

HØRINGSSVAR TIL LEGEFØRENINGEN

Allmennlegeutvalget i Harstad er for forbedring av en allerede god fastlegeordning, men da innenfor realistiske rammebetingelser, og med fundament i oppdatert kunnskap og erfaring. Fastlegene strekker seg allerede langt. Det vises bl.a. i arbeidstimer. En normal arbeidsuke ligger på 46 timer. I tillegg kommer legevakter og administrative oppgaver i forhold til drift av legesenter og ansvaret som arbeidsgiver. Utover dette kommer også ansvar for faglig oppdatering. Det vil i praksis si at mange fastleger jobber mer enn 50 timers uke per i dag. Ut i fra dette er det ikke rom for ytterligere pålegg og oppgaver uten å samtidig redusere listestørrelse, samt øke ressursene til allmennlegetjenesten

Listestørrelsen for fulltid kurativ virksomhet som fastlege ligger i dag på 1500 pasienter. Da fastlegeordningen startet i 2001 ble det i Harstad forhandlet fram en listestørrelse for legene på 1200 pasienter. De siste årene har listestørrelsene blitt gradvis redusert til 900-1000 pasienter, hvor årsaken til denne utviklingen gjennomgående er en stadig økende arbeidsmengde, hvor en del av dette er økte ikke-kurative oppgaver. Med den nye forskriften vil også de ikke-kurative oppgaver øke ytterligere. Vi ser ikke for oss at det er mulig å drifte våre lister med den samme kvaliteten og på en bærekraftig måte om den nye forskriften blir vedtatt

Å drifte en liste på 1500 listepasienter vurderer vi som urealistisk. Fastlegen er ingen institusjon som er tilgjengelig til enhver tid.

Ventetiden på undersøkelser på sykehus i vår region (UNN) er som regel lang, slik at vi som fastleger må bruke mer ressurser på å følge de henviste pasientene opp, med hyppigere konsultasjoner, purring på henvisninger, henvise de til fritt sykehusvalg, "raskere tilbake", kurbad, og private senter. Arbeidshverdagen for fastleger i utkantsstrøk preges også av at det er færre (eller ingen) tilbud fra private spesialister, noe som medfører mer arbeid per pasient. Eksempelvis har psykologer her en ventetid på 6 mnd -1 år eller mer. Vårt lokale psykiatriske senter har begrenset kapasitet, og behandlingstilbudet har gjennom flere år vært besørget av mange vikarer, noe som følgelig går utover kontinuiteten i behandlingen. En del pasienter legger ikke skjul på at de er misfornøyde og ikke ønsker behandling der.

Forskriften har fokus på kvantitet, f.eks. hvor raskt det skal svares på telefon, hvor kort ventetid det skal være, og hvor mange pasienter det skal konsulteres per dag. Tidspress senker kvaliteten på legearbeidet. Det vi isteden trenger er mer tid pr pasient og mer tid til kvalitetsforbedring og kompetanseheving. Hvor blir det av fokus på fastlegens populasjonsansvar i forhold til å kunne prioritere de pasienter som har størst behov for helsehjelp? Hvis alle som ønsker det skal få legetime innen 2 (eller 5) virkedager vil vår autonomi ift prioritering bli svekket, det blir vanskeligere for legesekretærene å gjøre en medisinsk prioritering, noe som vil medføre økt frekvens av unødige konsultasjoner for sykdommer og plager som ikke trenger prioritet. Våre arbeidsdager vil bli mer travel og uforutsigbar. I sum er konsekvensen at vi må bruke mindre tid per pasient (inkludert de sykeste og kronikerne) og kvaliteten på arbeidet vil sannsynligvis reduseres parallelt med økt henvisningstakt til lokalsykehus. Hyppigheten av unødige innleggelse og undersøkelser på sykehus vil mest sannsynlig øke. Det blir svært liten tid til forebyggende helsearbeid. I sum vil nevnte momenter trekke i motsatt retning av det som er både samhandlingsreformens og fastlegeforskriftens mål.

Hvordan kan helsemyndighetene kreve økt tilgjengelighet når den reelle tiden for tilgjengelighet reduseres som følge av møter, sykebesøk, telefontid, massiv kontroll av friske, samt å oppsøke/innkalle pasienter som ikke søker helsehjelp? Sistnevnte vil også rent etisk stille pasientens autonomi på prøve, dvs pasientens ansvar for egen helse.

Det er allerede i dag problemer med rekruttering til allmennlegeyrket, et yrke der 1/3 av fastlegene er over 55 år (andelen er økende). Kravene fra helsemyndighetene som er formulert i ulike nasjonale retningslinjer er stadig økende og utfordrende å møte. Om virkeligheten blir slik revidert fastlegeforskrift legger opp til, vil rekrutteringen til allmennpraksis ytterligere stoppe opp! Det blir vanskeligere å anbefale legeyrket til unge håpefulle som har mange andre yrkesmuligheter.

En rekke universitetslektorer har allerede tatt til orde for å IKKE anbefale allmennpraksis til sine medisinstudenter slik den "reviderte" fastlegeforskrift er formulert.

Om andelen arbeid som ikke krever vår medisinske kompetanse øker, vil yrket bli mye mindre aktraktivt for leger med faglige ambisjoner. Dette er også dårlig ressursutnyttelse rent samfunnsøkonomisk.

Fastlegeforskriften har mange motstridende pålegg, og oppfattes slik den foreligger nå, å være bunnet i mistillit til yrkesgruppen. Denne mistilliten bekreftes i trusler om sanksjoner, og gjør fastlegene til motspillere. All erfaring har vist at samhandling fungerer best ved gjensidig respekt og tillit.

Vi stiller oss svært kritisk til ekskluderingen av DNLF og KS i arbeidet med fastlegeforskriften. Når ble myndighetene overordnet ethvert innspill fra de som utøver yrket hver eneste dag? Dette er udemokratisk og respektløst. Samhandling? Forslag til fastlegeforskrift gir inntrykk av å være dårlig gjennomarbeidet og lite faglig fundert. Den oppgir kvalitetsforbedring som fokus. Dog skinner intensjonen om kostnadseffektivisering klart igjennom.

Allmennlegeutv. i Harstad oppfordrer HOD til å trekke hele forskriften og høringen. Kontakt de allmennmedisinske foreningene, ta det allmennmedisinske miljøet på alvor og skaff faglig fundament for en forbedret fastlegeordning. Vi oppfordrer til samhandling og respekt framfor trusler og sanksjoner.

Allmennlegeutvalget i Harstad