

Styresak

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF
DATO: 11.11.2016
SAKSHANDSAMAR: Hans Stenby og Torleiv Bergland
SAKA GJELD: **Avtalespesialistordninga i Helse Vest – organisering, fagutvikling, samhandling og kapasitet**

ARKIVSAK: 2016/2606
STYRESAK: 136/16

STYREMØTE: 07.12. 2016

.....

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret i Helse Vest gir sin tilslutning til dei vurderingane som er gjort i saka, og ber om at ein arbeider vidare i tråd med den framdrift som er vist i saka. Styret ber om at innspel og kommentarar frå styret blir tatt med i det vidare arbeidet.

Fakta

Historikk

Styret i Helse Vest behandla i februar 2012 sak 34/12 B rapport frå internrevisjonen om avtalespesialistane. Styret vedtok å slutte seg til tilrådingane i revisjonsrapporten – *Oppfølging av private avtalespesialistar i Helse Vest*. Styret bad administrasjonen følgje opp tilrådingane som kom fram i rapporten, og bad om å bli halde orientert om arbeidet.

I desember 2012 behandla styret sak 132/12 B *Oppfølging av avtalespesialistar i Helse Vest*. I saka blei det mellom anna understreka at: *Det er sett i gang eit arbeid for å sjå på dei utfordringane som internrevisjonen peiker på. Målet med arbeidet er å identifisere gode og gjennomførbare tiltak som sikrar god ressursutnytting og betre integrering av avtalespesialistane inn mot spesialisthelsetenesta. Vidare ønskjer Helse Vest å sikre gode pasientforløp der pasientane sine rettar blir ivaretekne på ein god måte. I dette arbeidet ser ein også på utfordringar knytt til dei måla som Helse Vest ønskjer å oppnå*. Styret bad om å bli orientert om det vidare arbeidet med avtalespesialistane.

I juni 2014 blei styret orientert om status i arbeidet med vidareutvikling av avtalespesialistordninga, sak 77/14. Her blei det gitt ei orientering om private avtalespesialistar i Helse Vest og status i arbeidet med vidareutvikling av ordninga.

Styresaka, som styret slutta seg til, blei samanfatta slik:

Helse Vest deltek saman med dei andre regionale helseføretaka i eit nasjonalt arbeid under leiing av Helse- og omsorgsdepartementet med sikte på å oppnå semje om endringar i avtale- og regelverk som regulerer avtalespesialistordninga. Føremålet med prosessen er å oppnå tilslutning til endringar som vil legge til rette for at tenestetilbodet som avtalespesialistane representerer i større grad enn i dag på ein kostnadseffektiv måte kan utviklast og styrast i tråd med utviklinga i behov for spesialisthelsetenester.

Dei utfordringane det er peika på nasjonalt er langt på veg overlappende med dei tema som tidlegare er identifisert regionalt. Det gir god kraft i det vidare arbeidet at regionane, saman med Helse- og omsorgsdepartementet, opptre samla i utviklinga av avtalespesialistordninga. Dei utfordringane vi har identifisert vil derfor først og fremst bli søkt løyst gjennom det nasjonale arbeidet.

Nasjonale føringar

I protokollen frå føretaksmøtet i Helse Vest 7. januar 2015 går det fram at «regjeringa vil auke talet på heimlar og bruke avtalespesialistane meir». Føretaksmøtet bad dei regionale helseføretaka om å «gå gjennom forvaltninga si av avtalespesialistane med sikte på å vidareutvikle denne på kort og lang sikt og forhandle rammeavtalene på nytt slik at nye avtaler trer i kraft seinast 01.01.2016».

Ny rammeavtale mellom dei regionale helseføretaka og Den Norske Legeforening blei inngått med verknad frå 03.11.2015. Ny rammeavtale mellom dei regionale helseføretaka og Norsk Psykologforening blei inngått med verknad frå 18.01.2016.

I protokollen frå føretaksmøtet i Helse Vest 12. januar 2016 blei Helse Vest bedt om å følgje opp Riksrevisjonen sine tilrådingar i Dokument 3:2 (2015-2016) Sak 2 *De regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister*. Hovudfunna i rapporten til Riksrevisjonen var:

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

Dei regionale helseføretaka fekk i slutten av juni i år tilsendt eit tilleggsdokument til Oppdragsdokument frå HOD. Som eit ledd i å redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga skal kvart regionale helseføretak i 2016 lyse ut driftsavtaler for avtalespesialistar, med sikte på at talet på årsverk i 2017 blir større enn i 2016.

Regionale prioriteringar og utfordringar

I 2011 blei det i samband med strategiarbeidet «Helse 2020» poengtert at avtalespesialistane skal inngå som ein integrert del av det samla tenestetilbodet innan spesialisthelsetenesta. Det blei også streka under at avtalespesialistane må bli underlagt dei same strenge krava til kvalitet, prioritering, transparens og dokumentasjon som resten av tenestene i føretaksgruppa. I tillegg blei det trekt fram at Helse Vest ønskjer å kople avtalespesialistane tettare opp mot spesialisthelsetenestene elles, både kva gjeld pasientløp og prioritering.

Det har vore utstrakt samarbeid, men dette har i stor grad ikkje vore formalisert. Gjeldande krav til spesialisthelsetenesta er at pasienten skal møte eit saumlaust system, som skal fungere samordna og yte individuelt tilpassa forløp skreddarsydd til det samla behovet til den einskilde pasient. Dette framstår krevjande slik me har organisert tenesta i dag.

I styringsdokumentet til helseføretaka for 2016 går det fram at Helse Vest vil kartlegge behovet for nye avtaleheimlar. Kartlegginga vil i neste omgang danne grunnlaget for disponering, prioritering og lokalisering av nye avtaleheimlar. Helseføretaka er bedt om å:

- «• *bidra i den regionale prosessen med gjennomgang av forvaltninga av avtalespesialistane og kartlegging av behov for nye avtaleheimlar*

- inngå samarbeidsavtaler med avtalespesialistane etter at den regionale prosessen er gjennomført.
- delta i pilotering av utdanning i avtalepraksis.»

Kommentarar

1. Status

1.1 Omfang av avtalepraksis

Helse Vest har per november 2016 avtale med 268 psykologspesialistar og legespesialistar .

	Førde	Bergen	Fonna	Stavanger	Totalt	
Spesialitet	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Tal på avtaler
Psykologi	9,00	53,65	6,00	23,40	92,05	108
Psykiatri		16,70	4,20	8,50	29,40	37
Øye	4,20	13,00	5,00	8,00	30,20	32
ØNH	1,04	8,10	4,00	5,00	18,14	24
Gyn		6,00	2,00	6,00	14,00	14
Hud		6,00	0,30	1,00	7,30	8
Indremed.			1,00	1,00	2,00	2
Hjertes.		8,20	1,00	2,00	11,20	12
Lunges.		2,00		1,00	3,00	3
Fordøyelsess.		4,00	1,00	2,00	7,00	7
Hormons.		4,00			4,00	4
Nyres.		0,20			0,20	1
Geriatri		1,00			1,00	1
Revma.		2,00		1,20	3,20	4
Urologi		1,00	1,00	1,00	3,00	3
Nevrologi		1,40			1,40	3
Fys. med	1,20				1,20	2
Anestesi			1,00		1,00	1
Gen. kir.		1,00			1,00	1
Pediatri		1,00			1,00	1
Totalt	15,44	129,25	26,50	60,10	231,29	268

Tabellen nedanfor viser oversikt over avtalespesialistane fordelt på fagområde samanlikna med dei tre andre helseregionane.

	Somatikk		Psykiatrar		Psykologspesialistar		Totalt	
	Årsverk	Tal på	Årsverk	Tal på	Årsverk	Tal på	Årsverk	Tal på
Helse Vest	110	123	29	37	92	108	231	268
Helse Sør-Øst	384	468	141	175	287	329	812	972
Helse Midt	64	87	8	10	34	47	106	144
Helse Nord	36	43	7	11	22	25	65	79

Dersom ein korrigerer for talet på innbyggjarar i kvar region er det 33 avtalespesialistar per 100 000 innbyggjarar i Helse Sør-Aust, 24.5 i Helse Vest. 20 i Helse Midt og 16 i Helse Nord. Ser ein på årsverk i forhold til talet på innbyggjarar har Helse Sør-Aust høgast dekning også her, 13 årsverk per 100 000 innbyggjarar innan dei somatiske fagområde og nærare 15 årsverk innan psykisk helsevern. Tala for Helse Vest er 10 og 11, for Helse Midt 9 og 6, og for Helse Nord 7,5 og 6. Det er viktig å sjå ulikskapen og variasjonen saman med kapasitet i helseføretaka og tilgang på spesialistar. Dersom alle landets sjukehus skulle hatt same fordeling mellom sjukehus og avtalespesialistar kunne dette skapt store utfordringar i å oppretthalda robuste fagmiljø i sjukehusa.

Avtalespesialistane blir finansiert ved driftstilskot frå Helse Vest, refusjonar frå Helfo og eigenbetaling frå pasientane. Helse Vest hadde i 2015 samla utgifter til driftstilskot på 201,8 mill. kroner.

1.2 Utvikling dei siste åra

Over tid har talet på årsverk for avtalespesialistar i Helseregion vest vore svært stabilt.

Tal på avtalespesialistar over tid

	2008	2012	2016
Driftsavtalar	289	279	268
Årsverk	229	230	231

Vi ser elles ein nedgang i talet på driftsavtalar. Over tid har Helse Vest redusert tal deltidsheimlar. Dett er årsaken til at årsverka går opp medan tal avtalar har gått ned. Deltidsheimlar som blir ledige blir enten tilbydd avtalespesialist som allereie har deltids driftsavtale, eller samla saman med andre ledige deltidsheimlar – og lyst ut som fulltids avtaleheimel.

1.3 Fordeling mellom solopraksis/gruppepraksis/samløkalisering med kommunale tenester

Gruppepraksis er ein modell der fleire avtalespesialister har gått saman om å dele lokale, med felles venterom, felles resepsjon, felles IKT-løysingar og felles tilsette. I kor stor grad det er fagleg fellesskap, eller berre sosialt fellesskap, har Helse Vest ikkje oversikt over.

Dersom det er fleire som er lokalisert på same adresse vil vi omtale det som samlokalisert. Vi vil likevel ikkje sette likskapsteikn mellom samlokalisering og gruppepraksis.

Per i dag er det 171 av våre 268 avtalespesialistar som har same adresse som ein eller fleire andre avtalespesialistar. Innanfor Helse Bergen sitt opptaksområde er det 79 % (122 av 154) av avtalespesialistane som er samlokalisert. I Stavanger helseføretaksområde er det 45 % (29 av 64), i Fonna-området er det 36 % (10 av 28) og i Førde-området er det 45 % (10 av 22).

Blant psykologspesialistane er det ein stor del som er lokalisert saman med andre avtalespesialistar. I Helse Bergen sitt opptaksområde er 56 av 67 psykologspesialistar samlokalisert, 48 av dei med ein eller fleire andre psykologar.

Ikkje uventa er det i Helse Bergen sitt opptaksområde det er flest avtalespesialistar som er samlokalisert. Dess fleire avtalespesialister dess større moglegheit er det for at avtalespesialistane finner andre å dela lokale med. Det gjeld både innanfor det einskilde fagområde og på tvers av ulike spesialitetar.

Spesialistsenteret på Straume, på Sotra utanfor Bergen, er eit døme på ein gruppepraksis der det er mange ulike spesialistar samla (6 ulike legespesialitetar). Ved Bergen Øyelegesenter i sentrum av Bergen er det totalt 9 augelegar. Fire spesialistar i fordøyingssjukdomar har etablert felles praksis i Bergen.

Det er ei ønska utvikling at avtalespesialistane går saman i gruppepraksis. Avtalespesialisten vil ha nytte av kollegaer å diskutere faglege utfordringar og problemstillingar med og som ein kan samarbeide med. Det bidrar og til å redusere sårbarheit ved fråvær, lik utvikling og etterleving av felles faglege retningslinjer med meir.

Avtalespesialistar som har praksis i områder med lågare befolkningsgrunnlag enn i dei større byane har av naturlege grunnar ikkje same høve til å etablere seg i gruppepraksis. Her kan ei løysing vere etablering av praksis i saman med dei kommunale helsetenestene.

1.4 Aktivitetsdata pr. fag (samanlikna med offentlege poliklinikkar)

Samla er omfanget av helsetenester som blir ytt av avtalespesialistane vesentleg.

For 2015 utgjorde aktiviteten til avtalespesialistane 27 % av den totale polikliniske aktiviteten innan somatiske fagområde, jf. rapporten «Aktivitetsdata for avtalespesialister 2015» utgitt av Helsedirektoratet. For psykisk helsevern for vaksne var talet 22 %. Fagområdet augesjukdomar stod for over ein tredel av den totale aktiviteten hos avtalespesialistane innan dei somatiske fagområda. Samanlikna med poliklinikk i sjukehus stod avtalespesialistane innan augesjukdomar for nær to tredelar av det nasjonale forbruket.

I tabellen under er det laga ein oversikt over registrert aktivitet i avtalepraksis i Helse Vest, offentlege helseføretak i Helse Vest og andre innafor fagområda augesjukdommar, ØHN, gynekologi, hud- og veneriske sjukdommar og psykisk helsevern. Oversikten viser og ein beskriving av hovuddiagnose for gruppa pasientepisodar som går fram av aktivitetsdata.

For helseføretaka er det berre inkludert polikliniske konsultasjonar registrert i Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF. Aktivitet oppgitt for avtalespesialistane visar berre spesialistkonsultasjonar og ljøsbehandling (hud). Anna aktivitet som finn stad hos avtalespesialistane er ikkje inkludert i oversikta. For anna aktivitet i 2015 hos avtalespesialistane utgjer det om lag 7% av alle polikliniske konsultasjonar i avtalepraksis innan PHV og BUP. Innan somatikk utgjer dette 15%. Indremedisin er ikkje inkludert etter som fagområdet omfattar fleire pasientar med ulike hovuddiagnosegrupper på same måte som auge, ØHN, hud, psykisk helsevern og gynekologi.

Fag	Hoveddiagnose	Antall polikliniske konsultasjoner			
		Avtalepraksis HV	Andel ikke spesialisthelsetj. i Avtalepraksis (%)	Offentlige HF HV	Øvrige
Øyesykdommer	✓ H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	79 012	9 %	52 183	1 555
ØHN	✓ H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknute	35 677	6 %	38 329	536
Gynekologi	✓ N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer ✓ O00-O99, Z37 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	18 035	22%	43 355	2 200
Hud og ven. sykdommer	✓ L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	32 643	13%	69 607	15 670
Somatikk	✓ Alle diagnosegrupper innen somatikk	342 882	15%	1 088 708	92 280
Psykisk helsevern	✓ Alle F-diagnoser knyttet til PHV og BUP	120 262	7%	436 540	79 699

Tabellen over syner at det er rett og ikkje minst naudsynt med ein gjennomgang av kva som skal vere god oppgåvedeling og kva aktivitet RHF-et skal stilla krav om i avtalespesialistordninga. Når det for fleire av faga er ein stor del som ikkje er spesialisthelseteneste er det viktig at vi nyttar ressursane til spesialisthelseteneste til beste for pasientane. Det er viktig at vi nyttar den samla kapasiteten i tråd med faglege rettleiarar og prioriteringar.

I tillegg til oversikten ovanfor er det gjort ein analyse av hovuddiagnosar blant pasientepisodar registrert i avtalepraksis i Helse Vest. Innafor avtalespesialistar innan PHV og BUP er det om lag 10% av pasientkontaktane som registrert med Z-kodar. Det vil seie at det manglar tilstandskode eller er klassifisert som «andre ICD-10 tilstander». Innafor avtalepraksis somatikk er det registrert 13% av kontaktane med enten Z-koder eller manglande tilstandskoder i 2015. Dette inneber at det er nyttig for pasienten å ha kontakt med spesialisthelsetenesta, men at det ikkje er innafor det som er spesialisthelseteneste. Dette kan utgjere ein viktig tilleggskapasitet som må nyttast mykje betre til spesialisthelseteneste.

I Helse Vest var forbruksraten innan somatiske fagområde lågast i Stavanger HF-område både når det gjeld avtalespesialistar og offentlige poliklinikkar. Forbruksraten var totalt sett høgast i Sogn og Fjordane. For avtalespesialistane var det høgast i Bergen HF-område.

Stavangerområdet hadde saman med Finnmarksområdet den lågaste forbruksraten av polikliniske helsetenester samla sett i 2015 på landsbasis, innan dei somatiske fagområda.

Innan psykisk helsevern for vaksne hadde Førde HF-område den lågaste forbruksraten i Helse Vest, både for offentlege poliklinikkar og samla sett. Bergen HF-område hadde høgast forbruk både for offentlege poliklinikkar og hos avtalespesialistane.

På nasjonalt nivå viser tall for 2014 og 2015 at gjennomsnittlig kontaktar per pasient er stabilt med et snitt på 1,7 per år innan dei somatiske fagområda. Innan fødselshjelp og kvinnesjukdomar var det gjennomsnittlig 1,3 kontaktar per pasient både i 2014 og 2015. Innan augefaget var snittet 1,6 for både 2014 og 2015. For ØNH var gjennomsnittet 1,8 begge år.

Innan psykisk helsevern for vaksne var talet på kontaktar per pasient i 2015 12,3 for psykiatrane og 12,8 for psykologane, totalt eit gjennomsnitt for psykisk helsevern for vaksne på 12,6 kontaktar per pasient.

I Helse Vest behandla avtalespesialistane innan dei somatiske fagområda i gjennomsnitt 14 pasientar per dag i 2015. Innan psykisk helsevern behandla dei i gjennomsnitt 5 pasientar per dag. Begge tal er basert på spesialistkonsultasjonar, og på 220 arbeidsdagar. Dette er tilsvarande som gjennomsnittet for landet innan begge områda. Innan augefaget behandla dei i gjennomsnitt 17 pasientar kvar dag i 2015. For ØNH-faget var talet 16, gynekologi 13 og hudsjukdomar 16.

1.5. Lengda på driftsavtalane

Langvarige avtaler (til fylte 72 år, med høve til forlenging) kan gjere det vanskeleg med ei naudsynt og fleksibel styring av ressursane i helsetenesta i tråd med endringar i behovet hos innbyggjarane. Den nye rammeavtalen gir moglegheiter til endring og omdisponering som er i tråd med regionale planar. Det er viktig for RHFet å ha nødvendig påverknad på det faglege tilbudet hos avtalespesialistane, i tråd med endringar i behovet, også for allereie inngåtte driftsavtalar. Dette er i varetatt i den nye rammeavtalen. Rammeavtalen forpliktar både RHF og avtalespesialistane til det partane har blitt einige om, uavhengig av kva tid den individuelle avtalen blei inngått.

1.6. Storleik på avtaleheimlar

Fylkeskommunane praktiserte at tilsette i sjukehusa kunne ha ein deltidshemmel (20 %) i tillegg til sitt tilsettingsforhold på sjukehuset. Dette kunne gi ei uheldig samanblanding av roller, til dømes ved at spesialisten i sjukehuset tilviste pasientar til sin eigen deltidshemmel. Styret i Helse Vest behandla retningsliner og strategi for dette i allerie i 2003 i sak 44/03, der kombinasjon av tilsetting og avtaleheimmel skulle avviklast og som hovudregel ikkje skulle vere tilhøve ved nye utlysingar.

Det har elles berre ved spesielle høve blitt vurdert deltidsheimel, m.a. fordi det ikkje er befolkningsgrunnlag for fulltids heimel.

1.7. Prioritering og vurdering av pasientrettar

Pasientar som blir tilvist til avtalespesialistane får ikkje sine pasientrettar vurdert. Det inneber at pasienten ikkje har rett til å få vurdert tilstanden sin innan 10 dagar ved tilvising til avtalespesialist, men i samarbeidsavtaler og i våre planar er det ingen ting i rammeavtalen som hindrar at Helse Vest stillar krav til at pasientar skal få vurdert tilvisingar med same fristar som i helseføretaka. Pasienten har heller ikkje rett til frist for når helsehjelp skal bli ytt, men som for vurderingstid kan Helse Vest stille krav til ventetid sjølv om det ikkje er det same som rettighetene og frist i helseføretaka.

Det er også vist at avtalespesialistane dels utfører oppgåver som burde ligge til fastlegen og primærhelsetenesta, sjå tabell og omtale side 8.

I regi av Helsedirektoratet er det sett i gang eit arbeid med å få på plass ein pilot der avtalespesialistar skal gi pasientar rett til helsehjelp, og sette frist for denne hjelpa.

Truleg er feilprioritering eit avgrensa problem innanfor dei somatiske faga fordi dei fleste pasientane får behandling innan relativt kort tid. Det er likevel også her mogleg at pasientar utan rett får behandling og oppfølging.

2. Rammeavtalane

Avtalespesialistane er sjølvstendig næringsdrivande, som har ein avtale og får driftstilskot frå det aktuelle RHF. Avtalepraksis er regulert gjennom følgjande formelle rammer:

- rammeavtalene mellom dei regionale helseføretaka og Den Norske Legeforening (Dnlf) / Norsk Psykologforening (NPF).
- individuell driftsavtale mellom legespesialist/spesialist i klinisk psykologi og det einskilde regionale helseføretak.
- lov om folketrygd, § 5.4 for legar og § 5.7 for psykologar

Avtaleforholdet mellom avtalespesialisten og det einskilde regionale helseføretak er bygd opp slik at alle viktige individuelle rettar og plikter blir avtalt mellom dei regionale helseføretaka på den eine sida og legeforeninga/ psykologforeninga på den andre sida.

Ny rammeavtale mellom RHF-a og Den Norske Legeforening blei inngått med verknad frå 1. januar 2016. Avtalepraksis skal organiserast i tråd med regionale og nasjonale planar for spesialisthelsetenesta og i tråd med gjeldande lovgiving. Ved ivaretaking av sørge-for ansvaret inngår avtalespesialistane som ein integrert del. Avtalespesialistane skal innafor avtalen utføre oppgåver som blir definert som spesialisthelseteneste.

Det er og mogleg å stille forventning til tid frå mottak av tilvising til tildeling av time hos avtalespesialistane på same måte som vi har etablert rutinar for dette i føretaka. Hensikta med samarbeidsavtalar mellom avtalespesialist og sjukehus er å sikre mest mogleg likskap.

Den nye rammeavtalen føreset at det blir etablert aktive og kontinuerleg samarbeid mellom avtalespesialistane, RHF, helseføretaka og andre relevante institusjonar som bidrar til å oppfylle sørge-for ansvaret. Det er og eit mål å styrke samarbeidet med helse- og omsorgstenesta i kommunane. RHF-a skal ha samarbeidsutval der ein også gjer bruk av styringsdokument/oppdragsdokumenta overfor HF og andre relevante institusjonar som også forpliktar avtalespesialistane. Det inneber at RHF-et gjennom samarbeidsutvalet skal legge til rette for at spesialisthelsetenesta inkludert avtalespesialistane har felles mål og tiltak for å nå dei overordna måla. Rammeavtalen legg til grunn at det skal vere samarbeidsavtalar mellom avtalespesialistane, HF og andre institusjonar som til saman skal oppfylle RHF-et sitt sørge-for ansvar.

Samarbeidsavtalane kan gjelde hensiktsmessig arbeidsdeling (pasientflyt/strømmar), handtering av ventelister, fristbrot, fagleg samarbeid mellom HF-avdelingar og avtalespesialistar, utveksling av informasjon om kapasitet, utveksling av felles prosedyrar og kliniske rettleiarar, deltaking i kompetanseutvikling, rutinar for kontakt mellom avtalespesialisten og HF-a mv. Samarbeidsavtalane vil vere viktige for utviklinga av ein samla spesialisthelseteneste innafor dei ulike fagområda.

RHF-et skal lage regional plan for prioritering og aktivitet for avtalespesialistane. Det inneber at RHF-et har gode moglegheiter til å legge føringar for prioritering og aktivitet der ein kan legge premisser for fordeling av oppgåver mellom aktørane. Det blir etablert normtal for kva avtalespesialistane er forplikta til å ha av aktivitet. Desse normtala blir regulert mellom RHF-a og Den Norske Legeforening. RHF-a har ei viktig oppgåve med å følgje opp kvalitet og aktivitet overfor den einskilde avtalespesialist. Det er like viktig å løfte fram god drift som å sikre endring der drifta ikkje er i tråd med føresetnadene i rammeavtalen eller regionale planar, kvalitet og prioriteringar.

Rammeavtalen stiller klare forventningar og krav til rapportering frå avtalespesialistane der formålet er å ivareta behov for oversikt over behandlingsaktivitet i spesialisthelsetenesta, dokumentere at offentlege midlar blir nytta i tråd med mål, rammer og prioriteringar for helsetenesta. All rapportering har som føremål at RHF-et kan vurdere, kontrollere og planlegga mv den samla spesialisthelsetenesta.

RHF-et skal gi avtalespesialistane tilbakemeldingar av god kvalitet på deira data og skal utarbeide og gjere data tilgjengeleg både for den einskilde spesialitet og for offentlege poliklinikkar og privat verksemd. Det vil vere med å gje primærhelsetenesta god innsikt i kva oppgåver/behandlingstilbod som er tilgjengeleg hos avtalespesialistane.

Rammeavtalen har tydelege og forpliktande rettigheiter og pliktar for begge partar. Det er eit stort handlingsrom for å sikre god oppgåvedeling og aktivitet mellom avtalespesialistane og aktiviteten i helseføretaka. Det er RHF-et som må initiere og sikre prosessar der ein utløyser

alle moglegheiter for å nytte ein samla kapasitet for dei ulike fagområda. RHF-a skal sørge for god ressursutnytting gjennom hensiktsmessig samarbeid med, og bruk av avtalespesialistane.

RHF-a sine oppgåver er:

«RHF skal vidare blant annet:

- informere avtalespesialistene i regionen om planer og utviklingsbehov i regionen
- legge til rette for at avtalespesialisten er en integrert del av spesialisthelsetjenestetilbudet
- legge til rette for kompetanseutvikling
- legge til rette for installering og bruk av elektroniske systemer
- bidra til tjenesteinnovasjon i samarbeid med avtalespesialistene
- arbeide for etablering og utvikling av spesialistutdanning i avtalepraksis
- legge til rette for hensiktsmessig samarbeid mellom legen og HF og andre relevante institusjoner som bidrar til å oppfylle RHF sørge-for ansvar
- legge til rette for at innrapporterte opplysninger om ventetid gjøres tilgjengelig som grunnlag for henvisere og befolkningen
- etter behov foreta oppfølgingsmøter i avtalespesialistens praksis. Oppfølgingsmøtet skal varsles i rimelig tid.»

Rammeavtalen har lagt til rette for å for bruk av felles IKT løysingar dersom Helse Vest saman med samarbeidsutvalet grip fatt i dei moglegheitene som er tilgjengelege gjennom føretaksgruppa Helse Vest. Det kan bidra til saumlause IKT løysingar og ein god avlasting for den einskilde avtalespesialisten. I sum vil det og kunne gje pasientar og pårørande dei same tilboda til informasjon og digitale tenester som er utvikla og vil bli utvikla i Helse Vest.

3. Framtidig behov for avtalespesialistar

Med utgangspunkt i dei nye rammeavtalene vil Helse Vest gjere ei ny vurdering av bruken av avtalespesialistane og særleg vurdere på kva område og i kva omfang avtalepraksis kan bidra til å styrke tenestetilbodet samla sett. I kva grad kan avtalepraksis bidra ytterlegare til eit nært og lett tilgjengeleg tenestetilbod med effektiv ressursbruk, som ein integrert del av eit samla spesialisthelsetenestetilbod i regionen.

Det er viktig å finne ein god balanse mellom tenester som bør ytast i helseføretaka og kva som meir effektivt kan ytas i avtalepraksis, dette både ut frå type teneste og krav til kompetanse og volum.

Som ledd i dette arbeidet har Helse Vest bedt om ei første tilbakemelding frå helseføretaka, Norsk Psykologforening og dei tre fylkeslaga til Den Norske Legeforening på kva fagområde dei ser for seg at fleire avtaleheimlar kan vere eit godt alternativ for ulike pasientgrupper.

Vi har også bedt om forslag til geografisk plassering for kvar av avtaleheimlane som blir føreslått oppretta samt ei grunngjeving for korleis disse kan understøtte utviklinga av meir nære tenester i samarbeid med kommunane.

Kort oppsummert seier Norsk Psykologforening, og Den Norske Legeforening avd. Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane at dei ønskjer fleire avtalespesialister etablert, og viser i denne samanheng m.a. til dårleg kapasitet og fulle ventelister. Fleire av dei peiker og på at det bør opnast for delte stillingar, der ein i tillegg til ein avgrensa stilling som avtalespesialist og har fast tilsetting i det offentlege helsevesen. Det blir og understreka frå to av høyringsinstansane at avtalespesialistane bør i størst mogleg grad vere lokalisert med tilstrekkeleg befolkningsgrunnlag. Eit meir utfyllande samandrag av tilbakemeldingane er vist i vedlegg til denne saka.

Dei fire helseføretaka peiker alle på at det er viktig å få etablert ein samarbeidsmodell/samarbeidsavtale med helseføretaka, m.a. for å sikre god prioritering og gode pasientforløp. Alle helseføretaka ønskjer fleire avtallespesialister, men berre innafor enkelte fagområde. Dette varierer frå helseføretak til helseføretak. Det vert m.a. peika på konsekvensar for det lokale sjukehuset, dersom fleire av legespesialistane på sjukehuset skulle ønskje å starte som avtalespesialist. To av helseføretaka ønskjer og at det blir opna for delte stillingar. Eit meir utfyllande samandrag av tilbakemeldingane er vist i vedlegg til denne saka.

Vurderingar

I utgangspunkt er det vanskeleg for administrerande direktør på dette stadiet å vere tydeleg på om Helse Vest bør gå for ein vesentleg auke av nye avtalespesialister. Det er mange spørsmål som må utgreiast og svarast ut, og det vil truleg vere behov for å gjennomføre eit regionalt arbeid knytta til dette.

Arbeidet må og ta høgde for at det ikkje er like behov i alle helseføretaka, slik at det nok må gjerast ulike vurderingar knytta til dei ulike helseføretaka og opptaksområda.

Finansiering av avtalespesialistane blir tatt av ramma til helseføretaka etter gjeldande finansieringsmodell. Administrerande direktør er usikker på om alle høyringsinstansane er kjent med dette. Ein bør såleis ha ein grundig gjennomgang av konsekvensane ved å auke tal avtalespesialister og derigjennom redusere den økonomiske ramma til helseføretaka.

Integrasjon og samarbeid mellom avtalespesialistane og helseføretaka er i dag for dårleg. Det er behov for å sikre at avtalespesialistane arbeider vesentleg tettare med helseføretaka, for å sikre god og rett prioritering og gode pasientforløp. Avtalespesialistane bør framover i langt større grad bidra saman med helseføretaka for å løyse oppdraget gitt frå helse og omsorgsdepartementet.

Helse Vest har så langt vore tydeleg på at ein ønskjer å gå mot heile avtaleheimlar, og ikkje delte stillingar slik det historisk har vore og som to av helseføretaka ønskjer. Dersom ein skal vurdere dette på nytt, må ein greie ut konsekvensane med delte stillingar, og kva føringar/vilkår som skal evt. leggjast til grunn dersom ein skulle ønskje å endre dette.

Når det gjeld oppretting av nye avtalar, står det Helse Vest fritt til å stille dei vilkår ein måtte ønska. Det vil sjølvsagt vere naturleg at dei nye rammeavtalane blir hensyntatt i denne vurderinga.

Når det gjeld eksisterande avtalar med avtalespesialistane, er ein avhengig av å nytte dei nye rammeavtalane og handlingsrommet som desse avtalane gir.

I eit regionalt arbeid er det viktig m.a. å få avklart:

- Kva som skal vere innhaldet i ein samarbeidsavtale med helseføretaka, der ein m.a. må sjå på prioritering av pasientar, bruk av felles venteliste, ansvar for fristbrot, rapportering m.m.
- Felles vurderingseining mellom avtalespesialistane og DPSa/klinikkane, der ein m.a. må avklare vurdering av pasientane sine rettigheter
- Korleis skal ein sikre at pasientinformasjon er tilgjengeleg i heile pasientforløpet
- Korleis sikre eit samanhengande ikt system
- Korleis sikre fagleg utvikling og vedlikehald av kompetanse hos avtalespesialistane
- Korleis sikre at avtalespesialistane blir samlokalisert for m.a. å sikre fagleg fellesskap
- Avklare behov for nye avtalespesialister, og vurdere dei ulike behova som helseføretaka ha
- Geografisk plassering av avtalespesialistane

Det er naturleg at dette arbeidet startar opp tidleg i 2017, med sikte på leveranse før sommaren 2017.

VEDLEGG

Norsk Psykologforening

Norsk Psykologforening peiker i fråsegn til Helse Vest på at ventelistesituasjonen og manglande kapasitet tilseier eit stort behov for fleire avtaleheimlar innan klinisk psykologi. Pasientar og fastlegar klager over for dårleg kapasitet og fulle ventelister.

Psykologforeininga peiker på at geografisk spreiding av avtaleheimlane er til fordel for å støtte utvikling av helsetenestene i samarbeid med kommunane. Ved fordeling av nye avtaleheimlar bør det såleis også bli tatt omsyn til kapasitet og ventetider. I område med veldig skeiv kjønnsdeling blant behandlarane (til dømes Sogn og fjordane) meiner psykologforeininga at ein bør ha med eit kjønnspektiv inn i rekrutteringa.

Når det gjeld grunnlaget for rekruttering kan ikkje foreininga sjå at ein auke i talet på avtaleheimlar vil tappe spesialisthelsetenesta for psykologspesialistar. Dei viser til at delen spesialistar i Helse Vest dei siste åra i gjennomsnitt har vore noko over 50 %. Dei peiker også på at det innanfor fagområda rus og nevropsykologi har vore nokre vanskar med å rekruttere. Det bør såleis vurderast å opne opp for delte stillingar mellom avtalepraksis og helseføretak for å utnytte kapasiteten innanfor desse fagområda. For å bygge opp fagmiljø i mindre lokalsamfunn, og for å gjere privat avtalepraksis meir attraktivt føreslår psykologforeininga å lyse ut fleire avtaleheimlar samstundes i desse områda.

Sogn og Fjordane Legeforening

Dei meiner meir bruk av avtalespesialistar ikkje vil svekke rekrutteringa av legespesialistar til helseføretaket. Dei ber om at det blir oppretta betydeleg fleire avtaleheimlar i føretaksområdet. Heimlane bør lokaliserast til dei tettast befolka kommunane i kvart område, Sogndal, Eid og Florø. Sogn og Fjordane Legeforening ønskjer at nye avtaleheimlar skal lokaliserast ved allereie etablerte helsetilbod, som til dømes fastlegekontor, der det er mogleg. Dette med tanke på samhandling og erfaringsutveksling. Foreininga har forslag om etablering av sju konkrete avtaleheimlar i fylket.

Hordaland Legeforening

På generelt grunnlag ønskjer allmennlegane i Hordaland seg fleire avtaleheimlar, gjerne spreidd noko ut over fylket. Det blir oppgitt at dei framleis saknar nevrolog, kirurg, pediater og psykiatrar.

Rogaland legeforening

Rogaland Legeforening har føreslått etablering av ei rekkje nye avtaleheimlar. I vurderinga er det tatt utgangspunkt der ventetida blir opplevd som lang, fagområde der

kapasiteten blir opplevd som låg og innanfor område der tilbodet på sjukehuset blir opplevd som avgrensa. Foreininga meiner at ein også bør sjå på kva område private leverandørar tilbyr sine tenester. Det gir ein indikasjon på kor det er etterspurnad etter helsetenester.

Men tanke på pasientnære tenester peiker Rogaland Legeforening på at det ville vore av stor verdi å få eit betre revmatologisk tilbod i Stavangerområdet. Det er ei stor pasientgruppe som må bruke ein heil dag på å reise til Haugesund for utgreiing og oppfølging

Helse Førde HF

Føretaket held fram at det er særst viktig at det er eit godt samarbeid mellom helseføretak og avtalespesialistar slik at ein samla sett får nytta helsetenestene på ein god måte for alle partar. Dette gjeld ikkje minst for eksisterande avtalespesialistar. Det viktigaste er å få samordna pasientløpa mellom avtalespesialistane og Helse Førde gjennom samarbeidsavtalar. Helse Førde peiker på faren for at dei taper i forhold til rekruttering av spesialistar og til å skape robuste fagmiljø. Dei viser til at meir samansette lidingar og behandlingar som krev meir tverrfagleg tilnærming også vil tale for å samle mest mogleg av tilbodet ved poliklinikkar i sjukehusa framfor å opprette private tilbod.

Føretaket peiker på fagområda auge, hud, ØNH og gynekologi der det kan vere aktuelt å opprette heimel for avtalespesialist. Ei konkretisering av dette vil først vere klart i løpet av våren 2017. For andre område meiner føretaket at helsetilbodet er dekka, ventetidene er korte og ein har ei venteliste som er handterbar.

Helse Bergen HF

Føretaket meiner samarbeidsavtale mellom avtalespesialist og helseføretak er viktig og gir rom for å nytta samla kapasitet på ein best mogleg måte. Ein samarbeidsavtale vil også bidra til fornuftig oppgåvefordeling mellom avtalespesialist og helseføretak. Helse Bergen viser også til at det er viktig at avtalespesialistane følgjer prioriteringsretteljarane. Føretaket peiker på at det innan einskilde spesialitetar kan vere hensiktsmessig å vurdere etablering av felles «tilvisingspostkasse».

Helse Bergen viser mellom anna til modellen som er utvikla innan psykisk helsevern der nye avtalespesialistar har blitt knytt opp til DPS. Erfaringane med denne ordninga er i all hovudsak god. Føretaket ser også fram til utprøving av LiS (lege i spesialisering) i avtalepraksis og evaluering av pilotane med ny LiS-ordning.

I utgangspunktet er det ikkje behov for auke av avtalespesialistar innan psykisk helsevern, meiner helseføretaket. Helse Bergen foreslår ein modell der alle DPS får eit knippe med avtalespesialistar, med ulik kompetanse, der DPSa og avtalespesialistane i

fellesskap utviklar eit samla tilbod. I høve til pasientstraumane bør hovudregelen vere at tilvisingane blir sendt til DPSa som gjennomfører rettigheits-vurderinga. Avtalespesialistane og DPSa fordeler deretter pasientane i fellesskap. meiner Helse Bergen.

Helse Bergen er opptatt av at tilbodet som avtalespesialistane utgjør blir sett i samanheng med tilbodet i helseføretaket. Dette for ei fornuftig arbeids- og oppgåvedeling, for å sikre at funksjonar knytt til utdanning har tilstrekkeleg volum i helseføretaket og for å oppretthalde tilstrekkeleg kompetanse i sjukehusa.

Innan dei somatiske disiplinane blir auge- og hjartesyjukdomar nemnt kor føretaket vurderer behov for auke i talet på avtalespesialistar.

Helse Fonna HF

Føretaket forslår at det blir inngått samarbeidsavtale mellom helseføretak og avtalespesialist før den individuelle driftsavtala er endeleg inngått. Dette for å lette arbeidet med å bli samde om pasientgrupper som kan handterast på ein god måte hos avtalespesialistane.¹

Helse Fonna ser det som ein fordel med delte stillingar, til dømes 50 % som avtalespesialist og 50 % stilling i føretaket, spesielt innan psykisk helsevern. Føretaket hevdar at dette kan verke positivt på rekrutteringa. Innan psykisk helsevern opplever føretaket at det spesielt er mangel på legespesialistar.

Helse Stavanger HF

Helseføretaket peiker på forpliktande samarbeidsavtale mellom avtalespesialist og føretak som eit viktig tiltak generelt. Føretaket meiner det er ønskeleg innanfor nokre fag å kunne ha ei kombinasjonsløyse der ein kan kombinere deltidsstilling i føretaket med ein deltid avtaleheimel for privat praksis. For sjukehusavdelingar vil det sikre tryggare og meir effektive pasientløp gjennom god samhandling og lik kompetanse hos spesialisten internt som hos avtalespesialistane. Dette vil også hindre at godt kvalifiserte legar vel å forlate føretaket til fordel for avtalepraksis. Det blir uttrykt ønskje om å plassere nye avtaleheimlar sentralt i Stavanger og Sandnes området for å sikre godt samarbeid med helseføretaket, bortsett ifrå einskilde spesialitetar som bør lokaliserast andre stader. Helse Stavanger har utarbeidd ei liste over 20 avtaleheimlar, i prioritert rekkefølje, som dei føreslår oppretta dei neste åra. Om lag halvparten av dei er ønska kombinert med stilling i helseføretaket.