

Regional handlingsplan for
avtalespesialisttjenesten i Midt-Norge

2014-2016

12.05.2014

1. Innledning

Formålet med handlingsplanen er å utnytte de eksisterende rammeavtaler mellom RHF og Den Norske Legeforening og Norsk Psykologforening, samt operasjonalisere de elementene som er fremkommet i prosjektet «*Organisering av avtalespesialister i Helse Midt-Norge 2012*».

Hovedmålsettingen er at avtalespesialistordningen skal integreres som en del av en samlet spesialisthelsetjeneste i Midt-Norge, der avtalespesialister innen utvalgte fagområder i fremtiden skal inngå som en integrert og aktiv ressurs i utformingen av faglig gode og desentraliserte pasientforløp.

Arbeidsgruppen er sammensatt av representanter fra Helse Midt-Norge RHF, Norsk Psykologforening og Praktiserendes spesialisters landsforening.

Innhold

1. Innledning	3
2. Sammendrag	5
3. Regionale og nasjonale føringer	6
4. Hvem er avtalespesialistene?	7
5. Praksisbeskrivelse	7
Henvisninger og prioritering	7
Pasientsammensetning	8
Pasienttransport	8
Organisering, lokaliteter og utstyr	8
Universell tilgjengelighet	8
Faglig oppdatering	8
Spesialistutdanning	8
Opplæring av pasienter/pårørende	8
Forskning og utvikling	8
Hjemmelens størrelse	8
Økonomi	9
Avtaler med Helse Midt-Norge RHF	9
Antall avtaler, årsverk og normtall	9
6. Forvaltningens oppgaver	10
7. Analyse	11
Aktivitet og hjemmelstørrelse	13
Geografisk fordeling	14
Rapportering	15
Sammensetning av alder og kjønn	15
Rekruttering	16
8. Samhandlingsreformen – hvilken rolle skal avtalespesialistene ha?	17
9. Tiltak	18
Tiltak som forutsetter budsjettøkning	18
Tiltak som kan iverksettes uten budsjettøkning	18
Samhandling med kommunene	19

2. Sammendrag

I kapittel 2 gis en oversikt over de føringer som er gitt oppdraget med å lage en regional handlingsplan. Rapporten “*Organisering av avtalespesialister i Helse Midt-Norge – fase 2*” danner grunnlaget for analyser og forslag til tiltak.

Kapitlet «*Hvem er avtalespesialisten?*», inneholder en kort gjennomgang av historikken for avtalespesialister.

I kapittel 4 gis en praksisbeskrivelse som omfatter organisering og hvilke krav og oppgaver som er lagt til avtalespesialistene.

Videre omtales i kapittel 5 forvaltning av avtalespesialisttjenesten og samarbeidet mellom avtalespesialistene og helseforetakene.

Kapittel 6 består av en analyse basert på en gjennomgang av oppdaterte tall, og en drøfting av disse.

I kapittel 7 konkretiseres forslag til tiltak fordelt på tiltak med økonomiske konsekvenser og tiltak som ikke innebærer økte budsjett, men er viktige strategiske virkemidler. Samhandlingsreformens betydning for avtalespesialistenes rolle omtales.

3. Regionale og nasjonale føringer

Handlingsplanen er forankret i Helse Midt-Norge RHF's visjon, verdigrunnlag, årlig strategirullering på overordnet nivå (strategi 2020) og løpende styringsbudskap gitt av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom nasjonale strategier, oppdragsdokument og foretaksprotokoll.

Helse Midt-Norge RHF legger til grunn følgende nasjonale føringer for forholdet mellom private og offentlige tjenester;

- Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Helse Midt-Norge RHF må sørge for mer bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Helse Midt-Norge RHF skal raskt utnytte kapasitet innenfor eksisterende avtaler og anskaffelsesregelverk, og de private skal sikres forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser.

Videre vises det til Regjeringens tiltredelseserklæring 16. oktober 2013 der det bl.a. foreslås: «*Å utvide antall hjemler for avtalespesialister og benytte avtalespesialistene mer*».

I 2012 leverte Helse Midt-Norge RHF rapporten «*Organisering av avtalespesialister i Helse Midt-Norge – fase 2*». Formål var å drøfte sentrale problemstillinger knyttet til fremtidig organisering og bruk av avtalespesialister i Helse Midt-Norge. Fase 1 i rapporten hadde til hensikt å beskrive dagens polikliniske spesialisthelsetjenestetilbud i Midt-Norge. Dagens organisering, aktivitetsnivå, arbeidsfordeling, forbruksrater, ventelistesituasjon og gjeldene forskrifter/avtaler ble beskrevet.

På grunnlag av denne rapporten fattet styret i Helse Midt-Norge RHF følgende beslutning (jf. sak 57/13):

1. Styret i Helse Midt-Norge har en målsetning om at avtalespesialistordningen skal integreres som en del av en samlet spesialisthelsetjeneste i Midt-Norge, der avtalespesialister innen utvalgte fagområder i fremtiden skal inngå som en integrert og aktiv ressurs i utformingen av faglig gode og desentraliserte pasientforløp.
2. Styret i Helse Midt-Norge ber om at en fremtidig fordeling av avtalespesialister bidrar til utjevning av geografiske forskjeller.
3. Styret ber administrerende direktør om å utarbeide en helhetlig plan for organisering, fordeling og bruk av avtalespesialistene i Midt-Norge. Styret ber om at arbeidet med planen får høy prioritet.

Strategi 2020 skal være førende for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge, og har følgende strategiske mål og utfordringer:

Utfordringer Strategi 2020:

1. Befolkningens sammensetning og behov endres
2. Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
3. Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
4. Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Mål strategi 2020:

1. Styrket innsats for de store pasientgruppene
2. Kunnskapsbasert pasientbehandling
3. En organisering som underbygger gode pasientforløp
4. Rett kompetanse på rett sted til rett tid
5. Økonomisk bærekraft

Strategi 2020 er sist revidert og vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF i desember 2013. For å nå hovedmålene i Strategi 2020 gjelder følgende strategier:

- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Effektivisere driften for å sikre økonomisk handlingsrom

Tiltakene i handlingsplan for avtalespesialister skal støtte opp om begge disse strategiene.

4. Hvem er avtalespesialistene?

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 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 avtalespesialister 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. Avtalespesialistene har som regel flere års erfaring som overlege eller psykologspesialist i sykehus. De driver hel- eller deltids praksis som selvstendige 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 blant annet viktig for pasienter med kroniske sykdommer.

5. Praksisbeskrivelse

Henvisninger og prioritering

I helseregion Midt-Norge mottar avtalespesialistene pasienter i hovedsak etter henvisning fra førstelinjetjenesten/fastlegen. I Sør-Trøndelag blir pasienter innenfor fagene øye og øre-nese-hals først henvist til avtalespesialist for vurdering før eventuell videre henvisning til sykehuspoliklinikk. Helseforetak/sykehus skal foreta en vurdering av henvisningen innen 30 virkedager. Avtalespesialistene omfattes ikke av dette lovkravet, men opplyser i egne årsrapporter at de følger prioriteringsreglene som ligger til grunn for spesialisthelsetjenesten.

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 øyeblikkelig-hjelpspasienter og har tilrettelagt for det på samme måte som allmennleger. Som følge av dette kan belastningen på øyeblikkelighjelp-funksjonen i helseforetakene reduseres.

Ved operativ virksomhet vil oftest avtalespesialisten være tilgjengelig på telefon det første postoperative døgn. Det kan imidlertid oppstå situasjoner hvor avtalespesialisten må benytte øyeblikkelighjelp-funksjonen i helseforetakene.

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.

Pasienttransport

Når det foreligger et medisinsk grunnlag skal avtalespesialisten bestille pasienttransport gjennom pasientreisekontorene i henhold til de retningslinjer og lover som til enhver tid foreligger.

Organisering, lokaliteter og utstyr

De fleste avtalespesialistene er organisert som solopraksis, men flere søker nå sammen og etablerer seg i gruppepraksis. Det er også en utvikling at flere etablerer seg i fellesskap med fastleger. Avtalespesialistene er hovedsakelig lokalisert i egne lokaler utenfor sykehusene, men enkelte har imidlertid avtaler om leie av lokaler av HF eller DMS. Det er noe variasjon i medisinsk teknisk utstyr, men de fleste avtalespesialistene har oppdatert utstyr.

Universell tilgjengelighet

I Romslorapporten ble det påvist at det var en del avtalepraksiser som ikke var tilgjengelig for funksjons- og bevegelsehemmede, jfr. kravet i rammeavtalene. Avtalespesialistene fikk pålegg om å rette opp forholdene og mange har gitt tilbakemelding om at det er gjort. Enkelte 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 enkelte avtalespesialister deltar i sykehusenes undervisning av leger. Det har over lang tid vært et ønske om at avtalepraksiser kan være utdanningssted for LIS-kandidater. Det er igangsatt piloter for utdanning av LIS i avtalepraksis i 2014, og bredding av dette vil skje fortløpende etter erfaringer fra pilotene.

Opplæring av pasienter/pårørende

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

Forskning og utvikling

Noen avtalespesialister arbeider i tillegg til praksisen med forskning og utvikling. De deltar ofte i internasjonale nettverk om forskningsprosjekter, og holder foredrag på møter og kongresser i inn og utland.

Hjemmelens størrelse

De fleste avtalespesialister har en tilpasset hjemmelstørrelse. Avtalehjemmelens størrelse kan variere fra 20 % til 100 %. Årsaken til enkelte har redusert hjemmelstørrelse 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. I noen tilfeller vil små hjemmelstørrelser være ønskelig for å ivareta behov for tilrettelegging av desentraliserte spesialisthelsetjenester. Tilpasning av reduserte hjemmelstørrelser vurderes som tiltak for å øke kapasitet i forhold til sørge-for-ansvaret. For avtalespesialister som har 2 driftsavtaler og som utgjør totalt 120 %, og er juridisk bundet til avtaler, vil Helse Midt-Norge RHF endre disse straks muligheten foreligger.

Økonomi

Avtalespesialisttjenesten finansieres ved driftstilskudd, trygderefusjon via HELFO og pasientenes egenandeler. For somatikk er driftstilskuddet satt til 45 % av gjennomsnittlig trygderefusjon og skal avspeile praksisens driftsutgifter som blant annet lokaler, teknisk/medisinsk utstyr og hjelpepersonell.

Avtaler med Helse Midt-Norge RHF

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a skal de regionale helseforetakene sørge for at det tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon for innbyggere tilhørende i regionen. Disse tjenestene kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

De regionale helseforetakene inngikk rammeavtaler den 18.10.2007 med Den norske legeförening og Norsk Psykologforening i 2006, og avtalespesialistene inngår som en integrert del ved ivaretagelsen av sørge-for-ansvaret og er definert som spesialisthelsetjeneste.

Formålene med rammeavtalene er:

- 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 eller psykologisk behandling.
- 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 bidra til å sikre forutsigbare økonomiske, driftsmessige og faglige rammevilkår i spesialistpraksis.

I henhold til rammeavtalene skal avtalespesialisten bidra til hensiktsmessig samhandling med helseforetakene i forbindelse med behov for å utrede/behandle pasienter.

Antall avtaler, årsverk og normtall

Helse Midt-Norge RHF har avtaler innen 16 fagområder. I dette inngår også noen subspecialiteter. Disse fordeles på 143 avtaler, og 97,55 årsverk. Antallet avtaler og årsverk forventes å øke fra 2014.

Normtallene sier hvor mange konsultasjoner som forventes utført i løpet av ett år i praksis med fullt driftstilskudd, og er forankret i nasjonale rammeavtaler med Den norske legeförening og Psykologforeningen. Rammeavtalene regulerer også hva som skal inngå i konsultasjonen. Rammeavtalen setter ingen øvre grense for antall konsultasjoner. Det vil si at en avtalespesialist kan ha høyere aktivitet enn hva hjemmelstørrelsen skulle tilsi.

Dersom produksjonen på årsbasis ligger 20 % eller mer under de avtalte normtall plikter avtalespesialisten å redegjøre for dette. Dersom avtalespesialisten ikke kan gi en tilfredsstillende forklaring på hvorfor aktiviteten ligger under nedre norm, kan RHF redusere driftstilskuddet

tilsvarende. Det foreligger ikke god nok dokumentasjon pr. i dag pr. spesialitet for si noe om omfanget. God kvalitet og god pasientsikkerhet har avgjørende betydning i all pasientbehandling. Det er derfor grunn til å se nærmere på avtalepraksiser hvor aktiviteten er veldig mye høyere enn normtallene for å få en redegjørelse fra den aktuelle avtalespesialist.

For å gi pasienter, rekvirenter og andre har Helse Midt-Norge RHF en fullstendig oversikt på hjemmesiden over fordeling av fagområder, geografisk plassering, hjemmelstørrelse til den enkelte, samt praksisprofil. Denne blir fortløpende oppdatert etter hvert som endringer oppstår.

Spesialitet	Antall hjemler	Antall årsverk	Normtall for 100 % hjemmel
Anestesiologi	4	1	1700
Barnesykdommer	5	4,2	2200
Fysikalsk medisin og rehabilitering	1	1	2000
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	6	5,2	2700
Generell kirurgi	2	0,4	2400
Hud- og veneriske sykdommer	10	7,1	3200
Indremedisin	9	7,1	2000
Psykologi	48	31,9	1050
Nevrologi	2	1,5	2000
Onkologi	1	0,3	2000
Ortopedisk kirurgi	1	0,2	2400
Psykiatri	9	6,35	1050
Øre-nese-halssykdommer	17	8,8	3500
Øyesykdommer	26	20,5	3300
Urologi	1	1	2000
Kardiologi	1	1	1800
Sum	143	97,55	

6. Forvaltningens oppgaver

Opprettelse og endring av antall avtalehjemler er av stor strategisk betydning for Helse Midt-Norges sørge-for-ansvar. Helse Midt-Norge RHF arbeider for å få en best mulig styrking av forvaltningen av avtalespesialisttjenesten.

Følgende løpende oppgaver for Helse Midt-Norge RHF:

- Inngåelse av nye individuelle avtaler og oppfølging av eksisterende individuelle avtaler
- Oppfølging og utnytting av rammeavtalens bestemmelser
- Følge opp driftsmessige forhold som, sykmeldinger, faktura for tolk, permisjoner etc.
- Vedlikeholde informasjon om avtalespesialister som skal offentlig
- Oppfølging av NPRs rapporteringssystem
- Følge opp rapportering fra avtalespesialister, blant annet ventetider og kapasitet
- Følge opp rapport fra HELFO
- Gjennomføre regelmessige møter med samarbeidsutvalget
- Samhandling med helseforetakene om kartlegging av behov
- Bidra til samhandling mellom avtalespesialistene og helseforetakene

7. Analyse

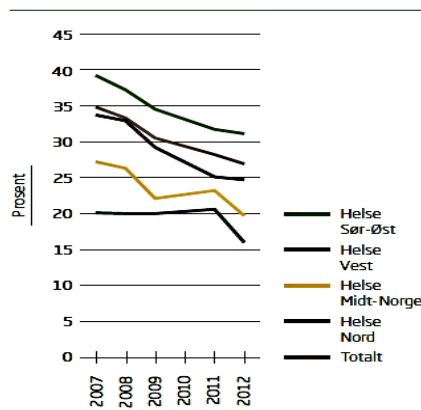
I dag er det avtalepraksis innenfor 16 spesialiteter for leger og psykologer i helseregionen. Helse Midt-Norge RHF har tidligere foreslått at en ikke utvidet ordningen, men dialog med sykehusene tilsier nå at behovet endrer seg, og det er viktig å sikre tilstrekkelig kapasitet slik at en oppnår målsettingen om reduserte ventetider og ingen fristbrudd.

I henhold til Samdata er fordelingen av avtalespesialistårverk per 100 000 innbyggere etter helseregion i 2012 mellom regionene svært ulik. En kan ikke utelukkende se på denne fordelingen av avtalespesialistårverk, men må i tillegg ta i betraktning hvordan kapasiteten er for øvrig i de enkelte helseforetak.

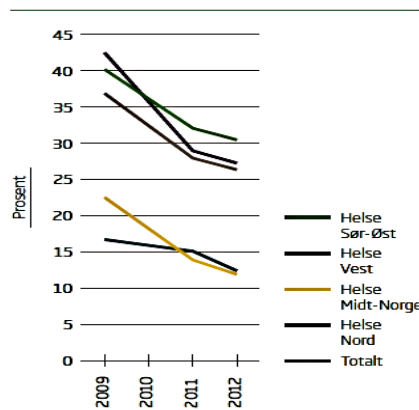
Helseregion	Legespesialister	Kliniske psykologer
Sør-Øst	18,5	10,2
Vest	12,9	8,7
Midt-Norge	9,0	4,3
Nord	8,8	3,3
Landet	15,1	8,4

(Datakilde: SSB, 2013)

Figurene nedenfor viser en nedgang i andel bruk av private avtalespesialister i alle regioner og begge sektorer. Nedgangen i avtalespesialistenes andel av polikliniske konsultasjoner skyldes først og fremst at antallet polikliniske konsultasjoner på offentlige poliklinikker har økt i perioden, og antallet private avtalespesialister har vært stabilt.

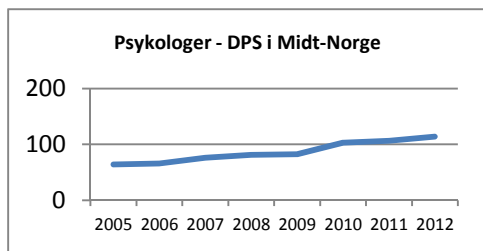


Figur 2.6 Andel bruk av private avtalespesialister (andel av konsultasjoner) i somatikk 2007-2012 etter pasientregion. Kilde: NPR - Aktivitetsdata for avtalespesialister 2009 og 2012. Data for 2010 mangler.

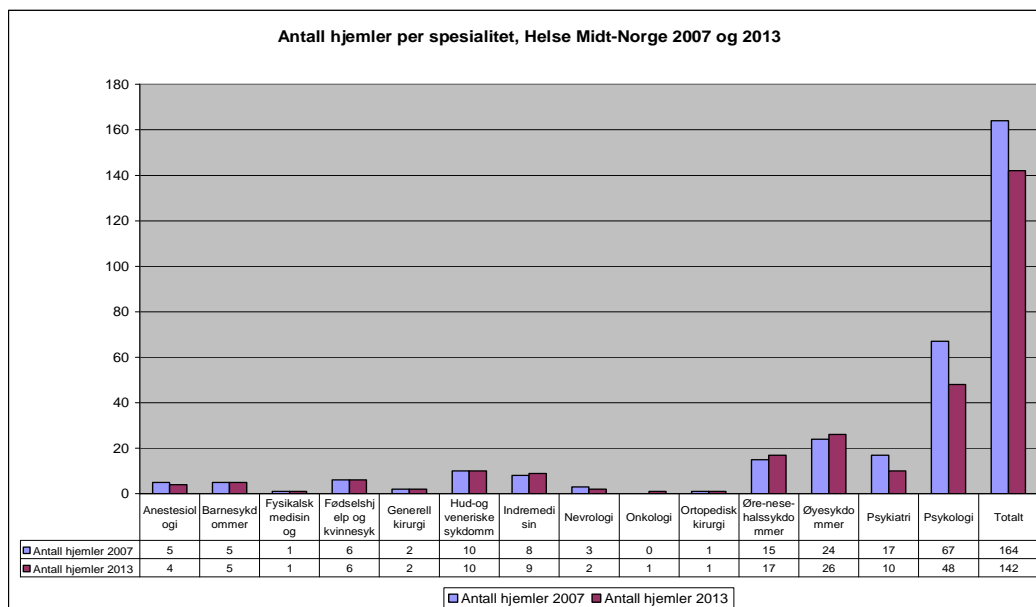


Figur 2.7 Andel bruk av private avtalespesialister (andel av konsultasjoner) i psykisk helsevern 2009-2012 etter pasientregion. Kilde: NPR - Aktivitetsdata for avtalespesialister 2009 og 2012. Data for 2010 mangler.

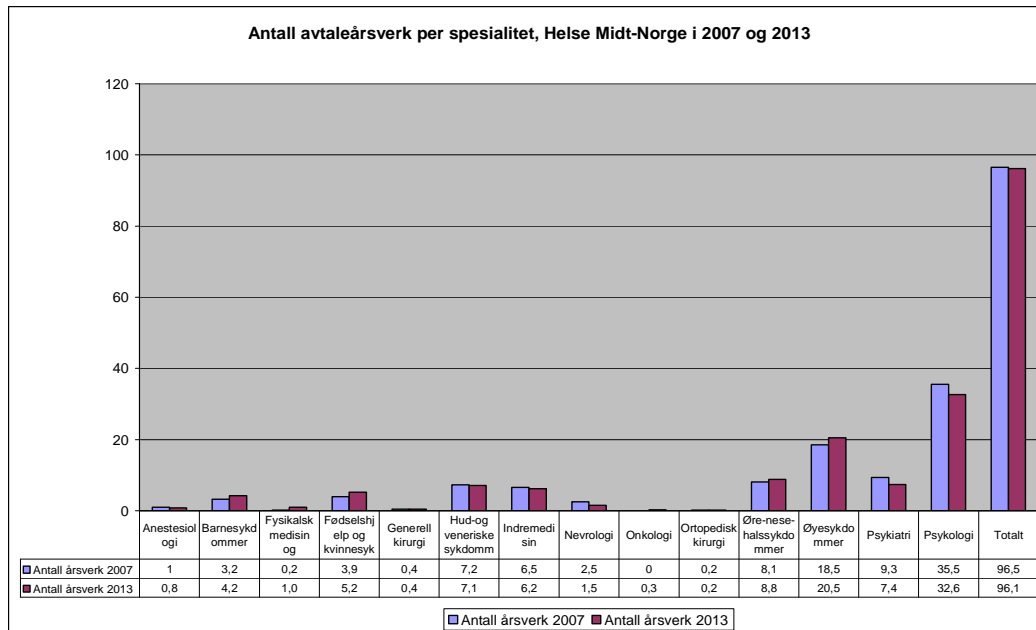
Samtidig som en nedgang i antall årsverk hos avtalespesialister innen psykisk helsevern er det en økning i antall årsverk i DPS i samme periode.



Innen somatisk fag som øye, ØNH og hud har kapasiteten i Midt-Norge vært stabil, men med en liten økning innen fagområdet øye og ØNH (fig. 2, fig3).



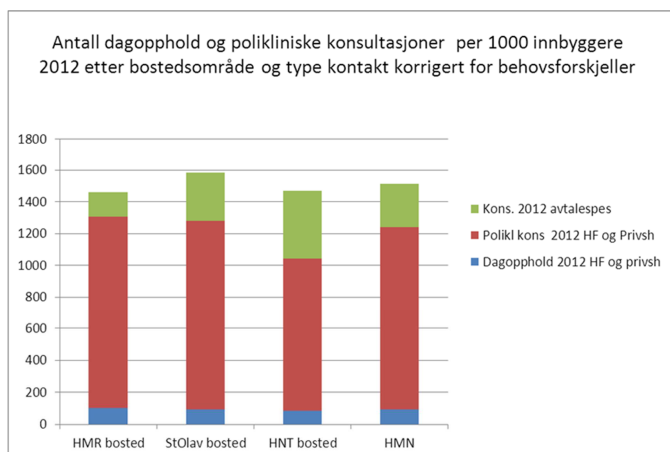
Figur 2: Antall hjemler per spesialitet, Helse Midt-Norge 2007 og 2013 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2013)



Figur 3: Antall avtaleårsverk per spesialitet, Helse Midt-Norge 2007 og 2013 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2013)

Årsaken til at Helse Midt-Norge RHF ikke har erstattet hjemler etter hvert som avtalespesialistene har avsluttet avtalen er påvente av behovsanalysen i prosjektet «Organisering av småfag – fase 2». I sum er det i 2013 omtrent like mange årsverk som i 2007. Helse Midt-Norge RHF har i 2014 en økning innen fagområdene psykiatri og øye i Møre og Romsdal, øye og urologi i Sør-Trøndelag, kardiologi i Nord-Trøndelag. I tillegg erstattes nå alle avtalehjemler innen psykologi.

For å få et riktig bilde av det totale spesialisttilbudet til innbyggerne, må dette ses i sammenheng med de konsultasjoner som foretakenes poliklinikker utfører. Det er en forskjell i aktiviteten hos avtalespesialistene i regionen, men legges avtalespesialistenes aktivitet sammen med aktiviteter i HF 'enes poliklinikker, reduseres forskjellene innen regionen.



Her er det korrigert for forskjeller i behovsindeks somatisk sektor mellom bostedsområdene 2013 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2013)

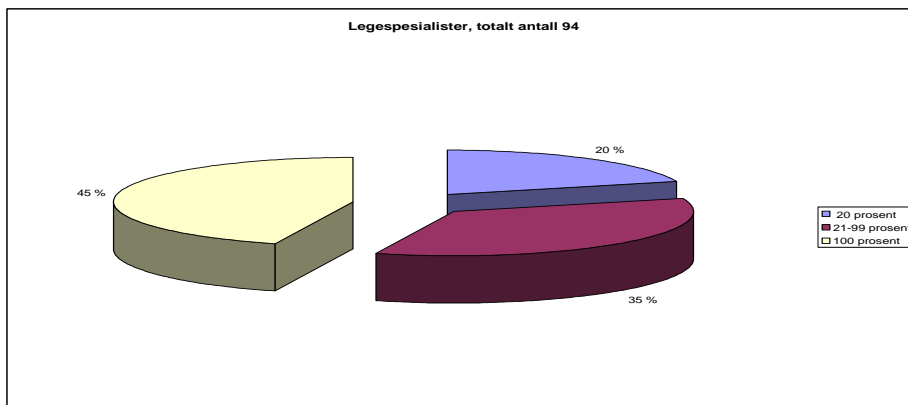
Aktivitet og hjemmelstørrelse

I den nasjonale rammeavtalen for avtalespesialister er ikke normtallet knyttet til hjemmelstørrelse for den enkelte spesialitet. En redusert hjemmelstørrelse vil ikke nødvendigvis være et mål på at avtalespesialisten har en aktivitet som er i samsvar med hjemmelstørrelsen. Stikkprøver indikerer at flere avtalespesialister har en aktivitet som er til dels betydelig over det antallet som er regulert i

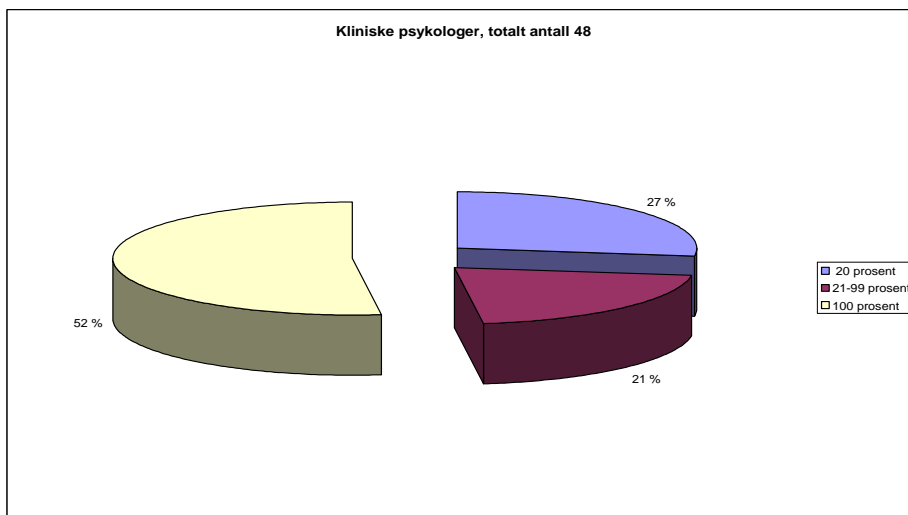
avtalen. Helse Midt-Norge RHF har igangsatt et arbeid med å få kartlagt aktivitet i forhold til konsultasjoner og kontakter den enkelte avtalespesialist har. Dette skal gi grunnlaget for å se den enkelte avtalespesialist sin aktivitet i forhold til hjemmelstørrelse.

Det er 2 ulike formål med dette. Det ene er å vurdere justering av driftstilskuddet i forhold til reell aktivitet. Dette vil ikke gi en ønsket effekt på aktivitetsøkning. Det andre er å få en oversikt over de som har redusert hjemmelstørrelse, og ønsker å få økt denne. Dette vil gi grunnlag for å vurdere økning av avtalehjemmel med tanke på aktivitetsøkning.

Hjemmelstørrelsen varier innen alle fagområder for avtalespesialistene, og har sin årsak i et behov primært knyttet til avtalespesialistene. Enkelte har ønsket en redusert hjemmelstørrelse for i tillegg å kunne arbeide i helseforetaket, eller i annen virksomhet. Utviklingen har vært at flere har ønsket en økt hjemmelstørrelse.



Figur 2: Fordeling av hjemler for legespesialister etter avtalestørrelse, 2013 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2013)



Figur 3: Fordeling av hjemler for kliniske psykologer med avtale etter avtalestørrelse, 2013 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2013)

Geografisk fordeling

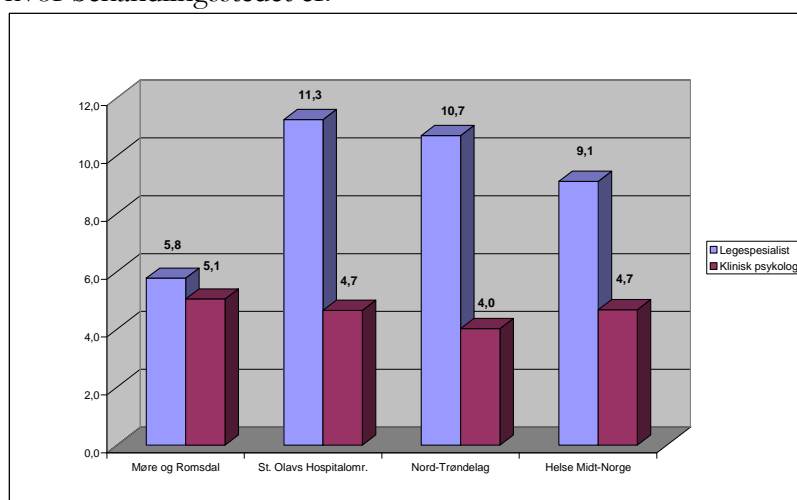
Utvikling av kapasitet og geografisk plassering av avtalehjemler i Helse Midt-Norge har til hensikt å utvikle tilbudet til befolkningen i samsvar med intensjonene i samhandlingsreformen og Strategi 2020. I dag er den geografiske fordelingen i regionen er skjev. Det er prosentvis flest legespesialister i Trøndelagsfylkene, mens det i Møre og Romsdal er noen flere

psykologspesialister. I absolutte tall er det flest leger og psykologer med avtaler om driftstilskudd i Sør-Trøndelag.

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 aksene 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, Børsla, Bjugn, Orkdal, Røros, Surnadal, Ulsteinvik og Ørsta.

Forbrukstall som antall konsultasjoner per 1000 innbyggere må ligge til grunn for hvor veksten skal være. Når det gjelder forbruk er det pasientens bosted som er utgangspunkt uavhengig av hvor behandlingsstedet er.



Figur 1: Avtalespesialistårsverk og kliniske psykologårsverk per 100 000 innbyggere etter bostedsområde i 2013 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2013)

For somatisk sektor er det forskjeller i forbruk. Figuren viser at konsultasjonene hos avtalespesialist faktisk virker utjevne på samlet forbruk poliklinikk og dagbehandling og at det er St. Olavs Hospital HF-området som har minst behov for økning (på poliklinikk) dersom det skal være likt forbruk mellom områdene. Her er det korrigert for forskjeller i behovsindeks somatisk sektor mellom bostedsområdene:

Rapportering

Fra 2008 har alle avtalespesialister måtte rapportere elektronisk til NPR. Dette skulle bedre kunnskapen om aktiviteten ved avtalepraksisene. Det har frem til nå vært vanskelig å få til 100 % rapportering, og rapporteringssystemet har vært mangelfullt slik at det har manglet god oppdatert statistikk over produktiviteten hos avtalespesialistene. Samdata legger til grunn at 94 % rapporterer. Usikkerheten til tallmaterialet er i hovedsak knyttet til funksjonalitet i de ulike EPJ-systemene, og at det ikke er alle avtalespesialister som rapporterer. Helse Midt-Norge RHF vil ha en særskilt oppfølging på dette.

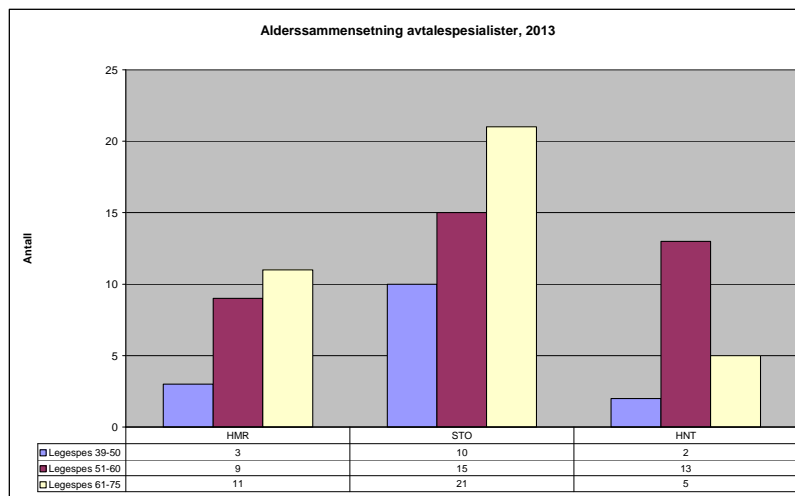
Sammensetning av alder og kjønn

Fra og med 2006 er det i avtaleverket innført ordning med seniorpolitikk for avtaleleger. 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. Helse Midt-Norge RHF har inngått flere slike avtaler.

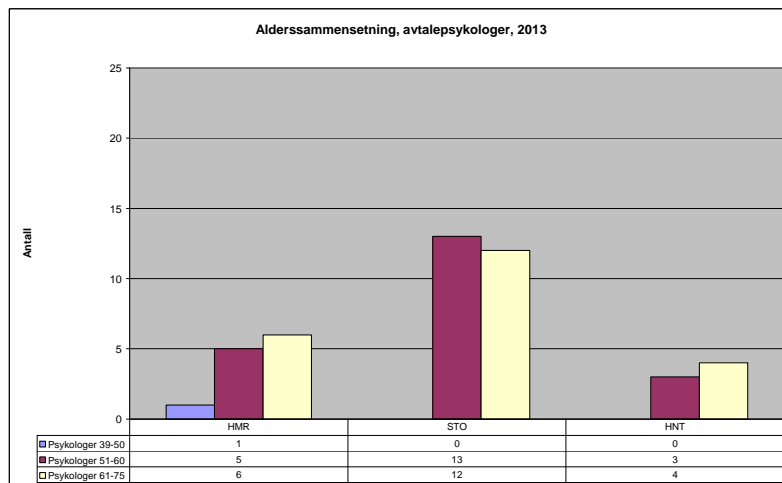
Samtidig vet vi at det tar flere år å utdanne spesialister (for leger 7-9 år). Dette sammen med høy gjennomsnittsalder, tilsier at vi må øke utdanningskapasiteten og bedre nyrekruttering.

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.

I dag er kvinneandelen for psykologspesialister 24 % og 23 % for legespesialistene. Antall kvinnelige leger i avtalepraksis er økende og på landsbasis er nå 32,7 % av avtalespesialister under 67 år kvinner.



Figur 4: Alderssammensetning blant avtalespesialister (leger) per bostedsområde, 2013 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2013)



Figur 5: Alderssammensetning blant avtalepsykologer per bostedsområde, 2013 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2013)

Rekruttering

Et godt og variert tilbud av avtalehjemler i en region kan imidlertid også virke inn på søkningen av spesialister til sjukehusene. Når en lege flytter til et distrikt vil mulighetene til en senere jobb utenfor sykehus også telle. Når en bosetter seg kan det være meget attraktivt at en har mulighet til å flytte over i avtalehjemmel etter en del år på sjukehus. Slik sett kan avtalehjemlene virke

rekrutterende til distriktet. På den andre siden vil opprettelse av avtalehjemler kunne svekke tilbudet ved sykehusene.

Erfaringene viser at det ved utlysning av avtalehjemler i hovedsak kommer søkere fra egen region. For noen spesialiteter i sykehusene 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.

8. Samhandlingsreformen – hvilken rolle skal avtalespesialistene ha?

Samhandlingsreformen angir en ny retning for kommunesektoren der kommunene skal ta et økt ansvar for helsetjenestetilbudet til befolkningen. En viktig forutsetning for samhandlingsreformen er at spesialisthelsetjenesten videreutvikles i takt med kommunehelsetjenestens nye rolle og ansvar. Eksempler på utvikling av spesialisthelsetjenesten er:

- desentraliserte spesialisthelsetjenester
- ambulante tjenester
- overføring av kontroller til kommunehelsetjenesten
- tiltak i kommuner som alternativ til innleggelse.

Flere steder i landet er det etablert ulike desentraliserte spesialisthelsetjenester som del av et lokalmedisinsk senter, et kommunalt helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter sykehusinnleggelse, eller istedenfor innleggelse i sykehus. For å etablere kvalitetsmessige gode desentraliserte tilbud er tilgang til spesialister avgjørende.

Det er behov for å videreutvikle pasientforløpene slik at deler av pasientbehandlingen kan foregå desentralisert, enten ved å desentralisere HF'enes helsetjenester gjennom avtalespesialist eller i kommunale enheter hvor kommuner og helseforetak samarbeider (for eksempel etterbehandlingssenger i kommuner). Mange avtalespesialister har et godt samarbeid med rekvirentene i kommunene, og dette er viktig å utvikle videre.

9. Tiltak

Som et klart førende prinsipp skal utvidelse med hjemler innen nye fagområder skje i nært samarbeid og behov i det enkelte sykehus. Dette gjelder også videreføring av eksisterende avtalehjemler. Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at utviklingen av ordningen også skjer med tanke på geografisk plassering, og at ressursen blir fordelt på en hensiktsmessig måte.

Samarbeid mellom helseforetak og avtalespesialist bør utvikles både med tanke på hensiktsmessig oppgavefordeling med ventelister, samarbeid om hensiktsmessige pasientforløp og om desentraliserte tjenester. I tillegg vil det i framtiden være behov for å diskutere avtalespesialistenes rolle i de avtaler som er inngått mellom helseforetak og kommuner.

Forslag til tiltak er delt inn i 2 hovedkategorier; forslag som forutsetter budsjettøkning og forslag som ikke krever budsjettøkning.

Tiltak som forutsetter budsjettøkning

På bakgrunn av analysen, og strategier vil Helse Midt-Norge RHF vurdere å gi tilbud om å utvide deltidshjemler til hele hjemler. Gjennom protokoll og rammeavtalen er det enighet mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening og Norsk Psykologforening om at det skal være samsvar mellom hjemmelstørrelsen og de timer avtalespesialisten arbeider.

Helse Midt-Norge RHF foretar en ny kartlegging av avtalespesialister som ønsker økt hjemmelstørrelse. I kartleggingen skal det legges vekt på: lokaler, utstyr, personell, tilrettelegging for funksjonshemmede, tilgjengelighet på telefon og aktivitetstall. På bakgrunn av kartleggingen vurdere/prioritere hvordan den interne utlysninger om økning av hjemmelstørrelse skal foretas. I utlysningsteksten skal det fremkomme hva som vektlegges for den enkelte spesialitet.

Et hovedmål er at det tilrettelegges så langt det er mulig å gi pasienten behandling lokalt. I tillegg vil det være viktig at det er en geografisk utjevning slik at befolkningens tilgang til avtalespesialister og poliklinisk virksomhet blir mest mulig lik i hele regionen. Helse Midt-Norge RHF vil utjevne den geografiske skjevhet gjennom oppretting av nye avtalehjemler. Det er ikke bare forbruksrater som skal bestemme tildeling. I vurderingen bør også ventelister og fristbrudd være element som vurderes ved oppretting av nye hjemler.

Helse Midt-Norge RHF skal bidra til at avtalespesialistene inkluderes i fagledernetverkene som er opprettet i Helse Midt-Norge med tanke på utvikling av pasientforløp mellom HF og avtalespesialistene.

Tiltak som kan iverksettes uten budsjettøkning

Helse Midt-Norge RHF skal:

- utarbeide oppdragsdokument/årlig brev til alle avtalespesialister. Hensikten med brevet er å bedre samhandlingen med avtalespesialistene innenfor rammeavtalenes bestemmelser.
- arbeide for bedre samhandling om tjenestetilbudet ved å gå gjennom de individuelle avtalene og eventuelt forhandle om nærmere spesifisering av faglig virkeområde og profil for avtalepraksisen, jfr. rammeavtalene punkt 6.1 annet ledd.
- etablere system for å ha oppdatert informasjon om den enkeltes praksisprofil.
- avkreve jevnlig rapportering om ventetider, kapasitet, takstbruk og antall nyhenviste, og se dette i sammenheng med sykehusenes aktivitet.

- kartlegge hvordan avtalespesialistene samhandler med rekvirentene og følger opp ansvar for veiledning.
- gjennomgå rutiner for samhandling mellom avtalespesialister og rehabiliteringsinstitusjoner.
- etablere rutiner for praksisbesøk.
- i løpet av 2014 endre måte for oppgjør av driftstilskudd ved at avtalespesialistene sender faktura for avtalt driftstilskudd.
- tilse at avtalespesialistene oppfyller krav i rammeavtalen og den individuelle avtalen gjennom spesiell oppmerksomhet på:
 - å ha tilfredsstillende IT-system for bedre tilgang til offentlig informasjon om avtalespesialistene
 - ha tilpasset lokaliteter bevegelsehemmede og universell utforming.
 - rutiner for gjensidig praksisbesøk mellom avtalespesialistene med formål om erfaringsutveksling.
- iverksette tiltak overfor eventuelle brudd på rammeavtaler og individuell avtale

Samhandling med kommunene

Det vil være nødvendig å bidra til nytenkning for bruk av avtalespesialister gjennom samarbeid med kommunene. For å lykkes med å utvikle spesialisthelsetjenesten i samsvar med samhandlingsreformens intensjoner er kompetanseoverføring til kommunene og en fleksibel spesialisthelsetjeneste en forutsetning. Helse Midt-Norge RHF vil se på muligheter for prosjekter for å styrke samhandlingen mellom rekvirenter og avtalespesialister.

Ved etablering av desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud må det vurderes når det er hensiktsmessig å bruke avtalespesialister for å ivareta befolkningens behov for polikliniske/ambulerende tilbud lokalt.