



Regional plan for avtalespesialistområdet i Helse Sør-Øst

Versjon: 7.6.2018

1.	Innledning	3
2.	Oppsummering av anbefalinger	4
3.	Bakgrunn og føringer.....	5
4.	Dagens situasjon.....	7
4.1	Årsverk avtalespesialister i regionen	7
4.2	Årsverk avtalespesialister i de fire helseregionene	8
5.	Endringer og kapasitet.....	9
5.1	Befolkningsframskriving.....	9
5.2	Pakkeforløp	9
5.2.1	Pakkeforløp - kreft.....	9
5.2.2	Screening - tykktarmskreft	9
5.3	Prioriteringsforskriften.....	9
5.4	Rekrutteringssituasjon.....	10
5.5	Omdisponering av hjemler.....	10
6.	Tilbakemelding fra praksiskonsulentene.....	11
6.1	Hvilke spesialiteter etterspørres?	11
6.2	Forslag til forbedringstiltak	11
7.	Somatiske spesialiteter	12
7.1	Øyesykdommer	12
7.2	Hud- og veneriske sykdommer.....	12
7.3	Nevrologi.....	12
7.4	Urologi.....	13
7.5	Revmatologi.....	13
7.6	Plastikkirurgi.....	13
7.7	Radiologi.....	13
7.8	Generell kirurgi	14
7.9	Generell indremedisin	14
7.10	Lunge- og hjertesykdommer	14
7.11	Førdøysessykdommer	14
7.12	Fysikalsk medisin og rehabilitering	14
7.13	Ortopedi.....	15
7.14	Anestesi/smertemedisin	15
7.15	Fødselshjelp og kvinnesykdommer.....	16
7.16	Øre-nese-hals-sykdommer	16
7.17	Barnesykdommer	16
8.	Psykisk helsevern.....	17
8.1	Kapasitet	17
8.2	Vurderinger.....	17
9.	Oppfølging av avtalespesialister	19
9.1	Samarbeidsavtaler	19
9.2	Oppfølgingsmål.....	19

1. Innledning

Den regionale planen skal gi grunnlag for videreutvikling av avtalespesialistområdet, med angivelse av fagområder hvor kapasiteten bør styrkes og antall driftsavtaler økes. Planen tar utgangspunkt i befolkningens samlede behov og etterspørsel innen de ulike fagområdene.

Helsedirektoratets rapport «Aktivitetsdata for avtalespesialister 2017» viser at helseregionene bruker avtalespesialister i varierende grad. Helse Sør-Øst er regionen med flest årsverk innen avtalespesialistordningen per befolkningsenhet (tabell 1.1).

Tab. 1.1 Fordeling av avtalespesialister i de fire regionale helseforetakene, fordelt på somatikk, psykiatri og psykologi, per mars 2018 (tall fra de regionale helseforetakene).

	Befolkning	Årsverk			Årsverk per 100 000 innb.)	
	Millioner	Somatikk	Psykiatri	Psykologi		Sum
Helse Nord	0,48	37,5	7,1	21,7	66,3	13,8
Helse Midt	0,72	65,4	9,3	37,3	111,9	15,5
Helse Vest	1,11	112,7	28,9	90,8	232,44	21
Helse Sør-Øst	2,95	382,5	141,4	264,5	788,4	26,7

Avtalespesialistene står for ca. 28 % av den polikliniske kapasiteten i Helse Sør-Øst. Det er viktige for ivaretagelse av Helse Sør-Øst RHF sitt «sørge for»-ansvar, og det er helt sentralt at denne behandlingsskapasiteten benyttes på en god måte.

Helse Sør-Øst RHF oppnevnte i 2016 en arbeidsgruppe bestående av en brukerrepresentant, representanter fra Den norske legeförening og Norsk Psykologforening, i tillegg til representanter fra Sørlandet Sykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Helse Sør-Øst RHF. Arbeidsgruppen fikk i mandat å utarbeide en regional plan for avtalespesialistområdet. Data om ventetider og forbruk av polikliniske tjenester er vurdert. Det regionale fagdirektørmøtet, direktørene ved helseforetakene, konserntillitsvalgte og brukerutvalget er blitt konsultert.

Arbeidsgruppen ferdigstilte arbeidet våren 2017 og oppnådde ikke konsensus om alle anbefalingene i planen. Planen har deretter vært på høring og det har vært omfattende dialog blant annet profesjonsforeningene i etterkant.

Det regionale helseforetaket må legge til grunn et langsiktig perspektiv når en ny driftsavtale kunngjøres eller videreføres, da man må forvente at en ny hjemmelshaver vil være i funksjon i 30 år. Knappe ressurser anvendes bedre når beslutninger er basert på dialog med helseforetakene og en samlet analyse av kapasiteten innen ulike fagområder. Det regionale helseforetaket har i arbeidet med den regionale planen lagt vekt på at tilbudet skal bli jevnere geografisk fordelt, uavhengig av hvilket sykehusområde man bor i. Planens mål er å gi en overordnet retning for videreutvikling av avtalespesialistområdet og skape forutsigbarhet for involverte parter.

2. Oppsummering av anbefalinger

Regional plan for avtalespesialistområdet i Helse Sør-Øst foreslår en styrking av kapasiteten innen flere fagområder hvor befolkningsutviklingen tilsier dette og hvor det kan være hensiktsmessig at polikliniske behandlingen skjer utenfor helseforetak/sykehus. Følgende overordnede føringer legges til grunn for utviklingen av avtalespesialistområdet i Helse Sør-Øst:

Somatikk:

- Det er behov for en økning av antallet driftsavtaler innenfor øyesykdommer, hudsykdommer, urologi og nevrologi.
- Det planlegges ikke med en videreutvikling av plastikk-kirurgi og radiologi i avtalepraksis.
- Generell indremedisin styrkes i utgangspunktet ikke, da man primært heller vil styrke mer spesifikke indremedisinske fagområder.
- Antall driftsavtaler innen fysikalsk medisin og rehabilitering i avtalepraksis økes, gjennom nye avtaler eller gjennom omdisponering av hjemler ved naturlig avgang innen ortopedi.
- Omfanget av avtaler innen fødselshjelp/kvinnesykdommer og øre-nese-hals opprettholdes.
- Det kan være behov for å videreføre smertemedisin i avtalepraksis, men driftsavtaler i smertemedisin vil ikke nødvendigvis kunne forbeholdes leger med spesialitet i anesthesiologi.
- Det vil kunne være behov for nye driftsavtaler innen generell kirurgi, og man må her avvente fagområdet status innen ny spesialistutdanning av leger.

Psykisk helsevern:

- Antallet driftsavtaler innen psykisk helsevern opprettholdes i 2018, og det kan være aktuelt med en økning av antall avtaler for psykologer og psykiatere i 2019 når det er etablert en tettere integrasjon mellom avtalespesialister innen psykisk helsevern og øvrige helsetjenester.
- Det bør arbeides med modeller for kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.
- Det regionale helseforetaket vil arbeide for å etablere ordninger med samordnet henvisningsmottak innen psykisk helsevern, slik at fastleger i et gitt område kan sende henvisninger ett sted og alle henvisningene vil bli rettighetsvurdert, jf. pasientrettighetsloven.

Felles for somatikk og psykisk helsevern:

- Det etableres samarbeidsavtaler slik at samhandlingen i helsetjenesten styrkes.
- Det etableres mål for oppfølging av avtalespesialister og dette diskuteres mellom regionene, med profesjonsforeningene og i andre relevante fora.

3. Bakgrunn og føringer

Helse Sør-Øst RHF utarbeidet i 2013, i samarbeid med Den norske legeforening og Norsk Psykologforening, en «*Handlingsplan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister i regionen mot 2020*». I dette dokumentet ble tilgangen til avtalespesialister i regionen, fordelt på spesialitet og sykehusområde/fylke vurdert. Man fant at fordelingen av avtalespesialister innen de ulike sykehusområdene varierte.

I 2014 fant det sted en dialogprosess mellom Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og profesjonsforeningene. I protokollen fra foretaksmøtet 7.1.2015 heter det:

«Regjeringen vil øke antallet hjemler og bruke avtalespesialistene mer. På denne bakgrunn har det i 2014 vært dialog om avtalespesialistordningen mellom Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene, Den norske legeforening og Norsk psykologforening.»

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- *Gå gjennom sin forvaltning av avtalespesialistene med sikte på å videreutvikle denne på kort og lang sikt og reforhandle rammeavtalene slik at nye avtaler trer i kraft senest 1.1.2016*
- *Delta i arbeidet med utviklingen av avtalespesialistordningen, herunder planlegging av pilotprosjekt knyttet til vurdering og tildeling av pasient- og brukerrettighet og delta i pilotprosjekt knyttet til utdanning av legespesialister i avtalepraksis.*

Regjeringen utarbeidet et sluttdokument (3.3.2015) hvor det bl.a. heter:

«Regjeringens prosjekt er å skape pasientens helsetjeneste. Pasienten skal settes i sentrum, ventetider skal ned og kvaliteten skal heves. For å bygge en varig struktur til beste for pasientene, må avtalespesialistene bli en naturlig samarbeidspartner som kan bidra til å kunne løse det lovpålagte «sørge for»-ansvaret. Dette gir implikasjoner for samarbeidsstruktur, avtaleverk, finansiering og rettighetslovgivning.»¹

Dokumentet konkluderte med at det vil være nødvendig å utvikle og formalisere samarbeidet mellom avtalespesialistene, helseforetakene og regionale helseforetak ytterligere og at samhandlingen mellom avtalespesialister og fastleger er en viktig del av ordningen.

Rammeavtalene mellom de fire regionale helseforetakene og hhv. Den norske legeforening og Norsk Psykologforening ble reforhandlet høsten 2015. I avtalene er det en økt vektlegging av samarbeid mellom helseforetak og avtalespesialister, og i begge avtaler legges det til grunn at det skal inngås samarbeidsavtaler mellom avtalespesialistene og relevant helseforetak samt andre institusjoner som bidrar til å oppfylle det regionale helseforetakets sitt «sørge for»-ansvar.

Samarbeidsavtalene mellom avtalespesialister og helseforetak kan omfatte forhold som arbeidsdeling, håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid, utveksling av informasjon om felles prosedyrer og retningslinjer, deltakelse i kompetanseutvikling, rutiner for kontakt mellom legen/psykologen og helseforetak.

¹ «Øke antall hjemler og bruke avtalespesialistene mer».
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d8837d70f4d14a829642957c453e1bbe/sluttdokument--avtalespesialistdialog.pdf>

Riksrevisjonens rapport

I november 2015 ble Riksrevisjonens dokument 3:2 (2015-2016) «*Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014*» lagt frem for Stortinget. Riksrevisjonen konkluderte med at fordelingen av avtalespesialister ikke bidro til et geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester. Riksrevisjonen vektla at de regionale helseforetakene ikke utnyttet sitt handlingsrom godt nok til å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester og tilrådte følgende:

«Ettersom tilgangen til avtalespesialister ikke gjennomgående bidrar til å utjevne geografiske forskjeller i forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester, kan det etter Riksrevisjonens vurdering være behov for at de regionale helseforetakene i større grad omdisponerer ledige hjemler, eller eventuelt oppretter nye hjemler. Mer aktiv bruk av dette mulighetsrommet kan gjøre at det polikliniske tilbudet blir jevnere fordelt mellom helseforetak og mellom sentrale og mindre sentrale kommuner».

Riksrevisjonens rapport pekte videre på at de regionale helseforetakene i varierende grad fulgte opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og god kvalitet på helsetilbudet. Helse- og omsorgsdepartementet ba Helse Sør-Øst RHF i foretaksmøtet 12.1.2016 (sak 3, punkt 3.2.5) om å følge opp Riksrevisjonens anbefalinger.

Videreutvikling av avtalespesialistordningen

I oppdragsdokumentet for 2018 er det satt som krav at de fire regionale helseforetakene (RHF-ene) i innværende stortingsperiode skal gjennomføre piloter innen rettighetsvurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven i avtalepraksis. Helse Sør-Øst RHF ønsker å teste ut en pilot for samordnet henvisningsmottak innen psykisk helsevern. I et slikt mottak vil alle henvisninger innen psykisk helsevern til både helseforetak/sykehus og avtalespesialistene innen ett geografisk område bli vurdert og fordelt. Noen pasienter vil tilbys behandling ved helseforetaket/sykehus og andre hos avtalespesialister. En slik modell vil dermed kunne bidra til en bedre koordinert og mere likeverdig vurdering.

Det har de siste årene vært arbeidet langs flere akser med å bedre oppfølgingen av og integrasjonen mellom avtalespesialistene og den øvrige spesialisthelsetjenesten. Det arbeides i 2018 med å få på plass samarbeidsavtaler mellom avtalespesialistene og helseforetak/sykehus som bl.a. omhandler arbeidsdeling, håndtering av ventelister og faglig samarbeid. Spesialistutdanningen for leger er lagt om, og de fire RHF-ene har nylig blitt enige om en økonomisk modell som kan legges til grunn for samarbeid mellom HF, avtalespesialist og lege i spesialisering (LIS) med sikte på at LIS kan oppnå læringsmål i utdanningen ved å få deler av utdanningen hos en avtalespesialist.

Økning i antall årsverk

Det framgår av Oppdragsdokumentet for Helse Sør-Øst RHF 2017 at avtalespesialistordningen skal styrkes og videreutvikles, og foretaksmøtet 10.1.2017 ba de regionale helseforetakene «inngå flere driftsavtaler med avtalespesialister, slik at antall årsverk i hver region i 2017 blir vesentlig høyere enn i 2016. De regionale helseforetakene skal innenfor rammen av ny rammeavtale gjennomføre tiltak for å bedre samhandlingen mellom offentlige sykehus og avtalespesialister». Foretaksmøtet 16.1.2018 ga Helse Sør-Øst i oppdrag å «inngå flere driftsavtaler med avtalespesialister, slik at antall avtalte årsverk i hver region i 2018 blir høyere enn i 2017».

4. Dagens situasjon

4.1 Årsverk avtalespesialister i regionen

Tilgangen til avtalespesialister er størst i sentrale områder og i større byer/sentra. Dette skyldes at spesialisthelsetjenester krever et visst pasientgrunnlag og i tillegg har det regionale helseforetaket lagt vekt på at avtalespesialister bør etablere seg i gruppepraksis/kontorfellesskap. Det må være tilgang til spesialisthelsetjenester i hele regionen, noe som kan fremmes ved å etablere avtalepraksiser heltid eller deltid i tilknytning til et lærings- og mestringssenter (LMS) eller andre desentraliserte tjenester. Tabellene 4.1-4.2 viser antall årsverk avtalespesialister i regionen, per sykehusområde for henholdsvis psykisk helsevern og somatikk.

Tab 4.1 Årsverk avtalespesialister innen psykisk helsevern per sykehusområde (SO). Tall per mars 2018.

Fagområder	Akershus	VV	Innlandet	Oslo	T/V	Sørlandet	Østfold	Sum
Nevropsykologi	1,60	2,20	5,00	4,50	2,40	1,00	2,00	18,70
Psykologi	31,00	34,80	20,70	105,15	24,83	10,55	18,80	245,83
BUP	0,00	0,00	1,00	8,10	1,60	1,20	0,00	11,90
VOP	10,52	16,20	10,30	64,11	13,90	7,90	6,60	129,53
Sum	43,12	53,20	37,00	181,86	42,73	20,65	27,40	405,96

*Det er ytterligere 16 driftsantaler innen psykologi og 2 innen psykiatri under tildeling, som kommer i tillegg til tallene i tabellen over.

Tab 4.2 Årsverk avtalespesialister innen somatikk per sykehusområde (SO). Tall per mars 2018.

Fagområde	Akershus	VV	Innlandet	Oslo	T/V	Østfold	Sørlandet	Sum
Anestesiologi	0,20	0,30	0,20	6,80	0,00	0,20	0,00	7,70
Barnesykdommer	5,00	5,00	0,00	8,10	0,00	2,00	1,00	21,10
Fysikalsk medisin og rehabilitering	0,30	0,00	0,00	0,70	0,00	0,00	0,00	1,00
Fødselshjelp og kvinnesykd.	8,00	7,80	4,00	19,00	8,29	4,20	6,20	57,49
Hudsykdommer	3,30	8,50	4,50	10,50	6,00	5,00	5,00	42,80
Indrem.-endokrinologi	0,00	1,00	0,00	1,80	0,00	0,00	0,00	2,80
Indrem- gastro	1,50	1,00	2,00	1,00	0,00	2,00	2,00	9,50
Indrem - generell	3,00	0,00	0,00	0,50	1,00	2,00	0,00	6,50
Indrem- kardiologi	3,00	1,67	2,00	7,00	4,00	3,00	3,00	23,67
Indrem- lunge	1,40	3,00	0,00	2,50	1,00	2,00	2,00	11,90
Indrem- nefrologi	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
Kirurgi - generell	0,00	0,00	0,00	0,80	1,20	2,00	0,20	4,20
Kirurgi - ortopedi	0,00	0,00	0,20	2,15	0,00	3,20	0,00	5,55
Kirurgi - plastikk	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	0,50
Kirurgi - urologi	1,00	1,00	2,00	3,00	1,20	1,00	0,70	9,90
Nevrologi	0,00	4,00	1,00	5,46	1,00	2,00	2,20	15,66
Radiologi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00	0,20
Revmatologi	0,00	2,20	0,00	2,00	1,00	0,00	2,00	7,20
Øre-nese-halssykdommer	9,01	9,80	6,10	19,40	6,00	5,00	4,00	59,31
Øyesykdommer	10,00	14,90	10,20	26,00	13,00	9,60	10,80	94,50
Sum leger	45,71	60,17	32,20	118,21	43,69	43,40	39,10	382,48

Tabell 4.3 viser dekningsgrader, dvs. antall avtalehjemler per 100 000 innbyggere. Disse tallene sier ikke noe om samlet tilbud, forbruk og tilgjengelig et område, men kan gi en viss oversikt over hvordan fordeling av spesialister i avtalepraksis er i regionen.

Tab. 4.3. Antall avtalehjemler pr 100 000 pr sykehusområde.

Sykehusområder:	Akershus	Innlandet	Sørlandet	Telemark/ Vestfold	Vestre Viken	Østfold	Oslo	Sum
Sum leger	9,34	8,30	13,03	10,81	12,54	14,52	21,51	13,11
Sum psykologer	6,36	6,43	4,18	6,99	7,66	6,78	19,87	9,03
Sum psykiatere	2,07	2,83	3,03	3,84	3,33	2,26	13,04	4,81
Sum totalt	17,77	17,55	20,25	21,64	23,53	23,56	54,41	26,95

Tabellen viser er det relativt sett flere avtalespesialister per innbygger i Oslo sykehusområde enn de andre sykehusområdene. Når man studerer befolkningen samlede forbruk finner man imidlertid at Oslo ligger lavere i forbruk av helsetjenester enn andre sykehusområder.

4.2 Årsverk avtalespesialister i de fire helseregionene

Helse Sør-Øst er den regionen med flest ulike typer spesialister i avtalespesialistordningen. Tabell 4.4 gir en oversikt over antall årsverk i ulike spesialiteter i de fire regionene.

Tab. 4.4 Fordeling av årsverk med avtalespesialister innen de ulike spesialitetene i de fire helseregionene, per mars 2018 (tall fra de regionale helseforetakene).

Fagområder:	Helse Sør- Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Øye	94,46	31,40	23,35	15,77
Øre-nese-hals	59,31	20,04	9,20	5,75
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	57,49	14,00	6,00	5,75
Hud	42,82	7,30	11,00	2,00
Generell indremedisin	6,50	2,00	6,00	
Hjertes	23,67	11,20	2,50	3,00
Lungesykdommer	11,90	3,00		1,20
Fordøyelsesykdommer	9,50	7,00		2,20
Endokrinologi	2,80	4,00		
Nyre	1,00	0,20		
Plastikk kirurgi	0,50			
Urologi	9,90	3,00	1,00	1,60
Ortopedi	5,55			
Generell kirurgi	4,20	1,00	0,20	
Radiologi	0,20			
Geriatri		1,00		
Revmatologi	7,20	3,20		0,20
Nevrologi	15,66	1,20	1,00	
Fys. med./rehabilitering	1,00	1,20		
Anestesi	7,70	1,00	0,60	
Barnesykdommer	21,10	1,00	4,20	
Onkologi			0,30	
Psykologi	264,53	90,80	37,25	21,70
Psykiatri	141,43	28,90	9,30	7,10
Totalt	788,42	232,44	111,90	66,27

5. Endringer og kapasitet

5.1 Befolkningsframskriving

Tabell 5.1 viser at befolkningsveksten vil være størst i Akershus sykehusområde i perioden fra 2016 til 2030, med en forventet vekst på 21 %. Deretter følger Oslo sykehusområde med en forventet vekst på 20 %. De øvrige sykehusområdene er i perioden beregnet å øke (prosentvis vekst i parentes) som følger: Sørlandet sykehusområde (16 %), Vestre Viken og Østfold sykehusområder (14 %), Telemark/Vestfold sykehusområde (11 %) og Innlandet sykehusområde (8 %).

Tab 5.1 Befolkningsvekst, data hentet fra SSB, alternativ MMMM (medium vekst, medium nettoinnvandring)

Sykehusområde	2016	2025	2030	2035
Akershus	500 092	570 622	605 191	631 176
Vestre Viken	460 138	501 680	524 179	544 873
Innlandet	405 092	424 430	436 838	448 466
Telemark/Vestfold	417 461	445 932	461 584	475 898
Østfold	289 867	315 955	329 704	342 413
Sørlandet	298 486	329 712	346 328	361 525
Oslo	549 594	627 771	660 210	687 863

Det vil i samme periode være en stor vekst i den eldre delen av befolkningen og da spesielt i aldersgruppen over 80 år.

5.2 Pakkeforløp

Antall pakkeforløp vil komme til å øke i årene fremover. Innen enkelte spesialiteter vil det kunne bli aktuelt at avtalespesialistene får oppgaver i tiknytning til slike pasientforløp, avhengig av kompetanse og kapasitet i helseforetak/sykehus og i avtalepraksis. Avtalespesialistenes deltakelse i pakkeforløp krever et tett samarbeid med helseforetakene, og dette er et av flere områder som bør reguleres i samarbeidsavtalen mellom det enkelte helseforetak og avtalespesialisten.

5.2.1 Pakkeforløp - kreft

Det er i dag etablert pakkeforløp for en rekke kreftformer. Ofte er dette pasienter som henvises fra fastlege direkte til sykehus og det dreier seg om pasienter som i utgangspunktet skal håndteres i helseforetakene gjennom hele pasientforløpet. Innenfor enkelte kreftformer vil allikevel avtalespesialisten kunne være pasientens første møte med spesialisthelsetjenesten, med sikte på å få utredet en mulig kreftdiagnose. Det er derfor viktig at det er på plass et godt samarbeid som sikrer at forløpstiden overholdes.

5.2.2 Screening - tykktarmskreft

Det er i 2017 vedtatt at det skal innføres et nasjonalt screeningprogram for tykk- og endetarmkreft. Det er en forutsetning med tilstrekkelig kapasitet for endoskopisk utredning ved oppstart av screeningprogrammet, slik at en sikrer at andre pasienter med behov for undersøkelser og behandling ikke blir prioritert for lavt. Det er derfor behov for å arbeide langsiktig og planmessig for å sikre en forsvarlig innføring av dette screeningprogrammet.

5.3 Prioriteringsforskriften

Avtalespesialistene er ikke omfattet av prioriteringsforskriften og det følger av dette at avtalespesialistene ikke har vurderingskompetanse. Men det alminnelige forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4 vil langt på vei medføre at pasienter

må prioriteres etter samme prinsipper som forskriftene gir uttrykk for. I tillegg forplikter rammeavtalen avtalespesialisten til å drive sin virksomhet i henhold til regionale og nasjonale mål og prioriteringer, herunder at avtalespesialistene er forpliktet til å følge prioriteringsveilederne.

Innen spesialiteter som psykisk helsevern hvor det er lange ventetider både ved sykehusenes poliklinikker (DPS) og hos avtalespesialistene, er det utfordrende at pasientene som henvises til avtalespesialist ikke rettighetsvurderes. Dette gjør det vanskelig å vite om det faktisk er pasientene med det største behovet som får behandling først i avtalepraksis.

5.4 Rekrutteringssituasjon

Vurderingen av behovet for antall driftsavtaler må også ses i sammenheng med rekrutteringssituasjonen i de ulike sykehusområdene. Enkelte steder kan det være vanskelig å få søkere til driftsavtaler. I andre tilfeller rekrutteres legen direkte fra det lokale helseforetaket, som kan ha problemer med nyrekruttering. Det kan derfor i enkelte sykehusområder være hensiktsmessig å tildele en deltidshjemmel, slik at den som tildeles en driftsavtale arbeider 50 % ved det lokale helseforetaket og 50 % i avtalepraksis.

5.5 Omdisponering av hjemler

Rammeavtalen for avtalespesialister § 11.2 uttrykker at en driftsavtale skal videreføres når det er behov for den. Ledige hjemler må, i lys av Riksrevisjonens rapport, gjøres til gjenstand for en faglig og geografisk vurdering fra det regionale helseforetakets side. Det er viktig at det er et tett samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetak (HF) og sykehus. Det pågår i 2018 et arbeid med å etablere samarbeidsavtaler mellom helseforetak og alle avtalespesialistene i regionen.

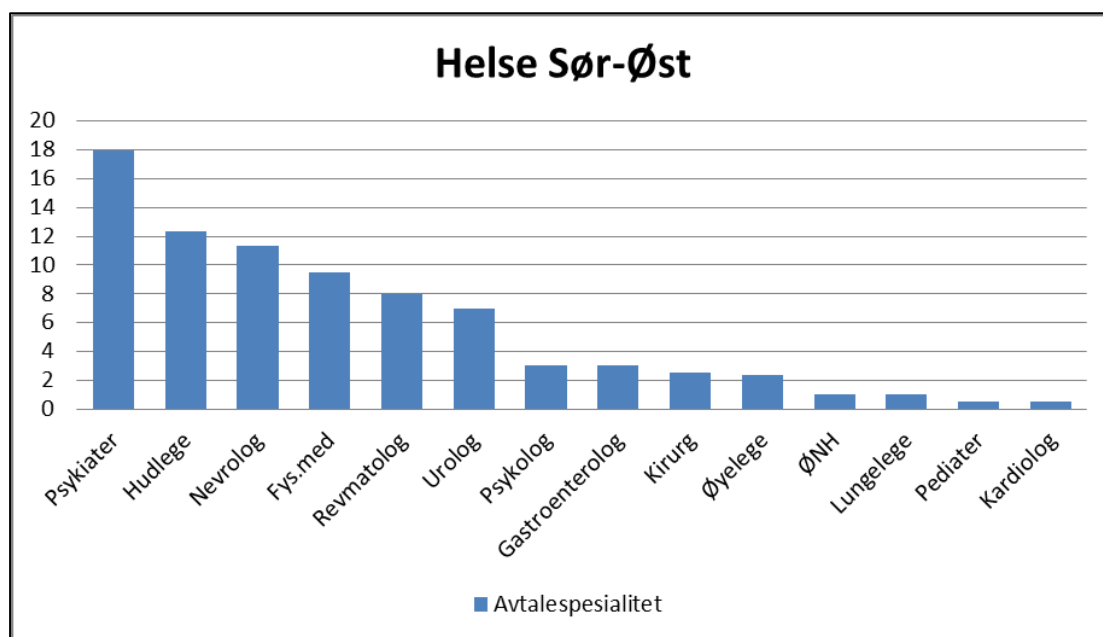
6. Tilbakemelding fra praksiskonsulentene

Det er fastlegene som sender de fleste henvisningene til avtalespesialistene. Fastlegen sitter derfor på viktig erfaring når det gjelder tilgjengelighet og kapasitet hos avtalespesialister. I Helse Sør-Øst er det over 2 000 fastleger. Helse Sør-Øst RHF har i arbeidet med planen henvendt seg til det regionale nettverket av praksiskonsulenter (PKO). Nettverket består av praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer fra alle HF-ene i regionen, som igjen representerer 70 erfarne fastleger som har en deltidsstilling som praksiskonsulent ved ulike sykehusavdelinger i regionen. Det regionale PKO-nettverket ble utfordret i forhold til følgende to problemstillinger:

1. Deres vurdering av behovet for nye driftsavtaler i de ulike HF-områder i regionen – og regionen sett under ett.
2. Innspill fra nettverket med hensyn til mulige forbedringstiltak i samhandlingen mellom fastlegene og avtalespesialister innen psykisk helse/rus.

6.1 Hvilke spesialiteter etterspørres?

PKO-representantene har prioritert “topp 4” områder der de mener kapasiteten må øke innen eget sykehusområde. Figuren under viser deres prioriteringer, samlet for regionen.



Tabellen viser at PKO-representantene ført og fremst etterspør større kapasitet innen psykiatri. Deretter er det kapasitet innen hudsykdommer, nevrologi og fysisk medisin og rehabilitering som etterspørres.

6.2 Forslag til forbedringstiltak

PKO-nettverket har kommet med en rekke forslag/anbefalinger. Samordning av henvisningene er en av disse anbefalingene. En annen er at selv om de ønsker mer kapasitet innen psykisk helsevern, mener de at etablering av flere driftsavtaler bør avvendes inntil det er etablert et bedre samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetak, samt mellom avtalespesialister og fastleger.

7. Somatiske spesialiteter

Et av hovedmålene for Helse Sør-Øst RHF er at befolkningen skal få et likeverdig tilbud, uavhengig av hvor i regionen du bor. Det er ikke mulig å gi et like godt og samtidig geografisk nært tilbud av spesialisthelsetjenester i små kommuner som i de større byene. Men målet er, så langt det er mulig, å oppfylle Helse Sør-Øst RHF sin visjon *“Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.”*

7.1 Øyesykdommer

Dette er et fagområde hvor størstedelen av den polikliniske behandlingen gjøres i avtalepraksis, og slik vil det sannsynligvis fortsatt bli. Det bør legges opp til at antall driftsavtaler innen øyesykdommer, som et minimum, øker i takt med den generelle befolkningsveksten og befolkningens alderssammensetning. Fagfeltet har utviklet seg de senere årene, med flere tilstander som krever oppfølging og behandling i spesialisthelsetjenesten. I mange sykehusområder er det lange ventetider både i helseforetak/sykehus og i avtalepraksis. Akershus er eneste sykehusområde uten egen øyeavdeling. Når det gjelder kataraktoperasjoner er ventetiden de seneste årene redusert betydelig, og det er ingen steder i regionen uakseptable ventetider, selv om ventetidene varierer sykehusområdene imellom. Det er stor variasjon i forbruket innen ulike sykehusområder, med Sørlandet sykehusområde på topp. Befolkningen i Oslo sykehusområde har, sammen med Telemark/Vestfold sykehusområde, det laveste forbruket.

Anbefaling:

Antallet driftsavtaler innen øyesykdommer bør økes i årene fremover. Det må arbeides for å fremme tilgjengelighet og utjevne ulikheter i forbruksmønsteret.

7.2 Hud- og veneriske sykdommer

Spesialiteten hud- og veneriske sykdommer er et fagområde der det meste av all ordinær spesialisert pasientbehandlingen skjer i avtalepraksis. Det er kun Oslo universitetssykehus HF (OUS) som har egne senger for pasienter med hudsykdommer, slik at pasientgrunnlaget her er meget selektert. Fastlegene (via regionalt PKO-utvalg) mener det er behov for flere spesialister i hud- og veneriske sykdommer i flere sykehusområder, og driftsavtaler innen hudsykdommer er den somatiske spesialiteten de prioriterer høyest. Avtalespesialistene har lange ventetider innen hud. Sykehusområdene Sørlandet, Telemark/Vestfold og Vestre Viken et lavere forbruk enn regionen for øvrig hvis vi ser på estimerte tall for 2016. Telemark/Vestfold ligger betydelig lavere enn de øvrige sykehusområdene.

Anbefaling:

Antallet driftsavtaler innen hudsykdommer bør økes i regionen i årene fremover. Det må arbeides for å fremme tilgjengelighet og utjevne ulikheter i forbruksmønsteret.

7.3 Nevrologi

Nevrologi er et fagområde som både omhandler mange kroniske tilstander med behov for regelmessig oppfølging i avtalepraksis (for eksempel Parkinsons sykdom, epilepsi og multippel sklerose) og pasienter som er i behov fra en eller få vurdering(er) og deretter videre oppfølging hos fastlegen (for eksempel hodepine, svimmelhet). Avtalepraksis er godt egnet til å håndtere disse pasientgruppene og ventelistene er lange mange steder. Det er store ulikheter i samlet forbruk av polikliniske tjenester innen nevrologi. Pasienter fra Oslo og Vestre Viken

sykehusområdene har lavest forbruk, og pasienter fra Sørlandet sykehusområde det høyeste. Pasienter fra Akershus sykehusområde, hvor det i dag ikke er etablert nevrologi i avtalepraksis, har et forbruk på høyde med Innlandet og Østfold.

Anbefaling:

Antallet driftsavtaler innen nevrologi bør økes i regionen i årene fremover. Det må arbeides for å utjevne ulikheter i forbruksmønsteret.

7.4 Urologi

Det er urologi i avtalepraksis i alle sykehusområder, men dekningen av urologer varierer i regionen. Flere helseforetak har signalisert at de ønsker flere urologer i avtalepraksis, da dette er en viktig samarbeidspartner bl.a. for å få diagnostisert pasienter med prostatakreft. Den store og økende andelen av pasienter med påvist prostatakreft som skal ha konservativ behandling, vil også kreve en økning i kapasiteten innen denne spesialiteten. Det vil kunne være behov for ulik tilnærming og utbygning av denne spesialiteten avhengig bl.a. av situasjonen ved det lokale helseforetaket.

Anbefaling:

Det er behov for en økning i antallet driftsavtaler innen urologi.

7.5 Revmatologi

Fagområdet revmatologi har vært i stor endring de senere årene, og nye og forbedrede behandlingstilbud har samtidig ført til at langt flere pasienter har behov for jevnlig og tett oppfølging i spesialisthelsetjenesten, og et godt samarbeid med fastlegen. Tilbudet innenfor revmatologi er skjevt fordelt i regionen, noe som også gir seg utslag i forbruksmønsteret. Pasienter fra Akershus sykehusområde har det laveste forbruket, mens pasienter i Sørlandet sykehusområde har de samme tre årene det høyeste forbruket. Med unntak av de to nevnte sykehusområdene er forbruket relativt jevnt i regionen.

Anbefaling:

Tilbudet innen revmatologi må fordeles jevnere geografisk. Dette kan skje ved å øke antall driftsavtaler for å bedre tilgangen i områder der forbruket er lavt i dag.

7.6 Plastikkirurgi

Plastikkirurgi er et fagområde som vurderes ikke å være særlig egnet for avtalepraksis, og det er viktigere å sikre kompetansen i helseforetak, og evt. gjennomføre kjøp av tjenester hos private tilbydere.

Anbefaling:

Det vil ikke bli satset på en videreutvikling av plastikkirurgi i avtalepraksis.

7.7 Radiologi

Radiologi er et område som krever betydelig utstyr og hvor undersøkelser vil måtte skje i helseforetak eller hos private leverandører.

Anbefaling:

Det vil ikke bli satset på en videreutvikling av radiologi i avtalepraksis.

7.8 Generell kirurgi

Helse Sør-Øst har generelle kirurger i avtalepraksis i Oslo, Telemark, Vestfold, Vest-Agder og Østfold. Disse spesialistene utfører ulike små-kirurgiske inngrep, og det kan være hensiktsmessig at slike inngrep gjøres utenfor helseforetak/sykehus. Det er noe usikkert om generell kirurgi vil videreføres som egen spesialitet i legers spesialistutdanning.

Anbefaling:

Det vil kunne være behov for nye driftsavtaler innen generell kirurgi, og man må her avvente fagområdets status innen ny spesialistutdanning av leger.

7.9 Generell indremedisin

I avtalepraksis er det generelt behov for en mer spesialisert tilnærming enn generell indremedisin. Hjemlene innen denne spesialiteten har derfor de siste årene blitt omgjort til andre medisinske spesialiteter som hjerte, lunge og fordøyelsessykdommer.

Anbefaling:

Generell indremedisin styrkes i utgangspunktet ikke, da man primært heller vil styrke mer spesifikke indremedisinske fagområder

7.10 Lunge- og hjertesykdommer

Tilbudet er ujevnt fordelt i regionen, det er f.eks. ingen driftsavtale i lungesykdom i Sykehuset Innlandet HF sitt sykehusområde.

Anbefaling:

Det kan være behov for en økning av driftsavtaler innen generell indremedisin, hjertemedisin, lungemedisin og fordøyelsessykdommer.

7.11 Fordøyelsessykdommer

Innføring av et nasjonalt screeningsprogram for tykk- og endetarmskreft vil føre til et økt behov for spesialister i fordøyelsessykdommer. Det samlede forbruket innen fordøyelsessykdommer er skjevt fordelt i regionen, der pasienter fra sykehusområdene Oslo og Akershus har det laveste forbruket og pasienter fra sykehusområdene Telemark/Vestfold og Østfold det høyeste forbruket.

Anbefaling:

Det kan være behov for en økning i antallet driftsavtaler innen fordøyelsessykdommer.

7.12 Fysikalsk medisin og rehabilitering

Pasientgruppen med muskel- og skjelettlidelser, er den hyppigste årsaken til korttids sykefravær. Fagområdet er lite utbygd i avtalespesialistpraksis. Fastlegene gir klare tilbakemeldinger om at kapasiteten når det gjelder fysikalsk medisin er lav ved sykehusenes klinikker. Helse Sør-Øst RHF ser fordeler ved etablering av et behandlingstilbud utenfor sykehusene hvor fastlegene kan henvise pasienter for vurdering/avklaring, og at pasientene deretter kan få videre behandling av fastlege og/eller annet rehabiliteringsopplegg i regi av kommunene. Kommunen har etter samhandlingsreformen fått et større ansvar for rehabilitering. Skal en sikre god kvalitet vil det

være jevnlig behov for vurdering hos spesialist. Spesialister i fysikalsk medisin vil kunne vurdere behov, henvide til rehabiliteringsopphold, veilede kommunale rehabiliteringsteam og sammen med pasient sikre nødvendig helsetilbud. Opprettelse av private spesialisthjemler i fysikalsk medisin og rehabilitering vil kunne bidra til bedre samhandling i praksis.

Anbefaling:

Antall driftsavtaler innen fysikalsk medisin og rehabilitering i avtalepraksis økes, gjennom nye avtaler eller gjennom omdisponering av hjemler ved naturlig avgang innen ortopedi.

7.13 Ortopedi

Innen ortopedi er det avtalespesialister i Oslo og Østfold, og en mindre hjemmel i Hedmark. De øvrige sykehusområdene har ikke ortopedi i avtalepraksis. De faglige anbefalingene innen ortopedi går i retning av mer konservativ behandling. I Oslo og Østfold sykehusområder, hvor det i dag er avtalespesialister i ortopedi, er gjennomsnittlig ventetid redusert i perioden. Andel fristbrudd i de aktuelle sykehusområdene er redusert i årene fra 2015 til 2017. Et styrket tilbud innen fysikalsk medisin og rehabilitering i hele regionen vil sannsynligvis være mer hensiktsmessig enn å styrke ortopedi i avtalepraksis. Dersom det oppstår kortsiktige behov kan det være aktuelt å gjennomføre ordinære anskaffelsesprosesser for konkrete prosedyrer.

Anbefaling:

Spørsmål om videreføring av ortopediske driftsavtaler vil måtte vurderes og ses opp mot utviklingen i ventetidssituasjonen over tid, samt kapasiteten ved helseforetakene. Man må vurdere om hjemler innen ortopedi evt., ved naturlig avgang, kan omdisponeres til hjemler innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

7.14 Anestesi/smertemedisin

De aller fleste pasienter med smerter behandles i primærhelsetjenesten eller hos organspesifikke spesialister. I Oslo sykehusområde er det etablert anesthesiologer som smertemedisinere i avtalepraksis. I tillegg er det noen små driftsavtaler i enkelte sykehusområder som benyttes i forbindelse med operative inngrep i avtalepraksis (primært innen øre-nese-hals). Det regionale helseforetaket har i tråd med anbefalinger fra Legeforeningen, over lang tid arbeidet med å samle og omgjøre små-hjemler til større avtalehjemler. Disse små driftsavtalene innen anestesi vil derfor bli inndratt når dagens hjemmelsinnehavere går av med pensjon.

Det smertemedisinske faget har utviklet seg mye de senere årene, og smertemedisin er i dag et tverrfaglig område. Legeforeningen har nylig støttet opprettelsen av et kompetanseområde i smertemedisin. Smertemedisin vil være en spesialkompetanse på toppen av en annen spesialitet, uten særskilt fortrinn for anesthesiologer. Det regionale helseforetaket skal sørge for tilstrekkelig kapasitet til ivaretagelse av denne pasientgruppen. Det vil være viktig å utvikle tverrfaglige smerteklinikker i helseforetakene, som kan møte pasienter med sammensatte behov. En slik utvikling er også i tråd med uttalelser fra Norsk anesthesiologisk forening. Samtidig er det grupper som har hatt god hjelp av smertemedisinere i avtalepraksis.

Anbefaling:

Det kan være behov for å videreføre smertemedisin i avtalepraksis, men driftsavtaler i smertemedisin vil ikke nødvendigvis kunne forbeholdes leger med spesialitet i anesthesiologi.

7.15 Fødselshjelp og kvinnesykdommer

Fødselshjelp og kvinnesykdommer er en av spesialitetene som har en stor poliklinisk aktivitet i avtalepraksis, med relativt mange driftsavtaler i alle sykehusområder. Data fra Helsedirektoratet viser at 18 % av aktiviteten innen gynekologiske spesialistkontakter på landsbasis i 2017 utføres av avtalespesialister. Helseforetakene har relativt korte ventetider innen fødselshjelp og kvinnesykdommer fordi det innen disse fagområdene er etablert vaktgående team på alle sykehus som krever store personellressurser for å dekke vaktturnuser, og som samtidig gir god kapasitet til poliklinisk behandling på dagtid. Pasienter fra Oslo sykehusområde har et langt høyere forbruk enn pasienter fra de andre sykehusområdene. Forbruket hos pasienter fra Oslo sykehusområde ligger høyt over forbruket hos pasienter i Sykehuset Innlandet sykehusområde og Akershus sykehusområde, som er de to områdene med lavest forbruk.

Anbefaling

Omfanget av driftsavtaler innen fødselshjelp og kvinnesykdommer opprettholdes på dagens nivå. Det kan være helseforetak som ser behov for å etablere en driftsavtale innen denne spesialiteten, men det vil da være en vurdering som gjøres basert på lokale forhold for å ivareta et samlet «sørge-for»-ansvar.

7.16 Øre-nese-hals-sykdommer

Det er relativt korte ventetider innen dette fagområdet. Det er et lavere forbruk av tjenestene innen øre-nese-hals i Oslo og Østfold sykehusområder enn i regionen for øvrig. Forbruket i Telemark/Vestfold sykehusområde ligger høyt alle de tre årene. Den demografiske utviklingen vil gi noe økt behov for tilpassing av hørselshjelpemidler og øke behovet for søvnutredninger. Legeforeningen peker på at avtalespesialistene innen dette fagområdet registrerer en økende henvisningsmengde og at det enkelte steder rapporteres om underdekning. De ber om at det gjøres en grundig behovsanalyse dersom det blir aktuelt å omdisponere noen av hjemlene innen denne spesialiteten.

Anbefaling:

Omfanget av driftsavtaler innen øre-nese-hals opprettholdes på dagens nivå. Det kan være HF som ser behov for å etablere en driftsavtale innen denne spesialiteten, men det vil da være en vurdering som gjøres basert på lokale forhold for å ivareta et samlet «sørge-for»-ansvar.

7.17 Barnesykdommer

I *Barnehelseatlas for Norge* (SKDE rapport Nr. 2/2015)² kan det se ut som om forbruksratene når det gjelder konsultasjoner hos spesialist i barnesykdommer er høyere i områder med flere avtalespesialister (Oslo og Akershus) enn i områder med færre avtalespesialister (Innlandet og Telemark). Antall konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten må sees opp mot antall konsultasjoner hos barn i primærhelsetjenesten (fastlege og legevakt) og det vanskelig å få en samlet oversikt. Helseatlasen viser at sykehusområdene Vestre Viken, Akershus og Oslo har høyeste forbruksratene for alle kontakter, men likevel laveste forbruksratene for innleggelser. I Helse Sør-Øst kan de se ut som om et relativt lavt antall innleggelser ved Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF oppveies av stor aktivitet i avtalepraksis.

Anbefaling:

Fagråd for barn i Helse Sør-Øst bes belyse fordeling av avtalespesialister innen barnesykdommer.

² Barnehelseatlas for Norge. SKDE rapport nr. 2/2015.
https://www.helseatlas.no/sites/default/files/rapport_digitalt.pdf

8. Psykisk helsevern

8.1 Kapasitet

Informasjonstjenesten fritt behandlingsvalg melder om lange ventetider og et stort antall henvisninger innen psykisk helsevern. Dette omfatter ikke bare avtalespesialistordningen, men den samlede tilgangen til spesialisthelsetjenester. Fra avtalespesialistene innen psykisk helsevern er tilbakemeldingen at det er et stort behov for økning i kapasiteten og at det er behov for flere driftsavtaler, særlig for psykologer.

Fra helseforetakene/sykehusene er det mer varierende tilbakemeldinger om hva som skal til for at tjenestene skal bli bedre og kapasiteten dekke behovet. Flere helseforetak/sykehus gir uttrykk for at det i dag har utfordringer med å rekruttere nødvendig personell og at det ikke er et tilstrekkelig samarbeid mellom distriktpspsykiatriske sentra (DPS) ved helseforetak/sykehus og avtalespesialistene. Helseforetak og sykehus har liten kjennskap til hvilke pasienter og diagnosegrupper som behandles i avtalepraksis og uttrykker bekymring for hvilke effekter en økning av avtalehjemler vil ha for pasientene som har stort behov for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern.

Regionalt PKO-nettverk er blitt konsultert, som prioriterer driftsavtaler innen psykisk helse høyt, men som også sier de at det ikke bør etableres nye driftsavtaler før man har fått til et tettere samarbeid mellom avtalespesialister og DPS, samt mellom avtalespesialistene og fastlegene.

Fastlegene påpeker at oppfølgingen av pasientene i større grad kan skje i regi av fastlegene, dersom fastlegene hadde hatt større kompetanse i håndtering av pasienter med psykiske lidelser og det hadde vært på plass et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialister. For å få til dette fordrer det både bedre kompetanseoverføring satt i system og bedre samarbeidsarenaer.

8.2 Vurderinger

Det regionale helseforetaket mener psykisk helsevern bør prioriteres innen avtalespesialistordningen og at det på sikt vil være behov for flere driftsavtaler. Det må samtidig vurderes hvordan man med dagens ressurser, innenfor dagens system og antall driftsavtaler, kan bidra til bedret tilgjengelighet og et bedre pasienttilbud. Det er behov for tiltak som kan bidra til et tettere samarbeid mellom avtalespesialistene i spesialisthelsetjenesten og økt tilgjengelighet og bistand/veiledning av førstelinjetjenesten.

Det regionale helseforetaket vil avvente å etablere nye driftsavtaler innen dette området inntil man har fått en bedre oversikt over tilbudet som gis i avtalepraksis. Det er en utfordring at avtalespesialistene ikke har vurderingskompetanse og at dette kan føre til usikkerhet om det er pasientene med størst behov for helsehjelp som tilbys behandling i avtalepraksis.

Innen psykisk helsevern er det også behov for å vurdere fordelingen av driftsavtaler. Dette gjelder i alle sykehusområder, men ikke minst i Oslo, Der er det i dag en geografisk skjevfordeling av hjemler, slik at de fleste hjemlene i dag er plassert i bydeler i Oslo vest. I en by som Oslo, hvor det er stor variasjon i befolkningssammensetningen, bidrar dagens fordeling av hjemler ikke til et likeverdig tilbud. Dette tilsier at hjemler bør flyttes fra Oslo vest til Oslo øst.

Det kan vurderes om det er behov for en takst i Normaltariffen for en felleskonsultasjon mellom fastlege og avtalespesialist. Felleskonsultasjonen kan gjelde konkret samarbeid for å vurdere hvor

en pasient kan få best oppfølging eller ved overføring av en pasient fra avtalespesialist tilbake til fastlege.

Helsedirektoratet har tidligere hatt ansvaret for en pilot med rettighetsvurdering i avtalepraksis, men ulike forhold har gjort at arbeidet er forsinket. Ansvar for prosjektet ble i juni 2017 overført Helse Vest RHF og følges opp av RHF-ene i fellesskap.

Det bør prøves ut ordning med samordnet henvisningsmottak. I et slikt mottak vurderes og fordeles alle henvisninger innen psykisk helsevern i et område. Fastlegen vil med en slik modell sende henvisningene til et felles henvisningsmottak innenfor et geografisk område. Noen pasienter vil behandles i DPS-et og andre hos avtalespesialister, samtidig vil en slik instans vil være en garantist for en bedre koordinert og mere likeverdig vurdering. Modellen vil hindre dagens praksis der enkelte pasienter får utlevert henvisningen og selv må lete etter en psykolog eller psykiater som kan gi vedkommende et behandlingstilbud.

Anbefalinger:

Antallet driftsavtaler innen psykisk helsevern opprettholdes i 2018, og det kan være aktuelt med en økning av antall avtaler for psykologer og psykiatere i 2019 når det er etablert en tettere integrasjon mellom avtalespesialister innen psykisk helsevern og øvrige helsetjenester.

Det bør arbeides med modeller for kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten ved at avtalespesialistene integreres i et formalisert samarbeid, hvor ansatte fra spesialisthelsetjenesten og avtalespesialistene har jevnlig møter med fastlegekontor i området for å diskutere håndtering av enkeltpasienter, faglige utfordringer, medikamentbruk etc. Det kan være behov for å etablere en takst i Normaltariffen for ivaretagelse av slikt samarbeid fra avtalespesialistenes side. Det bør også vurderes om det er behov for en takst for en felleskonsultasjon med tanke på konkret samarbeid rundt enkeltpasienter ved overføring fra avtalespesialist tilbake til fastlege.

Det regionale helseforetaket vil arbeide for å etablere ordninger med samordnet henvisningsmottak innen psykisk helsevern, slik at fastleger i et gitt område kan sende henvisninger ett sted og alle henvisningene vil bli rettighetsvurdert, jf. pasientrettighetsloven.

9. Oppfølging av avtalespesialister

9.1 Samarbeidsavtaler

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt RHF-ene i oppdrag at HF-ene/sykehusene skal inngå samarbeidsavtaler med alle avtalespesialistene innen utgangen av 2018. Samarbeidsavtalene kan, jf. rammeavtalens § 1.3 bl.a. gjelde hensiktsmessig arbeidsdeling (pasientflyt/strømmer), håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid mellom HF-/sykehusavdelinger og avtalespesialister, utveksling av informasjon om kapasitet, deltakelse i kompetanseutvikling etc.

Alle parter er enige om at det bør inngås samarbeidsavtaler mellom HF og avtalespesialister. Arbeidet med samarbeid og samarbeidsavtaler har generelt kommet kortere innen psykisk helsevern enn innen somatikk. Et bedre samarbeid vil kunne avklare hvilken kompetanse og kapasitet det er behov for på kort og lang sikt, både ved DPS-ene og i avtalepraksis. Det vil være nyttig for fagmiljøene ved helseforetak og sykehus å få bedre oversikt over hvilke pasientgrupper som behandles i avtalepraksis, den enkelte avtalespesialists særskilte kompetanse og hvordan avtalespesialister og helseforetak sammen kan gi et best mulig tilbud til pasientene i sykehusområdet. Et slikt samarbeid vil også kunne bidra til en bedre arbeidsdeling og et bedre samlet tilbud til pasientene.

9.2 Oppfølgingsmål

Sykehusene har i mange år måttet rapportere kvartalsvis og årlig på en rekke aktivitets- og kvalitetsindikatorer.

For avtalespesialistene er det ikke etablert andre oppfølgingsparametere enn aktivitet, og dette gjør det vanskelig å drive en tett og formålstjenlig oppfølging.

Helse Sør-Øst RHF mener det er nødvendig å etablere mål som muliggjør oppfølging og kontroll der det er behov for dette.

Et krav til andel/antall nye henviste i en avtalepraksis kan være et slikt mål. Andre mål kan være spesifikke krav til kvalitet og tilgang på adekvat utstyr for en forsvarlig god praksis.

Anbefalinger:

Det etableres samarbeidsavtaler slik at samhandlingen i helsetjenesten styrkes.

Det etableres mål for oppfølging av avtalespesialister og dette diskuteres mellom regionene, med profesjonsforeningene og i andre relevante fora.