

Skal fastlegen si nei?

Om prioriteringer i en fastlegepraksis

AV MARTHE WALSTAD OG TOR CARLSEN

«Takk for i dag, da sees vi igjen om tre måneder», sier jeg og slipper ut fru Normann. Fru Normann hadde riktig mange spørsmål på lista i dag, og jeg ser at jeg allerede er 15 minutter forsinket.

Telefonen ringer og helsesekretæren sier: «Ville bare gi beskjed om at jeg har satt inn to nye pasienter på avtaleboka utenom time. På skiftetua er det et barn som har falt og slått seg i barnehagen. Barnet har ikke fastlege her, men jeg kunne ikke avvise dem fordi barnet blødde mye fra et kutt i hodet. Dessuten er det fru Hansen som har tatt feil av dagen og kommet i dag istedenfor i morgen. Hun har tatt drosje hit med ledsager... vi kan vel ikke be dem komme tilbake i morgen? Forresten så har hjemmesykepleien ringt om et hjemmebesøk til herr Madsen i dag – de mener han muligens har hatt et lite drypp. Ringer du dem og avtaler? Siste beskjed er at NAV har ringt og bedt om et dialogmøte innen to uker, jeg har lagt en lapp i hylla di.»

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsevesenet mandag kl 1045:

Rådet diskuterer behovet for utbygging av PET-scan i alle deler av landet. Lederen minner om rådets mandat, som er å:

- identifisere områder hvor der er, eller utvikler seg, uakseptable forskjeller i tjenestetilbudet på tvers av fagområder eller geografi
- vurdere spørsmål knyttet til innføringen av ny og kostbar teknologi/medikamenter
- vurdere fordeling og bruk av nasjonale kompetansesentra og landsfunksjoner
- vurdere behovet for utvikling av nasjonale retningslinjer
- vurdere arbeidsdelingen mellom de ulike nivåene i helse-tjenesten

To scenarier hvor det tas valg – i tilsynelatende stor kontrast:



Marte Walstad

Spesialist i allmennmedisin, fastlege i Trondheim, veileder i allmennmedisin. Tillitsvern i legeforeningen siden 2002 derav fire år i sentralstyret. Fra 2007 medlem i Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering..



Tor Carlsen

Spesialist i samfunnsmedisin og allmennmedisin, kommuneoverlege i Drammen, fylkesveileder for turnusleger i Telemark. Ledet SATS prosjektet for kvalitetsutvikling allmennmedisin 1994–1999. Medlem av kvalitetsutvalg for allmennmedisin 2002–2008. Medlem av Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering fra 2007.

Fastlegen oppfattes ofte som en ekspeditør av uprioriterte oppdrag fra pasienter, hjemmesykepleie, NAV og mange andre. Nasjonalt råd arbeider for rettferdig fordeling av helsetjenestene, og skal bidra til å bedre kvalitet, kostnadseffektivitet og arbeidsdeling i helsetjenesten. Har Nasjonalt råds mandat gyldighet i fastlegehverdagen?

I så fall, hva blir de viktige spørsmålene å ta stilling til for en fastlege?

Vi drodler litt videre etter møtet – Marte, fastlege fra en storby, og Tor, kommuneoverlege fra en litt mindre by.

Noen prinsipper er enkle å slutte seg til: Selv i oljelandet er det ikke rom for å gjøre alt som kan være nyttig. På alle nivåer må vi sette det viktigste foran det mindre viktige. Utgangspunktet for prioriteringer må være etiske prinsipper som er nedfelt i vår helsetjeneste: – rettferdig fordeling, forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp og informert medbestemmelse – primum non nocere – vårt første bud er å ikke skade pasienten.

TOR:

Når folk faller mellom stoler i hjelpeapparatet, hender det at jeg som kommunelege kaller på fastlegen, med

utgangspunkt i ansvaret for pasientene på lista. Hva tenker du om listeansvaret? Er det begrenset til at du er en adresse for henvendelser, eller skal du legge til rette for de som ikke har så lett for å henvende seg? Hvordan kan fastlegen ha et gjennomtenkt forhold til å gi mest til dem som har størst behov, slik det står i «de 7 teser for allmenntilmedisin»?

MARTE:

Dette synes jeg er vanskelig og en kilde til en stadig uro – yter jeg de riktige tjenestene til de riktige pasientene på lista?

I den travle hverdagen føler jeg meg ofte som en ekspeditør som utfører oppgaver andre har bedt om. Kravet til effektivitet gjør det vanskelig å ta seg nok tid til refleksjoner. Avgjørelser må tas her og nå. Pasienter og samarbeidspartner er utålmodige. Det er både enklest og gir mest umiddelbar tilfredshet hos dem som etterspør tjenestene at oppgavene blir utført slik de ber om innen kortest mulig tid.

At jeg som fastlege bør gi mest til de som trenger det mest, er det ikke vanskelig å være enig i. Samtidig medfører pasientrettighetene at alle må få anledning til å presentere sine behov for fastlegen, dvs. ingen kan avvises før jeg har vurdert om de har behov for nødvendig helsehjelp.

TOR: Fastlegens åpne tilgjengelighet kan begrense mulighetene for å prioritere gjennom arbeidsdagen. Men hva med muligheten for å planlegge tilgangen for de som har minst evne til å sørge for sine behov?

MARTE:

Å komme fra «ekspeditørrollen» til en bevisst proaktiv fastlegerolle krever at jeg må kjenne pasientene på lista og deres behov. Jeg må ha verktøy til å sortere grad av hast og ha mulighet til å tilby bedre tilgjengelighet til utsatte grupper. Jeg bør kjenne til hvilke pasientgrupper som etter prioriteringsforskriften skal ha rett til nødvendig helsehjelp, ha mulighet til å utsette tjenestene til de som ikke har slik rett og kunne si nei til opplagt urettmessige krav om tjenester.

– Etter 17 år som fastlege på samme liste mener jeg at jeg har god kjennskap til mine pasienter og deres behov, men skulle nok ønske meg et godt statistisk hjelpemiddel i den elektroniske pasientjournalen som kan dokumentere dette bedre.

Sortering av grad av hast betyr at jeg og mine sekretærer må være enig om hvilke pasienter som skal prioriteres først.

Verktøy for å tilby bedre tilgjengelighet til utsatte grupper kan innebære «drop in» for ungdom eller andre grupper som har terskler for å bestille time. Vårt legesenter har «drop in» hver mandag mellom 16 og 18. Timebestilling via sms eller via nettet har vi innført med tanke på å gjøre det lettere for enkelte grupper. Å sørge for at alle kronikere har en ny kontrolltime når de forlater kontoret og ringe opp dem dersom de ikke møter kan hjelpe til med kontinuitet og tilgjengelighet for denne gruppa.

– Skal jeg som fastlege skal ha ansvar for å kalle inn eller oppsøke grupper som til tross for tilrettelagt tilgjengelighet ikke får dekket sine behov?

Jeg ringer opp og tilbyr psykiatriske pasienter eller ruspasienter en ny time raskt dersom de ikke møter. Jeg drar alltid i hjemmebesøk etter anmodning dersom dette er faglig begrunnet.

Men dersom du spør meg om jeg til enhver tid har oversikt over om noen av mine listepasienter har udekkede fastlegebehov er svaret negativt. Er det mitt ansvar? Finnes det andre som burde føle det ansvaret like tungt som meg? Hva med kommuneoverlegen?

TOR:

Enig, det er verken mulig eller ønskelig med en slik rolle. Helsetjenesten skal ikke overta folks ansvar. De pasientene det er viktigst å diskutere her, er ofte i kontakt med andre tjenester, og kommunen må ta ansvar for god kommunikasjon mellom ulike arbeidslag. Samtidig mangler også kommunene gode verktøy for oversikt over innbyggere med behov for tilrettelegging.

MARTE:

Som portner og koordinator har jeg et stort ansvar for å hjelpe pasienter som har behov for det videre i behandlingsskjeden og koordinere de helsetjenestene de mottar. Her er det fortsatt store muligheter for å bedre kommunikasjonen innad og mellom nivåene og bedre tilgjengeligheten til tjenester i første- og andrelinjen.

TOR:

Fastlegene blir høyt vurdert blant offentlige tjenestetilbud. Likevel er mange misfornøyd med tilgjengeligheten til time og til å nå lege per telefon. TimeSammeDag-tenkningen bygger på amerikansk dokumentasjon (Murray og Berwick) for ultrakort ventetid gir god arbeidsflyt og ressursutnyttelse i praksis. Vil dette redusere fastlegens mulighet til å prioritere arbeidsoppgaver?

MARTE:

Bevisst prioritering av tid er en utfordrende oppgave. Dersom jeg prøver å være tilgjengelig for alle hele tida har jeg erfart at jeg fort gjør meg utilgjengelig for de fleste.

Å tilby god tilgjengelighet for alle grupper betyr sannsynligvis at tilgjengeligheten må være ulik, dvs. at tersklene for å komme til hos fastlegen bør være lavere for utsatte grupper og for de som trenger helsetjenesten mest.

Samtidig kan ikke tilgjengeligheten for noen grupper være så dårlig at de ikke får presentert sitt problem for fastlegen da det er forutsetningen for å bli prioritert for helsehjelp innen en forsvarlig tidsramme.

Å nå begge disse målene stiller krav til hele legekantoret, men er nødvendig for å få til god prioritering av oppgavene.

Men det er også andre faktorer som bidrar til ulik tilgjengelighet som vi som fastleger bør ha fokus på. Jeg har erfart at egenandeler på tjenestene mine kan være et hinder for å ta kontakt for ungdom, rusmisbrukere, psykiatriske pasienter og pasienter med svak økonomi.

Det er derfor på høy tid at pasienter som ellers ikke vil få dekket viktige behov for helsetjenester nå skjermes for egenandeler.

TOR:

Fastlegene blir oppfordret til å finne og behandle individer med risikofaktorer for sykdom på en rekke områder. Dersom retningslinjene skulle følges fullt ut, ville størstedelen av arbeidstiden gå med til dette. Følgen kan bli at legens ressurser for å ta imot og behandle syke, blir små. Opplever du en prioriteringsklemme her?

MARTE:

Svaret er JA.

Jeg synes det er opplagt at de syke må komme før de friske. Men hvor lite er det forsvarlig å gi friske risikoindivider? Dette er en vanskelig fordelingskabal som jeg strever med daglig. Medikaliseringsproblemet med sykkeliggjøring er sterkt tilstede.

Det er vanskelig for personer som blir satt på flere ulike medisiner med mulige bivirkninger å fatte at de egentlig er friske og at det vi behandler hos dem bare er risikofaktorer.

TOR:

De helseøkonomiske vurderingene av medikamentell risiko-intervensjon tar ikke hensyn til disse faktorene, og vi opp-

når sjelden de samme resultatene i praksis som i studiene som anbefalingene bygger på. Fastlegene bør prioritere og å få den enkelte til å forstå best mulig hva avgjørelsen om medisinerer handler om.

Fastlegen skal forvalte samfunnets goder og sørge for nødvendige helsetjenester. Vi har ingen forskrift om prioritering for kommunehelsetjenesten å støtte oss til. Men er det ikke nødvendig noen ganger å si nei? Til pasientens ønske om utredning av symptomer med lav risiko, behandling med liten utsikt til helsegevinst, eller endog overvekt av risiko for bivirkninger?

MARTE:

Jeg tror det er helt nødvendig å si nei.

Som de fleste fastleger opplever jeg av og til å bli presset til å skrive henvisninger som er dårlig begrunnet; attester som er på grensen, skrive resepter på medikamenter man har liten tro på skal gi helsegevinst eller delta på samarbeidsmøter uten gevinst for pasienten.

Burde prioriteringsforskriften omfatte hele behandlingkjeden, dvs. også kommunehelsetjenesten? Som fastleger møter vi ofte de tidlige pasientforløp og de uavklarte lidelsene. Det blir en utfordring å skulle dekke dette i en prioriteringsveileder. Men jeg tror det er et behov for en faglig konsensus om prioritering også i allmennlegetjenesten som dekker diagnostikk, valg av behandling og henvisning til 2.linjen. Det krever en økt forskningsinnsats i allmennlegetjenesten på hva er som er god praksis og på hvilke behandlingsmetoder som virker best. Da har vi et bedre grunnlag for å si nei.

Det er mye som tyder på at vi i framtida i større grad vil bli målt på kvalitet i tjenestene våre. Da blir det viktig fortsatt å bidra i dugnaden for at alle fastleger skal bli spesialister – ved å stille opp som veileder og foredragsholder i etterutdanningen. Og vi trenger kunnskap, tid og verktøy for at kvalitetsutvikling skal bli en naturlig del av fastlegehverdagen.

Jeg har erfaring for at dersom jeg vegrer å si nei og henviser pasientene til tjenester i 2.linjen, blir de sjelden stoppet der. Jeg tror at i de fleste tilfellene hvor erfarne allmennleger vurderer at det ikke er grunnlag for en tjeneste kan vi trygt si nei. Erfaringene mine er at pasientene oftest lytter til de vurderingene som gjøres av den fastlegen de har kjent over tid. Er vi i tvil tror jeg at vi i større grad bør diskutere situasjonen med en erfaren kollega i allmennpraksis eller på lokalsykehuset før vi eventuelt sender henvisningen.

TOR:

Vi må styrke konsensus om oppgavedeling mellom første og andre linje, og vi trenger en fagkultur som støtter opp, både i fastlegekorpset og i spesialisthelsetjenesten. Vi trenger flere fastleger for å møte økte oppgaver i kommunehelsetjenesten, men flere hjemler uten denne fagutviklingen vil sannsynligvis gi økt antall henvisninger til spesialist, og økte forventninger om spesialisthelsetjenester.

Referanser

Murray M, Berwick DM. JAMA 2003; 289: 1035–40. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
mwalstad@online.no / carlsen.tor@gmail.com



