fleire møter og mindre tid til pasientane.

§22; individretta førebygging; ein skal kartlegge risikofaktorar for aktuelle pasientar. Det er ikkje dokumentert effekt av slike tiltak i særleg grad; snarare store kostnader. Dessutan viser forskning td at folks sosioøkonomiske status er mykje meir utslagsgjevande for risiko enn td det individretta arbeidet mot røyking.

§23; legen skal vere meir tilgjengeleg, bl a med SMS og e-post. Dette har ein byrja etablere hos oss, samtidig med innføring av "time same dag," som ser ut til å kunne fungere bra i praksis. I og med at ein igjen stiller dette i kravs form, må ein kunne måle og kontrollere responstid td. I visse tilfelle kan det vere problematisk at den medisinske prioriteringa fell bort, og at td krav om helseattestar for førarkort blir prioritert på lik linje med brystsmertor. Dette løysast ved å ha tilstrekkeleg antal timar tilgjengeleg, og kan medføre at ein ikkje nødvendigvis kjem inn til fastlegen.

§24; Fastlege skal tilby helsehjelp same dag i kontortida ved behov. Her er fastlegen låst i at det kun er han/henne som skal tilby denne hjelpa, kan ikkje sørge for at den blir gitt av andre. Med tanke på stadig aukande møteplikt, heimebesøk, tilplikta kommunalt arbeid osv, må det truleg kloring til for at dette skal fungere i praksis.

§25; fastlegen skal gi tilbod om heimebesøk når dette er indisert. Her står ein i fare for at pasientar kan krevje heimebesøk med lova i hand, utan at legen får sjanse til å utøve medisinskfagleg skjønn i høve til behovet.

§26; fastlegen skal henvise til andrelinjetenesta i tråd med samarbeidsavtalar mellom sjukehus og kommune, jamfør samhandlingsreforma(truleg). Desse avtalene har fastlegane i liten grad vore med å utforme, og dermed kan igjen den medisinskfaglege vurderinga bli tilsidesett .

§27; legemiddelforskriving; trygg og effektiv legemiddelhandtering er legens ansvar. Listeinnbyargarar som brukar 6 medisinar eller fleir, skal ha ein gjennomgang av desse minst ein gong i året.

Problematisk i høve til at det td er spesialistar som startar behandling og har oppfølginga av den, og fastlege har dermed ikkje kompetanse nok til å vurdere behandlinga. Igjen auka administrasjonstid i stor grad; dette løysast som regel smidig ved at pasientar med mange medisinar, gjerne ofte er på kontrollar, og får med seg medisinalista dersom det skjer endringar.

§28; Sjukefråværsoppfølging; fastlege skal aktivt bidra til førebygging av varig uførhet. Korleis?

§29; Elektronisk pasientjournal; fastlegar påleggast å vere knytt til norsk helsenett, samt ha elektronisk pasientjournalssystem som er innretta slik at den fyller krav til journalføring, elektronisk samhandling og personvern. Dette har vore godt tilrettelagt på fastlegekontoret i fleire år, men ein opplever at systema ein skal kommunisere med, ikkje fungerer. Her blir ein altså pålagt å sørge for at samarbeidspartnerane også har fungerande system? Dette har elles vore etterlyst i ei årrekkje, utan at det har vore nemneverdig framgang.

Det er også viktig å merke seg at fastlegekontoret sjølve står for alle kostnadene ved journalsystemet.

§30; ein skal nytte kvalifisert tolk, og sende med pasientar skriftleg informasjon på eit språk pasienten forstår. Sistnemnde særleg utfordrande, då oversetting skriftleg er dyrt og tidkrevande.

§31; krav til rapportering til stat og kommune. Ein saknar her eit klart føremål, kva som skal rapporterast, korleis det skal gjerast, kven som skal handtere opplysningane. Dessutan vil dette generere ytterlegar administrativt arbeid.

Kapittel 5; fastlegeavtalen;

Her er det ein del uklare moment, og nokre kun vidareføring av gjeldande reglar. Uklart i høve til at ei forskrift skal regulere avtaler; logisk brist?

§36; kommunen kan tilbakehalde basistilskot ved brot på avtaler eller regelverk. Dette vil då i så fall ikkje gjelde Sauherad kommune, som har såkalla ”null-avtale” med sine fastlegar.

Kapittel 6; fastlegens lister:

§37; listelengde; kommunen kan tilplikte legar liste på opptil 1500 pasientar? Ved vårt legekantor er det fleire mindre lister, men ein ser at det sjølv på lister på 600 pasientar er rikeleg arbeid, ca50 timar i veka i tillegg til legevakt. Pasientsamansetnad er avgjerande for kor mykje arbeid det er på ei liste, og bør reknast med.

Konklusjon;

Forskrifta vil generere antatt store kostnader, særleg administrative, for kommunen.

Fleire av punkta medfører at den medisinskfaglege vurderinga av pasient og situasjon blir tilsidesett til fordel for rigide lovpålagte krav. Dette vil ein anta går ut over pasientsikkerhet i mange tilfelle. I så fall virkar forskrifta mot si hensikt.

Det føregår mykje og godt kvalitetsarbeid ved både vårt og andre legekantor, utan at dette har vore lovpålagt. Dette bør vidareførast, men ikkje som lovpålagte krav slik det er formulert. Dessutan er det viktig å poengtere at legar gjennom si utdanning og relativt omfattande etterutdanning med strenge krav til spesialisering og resertifisering, må seiast å ha gode system for kompetanseutvikling og kvalitet. (Ein vil anta at mykje av dette arbeidet også er billegare for kommunen samanlikna med andre kommunale einingar, då legane kostar kurs, kvalitetsarbeid osv sjølv.)

Forskrifta indiserer ei rekkje lovpålagte oppgåver som trekkjer fastlegane bort frå pasientarbeidet, som er motsett av føremålet. Dei aller fleste fastlegar er – og trivast som- fastlegar på grunn av kontakten med pasientane. Det er eit privilegert yrke, men dei fleste ynskjer mindre papirarbeid og meir pasienttid, noko forskrifta ikkje legg til rette for i det heile. Me ser også i det daglege arbeidet at di meir tid me brukar på pasientane ”våre,” di mindre er det behov for å henvise dei vidare, noko som også er eitt av føremåla med forskrifta.

Rekrutteringa til yrket er bekymringsverdig, og trass mykje idealisme, viser det seg at mange velgjer andre spesialitetar fordi arbeidsmengda er uforenleg med td familieliv. Slik forskrifta framstår no, blir denne ulempen ved yrket forsterka, og vil nok få mange yngre legar til å vegre seg for å halde fram- eller å velje- yrket i det heile.

Kristin Sekse Vikane.