



## OPPSUMMERING AV KS INNSPILL TIL SAMHANDLINGSREFORMEN

KS ønsker at kommunehelsetjenesten skal være en helhetlig inngangsport til helsetjenesten.

### **Lokalpolitisk handlingsrom**

Lokalpolitisk handlingsrom er en forutsetning for å lykkes med reformen. Lokalpolitiske prioriteringer må aksepteres, og det må gis rom for tilpasninger av tjenestetilbudene ut fra lokale behov, basert på lokalpolitiske skjønn.

### **Rettslige forhold**

KS mener det trengs en mer positiv angivelse av kommunens rettslige myndighet. Formålet er å tydeliggjøre kommunen som myndighet både i forhold til statsforvaltning, fagprofesjoner og innbyggere. KS vil ha en klarere ansvarsfordeling mellom statsforvaltningen og kommunen og går imot en videreføring av dagens lovverk hvor oppgaveglidning fortsetter uten at loven endres.

KS vil ha en tvisteløsningsordning i forbindelse med; tvister om ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene, tvister om forståelse av avtalene som kommunene inngår med foretakene og tvister om utskrivningsklare pasienter.

KS ønsker å integrere fastlegene bedre i den kommunale helse- og omsorgstjenestene, og det trengs en tydeliggjøring av hvilke rettslige virkemidler kommunene skal ha, slik at det blir samsvar mellom kommunens ansvar og virkemidler.

KS mener at kommunen må ha rett til å rekvirere tjenester fra spesialisthelsetjenesten. En tydeliggjøring av fastlegenes ansvar, vil få avtalemessige konsekvenser.

### **Oppgaver**

De utvidede oppgavene må ha et volum som forsvarer de tilpasningene og den ressursøkning som må iverksettes, og det må omhandle pasientforløp der kommunen eller kommunens helsepersonell reelt kan påvirke eller styre valget av behandlingsalternativer.

Kommunene kan ta utvidet ansvar for pasientgruppene eldre pasienter og kronisk syke. KS går i mot betalingsansvar for ”utskrivningsklare” psykisk syke og ruspasienter før det foreligger bedre konsekvensutredninger.

### **Finansiering**

Nye og utvidede oppgaver til kommunene må fullfinansieres fra staten. KS forventer at kostnadsberegningene blir forankret i konsultasjonsordningen.

### **Kompetent arbeidskraft**

Staten må legge til rette for tilgang på tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft, blant annet ved løsninger gjennom utdanningssystemet.

### **Forskning**

Et kommunalt ansvar for forskning og undervisning kan løses gjennom regionale samarbeidsløsninger (herunder regionale forskningsutvalg). Finansiering kan skje gjennom økte rammer til kommunene og gjennom regionale forskningsråd.

## **Innspill til arbeidet med Samhandlingsreformen**

KS mener at Samhandlingsreformens mål må være å gjøre kommunehelsetjenesten til en helhetlig inngangsport til helsetjenesten, der brukeren kan få tilbud om alle de grunnleggende tjenestene og henvises videre når det er behov for spesialiserte tjenestetilbud. Dette forutsetter endringer i finansiering, lov- og avtaleverk og kompetanse.

KS er positiv til økt kommunalt ansvar for helsetilbudet, og imøteser samarbeidet med Regjeringen. Det er behov for mer sammenhengende pasientforløp som innebærer forbedringer for pasientene og bidrar til økt samfunnsøkonomisk effektivitet. Kommunenes fortrinn er i første rekke knyttet til at man kan bygge opp tilbud nær brukerne, at man kan tilpasse tilbudet til lokale forhold og at tilbudet kan ses i sammenheng med andre kommunale tjenester.

### **Forutsetninger for en vellykket reform**

KS mener det er klokt å gå skrittvis frem ved implementering av reformen. Det blir viktig å lære fortløpende av de erfaringer man høster. Særlig viktig blir et godt lederskap som involverer og gir klare ansvars- og myndighetsforhold. KS mener for øvrig at følgende forutsetninger må være tilstede for at reformen skal bli vellykket:

- Det må legges betydelig vekt på Samhandlingsreformen som en lokaldemokratireform, hvor aksept for lokalpolitisk handlingsrom også er en forutsetning for å lykkes med reformen. Lokalpolitiske prioriteringer må aksepteres, og det må også gis rom for tilpasninger av tjenestetilbudene ut fra lokale behov, basert på lokalpolitiske skjønn.
- Stortinget må fastsette et regelverk som dels fremhever kommunens handlefrihet og myndighet innenfor området, men som også i større grad klargjør ansvarsfordelingen mellom kommunene og statsforvaltningen, herunder helseforetakene. En nærmere avklart rollefordeling og etablering av en uavhengig tvisteløsningsordning for å avklare tvister om ansvarsforhold, tolkning av avtaler mv mellom forvaltningsnivåene, vil bidra til likeverdighet mellom forvaltningsnivåene.
- Staten må legge til rette for tilgang på tilstrekkelig og kompetent arbeidskraft, blant annet ved løsninger gjennom utdanningsystemet.
- Staten må fullfinansiere det utvidede ansvar kommunene får som følge av samhandlingsreformen. KS ber om å bli involvert i kostnadsberegningene av omleggingene i den forbindelse, slik dette er forankret i konsultasjonsordningen.
- Kommunene må få tid til å finansiere og bygge opp de nye tjenestene de får ansvar for før sykehusene trapper ned tilbud.
- Forutsetninger som må være tilstede for at kommunene skal kunne påta seg større og flere oppgaver:
  - Kompetansen i kommunesektoren må endre seg på bakgrunn i de oppgavene som overføres.
  - Oppgavene må ha et volum som forsvarer de tilpasningene og den ressursøkning som må iverksettes.
  - Det må omhandle pasientforløp der kommunen eller kommunens helsepersonell reelt kan påvirke eller styre valget av behandlingsalternativer.

### **Endringer i dagens regelverk.**

Kommunens ansvar og myndighet i forhold til de oppgaver som kommunene skal utføre må fremheves i loven. Det må fremgå av loven at kommunen er myndigheten innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten og har beslutningskompetanse og handlingsfrihet så

lenge annet ikke fremgår av lov eller ulovfestet rett. KS ønsker slik en mer positiv angivelse av myndighet som et alternativ til den mer passive ”sørge for ansvaret” formuleringen. Formålet er å tydeliggjøre og synliggjøre kommunen som myndighet både i forhold til statsforvaltning, fagprofesjoner og innbyggere. KS ønsker å fremheve kommunen som en selvstendig myndighet innenfor de rammer og oppgaver som Stortinget har gitt kommunen. Det er behov for slik tydeliggjøring både i forhold til helselovgivningen og i forhold til sosialområdet, hvor KS forstår at departementet nå samordner disse lovene.

Ansvarsfordelingen mellom statsforvaltningen, herunder foretakene, og kommunene bør tilsvarende tydeliggjøres i lovverket. Formålet er å nærmere klargjøre hvilke oppgaver som ligger henholdsvis til kommunen og til statsforvaltningen og foretakene. KS ser ikke for seg en kasuistisk oppramsing av oppgaver for de ulike forvaltningsnivåene, men det bør i loven pekes ut en retning i henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven hvor lovgivers intensjon i større grad er en klargjøring av ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene. Loven kan her også suppleres av forarbeidene. KS vil derfor gå imot en videreføring av dagens lovverk hvor slik oppgaveglidning skal fortsette uten at loven endres for i større grad klargjøre ansvarsfordelingen mellom stat og kommune.

KS ønsker en rammelov som i minst mulig grad legger føringer på hvordan kommunene organiserer sine tjenester, herunder samarbeid med andre kommuner. Lovverket må henvende seg til kommunen som sådan, slik at det klart fremgår at det er kommunestyret som i samsvar med kommuneloven er ansvarlig for tjenestene. Det er videre i lovverket behov for klargjøring av kommunens myndighet i forhold til fastleger, jf nedenfor.

Dagens spesialisthelsetjenestelov § 1-2, 2. ledd fastsetter at staten (HOD) ved enkel beslutning eller forskrift kan fastsette hvorvidt en oppgave skal ligge til kommunene eller helseforetakene hvor det er tvil om oppgavefordelingen. Dette er ikke tilfredsstillende for å løse uklarheter. Regelen er også tvilsom i forhold til det Europeiske charteret for lokalt selvstyre (European Charter of Local Self Government, vedtatt av Eurparådet 15.10.1985 og ratifisert av Norge i 1989), hvoretter kommunen etter art. 11 har rett til uavhengig judisiell prøving av tvister med staten. Dagens ordning medfører at en part – her statsforvaltningen – både blir part og dommer i en og samme sak. KS foreslår derfor at det innføres en uavhengig tvisteløsningsordning hvor det er tvist mellom stat og kommune om ansvarsområdet, på samme måte som det er gjort innenfor barnevernsområdet og ved opprettelse av NAV kontorer.

KS foreslår at det etableres en uavhengig tvisteløsningsordning i forhold til;

- Tvister om ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene
- Tvister om forståelse av avtalene som kommunene inngår med foretakene
- Tvister om utskrivningsklare pasienter, jf nedenfor.

Etter det KS forstår har departementet lagt opp til at avtaleinstituttet vil bli viktig for å regulere kommunenes og foretakenes forpliktelser og rettigheter. KS forutsetter da at det legges opp til reell avtalefrihet, slik at avtaleinstituttet ikke blir et nytt statlig virkemiddel for detaljregulere kommunene. Dersom HOD skal ha godkjenningmyndighet ved inngåelse av disse avtalene, og HOD/direktoratet skal ha definisjonsmakten ved tolkningen av avtalene, vil dette i utpreget grad undergrave likeverdigheten mellom partene. Staten vil da kunne binde kommunene både gjennom lov, forskrift, ved utarbeidelse og tolkning av avtalen, som vil forrykke balanseforholdet mellom statsforvaltningen og kommunene også utover det som er i dag. Dette kan KS vanskelig akseptere i forbindelse med en gjennomføring av reformen. En vellykket reform vil etter KS sin oppfatning blant annet basere seg på at statsforvaltningen og kommunene blir likeverdige partnere.

Det er behov for å avklare hvilken rettslig status slike avtaler skal ha, hva er for eksempel virkningen av at en part misligholder avtalen. Er det da de alminnelig avtale/kontraktsrettslige reglene som gjelder?

KS ser videre at det er behov for nærmere rettslige avklaringer;

- Hvem av henholdsvis foretakene eller kommunene har det rettslige ansvaret overfor pasienter i forbindelse med drift av for eksempel av intermediaære avdelinger basert på samarbeidsavtaler mellom foretak og kommune?
- Hvilken adgang skal kommuner ha til å opprette type tildelingskontorer for eksempel ved utskrivning av pasienter, hvor kommunen tildeler legetjenester, fysioterapitjenester ved utskrivning av pasienter? I dag er tildeling av type helsetjenester ikke et enkeltvedtak, og beslutningsmyndigheten ligger således ikke til kommunene. Erfaringer viser imidlertid at mange kommuner og foretak har gode erfaringer med bruk av slike tildelingskontor ved utskrivning av pasienter. Den ordningen har imidlertid en svak forankring i lovverket, og trenger en nærmere rettslig avklaring, blant annet i forhold til fastlegenes listansvar.

Når kommunen tillegges flere oppgaver, og det legges vekt på større samhandling mellom forvaltningsnivåene, mener KS at kommunen også må ha adgang til å rekvirere helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten. KS ønsker å endre lovverket, slik at spesialisthelsetjenesten pålegges større plikter enn den generelle veiledningsplikten som spesialisthelsetjenesten i dag er pålagt. Det må fastsettes nærmere rutiner for hvordan slik rekvisisjon fra kommunen kan skje.

I innstillingen til Stortingsmeldingen står det at de samlede endringer vil måtte skje over tid, og at det blir viktig å lære fortløpende av de erfaringer man høster. Dette er i tråd med KS sitt syn. Det er imidlertid viktig at det er Stortinget som gjennom lov som nærmere klargjør ansvarsfordelingen og rollefordelingen mellom kommunen og statsforvaltningene, herunder foretakene, slik at denne utviklingen ikke baserer seg på en ensidig oppgaveglidning definert av statsforvaltningen.

### **Ansvar og oppgavefordeling**

KS mener reformen må gi større ansvar, flere oppgaver til kommunene og mulighet til videreutvikling av oppgaver kommunene allerede har. Reformen bør konsentreres om områder og pasientgrupper der samhandling har særlig store konsekvenser for sykdomsforløpet og tjenestetilbudet til pasienten.

Det har vist seg at samhandling særlig rundt eldre pasienter og kronisk syke er det området i helsetjenesten hvor det er mulig å skape bedre pasientforløp.

Overordnet er det tre grupper av pasienter, hvor kommunen kan påta seg større oppgaver:

- Kronisk syke og eldre med uplanlagt behov for helsetjenester og forverring som skyldes interkurrent sykdom (forbigående mildere sykdom som blærekatarr, influensa etc i tillegg til hoveddiagnosen)
  - som alternativt til innleggelse kan behandles med et forsterket hastetilbud i kommunen
  - som med forsterket tilbud kan skrives ut tidlig
- Kronisk syke og eldre som kan ha nytte av systematisk oppfølging og rehabilitering, dvs. forebygge behov for innleggelser i sykehus og behov for økt kommunalt tilbud (frail patients):

- tidlig rehabiliterings-/behandlingstilbud til hjemmeboende som gradvis mister funksjonsevne
- forebyggende hjemmebesøk/program til pasienter som skrives ut fra sykehus og til hjemmet etter behandling
- Pasienter med alvorlig sykdom som skal ha palliativ behandling.

KS foreslår at arbeidet med ansvar og oppgavefordeling i første omgang konsentreres om disse pasientgruppene.

Kommunehelsetjenesten bør *organisere et hastetilbud* til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus. Samhandling rundt disse pasientene er det området i helsetjenesten som har størst potensial til forbedring. Det er godt dokumentert at dette hindrer innleggelse på sykehus og er et bedre tilbud til pasientene.

Grovt sagt er legevakten og spesialisten på poliklinikken i sykehus ansvarlig for hver sin halvpart av innleggelsene i sykehus. Legevakten med øyeblikkelig hjelp og spesialisten med elektive problemstillinger. Mange har antatt at storparten av innleggelsene i sykehus "skyldes" fastlegene, men nærmere analyse gir et annet bilde. Tabellen under viser at primærlegen/legevakt står for 40 prosent av innleggelsene på sykehus og sykehuslege 60 prosent av innleggelsene. <sup>1</sup>

Innleggelser	Antall	Primærlege %	Spesialist %	Til sammen
Dag	560 000		100	100
Døgn	810 000	69	31	100
Døgn og dag	1 370 000	40	60	100

Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er i stor grad blitt bygd opp omkring den akuttmedisinske kjeden. Problemet er at denne kjeden også brukes til pasienter som ikke har de samme behovene som akutt alvorlig syke. Det gjelder for eksempel kronisk syke og gamle som pga interkurrent forverring av helsetilstanden trenger ekstra hjelp og behandling. Det fører mange ganger til unødvendig belastende transport og behandling for disse pasientgruppene og utløser store kostnader selv når behovene for tiltak egentlig er små. Denne utfordringen er etter hvert blitt meget synlig ettersom antallet kronisk syke og eldre vokser raskt. Blant heldøgnsoppholdene i sykehus er over 60 % av alle innleggelser øyeblikkelig hjelp, og for aldersgruppen over 80 år er øyeblikkelig hjelp andelen på 80 %. Den generelle veksten i øyeblikkelig hjelp opphold er også sterkest for den eldste aldersgruppen og tydelig sterkere enn endringene i alders sammensetningen kan forklare.

Det er gjennomført flere undersøkelser på hvor stor andel av innleggelser som ikke er nødvendige og resultatene spriker. <sup>2</sup>

- 550 000 øyeblikkelig hjelp innleggelser
- 50 000 (10 %) akuttsituasjoner

<sup>1</sup> Professor Anders Grimsmo, NTNU. "Samhandling om pasienter med kronisk sykdom – viktige tiltak før, under og etter innleggelse".

<sup>2</sup> Professor Anders Grimsmo, NTNU. "Samhandling om pasienter med kronisk sykdom – viktige tiltak før, under og etter innleggelse".

- 220 000 (40 %) hastetilfeller
- Resten (50 %) – tilgjengelig for alternativer?
- Unødvendige innleggelser: Fra 0 til 30 %
  - 1/2 skyldes mangelfulle primærhelsetjenester (hjemmesykepleie, etc)
  - 1/3 skyldes mangelfull tilbakemelding til primærhelsetjenesten (epikrise, etc)

Det er vist at det er tre til fem ganger forskjell i innleggelsesfrekvens mellom allmennleger, men den største variasjonene i henvisningsfrekvens skyldes pasientkarakteristika.

### **Forebygging.**

KS etterlyser et klarere skille mellom generelle helsefremmende tiltak, forebygging og rehabilitering. Det foreligger en antagelse om at en stor del av livsstilssykdommer kan forebygges, og at denne forebyggingen bør skje i regi av kommunenes helsetjenester. Det er imidlertid lite kunnskap om hvilke tiltak som virker med hensyn til forebygging, og effekten av tiltak. Det er tidkrevende og kostbart å bygge opp tilbud, og effekten av eventuelle tiltak vil etter all sannsynlighet ikke vises før etter flere år. Det er utfordringer med hensyn til finansiering av ”no events” i helsevesenet, noe som gjør det vanskelig for kommunene å prioritere oppbygging av nye tiltak sammen med de mange lovpålagte oppgaver kommunene allerede har.

Generelle helsefremmende tiltak i samarbeid med andre deler av kommunenes aktivitetstilbud vil her spille en rolle. På makronivå vil andre faktorer spille inn, eksempelvis avgiftspolitikken på frukt og grønt og sukker. KS mener at det ligger et potensiale i å drive mer skadeforebyggende arbeid rettet mot grupper av eldre pasienter, og at dette er den delen av det forebyggende arbeid hvor tiltak bør iverksettes først.

### **Utskrivningsklare pasienter**

Det er behov for en klar definisjon av gruppen utskrivningsklare pasienter. Det må vurderes hvordan kommunen gjennom organisering og beslutningsstrukturer kan ha innflytelse på innleggelse/utskrivning av pasienter til spesialisthelsetjenesten. Før eventuell betalingsplikt inntreer må følgende oppfylles: epikrisen må foreligge, fastlegen må være varslet, dialogen med kommunens omsorgstjeneste må være etablert. Klarering og definering av begrepet ”utskrivningsklar” bør nedfelles i avtaler mellom helseforetak og kommuner.

KS mener psykisk helsevern reiser andre problemstillinger for helsetjenesten som trenger grundige svar og konsekvensutredninger før det gjøres endringer i betalingsordninger.

KS frykter uklare definisjoner av hvem de utskrivningsklare i psykisk helsevern er.

Kommunene har erfart at helseforetakene skriver ut pasienter av psykiatriske sykehus som foretakene oppfatter ikke drar nytte av behandlingen, men som det er meget krevende å gi et tilbud til i kommunene. Det kan dreie seg om svært syke pasienter. Kommunene har ingen tvangsbestemmelser og ønsker det heller ikke. Forskriften om ”utskrivningsklare pasienter” har ikke omfattet psykisk helsevern. Tilsvarende gjennomgang bør det være i forhold til rusfeltet, som heller ikke vil være modent for innføring av en betalingsordning for utskrivningsklare pasienter fra 2012.

KS har følgende foreløpige vurderinger når det gjelder betalingssetser for utskrivningsklare pasienter:

- Det synes rimelig å legge gjennomsnittskostnader for aktuelle pasientgrupper til grunn for spesialisthelsetjenestens innsparinger knyttet til tidligere overføring av utskrivningsklare pasienter. Kapitalkostnader bør inngå som en del av

beregningsgrunnlaget. Det vil med gitt demografibehov ikke være behov for redusert kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil få redusert sitt behov for kapasitetsutvidelser (les: mindrebehov for nyinvesteringer). KS har merket seg at det i Samhandlingsmeldingen er vist til en døgnpris på rundt 5 000 kroner.

- KS legger til grunn at betalings-sats for utskrivningsklare pasienter fastsettes på bakgrunn av beregnede innsparinger i spesialisthelsetjenesten. Vi oppfatter dette som en forutsetning i samhandlingsmeldingen - og dermed for Stortingets behandling av saken.
- Ved vurdering av kommunenes kostnader til å gi egne tilbud til de utskrivningsklare pasientene (som er i spesialisthelsetjenesten) må det tas hensyn til de behovene pasientene har for helse- og omsorgstjenester. Kostnadene vil trolig være høyere enn gjennomsnittskostnader i kommunale institusjoner, da utskrivningsklare pasienter i gjennomsnitt har behov for mer omfattende tjenester. Kommunene må videre utvide kapasiteten for å gi tilbud til disse gruppene. Dette innebærer kapitalkostnader som må beregnes særskilt og kommer i tillegg til driftskostnadene ved de kommunale tilbudene. (Viser for øvrig til at kapitalkostnader ikke er fullt ut inkludert i kommunenes institusjonskostnader slik disse fremkommer i KOSTRA.)
- KS merker seg at det er et betydelig svakere grunnlag for å beregne kostnader knyttet til utskrivningsklare pasienter innen psykiatri og rus enn for somatikken. Definisjonen av hva som er en *utskrivningsklar pasient* er også mer uklar innenfor disse tjenestene.

## Forskning og undervisning

I dag brukes det svært mye mer ressurser til forskning knyttet til spesialisthelsetjenesten i forhold til kommunehelsetjenesten. Resultater fra forskning i spesialisthelsetjenesten er ofte ikke relevante i kommunehelsetjenesten.

KS mener forskning med relevans for kommunehelsetjenesten må økes betydelig. Generelt er det behov for mer praksisnær forskning og spesielt vil vi fremheve behovet for å styrke forskningen innen allmennmedisin., men også på områder som tjenesteyting og -utvikling i kommunehelsetjenesten, teknologi og organisasjon og ledelse.

Det bør vurderes om kommunene bør få et særskilt ansvar for forskning og undervisning, på lik linje med spesialisthelsetjenesten. En mulighet er å innta en formulering i ny kommunehelsetjenestelov lignende det som står i spesialisthelsetjenesteloven, der det er fastslått at spesialisthelsetjenesten har fire hovedoppgaver:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Undervisning (av helsearbeidere)
- Opplæring av pasienter/pårørende

Forskning og undervisning må sees i sammenheng med utdannings- og forskningsinstitusjoner og andre relevante fagmiljø. Undervisningssykehjem, undervisningshjemmetjenesten og sentrene for omsorgsforskning er her sentrale.

Et kommunalt ansvar for forskning og undervisning kan løses gjennom regionale samarbeidsløsninger (herunder regionale forskningsutvalg). Finansiering kan skje gjennom økte rammer til kommunene og gjennom regionale forskningsråd. Et økt kommunalt ansvar for forskning og undervisning må kompenseres fullt ut fra statens side.

Hovedansvaret for å satse på forskning ligger hos politikere og helsemyndigheter. Det må være samsvar mellom Samhandlingsreformens løfter om satsing på kommunehelsetjenesten og dokumenterbar forebygging, og satsingen på forskning.

Det må stilles kritiske spørsmål om sammenhengen mellom ressursene som settes inn i forskningen og resultatene. Ikke minst hvordan få mest mulig ut av offentlige bevilgninger til forskning. I et velfungerende forskningssystem bør det være balanse mellom hensynet til å støtte det beste, og hensynet til fornyelse og mangfold<sup>3</sup>.

KS foreslår at disse spørsmålene blir diskuteres nærmere i samtaler mellom KS og HOD.

## Allmennlegetjenesten

### Hovedpremisser

KS vil fremheve at en kvalitativt god allmennlegetjeneste er en hjørnestein i kommunenes helse- og omsorgstjenesten. Den skal sikre alle innbyggere tilgang på helsetjenester og være den grunnmuren som spesialisthelsetjenesten bygger på. Allmennlegetjenesten er en helt sentral samarbeidspartner for de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og inngår i en helhetlig kommunal helse- og omsorgstjenesten. På et overordnet nivå vil KS peke på tre grunnleggende endringer som bør tilstrebes for at samhandlingsreformen skal lykkes:

- **Det må skje en vekst i antall allmennleger i kurativ praksis, samt en økt tilgang på medisinsk kompetanse i kommunenes administrative planarbeid.**  
En sentral målsetting med samhandlingsreformen er å overføre oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, samt å etablere tilbud i kommunene før, i stedet for, og etter utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette vil måtte medføre flere oppgaver også for allmennlegetjenesten, og den totale kapasitet i allmennlegetjenesten må derfor økes om samhandlingsreformen skal kunne gjennomføres.
- **Legetjenesten må integreres bedre i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.**  
Fastlegereformen har på mange måter vært en suksess. Den har sikret god tilgjengelighet til legetjenesten for de fleste pasienter og innbyggere, og den har bidratt til en effektiv allmennlegetjeneste for de oppgaver som enkelt kan ivaretas gjennom et listesystem. Imidlertid er allmennlegetjenesten i for liten grad integrert med den øvrige kommunale helse- og omsorgstjeneste, som i hovedsak er organisert etter geografi i distrikter. At allmennlegetjenesten også i hovedsak er organisert som selvstendig næringsdrift, begrenser kommunenes adgang til styring og ledelse av allmennlegetjenesten. I det videre arbeid med samhandlingsreformen må det finnes løsninger innenfor den valgte hovedmodell (fastlegeordningen) som bidrar til en bedre integrering av allmennlegetjenesten i kommunene.
- **Det må sikres god tilgang på allmennleger i alle landets kommuner.**  
En økt tilgang på allmennlegetillinger i kommunene må gjennomføres slik at det ikke fører til en utilsiktet avgang av allmennleger i kommuner som har rekrutteringsutfordringer knyttet til fastleger. Videre må det etableres system for opplæringsstillinger slik at man sikrer god legefördeling over hele landet – ikke minst av hensyn til langsiktig tilgang på allmennleger.

### Fastlegenes ansvar

KS støtter ønsket om å styrke og tydeliggjøre fastlegenes ansvar i forhold til pasienter som står på fastlegenes lister. KS vil særlig peke på at det vil være en svært uheldig utvikling om fastleger over tid avgrensner sitt ansvar til å ikke gjelde bestemte pasientgrupper eller medisinske oppgaver innen bestemte sykdomstilstander, eksempelvis innen rus og psykisk helse. KS vil understreke behovet for at fastlegene innehar et helhetlig ansvar for all medisinsk vurdering og behandling for alle de pasienter som står på fastlegens liste, uavhengig av om pasienten kan reise til legekantoret, eller hvilke medisinske behov pasienten måtte ha, med mindre pasienter er under annen leges behandlingsansvar (for eksempel innlagt i sykehus).

<sup>3</sup> En ny handlingsregel? Aftenposten mandag 31. mai 2010, professor Jan Fagerberg, Universitetet i Oslo.

En styrking og tydeliggjøring av fastlegenes listeansvar vil imidlertid ikke redusere eller oppheve behovet for å ivareta oppgaver som i dag går under overskriften offentlige allmennmedisinske oppgaver. Dagens oppgaver i kommunehelsetjenesten er basert på ulike organisatoriske prinsipper. Allmennmedisinske oppgaver – spesielt de som går under betegnelsen ”kurative” – er organisert etter et listeansvarsprinsipp, mens store deler av den øvrige helse- og sosialtjenesten (fortsatt) er basert på distriktsansvar og med arbeidslag – for en stor del uten leger. For mange (kurative) allmennmedisinske oppgaver går dette stort sett greit, og spesielt for oppgaver uten sterkt behov for samhandling mellom allmennlegetjenesten og den øvrige kommunale helse- og omsorgstjeneste. De oppgaver som går under betegnelsen offentlige allmennmedisinske oppgaver, gjelder oppgaver der listeansvaret ”oppheves”. Det gjelder for eksempel når pasienter innlegges på institusjon, eller der det av praktiske årsaker ikke er hensiktsmessig å sende personer til ulike leger – for eksempel i skolehelsetjenesten, eller oppfølging av pasienter i hjemmebasert omsorg, der pleietjenesten er distriktsorganisert, men der legetjenesten er listebasert. I dag er det i mange situasjoner vanskelig å få til den nødvendige dialogen mellom hjemmetjenesten og legetjenesten. Utviklingen fra institusjons- / hjemmebasert omsorg vil stille større krav til en oppsøkende legetjeneste.

Skal man tydeliggjøre fastlegens generelle ansvar for allmennmedisinske oppgaver, så må man passe på at det ikke utilsiktet skjer en nedprioritering av de oppgaver og funksjoner som ikke enkelt løses gjennom listeansvarsprinsippet.

En tydeliggjøring av fastlegenes ansvar som skissert, vil få avtalemessige konsekvenser. KS ser frem til en nærmere dialog med departementet og Legeforeningen om dette.