

Til statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen  
Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

## **JA TIL FORBEDRING AV FASTLEGEORDNINGEN – NEI TIL DETALJSTYRING GJENNOM FORSKRIFT!**

\* Fastlegeordningen trenger videreutvikling. Fastlegene skal sammen med kommunene ha plikt til å forbedre tilgjengelighet, kvalitet og samarbeid, med rammebetingelser som gjør dette mulig.

\* Helse- og omsorgsdepartementets forslag til fastlegeforskrift inneholder tallrike og motstridende pålegg om tilgjengelighet, oppsøkende virksomhet og rapportering. I sum er oppgavene uoverkommelige. Det legges opp til sanksjoner overfor leger som ikke oppfyller kravene. Om forskriften vedtas, vil det oppleves som et sterkt negativt signal til fastlegene. De negative resultatene av en forskrift vil imidlertid aller mest ramme pasienter og pårørende.

\* Hvis ikke krav og forventninger til fastlegene er forenlige med et normalt yrkes- og familieliv, må man forvente svekket rekruttering til faget, skjevrekuttering, flukt fra allmennlegestillinger og økt tidligpensjonering blant fastleger.

\* Fastlegereformen i 2001 var forutgått av flere års grundig utprøving i test-kommuner. Reformen har ledet til en velfungerende ordning for å sikre stabil legedekning, og den skårer gjennomgående høyt på undersøkelser av pasienttilfredshet. Nøkkelen har vært godt samarbeid mellom de ansvarlige partene: Staten, Kommunenes sentralforbund (KS) og Den norske legeforening.

\* Medbestemmelse gir ansvarsfølelse og lojalitet. Når partnerskap og utvikling gjennom avtaler byttes ut med styring gjennom forskrift, risikerer man å miste den sterke oppslutningen blant legene som var noe av grunnlaget for suksessen med fastlegereformen.

\* Forslaget til ny fastlegeforskrift truer med å ødelegge fastlegeordningen. Vi ber om at Departementet skrinlegger foreliggende forslag, ber om innspill fra pasientorganisasjoner og relevante fagmiljøer, og i samarbeid med Legeforeningen og KS inngår avtaler som ivaretar kvalitet, tilgjengelighet og bærekraft i fastlegeordningen i årene som kommer.

Brevet er skrevet gjennom en spontan og uavhengig aktivitet, drevet av fastleger over hele landet. Utfyllende redegjørelse følger vedlagt. Vi er tilgjengelig for et møte med ministeren for å utdype den bekymring som tilkjennegis i brevet, og ber om at ministeren tar kontakt dersom hun ønsker dette.

Oslo, 31. januar 2012,

På vegne av 2.600 fastleger/allmennleger over hele landet og på Svalbard,

Arnulf Heimdal, Helen Brandstorp, Ivar Thomsen, Kjetil Karlsen og Bente Pedersen

Vedlegg:

Bakgrunnsnotat

Liste over samtlige underskrivende leger

Kopi:

Hege Gjessing, president Den norske legeforening (Dnlf)

Trond Egil Hansen, leder Allmennlegeforeningen (AF)

## **BAKGRUNNSNOTAT OM FASTLEGEORDNINGEN OG PROBLEMENE MED FORSLAG TIL NY FASTLEGEFORSKRIFT.**

Fastlegereformen som ble gjennomført i 2001 har gitt høy grad av pasienttilfredshet samtidig som stabiliteten blant fastlegene er høy. Departementet ønsker å presisere sine kvalitetskrav overfor fastlegene gjennom forskriften som nå er til høring. Våre sentrale tillitsvalgte og medisinske fagmiljøer har imidlertid ikke hatt anledning til å komme med innspill under arbeidet med forskriften.

Høringsforslaget som ble presentert rett før jul har skapt betydelig uro blant allmennlegene, og ble umiddelbart møtt med massiv kritikk fra allmennleger, fagmiljøer og tillitsvalgte på lokalt og sentralt plan. Kort fortalt er vår konklusjon at forskriftenes elementer samlet sett trekker utviklingen av allmenntilmedisin i helt gal retning.

På tross av gode motiver og målsetninger om å bedre helsetilbudet og å forebygge sykdom, fremstår det aktuelle høringsforslaget som faglig svakt og urealistisk. Prosessen og forskriftens materielle innhold svekker tilliten til at sentrale helsemyndigheter har den nødvendige forståelse av allmenntilmedisinsk praksis. Dersom forslaget vedtas i foreliggende form kan resultatet bli kollaps av fastlegeordningen slik vi i dag kjenner den, grunnet frafall av dagens praktiserende allmennleger og svekket rekruttering.

Planlegging og gjennomføring av viktige strukturelle endringer i helsetjenesten må forankres i felles virkelighetsforståelse, og baseres på gjensidig tillit og respekt mellom aktørene i helsetjenesten. Ikke minst må endringsforslag være basert på den kunnskap om fastlegeordningens foreliggende og forventede utfordringer som allerede finnes blant leger og i medisinske forskningsmiljøer. Dette savnes i høringsforslaget.

### **UREALISTISKE KRAV OG FORVENTNINGER**

Høringsforslaget bærer gjennomgående preg av å være skrevet uten oppdatert kunnskap og erfaring fra det praksisfelt man setter seg fore å forbedre og regulere, og inneholder en rekke motstridende krav til fastlegene. Fastlegen skal delta i flere tverrfaglige møter og dialogmøter, ha ansvar for å

kalle inn personer til lege som ikke selv vil bestille time, reise oftere i sykebesøk, og *samtidig* være bedre tilgjengelig for sine pasienter og med kortere ventetid. Det er ikke mulig å øke antall og omfang av oppgaver uten samtidig å tilføre ressurser i form av flere leger og medarbeidere. Det må i tillegg satses på kompetanseheving og videre- og etterutdanning, både av leger og hjelpepersonell. Denne kostnaden kan ikke finne dekning i normaltariffen alene.

Man fører derfor pasienter og pasientorganisasjoner bak lyset når man skal garantere økt tilgjengelighet hos fastlegen, samtidig som den reelle tid fastlegen vil ha for å være tilgjengelig reduseres. Der foreligger ingen konkrete forslag til styrking av fastlegeordningen, spesielt ikke i forhold til rekruttering eller videre- og etterutdanning.

Forslaget legger opp til en omfattende utvidelse av fastlegens ansvar for planlegging og gjennomføring av forebygging, utredning, behandling og rehabilitering. Også dette gjøres uten å utrede konsekvenser for ressurs- og tidsbruk.

Forskriften avslører at sentrale helsemyndigheter har ambisjoner om at fastlegen i større grad enn i dag skal skaffe seg oversikt over pasientenes totale helsemessige og sosiale problemer og behov. Et slikt prosjekt reiser viktige juridiske og etiske spørsmål som ikke drøftes i forslaget. De faglige argumentene for den fremlagte forskriftsendringen er, også her, fraværende. Særlig problematisk er forskriftens krav om oppsøkende virksomhet fra legens side i situasjoner der pasienten ikke selv søker legehjelp.

Fastlegen skal tilby forebyggende tiltak overfor personer der det avdekkes risiko for utvikling av ny sykdom, funksjonssvikt eller forverring av etablert sykdom. Dersom vi skal tilby forebyggende tiltak overfor alle personer der det avdekkes risiko for utvikling av ny sykdom, vil en stor del av vår arbeidstid gå med til å snakke med friske mennesker.

Departementet ser ikke ut til å ha reflektert over at forskriften vil kunne medføre uheldig sykdomsfokus i den friske befolkningen, og hvilken feilprioritering av ressurser dette kan lede til, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

## POSITIVE UTVIKLINGSMÅL OG UTFORDRINGER

Selv om fastlegereformen har vært vellykket, finnes det forbedringspotensial, spesielt når det gjelder tilgjengelighet og samarbeid med de kommunale tjenestene. Flere forhold tilsier at

fastlegeordningen bør rustes opp, og at brukerundersøkelser / undersøkelser av objektive kvalitetsmål for driften, bør innarbeides på en mer systematisk måte enn i dag. Dette ansvaret bør deles mellom kommuner og allmennmedisinske forskningsmiljøer. Gjennom bruk av positive insitamenter kan det enkelte allmennlegekontor inspireres til forbedret internt kvalitetsarbeid.

Fastlegenes utvidete oppgaver og forpliktelser i forbindelse med IA-arbeid og samhandlingsreform tilsier økt fokus og styrket satsing på allmennmedisin. Det bør stilles klare kvalitetskrav til allmennlegearbeid. Identifisering av gode kvalitetsmål og valg av tiltak for kvalitetsheving krever imidlertid en helt annen innsikt i allmennlegearbeid enn det som kommer fram i dette høringsforslaget.

Prinsipielt kan myndighetene velge mellom to veier: a) En detaljert forskrift som åpner for et system av private og offentlige «tilbydere» som konkurrerer om kontrakter, slik sykehjem for eksempel konkurranseutsettes, eller b) å fortsette en tjeneste som baserer seg på enkeltleger som driver egen praksis, som i dag. Den siste modellen forutsetter et trepartsamarbeid mellom Stat, KS og Legeforeningen av den typen som ble etablert da fastlegeordningen kom. Framfor å endre hele grunnlaget for ordningen oppfordrer vi myndighetene til å revitalisere samarbeidet for å oppnå sine målsettinger.

Tverrfaglig samhandling betyr at flere aktører gjennomfører aktiviteter som er koordinert, men uten at noen enkelt person eller institusjon har et totalansvar for prosessen. Samhandlingen fungerer best i et klima basert på gjensidig respekt og tillit. Flere og mer detaljerte forskrifter er ikke en god måte å sikre forbedret dialog og samarbeid.

Vi etterlyser kunnskapsgrunnlaget og berettigelsen for den grunnleggende omstruktureringen av allmennlegenes rammevilkår som forskriften representerer. Partnerskap og ansvar erstattes av styring og detaljerte krav. Legens ansvar for å utøve selvstendig faglig skjønn og selv prioritere mellom forskjellige oppgaver reduseres til fordel for regelanvendelse og oppfølging av eksternt besluttede og styrte aktiviteter.

Vi mener at Stat, KS og Legeforeningen sammen må bygge videre på den gode reformen fastlegeordningen er. Trepartsamarbeidet vårt er et godt grunnlag for å levere gode helsetjenester – i fellesskap.

## REKRUTTERING NØDVENDIG FOR EN FORTSATT GOD FASTLEGEORDNING

Den nødvendige styrking og videreutvikling av allmennmedisin er først og fremst avhengig av at vi sikrer rekrutteringen til allmennmedisin og sørger for gode utdanningsløp til spesialiteten i allmennmedisin. I dag er en tredjedel av fastlegene 55 år og mer, og andelen av eldre fastleger har økt år for år. Vi mener forskriften vil kunne føre til en forsterking av tendensen med forgubbing av allmennmedisinen.

## FASTLEGENES ARBEIDSSITUASJON ER ALLEREDE PRESSET

Den gjennomsnittlige allmennlegen jobber i dag minst 46 timer per uke. Pålagt kommunal legevakt kommer i tillegg. Legen må hver dag prioritere mellom flere motstridende interesser: Kort ventetid, tilstrekkelig tid til den enkelte pasient, øyeblikkelig-hjelp beredskap, tilgjengelighet for direkte henvendelser fra pasienter og andre, deltakelse i tverrfaglige møter, sykebesøk, hvile etter nattevakt, rapportering til offentlige og private instanser, med videre. Samtidig må tid settes av til egen faglig oppdatering og etterutdanning, veiledning av studenter og turnusleger, og til drift av legekantor med alle de oppgaver og forpliktelser dette medfører som arbeidsgiver.

## KONKLUSJON

Høringsforslaget slik det nå foreligger er ikke produktivt i forhold til samhandlings- og samarbeidsmiljøet. Det gir inntrykk av svak vurderingsevne i landets øverste politiske ledelse, gitt de utfordringer den samlede helsetjenesten nå står overfor. Forslaget truer med å ødelegge dagens fastlegeordning, som er resultat av en av de mest vellykkede reformer i utviklingen av den moderne norske helsetjenesten.

Helseministeren må avbryte høringsrunden, og trekke tilbake forslaget til forskrift. Deretter må ministeren i dialog med Legeforeningen initiere arbeidet med å formulere forskriftens overordnede målsetting, og identifisere virksomme grep for å nå dette. I stedet for å innføre strenge regelverk og sanksjonsregimer, bør fokus i første omgang være på å legge forholdene til rette for at leger ut fra egen yrkesetikk arbeider i tråd med helsemyndighetens ønsker. Forbedringene må identifiseres gjennom en åpen og tillitsfull prosess.

En slik ny gjennomgang må ha fortsatt fokus på økt tilgjengelighet, rekruttering og kvalitet i allmennmedisinen, og samtidig ha respekt for den sterke ordningen som ligger der i dag – og som både pasienter, kommuner og leger har stor glede av.