

Høring om Revidert fastlegeforskrift m.m.

Fra Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)

Henviser til Høringsbrev om revidert fastlegeforskrift av des. 2011.

NAKMI er et nasjonalt kompetansesenter på feltet minoritetshelse, og skal gjennom forskning, utviklingsprosjekter og formidling bidra til å fremme innvandreres og flyktningers helse og omsorg, både psykisk og somatisk. I denne sammenhengen er allmennlegetjenester og utformingen av fastlegeordningen et sentralt anliggende.

Bakgrunn

Mens den tradisjonelle pasientrollen hvilte på at vedkommende var å anse som uskyldig rammet av sykdom, hjelpeløs og inkompetent i medisinske spørsmål, er pasienten i dag å anse som konsument av legetjenester med betydelig innflytelse på hvilken behandling som er aktuell, hvor den skal gis og hvordan. Denne utviklingen, som er godt understøttet av pasientsentrert medisin og formaliseringen av pasientrettigheter, forutsetter imidlertid at pasienten har betydelig kunnskap både om helse, sykdom, og forsvarlig bruk av en moderne, høyt teknifisert helsetjeneste. I et slikt konsumentperspektiv er primærlegen ikke bare "portvakt" og døråpner for pasientrollen, dvs. fritak for samfunnsansvar og tilgang til teknisk legehjelp, men også i forhold til andre deler av helsetjenesten og andre ressurser som pasienten kan gjøre krav på, og er videre tillagt roller som helsepedagog, rådgiver og koordinator. I dagens flerkulturelle situasjon, hvor fastlegene må forholde seg til mange som har begrenset kunnskap om bl.a. norsk tjenesteytingskultur, er det tilkommet avvergelsesplikt i forhold til skadelige tradisjoner som fremhever fastlegens kontrollfunksjon.

Fastlegen forventes således allerede i dag å balansere en rekke funksjoner opp mot hverandre mens han selv "balanserer på stram line" mellom pasienters, pårørendes, andre helsearbeideres og myndigheters forventninger.

Forskriftsfesting av funksjoner

Revidert fastlegeforskrift legger nå opp til at legen også skal være kontaktpunkt, sørge for adekvat informasjon, bl.a. om pasienters rettigheter, drive oppsøkende virksomhet, være tilgjengelig for en rekke ulike typer samarbeidspartnere og samtidig være konstant tilgjengelig for alle typer henvendelser. Disse funksjonene er for så vidt ikke nye, men praktiseres ulikt av ulike leger, dels på grunn av ulike interesser og forutsetninger, dels på grunn av lokale og situasjonsbetingede forhold. Når dette nå ønskes fastlagt i forskrifts form, kan det forstås som at det ikke lenger er opp til legen i samarbeid med pasienten å prioritere mellom slike funksjoner, men at befolkningen til enhver tid kan kreve slike funksjoner av legen.

Det som da fremstår som nye funksjoner er at fastlegene skal ha utstrakt oversikt over listeinnbyggerne, drive systematisk kvalitetsarbeid, herunder rydde opp i andres medisinerings, og videre rapportere fra eget arbeid – det siste for at myndigheter skal kunne utøve bedre styring av tjenesten. *Forslaget til ny forskrift innebærer således en dreining fra "bottom-up" til "top – down".*

Denne dreiningen er søkt kompensert ved et krav om at fastlegen skal bruke sitt faglige skjønn og ta tilstrekkelig hensyn til egenskaper ved pasienten, dennes situasjon og dennes ønsker i møtet med den enkelte pasient (s 38). En slik arbeidsmåte følger naturlig av den pasientsentrerte modellen, men dette krever tid og ro fordi det ofte vil være snakk om subtile forhandlinger. Mengden av ønskede funksjoner kan videre medføre en nedprioritering av funksjoner som i dag anses som viktige, som for eksempel individrettet forebyggende arbeid (s 44).

NAKMI mener at hver enkelt av de funksjonene det nå legges opp til er gode og nødvendige for at helsetjenesten skal fungere optimalt, og vi mener at å få disse funksjonene på plass må være et kommunalt ansvar.

Spesielt viktig ut fra et minoritetshelseperspektiv er 1) fokuset på tilgjengelighet og da spesielt for utsatte grupper, herunder innvandrere og andre etniske minoriteter 2) likeverdig kvalitet i tjenesteytingen, herunder oppfordringen om å benytte kvalifisert tolk, 3) kravet om at også de som ikke står på liste hos fastlege skal kunne nyte godt av allmennlege-tjenester, herunder asylsøkere og udokumenterte innvandrere og 4) at kommunen har ansvar for å legge til rette for samarbeid.

NAKMI mener at det likevel er grunn til å betvile realismen i at fastlegen skal ivareta alle funksjonene forskriften legger opp til samtidig. Det er for stor spredning i oppgavene.

Videre betviles fastlegens faglige forutsetninger, da slike funksjoner som her ønskes forskriftsfestet tradisjonelt ikke har tilhørt medisins kjerneområde, og derfor er lite vektlagt i legeutdannelsen.

NAKMI mener videre at det i et mangfoldsperspektiv likevel er viktigere at pasientens tillit til lege og til helsetjeneste ikke kan tas for gitt. Den kan ikke vedtas. Den må utvikles. Og den er sårbar når et "top – down" perspektiv legges til grunn. Det er derfor grunn til å nøye vurdere i hvilken grad en slik kompleks sammenstilling av ønskelige funksjoner vil fremme den nødvendige tillit i lege- pasientforholdet.

Det er i dette perspektivet særlig to forhold som gir grunn til bekymring: 1) Den ukritiske bruken av begrepet tilgjengelighet. 2) Listeansvar versus områdeansvar.

Tilgjengelighet

Økt fysisk tilgjengelighet for alle typer henvendelser, inkludert mail, SMS, og telefon, samt økt tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp kan vanskelig kombineres med økt innsats i oppfølgingen av langtidssykmeldte, arbeid med tolk, habilitering og rehabilitering av kronisk syke/funksjonshemmede, og individrettet forebygging. Tilgjengelighet for en betyr nødvendigvis utilgjengelighet for en annen. De sistnevnte krever dessuten alle en stor grad av mental tilgjengelighet, og denne kan kun oppnås ved en grad av isolasjon, dvs. at legen (eventuelt sammen med tolken) uforstyrret kan (sam)arbeide med den pasienten han har foran seg.

NAKMI mener at en ukritisk, forskriftspålagt tilgjengelighet for alle typer henvendelser vil kunne medføre av legens evne til å forvalte en nødvendig utilgjengelighet overskrides. Resultatet kan bli at mye tid og energi går med avvisning av unødvendige henvendelser, mindre tid til medisins kjerneoppgaver, ringere kvalitet og i verste fall et eventuelt tillitsbrudd mellom lege og pasient.

Listeansvar versus områdeansvar

Det fremheves flere steder i høringsnotatet at pasienter skal kunne velge fastlege uavhengig av kommune- og bydelsgrenser (bl.a. s 16, 32). Det vil si at en fastlege må formodes å ha pasienter fra flere bydeler/kommuner på sin liste. Vi har pr. i dag ikke tilgjengelig kunnskap om i hvilken utstrekning dette er tilfelle. Dette er likevel uproblematisk så lenge listeinnbyggeren er oppegående og mobil og selv kan møte opp på fastlegens kontor, men i tilfeller hvor det er snakk om oppsøkende virksomhet, hjemmebehandling, omfattende rehabilitering, eller samarbeid med andre instanser/etater, melder problemene seg fort i form av mye reisetid og ikke minst stadig nye, ukjente samarbeidspartnere. Mens tekniske løsninger som telefonmøter og møter via Skype eller tilsvarende i stor grad vil kunne kompensere for fysiske avstander, vil vanskene knyttet til stadig nye samarbeidspartnere og team-building i ulike kommuner og bydeler være mer problematiske. Det er grunn til å tro at slikt samarbeid også i dag foregår i noe utstrekning, men dersom slikt samarbeid blir et forskriftsfestet krav vil dette kunne gjøre et uforholdsmessig stort innhugg i fastlegens arbeidstid og kapasitet. Dersom det skulle utvikle seg en praksis hvor listeinnbyggere fra den kommunen/bydelen fastlegen har avtale med får forrang, vil dette for noen kunne oppleves urettferdig, og igjen står lege-pasientforholdet i fare. Dette problemet ville være mindre dersom det var sammenfall mellom fastlegens listeansvar og kommunens/bydelens områdeansvar.

NAKMI mener at før plikten til hjemmebesøk/opsøkende virksomhet formaliseres i forskrifts form bør det utredes i hvilken grad fastlegenes lister befolkes av personer fra andre kommuner/bydeler.

Enkelte fastleger kan også få en konsentrasjon av pasienter med samme språk og etnisitet som seg selv, hvor pasientene da kommer fra fjern og nær. Om disse da skal ha uforbeholden rett til hjemmebesøk av lege uten videre prioritering fra legens side, kan dette medføre en stor ekstra belastning.

På side 36 hevdes det at "Det bør være offentlige myndigheters oppgave å definere hva som er fastlegens oppgaver og plikter, ut fra nasjonale helsepolitiske prioriteringer". Vanligvis utformes sosiale roller, inkludert yrkesroller, i samspillet mellom personens forventninger til seg selv, dvs. vedkommendes selvforståelse, og andres forventninger på et gitt område. Grunnlaget for legenes selvforståelse legges i legeutdannelsen. Det er her medisinenes kjerneoppgaver defineres og det er her en utvikler en forståelse av hva som er god medisin. Offentlige myndigheter må på sin side definere hvilke jobber og posisjoner samfunnet har behov for og hva det kan betale for, det vil si hvilke avtaler som kan inngås. I et liberalt samfunn må det så være opp til den enkelte å velge om en vil inngå en slik avtale eller ikke. Dersom spriket mellom ens sosiale rolle og den stilling som tilbys blir for stort, må det skje en tilpasning.

NAKMI mener at de sanksjoner som er foreslått er adekvate, men at de bør iverksettes ut fra de avtaler som er inngått, ikke ut fra en myndighetsdefinert legerolle. Dette innebærer en sondering av hvorvidt "fastlegen" er å betrakte som en sosial rolle, utformet i møtet mellom pasient og lege, eller en offentlig jobb, utformet av en arbeidsgiver.

Sammendrag og konklusjon:

NAKMI mener at intensjonene ved forslaget til fastlegeforskrift er gode og at de funksjonene som er beskrevet er viktige og nødvendige for at helsetjenesten skal fungere optimalt i dagens flerkulturelle samfunn.

Vi trenger en prioritering av hvilke av de funksjoner som nevnes i forskriften som skal ivaretas av fastlegen. I forbindelse med dette bør en også vurdere eventuelle endringer i (fast)legenes utdanning og etablering av nye yrkesgrupper.

Vi vet i dag for lite om hvordan fastlegenes lister er befolket til å komme med velbegrunnede forslag til hvordan nødvendig samarbeid med det øvrige tjenesteapparatet kan ivaretas.

NAKMI mener derfor at en modell som "Medical home" eller "Helsehus" (s 14), hvor flere faggrupper i samarbeid skjøtter de oppgavene som i den reviderte forskriften tillegges fastlegene, bør utredes.

Videre vil NAKMI påpeke at de muligheter som ligger i det eksisterende avtaleverket ikke synes å være adekvat utnyttet.

Mest bekymring knytter det seg likevel til at den ressurssterke pasienten som er godt orientert om sine rettigheter med forskriften i hånd vil kunne påberope seg forholdsvis mer av helsetjenestens ressurser. I så fall blir innvandrere til tross for alle gode intensjoner skadelidende, dels på grunn av lite kjennskap til norsk forvaltning, dels på grunn av språkvansker og svake forutsetninger til å orientere seg i egne rettigheter. I verste fall vil ressurskrevende eller vanskelige pasienter, herunder innvandrepassienter, kunne bli skviset ut eller valgt bort.

Dersom en likevel velger å gjennomføre fastlegeforskriften slik den er foreslått, bør dette skje i en trinnvis prosess, hvor myndighetene prioriterer hva som er viktigst og således bør komme først, og hvor gjennomføringen skjer i en bred dialog, først og fremst mellom myndigheter og legenes representanter, men hvor også de svakeste stemmene blir hørt. NAKMI vil her fremheve betydningen av at representanter fra innvandrerbefolkningen (f. eks. KIM, SOHEMI, brukerorganisasjoner) er aktive i prosessen.

Bernadette Kumar

Direktør NAKMI



Arild Aambø

Seniorrådgiver, NAKMI