

Ny fastlegeforskrift

22. mars er høringsfristen for Helse- og omsorgsdepartementets todelte forslag til a) revidert forskrift om fastlegeordning i kommunene og b) ny forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen. Legeforeningen, KS og andre sentrale høringsinstanser har fremhevet de gode intensjonene bak forslagene, herunder intensjoner om kvalitet og tilgjengelighet. Stridens kjerne er virkemidlene som skal til for å etterleve intensjonene, hvor detaljert virkemidlene kan reguleres i forskrift og sist, men ikke minst konsekvensene av å flytte ulike elementer fra avtaleverk til lovforskrift.

Hva blir konsekvensene av forslaget? Departementet mener at forskriften skal sikre økt tilgjengelighet til fastlegen. Legeforeningen advarer mot en omvendt effekt: mer byråkratisering og mindre tid til pasientbehandling.

Utposten har bedt fastleger og kommuneleger rundt omkring i landet om å kommentere forslaget til fastlegeforskrift ved å besvare følgende spørsmål:

- 1 Hva anser du som mest positivt og mest negativt i forslaget til ny forskrift?
- 2 Hvorfor tror du forslaget har skapt så mye uro?
- 3 Dersom forskriften blir vedtatt som den står, hvorledes vil din praksishverdag bli påvirket?
- 4 Hvilke momenter i forslaget kan styrke kvaliteten i fastlegearbeidet?
- 5 Hva tror du pasientene dine synes om forslaget til ny fastlegeforskrift?

KRISTINE ASMERVIK, *Malvik*



1 Det mest positive er at formålet med forskriften er det samme som før: «å sikre innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid.» Slik jeg tolker det, ønsker man å styrke fastlegens rolle i det tverrfaglige samarbeidet og som koordinator i pasientforløpet – i egenskap av kontinuiteten som fastlegen representerer. Dette til tross

for at det mest snakkes om å styrke kommunens styring med fastlegekorpset.

Det mest negative ved forskriften er de virkemidler som legges til grunn. Den detaljerte rettslige reguleringen i forskriftsforslaget oppleves mer som tvang enn et mål å strekke seg etter.

2 Først og fremst tror jeg det handler om at fastlegene ikke er tatt med i dialog om utformingen av forskriften. Det som før var dynamiske avtaler mellom kommunene og fastlegene, blir nå styrt med rettslig regulering i forskrift. En god arbeidshverdag forutsetter påvirkningsmulighet, ansvar og tillit. Forslagene er så detaljregulerende at de gir fastlegene lite rom for påvirkning av egen arbeidshverdag og et ansvar vi ikke kan klare å etterleve. Forslaget tillegger fastlegen nye roller og oppgaver som vanskelig kan etterleves kapasitetsmessig. Det oppleves som en ubalanse mellom samfunnets krav til riktig bruk av begrensede ressurser og enkeltmenneskers ønsker og forventninger.

3 Som kombinert fastlege og kommuneoverlege vil jeg havne «mellom barken og veden». På den ene side representerer jeg kommunen med en dertil hørende «tilsynsrolle». I henhold til forslaget kan kommunen f.eks. sanksjonere fastleger som ikke overholder de forskriftsfestede tidsrammer for å ta telefonen innen to minutter eller gi time innen fem virkedager. På den annen side vil jeg selv være fastlege, med stor sannsynlighet for selv ikke å innfri forskriftkravene pga. min arbeidskombinasjon.

Møtevirksomheten har økt betraktelig i den allmennmedisinske hverdagen. Vi stiller opp i basismøter, ansvarsgruppemøter, individuelle planmøter, dialogmøter med arbeidsgiver og NAV, samarbeidsmøter med fysioterapi og hjemmetjenester, etc. Allerede i dag er det mye møtevirksomhet som skyver bort det kliniske arbeidet. Det blir enda mindre tid til klinisk arbeid når fastlegen – som foreslått i §12 – skal ta roller som i hovedsak er tillagt det samfunnsmedisinske fagområdet. Fastlegens tilgjengelighet for pasientene vil bli mindre. Forskriftsforslaget tar heller ikke inn

Stridspunkter i forslaget til ny fastlegeforskrift

- Økte forpliktelser for fastlegene hva angår tilgjengelighet, møtedeltakelse, rapportering og andre administrative oppgaver
- Nye regler for hvordan fastlegepraksiser skal innrettes, med rettsvirkninger og sanksjoner. Foruten å bli pålagt nye plikter skal fastlegene underlegges sterkere kontroll
- Pålegg om å planlegge all behandling og oppfølging rundt listepasienter – og til å ta ansvar for all legemiddelforskriving til pasienter uavhengig av hvem som har forskrevet legemiddelet og kompetanse
- Pålegg om oppsøkende virksomhet og sykebesøk etter nye kriterier
- Pålegg om å inngå i vikarordning ved «ordinært fravær» uten at dette er definert, og å behandle pasienter for kommunen uavhengig av listestansvaret
- Fastlegen skal tilby legetime senest to eller fem virkedager etter «bestilling» (dvs. legen ikke lenger har samme mulighet til å prioritere pasienter etter alvorlighetsgrad)
- Fastlegen skal kunne besvare 80 prosent av telefonhenvendelser innen to minutter
- Begrensninger i rettigheter til fritak fra legevakt
- Fastlegene kan pålegges planarbeid og medisinsk-faglig rådgivning i kommunene, samt undervisning av medisinstudenter, turnusleger og leger med autorisasjon

ift – en het potet

over seg det faktum at man innen primærhelsetjenesten også må gjøre prioriteringer på lik linje med spesialisthelsetjenesten. Det må alltid foreligge en medisinsk vurdering av en timebestilling eller et hjemmebesøk. Alt kan ikke prioriteres likt.

④ Kommunens tilretteleggingsansvar for samarbeidet med fastlegene kan styrke kvaliteten i tjenesten. Men samarbeidsavtalene bør etableres i dialog med legene, f.eks. gjennom LSU. Fokus på kvalitet trenger et løft, men ikke gjennom forskrift. Tilgjengelighet er bare en liten del av det som kan defineres som kvalitetskrav. Informasjon er viktig, både skriftlig og muntlig, men det må gis på en måte som blir forstått av mottaker. Å forskriftsfeste dette har store ringvirkninger. Oversettelser av skriftlig informasjon til forskjellig språk er tidkrevende og dyrt. Satsing på elektronisk kommunikasjon mellom tjenesteyterne i primærhelsetjenesten og opp mot spesialisthelsetjenesten vil være en kvalitetssikring av pasientforløp og legemiddelforskriking. Skal dette gjennomføres, må det ikke bare stilles krav til fastlegene om tilkobling til nettverk, men også til andre aktører som fastlegen skal kommunisere med.

⑤ Jeg har ikke fått umiddelbare reaksjoner fra pasientene, men jeg har spurt noen om hva de synes om forslaget. De som har reaksjoner, mener at en stabil og tilgjengelig fastlege er viktigst. Andre vektlegger at oppgavene som fastlegen forventes å gjøre vil bli «for mye» og gå ut over tiden som legene har til klinisk arbeid.

ÅSE INGEBORG BORGOS, Tynset



① Oppmerksomheten rundt forskriften har satt fokus på fastlegeordningen blant «folk flest». Det mest positive med det er omtalen av dagens fastlegeordning som en god ordning for pasientene. Jeg velger å tro at det er et ønske

om best mulig tilgjengelighet og kvalitet for pasienten som er intensjonen bak forslaget, noe som i seg selv er positivt, men arbeidet synes å være dårlig fundert på virkeligheten som vi «ute i felten» møter til daglig. Det mest negative er overstyringen av faglige vurderinger med prioriteringer og krav til tilgjengelighet som er urealistisk i praksis.

② Dårlig forankring i fagmiljøer og i allmennlegenes praktiske hverdag har gjort at forslaget virker overstyrende. Det skaper uro. Det er også betenkelig at det så å si blir et krav om å være et omnipotent overmenneske for å kunne arbeide som allmennlege. Hvis vi skal leve opp til det forslaget tilsynelatende krever av oss, bør vi samtidig søke høyere makter om dispensasjon for å få 48 timer til rådighet i døgnet...

③ Jeg jobber i en relativt liten kommune med 5500 innbyggere. På legekantoret (det eneste i kommunen) er vi seks leger pluss turnuslege. Totalt 6600 pasienter benytter vårt kontor. Dersom forskriften blir vedtatt, må vi legge om driften for å håndtere krav til «svar innen to minutter» og «time innen to til tre dager». Legene bruker mye tid på møter med NAV, hjemmebaserte tjenester og kommunale samarbeidspartnere. Såfremt ikke møtetiden øker, vil ikke dette bli en så stor endring.

Kantorets leger foretar allerede en god del sykebesøk. Jeg ser på tilbud om sykebesøk som en nyttig del av min legepraksis for de som ikke klarer å komme til kontoret (f.eks. der alvorlig sykdom gjør kontorkonsultasjoner anstrengende). Samtidig er det ikke tvil om at sykebesøk er vesentlig mer tids- og ressurskrevende. Hvis noen pasienter skal kunne «kreve at legen kommer hjem» uten at det er medisinsk begrunnet, vil det ta ressurser og kapasitet fra andre med større behov for legehjelp.

Som kommuneoverlege ville det blitt en stor utfordring dersom det ble min jobb å se til at alle krav overfor befolkning blir dokumentert og fulgt opp.

④ Større fokus på og krav til kvalitets-sikringsarbeid må en kunne forvente skal styrke kvaliteten i fastlegearbeidet.

⑤ Sitat fra en pasient som jeg nylig var i sykebesøk til: «Ja, ja – det sto i Østlendingen i dag at du skulle komme hjem til meg. Ja, du er jammen forut for din tid! Nå skal jo alle få besøk hjem av doktoren sin! Når skal du rekke å være på kontoret, da?»

Han syntes det var flott at jeg kom hjem til ham i den situasjonen han var i, men han ristet på hodet over det han hadde lest seg til i avisa

om tilgjengelighet på telefon og andre krav. Det har vært en del spøkefulle kommentarer, særlig om «svar hos legen din innen to minutter». Noen lurer på om alle konsultasjoner nå blir forstyrret av telefoner som skal besvares. I kassakøen på butikken treffer jeg en som står på min fastlegeliste uten noen gang å ha vært nødt til å gå til lege; han spøker med at han nå venter på en telefon med innkalling fra meg.

Mitt inntrykk er at pasientene er fornøyd med ordningen slik den er i dag – bortsett fra de som sier: «Vi kommer jo aldri gjennom til den hersens telefonen på legekantoret!»

RAGNHILD DYBVIG, Hamar



① Positivt: En rekke av forslagene er sammenfallende med det vi fastleger forbinder med godt allmennmedisinsk arbeid. Vi vil levere helsetjenester av god kvalitet og sørge for at pasientene får tjenester de har behov for. Vi ønsker å utvikle oss faglig slik at fastlegearbeid ikke har preg av å være «husflid», men følger nasjonale retningslinjer og kvalitetskrav. God tilgjengelighet og kort ventetid er viktig for pasientene. Deltagelse på samarbeidsmøter og oppfølging av pasienter med kronisk sykdom er viktige legegøper. Ved deltagelse i relevante råd og utvalg kan våre erfaringer og synspunkter gi viktige innspill til kommunen.

Negativt: Forskriftsfesting av oppgaver uten avgrensning av fastlegens ansvarsområde avdekker en manglende forståelse for arbeidet vårt. Tilgjengelighet i den grad det legges opp til, uten mulighet til å prioritere, er ikke faglig forsvarlig når legens tid er begrenset. Tilgjengelighetskravet er uforenlig med plikten til å delta i møter og utvalg. Oppsøkende virksomhet overfor dem som ikke ønsker kontakt med fastlege, er etisk betenkelig. At vi skal bruke mer tid til dokumentasjon og rapportering er ingen garanti for

kvalitet. Vi trenger kunnskap om allmennmedisinsk praksis og virksomhet, men det bør baseres på andre prinsipper enn forskrift og kontroll. Det forundrer meg at forskriften ikke tar til orde for at fastleger skal være spesialister i allmenntilleggsmedisin.

2 Det er bekymringsfullt at det legges opp til å forskriftsfeste sentrale deler av en vellykket ordning, som til nå har vært basert på avtaleverk i tillegg til lov og forskrift. Vår faglige autonomi er satt til side ved at man forskriftsfester oppgaver som dels er en selvfølgelig del av legevirkksomheten og dels bryter med de prinsippene vi arbeider etter.

Det er lagt opp til en endring av det økonomiske grunnlaget for fastlegevirksomhet ved mulighet for å tilbakeholde per capita-tilskudd dersom oppgaver ikke utføres tilfredsstillende ut fra kommunens definisjon. Dette gjør fastlegevirksomheten uforutsigbar med henhold til økonomi og ansvar for drift og ansatte. Det stilles krav om økt ytelse fra legene på en rekke områder. Nye plikter og oppgaver skal løses uten at det tilføres flere ressurser. Forskriften vil stanse rekrutteringen av fastleger.

3 Jeg er ikke lenger fastlege dersom denne forskriften vedtas. Hvis jeg fortsatt er allmennlege vil jeg arbeide etter de samme prinsipper i pasientbehandlingen. For min del blir det færre møter og mindre samhandling med kommunehelsetjenesten. Spennende oppgaver som å være tillitsvalgt eller praksiskonsulent faller bort. Dette fører i dag med seg en del møtevirksomhet og deltagelse på ulike arenaer – frivillig, ikke tilpliktet. Som allmennlege vil jeg fortsette å holde meg oppdatert, følge nasjonale retningslinjer, oppdatere medisinlister og ta tid til å utrede pasientene; følge opp dem med kroniske sykdommer dersom de ønsker det og reise i sykebesøk ved behov.

4 At man følger nasjonale faglige retningslinjer; at man gir viktig informasjon til pasienten skriftlig; at fastlegen sørger for å oppdatere medisinlister; syke- og hjemmebesøk der det er ønsket og hensiktsmessig; brukermedvirkning; timebestilling og enkel kommunikasjon på e-post og/eller sms.

5 Isolert sett vil mange av punktene i forslaget oppleves som positive for pasientene. Men de som setter seg inn i forskriften, stiller seg undrende til hvordan jeg skal klare å oppfylle de sprikende kravene til tilgjengelighet og ventetid, samtidig som jeg forventes å løse flere oppgaver, ha flere pasienter på listen enn det jeg synes jeg har kapasitet til, være vikar for kolleger og delta i flere møter og utvalg. Pasientene vil mislike at jeg skal bruke tid på å rapportere og registrere fremfor å ta imot dem når de har syke barn, magesmerter, brukket arm, symptomer på sykdom eller trenger råd og veiledning. Hvis konsultasjonen blir for

knapp vil de bekymre seg for om jeg får gjort en tilfredsstillende vurdering av deres helsetilstand. Kanskje vil en og annen lure på om ikke også fastlegen blir sliten og ukonsentrert?

FRØYDIS GULLBRÅ, Modalen



1 Det er mange gode intensjoner i den nye forskriften. Det er mellom anna ynske om bedre kvalitet i fastlegetenesta og betre tilgjengelegheit. Dette tenkjer eg er viktige punkt å fokusere på for å gjere fastlegetenesta enno betre enn den er i dag.

Forskrifta pålegg fastlegane mange utvida oppgåver som det ikkje er mogleg å gjennomføre med dagens rammer. Dersom den blir ståande som den er no, vil det gi dårlegare rekruttering til allmenntilleggsmedisin. Eg er spesielt redd for framtidig legedekning i distrikts-Norge. Desse områda vil alltid vere minst attraktive. Det vil vere der ein merkar rekrutteringsvanskar fyrst.

2 Det blir for mykje! Fastlegane er stort sett samvitsfulle og hardt arbeidande folk som tek ansvar for pasientar på lista si. Vi yter mykje både i arbeidstid og personleg engasjement. Her er lite dødtid. Eg trur mange opplever at dette blir detaljstyring og pålegg utover det som er gjennomførbart. Kva kunnskapsgrunnlag den omfattande omorganiseringa er bygd på, blir det også stilt spørsmål ved. Veit vi om tiltaka vil gje ynskt verknad? At ikkje Legeforeninga og KS er med i arbeidet med ei så viktig forskrift, gjer også mange skeptiske.

3 Dersom eg skal prøve å følge forskriften, vil det bety ein meir stressa kvardag. Alle skal ha time innan få dagar, telefonen skal svarast innan to minutt. Det kan bli vanskelegare å prioritera pasientar som treng rask hjelp. Eg trur det samla sett vil innebere mindre tid for pasientar og meir tid til møter, oppsøkjande verksemd og rapportering. Det vil sannsynlegvis også bli lengre ettermiddagar på jobben. På sikt veit eg ikkje om det vil vere foreinleg med det arbeidslivet eg ynskjer. Kanskje byter eg beite? Å ha sidestilling som forskar i allmenntilleggsmedisin kan også vere vanskeleg med denne reforma; her er lite som skildrar korleis denne viktige oppgåva skal tilretteleggast for.

4 At nokon kikkar oss i korta kan vere

skjerpende og positivt retningsgjevande for praksis, når det blir gjort på rette måten. Eg har tru på brukarundersøkingar, at det kan vere eit nyttig hjelpemiddel for å betre kvaliteten på tenestene vi leverer. Det kan vere nyttig å rapportere inn data frå praksis og samanlikne desse med andre, evt. opp mot standarder. Det kan også vere nyttig å diskutere kvalitetsarbeid med andre utanfrå praksisen, til dømes i læringsnettverk. Pålegg og pisk trur eg er lite nyttig.

5 Eg trur dei fleste pasientane likar intensjonane: at fastlegen skal vere meir tilgjengeleg og delta meir aktivt i tverrfagleg samarbeid. Eg trur også mange pasientar ser at legane er travle i dag, og at dei også forstår at dette ikkje vil kunne gjennomførast utan at det blir tilført betydeleg fleire fastlegar i kommunane.

JØRN KIPPERSUND, Volda



1 Mest positivt: at en pasient som truer fastlegen nå kan bli tvangsflyttet bort fra listen til legen.

Mest negativt: Punktet om proaktivitet innebærer en forskyning av ansvar fra enkeltindivid til storsamfunnet (i dette tilfellet ved fastlegen), uavhengig av om individet har nedsatt evne til å etterspørre helsetjenester. I tillegg skaper det en umulig arbeidssituasjon for fastlegen da det forutsetter at man til enhver tid skal være oppdatert på all journalinformasjon om alle sine listepasienter. Dette er en arbeidsoppgave ingen vil ha hengende over seg. Man kan jo bare forestille seg hvordan det vil være å være ny lege i en praksis under slike forhold.

2 Forslaget er en mistillitserklæring til fastlegene, der signalet er at legene ikke er i stand til å utøve god praksis og derfor må piskes av en detaljstyrende forskrift. Mange leger har valgt allmenntilleggsmedisin nettopp på grunn av selvstendigheten og muligheten man har til å påvirke egen arbeidsdag og optimalisere organiseringen av praksisen. Forslaget bærer preg av en maksimalistisk «mer av alt»-tankegang. Dette vil i praksis sluse ressurser fra de som trenger tiltak mest, til de som trenger det mindre. Fastlegen får langt mindre

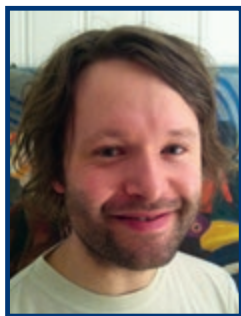
mulighet til å gjøre faglig funderte prioriteringer. Forskriftsforslaget kan sammenlignes med om myndighetene ville gi alle rett til parkering på handikapplasser. Verdien av å ha slike parkeringsoblat ville da selvsagt forsvinne.

3 Punktet om proaktivitet er så vidtrekkende at det for min del ikke vil være mulig å fortsette innenfor fastlegeordningen. Om dette punktet strykes, og resten av forskriften blir vedtatt vil jeg fortsatt ha store betenkeligheter med å skulle fortsette innenfor fastlegeordningen. Skal forskriften tas bokstavelig må det nødvendigvis bli flere og kortere konsultasjoner.

4 Fokus på legemiddelgjennomgang er et eksempel på et dult i retning bedre faglighet som isolert sett kanskje kan ha noe for seg. Det er ingen tvil om at intensjonene bak forskriften i hovedsak er aktverdige. Eksempelet viser likevel grunnproblemet i forslaget: Individuelle vurderinger blir nedvurdert til fordel for sjablongmessige krav. Forskriften krever årlig legemiddelgjennomgang hos pasienter som bruker seks eller flere legemidler. Behovet for legemiddelgjennomgang kan være vel så stort hos én som bruker fem legemidler. Dette avhenger selvsagt av hvilke legemidler pasienten står på. Når legens fokus styres av forskriftens krav, vil det naturligvis bli mindre rom for individuelle faglige vurderinger.

5 Pasientene vil sette pris på intensjonene. Konsekvensene av forslaget vil være vanskelig å se ved første øyekast, og vil dermed i liten grad være til bekymring før forslaget evt. blir en realitet. Det er en høyst reell fare for at fastlegeordningen kollapser om forslaget blir vedtatt. Dette vil oppføre pasientene. Om fastlegeordningen består med ny forskrift vil pasientene etter hvert måtte finne seg i kortere konsultasjoner og mindre oppfølging når de virkelig trenger det. Dette vil svekke publikums opplevelse av å ha en god fastlegeordning.

KRISTIAN ONARHEIM, *Holtålen*



1 Forskriftsforslaget har positive intensjoner om økt tilgjengelighet til fastlegen og anerkjenner til dels at fastlegen er viktig for utforming av bedre pasientbehandling. Dessverre

virker tiltakene lite gjennomtenkt, og på enkelte områder uklokt lagt opp. Det virker som om prosessen er kjørt baklengs, at tiltak er bestemt før en har oversikt over konsekvensene. Kommunene skal ansette flere fastleger for å oppfylle krav om tilgjengelighet. I verste fall kan forslagene til økt tilgjengelighet bli både kostnadsdrivende og føre til feil prioritering av ressursene i kommunene. Den enkelte kommune må i større grad enn det som kommer fram i forskriften kunne bestemme kvalitetsindikatorer, og «systemet» tilpasses ut fra tillit mellom fastleger og kommune. Detaljnivået i forskriften er alt for spesifikt og virker lite faglig fundert.

2 Legene er urolig over det som oppfattes som forskriftsfesting av en serviceerklæring med krav til tilgjengelighet, ventetid og økende tilplikning uten kompensasjon. Manglende konsekvensutredning av en slik detaljstyring gjør at forskriften kan medføre store utgifter til omstillingstiltak for både næringsdrivende leger og kommuner. Dette oppfattes som feil bruk av ressurser i en økonomisk krevende tid for kommunene. Det bør i større grad åpnes for å treffe tiltak som ivaretar kommunenes styringsmulighet gjennom avtaler med legene ut fra en felles forståelse av kvalitetskrav til tjenesten.

3 Forslagene i forskriften om økende grad av sykebesøk og oppsøkende virksomhet føyer seg inn i rekken av de mange oppgaver allmennlegetjenesten blir pålagt å drive med: en tjeneste som allerede oppleves sprenget av individrettet risikointervensjon og samhandling med NAV, arbeidsgivere og andre kommunale tjenester. Det er urealistisk at de detaljerte kravene som stilles i forslaget skal løses i de eksisterende tjenestene. Forskriften sier videre at listeansvaret til den enkelte lege skal tydeliggjøres. Dette er en god intensjon, men blir fulgt av forslag til tiltak som ikke har rot i praksis og som kan virke mot sin hensikt. Det foreslås at fastlegen skal ha alt ansvar for medisiner selv om andre leger starter behandling, og det overlates til fastlegen å løse hvordan dette skal skje i praksis. Oppdragsgiver viser få tanker om konsekvensene av forslaget og forutsetter at EPJ-systemene er etablerte. Økte krav til rapportering og papirarbeid vil ta fokus bort fra pasientbehandling og virke mot sin hensikt.

4 Kvaliteten i fastlegearbeidet er avhengig av at kommunene og fastlegene har felles forståelse av hvilket oppdrag som skal løses gjennom fastlegeavtalen. Fastlegen er en garantist for kvalitet i kommunehelsetjenesten, noe forskriften setter fokus på gjennom å ansvarliggjøre kommunene for allmennlegetjenesten. Flere diskusjoner og åpenhet rundt dette kan medføre bedre helsetjenester til befolkningen.

5 Forslaget til økt tilgjengelighet og tallfesting av det som kan oppfattes som behandlingsgarantier i kommunehelsetjenesten kan ved første øyekast virke forlokkende. Pasientene er den viktigste ressursen i forhold til videreutvikling av allmennlegetjenesten. Det må arbeides for økt brukermedvirkning i forhold til organisering av legetjenestene. Derfor er det viktig at kommunene legger til rette slik at *alle* som ønsker har mulighet til å delta i diskusjonene om hvordan fremtidens helsetjeneste skal være.

ELISABETH SWENSEN, *Seljord*



1 Ved en overfladisk, naiv gjennomlesing er det lett å alliere seg med departementet i ønsket om å forbedre fastlegeordningen på vesentlige punkter knyttet til populasjonsansvar og tilgjengelighet. HOD har også foreslått å forskriftsfeste fastlegenes plikt til å delta i legevakt ut fra en erkjennelse av at dette er forsømt i dag. Likevel kan jeg ikke se at dette teller «positivt» i betydningen klokt strategisk. Forskriftsforslaget må ses i sammenheng med samhandlingsreformens intensjoner og forutsetninger. Fastlegene er det spisskompetente forankringspunktet som hele reformen baserer seg på. Da kreves det dialog og tillit snarere enn detaljstyring og undergraving av legenes autonomi.

2 Fordi det med rette leses som en mistillitserklæring. Dernest fordi politikerne har bakt inn i forskriftsforslaget billig valgflesk av typen «tilgjengelig etter to minutter og time innen fem dager» uten å se at det faktisk åpner for en uprioritert favorisering av de friske og griske.

3 I liten grad. Jeg er fastlønnet med god og nær kontakt med min kommunale oppdragsgiver. I tillegg har jeg utviklet tykk hud og talent for sivil ulydighet. Jeg føler meg sikker på at min egen praksis vil forbli omtrent uendret.

4 Ingen. Forslaget har diskvalifisert seg selv.

5 Mine pasienter er tilsynelatende lite engasjert i debatten om fastlegeforskriften. De har hatt tilgang på stabile legetjenester gjennom en generasjon. Jeg tror pasientene har tillit til at kommunen vil løse eventuelle problemer lokalt.

JOSTEIN TØRSTAD, *Sør-Varanger*



❶ Det mest positive ved forskriftsforslaget må være myndighetenes tro på at fastlegene kan trylle. Det mest negative er at ansvaret for egen helse er på flyttefot fra pasienten til legen.

❷ Fordi enhver som har holdt på i faget en stund vet hvor intensiv og lang arbeidsdagen er. Det er nok av dårlig samvittighet som det er. Derfor er det enormt provoserende å få vite at det skal være plass til uendelig

mange flere oppgaver innenfor de samme rammene.

❸ Det er vanskelig å si. Om alt som ligger i forskriftsforslaget blir vedtatt vil et rigid byråkrati fullstendig kunne kvele en normal praksis. Man vil selvfølgelig kunne håpe på et fornuftig byråkrati, men det vil gi en dårlig følelse å være underlagt et system som er gitt så stor makt. Det som står fast er at vi i liten grad har mulighet til å fjerne oppgaver. Vi er en første-linjetjeneste og kan vanskelig avvise det som dukker opp. Det er det heller ikke lagt opp til, tvert i mot. Vi har allerede gode systemer for innkalling av kronikere. Vi har også samarbeidspartnere gjennom hjemmesykepleie, psykiatritjeneste og sosialtjeneste som hjelper oss med å fange opp verdig trengende. For å etterleve forskriften må vi nå i tillegg begynne med systematiske gjennomganger av hele lista. Det er tidkrevende. Hvordan systemer for rapportering av kvalitetsindikatorer skal implementeres vet vi lite om ennå, men helt sikkert

vil det medføre en del arbeid. I tillegg vil denne rapporteringen generere mye kommunikasjon med de myndigheter som får i oppgave å følge dette opp. Slik jeg ser det er det flere elementer i forskriftsforslaget som er i direkte motstrid til allmennmedisinsk faglighet. Jeg håper og tror at jeg skal greie å holde meg til fagligheten, men er usikker på hva dette kan medføre.

❹ Prinsipielt mener jeg en påpekning av øyeblikkelig hjelp-ansvar for egne pasienter er viktig. Det er mange måter å løse dette på, men alle innbefatter et behov for samarbeid mellom fastleger, evt. fastlegekontorer. Jeg mener at tilpliktning til kommunal allmennlegetjeneste er riktig. Jeg mener fastleger skal være krumtappen i legevakt. Fornuftig data-innsamling for kvalitetsvurdering er vel også nødvendig, men svært mange kvalitetsfaktorer ved allmennpraksis er vanskelig mål-bare.

❺ De pasientene som har luftet dette er enige med meg.