



norsk epilepsiforbund
Karl Johans gate 7 – 0154 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

21. mars 2012

Høring om revidert fastlegeforskrift

Norsk Epilepsiforbund (NEF) har lest høringsnotatet angående revisjon av fastlegeforskriften. I den forbindelse ønsker NEF å avgi følgende bemerkninger.

Norsk Epilepsiforbund støtter departementet i arbeidet med å gi fastlegen større ansvar for listeinnbyggerne sine. Dette gjenspeiles blant annet i § 10 som definerer fastlegens listeansvar, § 19 som pålegger fastlegen å ha oversikt over listeinnbyggernes tjenestebehov, legemiddelbruk samt tjenestebehov i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten og § 21 som gir fastlegen oppgaver i forhold til medisinsk faglig koordinering og samarbeid. Den foreslåtte revisjonen kan innebære en rettslig styrking av pasienten i form av større krav til oppfølging.

Den nevnte styrkingen av fastlegens oppfølgingsansvar sett i sammenheng med forslag til ny § 22 om individrettet forebygging som integrert del av tjenesteyting, kan avhjelpe den pasientgruppen Norsk Epilepsiforbund representerer. Etter vår mening burde individrettet forebygging overfor epilepsipasientene være henvisning av fastlegene til årlig eventuelt jevnlig kontroll i spesialisthelsetjenesten, selv om pasientene er anfallsfrie. Mennesker med epilepsi blir ofte anfallsfri eller får økt anfallskontroll ved bruk av medisiner. Samtidig som epilepsimedisiner ofte er sterke og individuelt tilpasset. Medisinene kan ha bivirkninger eller effekter ved langtidsbruk som krever jevnlig og som et minimum årlig kontroll og oppfølging i spesialisthelsetjenesten på nevrologisk avdeling. I disse tilfellene har ikke fastlegen den nødvendige faglige kompetansen, og derfor er årlig eventuelt jevnlig kontroll i spesialisthelsetjenesten for alle med epilepsi et godt forebyggende tiltak.

Medisingjennomgang hos fastlegen som er foreslått hjemlet i § 27 burde ikke skje hos fastlegen for mennesker med epilepsi. Særlig ikke ved komplekse sykdomsbilder der pasienten bruker seks legemiddel eller mer. Et godt eksempel er tilfeller der utviklingshemming opptrer i kombinasjon med epilepsi. I disse tilfellene kreves det særlig stor medisinsk kompetanse, som kun nasjonale kompetanseorganer innehar. Hvis ansvaret for medisingjennomgang legges til fastlegene må disse ikke ha tilgang til å endre eller forskrive nye medisiner, denne ansvarsoppgaven må da ivaretas gjennom henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Norsk Epilepsiforbund er meget skeptisk til å legge juridiske føringer på fastlegene i forhold til henvisningspraksis. Særlig siden det i forslag til § 31 om krav til rapportering, åpnes for at henvisningspraksis kan gjøres til en del av fastlegenes rapporteringsplikt til kommunene. Dette er problematisk siden kommunene har medfinansieringsansvar ved opphold i spesialisthelsetjenesten og det foreslås i revisjonen å gi kommunene sterkere juridiske og nye økonomiske styringsmidler ovenfor fastlegene. Det departementet gjør i praksis med en slik



norsk epilepsiforbund

Karl Johans gate 7 – 0154 OSLO

endring er å tvinge fastlegene til å ta med andre hensyn i vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten enn de rent medisinske. Henvisning burde etter NEFs mening vurderes i forhold til medisinsk forsvarlighet. Å forskriftsfeste andre hensyn i henvisningspraksisen sender feil politiske signaler. Ikke alle pasientgrupper, blant annet epilepsipasienter, vil få et forsvarlig tilbud i kommunehelsetjenesten.

Revisjonen av fastlegeforskriften har sin bakgrunn i samhandlingsreformen og behovet for å integrere fastlegene sterkere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Et av de overordnede målene for samhandlingsreformen er at en større del av helse- og omsorgstjenestene skal ytes i kommunene. Fastlegene som portvaktsfunksjon i forhold til andre deler av helsetjenesten blir derfor viktig. Norsk Epilepsiforbund tviler ikke på at noen pasientgrupper kan få et godt helsetilbud i kommunene, men dette gjelder ikke mennesker med epilepsi. Mennesker med epilepsi er en heterogen pasientgruppe, der sykdomsbildet kan være svært komplekst. Epilepsiomsorg krever uavhengig av alvorlighetsgrad spesialisert faglig kompetanse og avgjørelser knyttet til diagnostisering, behandling og rehabilitering burde gjøres i spesialisthelsetjenesten for best ivareta pasienten. Epilepsimedisiner er ofte svært sterke og individuelt tilpasset, og kan ha bivirkninger og langtids effekter som krever svært høy faglig kompetanse. Epilepsiomsorgen må derfor ytes hvor kompetansen er størst; i spesialisthelsetjenesten og i de nasjonale kompetanseorganene.

For mer informasjon kontakt gjerne interessepolitisk medarbeider Marte Evenrud på 22 47 66 08 eller marte@epilepsi.no.

Med vennlig hilsen

Norsk Epilepsiforbund

Henrik Peersen
Kst. Generalsekretær