

Kartlegging av samarbeidsmodeller i legetjenesten

Bakgrunnen for denne rapporten er generelt knyttet til Samhandlingsreformens mål om å oppnå en god og sammenhengende pasientbehandling. Direkte er rapporten knyttet til den nye fastlegeforskriften som gjelder fra 1. januar i 2013. Fastlegeforskriften skal dreie fastlegenes faglige tyngdepunkt fra pasientrettet arbeid og over på å bli en tydeligere aktør i kommunens samlede helsetjeneste. Den skal tydeliggjøre kommunens ansvar for allmennlegetjenesten og tydeliggjøre fastlegenes rolle.

Rapporten beskriver et utvalg samarbeidsmodeller i kommunal legetjeneste - slik situasjonen er når fastlegeforskriften trer i kraft. Beskrivelsene demonstrerer mangfoldet i samarbeidsmodeller som fastleger er involvert i. Presentasjonene av samarbeidsmodeller er laget ved at vi på den ene siden beskriver en utvalgt samarbeidsmodell, hvor beskrivelsen i de fleste tilfelle omfatter sted og sammenheng. På den andre siden presenteres en rendyrket modell – en idealmodell - som er uavhengig av sted, enkeltpersoner og kultur. Idealmodellen antas å være overførbart, og noe som andre kommuner kan lære av. Det presiseres at rapporten ikke drøfter hva som er sterke og svake sider ved samarbeidsmodellene, vi evaluerer ikke effekter av modellene, og lager ikke normative beskrivelser som sier hvordan samarbeidsmodellene *bør* være.

Sentrale faktorer i beskrivelsen av i hvilken kontekst eller sammenheng samarbeidsmodellen inngår, er hvilket geografisk område modellen er hentet fra, hva befolkningsstørrelsen er, hvor lang avstand det er til nærmeste sykehus, og ikke minst hvorvidt legekontoet er kommunalt eller privat – altså om legen er lønnet av kommunen eller har driftstilskudd. Andelen av fastlegepraksiser på fastlønn reduseres gradvis fra år til år. Samtidig vet vi at *andelen årsverk* av leger på fast lønn i kommunehelsetjenesten nå stiger, etter at den gikk ned frem til bunnivået i 2005. Det er grunn til å spørre om en del samarbeidsoppgaver hvor fastlegen inngår, løses bedre med utgangspunkt i fastlønnede fastleger enn i fastleger med driftsavtale.

Samarbeidsmodellene er sortert etter tre nivå hvor samarbeidet foregår: nivå 1 er integrert samarbeid i kommunen, nivå 2 er interkommunalt samarbeid, og nivå 3 er samarbeid mellom fastleger og helseforetak. Samarbeidsmodellene som presenteres på nivå 1 og nivå 2, omfatter interkommunale samarbeid om legetjenester og kommuneoverlege, samarbeid mellom fastlege og diabetessykepleiere, tverrfaglig samarbeidsmøte i kommune, kommuneoverlegearbeid og lokalt samarbeidsutvalg i stor by, samarbeid mellom fastleger og fagteam, en ny modell for fastleger i oppfølging av sykefravær, fastleger og frisklivsarbeid, modeller for akuttmedisinsk trening og legevaktmodeller. Det viste seg å være langt mellom interkommunale samarbeidsmodeller som involverer fastleger, og få interkommunale samarbeid som retter seg mot kronikergrupper. Samarbeidsmodellene på nivå 3, som er mellom helseforetak og fastleger, omfatter eksempler på ambulante team fra spesialisthelsetjenesten, samhandling innenfor rus og psykiatri, praksiskoordinatorsamarbeid, telemedisinsk samarbeid, samarbeid omkring intermedieære enheter og kommunikasjon mellom akutt-team ved DPS og fastleger.