

Forslag til

## Handlingsplan for avtalespesialisttjenesten

Dato: 9.4.2008  
Høringsdokument

## Forord

Med dette legger arbeidsgruppen frem sitt forslag til handlingsplan for avtalespesialisttjenesten i helseregion Midt-Norge.

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i pasientens ståsted og brukermedvirkning. Arbeidsgruppen er sammensatt av medlemmer som har fagkunnskaper om og erfaringer med avtalespesialisttjenesten. Gruppens medlemmer har bidratt til å få frem synspunkter og forslag til hvordan handlingsplanen skal utformes. Det har også kommet innspill fra det regionale brukerutvalget.

Det er konsensus om utkastet til handlingsplan. Men det foreligger synspunkter som ikke har kommet med i utkastet. Det kan være nyanser som enkeltmedlemmer vil ta opp gjennom sine organisasjoner i en høringsrunde.

Med dette anser arbeidsgruppen sitt arbeid for avsluttet og anbefaler at utkastet til handlingsplan sendes ut på høring.

Stjørdal, 9.4.2008

Einar Vandvik

Christian Bjelke

Vigleik Jessen

Liv Kjønstad

Kjell Midelfart

Torgeir Schmidt-Melbye

Annlaug Stavik

Sverre Sævareid

## FORKORTELSER

BUP	=	Barne- og ungdomspsykiatri
DNLF	=	Den norske legeforening
DMS	=	Distriktsmedisinsk senter
DPS	=	Distriktspsykiatrisk senter
FOU	=	Forskning og utvikling
HF	=	Helseforetak
HMN	=	Helse Midt-Norge RHF
HNR	=	Helse Nordmøre og Romsdal HF
HNT	=	Helse Nord-Trøndelag HF
HSM	=	Helse Sunnmøre HF
HEMIT	=	Helse Midt-Norge RHF IT
IPT	=	Interpersonal Therapy
NAV	=	Ny arbeids- og velferdsforvaltning
NPR	=	Norsk pasientregister
NTNU	=	Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Pas	=	Pasient
Pol.kl	=	Poliklinikk
Psyk pol.kl	=	Psykiatrisk poliklinikk
RHF	=	Regionalt helseforetak
ØNH (ønh)	=	Øre-nese-hals
ØH	=	Øyeblikkelig hjelp

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
<b>1. Sammendrag.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Bakgrunn og mandat for arbeidet.....</b>	<b>7</b>
2.1 Bakgrunn.....	7
2.2 Mandat .....	8
2.3 Regional arbeidsgruppe .....	9
<b>3. Rammebetingelser for avtalepraksis.....</b>	<b>10</b>
3.1 Lovgivning.....	10
3.2 Oversikt over pasientrettighetene .....	10
3.3 Henvisningsrutiner .....	12
3.4 Avtaler med Helse Midt-Norge RHF.....	14
3.5 Vedtatte regionale planer som har betydning for avtalepraksis.....	15
3.6 Økonomiske rammebetingelser for avtalepraksis.....	15
<b>4. Dagens situasjon .....</b>	<b>16</b>
4.1 Avtaleforvaltning og samhandling .....	16
4.2 Antall avtaler og årsverk .....	17
4.3 Geografisk fordeling .....	18
4.4 Spesialiteter.....	19
4.5 Alderssammensetning.....	21
4.6 Kjønnsperspektivet .....	22
4.7 Praksisbeskrivelse .....	22
4.8 Produksjonstill .....	24
4.9 Økonomi.....	25
4.10 Helse Sunnmøre HF .....	27
4.11 Helse Nordmøre og Romsdal HF .....	27
4.12 St. Olavs Hospital HF .....	28
4.13 Helse Nord-Trøndelag HF .....	29
<b>5. Arbeidsgruppens vurdering .....</b>	<b>30</b>
5.1. Avtalehjemler .....	30
5.1.1 Rapportering, id-nummer og økonomiske rammer .....	30
5.1.2 Volum .....	30
5.1.3 Rekruttering og spesialiteter .....	30
5.1.4 Arbeidsgruppens prioriteringer.....	30
5.2. Driftsavtale og ansettelsesforhold i HF .....	31
5.2.1 Ulike roller.....	31
5.2.2 Tilgang til helseopplysninger .....	31
5.2.3 Krav om tydelig merking av avtalepraksis .....	32
5.3 Samhandling.....	32
5.3.1 Samarbeidsutvalg.....	32
5.3.2 Faglige nettverk, møter og gjensidig praksisbesøk .....	32
5.3.3 Samhandling om tjenestetilbud .....	33
5.3.4 Samhandling om pasientbehandling.....	33
5.4 Universell tilgjengelighet.....	34
5.5 Avtaleforvaltning.....	35
5.6 Oppfyllelse av lov- og forskriftskrav .....	35
<b>6. Forslag til styret i Helse Midt-Norge RHF .....</b>	<b>37</b>
<b>7. Vedleggsoversikt .....</b>	<b>39</b>

## 1. Sammendrag

Kapittel 2 *Bakgrunn og mandat for arbeidet* inneholder en kort historisk gjennomgang, kort omtale av overordnet målsetting i Nasjonal helseplan 2007 – 2010, mandatet for arbeidet og arbeidsgruppens sammensetning.

I kapittel 3 *Rammebetingelser for avtalepraksis* er det en oppstilling av lovgivning som omfatter avtalespesialistenes virksomhet. Pasientrettighetsloven er spesielt omtalt og det er gitt eksempler på henvisningsrutiner som brukes i dag med presisering av rammene som lovverket setter. Det er videre omtale av rammeavtalene mellom Den norske legeförening og Norsk psykologforening og de regionale helseforetakene. Også regionale planer som har betydning for avtalespesialisttjenesten er opplistet.

I kapittel 4 *Dagens situasjon* omtales forvaltning av avtalespesialisttjenesten og samarbeidet mellom avtalespesialistene og helseforetakene. Helseregion Midt-Norge har 97,3 spesialistårverk fordelt på 164 individuelle avtaler om driftstilskudd. I regionen er det halvparten så mange avtalespesialister i forhold til folketallet som i resten av landet. Den geografisk fordelingen i regionen er skjev. Det er prosentvis flest legespesialister i Trøndelagsfylkene, mens det i Møre og Romsdal er flere psykologspesialister. I absolutte tall er det flest leger og psykologer med avtaler om driftstilskudd i Sør-Trøndelag. Regionen er preget av mange deltidsavtaler og høy gjennomsnittsalder. Det er en overvekt av mannlige avtalespesialister.

5 % av alle legespesialistene og 22 % av alle psykologspesialistene i regionen har avtale om driftstilskudd og de utfører 26 % av all poliklinisk behandling. De er en viktig resurs for Helse Midt-Norge RHF i arbeidet med å ivareta ”sørge-for”-ansvaret. Avtalespesialistene får sine inntekter fra NAV (refusjoner), Helse Midt-Norge RHF (driftstilskudd) og gjennom pasientbetaling. Totalt omsettes det for ca 190 mill kroner innenfor ordningen i helseregion Midt-Norge.

Kapittel 4 omfatter en beskrivelse av avtalespesialistens praksis og en gjennomgang av avtalespesialisttjenesten i de enkelte foretaksområdene i Helseregion Midt-Norge.

Kapittel 5 inneholder arbeidsgruppens vurderinger. Gruppen ser tre faktorer som avgjørende for den videre utviklingen av avtalespesialisttjenesten:

1. Det nasjonale rapporteringssystemet må komme på plass
2. Tilgangen på spesialister og for legene også tilgangen på hjemler fra departementet
3. Økningen i budsjetttrammene

Disse faktorene drøftes og det legges frem konkrete anbefalinger om utvikling av tjenesten. Det er en målsetting at de som ønsker det skal tilbys hele hjemler og at det over tid blir en geografisk utjevning i regionen.

I kapittel 5 drøftes også kombinasjonen driftsavtale og ansettelsesforhold i HF, samhandling, universell tilgjengelighet, avtaleforvaltning og revisjon. I de tilfeller hvor avtalespesialister også har ansettelsesforhold i HF og leier lokaler av HF til avtalepraksisen skal det være et tydelig skille mellom den offentlige polikliniske virksomheten og avtalepraksisen. Innen noen fagområder er det i dag etablert samhandling mellom enkelte avtalespesialister og HF. Arbeidsgruppen anbefaler at dette utvikles videre og at avtalespesialistene blir med i de faglige nettverk som bygges opp i regionen.

For å bedre samhandlingen foreslås innenfor rammeavtalens bestemmelser utarbeidelse av årlige brev til avtalespesialistene. Det er avgjørende at alle innbyggere har mulighet for tilgang til avtalespesialistenes tilbud. I nye individuelle avtaler om driftstilskudd er universell tilgjengelighet inntatt. Gamle avtaler skal gjennomgås med henblikk på å bedre tilgjengeligheten.

Avtalespesialisttjenesten utgjør en viktig del av Helse Midt-Norge RHF's tilbud til befolkningen. Forvaltningen av 164 individuelle avtaler bygger på gjensidig respekt for de regler som er nedfelt i rammeavtalene. Forvaltning av avtalespesialisttjenesten inneholder flere strategiske virkemidler. Etter arbeidsgruppens vurdering må derfor forvaltningen av området fortsatt forankres i det regionale nivået med medisinsk direktør som ansvarlig.

Revisjon har påpekt at det er viktig at det sikres at lov og forskrifter oppfylles også innenfor avtalespesialisttjenesten. Helse Midt-Norge RHF vil følge opp dette gjennom revisjoner.

I kapittel 6 *Forslag til styret i Helse Midt-Norge RHF* fremmer arbeidsgruppen 10 forslag hvorav forslaget om omgjøring av deltidshjemler til hele avtalehjemler og opprettelse av nye avtalehjemler er avhengig av budsjettøkning. De ni andre forslagene kan iverksettes uten budsjettøkning, men de vil kreve styrking av det administrative apparatet.

## 2. Bakgrunn og mandat for arbeidet

### 2.1 Bakgrunn

Hvorfor har vi avtalespesialister?

Helt siden 1800-tallet har vi hatt privat spesialistlegetjeneste. Allerede i 1897 laget Legeforeningen en "Normaltariff for selvbetalende pasienter". Denne ble videreført i 1909 da staten overtok en større del av pasientenes betalingsansvar. Fremover 1900-tallet var det mye diskusjon om finansieringen av spesialistpraksisen.

Fra 1970-tallet ble det etter forhandlinger mellom staten og yrkesorganisasjonene inngått avtaler om refusjonstakster for pasientbehandling. For å få bedre styring med spesialisthelsetjenesten, ble ordningen med avtaler om driftstilskudd innført på 1980-tallet. Fra 1993 fikk alle spesialister som inngikk driftsavtale med fylkeskommunen rett til refusjon fra folketrygden.

Ved innføring av foretaksreformen overtok helseforetakene/sykehusene i regionen forvaltningen av avtalespesialisttjenesten i sitt nedslagsområde. I Styringsdokument for 2003 bestemte Helse- og omsorgsdepartementet at ansvaret for avtalespesialisttjenesten skulle legges til de regionale helseforetakene. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i sak 04/03 at Helse Midt-Norge RHF skulle være avtalepart for alle avtalespesialistene i regionen.

Avtalespesialistene er selvstendige næringsdrivende som driver spesialistpraksis og har individuelle avtaler med det regionale helseforetaket om driftstilskudd. Avtalespesialistene utfører poliklinisk behandling tilsvarende sykehusenes poliklinikker.

Det har manglet kunnskap om det konkrete innholdet i avtalespesialistenes virksomhet, omfanget av tjenesten, blant annet hvordan deres arbeidsforhold er tilrettelagt (lokaler, utstyr og hjelpepersonell), hvilke pasientgrupper som søker avtalespesialistenes tjenester, hvordan kvaliteten på tjenestene er og hvordan pasientrettighetene ivaretas. Dette gjelder også kunnskap om hvordan samhandling og samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, avtalespesialistene og HFene foregår.

På denne bakgrunn foretok Helse Midt-Norge RHF en undersøkelse som endte i rapporten *Kritisk, Kompetent, Konstruktiv* (Romslo-rapporten). I rapportens oppsummeringsdel trekkes blant annet følgende forhold frem:

- tjenestene er kostnadseffektive
- det er stor grad av pasienttilfredshet
- tjenestene er anonyme, særlig gjelder det psykisk helsevern
- innsyn og styringsmuligheter mangler
- tjenestene må knyttes sterkere til det offentlige helsevesenet, dette gjelder særlig psykisk helsevern
- brukermedvirkning på systemnivå mangler

I styresak 112/06 tok styret i Helse Midt-Norge RHF denne rapporten til orientering og ba samtidig om at det ble utarbeidet en handlingsplan for avtalespesialisttjenesten i region Midt-Norge.

I Nasjonal helseplan (2007-2010) er det en overordnet målsetning at private avtalespesialister skal bidra til å oppfylle ”sørge-for”-ansvaret. Det skal videre legges til rette for en bedre integrering av avtalespesialisthelsetjenesten for å oppnå en god oppgavefordeling med den øvrige spesialisthelsetjeneste.

I Helse- og omsorgsdepartementets brev av 10.3.2008 vedlagt høringsnotat om rammebetingelser for private avtalespesialister foreslås tre modeller for fremtidig organisering av avtalespesialisttjenesten. Basis for forslagene til organisasjonsmodeller er gjeldende rammeavtaler og at rapporteringssystemet (startet opp pr 1.1.2008) blir funksjonelt. Høringsnotatet inneholder tre organisasjonsmodeller som alle innebærer at de regionale helseforetakene får administrativt og økonomisk totalansvar.

## **2.2 Mandat**

I sak sak 112/06 Avtalespesialister gjorde styret i Helse Midt-Norge RHF slikt vedtak:

*Styret tar rapporten ”Kritisk, Kompetent, Konstruktiv” til orientering.  
Rapporten sendes ut til Helseforetakene til orientering for foretakenes styrer.*

*Styret ber om at det utarbeides en regional handlingsplan for avtalespesialisttjenesten i region Midt-Norge.*

*Handlingsplanen skal omfatte blant annet følgende punkter:*

- *Vurdering av behovet for nye avtalehjemler, geografisk plassering og fagområder som skal prioriteres for å nå de helsepolitiske mål*
- *Gjennomgang av kostnaden ved avtalepraksis vurdert opp mot kostnadene ved foretakenes poliklinikker. Dette omfatter både de samfunnsmessige og bedriftsmessige kostnadene*
- *Vurdere dagens situasjon med ansettelsesforhold i foretak og driftsavtale, tiltak for å øke andelen heltidshjemler og tiltak for å få en aldersfordeling som sikrer kontinuitet.*
- *Forslag som kan bedre samhandlingen mellom avtalespesialistene, sykehusene og kommunehelsetjenesten.*
- *Universell tilgjengelighet ved samtlige avtalepraksiser.*
- *Forvaltning av avtalene*

### **2.3 Regional arbeidsgruppe**

Helse Midt-Norge RHF har nedsatt en arbeidsgruppe som har utarbeidet forslag til regional handlingsplan for avtalespesialisttjenesten i region Midt-Norge.

Arbeidsgruppen har bestått av:

Christian Bjelke, Helse Nordmøre og Romsdal  
Vigleik Jessen, St. Olavs Hospital  
Liv Kjønstad, Helse Nord-Trøndelag, arbeidsgruppens sekretær  
Kjell Midelfart, Private spesialisters landsforening  
Torgeir Schmidt-Melbye, regionalt tillitsvalgt Den norske lægeforening  
Annlaug Stavik, Regionalt brukerutvalg  
Sverre Sævareid, Norsk Psykologforening  
Einar Vandvik, Helse Midt-Norge, arbeidsgruppens leder

Arbeidsgruppen har hatt 7 møter (11.6.2007, 30.8.2007, 27.9.2007, 25.10.2007, 17.1.2008, 28.2.2008 og 3.4.2008).

### 3. Rammebetingelser for avtalepraksis

#### 3.1 Lovgivning

De mest sentrale lover som stiller krav til spesialisthelsetjenesten er:

- Lov 2.7.1999 nr 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) og prioriteringsforskriften
- Lov 2.7.1999 nr 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- Lov 2.7.1999 nr 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) og journalforskriften
- Lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m
- Lov 14.4.2000 nr 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)
- Lov 18.5.2001 nr 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)
- Lov 15.6.2001 nr 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)
- Lov 10.2.1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Lov 19.6.1970 nr 69 om offentlighet i forvaltningen (offentlighetsloven)
- Lov 4.12.1992 nr 126 om arkiv
- Annen relevant lovgivning

#### 3.2 Oversikt over pasientrettighetene

Formålet med lovfesting av pasientrettighetene er å øke pasientenes rettssikkerhet ved å gi dem bedre kunnskap om egne rettigheter. Pasientrettighetsloven kapittel 2 gir pasienten rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering, fornyet vurdering, valg av sykehus, individuell plan og sykefrakt.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt og pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes. Samtlige vilkår må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet (rettighetspasient), senest skal få nødvendig helsehjelp. Dersom fristen ikke overholdes har Helse Midt-Norge RHF plikt til å dekke behandlingskostnadene ved et annet HF/sykehus. Pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester, men som ikke anses som rettighetspasienter, skal også tilbys behandling.

Pasienten har rett til fritt å velge HF/sykehus som eies av eller har avtale med et regionalt helseforetak. HF/sykehus som er omfattet av ordningen med fritt sykehusvalg, er forpliktet til å ta i mot alle pasienter som velger seg dit, uavhengig av pasientenes bosted. Bare når HF/sykehus ikke har tilstrekkelig kapasitet til å gi alle henviste pasienter rett til nødvendig helsehjelp innen fristen for når faglig forsvarlighet krever at en rettighetspasient senest skal få nødvendig helsehjelp, kan pasienter fra andre regioner avvises. Retten til fritt sykehusvalg gjelder ikke ved øyeblikkelig hjelp og den gjelder ikke valg av behandlingsnivå.

Pasientene kan fritt velge avtalespesialist uavhengig av helseregiongrenser. Pasienten betaler egenandel ved reiser til en avtalespesialist i egen helseregion. Ved reiser til avtalespesialist i

en annen region som har avtale med et annet regionalt helseforetak, dekkes bare reise til nærmeste spesialist som kunne gitt den aktuelle tjenesten.

HF/sykehus skal foreta en vurdering av henvisningen innen 30 virkedager. Avtalespesialistene omfattes ikke av dette lovkravet. Men både HF/sykehus og avtalespesialistene skal avgjøre om det er nødvendig med helsehjelp, og gi informasjon til pasienten om når behandlingen forventes å bli gitt.

Pasientrettighetsloven kapittel 3 gir pasienten rett til medvirkning, informasjon og vern mot spredning av opplysninger. Her reguleres også informasjon til pasientens nærmeste pårørende, informasjon når pasienten er mindreårig og informasjonens form.

Pasientrettighetsloven kapittel 4 regulerer pasientens samtykke. Hovedregelen etter pasientrettighetsloven § 4-1 er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Kapittel 4 regulerer også pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner.

Pasientrettighetsloven kapittel 5 gir regler om rett til journalinnsyn, mens kapittel 6 inneholder regler om barns særlige rettigheter. Kapittel 7 inneholder regler om anmodning om oppfyllelse og om klage.

### 3.3 Henvisningsrutiner

#### Henvisning fra fastlege til avtalespesialist:

Pasienten skal samtykke i henvisning til avtalespesialist.

Når fastlege har henvist pasient til avtalespesialist, må avtalespesialist vurdere om han/hun har kompetanse og/eller kapasitet til å behandle pasienten. Dersom dette ikke er tilfelle må avtalespesialist så snart som mulig:

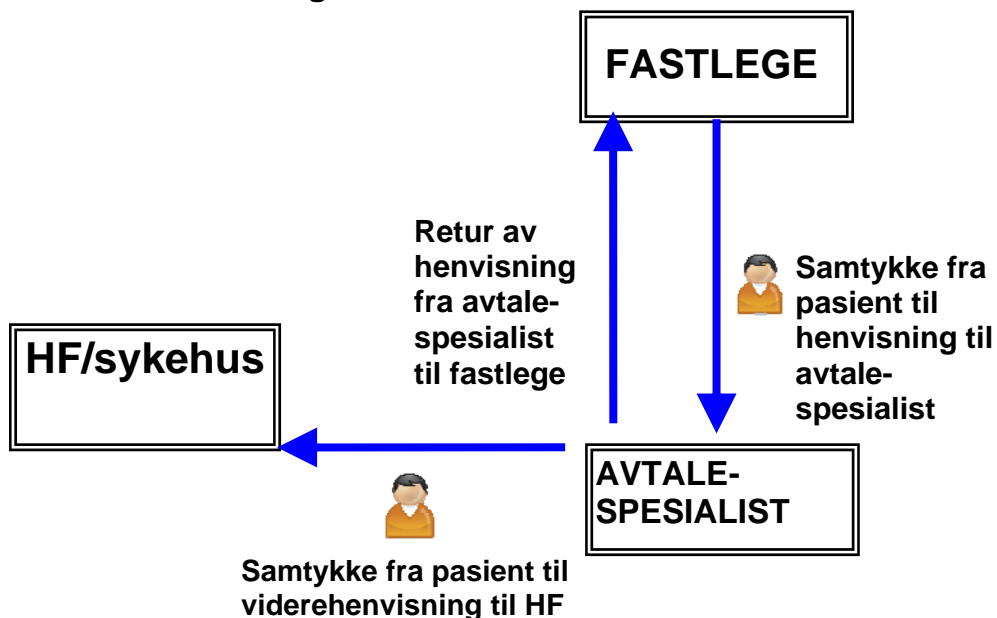
1. Returnere henvisning til fastlege eller
2. Innhente pasientens informerte samtykke til viderehenvisning til HF/sykehus. Det kreves ikke skriftlig samtykke etter pasientrettighetsloven. Muntlig samtykke kan innhentes pr telefon og dokumenteres i pasientjournal. Av bevisshensyn/annet hensyn kan skriftlig samtykke innhentes og skannes i pasientjournal.

Ved henvisning fra fastlege til HF/sykehus skal HF/sykehus vurdere henvisningen innen 30 virkedager med fastsetting av behandlingsfrist, jf pasientrettighetsloven § 2-2.

For å sikre pasientens rettigheter innen 30 virkedager i de tilfeller avtalespesialist ikke har kompetanse/kapasitet, må avtalespesialist umiddelbart returnere henvisning til fastlege.

Når pasienter henvises direkte fra avtalespesialist til HF/sykehus, starter 30-dagersfristen når henvisningen mottas i HF/sykehus.

#### SAMTYKKE OG HENVISNINGSPRAKSIS fig. 1



### Henvisning fra fastlege til HF/sykehus:

Det er pasientens rett å velge HF/sykehus. Fastlege skal informere om denne rettigheten.

Pasienten skal samtykke i henvisning til HF/sykehus.

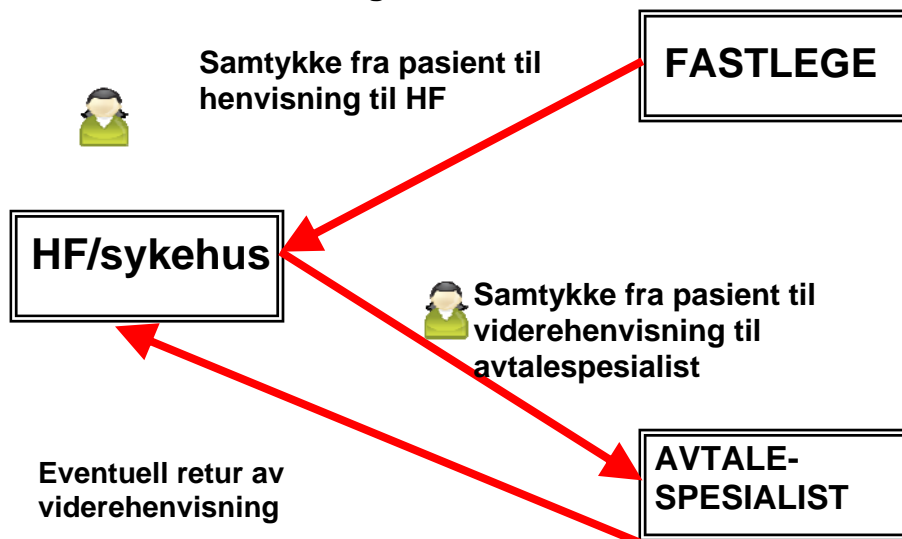
Enkelte HF/sykehus har bedt fastleger om å henvise på eget skjema med rubrikk for samtykke til henvisning.

Før eventuell viderehenvisning fra HF/sykehus til avtalespesialist ved kapasitetsmangel må HF/sykehus forsikre seg om to forhold:

- 1) HF/sykehus må undersøke om avtalespesialist har kapasitet innenfor den angitte behandlingsfrist satt av HF/sykehus.
- 2) HF/sykehus må innhente informert samtykke fra pasient til viderehenvisning. Det kreves ikke skriftlig samtykke etter pasientrettighetsloven. Muntlig samtykke kan innhentes pr telefon og dokumenteres i pasientjournal. Av bevisshensyn/annet hensyn kan skriftlig samtykke innhentes og skannes i pasientjournal.

Se Eksempel på prosedyre for **Behandling av henvisninger i HF/sykehus** (vedlegg 5).

### SAMTYKKE OG HENVISNINGSPRAKSIS fig. 2



### 3.4 Avtaler med Helse Midt-Norge RHF

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon. Disse tjenestene kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

De regionale helseforetakene har inngått rammeavtaler av 18.10.2007 med Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister og med Norsk Psykologforening om spesialistpraksis. I § 1.2 i rammeavtalene gjentas at det regionale helseforetaket har ansvar for spesialisthelsetjenesten i sin region, at de private avtalespesialistene inngår som en integrert del ved ivaretagelsen av "sørge-for" – ansvaret og at de innenfor rammeavtalene skal utføre oppgaver som defineres som spesialisthelsetjeneste.

Formålene med rammeavtalene er:

- å tydeliggjøre de private avtalespesialistene som en viktig del av det totale ressursgrunnlag som må benyttes slik at det gir best realisering i forhold til helsepolitiske mål.
- å sikre befolkningen god tilgang til helsetjenester av høy kvalitet.
- å bidra til at offentlige ressurser innrettes mot å avhjelpe helsekøer og løse uløste oppgaver i spesialisthelsetjenesten, samt til at pasienter med akutt og kronisk sykdom får korrekt medisinsk behandling.
- å bidra til å sikre forutsigbare økonomiske, driftsmessige og faglige rammevilkår i spesialistpraksis.

Helse Midt-Norge RHF beslutter om:

- legehjemler og psykologhjemler skal brukes som avtalehjemler
- hva avtalehjemlene skal benyttes til (spesialitet, grenspesialitet og de oppgaver som ligger innenfor de nasjonale og regionale mål og prioriteringer).
- hvor avtalehjemlene skal lokaliseres
- avtalehjemmelens omfang ved etableringen
- hvem som skal tilbys avtalehjemmel

Etter rammeavtalen med Den norske legeforening § 11.2 skal avtalehjemmelen ved ledighet videreføres når det er behov for den. Helse Midt-Norge RHF beslutter om det er behov for avtalehjemmelen. Helse Midt-Norge RHF plikter å gi kompensasjon for det økonomiske tap den avtroppende avtalespesialisten lider som følge av at avtalehjemmelen disponeres slik at avtalespesialisten ikke kan overdra sin praksis i henhold til bestemmelsene i rammeavtalene.

Etter rammeavtalen med Norsk psykologforening § 11.3 plikter Helse Midt-Norge RHF å dekke etter takst det dokumenterte tap som psykologen lider ved ikke å kunne selge inventar og utstyr dersom Helse Midt-Norge RHF inndrar en avtalehjemmel.

Rammeavtalene gir Den norske legeforening og Norsk Psykologforening høringsrettigheter før Helse Midt-Norge RHF tar beslutninger. Rammeavtalene begrenser Helse Midt-Norge RHF's beslutningsmyndighet i enkelte spørsmål i forbindelse med kunngjøring av avtalehjemmel, individuelle avtalers varighet, oppsigelsesfrister og oppsigelse mv.

Etter at Helse Midt-Norge RHF gjennom enkeltvedtak har besluttet hvem som skal tildeles avtalehjemmel, skal det inngås individuell avtale. I rammeavtalen med Den norske

legeforening er det presisert at det skal inngås avtale om faglig virkeområde og oppgaver innenfor praksisen knyttet til nasjonale og regionale mål og prioriteringer, klasseplassering, åpningstid mv., jf rammeavtalen § 3.5.

### 3.5 Vedtatte regionale planer som har betydning for avtalepraksis

- Helse Midt-Norge RHF 2010
- IT-strategi for Helse Midt-Norge RHF 2008-2010
- Program for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge RHF (2007-2010)
- Strategi for brukervedvirkning (mai 2007)
- Handlingsprogram for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering
- Med laboratoriemedisin inn i fremtiden (juni 2004)
- Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring 2004-2007 (juni 2004)
- Felles overordnet strategi 2004-2007 (april 2004)

### 3.6 Økonomiske rammebetingelser for avtalepraksis

Avtalespesialisttjenesten finansieres ved driftstilskudd, trygderefusjon og pasientenes egenandeler. Protokoll forankret i rammeavtalene inneholder normtall for hvor mange konsultasjoner som forventes utført i løpet av ett år i full stilling. Disse varierer fra 1050 til 3500 avhengig av spesialitet. Størrelse på avtalehjemmelen setter ingen øvre grense for antall konsultasjoner.

Gjennom rammeavtalene er det inngått sentrale avtaler om økonomiske vilkår for avtalespesialistene, herunder blant annet tilskudd til drift. Driftstilskuddet er satt til 45 % av gjennomsnittlig trygderefusjon og skal avspeile praksisens driftutgifter som blant annet lokaler, teknisk/medisinsk utstyr og hjelpepersonell.

Fra og med 1.7.2007 gjelder følgende driftstilskudd for legespesialister:

Klasse 1	kr. 650.500
Klasse 2	kr. 755.800
Klasse 3	kr. 968.900

Psykologspesialister har ett driftstilskudd på kr. 363.840

## 4. Dagens situasjon

### 4.1 Avtaleforvaltning og samhandling

Det er i dag et fast samarbeidsutvalg som ivaretar kontakten mellom tillitsvalgte for avtalespesialistene og Helse Midt-Norge, jf rammeavtalenes bestemmelser om samarbeidsutvalg. Rammeavtalen for leger hjemler også et spesialistlegeutvalg.

Individuelle avtaler om driftstilskudd som er inngått med fylkeskommunene i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag før 2002 er bindende for Helse Midt-Norge RHF frem til avtalespesialisten slutter eller går av med pensjon.

I de eksisterende individuelle avtalene er det i liten grad regulert hva som skal være arbeidsoppgaver, faglig virkeområde og profil innenfor avtalespesialistens spesialitet.

De enkelte avtalespesialistene rapporterer til Helse Midt-Norge RHF etter rammeavtalen. Ved behov er det også møtevirksomhet og kontakt mellom Helse Midt-Norge RHF og de enkelte HFene.

I "Romslo-rapporten" av juni 2006 fremgår det at HFene ønsker mer kunnskap om og større påvirkningsmulighet på avtalespesialistenes virksomhet. Det vises til at rammeavtalene og de individuelle avtalene ikke ivaretar deres interesser godt nok. HFene tar opp forhold der det er behov for forbedringer og/eller mer fleksibilitet:

- Koordinering av ferie mellom HF-spesialister og avtalespesialister.
- Ivaretagelse av veiledningsoppgaver i forhold til primærhelsetjenesten.
- Prioritering i samsvar med regionale målsettinger og enkle rutiner for å redusere ventelistene
- Medvirkning ved etablering, videreføring, flytting og geografisk plassering av hjemler.
- Samarbeid for å utveksle kunnskap og kompetanse.
- Rapporteringsplikt på diagnosnivå (ICD-10 nivå) (er innført fra 1.1.2008).
- Rapportering som gir valide data om ventelister og ventetider.
- Større åpenhet om oppgavefordeling mellom avtalespesialist og HF/sykehus.

I 2007 kom det fire offentlige dokumenter som omtaler avtalespesialisttjenesten i Midt-Norge.

*Revisjonsrapport – Kvalitetskrav og internkontroll – private aktører (7.2.2007)* ble styrebehandlet 22.3.2007. Her konstaterer Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF under punkt 5.4 *Private avtalespesialister* at Helse Midt-Norge RHF ikke har fulgt opp krav om internkontroll med kontroll eller krav om dokumentasjon.

I *IT-strategi 2008-2010 Helse Midt-Norge (13.2.2008)* punkt 4.6 *Strategi for bruk av private aktører* omtales bruk av private aktører som virkemiddel for å innfri *sørge-for* ansvaret. Det vises til at både kvalitets- og effektivitetshensyn begrunner et visst behov for standardiserte grensesnitt for informasjonsutveksling særlig når det gjelder utveksling av billedundersøkelser og arbeidsprosesser rundt innsending og svar på laboratorieundersøkelser.

I *Faglig strategi og langtidsbudsjett St Olavs Hospital HF 2008-2020* som ble vedtatt av styret ved St Olavs Hospital HF 19.10.2007, omtales avtalespesialistene under *punkt 3.3.3 Private kommersielle sykehus, rehabiliteringssentra og avtalespesialister/-psykologer*. Her vises det til at samarbeid med avtalespesialister gjennom en handlingsplan for avtalespesialister må bedre det totale pasienttilbudet og optimalisere pasientforløpene, samt sikre en felles helhetlig prioritering.

I Program for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge RHF 2007-2010 vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF 25.og 26.10.2007 ligger følgende tiltak i forhold til avtalespesialisttjenesten:

- *Samarbeidet med avtalespesialistene skal reguleres gjennom årlige styringsbrev hvor HMN klargjør forventninger og aktuelle helsepolitiske styringssignaler.*
- *Det skal etableres systemer for føring av ventelister, ventetidsrapportering, ressursbruk og produktivitet.*
- *Ved tildeling av nye hjemler skal områder med lavest dekning prioriteres, der dette er hensiktsmessig.*
- *Ved inngåelse av nye avtaler skal det knyttes krav om forpliktende samarbeid mellom avtalespesialister og DPS poliklinikker. Samarbeidet skal også omfatte BUP.*

I henhold til rammeavtalene skal avtalespesialisten bidra til hensiktsmessig samhandling med HF i forbindelse med behov for å utrede/behandle pasienter. Dersom det er ønsket om samhandling utover rammeavtalenes bestemmelser så må det skje ved forhandlinger/reforhandlinger av individuell avtale om driftstilskudd.

#### **4.2 Antall avtaler og årsverk**

I spesialisthelsetjenesten i Norge arbeider det i dag ca 10 000 legespesialister og ca 2200 kliniske psykologspesialister. Disse er enten ansatte ved offentlige eller private helseinstitusjoner eller har avtaler med et regionalt helseforetak om driftstilskudd med rett til trygderefusjon. Hvor mange som utenom dette arbeider helt privat uten driftstilskudd fra det offentlige kjennes ikke.

#### **Antall lege- og kliniske psykologspesialister i spesialisthelsetjenesten (Sosial- og helsedir. 2008)**

	<b>Leger</b>	<b>Kliniske psykologspesialister</b>
I somatiske institusjoner	8151	200
I psykiatriske institusjoner	1906	1575
Avtalespesialister	727	410

På landsbasis har 7.2 % av alle legene innenfor spesialisthelsetjenesten avtale om driftstilskudd. Tilsvarende tall for kliniske psykologspesialister er 19 %. I Helse Midt-Norge RHF har 5 % av alle legespesialistene avtale om driftstilskudd og 22 % av alle psykologene.

### Fordeling av avtalespesialister, årsverk pr 100.000 innb. etter helseregion (SSB 2003)

Helseregion	Legespesialister	Kliniske psykologer
Gjennomsnitt landet	15.8	8.9
Helse Øst	22.1	13.3
Helse Sør	14.3	6.2
Helse Vest	14.2	9.8
Helse Midt-Norge	8.2	5,5
Helse Nord	9.1	3.0

I forhold til landsgjennomsnittet er det i helseregion Midt-Norge ca halvparten så mange avtalespesialister pr innbygger som resten av landet, mens helseregion Øst ligger betydelig over. Denne skjevfordelingen har betydning for befolkningens tilgang til spesialisthelsetjenester.

I august 2007 hadde Helse Midt-Norge RHF avtale med 97 legespesialister og 67 psykologspesialister. I helseregion Midt-Norge var det i årene 2003 – 2004 en økning i avtalespesialistårsverk for leger på 6,8 % og for psykologer på 12.8 %. De siste årene har Helse Midt-Norge RHF på grunn av vanskelig økonomisk situasjon, ikke opprettet nye hjemler verken for legespesialister eller kliniske psykologer. Hjemler som har blitt ledige på grunn av at avtalespesialisten har sluttet, har imidlertid blitt lyst ut på nytt.

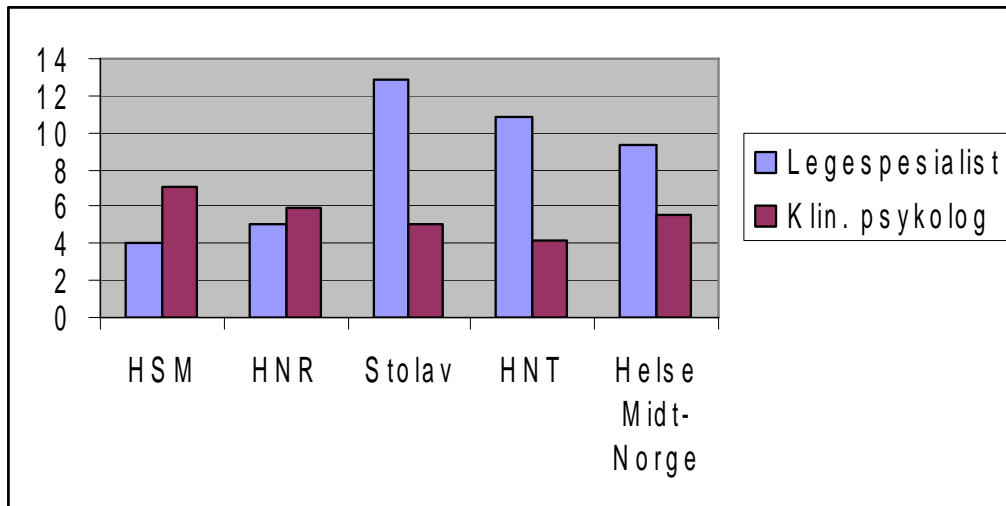
#### 4.3 Geografisk fordeling

Helse Midt-Norge RHF overtok i 2002 de avtaler som fylkeskommunene hadde inngått med de praktiserende spesialistene i regionen. For å tiltrekke seg spesialister hadde fylkeskommunene valgt forskjellige strategier for tildelingen av avtalehjemler basert på historiske, geografiske og økonomiske forhold.

I tillegg til skjevfordelingen på landsplan, er det også en skjevfordeling av avtalespesialister innen vår helseregion. I august 2007 hadde Helse Midt-Norge RHF avtale med 97 legespesialister og 67 psykologspesialister. I absolutte tall praktiserer langt de fleste, både leger og psykologer i Sør-Trøndelag, og med kontoradresse Trondheim. Relativt sett er det 2-3 ganger så mange lege-/avtalespesialister i Trøndelagsfylkene som i Møre og Romsdal.

For de kliniske psykologene er derimot bildet et annet, - her er den relative fordelingen mer ens, men med flest hjemler i Møre og Romsdal

**Fordeling av avtalespesialister i årsverk per 100.000 innb. i HMN (august 2007)**



For å få et riktig bilde av det totale spesialisttilbudet til innbyggerne, må dette ses i sammenheng med de årsverk som foretakenes poliklinikker utfører.

Ca. 85 % av alle avtalespesialistene i foretaksområdene har adresse større sentra/by, hvorav ca 50 % er lokalisert til Trondheim. I Nord-Trøndelag er legespesialistene lokalisert langs akse Stjørdal, Levanger, Steinkjer og Namsos. I Nordmøre og Romsdal er lokaliseringen hovedsakelig Kristiansund og Molde hvorav et flertall har kontoradresse Molde. På Sunnmøre er de fleste lokalisert til Ålesund, men enkelte også på søre Sunnmøre.

I tillegg til de steder hvor sykehusene er lokalisert er det avtalepsykologer lokalisert til Lierne, Steinkjer, Stjørdal, Børsa, Bjugn, Orkdal, Røros, Surnadal, Ulsteinvik og Ørsta.

**4.4 Spesialiteter**

Avtalespesialistene i Midt-Norge er i dag fordelt på 13 forskjellige hovedspesialiteter. I Sør-Trøndelag finnes alle spesialitetene, mens det i Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal er færre spesialiteter.

Helseregion Midt-Norge ligger tilnærmet på landsgjennomsnittet når det gjelder avtalespesialister innenfor barnesykdommer, hud, nevrologi og øye. Vi har vesentlig lavere antall avtalespesialister innenfor psykiatri, gynekologi og ØNH. For kliniske psykologer har Helse Midt-Norge RHF en dekningsgrad på ca. 53 % av landet som helhet.

**Antall hjemler og årsverk (i parentes) fordelt på foretaksområde etter spesialitet pr november 2007**

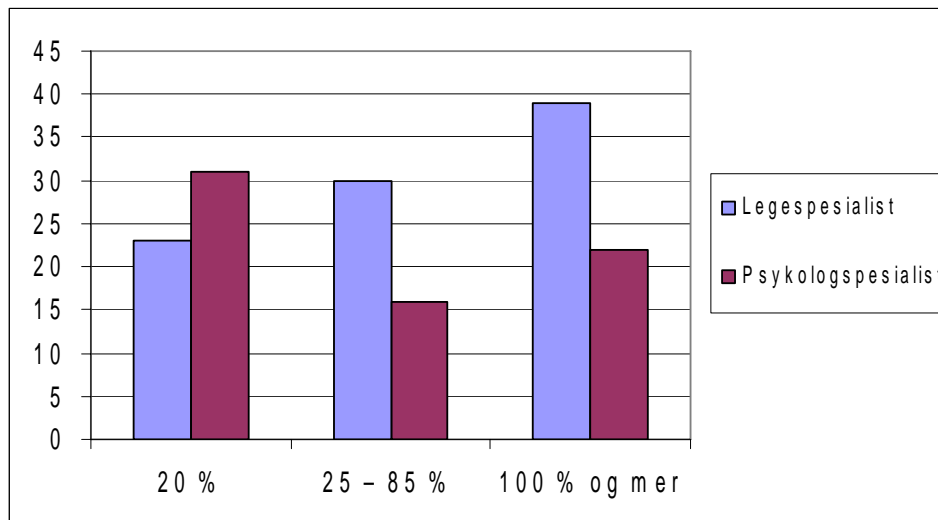
	<b>Sunnmøre</b>	<b>Nordmøre &amp; Romsdal</b>	<b>Sør-Trøndelag</b>	<b>Nord-Trøndelag</b>	<b>Sum</b>
Anestesiologi	1(0,2)	-	4(0,8)	-	5(1,0)
Barnesykd.	-	-	5(3,2)	-	5(3,2)
Fys.med/rehab	1(0,2)	-		-	1(0,2)
Gyn./obst.	2(0,2)	-	4(3,7)	-	6(3,9)
Hud	-	-	4(4,0)	6(3,2)	10(7,2)
Indremedisin	1(1,0)	1(1,0)	6(4,5)	-	8(6,5)
Kirurgi	-	-	2(0,4)	-	2(0,4)
Nevrologi	-	-	1(1,0)	2(1,5)	3(2,5)
Ortopedi	1(0,2)	-	1(0,2)	-	1(0,2)
Psykatri	2(0,6)	1(1,0)	13(6,7)	1(1,0)	17(9,3)
Psykologi	13(9,2)	10(6,8)	37(14)	7(5,5)	67(35,5)
ØNH	2(0,4)	1(0,5)	8(3,7)	4(2,5)	15(8,1)
Øye	1(1,0)	4(3,2)	10(7,8)	9(6,5)	24(18,5)
<b>Sum</b>	<b>24(14,8)</b>	<b>17(12,5)</b>	<b>94((49,8)</b>	<b>29(20,2)</b>	<b>164(97,3)</b>

Innenfor hovedspesialiteten indremedisin har vi subspecialiteter i hjerte-, lunge- og mage-tarmsykdommer, innenfor kirurgi har vi generell kirurgi og ortopedi og innenfor psykisk helsevern voksenpsykiatri og –psykologi, barn- og ungdomspsykiatri og –psykologi og nevropsykologi.

Samlet utgjør avtalespesialistene 97,3 årsverk, fordelt med 61.8 legeårsverk og 35.5 psykologårsverk. 44,8 årsverk arbeider innen psykisk helse (psykologi 35,5 og psykiatri 9,3), 18,5 innen øyesykdommer, 8,1 innen ønh-sykdommer, 7,2 innen hudsykdommer og 6,5 årsverk innen indremedisin. Igjen ser vi en betydelig skjevfordeling i regionen både når det gjelder antall årsverk og fordeling av spesialiteter.

Avtalehjemlenes størrelse kan variere fra 20 % til 100 %. Relativt flere psykologer har hjemler på 20 % og tilsvarende flere leger har 100 % hjemler.

## Fordeling av hjemler etter avtalestørrelse



Årsaken til at vi har mange deltidshjemler er at da dagens avtalepraksis ble etablert, hadde flere spesialister 100 % stilling hos annen arbeidsgiver (universitet, høyskoler, sykehus) og søkte da mindre avtalehjemler i tillegg til sitt faste arbeid.

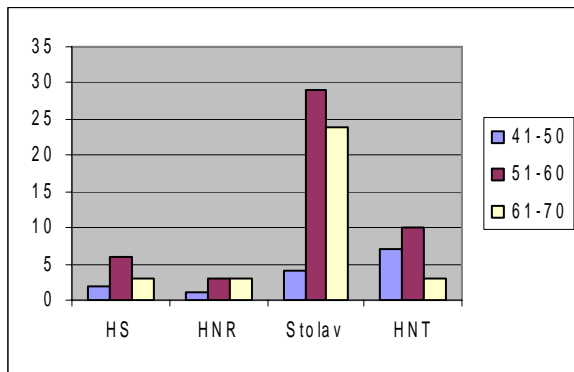
Vi har imidlertid informasjon om at mange av de med hjemmelsandeler under 100 % arbeider i full tid og har praksisen som eneste inntektskilde. Flere av disse har ytret ønske om å få utvidet sin avtale med Helse Midt-Norge RHF. Dersom vi hadde økt alle deltidshjemler til 100 %, måtte vi ha økt med 66,7 årsverk. Helse Midt-Norge RHF og spesialistenes fagorganisasjoner har som felles mål å øke avtalehjemlenes størrelse.

Samtidig vet vi at 7 legespesialister og 6 psykologspesialister har driftsavtaler på over 120 % . Juridisk er disse bindende for Helse Midt-Norge RHF, men avtalene vil bli endret så snart muligheten foreligger.

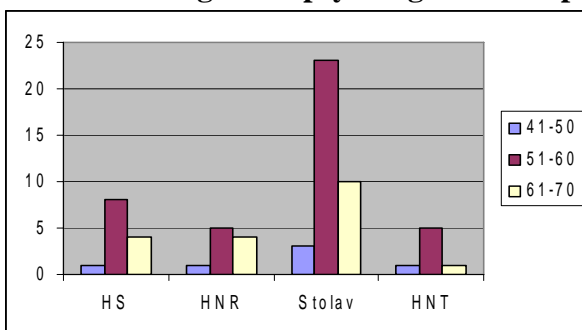
### 4.5 Alderssammensetning

Gjennomsnittsalderen for avtaleleger varierer mellom 52 og 59 år og for avtalepsykologer mellom 55 og 59 år. 24 leger og 15 psykologer er mellom 61 og 67 år og 9 leger og 4 psykologer er over 67 år. Det betyr at vi i løpet av de nærmeste årene vil få avgang av flere avtalespesialister med behov for nyrekruttering.

### Aldersfordeling avtaleleger fordelt på helseforetak



### Aldersfordeling avtalepsykologer fordelt på helseforetak



Fra og med 2006 er det i avtaleverket innført ordning med Seniorpolitikk. Dette innebærer at en avtalespesialist fra og med 60 år har rett til å dele sin praksis med en kollega med henblikk på nedtrapping innen 5 år. I løpet av 2007 har vi inngått 4 slike avtaler og vi regner med at dette vil øke fremover. Samtidig vet vi at det tar flere år å utdanne spesialister (for leger 7-9 år). Dette sammen med høy gjennomsnittsalder, tilsier at vi må øke utdanningskapasiteten og bedre nyrekruttering.

#### 4.6 Kjønnsperspektivet

I dag er kvinneandelen for psykologspesialister 24 % og 23 % for legespesialistene. Med økende andel kvinner som tar lege- og psykologutdanning, kan vi regne med at vi får flere kvinnelige avtalespesialister. Vi ser i dag at det er en økende kvinneandel som søker på utlyste hjemler. Ofte er begrunnelsen for å søke avtalehjemmel et ønske om å gå ut av sykehusetjeneste på grunn av vaktbelastning; dette gjelder for både kvinnelige og mannlige spesialister.

#### 4.7 Praksisbeskrivelse

##### Hvem er avtalespesialistene

Avtalespesialistene er sykehusutdannete spesialister, som regel med flere års overlegeerfaring. De driver hel eller deltids praksis som selvstendig næringsdrivende med driftstilskudd fra det offentlige. De er selv ansvarlig for alle forhold rundt driften. Inntekten er ca 2/3 ytelsesbasert. Det er avtalespesialistenes styrke at pasientene får treffe samme avtalespesialist gjennom hele sykdomsforløpet. Dette er spesielt viktig for pasienter med kroniske sykdommer. Avtalepraksisene er små og fleksible og gir muligheter for raske tilpasninger.

### **Henvisninger og prioritering**

I helseregion Midt-Norge mottar avtalespesialistene i alt vesentlig (95 %) pasienter etter henvisning fra førstelinjetjenesten/fastlegen. I Sør-Trøndelag blir pasienten innenfor øye og ønh først henvist til avtalespesialist for vurdering før eventuell viderehenvisning til sykehuspoliklinikk. HF/sykehus skal foreta en vurdering av henvisningen innen 30 virkedager. Avtalespesialistene omfattes ikke av dette lovkravet. Avtalespesialistene opplyser at henvisningene vurderes raskt, fortrinnsvis samme dag som de blir mottatt.

Avtalespesialistene opplyser i egne årsrapporter at de følger prioriteringsreglene som ligger til grunn for spesialisthelsetjenesten. De sykeste pasientene prioriteres før de mindre syke.

Avtalespesialistene omfattes av plikten til å gi øyeblikkelig hjelp. Rammeavtalen pålegger ikke avtalespesialistene vaktberedskap, men avtalespesialistene opplyser at de innenfor arbeidstid også tar i mot ø-hjelpspasienter og har tilrettelagt for det på samme måte som allmennleger. Som følge av dette kan belastningen på ø-hjelpsfunksjonen i HF reduseres. Ved operativ virksomhet vil oftest avtalespesialisten være tilgjengelig på telefon det første postoperative døgn. Det kan imidlertid oppstå situasjoner hvor avtalespesialisten må benytte ø-hjelpsfunksjonen i HF.

### **Pasientsammensetning**

Det foreligger i dag ingen god dokumentasjon som beskriver likheter og ulikheter mellom pasientsammensetningen i de offentlige poliklinikkene og i avtalepraksisene i Midt-Norge. Det vises for øvrig til beskrivelsene i brev av 10.3.2008 fra Helse- og omsorgsdepartementet med høringsnotat om rammebetingelser for private avtalespesialister.

### **Pasienttransport**

Der det er organisert pasienttransport for eksempel gjennom kjørekontor, benytter avtalespesialisten denne ved bestilling av transport for pasienter. Det vises til rammeavtalen § 6.1 femte ledd.

### **Organisering, lokaliteter og utstyr**

Avtalespesialistene er organisert både som solopraksis og gruppepraksis. Det er en økende interesse for å samle avtalepraksisene i gruppepraksis. Avtalepraksisene er hovedsakelig lokalisert i lokaler utenfor HFs bygningsmasse/sykehusene. En del avtalespesialister har imidlertid avtaler om leie av lokaler av HF. Det er også avtalespesialister som har sin virksomhet i tilknytning til distriktsmedisinske sentra (DMS). De fleste avtalespesialistene har moderne medisinsk teknisk utstyr.

### **Universell tilgjengelighet**

I Romslo rapporten ble det påvist at det var en del avtalepraksiser som ikke var tilgjengelig for funksjons- og bevegelseshemmede, jf kravet i rammeavtalene. Avtalespesialistene fikk pålegg om å rette opp forholdene og mange har gitt tilbakemelding om at det er gjort. Men noen har leiekontrakter som det er vanskelig å få reforhandlet og følgelig er det vanskelig å få endret på forholdene. Ved inngåelse av nye individuelle avtaler om driftstilskudd stilles det krav om universell tilgjengelighet.

### **Faglig oppdatering**

I henhold til lovverket er avtalespesialistene ansvarlig for at de selv og deres ansatte har oppdaterte kunnskaper slik at tjenesten kan utføres faglig forsvarlig.

### **Spesialistutdanning**

Avtalespesialistene er ikke forpliktet til å delta i spesialistutdanning av helsepersonell, men flere har ytret ønske om dette. Rammeavtalene åpner for å forhandle frem egne avtaler som regulerer avtalespesialistenes deltakelse i spesialistutdanningen. Saken er forelagt sentrale myndigheter som arbeider med spørsmålet. Det er Helse Midt-Norge RHF's syn at en slik ordning ville bedre rekrutterings- og utdanningssituasjonen for spesialister. Avtalespesialistenes deltakelse i spesialistutdanningen bør prøves ut gjennom et pilotprosjekt.

### **Opplæring av pasienter/pårørende**

Avtalespesialistene gir som en del av konsultasjonen opplæring til enkeltpasienter og de kan la sine pasienter dra nytte av foretakenes pasientopplæringssystemer der det anses riktig eller nødvendig.

### **Andre praksisbeskrivelser**

Se også vedleggene 2, 3 og 4 som inneholder praksisbeskrivelser fra henholdsvis Harald Holthe, Kjell Midelfart og Sverre Sævareid. For øvrig vises til legeforeningens policy nr 6/2007 om avtalespesialistene – se vedlegg 1.

## **4.8 Produksjonstall**

I egen protokoll mellom de regionale helseforetakene og fagforeningene er det angitt normtall for hvor mange konsultasjoner en kan påregne innenfor de forskjellige spesialitetene pr. årsverk. Frem til nå har rapporteringssystemet vært mangelfullt slik at vi har manglet god, oppdatert statistikk over produktiviteten hos avtalespesialistene.

Avtalespesialistene med unntak av psykiatere og psykologer har rapportert til Norsk Pasientregister NPR om pasientaktiviteten i sin praksis. Det har frem til nå vært vanskelig å få til 100 % rapportering. Fra og med 2008 må alle avtalespesialister også psykiatere og psykologer rapportere elektronisk til NPR. Dette vil bedre kunnskapen om aktiviteten ved avtalepraksisene og vi får tilnærmet samme rapportering som for sykehusenes poliklinikker.

Avtalespesialistene i Midt-Norge utfører 26 % av all poliklinikkvirksomhet (Samdata 2005). I Midt-Norge har 5 % av alle legespesialistene avtale om driftstilskudd og 22 % av alle psykologene.

I Helse Nord-Trøndelag ivaretar avtalespesialistene mer enn 1/3 av all somatisk poliklinisk aktivitet. Dette er knyttet til organiseringen av tre spesialiteter, øye, ønh og hud. I andre deler av regionen har man valgt andre modeller med poliklinisk virksomhet både i sykehus og i avtalepraksis, eller i hovedsak ved sykehusene. For hele regionen gjelder at en rekke store og tunge spesialiteter i hovedsak er drevet av sykehusene.

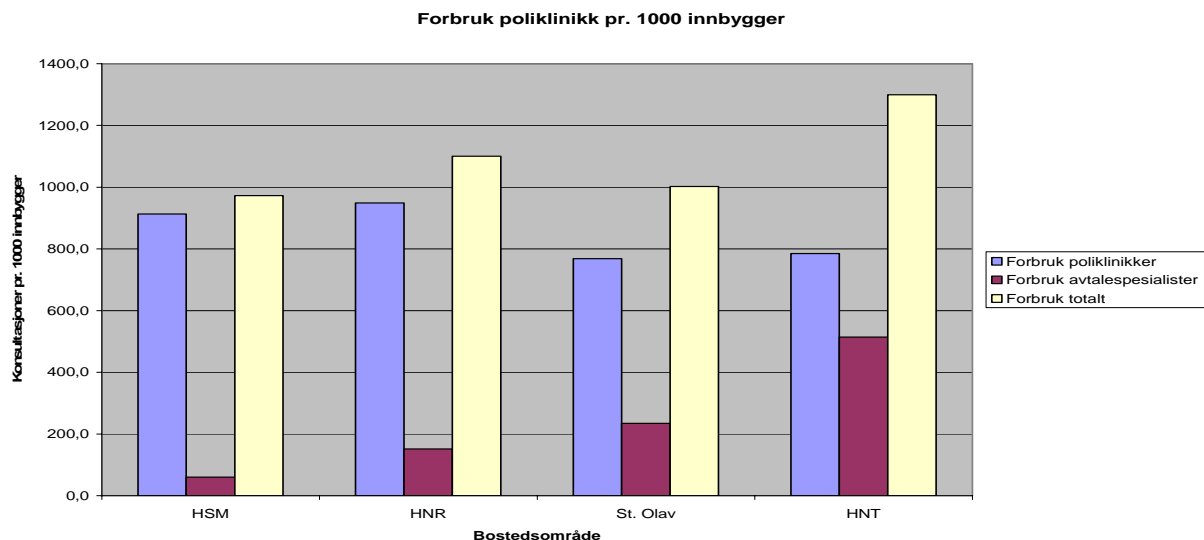
**Avtalespesialistenes andel av den polikliniske aktiviteten for hvert helseforetak (angitt som % av total poliklinisk aktivitet)  
Romslorapporten 2004-2006**

	<b>Somatikk</b>	<b>Psykisk helsevern</b>
Helse Sunnmøre HF	9.6	42.1
Helse Nordmøre og Romsdal HF	16.7	23.9
St. Olavs Hospital HF	26.0	27.1
Helse Nord-Trøndelag HF	36.8	7.4

I Nord-Trøndelag var det få avtalepraksiser innenfor psykisk helsevern i 2004 - 2006. På Sunnmøre var det få avtalepraksiser innenfor de somatiske spesialiteter, men flere innenfor psykisk helsevern (her: klinisk psykologi). I Sør-Trøndelag ivaretar avtalespesialistene i overkant av 1/4 av all spesialistpoliklinikk, noenlunde ens for somatikk og psykisk helsevern

**Norsk Pasientregister 2006**

Tallene fra poliklinikkene er 100 %, Det mangler opplysninger for noen avtaleleger. Ingen psykiatere og psykologer rapporterte til NPR.



Blå søyler er forbruk poliklinikker, lilla søyler er forbruk avtalespesialister og hvite søyler er forbruk totalt

Det er betydelig forskjell i aktiviteten til avtalespesialistene i regionen. Legges avtalespesialistenes aktivitet sammen med aktiviteten i HFenes poliklinikker, reduseres forskjellene innen regionen.

**4.9 Økonomi**

Avtalespesialisttjenesten finansieres ved driftstilskudd, trygderefusjon og egenandeler. I 2007 utbetalte Helse Midt-Norge RHF ca 69 mill kr i driftstilskudd og trygderefusjonen fra NAV utgjorde knapt 122 mill kr.

I brev av 10.3.2008 fra Helse- og omsorgsdepartementet med høringsnotat om rammebetingelser for private avtalespesialister refereres fem undersøkelser og det konkluderes blant annet med følgende:

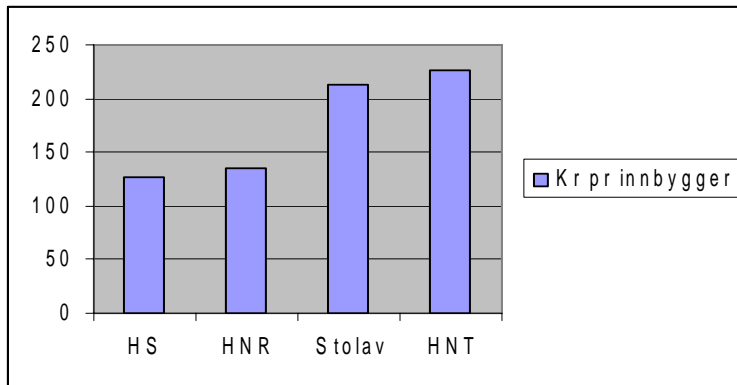
- *Avtalespesialistenes produktivitet er høy. Flere undersøkelser estimerer et gjennomsnittlig konsultasjonsantall per årsverk til ca 15 konsultasjoner per dag for de somatiske spesialitetene. Innenfor psykisk helsevern lyder anslagene på et gjennomsnittlig konsultasjonsantall pr årsverk til om lag 5 konsultasjoner per dag.*
- *Det vites lite om eventuelle forskjeller i pasientsammensetning mellom avtalespesialistene og sykehusenes poliklinikker. Undersøkelsene korrigerer dermed ikke for kostnadsforskjeller som skyldes forskjeller i pasientsammensetningen. Ei heller korrigerer de for forskjeller i pålagte oppgaver (forskning, utdanning, vakt). Undersøkelsen gir derfor ikke grunnlag til å trekke klare konklusjoner om produktivitetsforskjeller.*
- *I Helse Øst behandles for mange pasienter på for høyt omsorgsnivå (kfr Helse Øst (2004)).*
- *Aktiviteten hos avtalespesialistene og poliklinikkene er substituerende mellom regionene. En tilsvarende substitusjonseffekt kan antas å finnes innad i regionene.*
- *Variierende grad av samhandling mellom aktørene. Klare styringsmessige utfordringer mellom spesielt avtalespesialist og sykehus, særlig for å unngå dobbeltutredninger.*
- *Psykisk helsevern er det området som utpeker seg med tildels dårligst samarbeid mellom aktørene og dårlig koordinering av pasienttilbudet (Helse Øst (2004)).*

Helse- og omsorgsdepartementet peker på at kostnadene pr konsultasjon synes å være betydelig lavere hos avtalespesialistene enn ved poliklinikkene. Departementet understreker imidlertid at undersøkelsene ikke korrigerer for kostnadsforskjeller som skyldes forskjeller i pasientsammensetning. Undersøkelsene gir derfor ikke grunnlag for å trekke slutninger om produktivitetsforskjeller. Det pekes på at det er en viktig utfordring å finne ut av hvor stor del av de observerte forskjellene som skyldes henholdsvis produktivitet og pasientsammensetning.

#### Trygdeutbetalinger til avtalespesialistene 2006

Foretak	Beløp i kr	I prosent	Kr pr innbygger
Sunnmøre	16.410.000	13,8	126,23
Nordmøre og Romsdal	15.340.442	12,5	134,65
Sør-Trøndelag	60.206.477	49,3	212,74
Nord-Trøndelag	29.896.979	24,4	22649
	121.853.898	100,0	

### Fordeling av trygdeutbetaling 2006 etter folketall



NAV utbetaler 65 til 80 % mer pr innbygger til avtalespesialisttjenesten i Trøndelagsfylkene enn i Møre og Romsdal.

#### 4.10 Helse Sunnmøre HF

Foretaksområdet omfatter 17 kommuner med til sammen 130.000 innbyggere. Foretaket har to sykehus, Sjukehuset i Ålesund og Sjukehuset i Volda. I tillegg har foretaket DPS-enhetene Sjøholt, Vegsund og Volda og Mork rehabiliteringssenter. Ca 90.000 innbyggere sokner til Ålesund og ca 40.000 til Volda. Spesialisthelsetjenesten er lokalisert rundt Ålesund og Volda. Avstanden mellom disse to sykehusene er 57 km. I tillegg er det etablert fergefri forbindelse mellom kommunene Ulsteinvik/Hareid og Ørsta/Volda.

Det er færre hjemler for avtalespesialister enn i resten av helseregionen. Det er i alt 14,6 årsverk som avtalespesialister (5,2 for leger og 9,2 for psykologer) og det er inngått i alt 24 avtaler (11 leger og 13 psykologer). Gjennomsnittlig avtalepraksis for leger er 0,47 årsverk og for psykologer 0,71. 16 av de 24 avtalene er i Ålesund, de øvrige - vesentlig psykologer- er lokalisert i Volda/Ørsta og Ulsteinvik.

#### Hjemler i hele årsverk, pr oktober 2007

	Ålesund	Ulstein	Volda	Ørsta	Sum
Psykologi	5,8	2,0	0,2	1,2	9,2
Psykiatri	0,4				0,4
Øyesykdom.	1,0				1,0
ØNH-ykd.	0,4				0,4
Fys.med.	0,2				0,2
Ortopedi	0,2				0,2
Indremedisin	1,0				1,0
Anesthesiol.	0,2				0,2
Gynekologi	2,0				2,0
<b>Totalt</b>	<b>12,2</b>	<b>2,0</b>	<b>0,2</b>	<b>1,2</b>	<b>14,6</b>

#### 4.11 Helse Nordmøre og Romsdal HF

Foretaksområdet omfatter 17 kommuner med til sammen ca 114.000 innbyggere. Foretaket har to sykehus, Sjukehuset i Molde med psykiatrisk avdeling på Hjelset og Sykehuset i Kristiansund. Ca 45.000 innbyggere sokner til Kristiansund og 70.000 til Molde. I tillegg er det idag DPS-døgneheter på Eide, Nordlandet (Kristiansund) og Tingvoll for å ivareta deler av det psykiske helsevern. I oktober 2008 vil Knausensenteret åpne i Molde og overta DPS-

ansvaret for Molderegionen. Tingvoll og Eide vil bli nedlagt fra samme tidspunkt. Mellom Molde og Kristiansund er det 73 km.

Utenom de to byene Kristiansund og Molde er det større befolkningsentra i Sunndalsøra, Tingvoll, Surnadal og Rauma (Åndalsnes). Folk som sokner til Surnadalsområdet og Rauma må i ferge for å komme til Kristiansund eller Molde og Surnadalområdet bruker ofte Orkdal og Rauma i noe mindre grad Ålesund som sitt lokalsykehus.

Avtalespesialistene utgjør 12,5 årsverk, 6,6 psykologer og 5,9 leger. Det er 10 psykologhjemler og 7 legehjemler. I Nordmøre og Romsdal er gjennomsnittlig psykologhjemmel 0,66 årsverk og for legene 0,84. Dette foretaket har færre spesialiteter som avtalespesialister enn de øvrige foretakene.

Hjemlene fordeler seg på følgende måte:

#### Hjemler i hele årsverk pr oktober 2007-

	Molde	Kristiansund	Surnadal	Sum
Psykologi	5,2	1,4	0,2	6,6
Psykiater		1,0		1,0
Øyesykdommer	1,2	2,0		3,2
ØNH-sykdommer		0,5		0,5
Indremedisin	1,0			1,0
Totalt	7,4	4,9	0,2	12,5

#### 4.12 St. Olavs Hospital HF

Foretaksområdet omfatter Sør-Trøndelag fylke med ca 283.000 innbyggere fordelt på 25 kommuner. 55 % av innbyggerne bor i Trondheim kommune. St Olavs Hospital HF er helseregionens regionsykehus og regionfunksjonen utgjør inntil 20 %. St. Olavs Hospital HF har avdeling i Orkdal (Orkdal sanitetsforenings sykehus) og på Røros (Røros sykehus). Videre er det etablert Distriktsmedisinsk senter på Ørland. Foretaket har DPS Leistad, DPS Orkdal og DPS Tiller.

Befolkningsmessig kan en inndele fylket i Fjellregionen med Røros, Ålen og Os i Østerdalen, Oppdalsregionen, Orkdalsregionen og Fosenregionen.

Fylket hadde pr september 2007 48,77 årsverk (34,77 leger og 14,0 psykologer) for avtalehjemler fordelt på 91 hjemler (54 leger og 37 psykologer). Gjennomsnittlig hjemmelsstørrelse pr lege er 0,64 årsverk og 0,38 for psykologer. Lav hjemmelsstørrelse for psykologer, har sin årsak i at flere psykologer har sin hovedarbeidsplass ved NTNU.

Hjemlene fordeler seg på følgende måte:

#### Hjemler i hele årsverk pr oktober 2007

	Trondheim	Fosen	Støren	Orkanger	Røros	Oppdal	Sum
Psykologi	11,9	0,2		0,4	1,5		14,0
Psykiatri	5,0				0,5	0,2	5,7
Øyesykd.	7,6		0,2				7,8
ØNHsykd.	2,7				0,77	0,2	3,67
Hudsykd.	4,0						4,0
Gen. Kir-	0,2					0,2	0,4
Nevrologi	1,0						1,0
Indremedisin	4,0						4,0
Anestesiologi	0,8						0,8
Gynekologi	3,0				0,5	0,2	3,7
Barnesykd.	3,2						3,2
Onkologi		0,5					
	43,4	0,7	0,2	0,4	3,27	0,8	48,77

34,4 årsverk av 48,77 er lokalisert til Trondheim, mens Røros har 3,27 og Oppdal 0,8.

#### 4.13 Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag HF's nedslagsfelt omfatter Nord-Trøndelag fylke, Bindal kommune fra Nordland fylke og Osen og Roan kommuner fra Sør-Trøndelag fylke med til sammen ca 132.000 innbyggere og 27 kommuner. Foretaket har to sykehusområder, Namdalsregionen (Sykehuset Namsos) med ca 39000 innbyggere og Innherredsregionen (Sykehuset Levanger) med ca 93000 innbyggere. Foretaket har etablert Distriktpsikiatrisk senter på Kolvereid og i Stjørdal. Videre er det etablert Distriktsmedisinsk senter i Stjørdal.

Fylket har 4 sentra: Namsos, Steinkjer, Levanger og Stjørdal. Den største befolkningstettheten er på aksen Steinkjer – Stjørdal

I Helse Nord-Trøndelag var det i september 2007 19,2 årsverk (13,7 leger og 5,5 psykologer) for avtalespesialister fordelt på 29 hjemler (22 leger og 7 psykologer). Gjennomsnittlig hjemmelsstørrelse for leger er 0,62 og for psykologer 0,78. Hjemlenes størrelse pr avtalespesialist varierer fra 20 % til 130 %.

Geografisk fordeling av hjemlene:

#### Hjemler i hele årsverk pr oktober 2007

	Namsos	Steinkjer	Levanger	Stjørdal	Sum
Psykologi	1,5	2,0		2,0	5,5
Psykiatri		1,0			1,0
Øyesykdom.	1,0		3,0	1,5	5,5
ØNH-sykd.	1,0		1,5		2,5
Hudsykdom.	1,00	0,4	1,6	0,2	3,2
Nevrologi	0,5		1,0		1,5
	5,0	3,4	7,1	3,7	19,2

## 5. Arbeidsgruppens vurdering

### 5.1. Avtalehjemler

#### 5.1.1 Rapportering, id-nummer og økonomiske rammer

Det er tre forutsetninger som må ligge til grunn for endringer i struktur og antall avtalehjemler:

- Rapporteringssystem etablert i regi av NPR/Sosial- og helsedirektoratet pr 1.1.2008 omfatter all avtalepraksis og samsvarer med rapporteringen som helseforetakenes poliklinikker foretar. Systemet må være operativt og gi et riktig bilde av aktiviteten.
- Oppretting av nye avtalehjemler for leger er avhengig av Helse- og omsorgsdepartementets årlige tildelinger av legehjemler gjennom *Oppdragsdokumentet*. For 2008 fikk Helse Midt-Norge RHF 29 hjemler som skal dekke HFenes behov for nye legestillinger i tillegg til avtalespesialistene. Nye avtalehjemler for psykologer kan opprettes fritt innenfor budsjetttrammene.
- For 2008 er det bevilget 72 mill kroner til avtalespesialisttjenesten. Dette går til driftstilskudd og administrasjon av ordningen. Det har ikke vært budsjettøkning de siste årene ut over lønn- og prisstigningen.

#### 5.1.2 Volum

Volumet på avtalespesialisttjenestetilbudet til befolkningen må ses i sammenheng med tilbudet i sykehusenes poliklinikker. Det vises til sluttrapport om *Oppgavefordeling i Helse Midt-Norge RHF* (10.12.2007) – sluttrapporten er pr 1.4.2008 på høring.

#### 5.1.3 Rekruttering og spesialiteter

Erfaringene viser at det ved utlysning av avtalehjemler svært sjelden kommer eksterne søkere. For noen spesialiteter kan det derfor være en trussel mot drift, vaktberedskap og utdanningskapasitet at erfarne sykehusspesialister går over til avtalespesialistpraksis. Dette fordi det også er vanskelig å rekruttere nye og erfarne sykehusspesialister til regionen. Ved utlysning av ledige hjemler og oppretting av nye, må det tas hensyn til dette.

I dag er det avtalepraksis innenfor 13 hovedspesialiteter for leger og psykologer i helseregionen. Arbeidsgruppen foreslår at en i den første fasen holder fast ved disse spesialitetene og ikke utvider ordningen til nye. Arbeidsgruppen ser imidlertid at det kan være behov for andre spesialiteter.

#### 5.1.4 Arbeidsgruppens prioriteringer

Avtalespesialister er en viktig og effektiv ressurs for å ivareta ”*sørge for ansvaret*”, og for å redusere poliklinikkens ventetider.

*Arbeidsgruppen vil foreslå følgende prioriteringer:*

#### Tilbud om hele avtalehjemler

Gjennom protokoll og rammeavtalen er det enighet mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeförening og Norsk Psykologforening om at det skal være samsvar mellom hjemmelsstørrelsen og de timer avtalespesialisten arbeider for Helse Midt-Norge RHF. Vi har i dag 164 avtaler og betaler ut driftstilskudd tilsvarende 97,3 årsverk. Det mangler opplysninger om hvor mange

av avtalespesialistene i deltidshjemler som ønsker å få hjemmelen utvidet til 100 %.

*Arbeidsgruppen vil foreslå at deltidshjemler utvides til hele hjemler.*

### **Utjevning av geografiske forskjeller**

Det foreslås en geografisk utjevning slik at befolkningens tilgang til avtalespesialister og poliklinisk virksomhet blir mest mulig lik i hele regionen. Det vises til sluttrapport om *Oppgavefordeling i Helse Midt-Norge RHF* (10.12.2007) – sluttrapporten er pr 1.4.2008 på høring.

For å oppnå en geografisk utjevning i regionen må en øke med 16 legehjemler og 6 psykologhjemler til en kostnad på ca 20 mill pr år. For legene krever dette tildeling av nye id-nummer fra departementet. Oppretting av nye avtalehjemler kan føre til at spesialister ansatt i HFene går over i avtalepraksis, dersom det ikke kommer søkere fra andre helseregioner.

*Arbeidsgruppen foreslår utjevning av den geografiske skjevhet gjennom oppretting av nye avtalehjemler.*

*Arbeidsgruppen foreslår at utjevningen gjennomføres i takt med tildelte id-nummer samtidig som HFenes driftsforhold ivaretas.*

## **5.2. Driftsavtale og ansettelsesforhold i HF**

### **5.2.1 Ulike roller**

En del avtalespesialister, både leger og psykologer, har arbeidsavtale med HF, NTNU mv i tillegg til avtalepraksis. Denne kombinasjonsvirksomheten stiller krav til rolleforståelse, ryddighet og tydelig organisering. Det vises til helsepersonelloven § 19 som fastsetter en generell opplysningsplikt om bierverv for helsepersonell med autorisasjon/lisens. Det vises også til rammeavtalen § 6.3 som pålegger avtalespesialisten en plikt til å informere Helse Midt-Norge RHF om annen virksomhet.

Leger/psykologer i lederstilling i HF og leger/psykologer som vurderer henvisninger i HF skal i utgangspunktet ikke kombinere HF-stilling og avtalepraksis. Her vil det foreligge en åpenbar lojalitetskonflikt.

### **5.2.2 Tilgang til helseopplysninger**

Det finnes individuelle avtaler om driftstilskudd der avtalespesialist som samtidig er HF-ansatt lege/psykolog gis adgang til å bruke HF's journalsystem og pasientadministrative system i virksomheten som avtalespesialist. Slike klausuler er i strid med helseregisterloven § 13. Denne bestemmelsen slår fast at det bare er den databehandlingsansvarlige, databehandlere og den som arbeider under deres instruksjonsmyndighet, som kan gis tilgang til helseopplysninger og bare dersom det er nødvendig for vedkommendes arbeid og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Det er HF ved administrerende direktør som er databehandlingsansvarlig. I helseregion Midt-Norge er HEMIT etter avtale med HFene databehandler. Det er bare den som arbeider under HF og HEMIT som på bestemte vilkår kan gis tilgang til helseopplysninger i HF's journalsystem og pasientadministrative system. Når HF-ansatt lege/psykolog arbeider som avtalespesialist er han/hun ikke underlagt HF's instruksjonsmyndighet og kan følgelig ikke få tilgang til helseopplysninger i HF's systemer.

I tillegg stiller journalforskriften § 4 første punktum krav om at virksomhet som yter helsehjelp må opprette pasientjournalssystem.

***Arbeidsgruppen viser til krav i helseregisterloven § 13 og journalforskriften § 4 og krever at brudd på nevnte bestemmelser avvikles.***

### **5.2.3 Krav om tydelig merking av avtalepraksis**

Nærhet, kostnadseffektivitet og utnyttelse av lokaler er argumenter for å legge avtalepraksiser til sykehuslokaler. Lokalisering av avtalepraksis i sykehuslokaler kan skape uklarhet for pasientene når det gjelder å skille HF-poliklinikk og avtalepraksis. Det er avgjørende at pasientene til enhver tid vet om de konsulterer HF-poliklinikk eller avtalepraksis.

Regionalt Brukerutvalg har blant annet tatt opp dette spørsmålet i utvalgets vedtak av 25.2.2008, jf sak 20/08 *Avtalespesialister*:

*.....Regionalt brukerutvalg mener at avtalespesialister i fremtidige avtaler ikke skal gis anledning til å ha tilhold i lokaler tilhørende helseforetaket. Dette for å markere at avtalespesialisten utøver sin aktivitet uavhengig av helseforetaket.....*

***Der avtalepraksis er lokalisert i HF's lokaler, foreslår arbeidsgruppen tydelig merking for å skille HF-poliklinikk og avtalepraksis. Med tydelig merking menes følgende forhold:***

- *Eget journalsystem og pasientadministrativt system for avtalepraksisen*
- *Tilstrekkelig merking av lokalene der avtalepraksis drives*
- *Eget brevpapir, telefonnummer og egen e-postadresse for avtalepraksisen*
- *Eget arbeidstøy*

## **5.3 Samhandling**

### **5.3.1 Samarbeidsutvalg**

Det er opprettet et samarbeidsutvalg mellom avtalespesialistene og det regionale helseforetak. Samarbeidsutvalget skal bidra til å fremme nødvendig samarbeid og samhandling mellom det regionale helseforetak og avtalespesialistene, jf rammeavtalene § 12.2.

### **5.3.2 Faglige nettverk, møter og gjensidig praksisbesøk**

Det er etablert faste samarbeidsmøter innenfor spesialitetene øye, ønh og hud mellom spesialistene ved St Olavs Hospital HF og avtalespesialistene. Noen ganger deltar også avtalespesialister i hudsykdommer fra Nord- Trøndelag. Dette ser arbeidsgruppen som gode eksempler på faglig samhandling.

Gjensidig praksisbesøk vil kunne bidra til bedre samhandling. For fastlegene er det i dag obligatorisk med gjensidig praksisbesøk hos en kollega to ganger i løpet av en sertifiseringsperiode. Det er ingen obligatoriske ordninger der fastleger, avtalespesialister og sykehusleger gjennomfører praksisbesøk hos hverandre.

Det er viktig at avtalespesialistene inkluderes i regionale fagnettverk.

Det vises til punkt 7.1.2 Fagråd, fagnettverk, satellitter i sluttrapport av 10.12.2007 om *Oppgavefordeling i Helse Midt-Norge RHF* som pr 1.4.2008 er på høring.

*Arbeidsgruppen foreslår at avtalespesialistene inkluderes i fagnettverkene som Helse Midt-Norge RHF skal opprette.*

*Arbeidsgruppen foreslår at det arbeides videre med å få til ordninger med gjensidig praksisbesøk.*

### **5.3.3 Samhandling om tjenestetilbud**

I de eksisterende individuelle avtalene er det i liten grad regulert hva som skal være arbeidsoppgaver, faglig virkeområde og profil innenfor avtalespesialistens spesialitet. HFene etterlyser en strategi med hensyn til hvilket tjenestetilbud avtalespesialistene skal ha. HFene vil at tjenestetilbudet må være definert ut fra medisinske behov.

Rammeavtalene § 6.1 annet ledd åpner for å forhandle om faglig virkeområde og profil. Arbeidsoppgaver, faglig virkeområde og profil må beskrives i alle individuelle avtaler.

Etter rammeavtalen med Den norske legeförening § 6.1 sjette ledd skal avtalespesialistene bidra til hensiktsmessig samhandling med HF i forbindelse med behov for å utrede/behandle pasienter som har ventet lenge. Etter rammeavtalen med Norsk Psykologforening er det ikke krav om at pasientene har ventet lenge. Det skal tilrettelegges for slik samhandling blant annet gjennom samarbeidsutvalget og bruk av styringsdokumenter til HF.

Dersom det er ønsker om samhandling utover rammeavtalens bestemmelser må det skje ved forhandlinger eller reforhandlinger av individuell avtale om driftstilskudd.

Arbeidsgruppen anbefaler at det utarbeides et årlig brev til avtalespesialistene der det informeres om nasjonale og regionale myndigheters helsepolitiske prioriteringer. Videre at det informeres om hvilke konkrete rutiner som vil bli praktisert i forbindelse med viderehenvisning av pasienter, jf rammeavtalene § 6.1 sjette ledd og § 5.3. Det kan også være andre spørsmål innenfor rammeavtalens bestemmelser som tas opp i årlig brev. Årlig brev til avtalespesialistene skal drøftes i samarbeidsutvalget.

*For å få bedre samhandling om tjenestetilbudet foreslår arbeidsgruppen at det foretas en gjennomgang av eksisterende individuelle avtaler med henblikk på forhandling om nærmere spesifisering av faglig virkeområde og profil for avtalepraksisen, jf rammeavtalene punkt 6.1 annet ledd.*

*Arbeidsgruppen foreslår at det utarbeides et årlig brev til avtalespesialistene. Hensikten med brevet er å bedre samhandlingen med avtalespesialistene innenfor rammeavtalenes bestemmelser.*

*Arbeidsgruppen foreslår at avtalespesialistenes bidrag etter rammeavtalene § 6.1 sjette ledd operasjonaliseres i det årlige brevet.*

### **5.3.4 Samhandling om pasientbehandling**

Rammeavtalene inneholder bestemmelser om samhandling om pasientbehandling. Etter rammeavtalene § 5.3 annen setning er Helse Midt-Norge RHF ut fra sine muligheter forpliktet til å bidra til god ressursutnyttelse gjennom hensiktsmessig bruk av spesialisthelsetjenesten som sådan, blant annet ved å oppfordre sykehus til å viderehenvise pasienter til nærliggende privat avtalespesialist for å avhjelpe ventetid. Med § 5.3 skal tilbudet hos avtalespesialister søkes å bli gjort mer kjent.

Ved samhandling i forhold til pasientbehandling vil det alltid være en forutsetning at reglene om informert samtykke, rett til fritt sykehusvalg og de øvrige pasientrettighetene ivaretas. ”Siling” av pasienter til å gå bestemte veier i spesialisthelsetjenesten krever at den enkelte pasient samtykker i dette.

En bedre oversikt over kapasitet og ventelister hos HF/sykehus og avtalespesialister vil gi pasientene bedre veiledning når det gjelder å velge hensiktsmessig behandlingssted.

#### **5.4 Universell tilgjengelighet**

Miljøverndepartementet med flere har utarbeidet en norsk, omforent forståelse av begrepet *universell utforming* i et sluttokument datert 26.10.2007. (Vedlegg 6). Også begrepet *universell tilgjengelighet* behandles der. Det vises til at begrepet universell utforming innebærer en ny tenkning ved at det inneholder et sterkere likestillingskrav enn det som ligger i begrepet tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjonsevne. Mens tilgjengelighet for funksjonshemmede kan oppnås gjennom spesielle løsninger, forutsetter universell utforming at hovedløsningen skal imøtekomme alle brukerbehov.

I forhold til eldre individuelle avtaler om driftstilskudd ble det registrert en status for universell tilgjengelighet i 2006. Alle individuelle avtaler om driftstilskudd som er inngått fra og med 2007 inneholder klausul om universell tilgjengelighet det vil si at fysiske forhold i og utenfor lokalene for avtalepraksis skal være tilrettelagt slik at funksjons- og bevegelseshemmede har tilgang når det gjelder parkering, heis og toalett mv.

Det vises også til at styret i Helse Midt-Norge RHF den 19.12.2007 (sak 126/07) vedtok at veilederen *Bra for alle – nødvendig for noen* av desember 2007 skal legges til grunn ved forvaltning og planlegging av nye og ombygging av eksisterende helsebygg i Helse Midt-Norge RHF's foretaksgruppe.

Universell tilgjengelighet må også omfatte informasjonstiltak som tydelig og funksjonell merking, tolking og flerspråklig informasjonsmateriell, slik at personer som har særlige behov ivaretas.

Her vises det også til vedtak i Regionalt Brukerutvalg den 25.2.2008 (sak 20/08 Avtalespesialister):

*Regionalt brukerutvalg peker på viktigheten av at alle sikres tilgang til tjenestene gjennom universell utforming.*

*Regionalt brukerutvalg vil påpeke at dette også må omfatte tilgang til informasjon. Mennesker med særskilte behov og mennesker fra andre kulturer må sikres tilgang gjennom ulike tiltak, blant annet tolkning. Det er en forutsetning at helsepersonell har forståelse for kulturell ulikhet.....*

***Arbeidsgruppen foreslår at det for individuelle avtaler inngått før 2007 foretas en gjennomgang av status i forhold til universell tilgjengelighet.***

## 5.5 Avtaleforvaltning

Avtaleforvaltningen omfatter 164 individuelle avtaler med legespesialister og psykologspesialister. Årlig brukes ca 190 millioner offentlige kroner totalt på avtalespesialisttjenesten i helseregion Midt-Norge. Det er ca 69 millioner kroner i driftstilskudd fra Helse Midt-Norge RHF og knapt 122 millioner kroner i refusjoner fra NAV.

Avtaleforvaltningen omfatter følgende oppgaver:

- Inngåelse av nye individuelle avtaler og oppfølging av eksisterende individuelle avtaler
- Oppfølging og utnytting av rammeavtalens bestemmelser
- Oppfølging av NPRs nye rapporteringssystem (startet opp pr 1.1.2008)
- Gjennomføre regelmessige møter med samarbeidsutvalget
- Gjennomføre samhandling med HFene
- Bidrag til samhandling mellom avtalespesialistene og HFene

Opprettelse og endring av antall avtalehjemler er av stor strategisk betydning for Helse Midt-Norges sørge-for-ansvar. Dette er en oppgave med et sterkt medisinsk faglig preg. Avtalespesialistene etterlyser en styrking av forvaltningen av avtalespesialisttjenesten i Helse Midt-Norge RHF for best mulig kommunikasjon.

Det vises for øvrig til Helse- og omsorgsdepartementets brev av 10.3.2008 vedlagt høringsnotat om rammebetingelser for private avtalespesialister. Her foreslås tre modeller for fremtidig organisering av avtalespesialisttjenesten som alle innebærer at de regionale helseforetakene får administrativt og økonomisk totalansvar.

Ved tildeling av årlige hjemler fra helse- og omsorgsdepartementet blir HFene bedt om ut fra en faglig vurdering å se på behovet for nye hjemler inklusive avtalehjemler, størrelse og geografisk plassering i eget ansvarsområde. HFene har bedt om å bli hørt/konsultert i forkant i forbindelse med ledighet i avtalehjemler.

***Arbeidsgruppen foreslår at avtaleforvaltningen fortsatt forankres i regionalt helseforetak med medisinsk direktør som ansvarlig.***

***Arbeidsgruppen foreslår at ved opprettelse og endring av avtalehjemmel skal berørt HF høres i tillegg til PSL/NPF før Helse Midt-Norge RHF tar beslutning.***

## 5.6 Oppfyllelse av lov- og forskriftskrav

Avtalespesialistenes virksomhet reguleres av en rekke lov- og forskriftskrav herunder kravene i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.12.2002. Det vises også til rammeavtalene § 6.2.

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge påpeker i *Revisjonsrapport – Kvalitetskrav og internkontroll – private aktører* (7.2.2007) at det er nødvendig og viktig å ha kunnskap om hvordan lov- og forskriftskrav ivaretas. Internrevisjonen konstaterer at kravene om internkontrollsystem ikke er fulgt opp med kontroll eller krav om dokumentasjon fra Helse Midt-Norge RHF's side.

Formålet med forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20.12.2002 er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester samt at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Forskriften definerer internkontroll som systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen. Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen. Forskriften stiller konkrete krav til den/de som er ansvarlig for en virksomhet.

***Arbeidsgruppen foreslår at det gjennomføres revisjon i forhold til oppfyllelse av lov- og forskriftskrav som omfatter avtalespesialistenes virksomhet.***

## 6. Forslag til styret i Helse Midt-Norge RHF

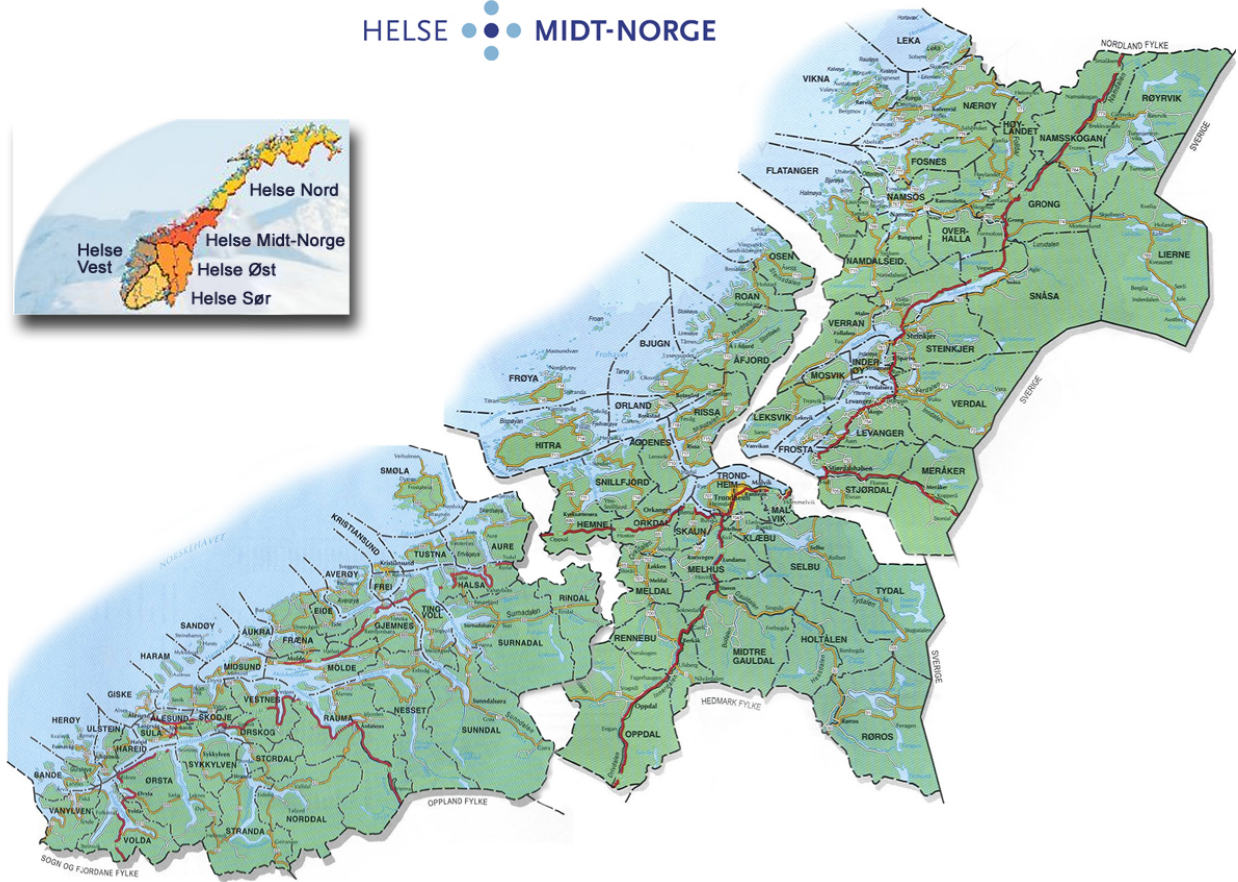
### Forslag som forutsetter budsjettøkning

*Helse Midt-Norge RHF vil gi tilbud om å utvide deltidshjemler til hele hjemler.*

*Helse Midt-Norge RHF vil utjevne den geografiske skjevhet gjennom oppretting av nye avtalehjemler. Utjevningen gjennomføres i takt med tildelte id-nummer samtidig som HFenes driftsforhold ivaretas.*

### Forslag som kan iverksettes uten budsjettøkning

- a. *Der avtalepraksis er lokalisert i HFs lokaler, krever Helse Midt-Norge RHF tydelig merking for å skille HF-poliklinikk og avtalepraksis. Med tydelig merking menes følgende forhold:
 
  - *Eget journalsystem og pasientadministrativt system for avtalepraksisen*
  - *Tilstrekkelig merking av lokalene der avtalepraksis drives*
  - *Eget brevpapir, telefonnummer og egen e-postadresse for avtalepraksisen*
  - *Eget arbeidstøy**
- b. *For å bedre samhandlingen skal avtalespesialistene inkluderes i fagnettverkene som Helse Midt-Norge RHF oppretter.*
- c. *I helseregion Midt-Norge skal det arbeides videre med å få til ordninger med gjensidig praksisbesøk.*
- d. *For å få bedre samhandling om tjenestetilbudet vil Helse Midt-Norge RHF foreta en gjennomgang av eksisterende individuelle avtaler med henblikk på forhandling om nærmere spesifisering av faglig virkeområde og profil for avtalepraksisen, jf rammeavtalene punkt 6.1 annet ledd.*
- e. *Helse Midt-Norge RHF utarbeider et årlig brev til avtalespesialistene. Hensikten med brevet er å bedre samhandlingen med avtalespesialistene innenfor rammeavtalenes bestemmelser.*
- f. *Helse Midt-Norge RHF vil foreta en gjennomgang av alle individuelle avtaler i forhold til status når det gjelder universell tilgjengelighet i lokaler mv.*
- g. *I helseregion Midt-Norge bør avtaleforvaltningen fortsatt forankres i regionalt helseforetak med medisinsk direktør som ansvarlig*
- h. *Ved opprettelse og endring av avtalehjemmel i helseregion Midt-Norge skal berørt HF høres i tillegg til PSL/NPF før beslutning blir tatt.*
- i. *Helse Midt-Norge RHF vil gjennomføre revisjon i forhold til oppfyllelse av lov- og forskriftskrav som omfatter avtalespesialistenes virksomhet.*



## Vedlegg

### 7. Vedleggsoversikt

#### Trykte vedlegg

1. Legeforeningens policy nr 6/2007 – Avtalespesialistene
2. Arbeidsoppgaver poliklinikk eventuelt avtalespesialist av Harald Holthe – 22.10.2007
3. Notat om avtalespesialist-legene av Kjell D. Midelfart – 16.2.2008
4. Kort samanfating av skriva om psykologspesialistar av Sverre Sævareid – 29.2.2008
5. Eksempel på: Prosedyre for behandling av henvisninger i HF
6. Universell utforming – begrepsavklaring; sluttdokument (26.10.2007) utarbeidet av Miljøverndepartementet

#### Utrykte vedlegg

7. Jørgenvåg et al (2000) – Private spesialister og offentlig helsevesen – pasientsammensetning, virkomshetsinnhold og kostnader i privat praksis og poliklinikker i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdalinnen spesialitetene indremedisin, øre, nese, hals og øye, Rapport STF78 A00506 Sintef Unimed NIS Helsetjenesteforskning, Trondheim
8. Iversen (2002) – *Finansiering av private aktører i helsetjenesten – med vekt på legespesialister*. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Arbeidsnotat 2002:5
9. Iversen og Kopperud (2002) Befolkningens bruk av spesialisthelsetjenester. Tidsskrift for Den norske lægeforening 122, 2199-2203.
10. Styret i Helse Midt-Norge RHF - sak 04/03 Avtaler med private lege- og psykologspesialister
11. Helse Øst (2004) – Private avtalespesialister i Helse Øst RHF – kapasitet, virksomhetsinnhold og rolle i behandlingsskjeden, Sintef Helse, desember 2004
12. Avtalespesialister i det psykiske helsevernet i Midt-Norge: Kartlegging av helsetilbudet, samhandling og tilgjengelighet- Sintef Helse – januar 2005 - STF 78 AO45022
13. Helse Nord (2005) – Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord – Rapport fra prosjektgruppe oppnevnt av Helse Nord RHF, Helse Nord, 2005

## Vedlegg

14. Rammeavtale av 18.10.2007 mellom de regionale helseforetak og Den norske legeforening
15. Rammeavtale av 18.10.2007 mellom de regionale helseforetak og Norsk Psykologforening
16. Rapporten: *Kompetent, kritisk, konstruktiv* – Samtaler med avtalespesialistene i Helse Midt-Norge RHF – Inge Romslo – juni 2006 - (Romslorapporten)
17. Styret i Helse Midt-Norge RHF - sak 112/06 Avtalespesialister
18. Revisjonsrapport – Kvalitetskrav og internkontroll – private aktører (7.2.2007) – Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF
19. Faglig strategi og langtidsbudsjett St Olavs Hospital HF 2008-2020 (19.10.2007)
20. Program for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge RHF 2007-2010
21. IT-strategi 2008-2010 Helse Midt-Norge (13.2.2008)
22. Legekunsten nr 1/2008
23. Referat fra Regionalt Brukerutvalg 25.2.2008
24. Brev av 10.3.2008 fra helse- og omsorgsdepartementet med høringsnotat om rammebetingelser for private avtalespesialister
25. Sluttrapport om *Oppgavefordeling i Helse Midt-Norge RHF* (10.12.2007) – sluttrapporten er pr 1.4.2008 på høring.

## Vedlegg

### Trykte vedlegg

## Vedlegg 1: Legeforeningens policy nr 6/2007 Avtalespesialistene

### Avtalespesialistenes plass i det totale spesialisthelsetjenestetilbudet (6/2007)

Legeforeningen mener det er nødvendig med en plan for hvordan fremtidens økende behov for spesialisthelsetjenester skal ivaretas. Den offentlige spesialisthelsetjenesten vil være avhengig av å ha avtaler med privatpraktiserende spesialister slik at hensynene til høy faglig kvalitet og effektivitet ivaretas. Avtalepraksis må ses som en del av det samlede offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet, og skal delta i prioriteringen av helsetjenester. Herunder bør avtalespesialister bidra i spesialistutdanning og forskning. Samtidig er det viktig at avtalespesialistene får tilstrekkelig faglig og organisatorisk selvstendighet til at avtalepraksis kan utgjøre et alternativ til, og i enkelte tilfeller et korrektiv til, sykehuspoliklinikker.

#### Legeforeningen mener

- At avtalespesialister er en viktig del av de regionale helseforetaks "sørge for" ansvar
- At avtalespesialister bør bli en integrert del av systemet for helseforetakenes prioritering, herunder fristfestsetting for rettighetspasienter, iht. pasientrettighetsloven § 2-1.
- At dokumentasjon viser at avtalepraksis er en svært kostnadseffektiv helsetjeneste
- At dokumentasjon viser at behovet for poliklinisk behandling vil øke med 35-50 % de nærmeste årene At avtalepraksis bør utvikles og benyttes i større grad enn i dag
- At rammeavtalen mellom RHF og Legeforeningen fra 2005/2006, som er prolongert ut 2008, er fremtidsrettet og representerer et nytt og bedre grunnlag for utvikling av avtalepraksis
- At konstruktiv samhandling mellom avtalespesialistene og de regionale helseforetak kan bidra til bedre utnyttelse av dette tjenestetilbudet
- At en viktig målsetning for avtalespesialistene er en god og effektiv samhandling og kommunikasjon med førstelinjetjenesten
- At det bør arbeides for rask behandling av henvisninger for å sikre akseptabel ventetid for nyhenviste pasienter
- At det er en målsetning at avtalespesialistene skal ha større fokus på forskning og bidra med utdanning av leger i spesialisering.

#### Bakgrunn og begrunnelser

Myndighetene har varslet igangsettelse av et arbeid med sikte på å endre rammebetingelsene for avtalespesialister. Legeforeningen ser på denne bakgrunn behov for et policynotat om avtalespesialistenes plass i det totale spesialisthelsetjenestetilbudet.

Analyser (Sintef) indikerer at behovet for polikliniske konsultasjoner frem mot 2020 vil øke med mellom 35-50 %. Fremtidig behov for spesialisthelsetjenester er overensstemmende med det som angis i andre europeiske land. I perioden fra 2002 til 2030 er antallet eldre over 67 år

## Vedlegg

forventet å øke fra 600 000 til omtrent 1 million. Eldrebølgen vil nasjonalt kreve 2300 flere sykehussenger i 2020, hvis ikke andre tilbud bygges ut. Eldres bruk av sykehustjenester har økt kraftig den siste 10 års perioden. Fra 1999 til 2003 har antallet sykehusopphold per 1000 innbygger over 80 år økt fra 653 til 803. I 2001 var det omtrent 13 prosent av den norske befolkningen eldre enn 66 år. Disse 13 prosentene brukte 47 prosent av liggedøgnene ved døgnavdelingene på norske sykehus dette året.

Legeforeningen mener det er nødvendig med en plan for hvordan fremtidens behov skal imøtekommes. Prognosene om en betydelig behovsøkning for helsetjenester bør foranledige vurderinger av hvilke helsetjenester som må gjøres i sykehusene og hvilke tjenester som bør gjøres utenfor. Behovet for å bevare og å videreutvikle fagkompetanse må inngå i vurderingene.

Avtalespesialistene er en betydelig og kostnadseffektiv ressurs. Avtalespesialistene i psykiatri utfører 31,1 % av alle polikliniske konsultasjoner. Somatiske avtalespesialister utførte i 2005 36% (2.038.000) av alle konsultasjoner og dagkirurgiske inngrep.

Avtalespesialistene er en del av det samlede offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet. De har et ansvar for å ta del i prioriteringen av pasienter. Prioriteringer må være fundert i retningslinjer utarbeidet av fagmiljøene og i samsvar med overordnede helsepolitiske mål. Legeforeningen mener det bør gis klarere angivelser av kriterier for prioriteringer i nasjonale veiledere for å unngå ulik praksis mellom helseforetak og mellom spesialiteter. Legeforeningen mener at avtalespesialister må involveres i arbeidet med utvikling av nasjonale veiledere for prioritering.

Legeforeningen mener dagens finansieringsordning av avtalespesialisters virksomhet fungerer godt. Det gir en god kontroll med utgiftene, samtidig som det kan foretas raske omprioriteringer i de årlige forhandlingene. Det er foretatt endringer i rammeavtalen som understøtter departementets konklusjon i St. meld. nr 5 (2004-2005), Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, punkt 4.4.1.

Legeforeningen vil advare mot et finansieringssystem som svekker hensynet til effektivitet for avtalespesialister. Effektivitet og endringsvillighet er en styrke ved ordningen. Prioritering og styring av den faglige virksomheten bør skje på grunnlag av faglige retningslinjer, rapportering og større grad av kommunikasjon mellom RHF og avtalespesialister.

Legeforeningen vil advare mot et system hvor finansieringsmodellen tar utgangspunkt i midlertidige avtaleforhold. Dette vil føre til at investeringene presses ned og at hensynet til forutsigbarhet, kontinuitet i pasientrelasjoner og kvalitet svekkes. Langsiktighet er en forutsetning for bygging av gode samarbeidsrelasjoner.

I Sverige har man erfart at systemet med "midlertidige vårdavtaler" (3 til 4 års avtaler) svekker kontinuiteten overfor kronikere og kvaliteten ved så vel privat allmenn- som spesialistpraksis. Det har oppstått et problem med rekruttering, og det vurderes endringer i lovgivningen for å fjerne anbudssystemet.

## Vedlegg

En viktig målsetning for avtalespesialistene er en god og effektiv samhandling og kommunikasjon med førstelinjetjenesten. Det bør arbeides for rask behandling av henvisninger for å sikre akseptabel ventetid for nyhenviste pasienter og relevante skriftlige tilbakemeldinger til førstelinjetjenesten. Forbedringspotensialet anses størst når det gjelder psykiatri.

Det er en målsetning at avtalespesialistene skal ha større fokus på forskning. Avtalespesialistene ved PSL har fått tilgang til Fond II og de første stipender er tildelt høsten 2007. Dette anses å være et viktig ledd i kunnskapsutvikling innen spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen støtter departementets godkjenning av at utdanning av leger i spesialisering kan skje i avtalepraksis. For flere fagområder har avtalepraksis en annen og bredere type klinisk hverdag enn ved sykehus, og utvidelsen til at spesialisering også kan skje i avtalepraksis vil således innebære et bredere og mer komplett tilbud til leger i spesialisering.

Vedtatt av Sentralstyret 07.12.07

Kontaktperson:  
Elisabeth Huitfeldt  
Forhandlings- og helserettsavdeling

## Vedlegg

### Vedlegg 2: Arbeidsoppgaver poliklinikk ev avtalespesialist av Harald Holthe – 22.10.2007

#### Arbeidsoppgaver, -metode (for psykologer) ved voksenpsykiatrisk poliklinikk, primært ved Sykehuset Levanger

Mine erfaringer bygger på erfaring ved psyk. klinikk Sykehuset Levanger siden 1980, i psyk pol.kl fra 1990 og som leder for pol.kl. siden -1995. Jeg har også jobbet som privatpraktiserende i ca 3 år.

#### Tverrfaglighet

Det som først og fremst preger det kliniske arbeidet ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk er tverrfaglighet. Alt **inntak** blir gjort tverrfaglig med vurdering av både hast og hvem(yrkesgruppe eller person med spesialkunnskap) som bør ta utredning og ev behandling av den enkelte pas. Videre benyttes flere fagpersoner i utredning av en rekke pasienter. Alle pas skal diskuteres(meget kort eller mer omfattende) i tverrfaglig behandlingssmøte etter utredningen, for at foreslått diagnose skal ”godkjennes” og ev behandling skal besluttes. Vanskeligheter i behandlingen tas opp i behandlingssmøte, med annen mer erfaren behandler eller i organisert veiledning. Muligheten for at annen behandler kan bli med i enkelte behandlingstimer benyttes også.

Tverrfaglighet på tvers av enheter, for eksempel mellom ”vanlig” pol.kl. team og rusenhet eller habiliteringsteam, er ikke vanskelig å få til når det er behov for det.

Det er vel pasienter med klart behov for samordnede tjenester, dvs tverrfaglighet og samarbeid med kommunale tjenester, som er klart mest aktuelt å henvise til off. poliklinikker. Det regnes med andre ord som en nødvendighet for behandlingen av mange av våre pasienter å ha tilgang på flere typer helsepersonell. Tverrfaglighet er bl.a. en del av kompetansegrunnlaget for poliklinikken og sørger for en bedre utnyttelse av ressursene. Tverrfaglighet vil sjelden være noe mer enn kontakt med fastlege i en privatpraksis.

#### Poliklinikk/innleggelse

Det er et nært samarbeid mellom pol.kl og sengeposter. Har en poliklinisk pasient behov for innleggelse er det sjelden vanskelig å få til det til rett tid. Skal behandler i pol.kl. da ha pas tilbake i behandling etter innleggelse, er pol.kl. behandler under innleggelsen det vi kaller PAB(pasientansvalig behandler) og har ansvar for samarbeid med posten og ofte også samtaler med pas under innleggelsen. Dette vil da ikke bli telt som ”produksjon” i statistikken.

Når en innlagt pas har behov for videre behandling i pol.kl etter innleggelse startes det før utskrivningen et samarbeid mellom sengepost og pol.kl.

Det er også nært samarbeid mellom sengepost og pol.kl når det gjelder behandling av pasienter i gruppe. Direkte samarbeid med sengeposter vil være mer komplisert for privatpraktiserende.

## Vedlegg

### **Faglig oppdatering, intern undervisning, utdanning og kursing. Forskning**

I vår pol.kl legger vi stor vekt på at den enkelte medarbeider skal holde seg faglig og lovmessig oppdatert og pol.kl/klinikken tar et betydelig ansvar for dette. Det gjennomføres derfor regelmessig intern undervisning i pol.kl, fagfolk inviteres til å holde foredrag og kurs og medarbeidere sendes på kurs som pol.kl. har behov for mer kunnskap innen, for eksempel innen flyktningeproblematikk, IPT osv. I den forbindelse er det også benyttet hospitering ved annen institusjon. Psykologene har for eksempel hyrt inn eksperter på psykologisk testing og holdt nødvendige kurs lokalt, slik at klinikken har spart betydelige beløp på å sende folk på kurs og også redusert fravær.

Mange av de ansatte i pol.kl er i spesialistutdanning og klinikken har tatt et betydelig ansvar for at de som spesialiserte seg innen klinisk psykologi og psykiatri får gjort dette til rett tid. Det går selvfølgelig med mye tid til dette, men må sees på som et ansvar de offentlige poliklinikkene har.

Klinikken er også ”ansvarlig” for opplæring av studenter og har jevnt legestudenter, psykologstudenter, fysioterapistudenter, sosialskolestudenter og sykepleiestudenter i praksis ved pol.kl. Dette er tidkrevende oppgaver.

Ved klinikken på Levanger drives det også betydelig med forskning og klinikken støtter initiativ til forskning bl.a. gjennom at en professor i psykologi er ansatt 1 dag pr uke ved klinikken for å veilede i forhold til forskning. Romslo sier at: ”Det er bare unntaksvis at det drives forskning med basis i avtalepraksis....(s 54). Privatpraktiserende er vel ikke i samme grad som offentlige pol.kl. pålagt å bidra med ny viten.

### **Samarbeid med den primære helse- og sosialtjenesten**

Det legges stor vekt på samarbeid med kommuner og primærleger. Dette samarbeidet er ønskelig skal bli enda bedre og mer omfattende. Nyten av det er jo at kanskje færre trenger henvisning, raskere overtaking av pas i komm., og at de rette pas blir henvist. Her er det nok mye arbeid å gjøre enda. Spesielt er det ofte deltagelse fra pol.kl i ansvarsgruppemøter og i møter med forskjellige instanser innen NAV. Dette er tidkrevende.

### **Ikke møtt**

Alle pol.kl strever med at det er mange som ikke møter til den oppsatte pol.kl. time, uten å gi beskjed. I tillegg er det mange som avbestiller/ombestiller timene såpass nært opp til tiden at det ikke går an å sette noen andre inn isteden. Ikke møtt kan variere, men ligger for vårt vedkommende på ca 15%.

### **Pasientgrunnlag**

Alle pasienter som har rett til behandling blir tatt inn i pol.kl. Vi har stort sett sammensatt et behandlingspersonale slik at vi etter hvert kan jobbe med ”alle” typer av psykiske lidelser. Hvis ikke prøver vi å skaffe oss kompetansen. Dette må nok være en betydelig forskjell fra en privatpraktiserende som holder på for seg selv.

### **Samarbeid med avtalespesialister**

Det oppleves å være lite direkte samarbeid mellom avtalespesialister og psyk.pol.kl om pasientbehandling. Vi henviser til og anbefaler primærlegene å henvise pasienter til avtalespesialister når vi ser at pas vil ha behov for behandling, men at problemene ikke er av så alvorlig grad at de vil bli prioritert ved en off pol.kl. Eller når vi ser at det er behov for lang tids behandling, og i de tilfeller vi ser at behovet for kommunalt samarbeid er svært begrenset.

## Vedlegg

Ofte ønsker ikke helsepersonell å sitte på vårt venterom og bli igjenkjent, og vi kan da anbefale henvisning til avtalespesialist.

Vi tar også inn pasienter til behandling som har fått avslag til avtalespesialist, og der begrunnelsen er lang ventetid, at det ikke opereres med ventetid eller der vi får inntrykk av at pasienter "ikke egner seg" hos den spesialist den er henvist til. Avtalespesialister kan ved oppstart av sin praksis antas å ha en bredere behandlingsfaglig kompetanse enn flere av de ansatte ved en offentlig poliklinikk på det tidspunkt de starter. En må også anta at avtalespesialisten har en erfaring som muliggjør en faglig korrekt vurdering ved inntak eller avslag, selv om disse vurderingene blir gjort uten en tverrfaglig kollegagruppe til stede.

### Systemkrav/produksjon

Jeg er ikke kjent med hva slag systemkrav som gjelder for avtalespesialistene. Ved en offentlig pol.kl oppleves, av den enkelte kliniker, at systemkravene til bl.a. dokumentasjon og lignende er betydelige og tar mye tid. Det er mange ting om organisasjonen, lovverk og retningslinjer en må holde seg orientert om.

Når det gjelder **produksjon**(antall konsultasjoner pr. arbeidsinnsats) må denne vurderes i forhold til mange elementer. En ting er antall konsultasjoner pr stilling. I tillegg er det like viktig å se på antall pasienter som kommer gjennom systemet, dvs får fullført og avsluttet behandlingen. Det å ta inn nye pasienter og avslutte dem er mer tidkrevende enn å ha samme pasient over lengre tid. Det bør også sees på at mange pasienter(alvorlig lidelse, kronisk lidelse, rus og mange sosial problemer) er betydelig mer ressurskrevende enn andre, krever mye samarbeid med kommunene, og at det ofte kan være de samme behandlerne som har disse typer pasienter. Så samarbeid med kommunene må også vurderes når en skal se på fenomenet produksjon.

**Gjennomsnitt antall konsultasjonstimer** pr ferdigbehandlet pas er ca 14 for de allmennpsykiatriske team på Levanger(2006). 27 konsultasjonstimer for psykologspes i avtalepraksis(Romslo). For psykiater i avtalepraksis; 9(Romslo).

**Avslag** psyk pol.kl. ca 8% i 2005.

**Epikrisetid:** Psyk. Pol.kl. over 80% sendes innen 7 dager.

**Ventetid** for prioriterte pas ved psyk pol.kl.: fra 1 uke til 4 måneder, varierer i løpet av året, men de fleste får første konsultasjon innen 3 måneder.

### Egen erfaring som privatpraktiserende

På mange måter kan det være en lettelse å få jobbe for seg selv fordi en selv i stor grad kan legge premissene for hvordan en vil jobbe. En slipper unyttige møter og mye av det ekstra som er tidkrevende og fjerner en fra den direkte pasientbehandlingen.

Imidlertid avsluttet jeg etter ca 3 år fordi jeg opplevde som svært vanskelig å sitte alene med ansvaret for til dels svært dårlige pasienter med liten eller ingen mulighet til å konsultere kollega og andre faggrupper.

### Den offentlige pol.kl.

- Er lett tilgjengelig gjennom åpen telefonlinje til pol.kl. ekspedisjon. Informasjon gis.
- Har ØH funksjon gjennom vaktordning på klinikken og rask tilgang (innen 1 uke) på vurdering/behandling i pol.kl., der det vurderes som nødvendig.
- Fleksibel gjennom at alle med klar psykisk lidelse tas inn.

## **Vedlegg**

- Et bredt spekter av erfaring, utdanning, alderssammensetning og kjønn blant behandlerne.

## Vedlegg

### Vedlegg 3: Notat om avtalespesialist-legene av Kjell D. Midelfart – 16.2.2008

#### OM AVTALESPELIALIST-LEGENE - VEDLEGG TIL HANDLINGSPLAN

##### **Hvem er avtalespesialistlegene?**

Avtalespesialistene er sykehusutdannete spesialister som driver hel eller deltids privat praksis og er en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. De fleste har mange års overlegeerfaring fra sykehus og lang klinisk erfaring, gjennomsnittsalderen er nå vel 53 år. Flere har doktorgrad og akademisk kompetanse.

##### **Hvordan er deres praksis organisert?**

Avtalespesialistenes praksisform kan betraktes som små en-persons-poliklinikker. I noen tilfeller har flere spesialister innenfor samme fagfelt gått sammen i enheter, i andre ulike spesialister. Disse små enhetene gir økt fleksibilitet i forhold til å møte medisinske utfordringer og nye behandlingsmetoder og økonomisk frihet til å skaffe nødvendig nytt utstyr.

##### **Hvordan styres deres økonomi og virksomheten forøvrig?**

Som selvstendig næringsdrivende er de fullt og helt ansvarlig for driften på alle områder. Deres inntekter kommer fra pasienters egenandeler, normaltariffen og offentlige driftstilskudd som kanaliseres gjennom HMN. Virksomheten styres ihht til rammeavtalen mellom DNLF og de regionale helseforetak. Denne avtalen stiller også rene produksjonskrav i forhold til hvor mange konsultasjoner de enkelte spesialister skal ha på årsbasis. Tilsvarende produksjonskrav finnes ikke for sykehusspesialister. NPR mottar fra 2007 hvert tertial komplett detaljerte rapporter om hver spesialists konsultasjonsmengde og andre pasientdata. Fom 2008 detaljeres dette ytterligere ihht til stortingsvedtak.

##### **Hva betyr avtalespesialistenes praksisform for pasientene?**

I forhold til pasientene tilbyr avtalespesialistene at hver pasient kan følges av samme erfarne lege gjennom hele sykdomsforløpet. Ikke minst er dette viktig også for pasienter med kroniske sykdommer med regelmessig behov for spesialistkontroll. Avtalespesialistene blir også som hovedregel i sin praksis inntil pensjonering. Dette i motsetning til sykehuspoliklinikkene som ved siden av sin mer faste stab til enhver tid har til dels skiftende leger og leger under utdanning på forskjellig faglig nivå. Dette kan være et problem for de pasienter som stadig må forholde seg til nye leger på forskjellig kompetansenivå.

Flere undersøkelser viser at avtalespesialistene generelt har samme sykdomsspekter som på sykehuspoliklinikken, nyere undersøkelser viser at pasientgruppen hos spesialistene har høyere gjennomsnittsalder enn på sykehuspoliklinikker. Den medisinsk/teknologiske utviklingen gjør at flere undersøkelser og behandlinger kan flyttes fra sykehus til praksis. Likevel er det klart at visse undersøkelser og behandlinger bare kan gjennomføres på sykehus.

## Vedlegg

### **Hvordan opplever avtalespesialistene selv sin praksisform i forhold til sykehuspoliklinikkene der de alle tidligere har arbeidet?**

Høsten 2007 ble gjennomført en spørreundersøkelse blant heltidspraktiserende spesialister innenfor de fagområder som finnes i praksis i HMN og svarene kan samles som følger.

Generelt opplever spesialistene at de selv klarer å utrede og behandle de pasienter de får henvist og derfor sjelden behøver å henvise videre til tilsvarende offentlig poliklinikk. De fleste opplever at de generelt har samme tilbud som poliklinikkene, noen kan i tillegg tilby spesielle undersøkelser og behandlinger som poliklinikkene ikke kan. Samtlige fremhever at deres lange spesialisterfaring gir pasienten en konstant trygg og faglig sterk konsultasjonspartner, i motsetning til sykehuspoliklinikker der det til enhver tid, i tillegg til spesialister, vil være mindre erfarne leger under utdanning som møter pasientene. Ikke minst fremhever avtalespesialistene viktigheten av at pasienten kan ha samme lege gjennom hele sykdomsforløpet der dette er nødvendig. Dette i motsetning til poliklinikkene der pasienter ofte vil møte forskjellige leger. Spesielt for pasienter med kroniske sykdommer som må følges opp gjennom mange år er en fast spesialist av stor viktighet. Spesialistene fremhever også at de i sine små oversiktlige enheter nettopp kan bruke tiden til det som er forutsatt nemlig å behandle pasienter, og dermed unngår mest mulig møtevirksomhet utenom nødvendig faglig oppdatering.

### **Hvor mange pasienter behandler avtalespesialister i forhold til offentlige poliklinikker?**

Avtalespesialistene er produktive. I HMN utgjør de 7% av alle spesialistårsverk, men utfører samtidig 28% av alle polikliniske konsultasjoner totalt for sykehus og praksis. Som anført er det nå innført produksjonskrav for de enkelte spesialiteter. Tilsvarende polikliniske produksjonskrav for sykehusspesialister finnes altså ikke. Iflg. Samdata ser en avtalespesialist i gjennomsnitt på 16 pasienter daglig, mens en sykehusspesialist ser på 2 (se vedlegg).

### **Hva koster en avtalespesialist i forhold til en sykehusspesialist?**

For HMN er utgiftene til hver spesialist begrenset til det offentlige driftstilskudd avhengig av driftstilskuddsklasse. I Rømslos rapport anføres at dette utgjøres 0,5 –0,7% av HMN s budsjett. For en sykehusspesialist vil utgiftene foruten lønn bestå av arbeidsgiveravgift, pensjonsutgifter, tilsvarende utgifter til hjelpepersonell, utstyr, materiell etc som kommer inn i bildet. Av vedleggene fremgår derfor naturlig nok at utgiftene pr. konsultasjon for en avtalespesialist er vesentlig mindre en for en tilsvarende poliklinisk konsultasjon på sykehus.

### **Konklusjon:**

Avtalespesialistene er svært kostnadseffektive, har høyt faglig og medisinsk teknisk nivå, tilbyr kontinuerlig behandling/oppfølging ved samme lege og kan løse og følge opp de aller fleste sykdomstilfellene i sin avtalepraksis. De har avtalefestede produksjonskrav og vil være de rimeligste og raskeste til å redusere ventelistene innenfor de ulike fagområdene. Avtalepraksis skal som hovedprinsipp drives som heltidspraksis.

## Vedlegg

### Vedlegg 4: Kort samanfating av skriva om psykologspesialistar av Sverre Sævareid – 29.2.2008

Kort samanfating av skriva om psykologspesialistar.

Psykologspesialistar som arbeider som avtalespesialistar, ved poliklinikkar og på sjukehusavdelingar har på mange måtar dei same oppgåvene og arbeider stort sett med dei same pasientane.

Men det er nokre skilnader.

Ved poliklinikkane og på avdelingane vert meir av arbeidstida nytta til teamarbeid og fagutvikling.

Dei arbeider og meir med psykotiske pasientar og rusmisbrukarar enn avtalespesialistane. Avtalespesialistane brukar det meste av tida si på direkte pasientkontakt. Dei arbeider mest med angst og depresjonslidningar, saman med personlegdomslidningar.

Avtalespesialistane er stabile og sikrar kontinuitet i behandlinga. Ved tilbakefall vil dei raskare kunne starte opp att behandlinga fordi dei kjenner pasienten frå før.

Ved poliklinikkane er det oftare utskiftingar i staben. Om pasienten ynskjer seg tilbake til same behandlar, har gjerne denne slutta.

Behandlinga hos avtalespesialisten er diskre. Einast fastlegen kjenner til ho. Ved poliklinikken vert behandlinga eksponert for langt fleire.

Det er stor pågang og lange ventelister. SINTEF-rapporten viste svært god tilbakemelding frå pasientene til behandlinga dei fekk (over 90 % var nøgde).

Nevropsykologane skil seg frå andre psykologspesialistar.

Den typiske nevropsykologiske praksis er ein utgreiings-praksis der ein gjennomfører omfattande psykometrisk testing for kartlegging av kognitiv funksjonsevne etter skade i hjernen (m.a. som ledd i rehabiliteringsplanlegging) eller for å finne mulege indikasjonar for at det føreligg ein hjerneskade (som ledd i diagnostisk kartlegging). Dei fleste praksisar er retta mot vaksne, og sjukehusa er ein hyppig brukar av desse tenestene (nevrologiske avdelingar, rehabiliteringsavdelingar, psykisk helsevern m.v.), men mange tilvisingar kjem også frå fastlegar, gjerne i samarbeid med lokale trygdekontor.

Det er stor pågang av pasientar til alle utgreiings-praksisane.

## Vedlegg

### Vedlegg 5: Eksempel på *Prosedyre for behandling av henvisninger i HF/sykehus*

#### **Prosedyre for behandling av henvisninger i HF/sykehus**

1. Alle henvisninger adressert til HF behandles i samsvar med *Prosedyre for behandling av henvisninger i HF/sykehus*.
2. Pasientadministrasjonen i HF/sykehus skal åpne, datostemple og registrere henvisningene i HF/sykehus' pasientadministrative system.
3. Pasientadministrasjonen i HF/sykehus skal registrere mottaksdato for henvisningen i PAS. Mottaksdato er pasientens ansiennitetsdato som skal gjelde gjennom hele omsorgsperioden frem til eventuell behandlingsstart, også når pasienten viderehenvises.  
  
Dersom pasienten blir viderehenvist til en annen avdeling eller et annet helseforetak/sykehus, skal opprinnelig ansiennitetsdato registreres sammen med aktuell mottaksdato. Avdelinger som viderehenviser skal sørge for at opprinnelig henvisning/ mottaksdato for denne følger med.
4. Etter registrering i følge pkt 2 og 3 går henvisningen til avdelingsoverlege HF/sykehus til vurdering av rett til nødvendig helsehjelp og individuell behandlingsfrist.
5. Henvisning med avdelingsoverlegens medisinske vurdering går tilbake til pasientadministrasjonen i HF/sykehus.
6. Pasientadministrasjonen i HF/sykehus finner time innenfor legespesialists timemal i HF/sykehus og sender ut brev om vurdering, tidsfaktor og time til pasienten.
7. I de tilfelle hvor kapasitetsforhold eller andre forhold innebærer at pasienten ikke kan få timeavtale med HF/sykehus, må HF/sykehus ved avdelingsoverlegen skaffe pasienten plass ved annen offentlig spesialisttjeneste, eventuelt privat sykehus eller legespesialist i privat eller avtalebasert praksis. Informasjon om ventetider finnes på [www.sykehusvalg.net](http://www.sykehusvalg.net). I vurderingen av hvilke pasienter det er aktuelt å viderehenvise, må det vurderes om helsemessige, sosiale forhold eller forflytningsvansker tilsier at pasienten ikke skal viderehenvises, men behandles ved helseforetaket
8. Før viderehenvisning til avtalespesialist må det sjekkes at avtalespesialist har kapasitet innenfor den angitte behandlingsfrist.
9. Når plass ved annen offentlig spesialisttjeneste, eventuelt legespesialist i privat eller avtalebasert praksis spesialisthelsetjeneste er skaffet, skal ekspedisjonen enten ved telefonisk kontakt med pasienten eller i brev gi tilbud om viderehenvisning dit. Dato for pasientens samtykke dokumenteres og signeres av ekspedisjonen. Ved telefonisk eller skriftlig samtykke fra pasienten skjer viderehenvisning snarest mulig. Det sendes samtidig skriftlig bekreftelse til pasient og henvisende lege om viderehenvisningen, samt opplysning om ansiennitetsdato og individuell behandlingsfrist.

## Vedlegg

### Vedlegg 6:

## Universell utforming – begrepsavklaring

### Miljøverndepartementet

26. oktober 2007

2007/2195 P

### Innledning

Dette dokumentet definerer og utdyper universell utforming. Det etablerer en felles forståelse av begrepet i Norge for bruk i offentlige dokumenter, faglig utvikling og informasjon.

Dokumentet behandler ikke universell utforming som en rettslig standard <sup>i</sup>.

Dokumentet er utviklet på grunnlag av tilbakemeldinger og innspill fra statsetater, faginstitusjoner, organisasjoner og enkelte departementer.<sup>ii</sup>

### Begrepet universell utforming

Universell utforming er en strategi for planlegging og utforming av produkter og omgivelser for å oppnå et inkluderende samfunn med full likestilling og deltakelse for alle.<sup>iii</sup>

Universell utforming defineres som:

*Universell utforming er utforming av produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming <sup>iv,v</sup>.*

Universell utforming er en normativ strategi som gir grunnlag for å konkretisere kvaliteter i produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle på en likestilt måte.

Universelt utformede løsninger skal være gode totalt sett. Universell utforming skal fungere sammen med andre samfunnsmessige mål og inngå som en integrert del av helhetlig utforming.

Et hovedsiktemål med universell utforming er å oppnå likestilling og deltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne ved å fjerne eksisterende funksjonshemmende barrierer og hindre at nye oppstår <sup>vi</sup>. Begrepet universell utforming innebærer en ny tenkning ved at det inneholder et sterkere likestillingskrav enn det som ligger i begrepet tilgjengelighet for personer med nedsatt funksjonsevne. Mens tilgjengelighet for funksjonshemmede kan oppnås gjennom spesielle løsninger, forutsetter universell utforming at hovedløsningen skal imøtekomme alle brukerbehov.

## Vedlegg

Utforming forstås her som en fellesbetegnelse på alle arbeidsprosesser som er involvert i utformingen av omgivelsene. Det inkluderer samfunnsplanlegging, arealdisponering, arkitektur, konstruksjon, produktutvikling med videre.

### Nærmere om universell utforming – utdyping av definisjonen

#### **- av produkter og omgivelser -**

Universell utforming har anvendelse for produkter og omgivelser og gjelder for alle sektorer og fagområder. Kravene til omgivelser omfatter de fysiske og tekniske omgivelsene som utformes av mennesker.

Produkter omfatter også produkter og programvare innen informasjons- og kommunikasjonsteknologi og produkter som anvendes i tjenesteyting. Krav til universell utforming på tjenestesektoren knyttes til de fysiske og tekniske betingelsene for tilgang til eller bruk av den aktuelle tjenesten. Innen utdanning knyttes universell utforming til de fysiske og tekniske egenskapene ved læringsmiljøet.

#### **- på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker -**

Formuleringen ”brukes av alle mennesker” gjelder i utgangspunktet uten unntak. Omgivelser og produkter utformes slik at de kan brukes av mennesker i alle aldersgrupper og med ulike ferdigheter, kapasitet og funksjonsevne. Forhold som angår bevegelse, syn, hørsel, forståelse og miljø (astma/allergi) er sentrale.

#### **- i så stor utstrekning som mulig -**

En viktig egenskap ved strategien universell utforming er at den peker mot stadig bedre løsninger. Universell utforming er en innovativ strategi. Teknologi, kunnskap og holdninger er i rask utvikling. Den dynamiske tenkingen i universell utforming reflekterer behovet for kontinuerlig vurdering av nye muligheter for å redusere begrensningene.

Det kan ligge begrensninger i mulighetene for å utforme produkter og omgivelser slik at de kan brukes av alle. Begrensningene vil kunne ligge i foreliggende kunnskap, teknologiutvikling, tilgangen på produkter og løsninger, og praktiske og formelle betingelser.

Universell utforming kan møte motstridende interesser i lover. Det kan gjelde verne- og sikkerhetshensyn. I disse tilfellene vil det være aktuelt å finne løsninger som, så langt som mulig, tilfredsstiller kravet om universell utforming.

#### **- uten behov for tilpassing og en spesiell utforming.**

Formuleringen presiserer at hovedløsningen som lages skal kunne brukes av alle.

## Vedlegg

Det forutsettes at hovedløsningen tar hensyn til bruk av tekniske hjelpemidler til personlig bruk som rullestol, høreapparat mv.

Det skal derimot ikke være behov for etterarbeider for å gjøre løsningen brukbar for enkeltgrupper. Det skal heller ikke utformes separate løsninger for funksjonshemmede, og løsningen skal ikke signalisere at den er utformet spesielt for personer med nedsatt funksjonsevne.

Spesialløsninger som har til hensikt å kompensere for at de generelle løsningene ikke er utformet for alle, f. eks trappeheis, skal unngås.

Dersom spesialløsninger eller spesielle tekniske innretninger må anvendes for at løsningen skal kunne brukes av alle, må hovedløsningen utformes slik at den fungerer sammen med eller i samspill med spesialutstyret.

Samfunnsutviklingen går i retning av at funksjoner som betjenes av mennesker automatiseres. Der det brukes selvbetjente løsninger må universell utforming legges til grunn, uten at en utelukker personlig service og assistanse.

## Universell utforming og andre forhold

### ***Forholdet til andre samfunns mål***

På en rekke områder underbygger universell utforming andre samfunns mål. Dette gjelder blant annet bærekraftig utvikling, miljø, mangfold, sikkerhet i bruk og ved brann, estetikk mv. Det må tilstrebes at alle disse samfunns målene fungerer sammen med universell utforming.

Universell utforming underbygger en bærekraftig utvikling, spesielt gjennom den sosiale dimensjonen av bærekraftsbegrepet.

Gjennomført bearbeiding av estetiske aspekter er viktig for å gjøre produkter og anlegg attraktive og kan tjene til å alminneliggjøre tilgjengelighets- og brukbarhetskvalitetene i løsningene.

### ***Utviklingsprosesser og oppfølging***

Universell utforming er en strategi som stiller krav til tverrfaglighet i planlegging, oppfølging, gjennomføring og evaluering. Gode medvirkningsprosesser er viktige for å involvere mangfoldet av brukere og er en grunnleggende del av samfunns målet om demokratiske prosesser. Universell utforming fordrer ikke nødvendigvis grunnleggende nye arbeidsprosesser, men forutsetter bred deltakelse fra brukerorganisasjoner og brukere med ulik brukerkompetanse. Funksjonshemmedes erfaringskompetanse er sentral, og funksjonshemmedes organisasjoner er derfor en viktig samarbeidspart i utviklingsprosesser og kvalitetssikring av løsninger.

Enkle oppgaver hvor det eksisterer gode og anerkjente løsninger og standarder vil ikke uten videre kreve medvirkning. Komplekse oppgaver, planlegging etter plan- og

## Vedlegg

bygningsloven, arbeider med nyutvikling og konkretisering av universell utforming vil stille større krav til bred medvirkning for å sikre gode og allmenngyldige løsninger.

Universell utforming fordrer presisjon ved utforming, drift og vedlikehold. Margineene for feil er små, og feil utførelse og manglende vedlikehold kan føre til at den inkluderende kvaliteten forsvinner. Drift og vedlikehold vil kreve presisjon både sommer og vinter.

---

<sup>i</sup> Når det gjelder universell utforming som rettslig standard viser Miljøverndepartementet til Arbeids- og inkluderingsdepartementets arbeid med diskriminerings- og tilgjengelighetslov. AID vil komme tilbake til definisjon av universell utforming som rettslig standard i odelstingsproposisjon om lov om forbud mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven).

<sup>ii</sup> Grunnlaget for dette notatet ble lagt i møte mellom organisasjoner, Deltasenteret og Miljøverndepartementet våren 2006. Et utkast til grunnlagsnotat ble sendt til en rekke instanser. Tilbakemeldinger og innspill ble gitt fra: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Fornyings- og administrasjonsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Fiskeri- og kystdepartementet, Justisdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Statens bygningstekniske etat, Statens vegvesen, Vegdirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonal dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Norges Handikapforbund, Samarbeidsutvalget av funksjonshemmedes organisasjoner, Hørselshemmedes Landsforbund, Norsk Ergoterapiforbund, Norsk Designråd, Forbrukerrådet, Statens råd for funksjonshemmede og Arkitekthøyskolen i Oslo. Det er avholdt tre møter med et bredt utvalg av deltakere og notatet er bearbeidet av MD i samråd med en redaksjonsgruppe.

<sup>iii</sup> Eksempler på denne forståelsen finner vi i FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter og utredningen om norsk diskriminerings- og tilgjengelighetslov (NOU 2005: 8 Likeverd og tilgjengelighet, Systeutvalgets innstilling).

<sup>iv</sup> Definisjonen er hentet fra Universell utforming over alt! Planlegging og utforming av uteområder, bygninger, transport og produkter for alle. Sosial- og helsedirektoratet Avdeling for levekår, Deltasenteret og Statens råd for funksjonshemmede, november 2003. Den er en direkte oversettelse av definisjonen fra The Center for Universal Design ved North Carolina State University: "Universal design is the design of products and environments to be usable by all people, to the greatest extent possible, without the need for adaptation or specialized design."

<sup>v</sup> Definisjonen ble første gang formulert på norsk i Universell utforming. Planlegging og design for alle. Rådet for funksjonshemmede 1997. Her ble "og sammensetning av produkter" tilføyd for å understreke at universell utforming har relevans for mer enn enkeltprodukter, for eksempel planlegging. Denne forståelsen er nå allment akseptert i Norge og tilføyelsen er fjernet.

<sup>vi</sup> Med "nedsatt funksjonsevne" eller "funksjonsnedsettelse" menes at en kroppsdel eller en av kroppens fysiske eller kognitive funksjoner er tapt, skadet eller på annen måte nedsatt. "Funksjonshemming" oppstår når det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utforming eller krav til funksjon. Hovedutfordringen når det gjelder å nå målene om full deltakelse og likestilling er knyttet til samfunnets utforming. (Fra NOU 2005: 8 Likeverd og tilgjengelighet og NOU 2001:22 Fra bruker til borger).