

Temabolken på syv artikler på side 5 til 27 i denne utgaven av *Utposten* publiseres i forbindelse med Allmennlegeforeningen 75-årsjubileum. Den inngår i en artikkelsamling som belyser foreningens historikk samt bredden og utviklingen i norsk allmennmedisin: «Festskrift til Allmennlegeforeningens 75 års jubileum». Oslo: Allmennlegeforeningen, 2013 (www.legeforeningen.no/yf/Allmennlegeforeningen). RED. ANM.

Skal fastlegen si nei?

Prioriteringer i en fastlegepraksis

■ MARTE WALSTAD



- Fastlege. Spesialist i allmennmedisin.
- Medlem av Fagutvalget i Aplf 2002-06
- Styremedlem i Norsk selskap for allmennmedisin 2003-06

- Medlem i Sentralstyret 2005-09
- Lokalt tillitsvalgt for AF i Trondheim, medlem av LSU fra 2009
- Leder i Sør-Trøndelag lægeforening fra 2011

Ranheim legesenter, onsdag kl 1045:

«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 avise

dem da 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 og derfor kan vi ikke be dem komme tilbake i morgen. Forresten så har hjemmesykepleien ringt om et hjemmebesøk til herr Madsen i dag, da 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.»



Uten mulighet til å prioritere de sykeste foran de friske og gi mest til de som trenger det mest, vil fastlegene miste sin faglige integritet og befolkningens tillit. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR

Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering i helsevesenet, mandag kl 10:45:

Rådet diskuterer behovet for utbygging av PET-scan i alle deler av landet. Leder minner om Rådets mandat (1), som er å behandle:

1. Prinsipper for prioriteringsprosesser, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten
2. Spørsmål knyttet til om det utvikler seg eventuelle uakseptable forskjeller i tjenestetilbudet på tvers av fagområder, geografi eller sosiale grupper og gi råd om hvordan slike forskjeller kan motvirkes
3. Spørsmål knyttet til innføring av ny og kostbar teknologi/legemidler i helse- og omsorgstjenesten
4. Spørsmål knyttet til fordeling og bruk av nasjonale tjenester i spesialist- og primærhelsetjenesten
5. Spørsmål knyttet til utvikling av nasjonale retningslinjer på særlige områder for å ivareta et likeverdig helsetilbud av god faglig kvalitet
6. Spørsmål knyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner, herunder forebygging, folkehelse, omsorgstjenester og behandlingsformer som påvirker kvalitet, arbeidsdeling og dermed prioritering, ressurs- og kompetansefordeling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten
7. Rådet skal delta i vurderingen av befolkningsrettede tiltak som screening og vaksiner
8. Rådet skal gi råd om prioritering av offentlig initierte kliniske studier

To scenarier som omhandler valg – i tilsynelatende stor kontrast:

- 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 ned i fastlegehverdagen? Det skal jeg drøfte i denne artikkelen.

Er det nødvendig for fastlegen å prioritere?

Fastlegen vil ha et behov og et ansvar for å prioritere sitt pasientarbeid når det gjelder ressurser og tilgjengelighet. Dersom legen skal være tilgjengelig for alle til enhver tid vil hun i realiteten kun være tilgjengelig for de som roper høyest. Legen må først og fremst være tilgjengelig for pasientene (2).

Helsedirektoratet har anbefalt at prioriteringsbegrepet forbeholdes beslutninger som bidrar til at en avgrenset ressursmengde fordeles på tiltak slik at det som anses som viktigst utføres først eller i større grad, sett i forhold til behovet (2).



Fastlegen må først og fremst være tilgjengelig for pasientene. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR

Etterspørselen etter helsetjenester vil alltid være større enn behovet så lenge vi må forholde oss til ressurser og budsjetter. Det er grunn til å tro at budsjetter og personellressurser i helsesektoren vil bli ytterligere utfordret i framtida med flere hjelpetrequende eldre, større forventninger fra befolkningen, sterkere pasientrettigheter og teknologiske og medisinske nyvinninger som både fagfolk og befolkning vil ønske å ta i bruk (1, 2).

Hva skal legges til grunn for fastlegens prioriteringer?

Utgangspunktet for prioriteringer må være etiske prinsipper som er nedfelt i vår helsetjeneste: Rettferdig fordeling, forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp og informert medbestemmelse. Dessuten *primum non nocere* – vårt første bud er ikke å skade pasienten.

Prioriteringsforskriften som gjelder for sykehustjenester, forankret i prioriteringsutvalgene Lønning I (3) og Lønning II (4), oppgir hvilke kriterier som er gyldige ved prioritering av nødvendig helsehjelp (1). De alvorlige lidelsene som påvirker liv og død, livskvalitet og smerte skal settes før de mindre alvorlige, behandlingene skal være nyttig og kostnadene skal oppveies av at behandlingene gir tilstrekkelig nytte for pasientene.

Spørsmål om hva som skal prioriteres er en debatt som verken kan eller bør overlates til fagpersoner og eksperter alene. Verdier og prinsipper for fordeling av helsetjenester må ha allmenn legitimitet. De må forankres og ha oppslutning i befolkningen. Å finne måter for involvering av befolkningen og pasienter har vært en viktig del av prioriteringsarbeidet (2). På fastlegekontoret innbærer dette at brukeren må komme til orde gjennom daglig dialog og gjennom organiserte valide brukerundersøkelser (5).

Bør prioriteringsforskriften også omfatte kommunehelsetjenesten?

Fastleger møter ofte de tidlige pasientforløp og de uavklarte lidelsene. Det blir en utfordring å skulle dekke dette i en prioriteringsveileder (6). Men det er behov for en faglig konsensus om prioritering også i allmennhelsetjenesten. Den må dekke diagnostikk, valg av behandling og henvisning til 2.-linjen. Det bør utarbeides nye faglige veiledere som i størst mulig grad retter seg mot riktig prioritert pasientforløp og omfatter både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (7).

Hvilke verktøy har fastlegen for å prioritere?

At fastlegene 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 fastlegen har vurdert om de har behov for helsehjelp og hvor raskt denne bør gis. Utgangspunktet for all prioritering må være at alle kan få tilgang til en medisinsk vurdering, slik at det kan tas en beslutning om hvorvidt offentlig finansiert behandling skal tilbys eller ei (2, 7).

Skal fastlegen ha en reell mulighet til å prioritere tida si må listestørrelsen til den enkelte være tilpasset den arbeidstid og arbeidskapasitet fastlegen rår over. Deretter må fastlegen gjøre seg kjent med behovene til pasientene for til enhver tid å kunne avgjøre hvem som bør prioriteres først, få mest tid og mest ressurser. Det siste innebærer at ferske fastleger må bruke mye tid på å bli kjent med pasientene sine og at alle fastleger må sørge for at pasientene får presentert sine behov for fastlegekontoret.

Det finnes en rekke verktøy fastlegen kan ta i bruk for å øke tilgjengeligheten:

- God telefontilgjengelighet innebærer lang nok åpningstid på telefonen, tilstrekkelig med telefonlinjer og nok helsesekretærer til å besvare innkomne telefoner
- Få flere pasienter til å bruke SMS-bestilling eller internettbestilling ved behov for tjenester. Det gir økt tilgjengelighet for de som velger disse tjenestene og avlaster telefonen

- «Drop-in» på time og kveldsåpent vil gjøre det lettere for ungdom og andre som har vanskelig for å bestille time
- Avtaleboka bør være innrettet slik at det er fleksibilitet til å ta pasienter på haste- eller øyeblikkelighjelp time ved behov

Legesenteret må ha felles prioriteringskriterier som er kjent for alle slik at helsesekretærene til en hver tid vet hvem som skal ha fortrinnsrett på time ut i fra medisinske eller psykososiale hensyn.

Hva og hvem bør fastlegen prioritere?

De sykeste må komme først

Akuttsymptomer på alvorlige sykdom som hjertesykdommer, hjernesykdommer, kreftsykdommer, infeksjonssykdommer eller alvorlige psykiske lidelser må gi pasienten tilgang til umiddelbar diagnostikk, behandling, ivaretagelse og eventuell viderehenvisning (2). Pasienter med alvorlige kroniske somatiske og psykiatriske lidelser må sikres tilgang til tjenester innen kort tid. Pasienter med akutte somatiske og psykiske tilstander som ikke er alvorlige, men som medfører stort lidelsestrykk for pasienten i form av smerter, angst og depresjon må sikres tilgang til fastlegjetjenester uten unødvendig venting.

Svake grupper må hjelpes fram i køen

Erfaringsmessig vil eldre pasienter, kronisk syke, psykisk syke, rusmisbrukere, innvandrere, demente og pasienter fra lavere sosial lag i samfunnet ofte komme senere til fastlegen, og det kan medføre feil prioritering (2, 9). Det kan være hindringer som at pasientene er avhengig av at pårørende eller hjemmesykepleien bestiller time og følger dem, at de har vanskelig for å hevde sine rettigheter, at de uteblir oftere til time pga glemsel eller mangel på penger til egenandeler eller andre språk- og kulturbarrierer. Her kan legekantoret hjelpe til med innkallinger, prioritering på snarlig time, påminnelser, dra på hjemmebesøk ved behov og sørge for at tolk er tilstede.

Kvalitet i pasientarbeidet må prioriteres

Fra 2012 er det en lovfestet plikt for alle i helsetjenesten å inkludere kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i sitt daglige arbeid (10). I framtida vil fastlegene i større grad bli målt på kvalitet i tjenestene sine. Det viktig å finne de riktige kvalitetsindikatorerne slik at fastlegkontoret faktisk blir målt på kvalitet som er viktig for pasientene og som sikrer trygge tjenester. Myndighetene må følge Legeforeningens klare anbefaling om å kreve at alle fastleger bør bli spesialister i allmennmedisin. Allmennmedisinsk forskning må få rammer slik at vi kan få dokumentert hva som er best

behandling og praksis. Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK) må få rammer for sammen med fastlegene å utvikle kunnskap og kvalitetsverktøy som er gyldig og hensiktsmessig i en allmennmedisinsk hverdag. Fastlegene må få tid og rammer til å ta i bruk dokumentert kunnskap og kvalitetsverktøy slik at kvalitetsutvikling blir en naturlig del av fastlegehverdagen. Takst og finansieringsmåter må støtte opp under god faglig praksis (8).

Fastlegen skal som portner følge prioriteringsforskriften

Som portner har fastlegen et stort ansvar for å hjelpe pasienter som har behov for det videre i behandlingkjeden. Hvem skal videre, hvor skal de og hvem skal prioriteres? Prioriteringsforskriften er nøkkelen ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Fastlegens portneransvar bør også kunne omfatte innleggelse av pasienter i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner (2, 7, 8). Kommunene arbeider i dag med å utvikle øyeblikkelig-hjelp døgntilbud og her må fastlegen bli en viktig portner.

Fastlegen skal være en medisinsk-faglig koordinator for pasienten

Som koordinator av pasientenes utredninger og mottak av helsetjenester har fastlegene i dag et vidtrekkende ansvar. Forslaget til revidert fastlegeforskrift som kom i desember 2011 foreslo å pålegge fastlegen å skaffe seg oversikt over alle helse- og omsorgstjenester hos pasientene på lista (11). I dag har ikke fastlegene verktøy som skal til for å skaffe en slik fullstendig oversikt, og det er ikke hensiktsmessig for fastlegene å bruke tid og ressurser på å koordinere kommunens omsorgstjenester. Fastlegens koordinatorfunksjon bør begrenses til å være en medisinsk-faglig koordinator for pasienten (8).

Hva skal fastlegen ikke prioritere?

Risikoforebygging skal ikke prioriteres dersom det stjeler tid fra de syke, sykeliggjør friske og er dårlig dokumentert

Fastlegene blir oppfordret til å finne og behandle individer med risikofaktorer for sykdom på en rekke områder. Dersom retningslinjene skulle følges fullt ut ville store deler av arbeidstiden gå med til dette. Følgen kan bli at legens ressurser for å ta imot og behandle syke, blir små. Dersom fastlegen skal prioritere risikoforebygging må det være dokumentert at tiltakene gir økt overlevelse og ikke skader. I risikomedisinen er medikalisering og sykeliggjøring sterkt til stede. Det er en pedagogisk utfordring å forklare personer som blir satt på flere ulike medisiner med mulige plagsomme bivirkninger, at de egentlig er friske.

Forebyggende tiltak har beste effekt på befolkningsnivå og skal i begrenset grad drives på fastlegekontoret

Fastlegene overstrømmes av retningslinjer for forebygging og livsstilsendringer som det forventes at fastlegene skal ta opp i pasientmøtene. Røykeslutt, kostholdsveiledning, trening/mosjonsveiledning osv. De fleste av disse faktorene ivaretas best med samfunnsmessige tiltak på befolkningsnivå hvor man kan legge til rette for at enkeltindiver tar sunne valg (12). Det innebærer lavere pris på sunn mat, utbygging av gang- og sykkelstier, høye priser og dårlig tilgjengelighet på alkohol, røykelov, en time fysisk aktivitet daglig for grunnskoleelever etc.. For å kunne bruke av fastlegens tid til forebyggende tiltak trenger vi kunnskap om hvilke tiltak som gir dokumentert effekt på helse og overlevelse.

Fastlegen skal avslå krav om utredninger og behandlinger med dårlig dokumentert nytte

Fastlegene møter i økende grad forventninger fra pasienter om utredninger av symptomer med lav risiko og lite plager. Forestillinger om perfekte kropp og liv uten smerte underbygges av media og reklame. Angst for ukjente og potensielt dødelige sykdommer er også lett å pådra seg i møtet med ensidige og unyanserte oppslag i media og navigering på internett. Å skulle avslå krav om eller avslutte utredninger krever god faglig innsikt, godt kjennskap til pasienten og en god pedagogisk tilnærming. Men det er nødvendig å si nei (2). Er fastlegen i tvil bør hun diskutere situasjonen med en erfaren kollega i allmennpraksis eller på lokalsykehuset før henvisningen sendes.

Fastlegen bør si nei til møter hvor hennes tilstedeværelse ikke er viktig

Fastlegers arbeidsdager blir i økende grad belagt med møter på og utenfor fastlegekontoret. NAV, arbeidsgiver, hjelpetjenesten, hjemmesykepleien etc. har i økende grad innkalt fastlegen til møter rundt arbeidstakere og pasienter. Det kan resultere i at fastlegen blir utilgjengelig for andre pasienter store deler av arbeidsdagen med opparbeidelse av økt ventetid på konsultasjoner og mindre tilgjengelighet på telefonen. Fastlegen har det endelige ansvaret for sin tilgjengelighet og dermed også for sine prioriteringer av tida. Det betyr at fastlegen må si nei til møter hvor hun har lite å bidra med. Hun må også vurdere om hennes bidrag kan gjøres per brev eller telefon for å unngå samtidighetskonflikter med annet arbeid.

Fastlegen bør si nei til å utføre andres oppgaver

Med dagens klare adresse til hvem som er fastlege synes det som om mange aktører mis-

forstår fastlegens oppgaver og mandat. Fastleger får i epikriser fra sykehuset beskjed om å henvise pasienter til sykehuslegens kollegaer, eller skrive ut rekvisisjoner og resepter som faller inn under sykehuslegens oppgave som behandlende lege. Pasienter ber fastlegen ordne opp med trykdepapirer, søknader etc. som pasientene selv skulle fylt ut. Med det ansvar fastlegen har for prioritering av egen tid for å dekke pasientens behov må fastlegen avvisse oppgaver som tilhører andre tjenesteaktører eller som pasientene selv forventes å utføre.

Fastlegen må ikke la listeansvaret gå utover personvernet

Forslaget til revidert fastlegeforskrift som kom i desember 2011 foreslo at fastlegene skal kartlegge, kalle inn og oppsøke de pasientene som er underforbrukere av fastlegens tjenester (11). Det er flere betenkeligheter med et slikt pålegg. I dag mangler fastlegene journalverktøy for kartlegging av slike grupper av pasienter. Det viktigste ankepunktet er allikevel personvern hensyn. Har vi rett til å overvåke og påføre pasienter helsetjenester de selv ikke har valgt? Er det dokumentert at de har gevinst av det? Er det riktig prioritering av begrensede helseressurser?

Har fastlegene kapasitet til å prioritere det vi pålegges?

Vi har fått ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, ny lov om folkehelse, en ny nasjonal helseplan og venter på en ny fastlegeforskrift. Flere oppgaver skal overføres kommunene og fastlegene.

Fastlegens avtalebøker er fulle, arbeidsdagene er lange, gjennomsnittsalderen på fastlegene øker og rekruttering til utlyste hjemler har blitt dårligere. Blir det nok fastleger til å kunne tilby pasientene prioriterte tjenester?

Fastlegens prioriteringer i framtida

Samhandlingsreformen har budskap som kan gi store endringer i hver enkelt fastlegepraksis. Staten og kommunene vil ha styring. Hvor går grensen for hva fastlegene vil gi fra seg styring og råderett over? Et av svarene vil være prioriteringsverktøyene. Uten mulighet til å prioritere de sykeste foran de friske og gi mest til de som trenger det mest vil fastlegene miste sin faglige integritet og befolkningens tillit og legitimitet.

Men det er behov for mer kunnskap om god praksis, bedre verktøy, bedre rammer for fastlegepraksis og åpne diskusjoner for å kunne gjøre prioriteringer av fastlegens tjenester bedre i framtida (7).

REFERANSER

1. Helsedirektoratet 2012: Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer.
2. Sosial- og helsedirektoratet 2007: Prioriteringer i kommunehelsetjenesten – Utvalgte tema.
3. norsk helsetjeneste (Lønning I).
4. NOU 1997:18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste (Lønning II).
5. Nor-PEP, Norsk forening for allmennmedisin: Praktisk kvalitetsarbeid.
6. Helsedirektoratets prioriteringsveiledere: www.helsedirektoratet.no
7. Den norske legeforening 2007: «Lang, lang rekkehvem skal vente, hvem skal få?»
8. Den norske legeforening 2010: «Tillit – trygghet – tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisinen og fastlegeordningen fram mot 2020.»
9. Allmennpraktiserende legers forening: Prioritering og tilgjengelighet i allmennmedisinen. Helsepolitisk debattskrift nr. 3, 2006.
10. LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om Kommunale helse- og omsorgstjenester.
11. HOD: Revidert fastlegeforskrift: www.regjeringen.no
12. Den norske legeforening 2012: «Pulsen opp for bedre helse. Forebyggende og helsefremmende arbeid.»

 mwalstad@online.no