

Regional plan for avtalespesialistområdet



1	Bakgrunn	4
1.1	Nye rammeavtaler 2016	4
1.2	Riksrevisjonens dokument 3:2	5
1.3	Utarbeidelse av en regional plan	6
1.3.1	Mandat for arbeidet	7
1.4	Arbeidsgruppe	8
1.5	Utarbeidelse av rapporten	8
2	Oppsummering av planens anbefalinger	9
2.1	Somatiske fagområder	9
2.1.1	Det anbefales en vekst i antallet driftsavtaler innenfor følgende spesialiteter:	9
2.1.2	Det anbefales en utjevning av skjevheten i dagens tilbud innenfor:	9
2.1.3	Det bes om innspill innen følgende område:	9
2.1.4	Følgende spesialiteter anbefales faset ut av avtalepraksis:	9
2.1.5	Områder der kapasiteten oppfattes som tilstrekkelig	10
2.1.6	Områder hvor utviklingen må avgjøres i et tett samarbeid med HF-ene	10
2.1.7	Områder hvor det er behov for en grundigere vurdering:	10
2.2	Psykisk helsevern	10
2.2.1	Det anbefales følgende tiltak innen psykisk helsevern	11
2.3	Oppfølgingsparametere	11
2.3.1	Det anbefales etablert følgende oppfølgingsparametere innen somatikk	11
2.3.2	Det anbefales etablert følgende oppfølgingsparametere innen psykisk helsevern	11
3	Dagens situasjon	11
3.1	Situasjonen på landsbasis	11
3.1.1	Rekrutteringssituasjonen	12
3.2	Vår egen region	12
3.2.1	Sentralisering versus desentralisering	13
3.3	Antall avtalespesialister i regionen	14
3.3	Årsverk avtalespesialister i regionen	15
3.4	Dekningsgrader – per fylke og sykehusområde	16
3.4.1	Dekningsgrader somatikk	16
3.4.2	Dekningsgrader psykisk helsevern	17
4	Endringer det må tas hensyn til i det videre arbeidet	18
4.1	Befolkningsframskriving	18
4.2	Pakkeforløp - generelt	19
4.3	Diagnostisering og behandling av kreft	19
4.3.1	Pakkeforløp - kreft	19
4.3.2	Screening - tykktarmskreft	19
4.4	Ny utdanningsstruktur for legespesialister	19
4.5	Lege - i - spesialisering i avtalepraksis	20
4.6	Ventetidssituasjon ved HF-ene	20
4.7	Hvilke oppgaver må/bør gjøres hvor og av hvem?	21
4.8	Prioriteringsforskriften	22
5	Hva sier fastlegene?	22
5.1	Praksiskonsulenter	22
5.2	Hvilke spesialiteter etterspørres fra fastlegen (PKO)?	23
5.3	Forslag/anbefalinger til forbedringstiltak mellom fastleger og avtalespesialister innen psykisk helsevern	24
6	En gjennomgang av de ulike spesialitetene	24
6.1	Fagområder med få driftsavtaler:	24
6.1.1	Fysisk medisin	24
6.1.2	Plastisk kirurgi	25

6.1.3	Radiologi	25
6.1.4	Revmatologi.....	26
6.2	Anestesi.....	27
6.3	Gynekologi.....	28
6.4	Kirurgi.....	30
6.4.1	Urologi.....	30
6.4.2	Ortopedi.....	31
6.4.3	Generell kirurgi	33
6.5	Indremedisin	34
6.5.1	Fordøysessykdommer	35
6.5.2	Lungesykdommer	36
6.5.3	Hjertesykdommer	37
6.6	Øyesykdommer	37
6.6.1	Aldersrelatert makuladegenerasjon	39
6.7	Hudsykdommer.....	40
6.7.1	Utdanning av hudleger.....	41
6.8	Øre-Nese-Hals-sykdommer.....	41
6.9	Barnesykdommer	42
6.10	Nevrologi.....	44
7	Psykisk helsevern	45
7.1	Kapasitet.....	46
7.2	Praksisprofiler.....	48
7.3	Avtalespesialister innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst	48
7.4	Hva etterspør fastlegene.....	50
7.4.1	Veiledning	50
7.5	Hva er gjort tidligere?	51
7.6	Mulige tiltak.....	52
7.6.1	Samkonsultasjoner/veiledning.....	52
7.6.2	Samarbeid fastlege – avtalespesialist	52
7.6.3	Krav til antall nyhenviste per år.....	52
7.6.4	Samordnet henvisningsmottak:.....	53
7.6.5	Etablering av samarbeidsavtaler	54
7.7	Hvordan få til en ønsket økning av antall driftsavtaler innen psykisk helsevern?.....	54
8	Oppfølgingsparametere	55
8.1	Styringsdata innen somatikk	55
8.1.1	Krav til andel nyhenviste	55
8.1.2	Krav til oppsamlede poeng fra deltakelse i kongresser/møter/symposier	56
8.1.3	Kvalitet og tilgang på adekvat utstyr for en forsvarlig, god praksis.	56
8.1.4	Hjelpespersonell, antall og kvalifikasjoner.....	56
8.2	Styringsdata innen psykisk helsevern	56
8.2.1	Krav til antall nyhenviste	56
8.2.2	Krav til oppsamlede poeng fra deltakelse i kongresser/møter/symposier	56
Vedlegg 1	Mandat for arbeidet med regional utviklingsplan for avtalespesialistområdet	57
Vedlegg 2	Innspill fra PKO nettverket angående bedring av samhandlingen	61
	mellom fastleger og avtalespesialister innen psykisk helse.....	61
Vedlegg 3	Merknader fra arbeidsgruppens representanter fra Norsk psykologforeningen	64
Vedlegg 4	Innspill fra PSLs deltakere i arbeidsgruppen.....	66

1 Bakgrunn

Det regionale helseforetak har “sørge-for”-ansvaret for befolkningen i regionen. Dette dekkes i hovedsak av helseforetak (inkludert de ideelle sykehusene som har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF), avtalespesialister og kjøp av kapasitet fra private aktører (ideelle og kommersielle). Kjøp fra ideelle aktører benyttes særlig til å dekke behov innen rehabilitering, rus og psykisk helsevern, mens kjøp fra kommersielle aktører i hovedsak benyttes til å dekke behov innenfor laboratorievirksomhet, radiologi og enkelte somatiske tjenester.

Avtalespesialistene gjør en stor og viktig jobb på vegne av det regionale helseforetak i regionen, og avtalespesialistene er avgjørende for at Helse Sør-Øst RHF skal kunne ivareta sitt «sørge-for»- ansvar innen polikliniske tjenester.

Ordningen er utviklet over år, ved at spesialister etablerte praksis uten noen form for avtale med verken fylkeskommuner eller folketrygden, frem til 1998 da de private spesialistene ble en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Etter statlig overtakelse av sykehusene (1.1.2002) videreførte Helse Øst RHF og Helse Sør RHF fordelingen av avtalehjemlene og gjeldende praksis i fylkeskommunene. Fra 1.7.2003 ble virksomheten samlet og lagt til det regionale foretakets bestillerenhet. 1.1.2009 ble Helse Øst RHF og Helse Sør RHF slått sammen til Helse Sør-Øst RHF og administrasjonen av avtalehjemlene ble samlet i det regionale foretakets bestillerenhet.

Den sittende regjering har i sin regjeringserklæring nedfelt at de vil «øke antall hjemler og bruke avtalespesialister mer». På denne bakgrunn ble det i 2014 gjennomført en dialogprosess mellom Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene, Den norske legeforening og Norsk Psykologforening med et sluttokument datert 3. mars 2015. I dette dokumentet er det vektlagt at for å bygge en varig struktur til beste for pasientene, må avtalespesialistene bli en naturlig samarbeidspartner som kan bidra til å løse det lovpålagte «sørge-for»-ansvaret. Dette gir implikasjoner for samarbeidsstruktur, avtaleverk, finansiering og rettighetslovgivning. Dialogprosessen synliggjorde at det foregår mye godt samarbeid mellom avtalespesialister og andre aktører i helsetjenesten, men at det vil være nødvendig å utvikle og formalisere samarbeidet med helseforetakene og de regionale helseforetakene ytterligere.

1.1 Nye rammeavtaler 2016

Høsten 2015 ble rammeavtalene mellom de fire regionale helseforetakene og hhv Den norske legeforening (Dnlf) og Norsk Psykologforening (NPF) reforhandlet for bl.a. å gjøre avtaleverket bedre rustet til å møte fremtidens behov. Nye rammeavtaler var på plass i januar 2016.

I § 1.2 står bl.a.: *“Rammeavtalen skal bidra til å sikre befolkningen god tilgang til helsetjenester av høy kvalitet. Partene skal bidra til at offentlige ressurser innrettes mot å avhjelpe helsekøer og løse oppgaver i spesialisthelsetjenesten, samt til at pasienter med akutt og kronisk sykdom får korrekt behandling og gode pasientforløp.”*

I de reforhandlede avtalene er det et sterkere fokus på samarbeid mellom helseforetak og avtalespesialister, jf. § 1.3 der det bl.a. står:

“Det forutsettes samarbeidsavtaler mellom avtalespesialistene og relevant HF samt andre institusjoner som bidrar til å oppfylle RHF «sørge-for» ansvar.

Samarbeidsavtalene kan gjelde hensiktsmessig arbeidsdeling (pasientflyt/strømmer), håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid mellom HF avdelinger og avtalespesialister, utveksling av informasjon om kapasitet, utveksling av informasjon om felles prosedyrer og retningslinjer, deltakelse i kompetansutvikling, rutiner for kontakt mellom legen og HF mv.”

For psykologene er ordlyden i rammeavtalens § 1.3, første ledd, følgende:

“Partene forutsetter aktivt og løpende samarbeid mellom avtalespesialistene, RHF og Helseforetakene, berunder også andre relevante institusjoner som bidrar til å oppfylle RHF’s «sørge-for ansvar.»

Det er også et krav om at det skal utarbeides en regional plan jf. § 2.2 der det står:

RHF skal lage en regional plan for prioriteringer og aktivitet for legene/psykologene. Denne planen og andre planer som har betydning for drift av avtalepraksis skal legges fram for samarbeidsutvalget til uttalelse.

1.2 Riksrevisjonens dokument 3:2

I november 2015 ble Riksrevisjonens dokument 3:2 (2015-2016) lagt frem “Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014”. Målsettingen med undersøkelsen var å vurdere hvordan de regionale helseforetakenes bruk av avtalespesialister bidrar til å oppfylle “sørge-for” ansvaret. RHF-ets representanter ser det som naturlig å legge vekt på Riksrevisjonens funn og vurderinger i arbeidet med den regionale planen.

Hovedfunnene i rapporten var:

- Tilgangen til avtalespesialister bidrar ikke gjennomgående til et geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester
- Det regionale helseforetaket utnytter ikke sitt handlingsrom godt nok til å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester
- De regionale helseforetakene følger i varierende grad opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og god kvalitet på helsetilbudet.

Riksrevisjonens anbefalte bl.a.:

- *De regionale helseforetakene sørger for at avtalespesialistenes hjemler bidrar til et mer geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester, blant annet ved:*
 - *Systematisk å vurdere hvorvidt avtalespesialistenes ledige hjemler bør videreføres eller benyttes innen andre fagområder og/eller andre geografiske områder*
 - *Å ha planer for å disponere hjemler som er bygget på relevante og oppdaterte analyser av behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester*
- *De regionale helseforetakene følger opp avtalespesialister som ikke oppfyller krav stilt i rammeavtalene eller de individuelle avtalene. Dette forutsetter at de regionale helseforetakene har tilstrekkelig informasjon.*
- *De regionale helseforetakene benytter Norsk pasientregister som kilde til informasjon om avtalespesialistene og sikrer at avtalespesialistene rapporterer til NPR på sentrale variabler som kan gi relevant informasjon om kvaliteten på helsetjenesten, som for eksempel epikrisetid.*

“Riksrevisjonen legger til grunn at det ikke er systematiske forskjeller i behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester mellom mindre og mer sentrale kommuner, eller mellom helseforetak, når forbruket er justert for demografiske forskjeller mellom kommunene. Riksrevisjonen mener de geografiske variasjonene i forbruket av polikliniske helsetjenester indikerer at det enten er et overforbruk eller underforbruk av tjenestene innen enkelte områder. Selv om forbruket av avtalespesialister til dels bidrar til et mer likeverdig tilbud, er det fortsatt betydelige forskjeller, og som regel er det i de minst sentrale kommunene forbruket er lavest. Riksrevisjonen mener at tilgangen til avtalespesialister ikke bidrar godt nok til å utjevne disse forskjellene slik at tilbudet blir geografisk likeverdig. Dette gjelder spesielt innen psykisk helsevern og øyefaget.”

1.3 Utarbeidelse av en regional plan

Avtalespesialistene er en viktig del av spesialisthelsetjenestetilbudet og innenfor en del fagområder utgjør aktiviteten i avtalepraksis en betydelig del av det samlede polikliniske tilbudet. Helsedirektoratets “Aktivitetsdata for avtalespesialister 2015” viser at aktiviteten hos avtalespesialistene utgjorde ca. 27 % av den totale polikliniske aktiviteten innen de somatiske fagområdene og ca. 22 % innen psykisk helsevern for voksne.

Høsten 2013 utarbeidet Helse Sør-Øst RHF, i samarbeid med profesjonsforeningene, en “Handlingsplan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister i regionen mot 2020”. I denne rapporten er det sett på tilgangen til avtalespesialister i regionen, fordelt på spesialitet og sykehusområde/fylke. Rapporten viser at det er store forskjeller i tilgangen til tjenester hos avtalespesialistene i regionen. Rapporten ser imidlertid primært på avtalespesialistene, og har ikke i tilstrekkelig grad belyst situasjonen i de forskjellige sykehusområdene. For et regionalt helseforetak, som har et “sørge-for”-ansvar for befolkningen i egen region, er det viktig å ha kunnskap om det samlede tilbud og forbruk av helsetjenester. For å kunne si noe om det samlede tilbudet må det lages en plan som også beskriver helseforetakenes kapasitet og innretning. Ved å se på den samlede kapasiteten innen spesialisthelsetjenesten og behovet innen RHF-ets opptaksområde, kan en nærmere vurdere hva som skal/bør dekkes av avtalespesialister og om det er behov for å flytte evt. omgjøre noen av dagens driftsavtaler for å kunne oppfylle regionens ”sørge-for”-ansvar på en bedre måte.

I regjeringserklæringen til Solberg-regjeringen står det bl.a. at regjeringen vil utvide antallet hjemler for avtalespesialister og benytte avtalespesialistene mer. Målsettingen er konkretisert i foretaksprotokollen fra foretaksmøtet 10. januar 2017, der det står:

“Foretaksmøtet viste til at det er inngått ny rammeavtale for avtalespesialister fra 1. januar 2016 mellom de regionale helseforetakene og profesjonsforeningene, og at det skal inngås samarbeidsavtaler mellom sykehusene og avtalespesialistene. Foretaksmøtet viste videre til at det i løpet av 2017 skal startes et forsøksprosjekt der avtalespesialister skal vurdere og tildele pasientrettigheter.”

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- inngå flere driftsavtaler med avtalespesialister, slik at antall avtalte 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.”

Den skjeve fordelingen i tilbudet som Riksrevisjonen viser til, jf. pkt 1.2, henger også sammen med at avtalespesialister utfører spesialisthelsetjenester, som ofte krever et pasientgrunnlag av en viss størrelse. Det vil derfor ikke være mulig å ha en helt jevn fordeling av avtalespesialister i alle regionens kommuner/områder. Behovet for avtalespesialister vil også avhenge av kapasitet og tilgjengelighet ved helseforetakene. Men det er viktig å vurdere om de påviste geografiske variasjonene i forbruket av tjenester hos avtalespesialistene indikerer en uhensiktsmessig variasjon av tjenestene innen enkelte områder, eller om den geografiske tilgangen til tjenestene utjevnes når vi også vurderer kapasiteten ved helseforetakene, og ser på den samlede kapasiteten i de ulike områdene.

På bakgrunn av den historiske og lite planmessige fordelingen av driftsavtaler, er det litt tilfeldig hvor avtalepraksisene er plassert geografisk og innen hvilken spesialitet. Fordi det nå er en forventning til økt bruk av avtalespesialister, og en tettere tilknytning til helseforetakene gjennom samarbeidsavtaler, anser Helse Sør-Øst RHF det som viktig med en grundig vurdering av hvor det er behov for flere avtalespesialister og innen hvilken spesialitet. Som del av denne vurderingen vil det også bli vurdert om en spesialitet egner seg i avtalepraksis eller ikke. Dette vil bl.a. kunne avhenge av størrelsen på en spesialitet eller det kan være argumenter for at en spesialitet bør være del av et større tverrfaglig tilbud. Det er behov for mer kontroll og styring av avtalespesialistområdet og

RHF-et ønsker at denne planen skal være et redskap for å videreutvikle og styre bruken av avtalespesialister på en bedre måte.

I tillegg til aktivitet og rapportering har RHF-et behov for å kunne følge kvaliteten av tjenestene som ytes. Det inngår derfor, som del av denne regionale planen å se på hvilke parametere som kan etableres og benyttes for å følge kvaliteten i avtalepraksis.

Det ble besluttet å etablere en arbeidsgruppe for å utarbeide en regional utviklingsplan for avtalespesialistområdet. Ledergruppen i Helse Sør-Øst RHF behandlet mandatet for arbeidsgruppen i møte 26. april 2016. For fullstendig mandat vises til vedlegg 1.

1.3.1 Mandat for arbeidet

En regional utviklingsplan for avtalespesialistområdet skal inneholde følgende:

1. Beskrivelse av dagens situasjon og samlet kapasitet

Sykehusområdets samlede kapasitet, både kapasiteten ved helseforetaket og kapasiteten avtalespesialistene utgjør, skal beskrives. Ved vurdering av kapasitetene skal en se på andel kontroller og nyhenviste både ved sykehusenes poliklinikker og hos avtalespesialistene.

2. Identifisere endringsbehov og beskrive fremtidig kapasitetsbehov

Basert på hva en finner ved vurdering av dagens situasjon skal kapasitetsbehov i et tidsperspektiv fram mot 2030 vurderes.

- Befolkningsveksten fram mot 2030 skal inngå ved vurdering av fremtidig kapasitetsbehov, og det vil her være naturlig å bruke SSB sitt MMMM alternativ.
- Hvilke endringer (medisinske og teknologiske) kan påventes i tiden fremover og hvordan vil dette kunne påvirke samlet fremtidig kapasitetsbehov?
- Er det fagområder der en bør fase ut bruken av avtalespesialister i tiden fremover og er det fagområder der en vurderer at bruken av avtalespesialister bør økes?

3. Samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetakene

Det er ønskelig med overordnede vurderinger av samarbeidet mellom avtalespesialistene og helseforetakene, inklusive fremtidig oppgavedeling og utviklingsretning for samarbeidet.

- Hva skal være førende for hvilke oppgaver som må/bør gjøres ved helseforetakene og hvilke oppgaver som kan legges ut til avtalespesialistene?
- Andelen nyhenviste hos avtalespesialistene
- Bruk av sykepleiere i avtalepraksis (jobb- og oppgavedeling)

Ved behov skal det vurderes utarbeidelse av handlingsplaner for aktuelle spesialiteter som nærmere konkretiserer optimal andel nyhenviste hos avtalespesialistene og en hensiktsmessig oppgavedeling mellom helseforetakene og avtalespesialistene.

4. Styringsdata

Regional utviklingsplan for avtalespesialistområdet skal beskrive hvilke tilgjengelige styringsdata som finnes i dag og evt. beskrive behovet for nye styringsdata som sikrer en god ressursutnyttelse og riktig kompetanse både ved sykehusenes poliklinikker og innen avtalespesialistområdet. Eksempler på styringsdata kan være:

- Krav til faglig utvikling (deltakelse ved nasjonale og internasjonale seminarer/kongresser/faglige kurs)
- Andel nyhenviste

- Andel kontroller
- Kvalitetskrav til utstyr

1.4 Arbeidsgruppe

Det er etablert en arbeidsgruppe med følgende medlemmer:

Geir Böhler, Helse Sør-Øst RHF, leder
Erna Hogrenning, brukerrepresentant
Arild Kjetså, Sykehuset Sørlandet HF
Vegard Øksendal Haaland, Sykehuset Sørlandet HF
Petter Bugge, Oslo universitetssykehus HF
Erlend Hangaard, Oslo universitetssykehus HF
Håvard Kydland, Sykehuset Innlandet HF
Anne Kari Lind Fossen, NPF
Julius Okkenhaug, NPF
Morten Andersen, Dnlf
Sverre Dølvik, Dnlf
Daniel Nguyen, Helse Sør-Øst RHF
Michael Vester, Helse Sør-Øst RHF
Gro Vik Knutsen, Helse Sør-Øst RHF
Marit Folkestad, Helse Sør-Øst RHF

1.5 Utarbeidelse av rapporten

Det har vært avholdt tre møter i arbeidsgruppen.

RHF-ets intensjon har vært at planen skal være et godt redskap for å videreutvikle avtalespesialistordningen i tråd med regionens behov noe som innebærer at planen inneholder elementer av styring. Man har tidligere ikke sett på avtalespesialistenes bidrag i sammenheng med kapasiteten ved helseforetakene. Gjennom dette arbeidet med regional plan har målsettingen vært å framskaffe best mulig oversikt og beslutningsgrunnlag for å kunne oppnå de overordnede føringene om likeverdige tjenester til befolkningen. Fra RHF-ets side er det viktig å få en styring på dette viktige området som i enda større grad fremover skal være med å bidra til at vi kan oppfylle vårt «sørge-for»-ansvar.

Det har vært mange gode og nyttige diskusjoner i arbeidsgruppen som også har tydeliggjort til dels grunnleggende uenigheter. Representantene fra Dnlf og NPF ga tidlig i prosessen uttrykk for at de ikke kunne stille seg bak alle anbefalingene i rapporten. I det siste møtet var det enighet om at rapporten skulle sendes ut for å få innspill fra arbeidsgruppens medlemmer. Merknadene skulle deretter legges inn i rapporten der de hørte hjemme, samt legges som et vedlegg dersom merknadene var for lange til å bli inkorporert i rapporten.

Representantene fra Dnlf viser til at utgangspunktet for en ny plan må være de politiske føringene om at avtalespesialistordningen skal videreutvikles, bygges ut, og at antall hjemler skal økes. De mener innretningen på planen slik den foreligger viser at Helse Sør-Øst RHF tar utgangspunkt i at man skal se på kapasiteten HF/avtalespesialister samlet, og vurdere behovet for nye hjemler ut fra det. Representantene fra Dnlf mener at dette bryter med det overordnede prinsippet om en utvidelse av avtalespesialistordningen.

Representantene fra Norsk psykologforening er ikke enig i anbefalingen til representantene fra det regionale helseforetaket om at det ikke skal etableres nye driftsavtaler innenfor psykisk helsevern før man har kommet lengre i arbeidet med samarbeidsavtaler mellom HF og avtalespesialister og mener dette er i strid med regjeringens bestilling.

Utkast til regional plan, slik den her foreligger, er sendt ut til de to profesjonsforeningene for kommentarer. Innspillene deres er lagt som vedlegg til planen, jf vedlegg 3 Psykologforeningens innspill til Regional plan for avtalespesialistområdet i Helse Sør-Øst RHF og vedlegg 4 Legeforeningens innspill til handlingsplan for avtalespesialister i Helse Sør-Øst RHF.

De vesentligste innspillene fra de to profesjonsforeningene framgår samtidig i selve planen for å tydeliggjøre uenighetene og de ulike mulige veivalgene.

2 Oppsummering av planens anbefalinger

Det er viktig at det samlede tilbudet i de ulike sykehusområdene gir pasientene det best mulige behandlingstilbudet. Dette krever et tett samarbeid mellom helseforetak og avtalespesialister, og innebærer at det må settes fokus på å få etablert formaliserte samarbeidsavtaler mellom avtalespesialister og HF. Samarbeidet må bygge på prinsippet om at det er to likeverdige parter.

Arbeidsgruppens representanter fra RHF-et har vektlagt at dette skal være en plan som kan legges til grunn for utviklingen av avtalespesialistordningen i årene fremover. Dette innebærer at den ikke vil forslå et konkret antall driftsavtaler som skal etableres innenfor de ulike spesialitetene, men at den sier noe om hvordan utviklingen bør være innenfor de ulike sykehusområdene.

2.1 Somatiske fagområder

2.1.1 *Det anbefales en vekst i antallet driftsavtaler innenfor følgende spesialiteter:*

- Urologi, jf. pkt. 6.4.1
- Gastromedisin, jf. pkt. 6.5.1
- Øyesykdommer, jf. pkt. 6.6
- Hudsykdommer, jf. pkt. 6.7.
- Nevrologi, jf. pkt. 6.10.

2.1.2 *Det anbefales en utjevning av skjevheten i dagens tilbud innenfor:*

- Revmatologi, jf. pkt. 6.1.4

2.1.3 *Det bes om innspill innen følgende område:*

- Fysikalsk medisin, jf. pkt. 6.1.1

2.1.4 *Følgende spesialiteter anbefales faset ut av avtalepraksis:*

- Plastisk kirurgi, jf. pkt. 6.1.2
- Radiologi, jf. pkt. 6.1.3
- Anestesi, jf. pkt. 6.2

- Ortopedi, jf. pkt. 6.4.2
- Generell kirurgi, 6.4.3
- Generell indremedisin, jf. pkt. 6.5

Dnlf har merknader til anestesi og ortopedi.

2.1.5 Områder der kapasiteten oppfattes som tilstrekkelig

Kapasiteten innen gynekologi (pkt. 6.3) og øre-nese-hals (pkt. 6.8) oppfattes som tilstrekkelig. Basert på data fra 2015 og når komplette tall for 2016 foreligger, vil det bli gjort en ny vurdering av behovet innen ØNH. Når det gjelder de to nevnte spesialitetene viser oversiktene over samlet forbruk store variasjoner. Det kan derfor være aktuelt med en omfordeling av disse driftsavtalene. Den geografiske fordelingen av disse hjemlene vil bli vurdert når driftsavtaler skal kunngjøres.

2.1.6 Områder hvor utviklingen må avgjøres i et tett samarbeid med HF-ene

Innenfor en del fagområder, slik som *hjerte- og lungemedisin*, er det vanskelig å få hentet ut data som gjør det mulig å si noe om den samlede kapasiteten i sykehusområdene. Avtalespesialistene innenfor disse fagområdene kan si noe om pågang og antall henvisninger, og man kan av tall fra NPR se på aktiviteten i avtalepraksis. I tillegg vil HF-ene måtte gjøre vurderinger om hvorvidt det er tilstrekkelig kapasitet i dag innenfor eget sykehusområde eller om det er behov for ytterligere kapasitet i form av etablering av nye driftsavtaler for avtalespesialister.

2.1.7 Områder hvor det er behov for en grundigere vurdering:

Det er vanskelig å komme med en anbefaling om økt bruk av, eller en reduksjon i bruken av, avtalespesialister innenfor barnesykdommer basert på funnene i Norsk Helseatlas. Det anbefales at dette spørsmålet løftes inn i regionalt fagråd barn.

2.2 Psykisk helsevern

Årsakene til lange ventetider og manglende kapasitet innen psykisk helsevern er lite kartlagt, det er derfor behov for mer kunnskap om driften i avtalepraksisene. Tilbakemeldinger fra fastlegen (representert ved PKO-utvalget), avtalespesialister og HF viser at det ikke er enighet om utfordringene innen psykisk helsevern og hvilke virkemidler som bør tas i bruk.

Flertallet i arbeidsgruppen mener en bedring av tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern krever flere tiltak, i tillegg til en økning i antall driftsavtaler. Flertallet i arbeidsgruppen mener videre det vil være feil å etablere flere driftsavtaler innen dette området før vi har fått en bedre oversikt og kontroll på det samlede tilbudet som gis. Dette støttes også av tilbakemeldingene fra fastlegene (representert ved praksiskonsulentene, jf. kap. 5). De ser behov for mer kapasitet innen psykisk helsevern, men mener det ikke bør etableres nye driftsavtaler før man får til et bedre samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetak, og mellom avtalespesialister og primærhelsetjenesten, jf. vedlegg 2.

Flertallet i arbeidsgruppen mener at samarbeid mellom avtalespesialistene og helseforetakene når det gjelder pasientforløp og prioritering, er helt sentralt for å bruke ressursene hensiktsmessig. Norsk psykologforening vektlegger at antall avtalehjemler uansett bør økes da kapasiteten er for lav, og at andre tiltak slik som bedret samarbeid ikke må være en forutsetning for å opprette flere hjemler.

2.2.1 Det anbefales følgende tiltak innen psykisk helsevern

- Samkonsultasjoner/veiledning, jf. pkt. 7.6.1
- Samarbeid fastlege – avtalespesialist, jf. pkt. 7.6.2
- Krav til antall nyhenviste per år, jf. pkt. 7.6.3
- Samordnet henvisningsmottak, jf. 7.6.4
- Etablering av samarbeidsavtaler, jf. pkt. 7.6.5

2.3 Oppfølgingsparametere

2.3.1 Det anbefales etablert følgende oppfølgingsparametere innen somatikk

- Andel nyhenviste, jf. pkt. 8.1.1
- Antall oppsamlede poeng fra deltakelse i kongresser/møter/symposier, jf. pkt. 8.1.2
- Kvalitet og tilgang på adekvat utstyr for en forsvarlig, god praksis, jf. pkt. 8.1.3.
- Hjelpepersonell, antall og kvalifikasjoner, jf. pkt. 8.1.4

2.3.2 Det anbefales etablert følgende oppfølgingsparametere innen psykisk helsevern

- Antall nyhenviste, jf. pkt. 7.6.3 og 8.2.1.
- Antall oppsamlede poeng fra deltakelse i kongresser/møter/symposier, jf. pkt. 8.2.2

3 Dagens situasjon

3.1 Situasjonen på landsbasis

For å synliggjøre antallet og fordelingen av avtalespesialister nasjonalt, er det tatt med to tabeller som viser situasjonen i alle de fire regionale helseforetakene. Tab. 3.1 viser antall og årsverk avtalespesialister innen somatikk, psykiatri og psykologi. Som en illustrasjon på situasjonen er også tatt med andel, som viser antall årsverk avtalespesialister per 100 000 innbyggere. Tab. 3.2 viser fordelingen av årsverk per spesialitet i de fire regionene.

Tab. 3.1 Fordeling av avtalespesialister i de fire regionale helseforetakene, fordelt på somatikk, psykiatri og psykologi

Region	Somatikk		Psykiatri		Psykologer		Samlet		Befolkning Millioner	Andel (årsverk per 100 000 innb.)
	Årsverk	Antall	Årsverk	Antall	Årsverk	Antall	Årsverk	Antall		
Helse Vest	110	123	29	37	92	108	231	268	1,11	21
Helse Sør-Øst	384	468	141	175	287	329	812	972	2,95	27,5
Helse Midt	64	87	8	10	34	47	106	144	0,72	15
Helse Nord	36	43	7	11	22	25	65	79	0,48	14

Innenfor de somatiske fagområdene har Helse Sør-Øst 13 årsverk i avtalepraksis per 100 000 innbyggere. Tilsvarende tall er 10 i Helse Vest, 9 i Helse Midt og 7,5 i Helse Nord. Innen psykisk helsevern har Helse Nord 1,5 årsverk per 100 000 innbyggere, Helse Vest 2,6, Helse Midt 1,1 og Helse Sør-Øst 4,8. For psykisk helsevern samlet har Helse Sør-Øst 14,5, Helse Midt 11, Helse Midt 6 og Helse Nord 6. Dette viser at det er stor variasjon i omfanget av avtalespesialistordningen i de ulike regionene.

Tab. 3.2 Fordeling av årsverk per spesialitet i de fire regionale helseforetakene

Fagområder:	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord
Øye	93,56	30,20	22,55	15,67
ØNH	60,10	18,14	8,30	5,75
Gyn	57,49	14,00	5,20	5,75
Hud	42,82	7,30	11,00	2,00
Generell indrem.	5,00	2,00	6,00	
Hjertes	23,67	11,20	2,50	3,00
Lunges.	12,40	3,00		1,00
Gastromed	10,50	7,00		1,70
Endokrinologi	3,00	4,00		
Nyre	1,00	0,20		
Hematologi	1,00			
Plastikk kirurgi	0,50			
Urologi	10,10	3,00	1,00	0,60
Ortopedi	5,90			
Generell kirurgi	4,00	1,00	0,20	0,50
Radiologi	0,20			
Geriatr		1,00		
Revmatologi	7,20	3,20		0,20
Nevrologi	14,46	1,40	1,00	
Fys.med.	1,00	1,20		
Anestesi	7,90	1,00	0,60	
Pediatri	22,00	1,00	4,20	
Onkologi			0,30	
Psykologi	287,10	92,50	32,95	21,70
Psykiatri	143,10	29,40	8,30	7,10

3.1.1 Rekrutteringssituasjonen

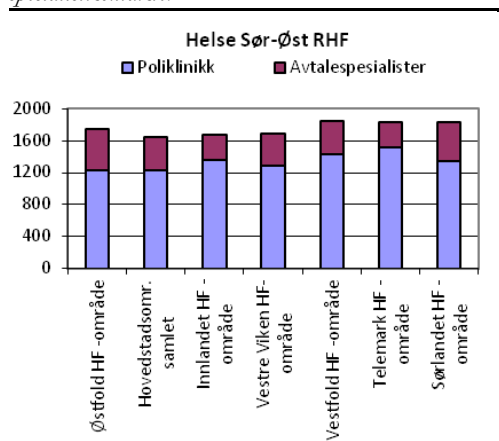
Vurderingen av behovet for antall driftsavtaler måses i sammenheng med rekrutteringssituasjonen i de ulike områdene. Det kan være vanskelig å få besatt enkelte driftsavtaler. I noen tilfeller rekrutteres legen fra det lokale helseforetaket som da kan få problem med å få besatt den ledige stillingen, og målet om bedre samlet kapasitet oppnås ikke.

I enkelte sykehusområder kan det, av rekrutteringsmessige hensyn, være hensiktsmessig å dele en driftsavtale slik at den som tildeles en driftsavtale jobber 50 % ved det lokale HF-et og 50 % i avtalepraksis.

3.2 Vår egen region

Følgende figur er hentet fra Helsedirektoratets rapport “Aktivitetsdata for avtalespesialister i 2015” og viser variasjoner i bruk av tjenester innen regionen. Den viser at samlet bruk av polikliniske tjenester i Helse Sør-Øst var høyest for befolkningen i Vestfold og i Telemark. Lavest forbruk av polikliniske tjenester hadde befolkningen i Hovedstadsområdet.

Figur 1: Forbruksrater av polikliniske tjenester per HF-område, rater per 1000 innbyggere, somatiske fagområder for 2015. Rapporterte spesialistkontakter



Både Østfold- og Hovedstadsområdet er eksempel på at bruken av poliklinikk og avtalespesialister har en utjevnende effekt. Figuren viser at befolkningen i områdene har lavest forbruk av polikliniske tjenester i sykehusenes poliklinikker (henholdsvis 1232 og 1227 kontakter per 1 000 innbyggere), men dette kompenseres med at avtalespesialistene utfører relativt mange spesialistkontakter (henholdsvis 513 og 415 kontakter per 1 000 innbyggere). Det er tilsvarende en tendens til at avtalespesialister brukes mindre i områder med høy forbruksrate i poliklinikk, eksempler på dette er Telemark.

3.2.1 Sentralisering versus desentralisering

Tilgangen til avtalespesialister er størst i sentrale områder, og i alle sykehusområdene er det en større tilgang til spesialisthelsetjenester (både HF og avtalepraksis) i større byer/sentra enn perifert i regionen. Det kan være mange årsaker til dette, ikke minst at tilbud innen spesialisthelsetjeneste krever et pasientgrunnlag av en viss størrelse. Det har også en sammenheng med at RHF-et ønsker at avtalespesialistene skal etablere seg i gruppepraksis/kontorfellesskap, noe som kan føre til sentralisering.

En god ivaretagelse av RHF-ets «sørge-for» ansvar innebærer at man må sørge for tilgang til spesialisthelsetjenester også mer perifert i regionen. Dette kan bl.a. gjøres ved å etablere avtalepraksiser i forbindelse med et Lærings- og mestringssenter (LMS) eller andre desentraliserte tjenester. Etablering av driftsavtaler for avtalespesialister ved et LMS kan tenkes både i hel- eller deltid.

3.3 Antall avtalespesialister i regionen

Tab. 3.2 Antall avtalespesialister, per fylke per 31.12.2016

Fagområder	Akershus	Aust-Agder	Buskerud	Hedmark	Oppland	Oslo	Telemark	Vest-Agder	Vestfold	Østfold	SUM
Anestesi	2	0	0	1	0	9	0	0	0	1	13
Barn	9	1	2	0	0	10	1	0	0	1	24
Fysikalsk medisin	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Fødselshjelp og kv	13	3	4	2	2	23	4	5	5	6	67
Hud	11	2	4	2	3	12	2	3	5	6	50
Generell kirurgi	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	5
Ortopedisk kirurgi	2	0	0	1	0	1	0	0	0	6	10
Urologi	1	1	1	2	0	3	0	1	2	1	12
Indremedisin	18	3	2	2*	2*	15	3	5	4	11	61
Nevrologi	7	0	1	1	0	5	1	3	0	2	20
Radiologi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Platikk kirurgi	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Revmatologi	3	0	0	0	0	2	0	2	1	0	8
ØNH	20	2	6	4	4	20	2	2	6	5	71
Øye	20	5	10	7	7	27	7	10	7	13	113
Sum somatikk	107	17	30	20	16	130	21	31	31	55	458

* av de to indremedisinske avtalene i Hedmark og Oppland er det per 1.2.2017 en ubesatt driftsavtale innen gastromedisin i begge fylker.

Fagområder	Akershus	Aust-Agder	Buskerud	Hedmark	Oppland	Oslo	Telemark	Vest-Agder	Vestfold	Østfold	SUM
Barne- og ungdom	0	1	0	1	0	8	2	1	1	0	14
Psykatri	22	5	9	9	4	79	4	5	17	9	163
Psykologi	64	7	20	15	17	136	16	7	17	23	322
Sum psyk. helseser	86	13	29	25	21	223	22	13	35	32	499

Av de 107 somatiske driftsavtalene i Akershus er 8 lokalisert til Oslo. Dette gjelder 2 avtaler innen ortopedi (1,3 årsverk), 2 nevrologi (0,46 årsverk) og 4 øre-nese-hals (0,8 årsverk). Forklaringen på dette kjennes ikke, da dette var situasjonen da Helse Øst RHF overtok forvaltningsansvaret for disse avtalene i 2002. Det er korrigert for dette i årsverkstabellene, slik at årsverkene er ført på fylket der praksisene faktisk er lokalisert.

I antallet psykologer i tab 3.1. inngår også nevropsykologer. I tabellene nedenfor vises antall årsverk nevropsykologer per fylke.

Tab 3.3 Antall nevropsykologer, per fylke

Fagområde	Akershus vest	Buskerud	Akershus øst	Aust-Agder	Vest-Agder	Hedmark	Oppland	Oslo	Telemark	Vestfold	Østfold
Nevropsykologi	1,0		2,1	1,0		1,0	4,0	5,5	2,0	0,4	2,0

3.3 Årsverk avtalespesialister i regionen

Tab 3.4 Årsverk avtalespesialister innen somatikk per 31.12.16, per fylke

Fagområde	Akershus vest	Buskerud	Akershus øst	Aust-Agder	Vest-Agder	Hedmark	Oppland	SI SO	Oslo	Telemark	Vestfold	Østfold	SUM
Anestesi	0,3	0,00	0,2	0,00	0,00	0,20	0,00	0,20	7,00	0,00	0,00	0,20	7,90
Barn	4	2,00	4	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,10	0,90	0,00	1,00	22,00
Fys med		0,00	0,3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	0,00	0,00	0,00	1,00
Gynekolog	4	3,80	8	2,20	4,00	2,00	2,00	4,00	18,80	3,29	5,00	4,40	57,49
Hud	4,5	3,80	4,0	2,00	3,00	1,48	3,00	4,48	10,00	2,00	4,00	5,00	42,82
Gen kir		0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,80	1,00	0,20	2,00	4,00
Orto		0,00		0,00	0,00	0,20	0,00	0,20	2,30	0,00	0,00	3,40	5,90
Urologi	0	1,00	1,0	0,70	0,20	2,00	0,00	2,00	3,00	0,00	1,20	1,00	10,10
Indremedi	4,67	2,00	8,9	3,00	5,00	2,00	2,00	4,00	13,70	2,00	4,00	8,00	55,27
Nevrologi	3	1,00		0,00	1,20	1,00	0,00	1,00	5,26	1,00	0,00	2,00	14,46
Radiologi		0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,20
Plastikk		0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	0,50
Revmatolo	2,2	0,00	0	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	1,00	0,00	7,20
ØNH	5	4,80	10	2,00	2,00	3,10	3,00	6,10	19,00	1,20	5,00	5,00	60,10
Øye	8,1	5,80	10	3,20	8,00	4,70	6,00	10,70	25,40	6,00	6,80	9,60	93,56
Somatikk	35,77	24,20	46,40	14,10	25,40	16,68	16,00	32,68	117,56	17,39	27,20	41,80	382,50

Årsverk er her ført på fylket der de er lokalisert, jf. kommentar under 3.1.

Akershus er delt i to, øst og vest, da de to delene av fylket tilhører ulike sykehusområder. Nedenfor vises dekningsgrader innen de ulike sykehusområdene, der Akershus vest inngår i Vestre Viken sykehusområde og Akershus Øst i Akershus sykehusområde.

Tab 3.5 Årsverk avtalespesialister innen somatikk per 31.12.16, per sykehusområde(SO)

Fagområder	VV SO	Ahus SO	SS SO	SI SO	OUS SO	T/V SO	SØ SO	SUM
Anestesi	0,3	0,2	0,0	0,2	6,8	0,0	0,2	7,7
Barn	6,0	4,0	1,0	0,0	9,1	0,9	1,0	22,0
Fys med	0,0	0,3	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	1,0
Gynekologi	7,8	8,0	6,2	4,0	18,8	8,3	4,4	57,5
Hud	8,3	3,3	5,0	4,5	10,5	6,0	5,0	42,6
Gen kir	0,0		0,0	0,0	0,8	1,2	2,0	4,0
Orto	0,0		0,0	0,2	2,3	0,0	3,4	5,9
Urologi	1,0	1,0	0,9	2,0	3,0	1,2	1,0	10,1
Indremedisin	6,7	8,9	8,0	4,0	13,8	6,0	9,0	56,4
Nevrologi	4,0		1,2	1,0	4,5	1,0	2,0	13,7
Radiologi	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2
Plastikk	0,0		0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5
Revmatologi	2,2		2,0	0,0	2,0	1,0	0,0	7,2
ØNH	10,8	10,0	4,0	6,1	18,0	6,0	5,0	59,9
Øye	14,9	10,0	11,2	10,7	25,4	12,8	9,6	94,6
Somatikk	62,0	45,7	39,5	32,7	116,2	44,4	42,8	383,2

Tab 3.6 Årsverk avtalespesialister innen psykisk helsevern per 31.12.16, per fylke

Fagområder	Akershus vest	Akershus øst	Aust-Agder	Buskerud	Hedmark	Oppland	Oslo	Telemark	Vest-Agder	Vestfold	Østfold	SUM
BUP	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	9,0	1,4	0,2	0,2	0,0	12,8
Psykatri	10,2	7,9	3,8	7,8	6,3	4,0	64,5	3,2	3,8	12,2	6,6	130,3
Psykologi	25,7	33,0	6,0	18,7	13,5	15,9	119,9	15,1	5,7	12,1	21,7	287,1
Psykisk helsevern	35,9	40,9	10,8	26,5	20,8	19,9	193,4	19,7	9,7	24,5	28,3	430,2

Tab 3.7 Årsverk avtalespesialister innen psykisk helsevern per 31.12.16, per sykehusområde

Fagområder	Ahus	SS	VV	SI	OUS	T/V	Østfold
BUP	0,0	1,2	0,0	1,0	9,0	1,6	0,0
Psykatri	7,9	7,6	18,0	10,3	64,5	15,4	6,6
Psykologi	33,0	11,6	44,4	29,4	119,9	27,2	21,7
Psykisk helsevern	40,9	20,4	62,4	40,7	193,4	44,2	28,3

3.4 Dekningsgrader – per fylke og sykehusområde

3.4.1 Dekningsgrader somatikk

I tabellene nedenfor er det vist antall årsverk avtalespesialister per 100 000 innbyggere (dekningsgrad).

Akershus er delt i tabellen da det ikke blir representativt å snakke om dekningsgrad i et fylke som så tydelig er todelt. Asker og Bærum er Akershus vest. De øvrige kommunene utgjør Akershus Øst.

Tab 3.8 Dekningsgrader av avtalespesialister per 31.12.16 innen somatikk, per fylke

Fagområder	Akershus vest	Akershus øst	Aust-Agder	Buskerud	Hedmark	Oppland	Oslo	Telemark	Vest-Agder	Vestfold	Østfold	SUM
Anestesi	0,16	0,05	0,00	0,00	0,10	0,00	1,06	0,00	0,00	0,00	0,07	0,34
Barn	2,20	0,97	0,86	0,72	0,00	0,00	1,38	0,52	0,00	0,00	0,34	0,94
Fys med	0,00	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
Gynekologi	2,20	1,94	1,90	1,37	1,03	1,06	2,86	1,91	2,19	2,04	1,52	2,47
Hud	2,49	0,97	1,72	1,37	0,76	1,59	1,52	1,16	1,64	1,63	1,72	1,84
Gen kir	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,58	0,11	0,08	0,69	0,18
Orto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,35	0,00	0,00	0,00	1,17	0,25
Urologi	0,00	0,24	0,60	0,36	1,03	0,00	0,46	0,00	0,00	0,49	0,34	0,42
Indremedisin	2,57	2,16	2,59	0,72	1,03	1,06	2,08	1,16	2,73	1,63	2,76	2,37
Nevrologi	1,65	0,00	0,00	0,36	0,51	0,00	0,80	0,58	0,66	0,00	0,69	0,62
Radiologi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,01
Plastikk	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
Revmatologi	1,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,00	1,09	0,41	0,00	0,31
ØNH	2,75	2,43	1,72	1,73	1,59	1,59	2,89	0,70	1,09	2,04	1,72	2,58
Øye	4,43	2,43	2,76	2,09	2,41	3,17	3,86	3,49	4,37	2,78	3,31	4,02
Somatikk	19,65	11,26	12,16	8,71	8,55	8,47	17,87	10,11	13,88	11,10	14,41	16,42

Av tabellen over ser vi at tre fylker har en generell lav dekning av avtalespesialister. Dette gjelder Buskerud, Hedmark og Oppland. Tabellen synliggjør også store forskjeller innen flere spesialiteter, bl.a. gynekologi der det i Oslo er 2,9 driftsavtaler per 100 000 innbyggere, mens det i Hedmark er 1 driftsavtale per 100 000 innbyggere. Hedmark har regionens beste dekning innenfor urologi, med 1 driftsavtale per 100 000 innbyggere, samtidig som denne spesialiteten ikke er etablert i avtalepraksis i Oppland, Telemark og Akershus vest. Innen fagområdet Øre-nese-hals varierer dekningsgraden fra 2,7 driftsavtaler per 100 000 innbyggere i Akershus vest og Oslo, til 0,7 driftsavtaler per 100 000 innbyggere i Telemark og 1,1 driftsavtaler per 100 000 innbyggere i Vest-Agder. Bildet endres noe hvis vi vurderer dekningsgrader i sykehusområdene (SO), jf. tabell 3,8.

Tab 3.9 Dekningsgrader av avtalespesialister per 31.12.16 innen somatikk, per sykehusområde

Fagområde	VV SO	Ahus SO	SS SO	SI SO	OUS SO	T/V SO	SØ SO	SUM
Anestesi	0,07	0,04	0,00	0,05	1,27	0,00	0,07	0,27
Barn	1,30	0,80	0,34	0,00	1,65	0,22	0,34	0,75
Fys med	0,00	0,06	0,00	0,00	0,13	0,00	0,00	0,03
Gynekolog	1,70	1,60	2,08	0,99	3,42	1,99	1,52	1,97
Hud	1,81	0,80	1,68	1,11	1,82	1,44	1,72	1,47
Gen kir	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,29	0,69	0,14
Orto	0,00	0,00	0,00	0,05	0,42	0,00	1,17	0,20
Urologi	0,22	0,20	0,30	0,49	0,55	0,29	0,34	0,35
Indremedi	1,45	1,78	2,68	0,99	2,49	1,44	2,76	1,89
Nevrologi	0,87	0,00	0,40	0,25	0,96	0,24	0,69	0,50
Radiologi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,01
Plastikk	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,00	0,00	0,02
Revmatolo	0,48	0,00	0,67	0,00	0,36	0,24	0,00	0,25
ØNH	2,13	2,00	1,34	1,51	3,45	1,49	1,72	2,06
Øye	3,01	2,00	3,76	2,64	4,62	3,07	3,31	3,20
Somatikk	13,04	9,28	13,26	8,07	21,37	10,69	14,41	13,09

Hvis vi ser på sykehusområder i stedet for fylker, har Sykehuset Innlandet den laveste gjennomsnittlige dekningsgraden innen somatikk. Akershus sykehusområde har gjennomgående lavere dekningsgrad enn Akershus øst fordi de bydelene i Oslo som er lagt til Akershus sykehusområdet, ikke har avtalespesialister.

3.4.2 Dekningsgrader psykisk helsevern

I tabellene nedenfor er det vist antall årsverk per 100 000 innbyggere (dekningsgrad).

Tab 3.10 Dekningsgrader av avtalespesialister innen psykisk helsevern per 31.12.16, per fylke

Fagområder	Akershus, Vest	Akershus, øst	Aust-Agder	Buskerud	Hedmark	Oppland	Oslo	Telemark	Vest-Agder	Vestfold	Østfold	SUM
BUP	0,0	0,0	0,9	0,0	0,5	0,0	1,6	0,8	0,1	0,1	0,0	0,4
Psykatri	5,4	1,9	3,3	2,8	3,2	2,1	11,8	1,9	2,1	5,0	2,3	4,5
Psykologi	15,2	8,0	5,1	6,7	6,9	8,4	21,8	8,8	3,1	5,0	7,5	9,9
Psyk helsevern	20,6	9,9	9,3	9,5	10,7	10,5	35,2	11,5	5,3	10,0	9,8	14,8

Tab 3.11 Dekningsgrader av avtalespesialister innen psykisk helsevern per 31.12.16, per sykehusområde

Fagområder	VV	Ahus	SI	Oslo	SS	T/V	Østfold	SUM
BUP	0,0	0,0	0,2	1,6	0,4	0,4	0,0	0,4
Psykatri	3,8	1,6	2,5	11,8	2,6	3,7	2,3	4,5
Psykologi	10,1	6,6	7,2	21,8	3,9	6,5	7,5	9,9
Psyk helsevern	13,9	8,2	10,0	35,2	6,8	10,6	9,8	14,8

4 Endringer det må tas hensyn til i det videre arbeidet

4.1 Befolkningsframskriving

Tab 4.1 Befolkningsvekst, data hentet fra SSB, alternativ MMMM (medium vekst, medium nettoinnvandring)

	2016	2020	2025	2030	2035	2040
Akershus SO	500 092	534 750	570 622	605 191	637 176	667 185
Vestre Viken SO	460 138	479 475	501 680	524 179	544 873	564 035
Sykehuset Innlandet SO	405 092	416 580	424 430	436 838	448 466	459 269
Telemark/Vestfold SO	417 461	430 634	445 932	461 584	475 898	489 037
Østfold	289 867	302 032	315 955	329 704	342 413	354 222
Sykehuset Sørlandet SO	298 486	312 989	329 712	346 328	361 525	375 621
OUS SO	549 594	591 282	627 771	660 210	687 863	711 931

Ses det på perioden fra 2016 til 2030 er det i Akershus sykehusområde befolkningen er beregnet å øke mest, med 21 %, deretter Oslo sykehusområde med 20 %. De øvrige sykehusområdene er i perioden beregnet å øke med: Sykehuset Sørlandet 16 %, Vestre Viken, Østfold og OUS 14 %, Telemark/Vestfold 11 % og Sykehuset Innlandet 8 %.

Alternativt til å se generelt på vekst i befolkningen kan det være interessant å se endringer i aldersfordelingen i befolkningen. Tabellen under ser på veksten i den eldre aldersgruppen, her definert til å være over 67 år. Som tabellen viser er det stor vekst i den eldre delen av befolkningen, og da spesielt aldersgruppen over 80 år.

Tab. 4.2 Vekst i befolkningen over 67 år, sett per sykehusområde

		2016	2030	Endring i antall	Endring i %
SØ SO	67-79 år	33 362	42 203	8 841	26,5
	80 år over	12 950	21 558	8 608	66,5
SI SO	67-79 år	48 570	59 370	10 800	22,2
	80 år over	21 053	31 454	10 401	49,4
VV SO	67-79 år	47 245	62 167	14 922	31,6
	80 år over	20 235	31 878	11 643	57,5
T/V SO	67-79 år	47 999	62 389	14 390	30,0
	80 år over	20 048	31 802	11 754	58,6
SS SO	67-79 år	30 346	40 755	10 409	34,3
	80 år over	12 232	20 189	7 957	65,1
Ahus SO	67-79 år	29 738	38 222	8 484	28,5
	80 år over	10 512	19 836	9 324	88,7
OUS SO	67-79 år	38 845	54 662	15 817	40,7
	80 år over	17 480	27 369	9 889	56,6

Tabellen viser at det er en større økning i antallet eldre enn den generelle befolkningsveksten. Selv om andelen eldre er liten, er det en betydelig vekst. Akershus sykehusområde, hvor befolkningen er beregnet å øke mest i perioden med 21 %, har en vekst i andelen 67 – 79 år på 28,5 %. For gruppen 80 år og over er det beregnet en vekst på 88 % i perioden.

4.2 Pakkeforløp - generelt

Antall pakkeforløp vil øke i årene fremover. Innenfor enkelte spesialiteter vil det kunne bli aktuelt at avtalespesialistene får konkrete oppgaver inn i slike pasientforløp. Dette vil kunne variere i regionen, avhengig av kompetanse og kapasitet i HF og i avtalepraksis.

Avtalespesialistenes deltakelse i pakkeforløp krever et tett samarbeid med HF-ene, og dette er et av flere områder som bør reguleres i samarbeidsavtalen mellom det enkelte HF og avtalespesialisten. Pakkeforløp vil være gunstige arenaer for konkret og godt faglig samarbeid som også innebærer at en samlet ser på logistikk og hensiktsmessig pasientflyt.

4.3 Diagnostisering og behandling av kreft

4.3.1 Pakkeforløp - kreft

Det er dag etablert pakkeforløp innenfor 28 kreftformer. Ofte vil dette dreie seg om pasienter som henvises fra fastlege direkte til sykehus. Dette er pasienter som i utgangspunktet skal håndteres i helseforetakene gjennom hele pasientforløpet, men innenfor noen kreftformer vil avtalespesialisten kunne være pasientens første møte med spesialisthelsetjenesten, med sikte på å få utredet en mulig kreftdiagnose. Dette gjelder i hovedsak prostata-, tykktarms-, endetarms-, ØNH-, gynekologisk-, testikkel- og blærekreft.

4.3.2 Screening - tykktarmskreft

Nasjonalt råd for prioritering i helse- og omsorgstjenesten anbefalte i sitt møte 22. september 2016 at det under gitte forutsetninger bør innføres et nasjonalt screeningprogram for tykk- og endetarmkreft. Rådet mener det er tilstrekkelig dokumentert at screening reduserer tarmkreftdødeligheten.

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.

4.4 Ny utdanningsstruktur for legespesialister

Ny forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) trådte i kraft 17. mars 2017.

Den nye strukturen vil føre til at spesialister innen indremedisinske og kirurgiske grensespesialiteter ofte vil få mindre breddeerfaring og et kortere utdanningsløp enn i dag. I dag er for eksempel en urolog først utdannet som generell kirurg. Om noen år vil det derfor være indremedisinere/kirurger med noe smalere erfaringsgrunnlag som starter i avtalepraksis. Omleggingen av

spesialistutdanningen vil være et ytterligere argument for at avtalespesialistene bør etablere seg i gruppepraksiser/kontorfellesskap.

For å sikre utdanningskandidatene tilgang på de alminnelige lidelsene bør det være et krav at mye av utdanningsforløpet innenfor flere spesialiteter blir gjennomført i avtalepraksis, jf. også pkt. 6.7.1.

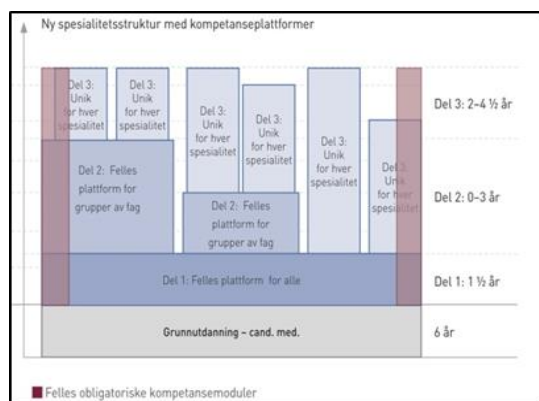


Fig 4.1 Ny spesialiststruktur for legespesialister

En driftsavtale er personlig, og de regionale helseforetakene kan ikke, innenfor dagens regelverk, “plassere” en driftsavtale i et kontorfellesskap, da dette er opp til den som tildeles en driftsavtale. Helse Sør-Øst RHF ser allerede i dag at det ville vært ønskelig, f.eks. å kunne sette strengere krav til at avtalespesialistene samlokaliserte seg, uten å plassere den enkelte i et spesifikt fellesskap. Dette behovet vil forsterkes med den nye spesialiststrukturen.

4.5 Lege - i - spesialisering i avtalepraksis

I foretaksprotokollen for Helse Sør-Øst RHF fra januar 2016 står det bl.a.: “Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene om å koordinere utviklingen på avtalespesialistområdet med Helsedirektoratets arbeid knyttet til pilotprosjekter på rettighetsvurdering og utdanning i avtalepraksis, samt endringer i avtalelegenes inntektsystem. Helse Sør-Øst RHF skal delta med minst fire piloter i prosjektet knyttet til utdanning i avtalepraksis. De regionale helseforetakene skal videre følge opp Riksrevisjonens anbefalinger i Dokument 3.2 (2015-2016) Sak 2 De regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister.”

Det er i regionen i dag lege-i-spesialisering (LIS) i to avtalepraksiser, henholdsvis hudsykdommer i Akershus og urologi i Hedmark. Innenfor urologi er utdanningskandidat nummer fire i gang, hud har i dag sin tredje utdanningskandidat.

4.6 Ventetidssituasjon ved HF-ene

Ventetidssituasjonen ved helseforetakene i regionen er bedret betraktelig de senere årene gjennom en betydelig innsats, spesielt i helseforetakene.

Samlet ventetid for pasienter med helsehjelp påstartet innen somatikk var på 55 dager i april 2017. Sammenlignet med samme periode i 2016 er det en forbedring på 7 dager. For pasienter som fortsatt venter på behandling er ventetiden 57 dager som er en forbedring på 10 dager sammenlignet med april 2016.

Andel fristbrudd for pasienter som har fått behandling er på 1,2 % i april 2017 som er det samme som i april året før. Fristbrudd for pasienter som fortsatt venter på behandling har hatt en liten økning fra 0,4 % til 0,6% i den samme perioden.

Ventetiden innen psykisk helsevern og TSB er lavere enn somatikk. Per april er ventetiden 48 dager for VOP, 52 dager for BUP og 42 dager for TSB. Kun tjenesteområdet TSB er under Helse Sør-Øst

sin egen målsetning om ventetid under 45 dager for disse fagområdene. Fristbrudd er lite og skjer unntaksvis innenfor disse fagområdene med unntak av private tilbydere innen TSB.

Indikatoren passert planlagt tid (tidligere tentativ tid) rapporteres nå i alle helseregioner og er basert på en felles nasjonal definisjon. Per april var ca 85 500 planlagte kontakter i Helse Sør-Øst etter passert tid. Dette utgjør 8,6 % av alle planlagte kontakter. Sammenlignet med de andre helseregionene ligger Helse Sør-Øst lavest, mens Helse Nord har høyeste andel passerte planlagte kontakter på 14 %.

Reduksjon i ventetider kan i noen grad ha sammenheng med endringen i Pasient- og brukerrettighetsloven som innebærer at alle pasientene skal rettighetsvurderes innen 10 dager basert på henvisningen, mens man tidligere var pålagt å innhente supplerende opplysninger fra henviser ved behov. Dette har hatt som konsekvens at en større andel av pasientene nå blir tildelt rett til utredning isteden for rett til behandling.

4.7 Hvilke oppgaver må/bør gjøres hvor og av hvem?

Jobbglidning er et aktuelt tema i spesialisthelsetjenesten. I sykehusenes poliklinikker er det en stadig fokus på å utnytte tilgjengelige ressurser på den beste måten, og det er etter hvert overført en lang rekke funksjoner fra leger til bl.a. fysioterapeuter og sykepleiere. Endringene i oppgavefordelingen i sykehuspoliklinikkene har ført til at det er etablert egne takster for sykepleierkonsultasjoner. Å få til en effektiv drift er minst like viktig i avtalepraksis, men det er en begrensning at hjelpepersonellet ikke selv kan kreve egenandel av pasientene.

Hjelpepersonell i avtalepraksis kan utføre ulike typer oppgaver, og arbeidet de utfører kan det i noen tilfeller kreves refusjon for. I dag gjelder følgende:

- Hjelpepersonell har ikke egen refusjonsrett
- Medhjelpere kan, etter delegasjon fra lege med refusjonsrett, utføre legevirksomhet som omtalt i takstene for enkel pasientkontakt, prosedyretakstene og laboratorietakstene, og utløse refusjon for dette
- Medhjelpere må være ansatt hos legen/legekontoret
- Refusjonskrav overfor HELFO må settes fram av ansvarlig lege
- Det er en forutsetning at arbeidet blir utført hos legen og under tilsyn og ansvar, jf helsepersonellovens § 5.

En åpning for at flere andre faggrupper kan utløse fullt konsultasjonshonorar, vil raskt føre til at økonomien i normaltariffen vil bli sprenget. Blant avtalespesialistene foreligger det også uenighet om det skal åpnes for at arbeid utført av hjelpepersonell (annet medisinsk utdannet personell) skal utløse egne takster.

Når det gjelder hva som skal være førende for hvilke oppgaver som må/bør gjøres ved helseforetakene og hvilke oppgaver som kan legges ut til avtalespesialistene, er det et tema som ikke fullverdig kan behandles i en arbeidsgruppe som er sammensatt på tvers av spesialitetene, slik denne er. Dette er tema som bør behandles innen de ulike spesialitetene, med deltakelse både fra helseforetak og avtalepraksis. De nyoppnevnte midlertidige fagrådene innen øye og nevrologi har dette som del av sitt mandat, bl.a. (dette er hentet fra øye):

«Kartlegge hvilke pasienter som krever oppfølging på helseforetakenes/sykehusenes poliklinikker, og gi nærmere anbefalinger for arbeidsdelingen med avtalespesialist der dette er relevant, gitt dagens rammebetingelser. I tillegg skal anbefalingene skissere når og for hvilke pasienter det kan være aktuelt med videre oppfølging i kommunehelsetjenesten/ hos fastlege, eventuelt hos private leverandører, optikere, eller annet helsepersonell.»

Dnlf har gitt innspill om at kapittelet om jobbglidning ikke hører hjemme i arbeidet med regional plan avtalespesialister og at temaet har mange utfordringer som ikke drøftes godt nok. Da jobbglidning er en del av mandatet for arbeidsgruppen, har RHF-et's representanter i arbeidsgruppen likevel valgt å omtale temaet kort.

4.8 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.

Innenfor fagområder der det er korte ventetider er prioritering av henvisninger ikke et problem. Men innenfor 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 vurdere om det faktisk er pasientene med det største behovet som får behandling først i avtalepraksis.

5 Hva sier fastlegene?

Det er fastlegene som sender de fleste henvisningene til avtalespesialistene. Deres inntrykk av kapasitet i eget område er derfor viktige innspill til en regional plan.

Det er i vår region godt over 2 000 fastleger. Av disse har i overkant av 70 erfarne fastleger i tillegg en funksjon som praksiskonsulent, dvs. de har en liten prosentvis ansettelse i sykehus, for å styrke samhandlingen mellom sykehus og kommuner og bydeler. God dialog med primærlegene og raske tilbakemeldinger på hvilke utfordringer denne gruppen møter er sentrale når vi skal planlegge innretning og dimensjonering av spesialisthelsetjenestetilbudet i regionen.

5.1 Praksiskonsulenter

Praksiskonsulentordningen (PKO) er en del av den regionale satsingen på samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. De drøyt 70 praksiskonsulentene har varierende stillingsprosjenter i HF-ene, og utgjør til sammen ca. 13 legeårsværk. Praksiskonsulentene utgjør en betydelig ressurs og satsingen er strategisk viktig for å møte samhandlingsutfordringene, der nært samarbeid mellom fastleger, kommunale tjenester og sykehus er avgjørende for å lykkes. Samtidig er de en viktig informasjonskanal mellom sykehus og fastleger når det gjelder nye og endrede sykehusstilbud. Innenfor hvert helseforetak fungerer en av praksiskonsulentene som praksiskoordinator.

I regionen er det også etablert et praksiskoordinatorutvalg, som består av praksiskoordinatorene ved alle HF-ene.

Det regionale PKO-nettverket ble i forbindelse med denne regionale planen derfor utfordret i forhold til følgende to problemstillinger:

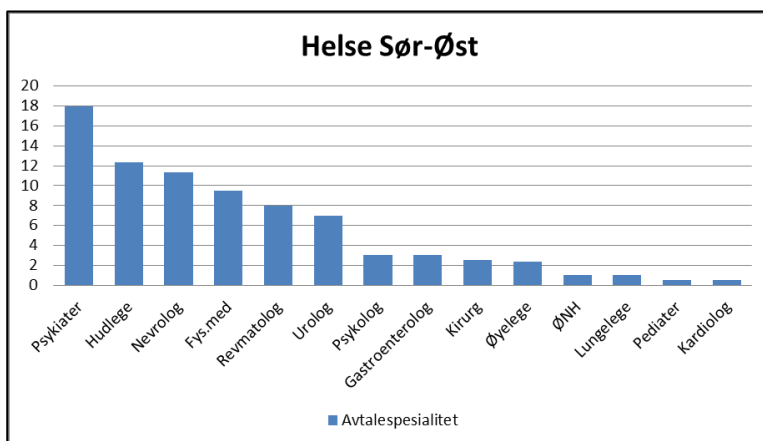
1. Deres vurdering av behovet for nye driftsavtaler i de ulike HF-områder i regionen – og regionen sett under ett.

2. Innspill fra nettverket med hensyn til mulige forbedringstiltak i samhandlingen mellom fastlegene og avtalespesialister innen psykisk helse/rus.

PKO-ene har i sine vurderinger lagt til grunn at det er den samlede tilgjengelige kapasiteten som er viktig, ikke om denne etableres i helseforetaket eller som driftsavtaler for en avtalespesialist.

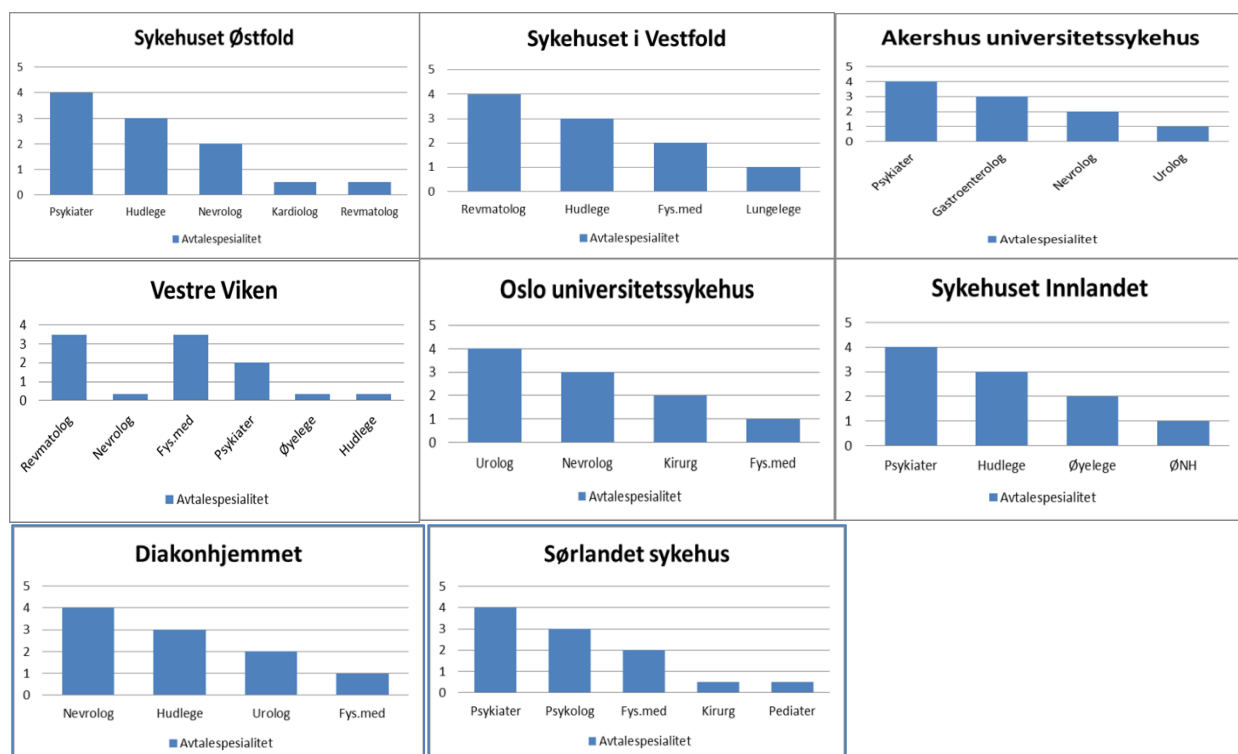
5.2 Hvilke spesialiteter etterspørres fra fastlegen (PKO)?

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



Som tabellen viser etterspør PKO-representantene ført og fremst større kapasitet innen psykiatri. På de neste plassene er det kapasitet innen hudsykdommer, nevrologi og fysikalsk medisin som etterspørres.

Nedenfor vises prioriteringene ved de ulike sykehusområdene.



Som det framgår av disse tabellene varierer behovene noe mellom sykehusområdene, men økt kapasitet innen psykiatri, fysikalsk medisin og hud er nevnt i fem av åtte områder.

5.3 Forslag/anbefalinger til forbedringstiltak mellom fastleger og avtalespesialister innen psykisk helsevern

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 avventes inntil det er etablert et bedre samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetak, og mellom avtalespesialister og fastleger. For en fullstendig oversikt vises til vedlegg 2.

6 En gjennomgang av de ulike spesialitetene

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 vårt er, så langt som 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.”*

6.1 Fagområder med få driftsavtaler:

Dette er i hovedsak driftsavtaler som har vært i drift i lang tid, mange fra før 1998, da ordningen med avtalespesialister ble etablert. Det må derfor kunne sies å være historiske grunner til, og ikke en planmessig organisering bak etablering av disse driftsavtalene. Fagområder med få driftsavtaler er i vår region: fysikalsk medisin, revmatologi, radiologi og plastisk kirurgi. At det er få driftsavtaler innen en spesialitet innebærer at dette behandlingstilbudet i avtalepraksis er ujevnt fordelt i regionen.

6.1.1 Fysikalsk medisin

Innen fysikalsk medisin er det en spesialist i regionen (100 % avtale, fordelt med 30 % i Akershus og 70 % i Oslo). Styret i Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering har henvendt seg til Helse Sør-Øst RHF og argumentert for at det bør etableres flere driftsavtaler innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering i regionen. De mener at fysikalsk medisinere vil være gode samarbeidspartnere for fastlegene, sikre raskere vurdering og mer presis diagnostikk for å få pasientene tidligere inn i gode behandlingsforløp i samarbeid med fysioterapitjenesten i kommunen. De mener etablering av fysikalsk medisinere i avtalepraksis vil kunne føre til økt bruk av konservativ behandling, og dermed bidra til å redusere overbehandlingen som det også vises til i punkt 5.1.4.2.

Arbeidsgruppen ser de positive elementene ved fysikalsk medisinere i avtalepraksis, men arbeidsgruppens representanter fra RHF-et mener fysikalsk medisin, som del av spesialisthelsetjenesten, skal være del av et tverrfaglig team slik de er i sykehusene, og at tilbudet utenfor sykehusene skal ivaretas i kommunene. Denne vurderingen støttes av fagdirektørene.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i 2010 Sak 44-2010 Regionale utviklingsområder – rehabilitering. Et av vedtakspunktene i denne planen var at det i hvert sykehusområde skal være etablert minst én tverrfaglig rehabiliteringspoliklinikk for å sikre koordinert tjenester til pasienter med langvarig behov for rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen er usikker på i hvilken grad dette vedtaket er effektivt i de ulike sykehusområdene.

I prioriteringsveilederen for fysikalsk medisin og rehabilitering står bl.a. følgende:

“Henvisningene vil ofte inneholde problemstillinger som omhandler smertetilstander i muskulatur, bløtdeler eller ledd. Slike tilstander forekommer svært hyppig i befolkningen. For å bli vurdert til å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten bør pasienten være tilstrekkelig utredet, og gitt relevant aktivisering og rehabilitering i primærhelsetjenesten.”

“Prioriteringsveilederen har lagt til grunn at pasienter som henvises til fysikalsk medisin og rehabilitering, trenger spesialisthelsetjenester i form av utredning av behandlings- og rehabiliteringsbehov. Henvisningen fra fastlege vil som oftest ikke være tilstrekkelig til å avgjøre rehabiliterings- og behandlingsforløpet.”

“For å kunne planlegge videre behandlingsopplegg, er det nødvendig at pasienten undersøkes av spesialist, som regel kombinert med tverrfaglig vurdering. Dersom det er uklart om pasienten har rehabiliteringspotensial, kan helsehjelpen innebære en vurdering ved poliklinikk, ambulerende team eller en kortvarig innleggelse.”

Muskel- og skjelettplager er svært vanlig i befolkningen, og at 75 – 80 % i løpet av en måned vil oppleve slike smerter eller plager i en eller annen form. Muskel-skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til korttids sykefravær (kortere enn 2 uker), nest etter forkjølelse og andre luftveissykdommer. Fysikalsk medisin er også et av fagområdene der det etterspørres økt kapasitet fra fastlegene (representert ved PKO-utvalget, jf. kap. 5).

Representantene fra Dnlf har spilt inn at et argument for å etablere fysikalsk medisin i avtalepraksis er at mange pasienter som kommer til fastlege har problemer som kan løses ved en enkelt konsultasjon hos en fysikalsk medisin. Disse pasientene trenger ikke nødvendigvis det tverrfaglige tilbudet i HF, og at man ved å etablere fysikalsk medisin i avtalepraksis kan bidra til å avklare om pasienten trenger videre tverrfaglig oppfølging eller ett mer spesialisert rehabiliteringstilbud.

Kommunen har etter samhandlingsreformen fått et større ansvar for rehabilitering. Mange pasienter vil etter alvorlig sykdom eller skade ha en livslang funksjonsnedsettelse. Forløpet etter akutte skader og sykdom er sjelden lineært. Skal en sikre god kvalitet vil det være jevnlig behov for vurdering av spesialist mht. funksjon og rehabiliteringsbehov. Denne vil kunne vurdere behov for og henvise 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 samhandling i praksis.

Det har vært uenighet i arbeidsgruppen om denne spesialiteten bør utvikles i avtalepraksis, og arbeidsgruppens representanter fra RHF-et anbefaler derfor at det i høringsrunden spesielt bes om innspill/synspunkter på om det er ønskelig å etablere denne spesialiteten i avtalepraksis eller om dette er et fagområde som bør sentraliseres til HF-ene.

6.1.2 Plastisk kirurgi

Innen plastisk kirurgi er det en spesialist i regionen (50 % avtale i Oslo).

Denne avtalen vil bli inndratt når spesialisten slutter, og det vil ikke bli etablert nye avtaler innenfor plastisk kirurgi i avtalepraksis.

6.1.3 Radiologi

Innen radiologi er det en avtale i regionen. (20 % driftsavtale i Østfold). Radiologi er et område med store flaskehalser i helseforetakene.

Denne avtalen vil bli inndratt når spesialisten slutter, og det vil ikke bli etablert nye avtaler innenfor radiologi i avtalepraksis.

6.1.4 Revmatologi

Tab 6.1 Oversikt over antall driftsavtaler innen revmatologi i de ulike sykehusområdene samt hvor det er etablert revmatologisk avdeling ved HF-et

	Østfold	Oslo	Ahus	Vestre Viken	Sørlandet sykehus	Sykehuset Innlandet	ST/SiV
Revmatologisk avdeling ved HF	ja	ja		ja	ja	ja*	ja*
Antall årsverk driftsavtaler		2		2,2	2		1
Dekningsgrader		0,4		0,5	0,7		0,2

*De revmatologiske avdelingene drives av en privat institusjon hhv Revmatismesykehuset i Lillehammer og Betanien Hospital i Skien

Tabellen viser at det er store forskjeller i tilgang til revmatologer, både i HF-ene og i avtalepraksis. I Akershus sykehusområde er det verken revmatologisk tilbud ved HF-et eller i avtalepraksis.

Tab. 6.2 Ventetider for pasienter med helsehjelp påstartet (avviklede)

Helseforetak	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	30,7	51,0	
Oslo universitetssykehus	102,0	102,4	91,8
Sunnaas sykehus			
Sykehuset i Vestfold			
Sykehuset Innlandet	86,3	47,3	48,7
Sykehuset Telemark	7,0		
Sykehuset Østfold	41,5	51,8	48,0
Sørlandet sykehus	38,8	66,1	89,0
Vestre Viken	124,9	80,0	61,8
Betanien Hospital			61,3
Diakonhjemmet Sykehus	37,4	35,7	36,6
Lovisenberg Diakonale Sykehus			
Martina Hansens Hospital			49,3
Revmatismesykehuset			62,0
Privat HSØ (Alle)*	71,9	70,8	
Totalsum	65,4	63,8	57,6

Tab. 6.3 ventetid for pasienter som fortsatt venter på behandling

Helseforetak	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	2		
Oslo universitetssykehus	334	232	192
Sunnaas sykehus			
Sykehuset i Vestfold			
Sykehuset Innlandet	108	100	106
Sykehuset Telemark			
Sykehuset Østfold	527	502	561
Sørlandet sykehus	305	650	367
Vestre Viken	349	348	329
Betanien Hospital			483
Diakonhjemmet Sykehus	259	355	318
Lovisenberg Diakonale Sykehus			
Martina Hansens Hospital			427
Revmatismesykehuset			634
Privat HSØ (Alle)*	1 796	1 476	
Totalsum	3 680	3 663	3 417

Av tabellene 6.2 og 6.3 ser vi at det har vært en reduksjon i ventetidene, både for de som har fått helsehjelp påstartet og for de som fortsatt venter i flere helseforetak.

Tab. 6.4 Total aktivitet (HF, private ideelle og avtalespesialister), forbruk per 1000 innbyggere etter sykehusområder

Sykehusområde	Totale kons 2014	Totale kons 2015	Totale kons 2016*	Per 1000 innb SO - 2014	Per 1000 innb SO - 2015	Per 1000 innb SO - 2016*
Akershus SO	15 163	16 746	16 294	31	34	33
Innlandet SO	17 268	18 090	16 843	44	45	42
Oslo SO	22 652	24 799	24 307	43	46	44
Sørlandet SO	18 024	18 910	16 957	62	64	57
Telemark/Vestfold SO	16 011	16 462	15 948	40	41	40
Vestre Viken SO	16 615	16 688	18 301	35	35	38
Østfold SO	11 374	10 798	11 221	40	38	39
Totalsum	117 107	122 493	119 870	41	42	41

Tilbudet innenfor revmatologi er skjevt fordelt i regionen, jf. tab. 6.1. Tab. 6.4 synliggjør at den skjeve tilgangen også gir seg utslag i forbruksmønsteret. Pasienter fra Akershus sykehusområde har i alle de tre årene 2014 – 2016 det laveste forbruket av disse tjenestene. Pasienter i Sørlandet sykehusområde har de samme tre årene det største forbruket. I 2014 ligger forbruket hos pasienter fra Sørlandet sykehusområde 100 % høyere enn hva pasienter fra Akershus sykehusområde hadde. Ser vi på 2015 er forbruket i Sørlandet sykehusområde 88 % høyere enn i Akershus sykehusområde. I 2016 er tallet 72 %. Med unntak av de to nevnte sykehusområdene er forbruket relativt jevnt i regionen.

Arbeidsgruppen mener det bør etableres en driftsavtale i Akershus sykehusområde for å rette opp den skjevheten vi ser i eksisterende tallmateriale. Pasientene fra Vestre Viken sykehusområde har i 2014 og 2015 et relativt lavt forbruk. Skulle de endelige tallene for 2016 innebære et forbruk på nivå med 2014 og 2015 bør det vurderes etablert en driftsavtale også i dette sykehusområdet. Dette støttes også av fastlegene (representert ved PKO-utvalget), som har økt kapasitet innen revmatologi som en av de fem høyest prioriterte fagområdene i sin tilbakemelding, jf kap. 5.

6.2 Anestesi

Tab. 6.5 Fordeling av avtalespesialister innen anestesi, årsverk og dekningsgrader, per sykehusområde

	VV SO	Ahus SO	SS SO	SI SO	OUS SO	T/V SO	SØ SO
Årsverk	0,30	0,20	0,00	0,20	6,80	0,00	0,20
Dekningsgrader	0,07	0,04	0,00	0,05	1,27	0,00	0,07

Tab. 6.5 viser at tilbudet til anestesi i avtalepraksis er svært ujevnt fordelt i regionen. I sykehusområdene Vestre Viken, Akershus, Innlandet og Østfold er det etablert små driftsavtaler der avtalespesialistene i hovedsak benyttes som anestesileger ved inngrep i avtalepraksis hos f.eks. øyeleger. Dette er en oppgave RHF-et mener kan ivaretas ved at avtalespesialistene kjøper denne tjenesten fra andre enn anestesileger med driftsavtale. Disse driftsavtalene vil bli inndratt når dagens hjemmelsinnehavere går av med pensjon.

I Oslo er det i tillegg 6,3 årsverk anestesileger i avtalepraksis som driver behandling og utredning av pasienter med smerter, noen har et behandlingstilbud rettet inn mot kroniske (langvarige) smerter andre også mot akutte smertetilstander.

Arbeidsgruppens representanter fra RHF-et er usikker på hvilken effekt et slikt tilbud har, og viser til at det også er en pågående og langvarig diskusjon omkring behandling av smertepasienter. Det er mange argumenter som taler for at behandling av kompliserte smertetilstander er et tilbud som skal

gis ved HF-ene. Hovedbegrunnelsen er at behandlingen og oppfølgingen av denne pasientgruppen krever tverrfaglighet, og sammensetningen og bruken av anestesileger vil kunne variere avhengig av hvor i et forløp en pasient er.

Det er videre i flere studier vist at det er svært få pasienter som har en sikker og god langtidseffekt av opioider ved kronisk ikke-malign smerte. I smerteklinikkene ved HF-ene er andelen anestesileger redusert de senere årene, mens teamene er styrket med ressurser og ulikt helsepersonell innen fysikalsk medisin/nevrologi/psykisk helsevern.

RHF-ets representanter i arbeidsgruppen anbefaler at anestesileger i avtalepraksis fases ut. Fagdirektørene i helseforetakene støtter denne anbefalingen.

Arbeidsgruppens representanter fra Dnlf har følgende merknad:

“Det kan synes som om smertebehandling som utføres ved avtalespesialister trekkes i tvil og påstås å være udokumentert. Dette til tross for at behandlingen er dokumentert og utføres ved offentlige og “private” klinikker flere steder i Norge, og ved anerkjente klinikker internasjonalt. Vi påpeker at uansett er ikke arbeidsgruppen sammensatt slik at den har kompetanse til å foreta vurderinger om hva som er evidensen av behandling innenfor et såpass faglig komplekst området.

Det bør understrekes at pasienter som henvises til en smerteklinikk allerede har kronifiserte tilstander som ofte må behandles i et behandlingsforløp som kan ta tid og kreve flere konsultasjoner. Slik sett er det riktig og verdifullt for pasientene at avtalespesialistene tilbyr dette i motsetning til Universitetssmerteklinikkene som vil måle sin aktivitet i “ferdig tverrfaglig utredet” og ikke i antall pasientkontakter. De ønsker å overføre pasientene raskt til fastlegene. Mange fastleger har meldt tilbake at det er krevende å behandle pasienter med kroniske smerter.”

6.3 Gynekologi

Tab. 6.6 Fordeling av avtalespesialister innen gynekologi, årsverk og dekningsgrader, per sykehusområde

	VV SO	Ahus SO	SS SO	SI SO	OUS SO	T/V SO	SØ SO
Årsverk	7,80	8,00	6,20	4,00	18,80	8,30	4,40
Dekningsgrader	1,70	1,60	2,08	0,99	3,42	1,99	1,52

Tab. 6.6 viser at gynekologi er en spesialitet med relativt mange driftsavtaler i hele regionen. Tall fra Helsedirektoratet viser at 17 % av aktiviteten innen gynekologiske spesialistkontakter på landsbasis utføres av avtalespesialister.

Helsedirektoratet har i “Aktivitetsdata for avtalespesialister 2015” bl.a. laget oversikter over registrerte tilstandskoder og hovedtilstander, for aktiviteten innenfor de fem største fagområdene (somatikk). Oversikten for gynekologi ser slik ut:

Tab. 6.7 De mest brukte tilstandskoder innen gynekologi i 2015

Fødselshjelp og kvinnesykdommer		Antall	Andel
Målrettede undersøkelser og utredninger av person uten symptom			
Z01	eller registrert diagnose	27 978	12,7
Z30	Prevensjonstiltak	24 294	11,1
N95	Forstyrrelser i klimakterium og senere	21 320	9,7
N97	Infertilitet hos kvinner	13 138	6,0
N92	Kraftig, hyppig og uregelmessig menstruasjon	9 956	4,5

Tabellen over viser at det kan stilles spørsmål ved om deler av det som i dag gjøres hos gynekologer i avtalepraksis kan kategoriseres som spesialisthelsetjenester da det kan synes som en god del av disse konsultasjonene burde vært håndtert i primærhelsetjenesten.

Situasjonen reiser spørsmål som også berører fastlegene. I hvilken grad undersøker og følger de selv opp egne pasienter, og hvor hyppig viderehenvises pasienten til spesialist i gynekologi og fødselshjelp? Dette reguleres av nærhet til spesialist, men ikke bare. Når det gjelder “unødvendige” viderehenvisninger til gynekolog viser tilbakemeldinger fra allmennpraktikere at årsaken også kan være at pasientene ber om eller krever oppfølging hos spesialist.

I forbindelse med innføring av fastlegeordningen ble det forskriftsfestet at alle pasienter måtte via fastlegen for å få en henvisning til spesialisthelsetjenesten. Forskriften ble i ettertid korrigert slik at kvinner som før 1.juni 1999 hadde en fast etablert kontakt med en gynekolog kunne kontakte gynekologen direkte uten å gå veien om fastlegen for å få henvisning. Dette gjaldt både rutinemessige underlivskontroller og for oppfølging av kroniske underlivssykdommer.

HF-ene har relativt korte ventetider innen gynekologi og obstetikk fordi det innen disse fagområdene er etablert vaktgående team på alle sykehus. Dette krever store personellressurser i sykehusene for å dekke vaktturnuser, men gir samtidig god kapasitet til poliklinisk behandling på dagtid.

Tab. 6.8 Ventetider for pasienter med helsehjelp påstartet (avviklet)

Helseforetak	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	41,7	39,0	42,1
Oslo universitetssykehus	47,8	58,5	68,5
Sunnaas sykehus			
Sykehuset i Vestfold	44,9	40,8	38,9
Sykehuset Innlandet	36,7	36,2	36,5
Sykehuset Telemark	52,1	39,7	45,9
Sykehuset Østfold	54,4	51,1	46,8
Sørlandet sykehus	43,3	39,5	39,4
Vestre Viken	45,1	47,9	48,7
Betanien Hospital			
Diakonhjemmet Sykehus			
Lovisenberg Diakonale Sykehus			
Martina Hansens Hospital			
Revmatismesykehuset			
Privat HSØ (Alle)*			
Totalsum	45,2	43,9	45,3

Tab. 6.9 Fristbruddpasienter som venter på behandling

År	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	6	3	17
Oslo universitetssykehus	142	123	9
Sunnaas sykehus	0	0	0
Sykehuset i Vestfold	26	6	25
Sykehuset Innlandet	18	57	53
Sykehuset Telemark	87	22	23
Sykehuset Østfold	18	28	436
Sørlandet sykehus	39	24	21
Vestre Viken	12	15	21
Betanien Hospital	0	0	0
Diakonhjemmet Sykehus	0	0	0
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0	0	0
Martina Hansens Hospital	0	0	0
Revmatismesykehuset	0	0	0
Privat HSØ (Alle)*	0	0	0
HiA	348	278	605

Tab. 6.10 Total aktivitet (HF og avtalespesialister), forbruk per 1000 innbyggere etter sykehusområder

Sykehusområde	Totale kons 2014	Totale kons 2015	Totale kons 2016*	Per 1000 innb SO - 2014	Per 1000 innb SO - 2015	Per 1000 innb SO - 2016*
Akershus SO	73 294	76 902	69 591	151	156	139
Innlandet SO	52 966	56 134	51 282	134	141	129
Oslo SO	113 305	116 500	108 396	215	218	197
Sørlandet SO	49 088	54 033	44 723	168	183	150
Telemark/Vestfold SO	71 912	73 353	69 483	181	184	173
Vestre Viken SO	84 313	84 060	73 629	179	176	153
Østfold SO	41 637	42 502	41 426	146	148	143
Totalsum	486 515	503 484	458 530	170	175	157

Tab 6.8 – 6.10 samsvarer i stor grad med inntrykket vi får ved å se på tilgangen til gynekologer i avtalepraksis, samt tilbakemeldingene fra HF-ene om ventelistesituasjonen. Pasienter fra Oslo sykehusområde har et langt høyere forbruk enn pasienter fra de andre sykehusområdene. Ser man på estimerte 2016 tall i tab. 6.10 ligger forbruket hos pasienter fra Oslo sykehusområde 52 % over forbruket hos pasienter i Innlandet sykehusområde og 40 % over pasienter fra Akershus sykehusområde, som er de to områdene med lavets forbruk. Ser man på tallene for 2015 ligger forbruket hos pasienter fra OUS sykehusområde 53 % over forbruket fra pasienter i Innlandet sykehusområde og 48 % over forbruket fra pasienter i Østfold sykehusområder.

Når det gjelder fristbruddpasienter innen dette fagområdet er det Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Østfold HF som har de største utfordringene.

Arbeidsgruppens representanter fra RHF-et mener det ikke er behov for å øke antallet driftsavtaler innen gynekologi og fødselshjelp de første årene, men at det kan være aktuelt og omfordele noen driftsavtaler internt i regionen for å få til en bedre fordeling og en harmonisering av tilbudet.

Arbeidsgruppens representanter fra Dnlf har blant annet følgende merknad:

«I gynekologi er det økende press for å overta kontroller av gyn cancer pasienter etter at de er ferdig med primærbehandling. Disse pasientene skal følges opp etter vedtatt nasjonale retningslinjer hos spesialist. Til nå har disse pasientene gått ved gynekologisk poliklinikk på HF-ene. Nå går de i stadig større grad hos AS.»

6.4 Kirurgi

Tab 6.11 Fordeling av grenspesialister i kirurgi

	Øst-fold	Oslo	Akershus	Aust Agder	Buskerud	Hed-mark	Oppland	Telemark	Vest Agder	Vestfold
Gen kir	2							1		0,2
Ortopedi	3,4	1,8	1,3 (Oslo)			0,2				
Urolog	1	3	1	0,7	1	2			0,2	1,2

6.4.1 Urologi

Tab. 6.12 Fordeling av avtalespesialister innen urologi, årsverk og dekningsgrader, per sykehusområde

	VV SO	Ahus SO	SS SO	SI SO	OUS SO	T/V SO	SØ SO
Årsverk	1,00	1,00	0,70	2,00	3,00	1,20	1,00
Dekningsgrader	0,22	0,20	0,23	0,49	0,55	0,29	0,34

Dekningen av urologer varierer betydelig i regionen. To av fylkene har ikke urolog, men det er urolog i alle sykehusområdene. Ser vi på dekningsgraden (per 100 000 innbygger), variere denne fra 0,2 i Akershus til 1,02 i Hedmark. Dette er et fagområde der 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, jf. pkt. 4.2.1. Fra fastlegene (PKO-utvalget) meldes det om økt behov for urologer i Oslo og Akershus øst.

En økning av antall årsverk fra 9,9 til 20 urologer i regionen, vil kunne gi en jevnere dekningsgrad i regionen varierende fra 0,6 til 0,74 driftsavtaler innen urologi per 100 000 innbygger.

Tab. 6.13 Årsverk urologi per fylke, ved en vekst fra 9,9 til 20 urologårsverk i regionen

Fagområde	Akershus vest	Buskerud	Akershus øst	Aust-Agder	Vest-Agder	Hedmark	Oppland	Oslo	Telemark	Vestfold	Østfold	SUM
Urologi	2 (+2)	1	3 (+2)	1 (+0,3)	1(+1)	2	1(+1)	4(+1)	1(+1)	2(+0,8)	2(+1)	20

Tab. 6.14 Dekningsgrader innen urologi per sykehusområde, gitt en vekst i antallet årsverk urologer fra 9,9 til 20.

Fagområde	VV SO	Ahus SO	SS SO	SI SO	OUS SO	T/V SO	SØ SO	SUM
Urologi	0,65	0,60	0,67	0,74	0,73	0,72	0,69	0,68

Det vil etter arbeidsgruppens vurdering være god pasientbehandling å få etablert flere driftsavtaler innenfor denne spesialiteten. Ikke minst den store og økende andelen av pasienter med påvist prostatakreft, men som skal ha konservativ behandling vil kreve en økning i kapasiteten. Dette er imidlertid et område der det vil kunne være behov for ulik tilnærming avhengig bl.a. av situasjonen ved det lokale HF-et.

Arbeidsgruppens anbefaler at det etableres nye driftsavtaler innen urologi.

6.4.2 Ortopedi

Tab. 6.15 Fordeling av avtalespesialister innen ortopedi, årsverk og dekningsgrader, per sykehusområde

	VV SO	Ahus SO	SS SO	SI SO	OUS SO	T/V SO	SØ SO
Årsverk	0,00	0,00	0,00	0,20	2,30	0,00	3,40
Dekningsgrader	0,00	0,00	0,00	0,05	0,42	0,00	1,17

Det er i dag kapasitet i flere av HF-ene til å kunne behandle pasientene som i dag henvises til avtalespesialister.

Tab. 6.16 Antall pasienter som venter på behandling, per desember

Helseforetak	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	3 480	2 358	1 522
Oslo universitetssykehus	3 361	2 271	1 749
Sunnaas sykehus			
Sykehuset i Vestfold	1 740	1 944	1 861
Sykehuset Innlandet	3 236	2 319	1 552
Sykehuset Telemark	886	582	654
Sykehuset Østfold	1 946	1 617	1 149
Sørlandet sykehus	1 606	1 810	1 348
Vestre Viken	2 535	1 717	1 963
Betanien Hospital			101
Diakonhjemmet Sykehus	365	489	709
Lovisenberg Diakonale Sykehus	2 026	1 389	1 414
Martina Hansens Hospital			1 189
Revmatismesykehuset			
Privat HSØ (Alle)*	1 828	1 714	
Totalsum	23 009	18 210	15 211

Tab. 6.17 Fristbruddpasienter som venter på behandling, per desember

År	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	86	33	113
Oslo universitetssykehus	3196	2290	14
Sunnaas sykehus	0	0	0
Sykehuset i Vestfold	12	5	21
Sykehuset Innlandet	58	117	61
Sykehuset Telemark	332	263	28
Sykehuset Østfold	286	470	520
Sørlandet sykehus	265	188	75
Vestre Viken	39	28	46
Betanien Hospital	0	0	8
Diakonhjemmet Sykehus	1	1	7
Lovisenberg Diakonale Sykehus	15	10	0
Martina Hansens Hospital	0	0	61
Revmatismesykehuset	0	0	0
Privat HSØ (Alle)*	54	79	0
HiÅ	4344	3484	954

Tab. 6.18 Ventetider for pasienter som fortsatt venter på behandling

Helseforetak	2014	2015	2016	Endring % 2014-2016
Akershus universitetssykehus	197	97	51	-74,1 %
Oslo universitetssykehus	195	124	105	-46,1 %
Sunnaas sykehus				
Sykehuset i Vestfold	77	73	68	-11,6 %
Sykehuset Innlandet	68	47	41	-39,5 %
Sykehuset Telemark	79	55	55	-30,2 %
Sykehuset Østfold	115	112	51	-55,5 %
Sørlandet sykehus	57	60	49	-14,3 %
Vestre Viken	62	46	40	-35,7 %
Betanien Hospital			30	
Diakonhjemmet Sykehus	45	41	81	78,0 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	92	71	57	-38,3 %
Martina Hansens Hospital			55	
Revmatismesykehuset				
Privat HSØ (Alle)*	68	64		
Totalsum	112	77	59	-47,0 %

Tab 6.16 viser at antall pasienter som venter ved HF-ene er redusert i de fleste sykehusområdene. Det samme gjelder antall fristbruddpasienter som venter på behandling, jf. tab. 6.17. Av den samme tabellen kan det se ut som om Sykehuset Østfold HF har en spesiell utfordring innenfor ortopedi. Dette er også det sykehusområdet som har den desidert høyeste tilgangen av avtalespesialister innen ortopedi. Av tabell 6.18 ser vi at ventetiden i perioden 2014 – 2016 har gått betydelig ned i alle sykehusområdene.

Det har i flere år vært diskutert om det er et overforbruk av ortopeditjenester. I dagens avtaler mellom Helse Sør-Øst RHF og helprivate aktører innenfor dette området er det et krav at 80 % av pasientene som vurderes for operasjon skal være under 50 år innenfor kne/menisk og skulder. Selv om mange pasienter ikke skal opereres er det behov for å få gjennomført vurderingskonsultasjoner for å kunne gi pasientene en optimal konservativ behandling.

Arbeidsgruppens representanter fra RHF-et mener dette er et fagområde som bør ivaretas av HF-ene, og vil anbefale at ortopedi i avtalepraksis fases ut. Fagdirektørene støtter dette.

Arbeidsgruppens representanter fra Dnlf er uenige i dette og hevder at helseforetakene ofte unnlater å behandle akutte frakturar i akuttfasen og at det er lange ventetider for de fleste ortopediske tilstander.

Arbeidsgruppens representanter fra Dnlf har blant annet følgende merknad:

«Representantene fra Dnlf mener at «de fleste av disse utredningene og inngrepene kan gjøres hos avtalespesialist innenfor total ventetid på mindre enn 1 måned. Etter konsultasjon/vurdering/utredning, kan disse pasienter settes opp til operasjon etter pasientens ønske. Med utfasing av ortopedi fra avtalepraksis, blir ventetiden for pasientene ytterligere forlenget.»

6.4.3 Generell kirurgi

Tab. 6.19 Antall pasienter som venter på behandling, per desember

Helseforetak	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	1 461	901	398
Oslo universitetssykehus	68	15	1
Sunnaas sykehus			
Sykehuset i Vestfold	75	112	58
Sykehuset Innlandet	618	281	194
Sykehuset Telemark	310	244	139
Sykehuset Østfold	381	278	6
Sørlandet sykehus	356		
Vestre Viken	1 551	1 278	832
Betanien Hospital			
Diakonhjemmet Sykehus	179	36	49
Lovisenberg Diakonale Sykehus	570	479	345
Martina Hansens Hospital			
Revmatismesykehuset			
Privat HSØ (Alle)*			
Totalsum	5 569	3 624	2 022

Tab. 6.20 Fristbruddpasienter som venter på behandling, per desember

År	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	417	189	4
Oslo universitetssykehus	2	3	0
Sunnaas sykehus	0	0	0
Sykehuset i Vestfold	39	1	20
Sykehuset Innlandet	48	54	59
Sykehuset Telemark	23	13	19
Sykehuset Østfold	0	0	0
Sørlandet sykehus	77	8	0
Vestre Viken	12	12	30
Betanien Hospital	0	0	0
Diakonhjemmet Sykehus	0	0	0
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0	0	1
Martina Hansens Hospital	0	0	0
Revmatismesykehuset	0	0	0
Privat HSØ (Alle)*	0	0	0
HiÅ	618	280	133

Tab 6.21 Ventetid for pasienter som fortsatt venter på behandling

Helseforetak	2014	2015	2016	Endring % 2014-2016
Akershus universitetssykehus	155	206	120	-22,6 %
Oslo universitetssykehus	1 364	198	11	-99,2 %
Sunnaas sykehus				
Sykehuset i Vestfold	24	34	32	36,1 %
Sykehuset Innlandet	86	44	37	-57,4 %
Sykehuset Telemark	93	144	57	-38,7 %
Sykehuset Østfold	85	80	6	-93,0 %
Sørlandet sykehus	110			
Vestre Viken	145	134	92	-36,8 %
Betanien Hospital				
Diakonhjemmet Sykehus	119	37	29	-75,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	154	136	72	-53,3 %
Martina Hansens Hospital				
Revmatismesykehuset				
Privat HSØ (Alle)*				
Totalsum	146	138	83	-43,3 %

Av tabellene 6.19 – 6.21 ser vi at antallet pasienter som venter på behandling i perioden reduseres. Det samme gjør antallet fristbruddpasienter som venter på behandling. Ventetiden for de som fortsatt venter er også redusert kraftig i perioden 2014 – 2016.

Arbeidsgruppen mener at driftsavtalene innenfor generell kirurgi skal fases ut da det fremover vil være et større behov for spissede tjenester innen kirurgi i avtalepraksis.

6.5 Indremedisin

Tab 6.22 Fordeling av grenspesialister i indremedisin

	Øst-fold	Oslo	Akershus (Vest)	Aust Agder	Buske- rud	Hed- mark	Opp- land	Telemark	Vest Agder	Vest- fold
Generell	1		2						1	1
Lunge	2	3	3,4 (2)	1	1			1	1	
Gastro	3	1	2,5 (1)	1		1*	1*		1	
Hjerte	3	7	3,67 (0,67)	1	1	1	1	1	2	3
Nyre		1								
Endo		2 (1,8)	1 (1)							
Blod			1							

*driftsavtalene i Hedmark og Oppland er begge kunngjort.

Arbeidsgruppen er enig i at driftsavtalene innen generell indremedisin gjøres om i takt med at dagens hjemmelsinnehavere slutter fordi det i årene fremover vil være et større behov for spissede indremedisinske tjenester i avtalepraksis.

Arbeidsgruppen mener i utgangspunktet også at driftsavtalene innen nefrologi og hematologi omgjøres til andre fagområder når dagens hjemmelsinnehavere avslutter praksis.

Arbeidsgruppen ser imidlertid at det kan bli nødvendig å se nærmere på organiseringen av det endokrinologiske tilbudet i sykehusområdene. Det vil være naturlig også å vurdere endokrinologi i avtalepraksis som del av en slik samlet vurdering.

6.5.1 Fordøyelsessykdommer

Tab 6.23 Fordeling av antalespesialister innen gastromedisin, årsverk og dekningsgrader, per sykehusområde

	VV SO	Ahus SO	SS SO	SI SO	OUS SO	T/V SO	SØ SO
Årsverk	1,00	1,50	2,00	2,00	1,00	0,00	3,00
Dekningsgrader	0,22	0,30	0,67	0,49	0,18	0,00	1,03

*de to driftsavtalene i fordøyelsessykdommer i Sykehuset Innlandets SO er begge kunngjort.

Jf. pkt. 4.2 så vil innføring av et nasjonalt screeningsprogram for tykk- og endetarmskreft medføre et økt behov for spesialister i fordøyelsessykdommer. Dette vil isolert sett kunne bety at det er ønskelig med en økning av antallet driftsavtaler innen denne spesialiteten.

Dekningsgrad varierer betydelig i regionen, fra 1,04 driftsavtale per 100 000 innbyggere i Østfold til 0 i Vestfold og 0,18 i Oslo. Ønsker vi en økning, slik at alle sykehusområdene kommer på nivå med Østfold, vil det kreve ca. 20 nye årsverk i avtalepraksis.

En økning av antallet driftsavtaler for spesialister i fordøyelsessykdommer fra dagens 10,5 årsverk til 21,5 årsverk vil kunne gi en dekningsgrad på omlag 0,7 driftsavtaler per 100 000 innbyggere i sykehusområdene, da med unntak av Østfold som har en dekningsgrad på 1,04.

Tab 6.24 Antall årsverk spesialister i fordøyelsessykdommer per sykehusområde for å oppnå en gjennomgående dekningsgrad på omlag 0,7 driftsavtaler per 100 000 innbyggere. Økning i forhold til dagens årsverk i ().

	Østfold	Oslo	Ahus	Vestre Viken	Sørlandet sykehus	Sykehuset Innlandet	ST/SiV
Årsverk	3	4 (+3)	3,5(+1)	3(+1)	2(+1)	3(+1)	3(+3)
Dekningsgrad	1,04	0,73	0,70	0,65	0,67	0,74	0,72

Tab. 6.25 Pasienter som fortsatt venter på behandling

Helseforetak	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	796	462	840
Oslo universitetssykehus	1 221	681	633
Sunnaas sykehus			1
Sykehuset i Vestfold	860	976	633
Sykehuset Innlandet	807	508	652
Sykehuset Telemark	1 042	684	615
Sykehuset Østfold	678	424	477
Sørlandet sykehus	687	744	734
Vestre Viken	1 527	1 173	911
Betanien Hospital			
Diakonhjemmet Sykehus	108	28	75
Lovisenberg Diakonale Sykehus	298	286	572
Martina Hansens Hospital			
Revmatismesykehuset			
Privat HSØ (Alle)*			
Totalsum	8 024	5 966	6 143

Tab. 6.26 Fristbruddpasienter som venter på behandling, per desember

År	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	3147	893	154
Oslo universitetssykehus	646	86	16
Sunnaas sykehus	0	0	0
Sykehuset i Vestfold	126	96	131
Sykehuset Innlandet	39	67	48
Sykehuset Telemark	850	654	73
Sykehuset Østfold	36	67	41
Sørlandet sykehus	14	11	49
Vestre Viken	68	41	92
Betanien Hospital	0	0	0
Diakonhjemmet Sykehus	2	0	4
Lovisenberg Diakonale Sykehus	3	3	9
Martina Hansens Hospital	0	0	0
Revmatismesykehuset	0	0	0
Privat HSØ (Alle)*	0	0	0
HiÅ	4931	1918	617

Tab. 6.27 Total aktivitet (HF og avtalespesialister), forbruk per 1000 innbyggere etter sykehusområder

Sykehusområde	Totale kons 2014	Totale kons 2015	Totale kons 2016*	Per 1000 innb SO - 2014	Per 1000 innb SO - 2015	Per 1000 innb SO - 2016*
Akershus SO	8 539	9 697	10 000	18	20	20
Innlandet SO	9 595	10 099	10 228	24	25	26
Oslo SO	8 392	9 416	10 075	16	18	18
Sørlandet SO	8 390	8 873	8 910	29	30	30
Telemark/Vestfold SO	11 483	11 593	12 694	29	29	32
Vestre Viken SO	8 868	10 523	11 149	19	22	23
Østfold SO	6 003	8 169	9 088	21	29	31
Totalsum	61 270	68 370	72 143	21	24	25

Pga. flytting av en gastroenterolog fra Hedmark til Oslo i 2016 i tillegg til at en avtale i Oppland har vært ute av drift en periode vil tallene for Innlandet sykehusområde i 2016 og 2017 ikke være representative. Tallene for Oslo sykehusområde vil fra og med 2017 øke betydelig. Pasienter fra Akershus og Vestre Viken sykehusområder har et lavere forbruk enn resten av regionen.

Arbeidsgruppen mener det bør etableres nye driftsavtaler innen gastromedisin i regionen, og at dette gjøres i samarbeid med HF-ene. Arbeidsgruppen er usikker på om det er behov for å etablere dette i Telemark/Vestfold sykehusområde, gitt den høye endoskopiaktiviteten ved HF-ene.

6.5.2 Lungesykdommer

Tab 6.28 Fordeling av avtalespesialister innen lungesykdommer, årsverk og dekningsgrader, per sykehusområde

	VV SO	Ahus SO	SS SO	SI SO	OUS SO	T/V SO	SØ SO
Årsverk	3,00	1,60	2,00	0,00	3,00	1,00	2,00
Dekningsgrader	0,65	0,32	0,67	0,00	0,55	0,21	0,69

Tilbudet er ujevnt fordelt i regionen, og det er ingen driftsavtaler i lungesykdommer i Sykehuset Innlandet sykehusområde.

Det er vanskelig å få frem et godt datamateriale innenfor en del indremedisinske fagområder, bl.a. lungemedisin. Avtalespesialistene innenfor disse fagområdene kan si noe om pågang og antall henvisninger, og vi kan av tall fra NPR se på aktiviteten i avtalepraksis. I tillegg vil HF-ene måtte

gjøre vurderinger om hvorvidt det er tilstrekkelig kapasitet i dag innenfor eget sykehusområde eller om det er behov for ytterligere kapasitet i form av etablering av nye driftsavtaler for avtalespesialister.

6.5.3 Hjertesykdommer

Tab 6.29 Fordeling av avtalespesialister innen hjertesykdommer, årsverk og dekningsgrader, per sykehusområde

	VV SO	Ahus SO	SS SO	SI SO	OUS SO	T/V SO	SØ SO
Årsverk	1,67	3,00	3,00	2,00	7,00	4,00	0,00
Dekningsgrader	0,36	0,60	1,01	0,49	1,27	0,96	0,00

Som man ser av tabellen over er det store ulikheter mellom sykehusområdene mht. hvor mange driftsavtaler det er etablert for avtalespesialister innen hjertesykdommer. Dette må sees i sammenheng med kapasiteten i HF-ene.

Det er vanskelig å få frem et godt datamateriale innenfor en del indremedisinske fagområder, bl.a. hjertemedisin. Avtalespesialistene innenfor disse fagområdene kan si noe om pågang og antall henvisninger, og vi kan av tall fra NPR se på aktiviteten i avtalepraksis. I tillegg vil HF-ene måtte gjøre vurderinger om hvorvidt det er tilstrekkelig kapasitet i dag innenfor eget sykehusområde eller om det er behov for ytterligere kapasitet i form av etablering av nye driftsavtaler for avtalespesialister

6.6 Øyesykdommer

Tab 6.30 Fordeling av avtalespesialister innen øyesykdommer, årsverk og dekningsgrader, per sykehusområde

Øye	VV SO	Ahus SO	SS SO	SI SO	OUS SO	T/V SO	SØ SO
Årsverk	13,86	10	11,20	9,70	25,40	12,80	9,60
Dekningsgrad	3,01	2,00	3,76	2,40	4,62	3,07	3,31

På nasjonalt nivå var det i 2015 et forbruk på 178 kontakter per 1000 innbyggere innen øyesykdommer (HF og avtalepraksis). Avtalespesialistene stod for 62 % av denne aktiviteten (111 kontakter per 1000 innbygger). Dette er et fagområde hvor størstedelen av den polikliniske behandlingen gjøres i avtalepraksis. Det er ingen grunn til at tro at dette vil bli endret, og det bør derfor legges opp til at antallet driftsavtaler innen øyesykdommer øker i takt med generell befolkningsvekst og befolkningens alderssammensetning.

Tabellene 3.8 og 6.30 viser at dekningsgraden av øyespesialister er relativt lik i regionen. Fylkesvis har Buskerud den laveste dekningen med 2,1 driftsavtale per 100 000 innbygger, mens Oslo og Akershus vest har den høyeste med 4,4. Ser man på sykehusområdene er også dekningen varierende, fra 2,0 i Akershus til 4,6 i Oslo. Innlandet sykehusområde har en dekning på 2,6 driftsavtaler per 100 000 innbyggere. Akershus er eneste sykehusområde uten øyeavdeling ved HF-et.

Tab. 6.31 Ventetid for pasienter som venter på behandling

Helseforetak	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus		14	
Oslo universitetssykehus	103	90	53
Sunnaas sykehus			
Sykehuset i Vestfold	100	92	54
Sykehuset Innlandet	136	108	65
Sykehuset Telemark			
Sykehuset Østfold	110	70	61
Sørlandet sykehus	146	112	84
Vestre Viken	121	65	72
Betanien Hospital			71
Diakonhjemmet Sykehus			
Lovisenberg Diakonale Sykehus	20		
Martina Hansens Hospital			
Revmatismesykehuset			
Privat HSØ (Alle)*	44	58	
Totalsum	117	89	66

Tab. 6.32 Fristbrudd pasienter som fortsatt venter på behandling

År	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	0	0	0
Oslo universitetssykehus	230	220	5
Sunnaas sykehus	0	0	0
Sykehuset i Vestfold	0	2	20
Sykehuset Innlandet	129	65	291
Sykehuset Telemark	0	0	0
Sykehuset Østfold	25	62	92
Sørlandet sykehus	76	125	169
Vestre Viken	75	7	61
Betanien Hospital	0	0	5
Diakonhjemmet Sykehus	0	0	0
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0	0	0
Martina Hansens Hospital	0	0	0
Revmatismesykehuset	0	0	0
Privat HSØ (Alle)*	4	1	0
HiA	539	482	643

Tab 6.33 Aktivitet for årene 2014 – 2016, tallene representerer pasienter i det aktuelle sykehusområdet.

Sykehusområde	Offentlige sykehus			Avtalespesialister			Endring %		Samlet endring 2014 - 2016	Befolkningsvekst % i perioden
	2014	2015	2016*	2014	2015	2016*	HF	AS		
Akershus SO	21 183	25 784	26 846	63 547	68 546	65 727	26,73	3,43	9,26	3,00
Innlandet SO	27 087	27 941	26 729	34 008	37 305	39 938	-1,32	17,44	9,12	0,60
Oslo SO	22 926	28 002	28 875	57 711	69 690	61 655	25,95	6,83	12,27	4,10
Sørlandet SO	19 864	19 903	20 174	36 861	44 192	44 383	1,56	20,41	13,81	2,10
Telemark/Vestfold	22 790	24 383	24 720	41 831	40 677	41 516	8,47	-0,75	2,50	1,20
Vestre Viken SO	27 885	35 481	35 970	59 519	53 762	55 932	28,99	-6,03	5,15	2,40
Østfold SO	10 580	13 293	13 622	39 529	40 491	42 171	28,75	6,68	11,34	1,70
Totalsum	152 315	174 787	176 936	333 006	354 663	354 663	16,16	6,50	9,54	2,30

Tab 6.34 Total aktivitet og forbruk per 100 innbyggere etter sykehusområder.

Sykehusområde	Totale kons 2014	Totale kons 2015	Totale kons 2016*	Per 1000 innb SO - 2014	Per 1000 innb SO - 2015	Per 1000 innb SO - 2016*
Akershus SO	84 730	94 330	92 574	174	191	185
Innlandet SO	61 095	65 246	66 667	154	164	167
Oslo SO	80 637	97 692	90 529	153	183	165
Sørlandet SO	56 725	64 095	64 557	194	217	216
Telemark/Vestfold SO	64 621	65 060	66 236	163	163	165
Vestre Viken SO	87 404	89 243	91 902	185	187	190
Østfold SO	50 109	53 784	55 792	176	188	193
Totalsum	485 321	529 450	528 258	170	184	181

Tabellene 6.31 – 6.34 viser at flere helseforetak har store problemer med ventetid og fristbrudd innenfor øyesykdommer. Det som overrasker noe er at det er agderfylkene, som har den høyeste dekningsgraden av avtalespesialister, også har de lengste ventetidene ved HF-et samt flest fristbrudd. Sykehuset Innlandet HF er et annet HF som har problemer med ventetider og fristbrudd.

Ser man på tab 6.34 er det stor variasjon i forbruket innenfor de ulike sykehusområdene, med Sørlandet sykehusområde på topp alle de tre årene. Befolkningen i agderfylkene har i 2016 et forbruk av øyelegetjenester som er 30 % høyere enn befolkningen i Oslo sykehusområde, som sammen med Telemark/Vestfold er sykehusområdene med det laveste forbruket. I 2015 var forbruket hos pasienter fra Sørlandet sykehusområde 33 % høyere enn pasienter i Telemark/Vestfold sykehusområde som hadde det laveste forbruket dette året.

Enkelte steder vil etablering av en driftsavtale i øyesykdommer føre til at sykehuset mister en øyelege og dette kan ha store konsekvenser for avdelingens drift. Dette gjelder blant annet for Sykehuset Innlandet HF. Etablering av nye driftsavtaler vil derfor måtte skje i nært samarbeid med berørt HF.

I mars 2017 ble det nedsatt et midlertidig fagutvalg innenfor øye som bl.a. skal se på fordeling av pasienter i sykehus og i avtalepraksis. Ser man på fristbruddssituasjonen er det Sykehuset Innlandet HF og Sørlandet sykehus HF som har de største utfordringene. Det skulle tilsi at det antallet driftsavtaler burde økes i disse områdene, men RHF-ets representanter mener det ikke kan være riktig å øke antallet driftsavtaler i Sørlandet sykehusområde før det er gjort en grundig vurdering fra helseforetakets side på hvorfor situasjonen er som den er.

Arbeidsgruppen mener at antallet driftsavtaler innen øyesykdommer må økes i regionen i årene fremover. Forslaget er at det først etableres nye driftsavtaler i sykehusområdene Telemark/Vestfold og Innlandet. Litt avhengig av hvordan komplette data for 2016 vil slå ut, kan det se ut som om det også bør etableres en driftsavtale i hver av sykehusområdene Akershus og Oslo

6.6.1 Aldersrelatert makuladegenerasjon

Aldersrelatert makuladegenerasjon er et område innen øyefaget som legger beslag på svært mye av kapasiteten ved sykehusavdelingene. Det er ulike vurderinger innen faget om dette er et område som p.t. egner seg for avtalepraksis, og dette er en pågående diskusjon. På sikt må det kanskje forventes at avtalespesialister i større grad vil bli involvert.

6.7 Hudsykdommer

Tab 6.35 Fordeling av avtalespesialister innen hudsykdommer, årsverk og dekningsgrader, per sykehusområde

	VV SO	Ahus SO	SS SO	SI SO	OUS SO	T/V SO	SØ SO
Årsverk	8,34	3,25	5,00	5,48	10,00	6,00	5,00
Dekningsgrad	1,81	0,65	1,68	1,35	1,82	1,44	1,72

Spesialiteten hud og veneriske sykdommer er et fagområde der så godt som all ordinær pasientbehandlingen skjer i avtalepraksis. Det er kun OUS som har egne senger for pasienter med hudsykdommer.

Dekningsgraden innenfor denne spesialiteten varierer i sykehusområdene, fra 0,8 driftsavtaler per 100 000 innbygger i Akershus sykehusområde til 1,8 i Oslo sykehusområde. Med unntak av Akershus har de øvrige sykehusområdene en dekningsgrad i området på 1,4 – 1,8. Ser vi Akershus og Oslo sykehusområder i sammenheng, vil dette sykehusområdet få en dekningsgrad på 1,2. Inkluderer vi også Vestre Viken, får dette storsykehusområdet en dekningsgrad på 1,4.

Tilgangen av hudleger med driftsavtale må økes i takt med befolkningsveksten i hele regionen. Noen områder peker seg ut mht. å få opp dagens dekningsgrad til å bli omtrent som i resten av regionen. Dette er Akershus, Innlandet og Telemark/Vestfold sykehusområder. Ser man på fylker er det Akershus Øst, Hedmark og Telemark som har de laveste dekningsgradene, jf. tabell 3.7.

Hedmark er oppgitt til å ha 1,5 årsverk hudleger med driftsavtale. Det er i dag ubesatt 0,5 årsverk. Denne er kunngjort.

Fastlegene melder om behov for flere hudleger i flere sykehusområder, og driftsavtaler innen hudsykdommer er, fra deres side, den spesialiteten som prioriteres høyest innen somatikk

Da dette er et fagområde der all 2. linjetjeneste i realiteten utføres i avtalepraksis, har en kun sett på de samlede forbruksratene. Ventetider og fristbrudd ved de av HF-ene som har en hudavdeling/poliklinikk er ikke veldig relevante i forhold til diskusjoner omkring kapasitet i avtalepraksis.

Tab. 6.36 Total aktivitet (HF og avtalespesialister), forbruk per 1000 innbyggere per sykehusområde

Sykehusområde	Totale kons 2014	Totale kons 2015	Totale kons 2016*	Per 1000 innb SO - 2014	Per 1000 innb SO - 2015	Per 1000 innb SO - 2016*
Akershus SO	46 095	49 441	55 154	95	100	110
Innlandet SO	42 064	51 737	53 740	106	130	135
Oslo SO	56 100	74 813	76 700	106	140	140
Sørlandet SO	24 495	35 175	29 943	84	119	100
Telemark/Vestfold SO	29 119	31 633	33 852	73	79	84
Vestre Viken SO	40 777	49 156	52 453	87	103	109
Østfold SO	29 149	40 911	43 800	103	143	151
Totalsum	267 799	332 866	345 641	94	115	118

Tab. 6.36 viser at sykehusområdene Sørlandet, Telemark/Vestfold og Vestre Viken et lavere forbruk enn regionen for øvrig hvis vi ser på estimerte tall for 2016. Legges 2015 tallene til grunn er det Telemark/Vestfold, Akershus og Vestre Viken som har det laveste forbruket. Telemark/Vestfold ligger alle årene betydelig lavere enn de øvrige sykehusområdene.

Arbeidsgruppen anbefaler en økning i antallet driftsavtaler innenfor hudsykdommer. Litt avhengig av endelige tall for 2016 anbefales at det først etableres driftsavtaler i Telemark/Vestfold, Vestre Viken og Akershus sykehusområder. Denne anbefalingen er i tråd med innspillene fra fastlegen (representert ved PKO-utvalget) som prioriterer økt kapasitet innen hudsykdommer høyt, jf. kap. 5.

6.7.1 Utdanning av hudleger

Hudfaget er en spesialitet der hovedvekten av pasientbehandlingen skjer utenfor sykehus. For å sikre utdanningskandidatene tilgang på de alminnelige hudlidelsene, mener arbeidsgruppen det bør være et krav at mye av utdanningsforløpet innenfor denne spesialiteten blir gjennomført i avtalepraksis, jf. også pkt.4.4.

6.8 Øre-Nese-Hals-sykdommer

Tab. 6.37 Fordeling av avtalespesialister innen øre-nese-hals, årsverk og dekningsgrader, per sykehusområde

ØNH	VV SO	Ahus SO	SS SO	SI SO	OUS SO	T/V SO	SØ SO
Årsverk	9,80	10,00	4,00	6,10	19,00	6,20	5,00
Dekningsgrad	2,13	2,00	1,34	1,51	3,45	1,49	1,72

Dette er et fagområde hvor vi ser at dekningsgraden er betydelig høyere i Oslo og Akershus enn i regionen for øvrig. Det vises til at det er en pågående diskusjon i fagmiljøet om hvor mye av den kirurgiske aktiviteten som skal / bør utføres i avtalepraksis.

Tab. 6.38 Total aktivitet (HF og avtalespesialister), forbruk per 1000 innbyggere per sykehusområde

Sykehusområde	Totale kons 2014	Totale kons 2015	Totale kons 2016*	Per 1000 innb SO - 2014	Per 1000 innb SO - 2015	Per 1000 innb SO - 2016*
Akershus SO	71 881	74 044	71 452	148	150	143
Innlandet SO	56 230	61 469	63 864	142	155	160
Oslo SO	78 440	76 781	75 052	149	144	137
Sørlandet SO	45 031	51 698	48 856	154	175	164
Telemark/Vestfold SO	68 446	74 942	74 772	173	188	186
Vestre Viken SO	68 353	75 967	77 723	145	159	161
Østfold SO	42 909	38 054	36 780	151	133	127
Totalsum	431 290	452 955	448 500	151	157	154

Tab. 6.39 Ventetider for pasienter med helsehjelpen påstartet (avviklede)

Helseforetak	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	74,8	72,8	73,9
Oslo universitetssykehus	87,5	85,6	56,4
Sunnaas sykehus			
Sykehuset i Vestfold	87,9	96,7	72,2
Sykehuset Innlandet	71,5	78,3	77,6
Sykehuset Telemark	78,1	68,2	78,0
Sykehuset Østfold	81,9	69,2	63,6
Sørlandet sykehus	115,2	102,1	69,4
Vestre Viken	103,6	107,2	87,0
Betanien Hospital			
Diakonhjemmet Sykehus			
Lovisenberg Diakonale Sykehus	121,8	126,0	136,1
Martina Hansens Hospital			
Revmatismesykehuset			
Privat HSØ (Alle)*			
Totalsum	89,5	88,6	79,1

Tab. 6.40 Fristbruddpasienter som fortsatt venter på behandling

År	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	57	29	29
Oslo universitetssykehus	1267	1018	1
Sunnaas sykehus	0	0	0
Sykehuset i Vestfold	5	0	21
Sykehuset Innlandet	334	46	77
Sykehuset Telemark	564	6	24
Sykehuset Østfold	157	252	28
Sørlandet sykehus	173	51	66
Vestre Viken	20	0	26
Betanien Hospital	0	0	0
Diakonhjemmet Sykehus	0	0	0
Lovisenberg Diakonale Sykehus	335	130	4
Martina Hansens Hospital	0	0	0
Revmatismesykehuset	0	0	0
Privat HSØ (Alle)*	0	0	0
HiÅ	2912	1532	276

Det er ingen indikasjoner på at det er for lange ventetider innen dette fagområdet. Det er midlertid stor ulikhet i tilbudet i avtalepraksis, og dette bør vurderes sammen med kapasiteten i HF-ene. Samtidig vil den demografiske utviklingen i befolkningen kunne gi økt behov for tilpassing av hørselshjelpemidler og øke behovet for søvnutredninger. Av tallene over kan det se ut som om det er et lavere forbruk av disse tjenestene i Oslo og Østfold sykehusområder enn i regionen for øvrig. Dette gjelder både 2015 og 2016. Forbruket i Telemark/Vestfold sykehusområde ligger høyt alle de tre årene.

Arbeidsgruppens representanter fra RHF-et mener det bør vurderes etablert en driftsavtale i hver av sykehusområdene Oslo og Østfold. Det forventes endelige tall for 2016 for å kvalitetssikre dette. Vurderingene må gjøres i tett samarbeid med lokalt HF.

Arbeidsgruppens representanter fra Dnlf har følgende merknad:

«Når det gjelder ØNH-faget registrerer avtalespesialistene en økende henvisningsmengde, og mange rapporterer om lengre ventetider. Det er derfor viktig at det gjøres en grundig behovsanalyse dersom det blir aktuelt å omdisponere noen av hjemlene innenfor disse spesialitetene.»

6.9 Barnesykdommer

Tab. 6.41 Fordeling av avtalespesialister innen barnesykdommer, årsverk og dekningsgrader, per sykehusområde

	Østfold	Oslo	Ahus	Vestre Viken	Sørlandet sykehus	Sykehuset Innlandet	ST/SiV
Antall	1	9,1	4	6	1	0	0,9
dekningsgrad	0,35	1,66	0,80	1,30	0,34	0	0,22

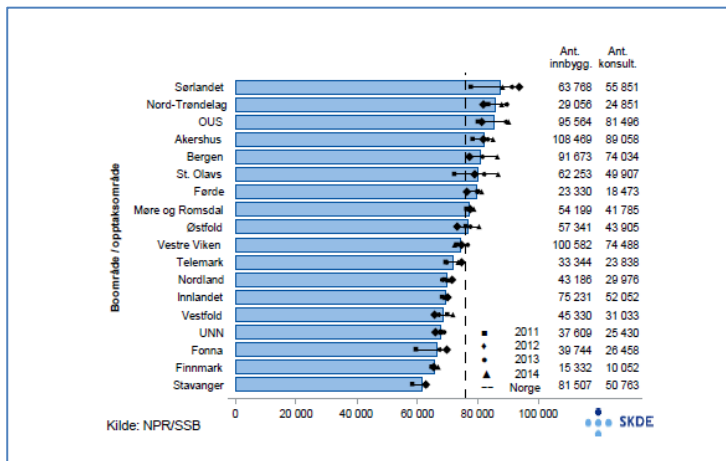
Figurene 6.1 og 6.2 er hentet fra Barnehelsetlas for Norge, SKDE rapport Nr. 2/2015.

Helseatlasen har flere kommentarer til figuren, bl.a. at forbruks- og pasientratene er om lag 40 % høyere i boområdene Sørlandet (konsultasjoner) og Bergen (pasienter) enn boområde Stavanger (laveste rate). I boområdene Førde og Møre og Romsdal foregår 5 % av disse konsultasjonene hos spesialister med offentlig driftsavtale. Tilsvarende andel for boområdene Akershus og Østfold er 35 %. Av tallene i helseatlasen fremkommer også at forskjellen i kontaktfrekvens innebærer at det

gjennomføres 620 flere konsultasjoner pr. 1 000 barn behandlet i boområde Sørlandet enn i boområdet Finnmark.

Av figur 6.1 kan det se ut som om forbruksratene synes noe høyere i områder med et større innslag av avtalespesialister (Oslo og Akershus) enn i områder med færre avtalespesialister (Innlandet, Telemark). Da antallet konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten også må sees opp mot antallet konsultasjoner hos barn i kommunehelsetjenesten (fastlege og legevakt) er det vanskelig å få en samlet oversikt.

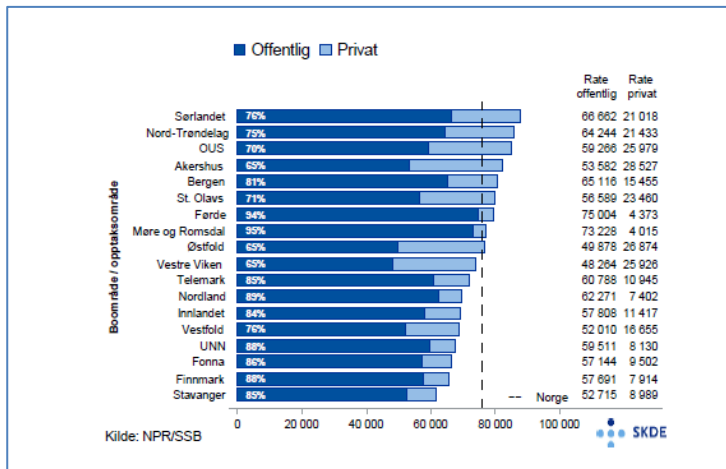
Fig 6.1 All poliklinikk/ dagbehandling, aldersjusterte forbruksrater pr 100 000 barns 0-16 år pr boområde, pr år og gjennomsnitt fra perioden 2011 – 2014.



I helseatlasen finner man et mønster i forbruksratene for innleggelser, der det kan synes som om forbruksratene for innleggelser i boområdene Vestre Viken, Akershus og Oslo som har høye forbruksrater for alle kontakter, ligger lavest i forbruksrater når det gjelder innleggelser.

Figuren under viser det samme som figuren over, men det er i fig. 6.4 synliggjort hva som gjøres i HF-ene og hva som gjøres i avtalepraksis. For vår region ser vi at et relativt lavt volum ved OUS og Ahus oppveies av en svært stor aktivitet i avtalepraksis.

Fig 6.2 All poliklinikk/ dagbehandling, offentlig/privat, aldersjusterte forbruksrater pr 100 000 barn 0-16 år pr boområde, pr år og gjennomsnitt for perioden 2011 - 2014



Det er en svært stor forskjell i regionen når det gjelder tilgang til barneleger i avtalepraksis.

Av tallene i helseatlasen kan det se ut som om HF i områder med stor dekning av barneleger i avtalepraksis har en lavere aktivitet internt i HF-et.

Det er vanskelig å komme med en anbefaling om økt bruk av, eller en reduksjon i bruken av avtalespesialister innenfor barnesykdommer. Dette er et område det er nødvendig å se nærmere på, og arbeidsgruppen mener det vil være naturlig å løfte dette inn i regionalt fagråd barn.

6.10 Nevrologi

Tab. 6.42 Fordeling av avtalespesialister innen nevrologi, årsverk og dekningsgrader, per sykehusområde

	Østfold	Oslo	Akershus	Vestre Viken	Sørlandet sykehus	Sykehuset Innlandet	Telemark/Vestfold
Antall	2	5,26	0	4	1,2	1	1
dekningsgrad	0,69	0,96	0,00	0,87	0,40	0,25	0,24

Som vi ser av tab 6.43 er det i Akershus sykehusområde ingen nevrologer i avtalepraksis. Da vi i 2015 hadde en dialog med HF-ene om hvor de så behov for nye avtalespesialister var det flere som ønsket nye driftsavtaler innen nevrologi.

Det er nedsatt et midlertidig fagutvalg i nevrologi som bl.a. skal se på fordeling av pasienter mellom sykehus og avtalepraksis.

En dekningsgrad på om lag 1 årsverk per 100 000 innbyggere i et sykehusområde vil kreve en økning på 15,8 driftsavtaler innen nevrologi.

Tab. 6.43 Antall avtalespesialister i nevrologi som må til for å oppnå en dekningsgrad på ca. 1 driftsavtale per 100 000 innbyggere i alle sykehusområder.

	Østfold	OUS	Ahus	Vestre Viken	Sørlandet sykehus	Sykehuset Innlandet	ST/SV
antall	3	6,26	5	5	3	4	4
dekningsgrad	1,04	1,14	1,0	1,09	1,01	0,99	0,96

Tab. 6.44 Ventetider for pasienter med helsehjelpen påstartet (avviklede)

Helseforetak	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	103,1	90,2	86,6
Oslo universitetssykehus	132,9	150,3	82,1
Sunnaas sykehus		21,0	46,7
Sykehuset i Vestfold	67,5	82,5	94,0
Sykehuset Innlandet	89,7	66,4	49,9
Sykehuset Telemark	107,4	47,0	70,3
Sykehuset Østfold	68,7	59,8	44,4
Sørlandet sykehus	63,0	58,1	65,0
Vestre Viken	95,3	63,1	55,3
Betanien Hospital			
Diakonhjemmet Sykehus			
Lovisenberg Diakonale Sykehus	23,0	7,0	
Martina Hansens Hospital			
Revmatismesykehuset			
Privat HSØ (Alle)			
Totalsum	91,7	80,8	69,0

Tab. 6.45 Total aktivitet (HF og avtalespesialister), forbruk per 1000 innbyggere per sykehusområde

Sykehusområde	Totale kons 2014	Totale kons 2015	Totale kons 2016*	Per 1000 innb SO - 2014	Per 1000 innb SO - 2015	Per 1000 innb SO - 2016*
Akershus SO	17 096	18 715	18 427	35	38	37
Innlandet SO	14 198	13 669	14 280	36	34	36
Oslo SO	17 304	17 828	18 303	33	33	33
Sørlandet SO	11 378	10 987	12 768	39	37	43
Telemark/Vestfold SO	16 390	16 412	16 169	41	41	40
Vestre Viken SO	15 009	16 837	16 589	32	35	34
Østfold SO	9 379	9 883	10 568	33	34	37
Totalsum	100 754	104 331	107 105	35	36	37

Tab. 6.46 Fristbruddpasienter som fortsatt venter på behandling

År	2014	2015	2016
Akershus universitetssykehus	100	53	102
Oslo universitetssykehus	1225	3065	19
Sunnaas sykehus	0	0	0
Sykehuset i Vestfold	2	11	48
Sykehuset Innlandet	42	57	24
Sykehuset Telemark	75	15	43
Sykehuset Østfold	17	9	3
Sørlandet sykehus	8	2	19
Vestre Viken	9	7	12
Betanien Hospital	0	0	0
Diakonhjemmet Sykehus	0	0	0
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0	0	0
Martina Hansens Hospital	0	0	0
Revmatismesykehuset	0	0	0
Privat HSØ (Alle)	0	0	0
HiÅ	1478	3219	270

Tabellene 6.45-6.47 viser at det innenfor nevrologi er utfordrende i flere sykehusområder. Oslo sykehusområde har den høyeste dekningsgraden hvis vi ser på antallet avtalespesialister, men befolkningen i dette sykehusområde har, sammen med befolkningen i Vestre Viken sykehusområde, det laveste forbruket av nevrologitjenester i regionen.

Arbeidsgruppen mener det bør etableres flere driftsavtaler innen nevrologi, og anbefaler at det først etableres driftsavtaler i sykehusområdene Oslo, Akershus og Vestre Viken. Sykehusområdene Oslo og Vestre Viken fordi de i oversiktene over har det laveste forbruket. Akershus fordi det i dag ikke er avtalespesialist i nevrologi i dette sykehusområde og fordi vi tror at en etablering i dette sykehusområde vil kunne avlaste avtalespesialistene i Oslo sykehusområde. Dette er i tråd med innspillene fra fastlegene (representert ved PKO-utvalget) som har prioritert økt kapasitet innen nevrologi høyt i sin tilbakemelding, jf. kap. 5.

7 Psykisk helsevern

Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er omtrent på nivå med det vi finner i andre vestlige land. Resultater fra de fleste store studier tyder på at det ikke har vært noen vesentlig endring i forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen de siste tiårene. Derimot er samfunnets måte å forholde seg til psykiske helseproblemer endret. Stadig flere med psykiske lidelser blir behandlet. Det er viktig at vi i regionen har et godt behandlingstilbud til pasienter med psykiske lidelser.

Psykososer og schizofreni er alvorlige psykiske lidelser, angst og depresjon betegnes ofte som mindre alvorlige. Allikevel er det nok depresjon og angst som fører med seg de største kostnadene i form av uførhet og manglende evne til å fungere i arbeidslivet fordi gruppen med disse lidelsene er så store.

Ofte opptrer psykiske lidelser i ung alder og kan prege store deler av et livsløp. Folkehelseinstituttet anslår at 15–20 prosent av barn og unge mellom 3–18 år opplever symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Halvparten av disse, cirka 8 prosent, har så alvorlige symptomer at det tilfredsstiller kravene til en diagnose. Andelen som rapporterer om psykiske helseplager øker. Økningen er sterkest blant unge kvinner, selv om andelen med alvorlige psykiske symptomplager har økt hos begge kjønn siden 2010. 24 prosent av kvinnelige studenter rapporterer om alvorlige psykiske symptomplager, mot 12 prosent blant menn. Økningen kan ha flere årsaker, men kan også være et uttrykk for større åpenhet om psykiske helseplager. Større åpenhet er viktig for å redusere tabu og stigma knyttet til psykiske lidelser. For å ta tak i problemene barn og unge opplever på et tidlig tidspunkt har regjeringen utarbeidet *#Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016 – 2021*.

I strategien poengteres viktigheten av forebygging og at de mest effektive tiltakene er de som kan settes inn tidligst mulig i livsløpet. Tiltakene som skisseres i planen er bl.a. en styring og videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjeneste og at det rekrutteres psykologer i kommunen.

Spesialisthelsetjenestens oppgave er å dimensjonere et behandlingstilbud som dekker befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Arbeidsgruppen erkjenner at det særlig i deler av regionen er vanskelig for pasientene å få et behandlingstilbud, og at en bedring av situasjonen vil kreve flere tiltak.

Samhandlingsreformens mål er å styrke og videreutvikle primærhelsetjenesten og det kommunale hjelpeapparatet. Å øke rekrutteringen av psykologer i kommunehelsetjenesten for å styrke fokuset på forebygging, tidlig intervensjon og behandling ovenfor voksne, barn og unge med psykiske helseproblemer er et av tiltakene det er bevilget egne midler til over statsbudsjettet. Etablering av flere stillinger for kommunale psykologer vil kunne påvirke arbeidsfordelingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. God kompetanse i håndtering av psykiske lidelser hos fastlegene og i de øvrige kommunale tilbud til pasienter med psykiske lidelser, vil også være med på å påvirke behovet for spesialisthelsetjenesten innen dette fagområdet. Forebyggende folkehelsearbeid vil også være sentrale i disse avveiningene.

7.1 Kapasitet

Tilbakemeldinger fra Informasjonstjenesten fritt behandlingsvalg og fra avtalespesialistene om lange ventetider og stor henvisningsstrøm kan tyde på at det er et kapasitetsproblem innen psykisk helsevern. Dette omfatter ikke bare avtalespesialistordningen, men den samlede tilgangen innen spesialisthelsetjenesten. I Oppdragsdokumentet for 2017 har Helse Sør-Øst RHF bl.a. fått følgende målsetting: *“Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktspsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.”*

Fra avtalespesialistene innen psykisk helsevern er tilbakemeldingen at det er et stort kapasitetsbehov, og at det er behov for flere driftsavtaler. Fra HF-ene er det varierende tilbakemeldinger, men flere gir uttrykk for at det i dag ikke er et tilstrekkelig samarbeid mellom HF-ene og avtalespesialistene, og at de har liten kjennskap til hvilke pasienter og diagnosegrupper som behandles i avtalepraksis.

I forbindelse med utarbeidelse av denne rapporten er det gjort en uformell undersøkelse blant PKO-ene i regionen, jf. Kap. 5. På spørsmålet om behovet for nye driftsavtaler prioriterer PKO-ene psykisk helsevern høyest, samtidig sier noen at det ikke bør etableres nye avtaler før man har fått til et tettere og bedre samarbeid mellom avtalespesialister og DPS, og mellom avtalespesialistene og fastlegene.

I dag er det en utfordring at det, ut i fra innrapporterte tall til NPR, kan synes som om det i en del avtalepraksiser ikke tas inn nyhenviste pasienter hvert år. Data fra NPR per 2016 viser at ca. 6 % av avtalespesialistene som rapporterte elektronisk innen klinisk psykologi ikke hadde nyhenviste pasienter i 2016. 59 % hadde 20 eller færre nyhenviste pasienter i 2016. Tilsvarende tall for psykiaterne viser at 15 % av psykiaterne ikke hadde nyhenviset pasienter i 2016, 65 % av psykiaterne hadde 20 eller færre nyhenviste pasienter i 2016. For psykologene er her hentet ut frekvensen av takst 27, for psykiaterne takst 625a. NPF har påpekt at tallene baserer seg på takster og derfor kan være feil. Representantene fra RHF-et legger til grunn at dette er de mest valide tallene vi har, og at de derfor bør tas med som et tallgrunnlag og vektlegges.

Når Helse Sør-Øst RHF som en del av avtaleoppfølgingen har tatt opp problemstillingen vedrørende få nyhenviste pasienter med den enkelte avtalespesialist, begrunnes dette med at de har mange langtidsterapier og derfor kan få lange ventelister. De hevder også at de har en annen sammensetning av pasienter og nettopp kan tilby behandling over lengre tid enn de kan ved DPS-ene.

Arbeidsgruppen er enig om at det er avtalespesialistens ansvar å sørge for å ha en pasientsammensetning som sikrer en passe blanding av korttids- og langtidsterapier, slik at det hvert år kan tas inn nyhenviste pasienter i praksisen. Mange avtalespesialister tilstreber å få til dette, men dynamikken settes fort på strekk da den enkelte pasients behov for oppfølging vil ha et stort spenn. Det er i dag ikke utarbeidet et krav til antallet nyhenvisninger i en avtalepraksis, og flertallet i arbeidsgruppen anbefaler at dette blir tatt opp med profesjonsforeningene (NPF og Dnlf) for finne en egnet norm.

Arbeidsgruppens representanter fra RHF-et mener psykisk helsevern skal prioriteres innenfor avtalespesialistordningen, og at det kan være behov for flere driftsavtaler. Det må imidlertid også vurderes hvordan man med dagens ressurser og innenfor dagens system og antall driftsavtaler, kan se om også andre forhold kan bidra til bedret tilgjengelighet og et bedre pasienttilbud. Det er viktig å se hvordan de samlede ressursene kan benyttes slik at pasientgrupper som profilerer på oppfølging i spesialisthelsetjenesten får dette. Andelen pasienter som får langtidsoppfølging, bør veies opp mot tilbudet til pasienter som trenger rask tilgang til kortere behandlingsløp innen psykisk helsevern.

Arbeidsgruppens representanter fra RHF-et vil også understreke at også avtalepraksiser innen psykisk helsevern bør samlokaliseres for å bedre tilgjengeligheten, øke fagligheten, kunne gi en bedre kapasitetsutnyttelse og gjøre praksisenes behandlingstilbud bredere. Fra alvorlige tilsynssaker er det dessuten kjent at alvorlige rollesammenblandingssaker oppstår hyppigere hos en psykolog eller psykiater som driver praksis alene. Samlokalisering kan fungere som en beskyttende struktur for å hindre alvorlige rollesammenblanding og at det oppstår intime relasjoner mellom pasienter og behandlere. Samlokalisering og samarbeid med kollegaer kan bidra til bedre pasientsikkerheten og befolkningens tillit til helsetjenestene.

7.2 Praksisprofiler

Det vil ikke være hensiktsmessig å si noe i denne planen om hva som skal gjøres i avtalepraksis og hva som skal gjøres ved DPS-ene. Dette vil variere sykehusområdene i mellom, avhengig av antall avtalespesialister i et område, samt tilgjengelig kompetanse i avtalepraksis og ved DPS-ene.

Et behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten som gir enkelte pasienter svært lange og tette oppfølginger, mens andre pasienter med sammenlignbare tilstander kun kan tilbys noen få konsultasjoner ved et DPS, oppfyller ikke de overordnede kravene om likeverdige tjenester og rettferdig fordeling av helsetjenestene. Større grad av transparens og samarbeid vil kunne bøte på at det oppstår slike situasjoner og praksiser.

De nye rammeavtalene stadfester at det skal utarbeides samarbeidsavtaler mellom den enkelte avtalespesialist og et helseforetak. Gitt dagens utfordringer innen psykisk helsevern bør etablering av slike prioriteres høyt både fra HF og avtalespesialistenes side. I malen som er utarbeidet for slike samarbeidsavtaler, er det under pkt 2 Behandling, lagt inn følgende; *Beskrivelsen bør omfatte **hvilke typer oppgaver** knyttet til utredning og/eller behandling som skal gjennomføres hos psykologspesialist. Det vises til rammeavtalen § 1.3 der følgende eksempler nevnes: avtale om hensiktsmessig arbeidsdeling (pasientflyt/strømmer), håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid mellom HF avdelinger og psykologspesialister, utveksling av informasjon om kapasitet, utveksling av informasjon om felles prosedyrer og kliniske retningslinjer, deltakelse i kompetanseutvikling, rutiner for kontakt mellom psykologen og HF. Beskrivelsen bør videre omfatte **hvor** utredningen/ behandlingen skal foregå (i praksisen eller hos HF). Omfang av utredning/ behandling bør være avtalt og ta hensyn til de sentrale partenes felles intensjon om en styrking av psykologspesialistenes samarbeid med fastleger, kommunepsykologer og kommunenes helse-, omsorg og sosialtjeneste, jfr. rammeavtalen § 1.3. For psykologspesialister i gruppe kan samarbeidsavtalen avtales som felles*

Slike avtaler vil kunne avklare hvilken kompetanse og kapasitet det er behov for på kort og lang sikt – både ved DPS-ene og i avtalepraksis. Arbeidsgruppa tror både avtalespesialister og HF vil ha nytte av et tettere samarbeid, og at man gjennom et slikt samarbeid vil få en bedre oversikt over hverandres situasjon og hvordan det arbeides i HF og i avtalepraksis. Arbeidsgruppa tror dette vil kunne bidra til hensiktsmessige arbeidsdeling og et bedre samlet tilbud til pasientene.

Når en driftsavtale skal kunngjøres bør det enkelte HF-et kontaktes for å få deres vurderinger av om det bør etterspørres en spesiell kompetanse. Dette krever at HF-ene har en bedre oversikt over avtalespesialistene i eget område, noe de vil få gjennom et tettere samarbeid og utarbeidelse av samarbeidsavtaler.

7.3 Avtalespesialister innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

Oversiktene i denne rapportens kapittel 3 viser at det er Vest-Agder som har den dårligste deknningen av avtalespesialister innen psykisk helsevern, gitt dekningsgrader per fylke. Resten av regionen, med unntak av Akershus vest og Oslo, ligger omtrent på samme nivå. Oslo og Akershus vest har en langt bedre tilgjengelighet til avtalespesialister enn resten av regionen. Dette understøtter det som var et av funnene i den tidligere nevnte Handlingsplanen fra 2013. En av arbeidsgruppens anbefalinger var

- En jevnere geografisk fordeling av avtalehjemler i regionen innebærer at nye hjemler innenfor de somatiske fagområdene særlig bør tildeles Innlandet og Buskerud. Innenfor psykisk helsevern vil lik tilgjengelighet innebære en prioritering av Agderfylkene.

Inkluderes helseforetakene blir bildet noe annerledes da det kan synes som om sykehus i et område med få avtalespesialister har en større relativ aktivitet enn sykehus i områder med mange avtalespesialister. Figurene 6.1 – 6.5 viser omfanget av den polikliniske aktiviteten i psykisk helsevern, helseforetakene, avtalespesialistene og samlet. Data er hentet fra Samdata 2015. En inndeling i sykehusområder vil justere funnene noe.

Fig 7.1 Polikliniske konsultasjoner i HSØ i 2015 (DPS og sykehuspoliklinikker)

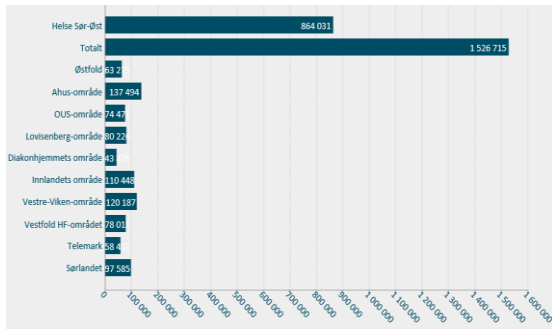


Fig 7.2 Polikliniske konsultasjoner PHV (DPS og sykehuspoliklinikker) i 2015
Konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre,

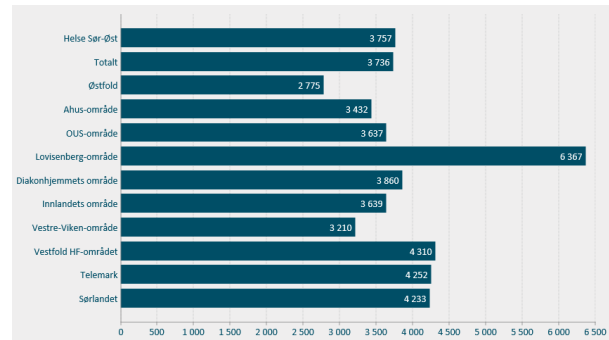


Fig 7.3 Registrerte konsultasjoner avtalespesialister PHV i 2015, HSØ

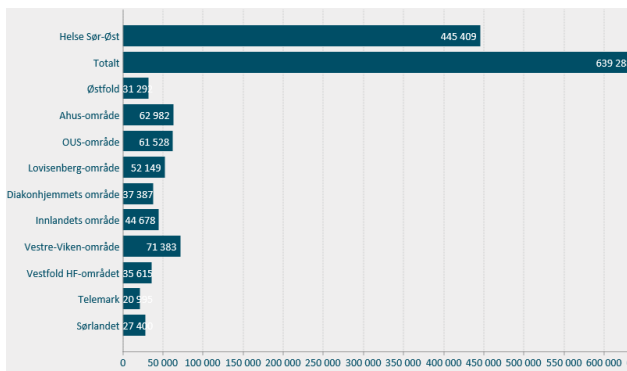


Fig 7.4 Polikliniske konsultasjoner PHV avtalespesialister i 2015, HSØ Konsultasjoner per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, bosatt i områdene

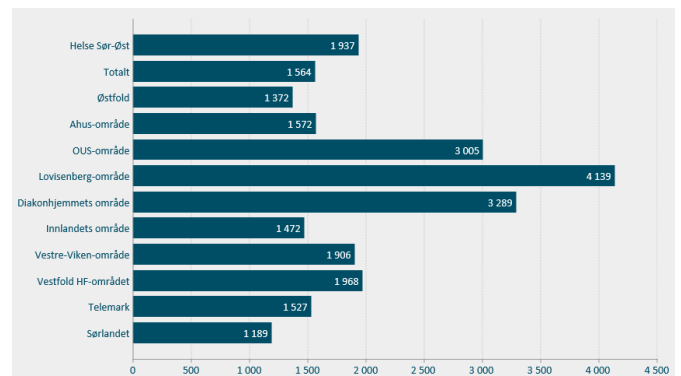
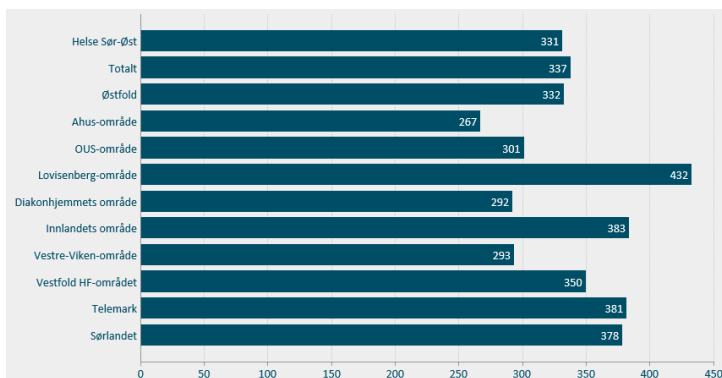


Fig 7.5 Polikliniske pasienter PHV (samlet) i 2015 Antall pasienter per 10 000 innbyggere 18 år og eldre, bosatt i områdene.



Ser man på figuren som viser samlet aktivitet (fig 6.5), er det ikke Sørlandet sykehusområde som gir det laveste tilbudet til befolkningen i eget område, men Ahus, Oslo og Vestre Viken. At

Lovisenberg kommer “så godt” ut i denne oversikten skyldes deres store aktivitet innen “Raskere tilbake”.

Raskere tilbake, aktivitet 2015:

	Antall unike individer	Antall pol.kons. RT	Ant pol kons RT, andel av tot aktivitet
OUS Aker KvelDSPoliklinikk for angst	107	677	1 %
Sykehuset i Vestfold	513	3209	4 %
Sykehuset Telemark - Skien	194	1 248	2 %
Sykehuset Telemark - Notodden	26	157	0 %
Vestre Viken Kongsberg	161	979	1 %
Vestre Viken Bærum	497	2884	3 %
Diakonhjemmet Sykehus	1 177	7 262	15 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	2 075	20 743	23 %

7.4 Hva etterspør fastlegene

Fastlegene (PKO-utvalget) etterspør en rekke tiltak som kan bidra til at de selv kan ivareta en større andel av pasientene som i dag henvises til spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter korttidsvurderinger, veiledning, felleskonsultasjoner etc.

7.4.1 Veiledning

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 lyder som følger: *”Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.”*

Plikten påligger for det første ansatte i statlige helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. For det annet omfatter plikten helsepersonell som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet. Dette omfatter for eksempel private lege- og psykologspesialister som mottar tilskudd til driften fra regionale helseforetak (avtalespesialister), jf rundskriv I-3/2013 Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Veiledningsplikten gjelder råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold knyttet til enkeltpasienter eller brukere som kommunen har eller overtar tjenesteansvaret for. I forarbeidene er det uttalt at plikten også kan omfatte generell veiledning av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Plikten er imidlertid begrenset til veiledning om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Veiledningsplikten er absolutt i den forstand at spesialisthelsetjenesten ikke kan unnlate å oppfylle veiledningsplikten under henvisning til manglende ressurser eller stor arbeidsbelastning. Selv om dette vil innebære et merarbeid, kan det ligge et stort potensiale her i forhold til å hindre henvisninger gjennom å trygge fastlegene/bidra til økt kompetanse i fastlegegruppen.

En annen metode for veiledning er kjent fra flere fagområder: Samkonsultasjoner innebærer at spesialist deltar i konsultasjoner sammen med fastlegen eller annet helsepersonell. Dette er aktuelt i situasjoner hvor det er vanskelig å sette riktig diagnose, hvor det er usikkerhet knyttet til hva som er beste behandling, eller hvor det er tvil om pasienten bør henvises til spesialist. Samkonsultasjoner

har god veiledningseffekt og gir også en kvalitetsmessig god konsultasjon for pasienten. Journalplikten forblir i førstelinjen, dvs. hos fastlegen.

7.5 Hva er gjort tidligere?

Problemet med lange ventelister og en uholdbar situasjon for pasientene er ikke et nytt fenomen. Bestillingen fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokumentet for 2009 var klar;

“Helse Sør-Øst RHF skal etablere rutiner/ systemer i den offentlige spesialisthelsetjenesten som innebærer at henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern blir koordinert, slik at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp. Dette gjelder særlig henvisninger til avtalespesialister. “

Arbeidet resulterte i etablering av faste samhandlingsnettverk (cluster) mellom fastleger, avtalespesialister og DPS først i Oslo, senere også i Akershus sykehusområde. NPF og Dnlf har gjennom formalisert utredningsarbeid og konsensus forpliktet sine medlemmer til å delta i samarbeidet.

Modellen som ble vedtatt implementert var ikke antatt å løse alle utfordringene, og den ville heller ikke gi noen umiddelbar bedring av kapasiteten. Men de involverte partene mente at en bedre organisering av henvisningsordningen ville føre til færre henvisninger samlet sett og derigjennom bedret kapasitet og tilgjengelighet.

I Oslo har nettverksmodellen vært i bruk siden høsten 2010. For å kunne si noe om effekten av modellen ble det i forbindelse med utarbeidelse av Handlingsplanen i 2013 laget en kort spørreundersøkelse. Utvalget av respondenter ble avgrenset til deltakere i clusterne i Akershus og Oslo. Svarprosenten var svært lav, 12 %, og det var flere avtalespesialister enn fastleger som besvarte henvendelsen. Fastlegene er derfor underrepresentert i undersøkelsen, noe som gjør at resultatene må tolkes med forsiktighet.

Fastlegenes tilbakemelding er at de ikke opplever at innføring av modellen har gitt noen enklere eller raskere tilgang til spesialistbehandling for pasientene. Opplevelsen av manglende kapasitet i dag er antakelig en av grunnene til den dårlige deltakelsen i nettverkene og de negative tilbakemeldingene i spørreundersøkelsen. Det er stor uenighet om denne modellen, og kritikken har ikke stilnet.

Fra RHF-ets side er det derfor nødvendig å se på andre måter å gripe an problemstillingen på.

Noen mener at interessen for clustermøtene kan økes ved å gjøre møtene mer klinisk rettet. Andre mener at clustermøtene er for store, og dermed uegnet for kliniske diskusjoner. Her vil det være store variasjoner clusterne imellom, og kanskje også innen det enkelte cluster.

DPS-ene er navet i clusterordningen. En mer konkretisering av møtene med et mer faglig/klinisk innhold vil kreve et økt fokus også fra DPS-ene. Det er viktig å ha en person som kan holde i dette arbeidet og sikre kontinuitet og entusiasme

7.6 Mulige tiltak

For å sørge for et godt tilbud til pasientene og bruk av ressursene på en hensiktsmessig måte, er det behov for tiltak som bidrar til en bedre integrering av avtalespesialistene i spesialisthelsetjenesten, samt økt tilgjengelighet og bistand/veiledning av førstelinjetjenesten.

7.6.1 Samkonsultasjoner/veiledning

Samkonsultasjoner innebærer at avtalespesialistene deltar i konsultasjoner sammen med fastlegen eller annet helsepersonell. Dette er aktuelt i situasjoner hvor det er vanskelig å sette riktig diagnose, hvor det er usikkerhet knyttet til hva som er beste behandling, eller hvor det er tvil om pasienten bør henvises til spesialist. Samkonsultasjoner har god veiledningseffekt og gir også en kvalitetsmessig god konsultasjon for pasienten. Journalplikten forblir i førstelinjen, dvs. hos fastlegen.

7.6.2 Samarbeid fastlege – avtalespesialist

Psykiatere og andre ansatte ved DPS har ved flere legekontorer fast avtaler om møter hvor fastleger diskuterer pasienter og får veiledning og råd. Denne ordningen kunne etableres ved alle fastlegekontorer og AS kunne også inngå i dette samarbeidet.

I slike samarbeidsmøter kan man bl.a. også diskutere pasienter med komplekse tilstander, som ikke skal overtas av spesialisthelsetjenesten, men hvor fastlegene kan trenge bistand for å kunne håndtere pasientene over tid i kommunehelsetjenesten.

For en del pasienter kan dette for eksempel gjelde ettervern, som er en kommunal oppgave, men hvor spesialisthelsetjenesten kan bidra med praktisk faglig rådgivning.

Når det gjelder forslagene 7.6.1 og 7.6.2 må det sees på mulige måter å kompensere inntektsbortfallet hos avtalespesialistene, da de ved slike løsninger innenfor dagens system ikke vil være berettiget refusjon.

Arbeidsgruppens representanter fra Dnlf har følgende merknad til 7.6.1 og 7.6.2:

«En fellessamtale er erfaringsvis svært nyttig når en terapi allerede er etablert og videre samarbeid skal avklares og informeres om. Det synes svært kostnadskrevende og ressurskrevende dersom det er tenkt at fellessamtalene skal være ledd i en utredning om pasienten trenger terapi hos spesialist eller ikke. Her vil tettere samarbeid mellom AS og fastlege der pasienten diskuteres og vurdering gjøres på bakgrunn av en felles samtale synes mer hensiktsmessig

Dersom det er slik at allmennleger etterspør mer veiledning av psykiater og det er allerede eksisterende gode tilbud for dette flere steder i Helse Sør Øst. Psykiatere og andre ansatte ved DPS har ved flere legekontorer fast avtaler om møter hvor fastleger diskuterer pasientsaker og får veiledning og råd. Denne ordningen kunne etableres ved alle fastlegekontorer og AS kunne inngå i dette samarbeidet.»

Arbeidsgruppens representanter fra Norsk psykologforeningen har følgende merknad:

«Dekkes ikke av takstsystemet dersom dette er generelle samarbeidsmøter. Ved samarbeid om navngitte pasienter, dekker takstsystemet møter dersom pasienten er henvist til psykologen. For generelle samarbeidsmøter er det fastslått i mal/veileder til samarbeidsavtalene at disse skal begrenses til 1-2 ganger pr år. Men det kan alltid avtales kompensasjon for generelle samarbeidsmøter også utover dette. Dette er det med andre ord opp til RHF-et og tilrettelegge for økonomisk.»

7.6.3 Krav til antall nyhenviste per år

Flertall i arbeidsgruppen mener det er en forutsetning at det i alle avtalepraksiser er en viss andel nyhenviste pasienter hvert år. Dette er et punkt der det må bli felles enighet mellom de fire RHF-ene og hhv Den norske legeforening og NPF.

7.6.4 Samordnet henvisningsmottak:

Handlingsplanen fra 2013 hadde en anbefaling om å forsøke en modell med samordnet henvisningsmottak i et eller to av dagens cluster der alle henvisninger i området vurderes (henvisninger til DPS og avtalespesialister). Dette er ikke blitt testet ut, og anbefales iverksatt.

- I et slikt mottak vurderes og fordeles alle henvisninger i et område. Noen pasienter vil behandles i DPS-et andre hos avtalespesialister, men en slik instans vil være en garantist for en samlet, koordinert og likeverdig vurdering.
- En sentral henvisningsinstans må ha inngående kjennskap til avtalespesialistene i sitt ansvarsområde. De geografiske områdene i dagens nettverksmodell vil kunne representere ansvarsområdet til et henvisningsmottak. En sentral henvisningsinstans vil også ha muligheter til å fordele pasienter i hht avtalespesialistens praksisprofil da det i et cluster er et begrenset antall avtalespesialister. Det er en del juridiske komplikasjoner rundt denne problemstillingen.
- Felleskonsultasjoner med fastlegene må inkludere også denne modellen da det er viktig at så mange som mulig kan behandles av fastlegen sin.

Det anbefales at det raskt settes ned en gruppe som får i mandat å utrede muligheter og konsekvenser ved etablering av en slik sentral henvisningsinstans. Det er flere forhold som må klargjøres og vurderes, her nevnes kun noen:

- Skal enheten vurdere henvisninger til DPS og avtalespesialister samlet, blir det da en rettighetsvurdering av henvisningene til avtalespesialistene og hva da ved fristbrudd.
- Videre må ansvars plasseringer, organisering, funksjoner i enheten med mer vurderes nærmere.
- Som del av dette må også klargjøres i hvilken grad, og hvordan, avtalespesialistene skal delta i det sentrale vurderingsarbeidet.
- Hvordan håndtere retten til fritt behandlingsvalg.

Det kan være aktuelt å foreslå overfor Helse- og omsorgsdepartementet en forskrift om en slik forsøksordning for å løse de helserettslige utfordringer i et modellforsøk som arbeidsgruppen vurderer som svært viktig å gjennomføre. Helsedirektoratet har per i dag ansvar for en pilot med rettighetsvurdering i avtalepraksis, men juridiske og IKT-messige forhold har gjort at arbeidet er forsinket. Et felles henvisningsmottak bør sees i sammenheng med forarbeidet til denne piloten.

Arbeidsgruppens representanter fra Dnlf har følgende merknad:

«Det er positivt at planen foreslår at det nedsettes en arbeidsgruppe til å se nærmere på praktiske og juridiske problemstillinger knyttet til etablering av et samordnet henvisningsmottak. Dnlf viser til at dette vil innføre nok et ledd i kjeden av personer som skal involveres i forbindelse med henvisning av pasienten til behandling, og vil innebære en økt kostnad og byråkratisering. Ordningen vil også innebære uavklarte ansvarsforhold i linjen.»

Arbeidsgruppens representanter fra Norsk psykologforening har følgende merknad:

«Det er vanskelig å se hvordan dette ikke fører til mer byråkratisering, dirigering av arbeidsoppgaver og mindre direkte samarbeid mellom fastlege og avtalespesialist. DPS-et vil komme til å dirigere arbeidet og her blir det lett for liten avstand mellom å være ansatt ved DPS og å være selvstendig næringsdrivende som avtalespesialisten er (som uansett ikke får dekket av sykepenger, pensjon, osv.) Norsk psykologforening viser til at partene i dialogprosessen i 2014 ble enige om å gjennomføre et pilotprosjekt på rettighetsvurderinger i den enkelte avtalepraksis, og at forslaget må ses i lys av dette.»

7.6.5 Etablering av samarbeidsavtaler

Tilbakemeldinger om at avtalespesialistene innen psykisk helsevern ikke oppleves som en integrert del av spesialisthelsetjenesten gjør at det må settes fokus på arbeidet med å etablere samarbeidsavtaler mellom avtalespesialister og HF, og at det bør prioriteres å få dette på plass så raskt som mulig. Samarbeidsavtalene kan, jf. rammeavtalens § 1.3 bl.a. gjelde hensiktsmessig arbeidsdeling (pasientflyt/strømmer), håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid mellom HF avdelinger og avtalespesialister, utveksling av informasjon om kapasitet, deltakelse i kompetanseutvikling etc.

Det er gjennom et tettere samarbeid mellom HF-ene og avtalespesialistene det må synliggjøres at avtalespesialistene er en integrert del av spesialisthelsetjenesten og en del av Helse Sør-Øst RHF sitt “sørge-for”-ansvar.

7.7 Hvordan få til en ønsket økning av antall driftsavtaler innen psykisk helsevern?

Det er helt sentralt at det samlede behandlingstilbudet i sykehusområdene, er bygget opp slik at pasientene får det beste behandlingstilbudet. Dette krever tett samarbeid, med deltakelse både fra HF-ene og avtalespesialistene.

Avtalespesialistene skal være en integrert del av spesialisthelsetjenesten. For å få til det er det helt nødvendig at HF-ene ser hvilken ressurs som ligger i avtalespesialistene innen psykisk helsevern, og at de ser det som naturlig og ønskelig at avtalespesialistene bidrar inn i det felles «sørge-for»-ansvaret RHF-et har i regionen. Helse Sør-Øst RHF har denne våren intensivert arbeidet overfor HF-ene i forhold til inngåelse av samarbeidsavtaler. Psykisk helsevern er et prioritert område i dette arbeidet, da vi ser at det er store utfordringer innenfor dette området.

Samarbeid mellom avtalespesialistene og helseforetakene når det gjelder pasientforløp og prioritering er helt sentralt for å bruke ressursene hensiktsmessig.

Flertallet i arbeidsgruppen anbefaler å avvente en beslutning om nye driftsavtaler innenfor psykisk helsevern inntil samarbeidsavtalene er kommet på plass, jf. det som sies under pkt. 7.6.5 Etablering av samarbeidsavtaler. Dette er også i tråd med hva fastlegene (representert ved PKO-utvalget) mener, jf. kap. 5 og vedlegg 2.

Flertallet i arbeidsgruppen mener en bedring av tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern krever flere tiltak, i tillegg til en økning i antall driftsavtaler. Flertallet i arbeidsgruppen mener videre det vil være u hensiktsmessig å etablere flere driftsavtaler innen dette området før vi har fått en bedre oversikt over tilbudet som gis i avtalepraksis. For å få dette til holdes det nå et stort trykk på behovet

for å inngå samarbeidsavtaler mellom HF og avtalespesialister særskilt innen psykisk helsevern overfor alle våre HF.

Arbeidsgruppens representanter fra Norsk psykologforening har følgende merknad:

«Psykologforeningen kan ikke anbefale å avvente opprettelse av nye driftsavtaler til alle samarbeidsavtaler er på plass. Det var ikke en forutsetning i rammeavtaleforhandlingene at det skulle inngås samarbeidsavtaler for allerede eksisterende avtaler før RHF kunne opprette nye hjemler.»

8 Oppfølgingsparametere

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

For avtalespesialistene er det ikke etablert oppfølgingsparametere, utover aktivitet. Arbeidsgruppen mener dette gjør det vanskelig å drive en tettere oppfølging av avtalespesialistene.

Arbeidsgruppens representanter fra RHF-et mener det er nødvendig å etablere parametere som muliggjør oppfølging og kontroll der det er behov for dette. For de aller fleste avtalespesialistene tror vi også etablering av slike parametere vil virke positivt, da det på denne måten blir synliggjort mer av det som faktisk gjøres i egen praksis.

Arbeidsgruppens representanter fra Dnlf har følgende merknad:

«Vi er tvilende til at utarbeidelse av indikatorer hører hjemme i en slik plan. Punktet er beskrevet i rammeavtalen, og en protokoll til denne. Det ble vedtatt nedsatt en arbeidsgruppe på landsbasis som skal se på dette. Prinsipielt bør kvalitetsindikatorer være nasjonale og uavhengig av om man jobber som avtalespesialist eller spesialist i et HF. Man bør ihvertfall vurdere kritisk hvilke parametre det kan være aktuelt for HSØ å innføre som egne kvalitetsindikatorer/styringsdata for avtalespesialister i HSØ.»

8.1 Styringsdata innen somatikk

8.1.1 Krav til andel nyhenviste

Flertallet i arbeidsgruppen mener det er en forutsetning at det i alle avtalepraksiser er en viss andel nyhenviste pasienter hvert år. Andelen vil kunne variere mellom spesialitetene og det må bli felles enighet om dette mellom de fire RHF-ene og Den norske legeforening.

Helse Sør-Øst RHF etablerer våren 2017 regionale midlertidige fagutvalg som innen 1. september 2017 skal gi faglige anbefalinger for poliklinisk oppfølging av de største pasientgruppene innen fagområdene nevrologi, ortopedi, plastikk-kirurgi og øyesykdommer. Anbefalingene bør gjøre det enklere for klinikerne å gi pasientene en faglig god og likeverdig oppfølging, og bidra til å opprettholde den gode utviklingen innen ventetider/fristbrudd, harmonisere behandlingsforløpene og forbedre regionens samlede kapasitetsutnyttelse.

I den forbindelse etableres nå midlertidige fagråd bl.a. innenfor nevrologi og øye der oppdraget bl.a. er å:

- utarbeide faglige anbefalinger for poliklinisk oppfølging / kontroller av pasienter innenfor fagets største pasientgrupper:

- identifiserer de største pasientgruppene og variasjonen av kontroller, definere spesialisthelsetjenestens del av pasientenes faglige oppfølging, bl.a. med innhold (metode, tekniske prosedyrer m.v.) og hyppighet av kontroller innenfor hver diagnosegruppe, herunder:
 - kartlegge hvilke pasienter som krever oppfølging på helseforetakenes/sykehusenes poliklinikker, og gi nærmere anbefalinger for arbeidsdelingen med avtalespesialist, gitt dagens rammebetingelser.
 - utarbeide forslag til et faglig begrunnet forholdstall mellom andel/antall nyhenviste pasienter versus kontrollpasienter innenfor hver diagnosegruppe.

8.1.2 Krav til oppsamlede poeng fra deltakelse i kongresser/møter/symposier
Dette kan favne kongresser/møter/symposier i Norge, Norden og internasjonalt

8.1.3 Kvalitet og tilgang på adekvat utstyr for en forsvarlig, god praksis.
Etter nærmere oppsett for den enkelte spesialitet.

8.1.4 Hjelpepersonell, antall og kvalifikasjoner

8.2 Styringsdata innen psykisk helsevern

8.2.1 Krav til antall nyhenviste

Jf. pkt. 7.1 og 7.6.3. Det er en forutsetning at alle avtalepraksiser innen psykisk helsevern skal motta et visst antall nyhenviste pasienter per år. Det er avtalespesialistenes ansvar å sørge for at de har en pasientpopulasjon med både kort- og langtidsterapier slik at vi ikke opplever praksiser som ikke tar inn nyhenviste hvert år.

Arbeidsgruppens representanter fra RHF-et foreslår at det etableres et minstekrav til antall nyhenviste pasienter i en 100 % avtalepraksis innen psykisk helsevern. Måltallet må det bli felles enighet om mellom de fire RHF-ene og de to profesjonsforeningene, Norsk Psykologforening og Den norske legeforening.

8.2.2 Krav til oppsamlede poeng fra deltakelse i kongresser/møter/symposier

Dette kan favne kongresser/møter/symposier i Norge, Norden og internasjonalt

Arbeidsgruppens representanter fra Norsk psykologforeningen har følgende merknad:
«Dette er bare gjeldende for psykiatere siden psykologene må samle "poeng" (antall timer kursing, veiledning osv.) for å fornye sin spesialitet.»

Vedlegg 1 Mandat for arbeidet med regional utviklingsplan for avtalespesialistområdet

1. Innledning

Rammeavtalene mellom DNLF/Psykologforeningen og de regionale helseforetakene for 2016 tydeliggjør avtalespesialistenes rolle innenfor spesialisthelsetjenesten. De privatpraktiserende avtalespesialistene inngår som en integrert del av ivaretagelsen av de regionale helseforetakene sitt "sørge for"- ansvar (jf. rammeavtalen mellom de regionale helseforetakene og Psykologforeningen/DNLF § 1.2.).

For å kunne utvikle avtalespesialistområdet videre, spesielt i forhold til en hensiktsmessig fordeling av avtalespesialister faglig og geografisk, er det en forutsetning i rammeavtalen at de regionale helseforetakene utarbeider en regional plan (jf. rammeavtalenes § 2.2.). En regional utviklingsplan for avtalespesialistområdet må også ses i sammenheng med helseforetakenes utviklingsplaner som skal utarbeides som en konsekvens av Nasjonal helse- og sykehusplan.

2. Bakgrunn og mål med arbeidet

Fordelingen av avtalespesialister i regionen, både faglig og geografisk, fremstår mer som et resultat av en historisk utvikling enn som et resultat av en overordnet plan. Det vises i denne sammenheng til figur 1 under.

Figur 1. Fylkesvis fordeling av avtalespesialister (leger)/100 000 innbygger.

Fagområder	Akershus	Aust-Agder	Buskerud	Hedmark	Oppland	Oslo	Telemark	Vest-Agder	Vestfold	Østfold	SUM
Anestesi	0,09	0,00	0,00	0,10	0,00	1,08	0,12	0,00	0,00	0,07	0,28
Barn	1,47	0,87	0,73	0,00	0,00	1,40	0,52	0,00	0,00	0,35	0,79
Fysikalsk medisin	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
Gynekologi	2,09	1,91	1,38	1,03	1,06	2,90	1,91	2,21	2,06	1,53	2,02
Hud	1,72	1,74	1,38	1,27	1,59	1,54	1,16	1,66	1,65	1,74	1,59
Generell kirurgi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,58	0,11	0,08	0,70	0,15
Ortopedisk kirurgi	0,11	0,00	0,00	0,10	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	1,18	0,18
Urologi	0,17	0,61	0,36	1,03	0,00	0,62	0,00	0,00	0,08	0,35	0,35
Indremedisin	2,41	2,61	0,36	1,03	1,06	2,11	1,16	2,76	1,65	2,79	1,92
Nevrologi	0,85	0,00	0,36	0,51	0,00	0,82	0,58	0,66	0,00	0,70	0,58
Radiologi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,01
Platikk kirurgi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
Revmatologi	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,31	0,00	1,10	0,41	0,00	0,24
ØNH	2,69	1,74	1,75	1,64	1,59	2,65	0,70	1,10	2,06	1,74	2,07
Øye	2,61	2,96	2,18	2,41	2,65	3,92	3,49	4,42	2,80	3,34	3,16
Somatikk totalt	14,54	12,43	8,51	9,12	7,94	17,82	10,23	14,03	10,78	14,56	13,40
Barn- og ungd. Psykiatri	0,00	0,87	0,00	0,51	0,00	1,39	0,81	0,11	0,08	0,00	0,45
Psykiatri	2,39	3,30	3,02	3,03	2,12	9,83	1,86	2,10	5,02	2,30	4,40
Sum totalt	16,93	16,61	11,53	12,66	10,05	29,04	12,90	16,24	15,88	16,86	18,26

Overordnet må det gjøres vurderinger av hvilken utvikling man ønsker innen avtalespesialistområdet. Det er et mål at det sikres en utjevning av avtalespesialister faglig og geografisk.

Ser man på geografisk spredning tyder overordnede tall på at fylkene Oppland, Hedmark og Buskerud har lav dekning innenfor somatikk, mens Vest-Agder, Telemark og Oppland har lav dekning innen psykisk helsevern. Ved vurdering av geografisk utjevning av avtalespesialisthjemler, må også kapasiteten ved aktuelle helseforetak inngå. Det er den

samlede kapasiteten (helseforetakene og avtalespesialister) innenfor hvert sykehusområde som må være tilstrekkelig til å dekke «sørge for» - ansvaret. I tillegg må det også vurderes hvilke spesialiteter som skal prioriteres fremover. Dette må ta utgangspunkt i forventet fremtidig behov for spesialisthelsetjenester i tillegg til kapasiteten ved aktuelle helseforetak. Spesielt etter 2020/2025 vil antall eldre i befolkningen øke, og fordelingen av spesialiteter må gjenspeile denne utviklingen. Videre må man se på den faglige utviklingen innenfor de enkelte fagområdene, utviklingen mot mer poliklinisk behandling og ikke minst behov for utredninger innen pakkeforløpene. Endelig er det også et mål at samarbeidet mellom helseforetakene og avtalespesialistene styrkes og videreutvikles.

3. Regional utviklingsplan for avtalespesialistområdet

En regional utviklingsplan for avtalespesialistområdet skal inneholde følgende:

- *Beskrivelse av dagens situasjon og samlet kapasitet*
Sykehusområdets samlede kapasitet, både kapasiteten ved helseforetaket og kapasitetene avtalespesialistene utgjør, skal beskrives. Ved vurdering av kapasitetene skal en se på andel kontroller og nyhenviste både ved sykehusenes poliklinikker og hos avtalespesialistene.
- *Identifisere endringsbehov og beskrive fremtidig kapasitetsbehov*
Basert på hva en finner ved vurdering av dagens situasjon skal kapasitetsbehov i et tidsperspektiv fram mot 2030 vurderes.
 - Befolkningsveksten fram mot 2030 skal inngå ved vurdering av fremtidig kapasitetsbehov, og det vil her være naturlig å bruke SSB sitt MMMM alternativ.
 - Hvilke endringer (medisinske og teknologiske) kan påventes i tiden fremover og hvordan vil dette kunne påvirke samlet fremtidig kapasitetsbehov?
 - Er det fagområder der en bør fase ut bruken av avtalespesialister i tiden fremover og er det fagområder der en vurderer at bruken av avtalespesialister bør økes?
- *Samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetakene*
Det er ønskelig med overordnede vurderinger av samarbeidet mellom avtalespesialistene og helseforetakene, inklusive fremtid oppgavedeling og utviklingsretning for samarbeidet.
 - Hva skal være førende for hvilke oppgaver som må/bør gjøres ved helseforetakene og hvilke oppgaver som kan legges ut til avtalespesialistene?

- Andelen nyhenviste hos avtalespesialistene
- Bruk av sykepleiere i avtalepraksis (jobb- og oppgavedeling)

Ved behov skal det vurderes utarbeidelse av handlingsplaner for aktuelle spesialiteter som nærmere konkretiserer optimal andel nyhenviste hos avtalespesialistene og en hensiktsmessig oppgavedeling mellom helseforetakene og avtalespesialistene.

➤ **Styringsdata**

Regional utviklingsplan for avtalespesialistområdet skal beskrive hvilke tilgjengelige styringsdata som finnes i dag og evt. beskrive behovet for nye styringsdata som sikrer en god ressursutnyttelse og riktig kompetanse både ved sykehusenes poliklinikker og innen avtalespesialistområdet. Eksempler på styringsdata kan være:

- Krav til faglig utvikling (deltakelse ved nasjonale og internasjonale seminarer/kongresser/faglige kurs)
- Andel nyhenviste
- Andel kontroller
- Kvalitetskrav til utstyr

4. Organisering av arbeidet

Det opprettes en arbeidsgruppe for å utarbeide planen. Arbeidsgruppen rapporterer til fagdirektør Helse Sør-Øst RHF. Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF er prosjekteier.

Ved behov for / ønske om å forankre den regionale utviklingsplanen for avtalespesialistområdet kan regionale fagråd og regionens fagdirektørmøte benyttes som referansegrupper.

Samarbeidsmøte mellom det regionale helseforetaket og de konserntillitsvalgte vil få forelagt den regionale utviklingsplanen for avtalespesialistområdet før den ferdigstilles.

Arbeidsgruppen har følgende medlemmer:

1. Geir Bøhler, Helse Sør-Øst RHF, leder
2. Erna Hogrenning, brukerrepresentant
3. Arild Kjetså, Sykehuset Sørlandet HF
4. Vegard Øksendal Haaland, Sykehuset Sørlandet HF
5. Petter Bugge, Oslo universitetssykehus HF
6. Erlend Hangaard, Oslo universitetssykehus HF
7. Håvard Kydland, Sykehuset Innlandet HF
8. Anne Kari Lind Fossen, NPF
9. Julius Okkenhaug, NPF
10. Morten Andersen, Dnlf

- 11. Sverre Dølvik, Dnlf
- 12. Daniel Nguyen, Helse Sør-Øst RHF
- 13. Michael Vester, Helse Sør-Øst RHF
- 14. Marit Folkestad, Helse Sør-Øst RHF

5. Tidsplan

Den regionale utviklingsplanen for avtalespesialistområdet skal ferdigstilles innen 01.03.17 og overleveres til prosjekteier.

Vedlegg 2 Innspill fra PKO nettverket angående bedring av samhandlingen mellom fastleger og avtalespesialister innen psykisk helse

Forslag til bedre samhandling mellom fastleger og avtalespesialister innen psykisk helse i HSØ-RHF. Fremsatt av PKO-lederne ved de ulike HF i regionen desember 2016.

Alle ønsker å samhandle godt hvis infrastrukturen for samhandling er til stede, samtidig som hver og en ser større fordeler for sin egen del ved å samhandle enn ikke å gjøre det.

- 1) Vi trenger psykologer / psykiatere MED KAPASITET til å ta inn NYE pasienter. Vi sitter med inntrykk av at mange spesialister innen dette feltet fyller opp sin kapasitet med utvalgte pasienter som går i terapi i årevis. Det må bli mer rom for korttidsvurderinger (1-2 konsultasjoner) og en påfølgende rapport med råd til videre oppfølging hos fastlege.
- 2) Det er et ønske om mulighet for felleskonsultasjoner med fastlege/pasient/psykiater.
- 3) Det tilbudet kommunene har til psykiatriske pasienter, dekker ikke det behovet vi har for hjelp til pasienter som blir avvist fra sykehus.
- 4) Det er svært viktig at det settes krav om inntak av nye pasienter / «turnover» av pasienter hos psykiaterne og hos psykologene. Bør kunne ha minst 2 nye i uka som et minimum! Det bør innføres et system for oppdatering av «ventetid» i et sentralt register («Velg behandlingssted», eventuelt på Helsenorge.no)
- 5) Det må være et krav om mulighet for elektronisk henvisning og epikrise. Dersom dette ikke overholdes, bør hjemmelen frafalles.
- 6) Det bør stilles skjerpede krav til gode henvisninger innen feltet «psykisk helse.» Spesielt bør disse inneholde opplysninger om eventuell rusproblematikk, omsorg for barn, arbeidsforhold og eventuelt pågående sykmelding. Henvisers oppfatning av hastegrad bør fremkomme. Spesialisthelsetjenesten burde utfordres til å definere «obligatoriske nøkkelopplysninger» som MÅ fremkomme i en henvisning – eventuelt satt opp med mulighet for avkrysningsbokser.
- 7) PKO bør kunne være observatør ved opprettelse av nye hjemler. Fastlegene står for brorparten av henvisningene til avtalespesialistene innen psykisk helse. Gjensidig informasjon om hverandre og forventet samhandling i en nyetablert praksis burde fremkomme i en ansøkningsprosess.
- 8) Tilgjengelighet til avtalespesialister innen psykisk helse er nærmest fraværende. En fast telefontid noen dager i uken (15-30 min) vil kunne forbedre samhandlingen mellom fastleger og spesialister i betydelig grad.
- 9) Det savnes «allmenn-psykiatere» som tar inn pas. til en generell psykiatrisk diagnostisk vurdering, som utfører en psykofarmaka vurdering og som kommer med råd for videre oppfølging. («Fast in – fast out» prinsippet.) Jfr. Pkt 1 over.
- 10) Det oppleves som svært tilfredsstillende både for avtalespesialisten, fastlegene og pasienten med SAMLOKALISERING i felles legesenter/helsehus. Skaper et godt grunnlag for god samhandling. Gevinst: Pasienten opplever trygghet ved god samhandling. God kommunikasjon «avverger» unødvendige henvisninger.
- 11) Mulighet for å henvise til et samordnet henvisningsmottak innen psykisk helse, med prioriterings- og ventelistefunksjon. Avklart offentlig oppdrag: Kan spesialistene velge sine pasienter selv? Hvor forpliktet er de til å ta imot et visst antall nyhenviste i året?
- 12) Legge organisering og drift av avtalespesialister under sykehusene. Fastleger henviser kun til sykehusenes DPS. Sykehusene «outsourcer» sine tjenester ut fra belastning og sørger for at ventetid holdes nede på et garantert nivå.
- 13) Det må utarbeides en oversikt over avtalespesialister innen psykiatri. Oversikten må inneholde særlige interessefelt, hvilke typer problemstillinger de tar i mot, samt forventet ventetid. Informasjon fra avtalespesialistene om behandlingstilbud er en mangelvare. Det fraværende samarbeidet mellom avtalespesialistene og det lokale DPS representerer en stor

utfordring. Avtalespesialistene bør i større grad knyttes opp mot det lokale HF, og informasjon om avtalespesialister bør bli en sentral informasjonsoppgave for det lokale HF sine hjemmesider, og via PKO-kanaler.

- 14) Man må utvikle en bedre samhandling mellom DPS og avtalespesialistene når det gjelder prioritering, inntak og behandling av pasienter.
- 15) Man bør tilstrebe ordninger der psykologer/psykiatere direkte kan bistå fastlegene i faglige spørsmål, i den hensikt å løse problemer på lavest mulig nivå. (Telefontilgjengelighet eventuelt fastlagte møter på fastlegens kontor.) En av fastlegene uttalte; «Slike møter har vært utrolig lærerikt og nyttige. De bidro til å tenke ulike løsninger og å våge å stå i mer selv. Synd de ble nedlagt pga ressurs hensyn. Jeg tror møtene kunne vært ressursbesparende på sikt.»
- 16) Må tilstrebe å unngå kronifisering med endeløse samtalerelasjoner hos spesialist.
- 17) Bemanningen av psykiatere og psykologer på DPS må styrkes betydelig før man sprer dette «tilfeldig» ut som privatpraktiserende hjemler, som det ikke synes mulig å styre med tanke på hvilke pasienter som tas inn, og som skrives ut. HF-ene / sykehusene er stedet som vi bør forholde oss til og hvor kompetansen bør lokaliseres.
- 18) Utvikle og bredde bruk av «Cluster modellen.» HSØ-RHF bør angi «cluster» tilhørighet på sin oversikt over spesialister.
- 19) Samarbeid underveis i pasientforløpet / epikriser underveis kan kanskje forkorte behandlingsforløpet hos spesialisten. Felles «overleveringskonsultasjon»
- 20) Kanskje noe å prøve:
Etablere felles henvisningsmottak/fordelingsmøte for hvert Cluster/DPS område. Fastlege deltar i fordelingsmøtet som del av offentlig allmennmedisinsk oppgave.
- 21) Viktigere enn ventetider er i hvilken grad et tilbud med avtalespesialist finner sin riktige plass i spesialisthelsetjenesten, og blir en effektiv del av helse Sør-Øst sitt «sørge-for» ansvar. For det er en klar utfordring at etablering av nye tilbud også kan bli en driver for økt behandlingsbehov. Det er viktig at fagområdet er egnet til denne type praksis, ved at praksis i størst mulig grad fylles av konsultasjoner som ellers ville måtte bli utført på sykehus, og at det ikke generere et «unødvendig» økt antall konsultasjoner. For det er en reell fare for at slike praksiser i mer eller mindre grad fylles av konsultasjoner som kunne vært utført hos fastlege, og at det etableres kontroller og oppfølging som ikke trenger ligge hos spesialisthelsetjenesten. Det er derfor avgjørende at fagområdet er egnet til en tydelig arbeidsfordeling, og at det er etablert klare avtaler med de lokale helseforetak. Dette er etter vår vurdering de store utfordringene inne psykisk helsevesen, hvor avtalespesialisters rolle, i alle fall i noen grad, ikke oppleves som en integrert del av spesialisthelsetjenesten, og kanskje fylles av konsultasjoner som ifølge nasjonale prioriteringsveiledere ikke trengte bli utført i spesialisthelsetjenesten.
- 22) Innen psykisk helsevern oppleves det at sykehuset selv (ved sine DPS) har et betydelig problem med manglende tilgang på psykiater og psykologspesialist. Vi tror det er nødvendig at Helse Sør-Øst ser nærmere på utfordringene ved DPS-ene og hvordan det kan løses ved å bruke avtalespesialistene på en konstruktiv måte, før man tenker opprettelse av nye hjemler under dagens ordninger. Derfor anbefales det at man ikke etablerer nye hjemler inne psykisk helsevern før man har fått på plass en ordning som sikrer at behandlingstilbudet blir en bedre del av regionens «sørge-for» ansvar. Men det er definitivt et behov for økt tilgjengelighet og økt behandlingstilbud innen psykisk helsevern, så det er viktig at de grunnleggende utfordringene finner en løsning, slik at man kan få et helhetlig og faglig godt tilbud.

PKO Østfold har utarbeidet www.fastlegeportalen.no (Fastlegeportalen). Den er laget kun med henvisninger og fastleger som målgruppe. Hver og en av omtrent 450 prioriteringsveiledere fra Helsedirektoratet er skrevet om som henvisningsmal. For psykisk helse (eks. habilitering) finnes det i alt 36 maler hvor av 7 maler for Voksenpsykiatri, 18 maler for BUP og 11 maler for TSB. Fastleger ser fordelen med å få en god del tekst «gratis» til henvisningen ved å kopiere fra Fastlegeportalen og lime i EPJ, hvor teksten også brukes som sjekkliste for å få med seg viktigste punkter i forhold til rettighetsvurdering.

Spesialister ser fordeler ved å ha relevant informasjon til rettighetsvurdering samt å ha en nøytral plattform å vise til når de kontakter fastleger pga. «dårlige» henvisninger. Ved slike kontakter dreier spesialisten fokuset fra den «dårlige» henvisningen til å be om komplettering iht. innholdet i Fastlegeportalens mal for aktuell lidelse. I takt med at antall ferdige henvisningsmaler i Fastlegeportalen øker, blir nettstedet brukt i stadig større utstrekning med ca. 80 oppslag/dag, hvilket er ca. 1/3 av total antall fastleger i Østfold. www.fastlegeportalen.no (Fastlegeportalen) vil bli nærmere presentert i kommende møte i Regionalt PKO-nettverk 16.02.2017.

- 23) Dersom avtalespesialistene innen psykiatri/psykologi kan pålegges større forpliktelser til å ta i mot pasienter fra DPS'et og fra fastlegene, vil det være fornuftig å opprette nye avtalehemler innen disse spesialitetene. Hvis det ikke er mulig, vil det være nærmest bortkastet å opprette flere hemler innenfor disse spesialitetene. Avtalespesialister innen psykiatri/psykologi må bli pålagt forpliktelser til å ta i mot pasienter henvist fra DPS og fra fastleger og ha en viss gjennomstrømning av pasienter.
- 24) Avtalespesialist hemler innen psykiatri, med leger som kan gjøre utredninger og medisinvurderinger, mangler da de fleste ikke har kapasitet til å ta inn nye pasienter slik vi opplever det.
- 25) Opprettelse av et henvisningsmottak med koordinerende funksjon er ønskelig innen fagfeltet «Psykisk helse og rus.» En slik «koordinerende enhet» må ha oversikt over avtalespesialistene innenfor dette feltet i det respektive DPS sitt nedslagsområde. Dette gjelder både særlige interessefelt hos spesialistene og ventetider. Dersom DPS-et mener at en pasient bedre vil kunne ivaretas hos en avtalespesialist, burde «koordinerende enhet» ha mulighet til å videreformidle henvisningen til best egnet instans.
- 26) Klargjøring av avtalespesialistenes ø.hj. ansvar, og en mer smidig måte å få ø.hj. time på. Igjen etterlyses bedre samhandling og koordinasjon mellom avtalespesialistene og DPS-et.
- 27) Generelt bør kommunikasjonen mellom primærhelsetjenesten og avtalespesialistene innen Psykisk Helse og Rus bedres. Elektronisk kommunikasjon må etableres.

Vedlegg 3 Merknader fra arbeidsgruppens representanter fra Norsk psykologforeningen

Psykologforeningens innspill til Regional plan for avtalespesialistområdet i Helse Sør Øst RHF

Generelle kommentarer til prosessen

Psykologforeningen viser til tidligere innspill og har noen generelle kommentarer til prosessen rundt arbeidet med regional plan. Psykologforeningens representanter i arbeidsgruppen har, i likhet med representantene fra Legeforeningen, gitt grundige muntlige og skriftlige innspill underveis i prosessen. Innspillene er dessverre ikke i særlig grad blitt verken hørt eller reflekteres i utkast til rapport. Arbeidet har dessuten for Psykologforeningens representanter vært preget av at vi har blitt møtt med, og måttet forsvare oss mot, «myter» om avtalespesialister.

Gjennomgående i rapporten uttales det at «Et flertall i arbeidsgruppen anbefaler....». Psykologforeningens representanter har ikke uttrykt meninger om de andre medisinske fagområdene i rapporten og anbefaler naturligvis heller ingen ting om disse. På samme måte har antakelig representantene fra andre spesialister i arbeidsgruppen vært nøytrale når psykisk helsevern har vært diskutert. Det gir derfor et feil inntrykk av arbeidsgruppens meninger å vise til "et flertall av arbeidsgruppen.." og samtidig vise til at enkeltrepresentanter mener noe annet.

Flertallet i arbeidsgruppen består dessuten av representanter fra RHF og HF, og rapporten bygger i stor grad på vurderinger fra disse. Da innspill fra de som representerer avtalespesialistene i arbeidsgruppen i svært liten grad er reflektert i arbeidet, kan rapporten ikke sies å være utarbeidet av arbeidsgruppen som sådan.

Dialogprosess og mål om å utvide avtalespesialistordningen

I 2014 startet Helsedepartementet, RHFene, Legeforeningen og Psykologforeningen opp den såkalte dialogprosessen med et formål om å styrke og utvide avtalespesialistordningen. I dette arbeidet var det et mål å bevare de kvaliteter som allerede ligger i ordningen, og samtidig sørge for nødvendig utvikling på enkelte områder. Det var derfor enighet mellom partene om flere punkter som skulle bidra til å utvikle ordningen, bl a nye rammeavtaler, mal og veileder for samarbeidsavtaler, krav om tilknytning til helsenett. En regional plan for avtalespesialistområdet i HSØ bør ta utgangspunkt i dette overordnede målet om å øke antall driftsavtaler. Dette bør presiseres innledningsvis. Slik rapporten nå foreligger kommer dette overordnede målet ikke tydelig frem. Rapporten anbefaler i stedet, på tynt grunnlag, flere nye utredninger før en kan vurdere å utvide ordningen med nye avtaler innen psykisk helsevern. Slik vi ser det innebærer dette et klart brudd med forutsetningen for dialogprosessen, og med klare politiske føringer.

Foreløpig ikke nye driftsavtaler innen psykisk helsevern

Helse Sør-Øst mener at psykisk helsevern skal prioriteres innenfor avtalespesialistordningen, men vil likevel avvente en beslutning om nye driftsavtaler innen psykisk helsevern inntil formaliserte samarbeidsavtaler er på plass for alle eksisterende driftsavtaler.

I ny rammeavtale inngått mellom Psykologforeningen og RHFene i januar 2016 forutsetter partene «aktivt og løpende samarbeid mellom avtalespesialistene, RHF og helseforetakene....». I dialogprosessen var det enighet mellom partene om at samarbeidet for de aller fleste fungerer godt

også i dag, men at det er viktig at ny rammeavtale legger til rette for at det kan inngås samarbeidsavtaler. I rammeavtaleforhandlinger med Psykologforeningen ble det presisert at det ikke er en betingelse for å starte eller drive avtalepraksis at samarbeidsavtale er inngått.

Psykologforeningen mener at HSØ ved å avvente en beslutning om å øke antall driftsavtaler inntil formaliserte samarbeidsavtaler i alle eksisterende avtaler er på plass, forsinker prosessen med en nødvendig utvidelse av driftsavtaler innen psykisk helsevern. I stedet burde HSØ prioritere å få på plass samarbeidsavtaler i de tilfeller samarbeidet ikke fungerer tilfredsstillende, og eventuelt få på plass samarbeidsavtaler for nye driftsavtaler.

Utkastet til rapport presiserer at depresjon og angst medfører store kostnader både for pasienter og for samfunnet i form av uførhet og manglende evne til å delta i arbeidslivet. Vi vet at det finnes en stor gruppe pasienter med disse lidelsene. Når en samtidig vet at avtalespesialister har et betydelig større antall behandlingstimer pr dag enn spesialister i poliklinikkene, er det vanskelig å forstå at HSØ vil utsette å utvide tilbudet til pasienter med psykiske lidelser. HSØ viser i rapporten til påstander som ikke underbygges av kunnskap eller faglige vurderinger, men som i stor grad bygger på myter om avtalepraksis.

Oppgaveforskyvning i avtalepraksis

Rapportutkastet skisserer en rekke ulike tiltak innen psykisk helsevern. Inntektssystemet til avtalespesialistene er i dag i stor grad bygget opp rundt direkte pasientarbeid. Dersom helsemyndighetene ønsker at avtalespesialister innen psykisk helsevern skal bruke mer tid på samhandling/samarbeid som veiledning, samkonsultasjoner og faste møter med bl a fastleger, DPS og kommunale tjenester, vil det bli mindre tid til direkte pasientarbeid. I så fall må inntektssystemet for avtalespesialister endres.

Psykologforeningen er kjent med at Legeforeningen har hatt møte med administrerende direktør i Helse Sør Øst RHF Cathrine Lofthus om oppfølging av dialogprosessen og arbeidet med regional plan for avtalespesialister. En kopi av dette dokumentet sendes derfor også til Lofthus.

Vi ber om at våre innspill og kommentarer vedlegges rapporten når denne sendes på høring slik at også høringsinstansene ser våre vurderinger.

Med vennlig hilsen
Norsk psykologforening

Julius Okkenhaug
Spesialrådgiver

Anne Kari Lind-Fossen
Avtalespesialist i klinisk psykologi

Vedlegg 4 Innspill fra PSLs deltakere i arbeidsgruppen

Legeforeningens innspill til handlingsplan for avtalespesialister i Helse Sør Øst RHF

Legeforeningen viser til tidligere innspill og møter med Helse Sør-Øst RHF (HSØ) om utarbeidelse av regional plan for avtalespesialister i HSØ.

Siste utkast til plan ble mottatt av medlemmene i arbeidsgruppen den 15. mai, med frist til 22. mai for de siste innspillene. Før dette har Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL), som har hatt to medlemmer i arbeidsgruppen, gitt svært grundige skriftlige og muntlige innspill til arbeidet. I tillegg har Legeforeningen gitt kommentarer til arbeidet i møter underveis, både på sekretariats- og direktørnivå.

Slik rapporten nå foreligger, gjenfinnes i liten grad bidragene fra avtalespesialistene. Rapporten fremstår dermed ikke som et dokument arbeidet frem av arbeidsgruppen. HF og RHF har hatt det overveldende flertall i gruppen, og rapporten fremstår som et arbeid som i stor grad bygger på HF og RHF sine vurderinger. Selv om samspillet mellom HF og avtalespesialistordningen er viktig, er en av hovedinnvendingene våre til utkastet til regional plan at den har fått en slagside mot HF. Særlig synes det som vurderingene vedrørende behov for avtalespesialister ikke er fundert i det helhetlige sørge-for ansvaret, men først og fremst er knyttet til behovene kommunisert fra HF. Det vises til at det i rapporten synes å være større fokus på hvilke spesialiteter man ikke skal ha i avtalepraksis, (uten en særlig grundig faglig forankring av dette) enn hvordan man på kort og lang sikt kan utvikle avtalespesialistordningen til å bli en enda større del av spesialisthelsetjenesten. Vi er for øvrig kjent med at psykologforeningen har hatt lignende innvendinger til prosessen.

Det er viktig at en regional plan for avtalespesialistordningen gir en retning og et mål for det videre arbeidet med ordningen. Vi savner at det fremgår klart at HSØ har til formål å styrke avtalespesialistordningen, og at denne rapporten skal være et redskap i denne satsningen. Slik den foreligger pr nå er det uklart for Legeforeningen hvordan planen kan og skal benyttes i det videre arbeidet.

Vedlagt er våre kommentarer til rapporten. Vi mener at kommentarene som er inntatt under de ulike punktene i selve rapporten i liten grad gjenspeiler våre innvendinger, og derfor ikke imøtekommer innspill som er gitt underveis. Vi har derfor oversendt et vedlegg med våre innspill, slik som i forrige runde. Vi forutsetter at innspillet vedlegges rapporten når den sendes på høring slik at høringsinstansene får innsikt i partenes vurderinger.

Med hilsen
Den norske legeforening

Lars Duvaland
Avdelingsdirektør

Hanne Riise-Hanssen

Innspill fra Legeforeningen til HSØs regionale plan for avtalespesialistordningen – 22. mai 2017

Det vises til Regional plan for avtalespesialistområdet. Innledningsvis gir vi noen generelle og overordnede innspill til planen. Deretter kommer våre kommentarer til de ulike kapitlene i rapporten.

□ Rapporten tar utgangspunkt i kapasiteten til HF/avtalespesialister samlet sett, og vurderer behovet for nye hjemler ut fra det. Vi mener dette bryter med det overordnede prinsippet om en utvidelse av avtalespesialistordningen. Utgangspunktet for en plan må være politiske føringer, pålegg i oppdragsdokumenter mm om at avtalespesialistordningen skal videreutvikles, og at antall hjemler skal økes. Hovedhensikten med en slik plan må være at den inneholder konkrete anbefalinger for utvikling av ordningen. Planen fokuserer derimot på *omfordeling av allerede eksisterende hjemler*, og anbefalinger om *utfasing av enkelte spesialiteter*. Planen bærer preg av å være grunnlag for hvordan man får mest ut av avtalespesialistene man allerede "disponerer" – og å skaffe et beslutningsgrunnlag i planen til å omdisponere avtalehjemler etter behov. Utgangspunktet er derimot at man har de avtalespesialistene man har, og hovedregelen er at disse hjemlene skal videreføres. Er det behov for flere hjemler innenfor ulike områder, må utgangspunktet være at det opprettes nye hjemler. Vi er enig i at en omdisponering av en hjemmel må ha grunnlag i overordnede føringer i planen. Vi mener imidlertid at det ut fra rapporten synes å være et formål med planen å legge til rette for omdisponeringer. Vi viser til at det følger av rammeavtalen at omdisponering av hjemler kun skal skje unntaksvis. Planen må vise til rammeavtalens bestemmelser om omdisponering, jf § 11.2, og det bør framgå at uavhengig av Riksrevisjonens anbefaling eller føringer i planen, må rammeavtalens bestemmelser om omdisponering følges.

- Planen bør omtale rammeavtalens bestemmelser om omdisponering
- Vi ber om at økning av antall hjemler konkretiseres ytterligere i planen.

□ Planen bryter med det avtalebaserte samarbeidet mellom Legeforeningen og RHFene på flere områder. Dette er uheldig av flere grunner. Planen gir liten forutsigbarhet for avtalespesialistene da flere forhold som bør være regulert i rammeavtalen, omtales i planen. Det er en forutsetning for avtalespesialistordningen at forhold som har betydning for drift og videreføring av avtalehjemler skal være fastsatt i rammeavtalen. Vi mener at flere tema ikke bør behandles i handlingsplan. Dels er disse punktene regulert i selve Rammeavtalen (kvalitetsindikatorer). Dels hører de hjemme i de samarbeidsavtalene som skal inngås mellom avtalespesialister og HF med hjemmel i rammeavtalen § 1.3 og de rammene partene har satt for dette i etterfølgende forhandlinger. Dels hører de hjemme på andre arenaer (bruk av sykepleiere, jobbglidning osv).

Prinsipielt bør *kvalitetsindikatorer* være nasjonale og uavhengig av om man jobber som avtalespesialist eller spesialist i et HF. Man bør i hvert fall vurdere kritisk hvilke parametre det kan være aktuelt for HSØ å innføre som egne kvalitetsindikatorer for avtalespesialister i en region. Det er videre bestemt i protokoll til rammeavtalen at partene skal ha et felles arbeid med kvalitetsindikatorer. Det ble vedtatt nedsatt en arbeidsgruppe på landsbasis som skal se på dette. I tillegg er f.eks forslaget om fastsettelse av «optimal andel nyhenviste» som indikator et komplisert tema, og det krever mer grunnarbeid og en annen fagkompetanse enn arbeidsgruppen besitter. Det er ikke naturlig at dette reguleres i en regional plan.

Det er også en annen grunn til at styringsdata bør være fremforhandlet mellom partene og inntatt i rammeavtalen. Rammeavtalen inneholder bestemmelser om tiltak for å rette forhold i avtalepraksis og hvilke beføyelser RHF har dersom disse ikke rettes, jf § 10.6. Her fastsettes også saksbehandlingsregler. Hvordan har RHF tenkt at de foreslåtte styringsdata skal brukes? Hva skal eventuelle sanksjoner være hvis de ikke oppfylles? Hva med hensynet til lik nasjonal regulering og praktisering hvis et RHF vedtar egne "styringsdata?"

- Vi ber om at kapittel 8 tas ut av rapporten. De foreslåtte styringsdataene/oppfølgingsparametre må avtales mellom de sentrale partene i rammeavtalen.

□ Planen omtaler også hvorvidt det er «spesialiteter som bør fases ut av ordningen». Vi minner om at det er regjeringens politikk at ordningen skal utvides og styrkes. En regional plan skal naturligvis ha føringer for hvilke spesialiteter som bør prioriteres. Dersom planen skal gi anbefalinger om spesialiteter som ikke lenger skal omfattes av ordningen, bør dette utredes grundig og begrunnes faglig på en mer tilfredsstillende måte. Slik denne arbeidsgruppen er satt sammen, er den ikke egnet til å foreta de faglige vurderinger som må gjøres før man eventuelt anbefaler en utfasing av eksisterende spesialiteter i ordningen. Dette vil også kunne endre seg over tid, og planen er ment å være et styringsdokument som skal kunne brukes over tid. Det er i alle fall uheldig at HSØ i tilfelle binder seg til slike prinsipper for en så lang periode. I tillegg mener vi at argumentene for utfasing til dels er mangelfulle. At det er få avtalehjemler innenfor enkelte av spesialitetene som foreslås utfaset er ikke et argument i seg selv for at de ikke skal videreføres, og ikke nødvendigvis heller et argument for at det ikke er behov for slik kompetanse i avtalepraksis. Et slikt argument innebærer at man hopper fra ren faktabeskrivelse (få avtalehjemler) til konklusjon (utfase spesialiteten). Vurderingstemaet bør ikke kun være at om det er få avtalespesialister innen en region. Planen må dokumentere og vurdere hva som er behandlingsbehov i regionen. Man må begynne å definere behov innen ulike spesialiteter og deretter hvordan behovet skal dekkes. Vi gjør for øvrig oppmerksom på at en årsak til at det er få avtalepraksiser innenfor en del spesialiteter, f.eks ortopedi, er at normaltariffen ikke gir tilstrekkelig finansiering for en lønnsom virksomhet. Vi minner om at partene i normaltariffen arbeider med en løsning for finansiering av særlige kostnadskrevende prosedyrer, og at dette arbeidet kan legge til rette for at mer behandling kan legges ut i avtalepraksis. Det er uheldig om HSØ i en regional plan begrenser mulighetene for utvikling, i strid med partenes arbeid med finansieringen. Planen viser også til at enkelte fagområder bør ivaretas i HF for å sikre tverrfaglighet. Vi mener, og det er mange gode eksempler på, at tverrfaglighet like godt kan ivaretas i avtalepraksis. Dette gjelder for eksempel omtale av fagområde fysikalsk medisin, og vi slutter oss til den vurderingen som er innsendt av styret i norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering. Vi kan derfor ikke på nåværende tidspunkt stille oss bak rapportens omtale/konklusjon av hvilke spesialiteter som eventuelt skal fases ut av ordningen. Vi har likevel noen kommentarer til enkelte av spesialitetene, se nedenfor.

□ Det er også problematisk at ventetid brukes som et såpass viktig argument. Vi er ikke uenig i at ventetid kan være et relevant moment. Likevel vil ventetid innenfor ulike fagområder kunne variere over tid. I tillegg er det store utfordringer med ventelistestatistikken fra HFene, noe som tilsier at det man bør være varsom med å legge for stor vekt på ventelistestatistikk. Det heter i rapporten at "Ventelistesituasjonen ved helseforetakene i regionen er bedret betraktelig de senere årene, og at antall fristbrudd for pasientene er betydelig mindre." Vi mener at rapporten burde vist til den siste tids medieomtale om sykehusenes praksis knyttet til ventelisteføring. Det er flere steder rapportert at sykehusenes praksis innebærer at man "skjuler" faktisk ventetid, og dermed unngår fristbrudd. Helse- og omsorgsministeren har reagert på praksisen, og bedt Helsedirektoratet om å undersøke saken.

- Vi mener at omtalen i 4.6 bør presiseres i tråd med ovennevnte innspill.

4.4/4.5 Ny utdanningsstruktur for legespesialister og LIS i avtalepraksis

Vi mener at det er positivt at planen fastslår at mye av utdanningsforløpet innenfor flere spesialiteter bør gjennomføres i avtalepraksis for å sikre utdanningskandidatene tilgang på de alminnelige lidelsene.

Planen viser til at det nye spesialistutdanningsregelverket i større grad åpner for utdanning i avtalepraksis og at dette er et argument for at avtalespesialistene bør etablere seg i gruppepraksiser. Det heter på side 20 at "En driftsavtale er personlig, og RHF kan ikke innenfor dagens regelverk "plassere" en driftsavtale i et kontorfellesskap, da dette er opp til den som tildeles en driftsavtale." Omtalen er noe upresis. Dette er regulert i rammeavtalen punkt 6.1 første ledd der det heter at "RHF fastsetter lokalisering av hjemmel. Dersom nyopprettet hjemmel skal tilknyttes eksisterende praksis skal dette avtales med praksisinnehaver(ne) og fremgå av utlysningen. Ved uenighet om vilkår for inntreden i praksis, skal reglene om Nasjonal nemd gjelde tilsvarende." Dette viser at RHF kan gå i dialog med eksisterende avtalespesialister og bli enig om å plassere nye hjemler i praksis. Ordningen med nasjonal nemd sikrer at det er en mekanisme på plass for eksisterende og ny hjemmelshaver å få avklart betingelsene for inntreden dersom de ikke selv blir enige.

- Vi ber om at kommentaren til figur 4.1 (på side 20) rettes i tråd med ovennevnte.

4.7 Hvilke oppgaver må/bør gjøres hvor og av hvem (Oppgaveglidning)

Vi har gitt innspill til punktet i mandatet om "Samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetak". Punktet videreføres og omtales i punkt 4.7 i planen. Det står at "Dnlf har gitt innspill om at kapitlet om jobbglidning ikke hører hjemme i arbeidet med en regional plan og at temaet har mange utfordringer som ikke drøftes godt nok. Da oppgaveglidning er en del av mandatet for arbeidsgruppen har RHF-ets representanter likevel valgt å omtale temaet kort." Vi mener at denne omtalen ikke i tilstrekkelig grad viser hvorfor oppgaveglidning ikke bør behandles i planen og hva som er utfordringene.

Når det gjelder oppgaveglidningen som planen skal behandle, er det uklart hva som ligger i dette, og hvilke typer oppgaveglidning planen skal omhandle. Vi mener at de overordnede føringene/standarden for hvilke prosedyrer/behandlinger som gjøres i hvilken del av helsetjenesten må bestemmes nasjonalt. Oppgaveglidning mellom AS og HF må avtales særskilt mellom den enkelte avtalespesialist og HF, i henhold til rammeavtalen § 1.3. De lokale partene (HF og avtalespesialistene) må være enig om å inngå avtale, og enige om innholdet i avtalen. Det er ikke slik at HFene kan velge å "legge ut" noe til avtalespesialistene. Vi minner om at det overveldende flertall av pasientene henvises fra primærhelsetjenesten, og ikke er noe som "legges ut" fra HFene. Vi ber om at dette endres i planen (øverst på side 22). Vi minner om at det allerede er et samarbeid mellom de sentrale avtaleparter (RHFene og Legeforeningen) og HSØ planen bør bygge videre på dette arbeidet.

Det står i rapporten at slik arbeidsgruppen er sammensatt, er den ikke egnet til å behandle spørsmålet, og at dette bør gjøres innenfor hver spesialitet og med deltakelse fra HF og avtalespesialister.

- Vi er enig i denne vurderingen, og mener derfor at punkt 4.7 i sin helhet burde tas helt ut av planen.

5 Hva sier fastlegene?

Når det gjelder forslag til bedre samhandling mellom fastlege og AS innen psykisk helsevern, må det gjøres en prioritering i planen, med utgangspunkt i avtalespesialistens samlede kapasitet. Å pålegge mer samarbeid, andre rutiner mm i tråd med listen inntatt i vedlegg vil ha konsekvenser for den kapasiteten avtalespesialisten har til å drive behandling, samarbeid med HF osv, osv. Det er positivt at listen er lagt som et vedlegg til planen.

6 Kommentarer til de ulike spesialitetene

Vi har nedenfor gjengitt noen kommentarer knyttet til fagene anestesi, ortopedi og fysikalsk medisin. Vi kommer eventuelt tilbake med mer konkrete kommentarer til de andre spesialitetene.

Fysikalsk medisin, jf. pkt. 6.1.1

Planens omtale og analyse i kapittel 6.1.1 viser at det er mangelfull kunnskap om spesialiteten Fysikalsk medisin og rehabilitering, og særlig hvordan faget fysikalsk medisin har utviklet seg de senere årene.

Fysikalsk medisin innebærer spesifikk diagnostikk av smertetilstander i muskel skjelettaparatet, og svært mange av pasientene som vurderes ved fysikalsk medisinske poliklinikker i dag har kun poliklinisk time hos lege og trenger ikke ytterligere tverrfaglig vurdering. Spesialister i fysikalsk medisin evner nettopp å avklare om pasienten trenger videre tverrfaglig oppfølging eller ett mer spesialisert rehabiliteringstilbud.

I likhet med styret i NFFR støttes det at HF skal ha egne avdelinger/poliklinikker innen fysikalsk medisin og rehabilitering ,men vi mener at det er gode faglige og helseøkonomiske grunner til at opprettelse av spesialisthjemsler innen fysikalsk medisin og rehabilitering er riktig prioritering.

Egnethet – faget egner seg for avtalepraksis

Fysikalsk medisin og rehabilitering er en praktisk klinisk spesialitet og det brukes lite teknisk utstyr (ultralyd). Spesialistpraksisen krever relativt lave investeringer sammenlignet med andre spesialiteter og vil ha lavere kostnader fra det offentlige sammenlignet med andre privatpraktiserende spesialister. Etablering i tverrfaglige spesialistsenter med rheumatologer og nevrologer vil gi en mer komplett diagnostisk kompetanse.

Behov

Muskel- og skjelettplager er svært vanlig i befolkningen. 75 – 80 % vil i løpet av en måned oppleve slike smerter/plager. Muskel-skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til korttids sykefravær (kortere enn 2 uker), nest etter forkjølelse og andre luftveissykdommer. Muskel- og skjelettlidelsene er den hyppigste årsaken til trygdeytelser; blant annet representerer disse lidelsene ca 40 % av sykefraværet og 30 % av alle nye tilfeller av uføreytelser. I tillegg kommer egenmeldinger. Den nest største diagnosegruppen, psykiske lidelser, ga til sammenligning opphav til 15 % av sykefraværstilfellene og 25 % av nye uføreytelser. Pasienter med muskel-skjelettsykdommer burde i enda større grad enn i dag vært vurdert av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering vil i samarbeid med fysioterapeuter i kommunen kunne lage gode behandlingsforløp og sikre god konservativ behandling. Vi viser også til innspillet fra PKO (praksiskonsulentene) der fysikalsk medisin og rehabilitering er på 4 plass i regionen sett i forhold til fagområdet som er etterspurt.

Samhandling

Kommunen har etter samhandlingsreformen fått et større ansvar for rehabilitering. Mange pasienter vil etter alvorlig sykdom eller skade ha en livslang funksjonsnedsettelse. Forløpet etter akutte skader og sykdom er sjelden lineært. Skal en sikre god kvalitet vil det være jevnlig behov for vurdering av spesialist m.t.p. funksjon og rehabiliteringsbehov. Denne vil kunne vurdere

behov for og henvise til rehabiliteringsopphold, veilede kommunale rehabiliteringsteam og sammen med pasient sikre nødvendig helsetilbud. Opprettelse av private spesialisthjemler i fysikalsk medisin og rehabilitering vil bidra til samhandling i praksis.

Anestesi jf. pkt. 6.2

Når det gjelder "smerteklinikkene" vil vi påpeke at HSØ oppmuntret i sin tid avtalespesialister til å slå seg sammen i større enheter, og dette ble da gjort i forståelse med HSØ. Det er for oss vanskelig å se hva som her er problemet, idet en virksomhet med flere spesialister /spesialiteter vil kunne fungere bedre faglig, noe pasientene er tjent med.

Vi reagerer også på prosessen der f.eks. Smerte-Medisinsk Institutt, som er godkjent av HSØ som "tverrfaglig smerteklinikk", med et pennestøk fratas betegnelsen uten at avtalespesialistene ble involvert.

Vi har også en kommentar til det rapporten skriver om at "Arbeidsgruppen er usikker på hvilken effekt et slikt tilbud har, og viser til at det også er en pågående og langvarig diskusjon omkring behandling av smertepasienter". Det kan synes som om smertebehandling som utføres ved avtalespesialister trekkes i tvil og påstås å være udokumentert. Dette til tross for at behandlingen er dokumentert og utføres ved offentlige og "private" klinikker flere steder i Norge, og ved anerkjente klinikker internasjonalt. Vi påpeker at uansett er ikke arbeidsgruppen sammensatt slik at den har kompetanse til å foreta vurderinger om hva som er evidensen av behandling innenfor et såpass faglig komplekst området.

Det bør understrekes at pasienter som henvises til en smerteklinikk allerede har kronifiserte tilstander som ofte må behandles i et behandlingsforløp som kan ta tid og kreve flere konsultasjoner. Slik sett er det riktig og verdifullt for pasientene at avtalespesialistene tilbyr dette i motsetning til Universitetssmerteklinikkene som vil måle sin aktivitet i "ferdig tverrfaglig utredet" og ikke i antall pasientkontakter. De ønsker å overføre pasientene raskt til fastlegene. Mange fastleger har meldt tilbake at det er krevende å behandle pasienter med kroniske smerter.

Ortopedi, jf. pkt. 6.4.2 6

Ofte blir akutte frakturer som trenger kirurgi ved både SØ og AHUS, ikke behandlet i akutfasen, men opp til 2 uker etter skadedato. Pasienter blir sendt hjem fordi det ikke er kapasitet til å behandle disse akutt. Dette dokumenterer den manglende behandlingsskapasitet. Med andre ord er det stort behov for ortopeder for å avhjelpe pasientstrømmen, slik at det blir rom for akutte innleggelser i HF-ene. Det er ikke uvanlig at pasienter i de aktuelle regioner betaler for operativ bruddbehandling i private sykehus.

Det er også dokumentert (offisielle ventetider Helsenorge.no tatt ut 21.03.17) at henviste pasienter innenfor de fleste ortopediske tilstander, har meget lang ventetid for behandling, opp til et drøyt år. Eksempler er Sykehuset Østfold HF: Kne 40-44 uker, (tid til vurdering + tid til behandling), skulder 72 uker, hånd 88 uker, ankel 66 uker, fot 60, albue 60 uker. De fleste av disse utredningene og inngrepene kan gjøres hos avtalespesialist innenfor total ventetid på mindre enn 1 måned. Med utfasing av ortopedi fra avtalepraksis, blir ventetiden for pasientene ytterligere forlenget. I tillegg har Helsedirektoratet rapportert at dataprogrammene som viser aktuelle ventetider, har store feil som har ført til at ventetider er enda lenger enn de som er oppgitt i ventelistene til HFene.

Dette viser at omtalen av ortopedi og at begrunnelsen for å fase ut denne spesialiteten i avtalepraksis er noe unyansert, og vi ber om at det tas hensyn til det i rapporten.

Områder der kapasiteten oppfattes som tilstrekkelig

ØNH

Legeforeningen påpeker at når det gjelder ØNH-faget registrerer avtalespesialistene en økende henvisningsmengde, og mange rapporterer om lengre ventetider. På samarbeidsmøtet mellom avtalespesialister og HF i Vestre Viken 29. mars 2017 var dette unisont, og avdelingssjefen på ØNH har uttrykt at det er behov for i hvert fall én ny avtalehjemmel i Vestre Viken området. Det er derfor viktig at det gjøres en grundig behovsanalyse dersom det blir aktuelt å omdisponere noen av hjemlene innenfor disse spesialitetene.

Gynekologi Om *geografisk tilhørighet* AS er listet opp knyttet til et HF, for eksempel OUS og Oslo spesialistene osv. Dette medfører ikke riktighet. For mange regioner er det praksis og også i noen tilfelle geografisk og kommunikasjonsmessig lettere, å benytte en AS utenfor det HFet man som pasient hører til. Mange AS henvender seg til mange ulike HFer. Dette tilsier at det bør utvises forsiktighet med å trekke for bastante konklusjoner om dekningsgrad i de ulike delene av regionen.

Oppgaveglidning Omtalen på side 29 tar i praksis for seg oppgaveglidning basert på diagnoser og etter vår vurdering dårlig begrunnet og bærer preg av synsing. Legeforeningen er ikke imot oppgaveglidning der dette er hensiktsmessig og kunnskapsbasert, men det er et stort og komplisert spørsmål som trenger mye bredere arbeid for å konkludere. Planen kan gi inntrykk av at RHF argumenter for at noe skal fra AS til fastlegene og derved indirekte argumentere for reduksjon i antall hjemler i noen fag i noen regioner. Vi minner igjen om at hensikten med rammeavtalen § 1.3 var å få til lokale avtaler mellom avtalespesialisten og ulike HFer for å få nye pasientsløyfer og nye samarbeidsmodeller blant annet for å få oppgaveglidning av pasienter FRA HFene til avtalespesialist. Planen er uklar på flere punkter, men det kan det synes som den inneholder en presentasjon av dagens status, redegjørelse for hvor det bør styrkes ift geografisk dekning, og der det er underdekning i noen fag, kan det synes som om utkast til plan argumenterer for hvordan oppgaver kan flyttes til fastleger, eventuelt omdisponering av eksisterende hjemler. 7

Særlig om diagnosesetting Gynekologi spesialister bruker tre ulike parametere for å dokumentere pasientbehandlingen: 1. Prosedyrekoder 2. Takster 3. Diagnoser; hoveddiagnose og bidiagnoser. Frem til nå har det ikke hatt betydning hva vi setter som hoveddiagnose. Ofte brukes diagnosen: "Gynekologisk undersøkelse". Henvisning fra fastlegen inneholder ofte D: abdominalsmerter, eller "Henvisning til gynekologisk undersøkelse med prevensjonsveiledning pga invalidiserende mens smerter." I det første tilfellet finner vi mange ganger ikke noe galt ved gyn undersøkelse. Der mange ofte bruker er gynekologisk undersøkelse, kunne man like gjerne brukt diagnosen Abdominalsmerter. I det andre tilfellet er pasienten henvist for vurdering av invalidiserende menssmerter der man kanskje ender opp med å sette inn en hormonspiral. Diagnostiseringen kan da fort bli:

Hoveddiagnose: prevensjonsveiledning

Bidiagnose: Spiralinsetting Dysmenore

Hoveddiagnosen kunne like gjerne vært: Dysmenore. Dette viser at statistikken HSØ legger frem ikke er pålitelig og ikke er dekkende for det AS driver med. Saken har vært diskutert tidligere, og ikke fulgt opp fra HSØ sin side. Dette viser igjen at det er problematisk at det AS gjør skal dokumenteres på tre ulike måter uten at det behøver å være samsvar mellom disse tre. I stedet for å hevde at " det kan synes som om en god del av disse konsultasjonene burde vært håndtert i primærhelsetjenesten"(øverst på side 29) bør heller HSØ bidra til forenklet rapporterings verktøy for AS.

7 Psykisk helsevern

Rapporten drøfter ulike tiltak innenfor psykisk helsevern, herunder muligheter for utvidet samarbeid med fastleger og DPS. Hvis RHF og HF ønsker en annen profil for avtalespesialistenes tid og kapasitet, er det legitimt, men det må da foreligge driftsmessige og økonomiske incentiver til slike endringer. I dag forholder avtalespesialistene seg til «normtall» på 1050 konsultasjoner pr år.

Dersom helsemyndighetene ønsker mer tid til samhandling og samarbeid med fastleger, DPS som veiledning, samkonsultasjoner, faste møter, innebærer dette mindre tid til eget direkte pasientarbeid og færre konsultasjoner. Å øke det ene vil ha konsekvenser for det andre. Det blir ikke bedre kapasitet av å samhandle mer, men det blir en litt annerledes profil på praksisen. Det må også gis økonomiske incentiver til denne endringen i retning av en mere åpen og samhandlende avtalepraksis. Det nåværende inntektssystemet er i stor grad bygget opp rundt direkte pasientbehandling uten å legge tilsvarende vekt på samhandlingsaspektet mot fastleger eller DPS.

Kommentar til punkt 7.1 om "Prioriteringsforskriften" AS innen psykiatri forholder seg også til prioriteringsforskriften ved å svare på henvisninger innen 10 dager, selv om de ikke juridisk er bundet av denne. Det bør ikke stå uimotsagt som "en sannhet" at AS innen psykiatri ikke svarer på henvisninger eller bruker flere måneder. Dette er et eksempel på anekdotisk informasjon som presenteres og generaliseres. Mange AS innen psykiatri jobber alene. Da blir kapasiteten også preget av dette. De fleste får langt flere henvisninger enn de har kapasitet til å håndtere. Derfor må en del avslås. 8

Kommentar til punkt 7.2 om "Kapasitet"

Avtalepsykiaterne er opptatt av turnover. Dette kan måles gjennom tall som sendes inn til NPR og HELFO, spesielt takstene 4e og 625a. Samtidig skal de generelt kunne gi lengre tids behandling enn DPS. De skal også kunne gi kontinuitet. Dette betyr det at etterhvert som de har mange pasienter som de kjenner fra tidligere behandling og som kan henvises tilbake. De får da rask time og kan i mange tilfeller etter noen få timer, avsluttes igjen. Diagnoser sendt inn til NPR kan for øvrig også være en måte å følge opp/måle praksisen.

Kommentar til punkt 7.3 om "Praksisprofiler"

Det er positivt at planen er endret og tilpasset på dette punktet. Det er også riktig det som står at det vurderes hva AS kan tilby og hva HF tilbyr av terapitilbud - om dette skal være det samme eller komplementært er et adekvat spørsmål. Slik situasjonen er nå, er det nesten bare AS som kan tilby lengrevarende terapitilbud.

Kommentar til punkt 7.6 om "Hva er gjort tidligere?"

Clusterordningen Det er brukt mye ressurser på å etablere clusterordningen som for mange AS har medført utfordringer, men kan også ha medført et bedre samarbeid mellom fastleger og AS. Det er ikke dokumentert hvilken effekt denne ordningen har hatt, og fordeler og ulemper er ikke redegjort for. Det påpekes at det ikke er mulig å konkludere ut fra undersøkelse med en svarprosent på 12%. Det kunne vært investert mer i Clusterordningen. Det er etablert en del gode samarbeidslinjer og gjensidig forståelse, men det finnes et betydelig forbedringspotensiale. Ett problem er at nye hjemmelshavere ikke blir informert om hvilket cluster de tilhører, og det kan ta lang tid før de kommer på mailinglisten til Clusterets deltagere. Noen steder har det ikke vært møter. Clusterordningen synes ikke ordentlig utprøvd.

Kommentar til 7.7.1 og 7.7.2 "Samkonsultasjoner/veiledning" og "Samarbeid fastlege-avtalespesialist"

En fellessamtale er erfaringsvis svært nyttig når en terapi allerede er etablert og videre samarbeid skal avklares og informeres om. Det synes svært kostnadskrevende og ressurskrevende dersom det er tenkt at fellessamtalene skal være ledd i en utredning om pasienten trenger terapi hos spesialist eller ikke. Her vil tettere samarbeid mellom AS og fastlege der pasienten diskuteres og vurdering gjøres på bakgrunn av en felles samtale synes mer hensiktsmessig. Dersom det er slik at allmennleger etterspør mer veiledning av psykiater og det er allerede eksisterende gode tilbud for dette flere steder i Helse Sør Øst. Psykiatere og andre ansatte ved DPS har ved flere legekontorer fast avtaler om møter hvor fastleger diskuterer pasientsaker og får veiledning og råd. Denne ordningen kunne etableres ved alle fastlegekontorer og AS kunne inngå i dette samarbeidet.