

**Vi vil spesielt be om tilbakemelding på følgende:**

Vi ber spesielt om tilbakemeldinger på de vurderinger som prosjektgruppen har gjort sortert under punktene;

1. Desentralisering gjennom ambulering fra helseforetakene eller bruk av avtalespesialister?
2. Hvordan benytte avtalespesialisthjemsler?
3. Samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialistene og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Utover det er vi åpne for alle typer tilbakemeldinger.

Svar på høringsuttalelse: «Organisering av avtalespesialister i HMN»

Det vises til tilsendte rapporter og høringsuttalelse. Jeg har vært i 50% avtalepraksis i psykiatri fra 010312 og vil svare for dette fagfeltet. Under har jeg limt inn avsnitt fra rapporten som jeg ønsker å kommentere.

Med hilsen Ottar Bjerkeset

Lege dr med og spesialist i psykiatri  
[www.drbjerkeset.no](http://www.drbjerkeset.no)  
1 amanuensis Voksenpsykiatri, NTNU

## 7 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

### 7.1 Sammendrag

Et av målene for dette prosjektet er å få til en endring i bruk av avtalespesialister, mer integrert med helseforetakene. Arbeidsgruppen ser at dette er fornuftig, men mener det vil være viktig at man utvikler et samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialistene som er av en slik art at attraktiviteten ved avtalepraksis ivaretas. Avtalespesialister har i dag relativt høy aktivitet innenfor direkte pasientkontakt (terapi samtaler). En av årsakene til den høye aktiviteten er knyttet til organisering. Redusert møtevirksomhet og administrative oppgaver tillater avtalespesialistene å bruke vesentlig større andel av sin arbeidstid på direkte pasientkontakt enn hva behandlere i DPS kan. Det er viktig at eventuelle endringer ikke bidrar til å redusere muligheten til å opprettholde den høye aktiviteten hos avtalespesialistene.

Kommentar: Sier meg generelt enig i uttalelsen. Men argumentene ift organisering og driftsform forklarer etter min mening ikke hele den store forskjellen i produksjon. Avtalespesialister i psykologi/psykiatri har for eksempel ikke sekretær, sentralbord eller andre merkantile støttefunksjoner. Vurdering av søknader, scanning av disse, opprettelse av kartotek-kort, svar og innkallinger, registrering av prøvesvar og epikriser etc ivaretas av spesialisten selv i de fleste tilfeller. Vi reiser også til møter med NAV, bedrifter etc for tverrfaglige møter. Mine arbeidsdager er nok betydelig lengre enn de var i min tid som sykehuslege. Snur man på flisa, kan man også spørre seg om den utstrakte møtevirksomheten (ikke-klinisk tid) i sykehusene er forsvarlig og berettiget. Samtidig er det klart at økonomiske incentiver generelt er svært effektive. Ved en poliklinikk/DPS lønnes to kolleger likt uavhengig av om de har 2 eller 6 pasienter pr dag. Som i operative, somatiske fag er det helt klart nødvendig med mengdetrening for å bli en god kliniker i psykiatrien også – dette fokuseres det lite på.

Et annet interessant punkt mtp produksjon er de store kulturforskjellene som man hittil (utrolig nok) har akseptert i den offentlige psykiatrien: både mellom ulike yrkesgrupper og mellom avdelinger. Blant avtalespesialister finnes det antakelig ingen vesentlig forskjell i produksjon mellom psykologer og psykiatere.

Det er i dag lite grad av samhandling mellom helseforetakene og avtalespesialistene, og de har liten kjennskap til hverandre. Arbeidsgruppen foreslår derfor at det etableres en møtearena der partene kan bli kjent, utveksle informasjon og diskutere hvordan man best mulig kan samarbeide for å sikre optimal utnyttelse av eksisterende kompetanse og ressurser.

Det polikliniske tilbudet innen psykisk helsevern i Helse Midt-Norge er i relativt høy grad desentralisert i dag. SSBs befolkningsfremskrivning viser at den største veksten fremover vil komme i Trondheimsregionen. Samtidig har Trondheim stor andel lunge, og det er desom utgjør den store pasientgruppen innen psykisk helsevern og rus. Det er en kapasitetsutfordring innen psykisk helsevern allerede i dag, og arbeidsgruppene forventer at det er størst behov for kompetanse innen allmennpsykiatriske problemstillinger hos voksne i Trondheim, og at dette behovet vil være økende. Dette kan løses av både klinisk psykolog og psykiater.

Arbeidsgruppen mener at en økning av avtalespesialister i regionen vil kunne bidra til god volumøkning i helse- og behandlingsskapet innen psykisk helsevern, men at en ressursøkning totalt sett bør skje gjennom en fordeling av nyehjemler mellom helseforetakene og avtalespesialister, etter behov i de ulike pasientgruppene.

Kommentar: Det avhenger selvsagt av hvor desentralisert man her tenker (Røyrvik/Leka vs Verdal). For de mest avsidesliggende kommuner mener jeg ambulerende team fra Polkl/DPS best kan ivareta disse oppgavene. Mange avtalespesialister er i solo praksis og trenger nærhet til andre kliniske miljøer, etablering helt avskåret fra disse miljøene er ugunstig og til dels uforsvarlig. Selvsagt

kompensasjon ved slik reising). Er ellers enig i at allmennpsykiatriske problemstillinger kan løses av både klinisk psykolog og psykiater, gjerne avtalespesialister, og at det trengs flere i vår region. Men allmennpsykiatriske problemstillinger er ekstremt vanlige og et økt tilbud vil nok føre til kraftig økt etterspørsel – dette markedet er nok vanskelig å mette.

Sammenlikner man antall hjemleri helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF med landets som helhet, ser vi at dekningsgradene vesentlig lavere i Midt-Norge både innenfor psykiatri og psykologi, se tabellen nedenfor.

Fagområde	Antall hjemleri Norge	Per 100 innbyg. Norge	Antall hjemleri HMN	Per 100 innbyg. HMN	Avvik
Psykiatri	270	5,5	11	1,6	
Psykologi	560	11,4	50	7,4	
<b>Psykisk helsevern</b>	<b>830</b>	<b>16,9</b>	<b>61</b>	<b>9,0</b>	



Figur 23: Avtale hjemleri innen psykiatri og psykologi i Norge og i Helse Midt-Norge

Avtalespesialistene utgjør en liten andel av behandlerne/terapeutene innen psykisk helsevern, men står for mellom 25 og 33 prosent<sup>18</sup> av den direkte pasientkontakt (terapisamtaler) i feltet. En avtalespesialist med 100 prosent avtale hjemmel har krav fra regionalt foretak om 1050 konsultasjoner per år (+/- 20 prosent for å tillate en viss variasjon i arbeidsmetodikk).

Kommentar: Et slikt tall beskriver hvor mange konsultasjoner som har funnet sted, men intet mer. Måling av behandlingskvalitet er svært utfordrende, og til det trengs helt andre mål. Spissformulert kan man si at den sikreste måten å oppnå måltallet på, er å ha de samme pasientene i behandling over lang tid (lav turnover). Større andel nye pasienter er ønskelig innenfor psykisk helsevern, og innenfor de fleste fagfeltene der det er ventetid. Men dette er mye mer arbeidskrevende. Etter min mening burde HMN i større grad registrere for eksempel antall ferdigbehandlede pasienter («turnover»). Et annet alternativ for å unngå evigvarende terapier er et differensiert takstsystemet, for eksempel at takstene avtar etter et visst antall konsultasjoner. Noen pasienter kan selvsagt trenge behandling over flere år, men dette er nok unntaket. De aller fleste bør nok ferdigbehandles innenfor ca 12-16 konsultasjoner. Tilleggseffekten av lengre terapier er uansett dårlig dokumentert. Dersom det kommunale psykiatriapparatet hadde blitt utbygd (psyk sykepleiere), burde nok mange av kronikerne fått behandling på dette nivået.

#### 7.4.2 Integrering av avtalespesialister med helseforetakene

Avtalespesialistene har i dag relativt høy aktivitet innenfor direkte pasientkontakt (terapisamtaler). Årsaken til denne høye aktiviteten er trolig flere, men forhold knyttet til organisering spiller en viktig rolle. Redusert møtevirksomhet og administrative oppgaver tillater avtalespesialistene å bruke vesentlig større andel av sin arbeidstid på direkte pasientkontakt enn hva behandlerne i DPS kan. Avtalespesialistene i utgangspunktet er erfarne behandlere og derfor forsvarlig kan behandle mange pasienter på egenhånd, uten veiledning eller konsultasjon fra andre yrkesgrupper, virker også sammenretning.

Selvom avtalespesialistene i dag ikke kan sies å være integrert med helseforetakene og det til dels er lite oppfølging av aktiviteten hos avtalespesialistene, viser det seg nå en undersøker virksomheten nærmere, at et stort flertall har etablert og driver praksis i råd med hva som er ønskelig. Trolig kan det tilskrives at de fleste avtalespesialister har langvarig sykehuspraksis (og ledererfaring) med seg og kjenner kliniske og helsepolitiske problemstillinger godt. Når disse har søkt seg til avtalepraksis er det for å kunne bruke mindre tid til administrative aktiviteter og møtevirksomhet slik at de kan fokusere mer på direkte pasientbehandling.

Virksomhetene imidlertid blitt mer regulert de siste årene og det kommer oftere meldinger fra avtalespesialister om at de opplever frihetentil å drive praksis på entilpasset og fleksibelt måte som

medrekruttering av spesialisttilsykehus, melder det minst like sannsynlig at de vil trekke til annen virksomhet hvor mulighetene for arbeid er tråd med egne ønsker. Dette vil kunne være privat praksis uten hjemmel med refusjon (som endel har rett til), eller privat praksis eller som psykolog hos private helse tilbydere. Hvis dette skjer, vil spesialisthelsetjenesten risikere vesentlig tap av kompetanse og kapasitetsproblemer samtidig som den nye virksomheten vil være utenfor det offentlige kontroll- og påvirkningsfelt. Styrings- og kontrolltiltak som ikke er tvingende nødvendige bør derfor vurderes med henblikk på dette.

Kommentar: Enig i det aller meste av dette. Overformynderi og hodeløs kontroll, som i tillegg stjeler klinisk tid, må selvsagt unngås. Men også avtale spesialister bør tåle å «bli sett i kortene» ift praksisprofil, produksjon og prioriteringer etc – nettopp fordi man driver solo (i en sykehusavdeling vil det ofte være mer gjennomslagskraftig og tydelig dersom en kliniker driver avvikende praksis og foretar uvanlige prioriteringer). Men dette forutsetter at de som utøver kontrollen har stor faglig innsikt og forståelse.

Et videre aspekt det er viktig å holde for øye, er det økonomiske. Mens avtalepraksis tidligere var godthonorert og det økonomiske aspektet også representerte et incitament for å søke hjemmel, har inntektsutviklingen de siste årene vært negativ for gruppen sammenlignet med spesialister i sykehus. Korrigert for sykepengere rettigheter, pensjonsrettigheter osv. er det ikke attraktivt økonomisk å ha avtale hjemmel sammenlignet med stilling i sykehus, og noen kompensasjon for ekstra ansvar/belastning ved å drive praksis foren regning gjenfinnes ikke. Som følge av den nye utviklingen har det i noen helse regioner vært vanskelig å få besatt ledige hjemler. Dette medfører at det er viktig å ikke innføre endringer som medfører ekstra økonomisk belastning eller reduserer inntjening da det kan gjøre hjemlene lite attraktive. Som eksempel kan nevnes et forsøk fra Helse Vest der avtale spesialist hadde isin individuelle avtale at han/hun skulle ta en viss prosent av pasientene fra venteliste ved DPS. Det viste seg at pasientene avtale spesialisten fikk fra DPS hadde en så høy prosent «ikke møtt» at det fikk negative økonomiske konsekvenser for avtale spesialisten og han/hun gikk ut av hjemmelen, hvor på den er blitt stående ubesatt.

Kommentar: Dette stemmer nok godt. Da jeg søkte på min hjemmel (i 2005), var det kun 2 psykiatere som søkte på de 4 hjemlene i Nord-Trøndelag – de første som noen gang hadde blitt utlyst. Jeg har bare vært i praksis i 2 år, men ser tydelig at lønnsutviklingen har vært temmelig skjev i sykehuslegens favør de senere år. Friheten i avtalepraksis betyr mye, med det er et betydelig større ansvar å drive solo både ift pasientporteføljen (som er mye større enn på sykehus) og pensjon, forsikring og andre forpliktelser. Dvs at jeg jobber «betydelig hardere for pengene» enn på sykehuset om man kan si det slik. Pr i dag har jeg også 50% ansettelse i det offentlige og ville av disse årsakene tenkt meg grundig om før jeg gikk inn i 100% avtalepraksis. Men rent faglig sett hadde jeg ikke hatt noe imot det. Alle vil argumentere for sin syke mor, men en kan jo også lure på hvorfor avtale spesialister i hud, øye og ØNH skal tjene 2-3 ganger mer enn psykiatere – som jobber minst like mye.

Et av målene for dette prosjektet er å få til en endring i bruk av avtale spesialister, mer integrert med helseforetakene. Arbeidsgruppen ser at dette er fornuftig, melder det vil være viktig at man utvikler et samarbeid mellom helseforetakene og avtale spesialistenes om å avensli kartat attraktiviteten ved avtalepraksis i vareta. Konkrete forslag til samarbeid presenteres i neste kapittel.

Kommentar: Her gjenstår mye, felles fagmøter/undervisning ville vært bra.

#### 7.4.3 Samhandling mellom helseforetak og avtale spesialister

Det er viktig å finne frem til samarbeidsformer mellom avtale spesialister og sykehus som gjør at eksisterende kompetanse og ressurser utnyttes optimalt. Avtale spesialister og sykehus har i dag delvis overlappende, delvis komplementære funksjoner og slik bør det fortsatt være. Peri dager det ganske få henvendelser fra psykiatriske poliklinikkertil avtale spesialister om å ta imot pasienter til behandling. Samtidig er på gangen hos avtale spesialistene stor og ventetid tildels

lang. Dette kan være årsak til å få henvendelsene, men lite kjennskap til hverandre og liten grad av kommunikasjon kan også være medvirkende.

Best mulig bruk av desamlederes ressursene kan etter vår mening ikke oppnås gjennom organisatorisk fellesskap eller ved detaljerte retningslinjer. Det er vår erfaring at godt samarbeid heller oppstår gjennom møter og dialog som skaper kjennskap til hverandre og kunnskap om hverandres arbeidsvirksomhet. Vi anbefaler derfor at det etableres møter for så langt som mulig til fremmesamarbeid og best mulig ressursutnyttelse.

Kommentar: Enig, etter 10 år som psykiater i HNT opplever jeg et godt samarbeid og god dialog med dem. En viktig rolle for meg har bl.a. vært å tilby behandling til ansatte i HFet som ikke ønsker å gå i psykisk behandling ved egen arbeidsplass. Disse utgjør en stor andel av mine pasienter, som tidligere ikke har hatt noe reelt tilbud. Jeg får også henvist noen pasienter både via BUP, somatiske avdelinger og Psyk klinikk.

Helseforetakene har allerede etablert ulike møter for å ivareta samhandlingen med primærhelsetjenesten innen området psykisk helsevern. Det kan være erfaringer herfra som kan være nyttige å ta med seg inn i samarbeidet med avtalespesialister. Samtidig er det et dilemma at det totalt setter veldig mange samhandlingsarenaer, spesielt innenfor BUP og Rusbehandling da de har stort behov for dialog i mange retninger. Ved etablering av nye møtearenaer må man derfor søke å både ta hensyn til dette, samt avtalespesialistenes begrensede ønske om økt tid brukt på administrasjon, ref. kapittel 8.4.2.

Kommentar: Enig, men møtene må ha en klar agenda og ikke være for ofte.

Arbeidsgruppen anbefaler at helseforetakene får ansvar for å ha et møte med «sine» avtalespesialister. Aktuelle punkter på agendaen for et slikt møte kan være:

- Blikkjent/informasjonsutveksling (om behandlingstilbud, enheter, fagpersoner)
  - Rapportering som sier noe om hvordan pasientene beveger seg mellom DPS og avtalespesialistene, som grunnlag for diskusjon om hvordan man i fellesskap kan bidra til å de «riktige» pasientene blir sendt til avtalespesialist
- Status på veilederbehov og kapasitet for veiledning (utdanning)

Hvor ofte man har slike møter vil variere fra helseforetak til helseforetak fordi det er ulike størrelser på miljøene, men vi anbefaler minimum en gang i året og at det tas inn i avtalespesialistenes avtale med helseforetaket. Det bør også vurderes å honorere avtalespesialistene for å delta i møtene, da det vil ha en positiv innvirkning på oppmøtet.

Kommentar: Enig. Tror honorering som ved møter med NAV/andre institusjoner er påkrevet.

I St. Olavs Hospital HF vil det være naturlig å dele opp i togrupper (voksne og barn/ungdom), mens det i Nord-Trøndelag HF kun er én avtalespesialist i BUP, så her bør det være felles møte for alle. Det bør også vurderes å ta med andre aktører etter hvert, som f.eks. representanter for fastlegene, men det kan være fornuftig å starte opp kun med avtalespesialistene da de og helseforetakene har såpass liten kjennskap til hverandre idag.

#### 7.4.4 Ressursbehov

Det er allerede idag kapasitetsutfordring innen psykisk helsevern i Helse Midt-Norge. Det er derfor lang ventetid for pasienter som har behov for helsehjelp, men ikke rett til prioritert helsehjelp. Denne pasientgruppen får i liten grad tilbud om behandling ved DPS. Det kommer nå signaler fra helseministeren om at dette er en gruppe som vil få økt fokus fremover, så det blir viktig å finne frem til en organisering som gjør at også flest mulig av disse får behandling i rett tid. Dette er etter vår mening ikke mulig uten at det tilføres ekstra ressurser.

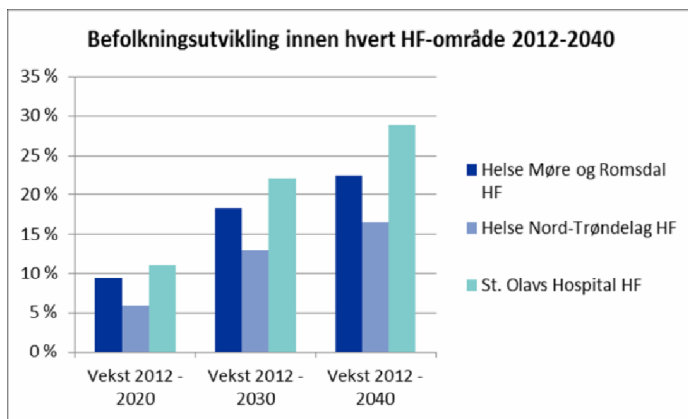
potensialetsomliggeri avtalespesialistordningen.Deter ikke stortorskjell mellom tykeneri regionen mht dekning, mennivået er generelt lavt.Arbeidsgruppen mener at en økning av avtalespesialister i regionen vil kunne bidra til god volumøkning mht utrednings- og behandlingsskapasitet innen psykisk helsevern.



Kommentar: I gruppen «behov for helsehjelp, men ikke rett til prioritert helsehjelp» finner vi mange unge som er i ferd med å utvikle psykisk lidelse. Det er et paradoks at disse ikke får hjelp fordi de ikke er «syke nok» - mange av dem blir det nemlig bare de får litt mer tid på seg... Nettopp hos denne gruppen kan man forebygge mer alvorlige plager, og de trenger oftest kort behandlingstid. Mennesker med mer etablerte lidelser («rett til prioritert helsehjelp») kan ofte være så kronifisert at selv langvarig behandling har lite effekt. Et økende fokus på den første gruppen er derfor riktig etter min mening.

Totalt sett bør en ressursøkning skjedd jevnt over i fordelingen av nyehjelmellom helseforetakene og avtalespesialister, etter behov i de ulike pasientgruppene (ref kap 8.5 for retningslinjer for fordeling av pasientgrupper mellom helseforetak og avtalespesialister). Detaljer rundt dette må utredes nærmere. Arbeidsgruppen har ikke hatt underlag for å gjøre dette prosjektet.

Når det gjelder lokalisering av nyehjelm viser SSBs befolkningsfremskriving at den største befolkningsveksten vil komme i Trondheimsområdet (se figuren nedenfor). Det største behovet fremover vil derfor komme her. Samtidig har Trondheim en stor andel unge, og det er desuten utgjør den store pasientgruppen innen psykisk helsevern og rus. DPSi Trondheim melder om et stort behov for aldersgruppen 20-30 år.



En gruppe som ikke fremkommer i SSBs statistikker er studentene. Det er i dag ca 30 000 studenter i Trondheim. Antall pasienter ved Nidaros DPSi dag som ikke har bostedsadresse i Trondheim tilsvarende 6 behandlere. Studentersamskipnaden i Trondheim har i dag et lavterskeltilbud som sender studentene videre til DPS eller avtalespesialist ved behov.

Kommentar: Studentene er en viktig gruppe, og de har faktisk et betydelig dårligere (ikke-eksisterende) psykisk helsetilbud på høgskolen i vårt fylke (HiNT) enn Universitetsstudentene i Trondheim ved Studenthelsetjenesten. En kunne ønsket seg et smidigere system for henvisning, uavhengig av fastlegen som ofte er et helt annet sted i landet.

Vi erfarer altså at det er behov for kompetanse innen allmennpsykiatriske problemstillinger hos voksne i Trondheim i dag, og behovet vil være økende. Dette sammenfaller med signaler fra den regionale koordinatoren for avtalespesialister innen psykiatri og psykologi. Hun bistår avtalespesialistene i hele HelseMidt-Norge med å finne en alternativ behandler dersom

sierat i rondheimpekerseguti dennesammenhengen. Dette kan løses både av klinisk psykolog og psykiater.

BUP i Nord-Trøndelag har i dag et behov for nevropsykologkompetanse. De ønsker å ha dette internt i klinikken, men de har vist seg vanskelig å rekruttere slik kompetanse til Nord-Trøndelag. I Trondheim har denylig fått økte ressursene på dette området, så her er behovet dekket på dag. Innen BUP ser de også at de fremover vil få en utfordring knyttet til å ivareta den minste aldersgruppen (0-5 år). Dette er en gruppe som de først nå begynner å få tak i, så her vil det være økt aktivitet fremover sammenliknet med idag.

I Helse Midt-Norge er det en utfordring både på utdanningsiden og i forhold til antall legehjemler innen psykisk helsevern. Det er i dag vanskelig å rekruttere psykiatere. Der som det opprettes psykiaterhjemler for avtalespesialister i Trondheim vil det derfor kunne tappes sykehusene for kompetanse. Det er noe utfordrende å rekruttere psykologer til Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag, men i Trondheimsregionen er det relativt enkelt.

Prosjektoppdrag «Organisering av småfagi i Helse Midt-Norge RHF - fase 2»

Side 67 av 87



Man kan se på avtalehjemlersomen må å beholde kompetansen på som ellers vil gå ut av spesialisthelsetjenesten, f.eks. til private aktører. Dette er imidlertid mest relevant for psykologer. Det er ikke like aktuelt for psykiatere som tjener godt på å gå vakt i sykehus.

Innen for TSB er det store utfordringer knyttet til å få tak i leger. En avgrunnen er at dette er et fag som finnes i LIS stillinger innen rusområdet. Det er imidlertid vedtatt at dette skal komme, men det er usikkert når det vil skje. Legene som jobber innen rus er ofte leger som jobber der et halvt år som en del av sin spesialisering innen andre fagområder.

Kommentar: Disse pasientene er de somatisk sykeste av alle pasienter innenfor psykiatrien, og det er et paradoks at de ikke har LIS (og svak legedekning generelt). Rus er i ferd med å bli en egen spesialitet i mange land, og leger rekrutteringen bør styrkes betydelig til dette området. Det er et ungt fag, med lav status og lite kunnskap på mange områder. Kanskje stillinger med tid til fordypning/fagutvikling/forskning ville gjort feltet mer attraktivt?

## 7.5 Retningslinjer

Arbeidsgruppen ble bedt om å utarbeide retningslinjer for arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Innenfor psykisk helsevern og rus er det relativt liten andel av behandling og oppfølgingsom skjær hos fastlegene.

Kommentar: Dette må være helt feil (om jeg ikke misforstår teksten). Jeg vil anta at fastlegen følger opp de aller fleste (ca 70-80%?) av pasientene med vanlige psykiske plager som angst og depresjon. Kvaliteten på oppfølgingen varierer derimot betydelig.

Det anses ikke som aktuelt å endre på dette, noe som blant annet skyldes at utredningsfasen som regulerer mer omfattende innen psykisk helsevern ender i somatikken. Det er i større grad behov for utredning før man kan avgjøre hvilke rettigheter pasienten har, og det er krav til at flere fagpersoner involveres i utredningsfasen. Arbeidsgruppen har derfor valgt å fokusere på arbeidsdelingen mellom poliklinikk tilbudet i helseforetaket og avtalespesialister.

I dag benyttes avtalespesialister innen psykisk helsevern for voksne, men i liten grad innen BUP. Innen rus er det i dag ikke avtalespesialister. Anbefalingene vedrørende bruk av avtalespesialister baserer seg derfor på erfaringer fra avtalespesialistpraksisen innen psykisk helsevern for voksne.

tjenester som best ivaretas av de orrentlige DPSene og poki. – altså mindre egnet for avtalepraksis.



Det kan være flere grunner til at pasienter går tilbake til helsevesen etter å ha vært behandlet av spesialist. En grunn kan være manglende kapasitet. DPS har ofte ikke kapasitet til å ta inn andre pasienter enn de som har rett til prioritert helsehjelp. De pasientene som «bare» har behov for helsehjelp blir ikke tatt inn, men heller videre sendt til avtalespesialist. En annen grunn kan være at pasienter selv velger avtalespesialist fordi de i større grad verdsetter muligheten for diskresjon i form av behandling for psykiske lidelser. Dette kan være fordi de har store tillitsproblemer, at de opplever stigmatisering ved å ha psykisk lidelse eller at de selv er i en posisjon som gjør det svært vanskelig å oppnå vanlig diskresjon omkring deres hjelp søken (feks ansatt i psykisk helsevern selv).

Kommentar: Dette stemmer nok. Det er nemlig påfallende hvor mye høyere oppmøtet er til timene i avtalepraksis sammenliknet med pol.kl. (som ikke bare lar seg forklare at sykehuspasientene nok er noe «sykere» i snitt)

For å ivareta den sistnevnte pasientgruppen er det viktig å opprettholde allmennlegenes mulighet til å henvise pasienter direkte til avtalespesialist. Utendenn er muligheten villtrolig en større andel ikke søker hjelp for sine behandlingsrelevante psykiske lidelser. Avtalespesialistene er en viktig partner for allmennlegene og de uttrykker også fornøydhet med den behandling pasientene de har henvist får. Allmennlegene er likeledes viktige samarbeidspartnere for avtalespesialistene ettersom disse ofte er de eneste legene avtalespesialistenes pasienter har kontakt med.

Kommentar: Riktig. Jeg har samarbeidsmøter med fastlegene i Levanger og Verdal, diskuterer da for eksempel rutiner ved henv, praksisprofil, ventetid, samarbeid om pasientoppfølging etc.

Bruken av avtalespesialister er et viktig bidrag til å avlaste helseforetakenes poliklinikker. Ser man på diagnosefordelingen for pasienter ved sykehus og hos avtalespesialister er det svært stor overlapp; der affektive lidelser og angstlidelser sammen med tilpasningsforstyrrelser utgjør de største gruppene og der personlighetsforstyrrelser sammen med disse ellers om hoveddiagnose er et vesentlig innslag ved siden av. Diagnostisk sett synes det altså som at avtalespesialistene har en del av samme pasientpopulasjon i behandling som poliklinikkene ved sykehus. Klinisk erfaringer dog at innslaget av pasienter med pågående alvorlig psykoseproblematikk, alvorlige rusproblemer og alvorlige personlighetsforstyrrelser er større i sykehus, men at disse gjør seg mer gjeldende gjennom ressursbehov for behandling enn antall. I sum utgjør dette en sannsynlig og ønskelig forskjell mellom avtalespesialister og sykehus.

Kommentar: Dette stemmer med min oppfatning.

Arbeidsgruppen oppsummerer dette med at følgende oppgaver er passende for avtalespesialister:

- Forebyggende arbeid i form av konsultasjon til fastleger
- Veiledning for leger/psykologer under spesialisering
- Veiledning for definerte ansattgrupper
- Behandling av pasienter av typen:
  - Pasienter som er i en slik fase at de kan møte regelmessig hos behandler
    - Pasienter som ikke har behov for tverrfaglig behandling og/eller tilgjengelighet av hjelpeapparat på døgnbasis i perioder
  - Pasienter som skal følges opp etter tverrfaglig behandlingsløp
  - Pasienter med behov for lengre tids behandling som det ikke er kapasitet for i DPS i dag

Avtalespesialister kan brukes for å bidra til å møte kapasitetsutfordringene i DPS. Samtidig er det en utfordring knyttet til å benytte avtalespesialister i tilfeller der det er behov for rask behandling, ved at avtalespesialistene er avhengige av høy andelfakturerbare timer og derfor ikke kan sitte med «åpne timer» for å ta hastesaker.

Kommentar: Vi avlaster allerede polk/DPS ene, og for min del er nok ventetiden kortere enn ved psykp. Jeg operer ikke med venteliste – men gjør følgende ved mottak av henvisning: 1) sender et brev med tilbud om time innen 8-10 uker eller 2) avviser søknaden med bakgrunn i prioriteringsveileder eller begrenset kapasitet (50% driftsavtale). Men jeg gir alltid henv. lege noen kommentarer/råd dersom avvisning.

Som nevnt er det ikke avtalespesialister innen Rusidag, og det benyttes i liten grad innen BUP. Men det er pasientgrupper innen disse fagområdene der man kan vurdere bruk av avtalespesialister. Eksempler på aktuelle pasientgrupper er pårørende til rusmisbrukere, pårørende til barn med schizofreni eller pårørende etter selvmord.