

**Arbeidsgruppe
tilgjengelighet hos avtalespesialister
psykisk helsevern
Helse Sør Øst**

01.11.08

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING – MANDAT FOR ARBEIDSGRUPPEN AVTALESPELIALISTER PSYKISK HELSEVERN 2008.....	3
1.1 BAKGRUNN OG MÅL OG ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING	3
1.2 GRUNNLAGSDOKUMENTER OG MANDAT FOR ARBEIDET	3
1.3 HVORDAN ER OPPDRAGET LØST	4
2. DAGENS RESSURSSITUASJON	5
2.1 KARTLEGGING AV AVTALESPELIALISTER HENTET FRA ”ARBEIDSGRUPPE PSYKISK HELSEVERN HOVEDSTADSPROSESSEN”	5
2.2 ANTALL FASTLEGER I EGEN HELSEREGION	6
2.3 DATA FRA DPS KARTLEGGING I REGI AV HELSEDIREKTORATET – ÅRSVERK FOR LEGER OG PSYKOLOGER I DPS STRUKTUR	7
3 BESKRIVELSE AV UTFORDRINGER	8
3.1 PASIENTENS STÅSTED	8
3.2 SAMHANDLING MELLOM FASTLEGER OG AVTALESPELIALISTER.....	9
3.2.1 Nødvendige forutsetninger for god samhandling og pasientbehandling	9
3.2.2 Regulatoriske forhold.....	9
3.2.3 Fastlegenes opplevelse av samarbeidet med avtalespesialister - psykiatere og psykologspesialister.....	10
3.3 UTFORDRINGER VED INNTAK HOS AVTALESPELIALIST – SETT FRA EN AVTALESPELIALISTS STÅSTED	11
3.4 NÅSITUASJONEN SETT FRA ET DPS STÅSTED	12
3.5 BESKRIVELSE AV DAGENS PRAKSIS FOR INNTAK HOS AVTALESPELIALISTER OG OPPSUMMERENDE KOMMENTARER	13
4. BESKRIVELSE AV ULIKE MULIGE MODELLER	14
4.1 HVILKE MODELLER INNEHOLDER MANDATET	14
4.1.1 Innledende refleksjoner	14
4.2. NÅVÆRENDE ORDNING	15
4.3 AVTALESPELIALISTER I CLUSTER MED FASTLEGENE	15
4.4 AVTALESPELIALISTER INTEGRERT I LOKALT DPS	16
4.5 BRUK AV KOORDINERENDE INSTANS	16
4.6 HYBRIDMODELLEN.....	18
5. ANALYSE OG ANBEFALINGER	18
5.1 INNLEDNING	18
5.2 CLUSTER OG HYBRID MODELL – VURDERINGER SKJEMATISK FREMSTILT.....	19
5.3 HYBRIDMODELL SOM ANBEFALT LØSNING. AVTALESPELIALISTER I CLUSTER MED FASTLEGER OG DPS	20
5.4 BEREGNET EFFEKTIVISERINGSGEVINST OG ØKT TID TIL DIREKTE PASIENTBEHANDLING ...	21
5.5 KRAV TIL SAMHANDLING OG UTFORDRINGER VED MODELLEN	21
6 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON VED VALGTE MODELL.....	23
REFERANSELISTE	25
VEDLEGG:	26

1. INNLEDNING – MANDAT FOR ARBEIDSGRUPPEN AVTALESPELIALISTER PSYKISK HELSEVERN 2008

1.1 Bakgrunn og mål og arbeidsgruppens sammensetning

Tilgjengelige tjenester med tilstrekkelig nærhet til befolkningen er viktig for å skape trygghet og tillit. Likeverdige tjenester og rettferdig fordeling av ressursene er et mål for Helse Sør Øst.

Økt tilgjengelighet til avtalespesialister innen psykisk helsevern er et mål og man har arbeidet med ulike virkemidler for å bedre tilgjengeligheten til psykologspesialister og psykiatere i egen helseregion bl a gjennom ulike planarbeid. Tematikken har i år vært adressert i to dialogmøter med avtalespesialistene og i flere møter i samarbeidsutvalgene mellom Helse Sør Øst RHF og henholdsvis NPF og Dnlf/PSL.

Fire modeller har blitt presentert i vinterens dialogmøter:

1. Avtalespesialistene sørger selv for bedret pasient- tilgjengelighet i egen praksis, eventuelt gjennom praksis -samarbeid med andre avtalespesialister.
2. Avtalespesialister i cluster med fastleger
3. Avtalespesialister integreres til et lokal DPS som kan bistå i formidling av pasienthenvelnelser og henvisninger til spesialistene.
4. Avtalespesialistene mottar pasienter gjennom en koordinerende instans som til enhver tid har oversikt over ledig kapasitet hos de ulike spesialistene.

På disse møtene var det oppslutning om å gå videre på dette arbeidet.

Arbeidsgruppe

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe bestående av:

- Marit Sæbbø, psykiater PSL
- Rune Johansen, psykiater PSL
- Arne Trældal, psykologspesialist Norsk Psykolog Forening
- Eilert Ringdal, forhandlingsleder Norsk Psykolog Forening
- Jan Emil Kristoffersen, leder Allmennelege Foreningen(Svein Aarseth har deltatt på de to siste møtene)
- Per Arne Holman, avdelingssjef Lovisenberg DPS
- Anne Selstad, seksjonsleder Helse Sør- Øst RHF
- Anne Aasen, spesialrådgiver Helse Sør- Øst RHF

Anne Aasen har ledet arbeidet og skrevet rapporten.

1.2 Grunnlagsdokumenter og mandat for arbeidet

Basis for arbeidet er omtalt i "Avtalepraksis i Helse Øst - Handlingsplan for organisering og lokalisering 2006- 2010", St prop.nr 1 2008 og Oppdragsdokumentet 2008 Helse Sør Øst RHF, samt Hovedstadsprosessen og "Rapport for arbeidsgruppe psykisk helsevern". Oppdragsdokumentet for 2008 sier bl.a følgende: Helse Sør Øst RHF skal sørge for at det er rutiner / systemer som innebærer at henvisninger til spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern blir koordinert slik at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp.

Videre sies det i punkt 3.5.3 i Oppdragsdokumentet at det er en overordnet målsetting at spesialister med driftsavtale med regionale helseforetak, skal bidra til å oppfylle "sørge for

ansvaret". Det må derfor legges til rette for bedre å integrere avtalespesialistene med sikte på å oppnå en god oppgavefordeling mellom avtalespesialister og øvrige spesialisthelsetjeneste.

I tråd med dette har Helse Sør- Øst RHF i sine driftsavtaler med Helseforetakene for 2008 tatt inn følgende punkt:

- "Helseforetaket skal legge til rette for best mulig samarbeid med avtalespesialistene i sitt opptaksområde, slik at regionenes samlede "sørge for ansvar" ivaretas på en god og hensiktsmessig måte, jfr rammeavtalen og egne handlingsplaner for avtalespesialistene".

Følgende skal beskrives:

Arbeidsgruppen skal beskrive praktiske løsningsmodeller for koordinering av henvisninger innen psykisk helsevern i Helse Sør- Øst, med særlig vekt på avtalespesialister. Modellene skal ivareta at pasienter skal slippe å henvende seg til flere avtalespesialister eller tjenesteytere for å få hjelp.

Modellene skal omhandle:

- Sikring av tilgjengelighet.
 - Forsvarlig ventetid.
 - Sikring av behandlingstilgang.
 - Bedring av samarbeid mellom avtalespesialistene og førstelinje.
 - Bedring av samarbeid mellom avtalespesialistene og øvrige instanser innen psykisk helsevern.
-
- Arbeidsgruppen skal beskrive rutiner og systemer for de foreslåtte løsningsmodeller og komme med konkrete anbefalinger for hvilke modell man mener best kan skape sømløse tjenester, gode behandlingsforløp og effektiv ressursutnyttelse som sikrer at pasientene får riktig og rask hjelp i henhold til prioriteringsforskriften.

Mandatet skal besvares innen 15.10.08

1.3 Hvordan er oppdraget løst

Arbeidsgruppen har hatt 6 møter og har valgt å søke å belyse mandatet ut i fra ulike ståsted slik det kan oppleves i dagens situasjon. Rapporten starter derfor med konkrete beskrivelser sett fra både fastlege, avtalespesialist og DPS strukturen og de ulike instansers opplevelser og deres beskrivelse av statussituasjonen. Pasientperspektivet er beskrevet og man har hatt dialogmøte med leder og representanter for Brukerutvalget i Helse Sør- Øst RHF, bl a representant fra Mental Helse og RIO. Rapportutkastet er blitt gjennomgått og drøftet og brukerutvalget har vært invitert til å komme med skriftelige innspill, men man har ikke funnet det nødvendig da man støtter hovedtrekkene i anbefalingene. Ferdig rapport skal i etterkant av arbeidet presenteres for Brukerutvalget.

Arbeidsgruppen konkluderer avslutningsvis med en anbefalt modell som løsning på oppdraget som er gitt i mandatet.

Utvalget vil presisere at oppdraget handler om å bedre rutiner for tilgjengelighet. Dette skal skje innen rammen av de samme behandlingsressurser som man har tilrådighet. Det er å håpe at forslagene til endring til en viss grad også vil virke inn på å bedre kapasiteten, selv om dette ikke ligger innenfor utvalgets mandat.

2. Dagens ressursituasjon

2.1 Kartlegging av avtalespesialister hentet fra "Arbeidsgruppe psykisk helsevern Hovedstadsprosessen"

"Total behandlingsskapasitet avtalespesialister i regionen og hovedstadsområdet Antall avtalespesialister Oslo / Akershus og beregnet kapasitet

En studie gjennomført i Oslo i 2007 i regi av Samarbeidsutvalget for psykologer/Norsk Psykologforening og Helse Øst RHF, viser at hver behandler i gjennomsnitt ferdigbehandler 20 – 22 pasienter hvert år.

Det skal være gjennomført en noenlunde tilsvarende undersøkelse blant psykiaterne som viser omtrent nøyaktig de samme tall. Disse undersøkelsene er derfor lagt til grunn for beregningene som er gjort. Videre er oversikt over antall årsverk for avtalespesialister hentet fra Helse Sør Øst RHF og enhet for Kjøp av helsetjenester som har ansvaret for avtalespesialistene.

Samlet sett viser oversikten:

	Psykologspesialister			Psykiatere			SUM		
	årsverk	konsult	beh pas	årsverk	konsult	beh pas	årsverk	konsult	beh pas
Akershus	51,8	57 000	1 090	17,0	18 700	357	68,8	75500	1 444
Oslo	124,6	137 000	2 600	68,7	75 600	1 443	193,3	212 600	4 059
Samlet	176,4	194 000	3 690	85,7	94 300	1 800	262,1	287 300	5 503
Regionen ellers	100,23	110 200	2 100	45,0	49 500	945	1 45,2	159 800	3 045
SUM regionen	276,6	304 200	5 790	130,7	143 800	2 745	407,3	448 000	8 548

- Tallene i tabellen er beregnet ut i fra studien som er nevnt i innledningen
- Antall beh pasienter skal forstås som ferdigbehandlede pas pr år

Anbefaling:

Det anbefales at det etableres en overordnet strategi for fordeling av avtalehjemler og for å etablere et tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å øke tilgjengeligheten av avtalespesialistene i henhold til plandokumenter og føringene i Oppdragsdokumentet 2008 for Helse Sør Øst RHF."(Hovedstadsprosessen Psykisk helsevern, 28.03.08, s 22)

Overstående er kopiert og hentet fra "Rapport Arbeidsgruppe psykisk helsevern Hovedstadsprosessen". Tallgrunnlaget viser bare de som er tatt i mot og behandlet, man har ikke noe tallmateriale som viser hvor mange som er henvist og som ikke blir tatt i mot. Denne oversikten vil man muligens kunne få gjennom de forslag som foreligger, og de kan brukes til å justere og evaluere de endrede rutiner etter hvert.

2.2 Antall fastleger i egen helseregion

	Innbyggere	Fastleger	Antall fastleger/ pr avtalespesialist - hjemmel
Østfold	265458	225	8,3
Akershus	518567	405	6,0
Hedmark	189289	175	8,6
Oppland	183637	179	11,7
Buskerud	251220	211	8,4
Vestfold	226433	172	7,3
Telemark	166731	150	8,4
Austagder	106130	101	13,7
Vestagder	166944	157	17,8
Oslo	560584	454	2,3
Totalt	2634993	2229	5,5

Folkmengde per 1. januar 2008
Fastlegehjemler NAV per 250908

Dette er nyttige data som gir et overblikk over ressursfordeling i forhold til befolkning, antall fastleger og avtalespesialister i de ulike fylker. Tallene kan anvendes som grunninformasjon når man skal anvende arbeidsgruppens forslag til løsning i forhold til økt tilgjengelighet.

Videre viser oversikten betydningen av å behandle de store forskjellene som er i helseregionen, på en realistisk og løsningsorientert måte.

Det gjøres imidlertid oppmerksom på at det rapporteres om at dagens pasienter i avtalepraksis, beveger seg i betydelig grad på tvers av fylkesgrensene.

2.3 Data fra DPS kartlegging i regi av helsedirektoratet – årsverk for leger og psykologer i DPS struktur

I 2007 initierte daværende Sosial og helse direktoratet en kartlegging av ressursene i alle Distriktpsikiatriske senter i Norge. Det samlede resultat foreligger ikke publisert i skrivende stund, men Helsedirektoratet har frigitt tall fra Helse Sør Øst. Data fra denne DPS kartleggingen viser følgende tall for vår helseregion:

DPS	Årverk				
	Psykiatere	Leger i utdanning	Andre leger	Psykologspesialister	Andre psykologer
Alna DPS	8,25	5	0	10,85	6
Follo DPS	6	3	0	14,5	6
AHUS, Divisjon Psykisk helsevern DPS	20,5	9		13	53
Kongsberg DPS	6	3	5	5	10
Notodden/Seljord DPS	6	2	1	1	7
DPS Vinderen	18,5	5	0	7	7
Lovisenberg DPS	2	2	0	7	5
Tøyen DPS	8	5	0	22	11
Nordre Vestfold Distriktpsikiatriske Senter (NVDPS)	7	2	1,8	10,25	12,4
Søndre Vestfold Distrikts Psykiatriske Senter (SVDPS)	7			4,6	13,25
Ringerike	6	2	2	4	6
Drammen psykiatriske senter	10,5	4		7,5	11,5
DPS Gjøvik	13	7		15,5	10,5
DPS Hamar	9	0,8		10	4,2
DPS Kongsvinger	1	4	2	6	7
DPS Lillehammer	8	4		7	6
DPS Tynset	3	1	0	0	4,2
DPS Porsgrunn	4			4	4
DPS Skien	6,6			5,85	9,6
DPS Vestmar	2	0	0	3	2
dps edwin ruud	2	2	1	2	6,1
dps fredrikstad	2,1	2,5		3,8	3
dps halden/sarpsborg	6	1,6		5	5
dps moss	5	3,5		4	3,8
DPS Aust- Agder	8	1	0,05	5	8,8
DPS Lister	2,7	1		1,5	2
DPS Lovisenlund/ Mandal	7,5	3	0,36	7	8
DPS Solvang	3,5	4		4	2,5
Josefinesgate DPS	7	4	0	7	5,7
Søndre Oslo DPS	13	5		9	9
Psykiatrisk Senter Asker	7,5	4,5	0	6,8	4,6
Psykiatrisk senter Bærum	9	4	0	10	5
Sum årsverk	138	82	11	142	162

3 BESKRIVELSE AV UTFORDRINGER

3.1 Pasientens ståsted

En studie gjennomført i Oslo i 2007 i regi av Samarbeidsutvalget for psykologer/Norsk Psykologforening og Helse Øst RHF gav nyttig informasjon som også kan analyseres i et pasientperspektiv. Der kom det frem at **hver behandlingssøkende sender i snitt 12 henvendelser om behandling** enten i form av telefoner, mer eller mindre lange personlige brev og via henvisninger. Dette er en lite ønskelig situasjon for pasientene. Fra et behandlerståsted er det helt klart at mye unødig tid går med til å besvare disse henvendelsene og det er lett å konkludere med at samlet sett er dette en situasjon som ikke fortsette.

Utgangspunktet for denne gruppens arbeid er i vesentlig grad basert på et pasientperspektiv i forhold til følgende områder:

- 1) En behandlingssøkende *skal slippe å måtte* henvende seg mer enn ett sted for å komme i behandling.
At pasienten skal slippe å måtte henvende seg til flere må ikke bety at pasienten ikke skal kunne ta sikte på behandling hos en spesiell terapeut. At pasienten velger terapeut kan være meget gunstig i forhold til å bygge den terapeutiske alliansen, en helt vesentlig faktor i det terapeutiske arbeidet. Skal valgmuligheten opprettholdes kan dette selvsagt kunne få betydning for ventetiden.
- 2) Et annet vesentlig moment for pasienten kan stilles i spørsmåls form. Hvordan kan man oppnå en behandling som er mest mulig helbredende eller lindrende i forhold til de problemer pasienten har? Valg av terapimetode, valg av behandler, problem/ diagnosebasert henvisning, alvorlighetsnivå og diskresjonshensyn (i videste forstand) vil bidra til å bestemme hvordan den behandlingssøkende sluses inn i behandlingsapparatet.
Alle de forhold som nevnes vil kunne innvirke på ventetiden før behandlingsoppstart. I praksis vil dette si at man trolig vil operere med flere køer. Prioritering mellom køene kan bli en utfordring, først og fremst med tanke på at valg av terapimetode og behandlervalg kan bli vanskelig.
- 3) Et tredje vesentlige siktemål for pasienten vil være å få et anslag på forventet ventetid.
Ventetid vil være mulig å anslå ut fra tidligere undersøkelser av behandlingsskapasitet, og en oversikt over pasientpågang. Omtrentlig anslag av ventetid vil kreve en sentral instans som håndterer det totale innmeldte antall henvendelser, *uansett hvilken modell for inntak av pasienter som benyttes. Alle henvendelser til behandling hos avtalespesialist må rapporteres inn på en samordnet venteliste*, uansett om henvendelsen kommer fra fastlege/ behandlingscluster, DPS, sykehus, fra barnevernet, eller en annen instans som måtte få henvisningsrett.

Arbeidet denne gruppen skal gjøre innebærer å lette tilgjengeligheten til avtalespesialistene og sikre etterlevelse av spesialisthelsetjenestelovkrav bl a i forhold til prioritering av behandlingsbehov. Mandatet for arbeidet inneholder flere mulige modeller og løsninger der pasientperspektivet er en forutsetning og hvordan man kan ivareta pasientinteressene på den mest smidige måten er et mål.

3.2 Samhandling mellom fastleger og avtalespesialister

3.2.1 Nødvendige forutsetninger for god samhandling og pasientbehandling

Nødvendige forutsetninger for god samhandling og god pasientbehandling innenfor somatikk så vel som psykiske lidelser kan sies å være:

1. *At unødige henvisninger ikke skrives*
2. *At ingen pasient selv må ringe rundt basert på en utdelt liste eller i verste fall Gule Sider.*
3. *At pasientene får informasjon om henvisningsordningen som er lettfattelig, og at de får den samme informasjon om ordningen hos både fastlege og spesialist.*
4. *At henvisninger og epikriser sendes rett-tidig og har riktig kvalitet*
5. *At henviser og spesialist er tilgjengelige for hverandre i nødvendig grad pr brev, telefon og e-post og at det finnes oppdaterte og lett tilgjengelige oversikter over aktørenes kontaktadresser og deres behandlingstilbud.*

3.2.2 Regulatoriske forhold

Fastlegens behov for å motta rett-tidige epikriser for å kunne fylle sin koordinatorrolle som er ivaretatt i fastlegeforskriften:

§ 8. *Ansvar for personer som er tilknyttet en fastleges liste når de oppholder seg i institusjon: Blir person som står på fastleges liste inntatt i helseinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, overføres ansvaret etter § 7 til institusjonen. Vedkommende blir likevel stående på fastlegens liste, og fastlegen har ansvaret for tilrettelegging av allmennlegetilbudet til denne ved utskrivning. Ved behov for slik tilrettelegging plikter institusjonen å orientere fastlegen på forhånd. Institusjonen skal gi fastlegen epikrise ved utskrivning etter reglene i legeloven § 45.*

Selv om §8 ikke direkte regulerer forholdet mellom fastleger og polikliniske tilbud ligger det her veldig sterke føringer, spesielt når det gjelder personer med psykiske helseplager og behov for langvarige og/eller helhetlige tiltak i kommunen. Dette er tydeliggjort i merknadene til § 8 hvor det bl.a. står:

Ved utskrivning vil ansvaret overtas av fastlegen igjen. Ved behov for tilrettelegging av allmennlegetilbudet ved utskrivning må institusjonen kontakte fastlegen før utskrivningen. Med mindre personen motsetter seg det skal epikrise og opplysninger som er nødvendig for å kunne gi forsvarlig legehjelp og oppfølging, gis fastlegen ved utskrivning, jf. ny helsepersonellov § 45. Eventuelt skal opplysninger gis den tid i forveien som er nødvendig for at fastlegen kan tilrettelegge for videre oppfølging. Det vises i den sammenhengen til ny § 6-2 a i kommunehelsetjenesteloven som pålegger kommunehelsetjenesten å utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud.

Prinsippet om presumert samtykke gjenfinnes i journalforskriften og er hjemlet i lov om helsepersonell – unntaksbestemmelsene fra taushetsplikten når helsepersonell samarbeider.

Det finnes ikke særlig regulering for det psykiatriske helsefeltet eller ambulant virksomhet, slik at presumert samtykke er tilstrekkelig til at plikten til å avgi rett-tidig epikrise til fastlegen utløses.

De økonomiske forhold knyttet til henvisningsordningen er regulert i forskrift om refusjon av legehjelp hvor henvisningsordningen er regulert:

Ved konsultasjon med pasient som ikke har henvisning fra lege, kan spesialisten ikke innkreve takster ut over 3a og 3c. En henvisning gjelder til behandlingen for den aktuelle sykdomstilstanden er avsluttet. Henvisningen skal følge første regningskort for behandlingen.

Kravene til henvisning gjelder ikke for pasienter som hadde et fast etablert pasientforhold til spesialist i gynekologi før 1.6.2001.

Psykologforskriften sier at: "Stønad ytes for inntil tre undersøkelser eller samtaler uten foregående henvisning".

Videre heter det i rammeavtale mellom de regionale helseforetak og den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister §6.1:

Pasienter henvist til utredning og til behandling fra sin fastlege, skal etter at behovet for utredning og behandling hos spesialist ikke lenger foreligger, tilbakehenvises til fastlegen

3.2.3 Fastlegenes opplevelse av samarbeidet med avtalespesialister - psykiatere og psykologspesialister

For fastlegene er det spesielt viktig å ha gode relasjoner til behandlere innenfor psykisk helsevern fordi psykisk helse er et fagfelt hvor fastlegene i økende grad involveres og hvor fastlegenes behandling av psykiske helseplager må foregå i et tett samarbeide med en robust og tilgjengelig spesialisthelsetjeneste.

Fastlegene opplever forskjellige kvaliteter hos avtalespesialistene og ved DPSene. Avtalespesialistene har den styrke at man henviser til en enkelt person eller en mindre spesialistgruppe og at man da kan føle seg trygg på at pasienten kommer til en behandler som har kompetanse på diagnostikk og behandling.

Dette er viktig fordi man normalt ikke henviser pasienter til 2.linjetjenesten før man selv over litt tid har forsøkt å hjelpe pasienten i form av samtaler og /eller medikamentell behandling, med mindre det foreligger akuttpsykiatriske tilstander som krever umiddelbar henvisning.

Diagnostisk avklaring og kvalifisert forslag til eller iverksettelse av behandling er derfor en veldig klar bestilling fra fastlegene, som fordrer psykiater eller klinisk psykologspesialist kompetanse.

I dagens situasjon er det en betydelig utfordring at [avtalespesialistene](#) (link) er så lite synlige. Fastlegene har ikke god nok kjennskap om mulighetene for tilgang til en samlet oppdatert oversikt over avtalespesialister i regionen og det beskrives at man heller ikke har annet enn tilfeldig kunnskap om hvilke spesialister som behersker hvilke særskilte behandlingsformer der hvor det er aktuelt å henvise til mer spesifikke typer terapi. Helse Sør Øst RHF har imidlertid på sine nettsider en oppdatert oversikt der leger og psykologer står oppført fylkesvis på adressen: <http://www.helse-sorost.no/avtalespesialister> (se vedlegg) Grunnleggende elementer som nevnt i forrige kapitels nummerpunktliste er i for stor grad fraværende.

Både for fastleger og pasienter er det så vidt vanskelig å komme igjennom på telefon til mange avtalespesialister i de aktuelle kategorier at dette ikke er hensiktsmessig kontaktfom. Det oppleves at brev ikke besvares, og sikker e-post kommunikasjon er foreløpig ikke et reelt alternativ. Det er lite tilfredsstillende å henvise pasienter til selv å ringe rundt basert på en kopiert - og kanskje ikke ajourført liste over avtalespesialister i regionen, alternativt å måtte

henviser til Gule Sider. Imidlertid er dette ikke sjelden situasjonen både når fastleger henviser og når DPS ene forsøker å formidle kontakt til avtalespesialister.

Avtalespesialister er en viktig ressurs og som for spesialister innen somatiske disipliner er det slik at der hvor man får en nærere og mer personlig relasjon mellom allmennlege og spesialist blir også samhandlingen og samlet behandlingskvalitet mye bedre og både helsearbeidere og pasienter opplever høyere grad av tilfredshet. I dagens situasjon er det riktig å si at det er et betydelig utnyttet potensial for tjenesteutvikling og det er trolig slik at relativt enkle koordinerende grep knyttet til en bedre tilgjengelighet hos avtalespesialister, vil kunne gi effekt på helsetjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern. Trolig vil avtalespesialistene også oppleve betydelige gevinster i form av bedre faglig samspill med henvisere og færre avviste søknader og redusert "uproduktivt" arbeid i relasjon til dette

Det er viktig å være klar over at forholdene innen psykisk helsevern i Helse Sør- Øst varierer betydelig. Det er spesielt i hovedstadsområdet at det er mange avtalespesialister, men hvor også kontaktflaten mellom avtalespesialistene og fastlegene er svakest utviklet. Det er trolig i hovedstadsområdet at man raskest bør utvikle gode modeller og få best nytte, uten at disse modellene nødvendigvis er relevante for mindre tett befolkete områder av helseregionen hvor mer av kommunikasjon mellom 1. og 2.linje skjer mot DPS ene og hvor det er kommunikasjon og behandlertilgjengelighet på DPS ene som må være fokus.

3.3 Utfordringer ved inntak hos avtalespesialist – sett fra en avtalespesialists ståsted

Grunnlag

Avtalespesialistene som gruppe har ikke noen oversikt over hvor mange som søker deres hjelp. Den enkelte avtalespesialist må derfor vurdere henvendelser til sin praksis ut i fra egen kompetanse i forhold til den problemstilling som foreligger og egen kapasitet. Det blir derfor viktig å etablere en samarbeidsform med henvisende instans slik at flest mulig som trenger det kan tas i mot i avtalepraksis. I dag skjer oftest henvendelser fra pasienten selv, mens det i praksis er tre henvisningsformer; henvisning fra fastlege/DPS, brev eller telefon fra pasient.

Det blir viktig å etablere mottaks- og samarbeidsrutiner som ivaretar kommunikasjon og oversikt over henvisninger:

- Tilgjengelighet med telefon- og brevrutiner må være etablert.
- Henvisningspraksis må følge etablerte rutiner.
- Tilbakemelding ved evaluering og avslutning må være etablert.
- Henviser må vite hva som er nødvendig informasjon for å kunne vurdere inntak.

Tilgjengelighet med telefon- og brevrutiner må være etablert.

Avtalespesialisten må ha fast telefontid og følge etablerte svarrutiner for henvendelse. Det er viktig at avtalespesialisten er tilgjengelig og at det også framgår av telefonsvarer ved lengre fravær eller ferier.

Henvisningspraksis må følge etablerte rutiner:

Det er mulighet for flere modeller, men det sentrale er at henviser må kunne vite at henvisning blir vurdert og at den enkelte pasient ikke overlates til å få kontakt med avtalespesialist. Dagens situasjon der den enkelte pasient er overlatt til seg selv med en telefonliste eller "Gule sider" er uverdigg og en stor belastning for den som allerede har ting å

streve med. Samtidig er det alltid et samspill mellom henviser og avtalespesialist som vil kunne lettes hvis henviser og avtalespesialist har kjennskap til hverandre.

Tilbakemelding ved evaluering og avslutning må være etablert.

Pasienter tas oftest inn for vurdering med påfølgende rask tilbakemelding til fastlege for videre oppfølging, eller for en vurdering for videre behandlingsopplegg hos avtalespesialisten. Rutiner for tilbakemelding til henviser ved både vurdering og start av forskjellige behandlingsformer vil gi henviser oversikt over arbeidet og danne grunnlag for samarbeid. Ved avslutning bør det alltid gå en melding om dette til henviser. Det er ønskelig at epikrise sendes, dette krever samtykke fra pasienten og er regulert i lovverk og forskrifter som lar dette være pasientens avgjørelse.

Henviser må vite hva som er nødvendig informasjon for å kunne vurdere inntak.

Avtalepraksis i psykiatri har noen krav til (sam)arbeidet mellom pasient og behandler som setter rammer for arbeidet, noe som er viktig for henviser å vite. Arbeidet foregår i en eller annen variant av møte mellom pasient og behandler, og det er en forutsetning at pasienten kan stille på avtalespesialistens kontor. Videre skjer arbeidet i et samspill mellom behandlingsopplegg som settes i gang på avtalespesialistens kontor og i oppfølgingen av pasienten mellom timene. Det er viktig at pasienten derfor kan møte regelmessig og kan følge opp arbeidet mellom timene. Pasienter som ikke klarer å stille opp innen disse rammene eller som krever mye nettverksarbeid vil mer naturlig komme inn under kompetansen til det tverrfaglige teamet som er knyttet til DPS'er eller støtteapparat i førstelinje. For å vurdere den første henvendelsen er det viktig at avtalespesialisten har god og omfattende informasjon, noe som ofte oppleves vanskelig hvis pasienten blir henvist til mange behandlere. Med den sårbarhet pasienten har med seg gjennom sine problemer krever det ofte lang tid for å kunne etablere en trygghet som er god nok for å danne et grunnlag for en god vurdering og behandlingsopplegg. Dette gjelder særlig den hovedgruppen av pasienter som avtalespesialistene jobber med; pasienter med omfattende personlighetsproblematikk og pasienter som ofte har gått lenge med sine følelsesmessige problemer før de har søkt hjelp. Hoveddiagnosen til pasienter hos avtalespesialister omfatter i hovedsak angst / depresjon / personlighetsforstyrrelser, samt pasienter med psykoser og rusproblematikk.

Det vil alltid være en løpende utfordring å etablere det behandlingsnivå som hjelper pasientene best. Avtalespesialistene har hatt en tradisjon for å kunne legge til rette behandlingsopplegg som både har bedret funksjon og redusert følelsesmessig lidelse, og som ofte har krevd tid. Det er viktig at disse grunnleggende kvalitetene tas vare på.

3.4 Nåsituasjonen sett fra et DPS ståsted

Hvordan ser situasjonen ut i dag, sett fra et Distriktpspsykiatrisk senters ståsted? HOD har i sitt oppdragsdokument til Helse Sør Øst RHF bedt om at det arbeides for å sikre at pasienter og henvisende leger kan henvende seg kun ett sted for behandling i spesialisthelsetjenesten i det psykiske helsevernet. Begrepet "En dør inn" kan brukes som illustrasjon på dette. Det er neppe tenkt at det skal være en fysisk dør, men et virtuelt bilde på at det skal bli lettere å orientere seg som pasient, samt et mål for tjenestens systematferd. Pasienter eller henviser skal kunne henvende seg et sted for å få hjelp og systemet må ta et selvstendig ansvar for å kanalisere henvisningen til rette instans. Dette forutsetter et bedre samarbeid mellom avtalespesialister og øvrig spesialisthelsetjeneste, samt en tydelig ansvars og rollefordeling.

Dagens situasjon kan ikke beskrives med opplevelsen av begrepet "En dør inn". Trolig kan bildet fra brukers ståsted oppleves å være "flere stengte dører" en bedre illustrasjon. DPS'er i hovedstadsområdet melder om stor pasientpågang. Mye tyder på at eksisterende kapasitet ved DPS og hos avtalespesialistene ikke dekker den samlede etterspørsel etter slike tjenester. DPS'ene avviser i størrelsesorden 15-50 % henvisninger. (Tallene er erfaringstall

fra samarbeidsmøter mellom DPS lederne i Oslo og Akershus.) Noen ganger avslås en henvisning fordi man ikke finner medisinsk indikasjon for behandling.

Oftest avslås henvisninger fordi:

- 1) pasienten ikke har rett til nødvendig helsehjelp og
- 2) DPS'ene ikke har tilstrekkelig kapasitet til å behandle pasienter uten rettigheter og
- 3) DPS'ene mener at pasienten bør få et tilbud hos en avtalespesialist.

Det er vanskelig å diskutere om DPS'ene vurderer og prioriterer rett, men man kan nøye seg med å konstatere at henvisende leger og DPS'ene vurderer pasientene ulikt. Dersom man legger til grunn at henvisende lege mener DPS er rett instans for den aktuelle henvisning, men DPS et ikke vurderer pasientene til å ha rett til nødvendig helsehjelp og man har heller ikke kapasitet til å behandle pasienter uten rett, kan resultatet være en forsinkelse på opptil 30 dager før pasienten eller henvisende lege kommer i gang med henvendelser til avtalespesialister. Erfaringsmessig yter ikke DPS denne servicen slik det er i dag, som regel får pasienten en adresseliste i posten sammen med avslaget.

3.5 Beskrivelse av dagens praksis for inntak hos avtalespesialister og oppsummerende kommentarer

I Oslo og området nært opp til hovedstaden, har det i en årrekke vært en særegen måte for pasienter å komme i kontakt med klinisk psykolog eller psykiater med offentlig avtalehjemmel. Avtalespesialistene innen psykiatri har lenge reagert på hvordan pasienter må gå fram for å få behandling og beskrevet den som uverdlig, urimelig og urettferdig.

Pasientene har enten skrevet et brev om seg selv, eller de har ringt rundt til behandlerne. Pasientene blir ofte av sin fastlege eller sitt DPS utstyrt med en liste over alle som har avtalehjemmel i området og de blir bedt om selv å ta kontakt. Ingen hverken offentlige myndigheter eller behandlerne selv, vet hvor mange slike brev eller telefoner pasienten sender/ringer. Gjennom personlige meddelelser når pasientene kommer i behandling, er inntrykket at pasientene sender mange brev og at de ringer mange behandlere. Opplysningene i disse brevene har vært av svært privat karakter og ved siden av de aktuelle problemene, har de også omtalt intime opplysninger, beskrivelse av relasjoner og ønsker for behandlingen.

Denne praksis for å komme til spesialist likner ikke på praksis i noen av de somatiske Spesialitetene. Der sender fastlegen selv henvisning til spesialisten og vet at pasienten vil få et tilbud. Det er rimelig å anta at bakgrunnen for dette er at fastlegene og DPS av forskjellige grunner, har gitt opp å komme i kontakt med psykiater / psykolog. Ved siden av at dette er uholdbart for pasienten, så blir det heller ikke etablert en behandlingslinje mellom fastlege og spesialist. For en del pasienter med komplekse psykiske problemer, vanskeliggjør det også muligheten for konstruktivt samarbeid mellom behandlere på ulike nivåer. Det er et paradoks at den gruppen pasienter som ofte har størst problemer med å tale sin egen sak, også er de som kanskje er prisgitt sin egen innsats for å komme til.

Sett fra pasientens ståsted er det ideelt sett gode argumenter for et godt utbytte av behandling hos psykiater eller psykolog at pasienten både kan framføre sin motivasjon og ha mulighet til å kunne velge en behandler "som passer". Sett fra pasientens side så er det også en frihet i å kunne velge fritt. Dette blir imidlertid et paradoks så lenge behovet for spesialistbehandling er større enn kapasiteten. Argumentet om "fritt valg av behandler" kan da lett bli en illusjon. Realiteten blir som beskrevet over og blir uverdlig for store pasientgrupper.

Administrativt skaper dagens praksis også uheldige konsekvenser. Lovverket og avtaler setter rammer for hvordan henvendelser skal håndteres. Siden en og samme pasient sender

mange henvendelser til mange avtalespesialister, innebærer dette systemet unødig administrativt arbeid for å behandle og svare på henvendelsene. Den viktige taushetsplikten blir også uthult ved at så mange får tilgang til informasjon, som bare er ment for en.

I et system med begrenset kapasitet vil det alltid være noen som ikke får den optimale behandling på det nivået de trenger det, men for de pasientene som har kommet i behandling foreligger det gode tilbakemeldinger om god hjelp. Det blir da viktig at man ikke opprettholder en henvisningspraksis som medfører de ulempene som er beskrevet. Dette er ulemper som rammer pasientene, samarbeidet mellom viktige aktører i helsevesenet og avtalespesialistene selv. Det synes derfor ikke å være gode argumenter for å beholde gjeldende praksis for henvisning til avtalespesialister i psykisk helsevern.

4. BESKRIVELSE AV ULIKE MULIGE MODELLER

4.1 Hvilke modeller inneholder mandatet

Det har som innledningen viser til blitt avholdt flere store møter før dette arbeidet ble initiert. I disse møtene har det vært et stort antall avtalespesialister til stede og følgende fire modeller har blitt presentert i vinterens dialogmøter:

- 1 Avtalespesialistene sørger selv for bedret pasient- tilgjengelighet i egen praksis, eventuelt gjennom praksis -samarbeid med andre avtalespesialister.
- 2 Avtalespesialister i cluster med fastleger
- 3 Avtalespesialister integreres til et lokal DPS som kan bistå i formidling av pasienthenvendelser og henvisninger til spesialistene.
- 4 Avtalespesialistene mottar pasienter gjennom en koordinerende instans som til enhver tid har oversikt over ledig kapasitet hos de ulike spesialistene.

Videre har arbeidsgruppen funnet det riktig å vurdere en kombinasjonsløsning som man har valgt å kalle "hybridmodellen". Denne løsningen kombinerer cluster -tenkningen og inkluderer DPS strukturen, samt at det etableres en koordinerende instans. En videre vurdering i form av en hybridmodell med modell 2 og modell 4, beskrives derfor under analysedelen i rapporten.

4.1.1 Innledende refleksjoner

Arbeidsgruppen har i gjennomgangen av de ulike modellene i mandatet lagt noen innledende refleksjoner til grunn:

- Geografi som faktor og /eller utgangspunkt
- Kunnskap om "leverandør" eller henviser og informasjon om pasientgrunnlaget eller etterspørsel av tjenester.
- Det kan være en stor utfordring når nye virkemidler og forbedringer settes i verk, at forventningen "til det nye" overstiger kapasiteten løsningen inneholder.
- Økt effektivitet er mulig

- Man kan oppnå reduksjon av unødig tidsforbruk i forhold til dagens situasjon, der man vet at mange avtalespesialister mottar og behandler de samme søknadene og avviser de. En slik reduksjon av "tapt" tid vil kunne frigi behandlingstid hos avtalespesialistene.
- Det er beregnet at hver avtalespesialist har pluss /minus 5 % ledig kapasitet pga avbestilte timer. Her er det en betydelig mulig gevinst dersom man raskt kan tilby nye pasienter disse ledige timene, eksempelvis til utredningssamtaler før oppstart av behandling. Timene kan også anvendes til reinntak av kjente pasienter som trenger kortere oppfølging.

4.2. Nåværende ordning

Avtalespesialistene sørger selv for bedret pasient- tilgjengelighet i egen praksis, eventuelt gjennom praksis -samarbeid med andre avtalespesialsiter.

Utvalget har ikke funnet at dette er en hensiktsmessig modell, i det den nåværende situasjon har vedvart i mange år uten åpenbare forbedringer.

4.3 Avtalespesialister i cluster med fastlegene

Et cluster kan bestå av:

- **Navngitte fastleger**
- **Navngitte avtalespesialister**
- **Navngitte DPS**
- **Med det vilkår at de faktisk møter hverandre fysisk**

Disse clusterne skal forholde seg til de geografiske forskjeller det er i helseregionen. Videre skal det være et fokus på tilgjengelighet og at man bygger cluster av "en viss dimensjon" som sikrer tilstrekkelig robusthet.

Man er avhengig av at det er en ledelsesfunksjon som innkaller til møter og samordner samhandlingen. Det må avklares behov for lokaliteter og regler for samhandling internt i clusteret. I en clustermodell vil kontakt og samhandling kunne gi en effekt som innbærer at partene kjenner hverandre og "ser" hverandre faglig. Det vil kunne være lettere å kanalisere pasienter til riktig instans, samt at deltagerne henviser pasienter både inn og ut av hverandres behandling og ansvarsområder.

Disse clusterne må ikke være for store enheter. Et forslag kan være 10 -12 deltagere totalt, men lokale forhold og geografiske forskjeller vil påvirke dette. Avtalespesialistene tilpliktes i hovedsak å ta i mot pasienter fra de legene man er i cluster med. Det bør vurderes hvordan dette skal være i forhold til DPS ene som deltar i clusteret og om avtalespesialistene også skal motta pasienter fra disse?

Det beskrives at dagens takstmodell er en utfordring i forhold til samhandling og man kan stille spørsmål om det ikke er økonomisk interessant å være i cluster?

Et spørsmål er om cluster skal lage kø -ordning for en gruppe pasienter? Hvordan bør cluster settes sammen og skal det gjøres likt i hele helseregionen? Kan det akselerere "kaos", så fremt man ikke klarer å etablere et reelt nærmere samarbeid?

Arbeidsgruppen ser at en mulig minimumsdefinisjon av et cluster er: en gruppe fastleger har en gruppe avtalespesialister de kan henvise til og utvikle samarbeide med. Det ligger videre faglig gevinst og kompetanseutvikling i et slikt systematisert samarbeid, der leger eksempelvis også kan opparbeide kurspoeng i egen spesialitet.

4.4 Avtalespesialister integrert i lokalt DPS

Denne modellen innebærer at avtalespesialistene ”integreres” i lokale DPS og mottar sine pasienter i all hovedsak fra disse.

Fastlegen er en helt sentral instans og kan betraktes som selve ”navet” i helsetjenesten. Fastlegene er også helt sentrale som henvisende instans i forhold til DPS og som mottaker av pasienter som er vurdert eller ferdigbehandlet der.

Det er store regionale forskjeller i forhold til antall avtalespesialister som ”sogner til” de ulike DPS.

En integrert modell vil kunne synliggjøre etterspørsel og prioriteringer i forhold til pasientstrømmene i helseregionen. Man kan imidlertid frykte for tapt effektivitet og økt byråkratisering. ”En dør inn” modellen er ikke nødvendigvis det alle pasienter ønsker av diskresjonshensyn. Mange av dagens pasienter hos avtalespesialistene, er ikke henvist til DPS slik situasjonen er nå.

4.5 Bruk av koordinerende instans

Denne modellen innebærer bruk av en koordinerende instans for styring av henvisninger og styring av pasientstrømmen til avtalespesialistene. Koordinering og prioritering i henhold til lovverk er en mulig effekt og etablering av en koordinerende instans kan gi både bedre styring og samordning av tilbudet.

1. Det opprettes et service- og informasjonssekretariat for pasienter og henvisende leger, som skal bistå med å finne frem til avtalespesialister i psykisk helsevern.
2. Sekretariatets hovedfunksjon skal være å samle og spre informasjon om mulige tjenesteyteres kapasitet og tilbud, primært web-basert, slik at henviser og pasienter kan velge en avtalespesialist på bakgrunn av ventetider og eventuelle andre kvaliteter.
3. Sekretariatet skal også bistå med praktisk hjelp til å etablere behandlingskontakt.
4. Sekretariatets tjenester kan benyttes direkte, eller etter å ha mottatt avslag på henvisning fra den foretrukne avtalespesialist eller DPS.
5. Det må utredes nærmere om modellen forutsetter ny avtaleregulering hvor
 - 1) Tjenesteytere må inngå avtaler og rapportere om kapasitet
 - 2) om modellen forutsetter pasienters rett til å stå på venteliste hos valgte avtalespesialist
 - 3) om det skal innføres hindringer for at pasienter venter hos mer enn en tjenesteyter av gangen.

Begrunnelse for mulig valg av denne modellen

Mange pasienter henvist fra fastleger til behandling for psykiske lidelser, har problemer med å finne et behandlingstilbud som de har behov for, selv om de ikke har ”rett til nødvendig helsehjelp” etter forskriftene. Etterspørselen etter poliklinisk spesialisthelsetjeneste i psykisk helsevern overstiger tilbudet. Vi vet ikke hvor mye. Dette problemet omfatter både pasienter henvist til DPS og avtalespesialister. Henvisende leger og pasienter har ikke tilstrekkelig informasjon om kapasitet; ventetider og de ulike behandlingstilbud som finnes. Det later til at mange pasienter oppsøker flere avtalespesialister for en og samme lidelse. Vi vet heller ikke hvor mange det gjelder.

Det er relativt lett å beskrive kapasitet, slik som hvor mange som venter og hvor lenge man må forvente å vente. Det er langt vanskeligere å beskrive egenskaper og innhold. Det antas derfor å være viktigst å beskrive kapasitet når pasienter og fastleger skal velge

avtalespesialist. Pasienter har rett til å velge fastlege, avtalespesialist og DPS, uavhengig av bostedstilhørighet. Denne ordningen antas å fungere tilfredsstillende, selv om relativt få pasienter velger et annet DPS enn det som følger av geografisk sektortilhørighet. Problemet oppstår når den foretrukne avtalespesialist ikke gir det behandlingstilbudet pasienten etterspør i form av spesifikk metodikk.

Ved valg av modell for "en dør inn", bør man konsentrere seg om tiltak rette mot det som i dag ikke fungerer tilfredsstillende. Det som fungerer tilfredsstillende bør man ikke røre. Henvissende instans og pasienter bør ikke få redusert adgang til å velge avtalespesialist, men det vil naturlig begrense seg til de tjenesteyterne som befinner seg innen akseptabel reiseavstand for pasienten. Gruppedannelse av avtalespesialister som bare tar i mot henvisninger fra noen bestemte leger, vil kunne hindre effektiv utnyttelse av den samlede kapasiteten og spisskompetansen. Det kan medføre store geografiske forskjeller i tilgjengelighet. Det ikke er gitt at etterspørselen (eller behovet) er likt fordelt pr. innbygger i et område, eller likt fordelt blant pasientene i en fastleges praksis. Man kan imidlertid godt se for seg at det med bedre tilgjengelig informasjon vil skje at visse fastleger foretrekker å henvise til visse avtalespesialister, særlig hvis avtalespesialist fremstår med bedret service (for eksempel hurtig svar på henvisning, kort ventetid.)

Man kan tenke seg to modeller for pasientstrømmer: 1) Alle inn "samme dør", eller 2) at alle de som ikke selv "finder veien inn" til en tjenesteyter får tilbud om hjelp.

- **Alternativ 1** har den fordel at man regulerer alle henvisninger. Volumet blir dermed stort og krever en større organisasjon enn alternativ 2.
- **Alternativ 2** tar kun ansvar for de som ikke selv finner en avtalespesialist i samarbeid med sin fastlege.

For begge modeller bør tilbudet etableres som en organisatorisk enhet (et sekretariat). Fastleger, henviser eller pasient kan søke informasjon, eller henvende seg direkte, når man ønsker hjelp til å finne en avtalespesialist. Modell to vil kunne oppleve utfordringer med å formidle pasienter til avtalespesialister, dersom spesialistene fortsatt skal ha anledning til å ta imot pasienter direkte, utenom køen som etableres i det nye sekretariatet. Pasienten må ved direkte henvendelse til en behandler, stille seg i køen til de som søker denne behandleren, evt stå i kø blant de som henvises til behandler fra det clusteret som behandleren tilhører.

Sekretariatet bør få i oppdrag

- *å samle og formidle informasjon om ventetider og kvaliteter hos avtalespesialistene. Som et minimum bør det informeres om:*
 - 1) kapasitet** (for eksempel størrelsen på avtalepraksisen, tilskuddets størrelse og åpningstider, hvor lenge man må forvente å vente, eventuelt hvor mange som venter. Det er vanskelig å fastsette ventetid hos en enkelt behandler, på gruppenivå er det mye lettere.)
 - 2) kvalitet** (adresse= reiseavstand, profesjon, mann/kvinne eventuell faglig spisskompetanse m.v.)

Informasjonsinnsamling og formidling kan skje på web, hvor avtalespesialist pålegges å oppdatere sin egen "profil" regelmessig ved endringer på en felles web-side. Dette vil være på samme måte som NAV's webtjeneste for valg av fastlege, men med mulighet for noe mer informasjon. Sekretariatet bør være bemannet og tilgjengelig på telefon og e-post. Tjenesten bør også omfatte aktivt arbeid med å finne en avtalespesialist, samt rådgivning for pasienter som ikke opplever å bli prioritert.

Denne modellen innebærer bruk av en koordinerende instans for styring av henvisninger og pasientstrømmen til avtalespesialistene. Koordinering og prioritering er en effekt og den kan

gi styring og samordning. En koordinerende instans alene kan ikke skape personlig ansvarliggjøring, slik en clustermodell vil kunne skape i et fagnettverk. En annen svakhet ved en koordinerende instans er at man mister clustermodellens mulige effekt, med påvirkning av "behandlertferd" der den enkelte bl a får "et bilde av egen produktivitet opp mot andres".

4.6 Hybridmodellen

Hybridmodellen er en kombinasjon av Clustermodellen, men med en koordinerende instans samt at DPS strukturen også trekkes inn i dette systematiske samarbeidet. Hybridmodellen inneholder en koordinerende instans som kan kalles en "cluster koordinator".

Arbeidsgruppen har sett på flere varianter av koordinering

- innenfor hvert cluster
- en koordinerende instans for hele regionen
- en koordinerende instans innenfor hvert cluster, samt en felles instans eller link for alle

Alle henvendelser som ikke straks leder til at en kommer til behandling hos avtalespesialist må rapporteres inn på en samordnet venteliste, uansett om henvendelsen kommer fra fastlege/ behandlingscluster, DPS, sykehus, fra barnevernet, eller en annen instans som måtte få henvisningsrett.

5. ANALYSE OG ANBEFALINGER

5.1 Innledning

Et sentralt anliggende for arbeidsgruppen har vært hvilke faktorer de ulike modellene bør vurderes etter og kommet frem til at de ulike modellene i størst mulig grad må utformes for å ivareta følgende faktorer:

- Har pasienten ETT sted å henvende seg?
- Har pasienten mulighet til å henvende seg flere steder? (fritt behandlervalg)
- Har pasienter mulighet for rask/ubyråkratisk kontakt med tidligere behandler ved reaktivering av "gammel" problematikk?
- I hvor stor grad er pasientenes krav på konfidensialitet ivaretatt?
- Er modellen ubyråkratisk og økonomisk forsvarlig?
- Er det potensielt effektiviseringsgevinster?
- Hvilke vitale betingelser må være tilstede for at modellen skal fungere etter hensikten?
- Gir modellen en oversikt over udekkede behandlingsbehov?
- Spørsmål om ventetid?
- Spørsmål om koordinering

I arbeidet med å styrke tilgjengeligheten må man gjøre noen overordnede valg. På den ene siden mellom styring og samorganisering med fokus på oppnåelse av formalkrav, blant annet i forhold til lik vurdering etter prioriteringsforskriften og på den annen side, personlig ansvarliggjøring av henviser og mottakere i mindre nettverk eller cluster. Dette innebærer at alle parter i noen grad må "syne kortene" og vise seg frem med egen kompetanse og motivasjon.

Prioriteringsforskriftens begrensninger er tydelig i psykisk helsevern, hvor den på mange måter fungerer som en "rasjoneringsordning" mer enn en køordning, mens man ser at i hvert fall i deler av somatikken, vil den virke mer som en reell køordner i en situasjon hvor alle får, men ikke til samme tid. Samtidig kan det synes som at prioriteringsforskriftene ikke i tilstrekkelig grad favner de som har alvorlige, invalidiserende psykiske lidelser.

Clustermodellen som modell har både svakhet og styrke. En robust clustermodell krever en form for ledelse, eller eventuelt sekretariatsansvar i det enkelte cluster, og trolig en overbyggende funksjon som holder clustermodellen samlet og bidrar til å utvikle en lærende organisasjon. Det er nødvendig og se på avtalerettslige forhold og finansiering. Enhver annen organisering enn dagens i forhold til tilgjengelighet hos avtalespesialisten, vil også ha en kostnad.

Det er kommet forslag i arbeidet at en vei å gå for å få til en finansiering her, vil kunne være en kombinasjon av foretaksmidler for å dekke sekretariatsfunksjoner og et politisk arbeide for å få en hensiktsmessig justering av "Legenes Normaltariff takst 14" og "Psykologtariffens takst 33". Det er viktig at de også kan brukes ved tverrfaglig samarbeide som ikke er direkte knyttet til enkeltpasienter, slik at både henviser og behandlere kan gå inn i dette arbeidet med tilstrekkelig kraft.

En bedre organisering av henvisningsordningen inn mot avtalespesialister vil trolig både kunne føre til en økt kapasitet i tjenestene og bli oppfattet som en økt tilgjengelighet og dette kan komme til å øke henvisningsvolumet på en måte som vil være merkbart.

5.2 Cluster - og hybrid modell – vurderinger skjematisk fremstilt

Arbeidsgruppen har vurdert modellene i mandatet og funnet det mest hensiktsmessig å enes om cluster modellen som utgangspunkt. Clustermodellen har imidlertid flere svakheter og praktiske utfordringer som etter arbeidsgruppens analyse, kan løses av etableringen av en hybridmodell der man har cluster i kombinasjon med en koordinerende instans.

Alle henvendelser til behandling hos avtalespesialist som ikke straks leder til at behandlingsstart avtales, må rapporteres inn på en samordnet venteliste, uansett om henvendelsen kommer fra fastlege/ behandlingscluster, DPS, sykehus, fra barnevernet, eller en annen instans som måtte få henvisningsrett.

Skjematisk kan fordeler og ulemper ved clustermodellen og hybridmodellen skisseres som følger.

Vurdering av modellene:

Clustermodell:

- **Fordeler:**
 - **Et ledd mindre; direkte kontakt fastlege - spesialist.**
 - **Mulighet for utveksling av kunnskap.**
 - **Gjensidig hurtig oppfølging.**
 - **Hurtig bruk av "frie timer".**
 - **Ansvar for henvisning ligger på fastlege og ikke pasient (hovedpoeng).**
 - **"Riktigere" henvisninger.**
 - **En sentral person har oversikt over pasientens problem.**
 - **Ivaretar konfidensialitet.**
- **Ulemper:**
 - **Ingen oversikt over hvor stort kapasitetsproblem det er.**

- **Større utfordringer for å etterleve pasientrettigheter og overholdelse av frister**

Hybrid modell – Cluster modell med koordinerende instans

- **Fordeler.**
 - **Kapasitetsavklaring.**
 - **Utnytter ledig kapasitet.**
 - **Sikrer prioritering av pasientstrøm etter rettigheter og at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere.**
- **Ulemper eller utfordringer**
 - **Visse byråkratiske grep må settes i verk.**
 - **Krever ressurser til administrering**

5.3 Hybridmodell som anbefalt løsning. Avtalespesialister i cluster med fastleger og DPS

En viktig faktor for effektive henvisninger/ tilbakemeldinger er at aktørene kjenner godt til hverandre. Dette er en av de viktige sidene ved denne modellen. Modellen ivaretar en del pasienters legitime ønske om diskresjon om pasientforholdet, og til en viss grad pasientenes rett til å velge behandler(må ikke forveksles med retten til valg av behandlingssted).

Hvem er deltakere:

Et antall fastleger og et antall avtalespesialister inngår i et cluster. I sammensetningen av clusteret er det ikke nødvendig å ta detaljerte geografiske hensyn, innen rimelig avstander til hvor avtalespesialisten driver egen praksis. Det bør vurderes om det er praktisk mulig at noen DPS også deltar i clusterne. Siden fastlegene og DPSene har inntaksgrenser etter forskjellige prinsipper (h.h.v. semigeografisk /pasientenes frie valg og geografisk opptaksområde) kan det kanskje være praktisk vanskelig å velge det mest funksjonelle DPS til de enkelte clustre, men i hovedsak bør dette være et løselig problem. Geografisk bestemte fastleger skal være utgangspunktet for et cluster – og så kan avtalespesialister og DPS plasseres inn i clusteret uavhengig av hvor deres praksiskontor ligger. Avtalespesialistene greier utmerket å forholde seg til pasienter og DPS ut i fra hvor pasienten bor. Pasientenes reisevei til avtalespesialisten vil stort sett være overkommelig. I sammensetning av clustre kan Oslo og store deler av Akershus sees i sammenheng. Det må sikres en viss variasjon blant avtalespesialistene innen et cluster. Det er en viss "sub spesialisering" blant avtalespesialistene, og man bør tilstrebe at det innen hvert cluster er en fordeling av denne kompetansen for å gi en bredest mulig utrednings- og behandlingstilnærming. For de avtalepsykologene/ avtalespesialistene som driver ren utredningspraksis/nevropsykologisk praksis og de som arbeider med barn og ungdom, vil det sannsynligvis være mest hensiktsmessig at de er likt tilgjengelig for alle fastlegers henvisninger. Dette dreier seg om et fåtall avtalespesialister.

Møteregele:

Deltakerne i et cluster møtes 1-2 ganger i året. Det må være møteplikt for deltakerne. Det er nødvendig at dette er et fysisk møte. Det må være klart hvem som har ansvar for å innkalle til clustermøter og hvem som er ordstyrer på møtene. Det må også avklares evt. kostnader med lokalleie.

Dette er ikke vedtaksmøter. Møtetemaer: Erfaringene med henvisninger og tilbakemeldinger (raskhet, innholdsmessig kvalitet, etc). Diskusjoner av mulige løsninger. Hvilke typer saker bør ikke/ bør henvises. Hvilke pasientgrupper hos fastlegene er i særlig behov av et tilbud. Er det pasientgrupper hos avtalespesialistene som bør få et annet/ supplerende tilbud? Grensegang mot DPS, med mer. Er samarbeidet mellom fastlegen/DPS og

avtalespesialisten enkelt der de har felles pasienter? Hva finnes av andre tilbud som kan være aktuelt for ulike pasientgrupper? Evt. Faglige innslag.

Inntak av pasienter:

Avtalespesialistene i et cluster er forpliktet til å ta inn hoveddelen av sine nye pasienter fra henvisninger fra fastlegene i clusteret, samt fra koordinerende instans. Unntak fra denne hovedregelen er for eksempel der en tidligere pasient henvender seg på nytt, eller der det er andre spesielle pasientforhold/ hensyn.

Praktiseringen av hovedregelen må ikke i utilbørlig grad gå ut over pasientenes rett til å velge sin behandler. Det bør lages årlig statistikk over hvor mange nye pasienter som har henvisning fra clusterets fastleger.

På clusternivå vil det temmelig raskt kunne fastslås om behandling starter straks, eller om pasienten henvises til en sentral kø med forankring i dette clusteret. Ved god kjennskap mellom aktørene vil også avtalespesialistens prioriteringer (inntakt og avslutninger) i større grad påvirkes av fastlegene, uten at det i uheldig grad går ut over de pasienter som har behov for langvarig stabil behandling av spesialist. Avvisning av henvisning går til fastlegen som evt. vurderer/sørger for henvisning til annen avtalespesialist innen clusteret, eller inn til sentral koordinator. En stor utfordring ligger i å håndtere de tilfeller hvor behandling hos avtalespesialist ikke er indisert.

5.4 Beregnet effektiviseringsgevinst og økt tid til direkte pasientbehandling

Flere besvarer sammen henvendelse:

Vi vet fra Norsk Psykologforenings undersøkelse i 2007 at de behandlingssøkende i gjennomsnitt henvender seg til ca 12 behandlere.

Således bruker 11 behandlere unødvendig tid på å vurdere og besvare samme henvendelse. Kanskje går en til to behandlingstimer tapt på månedsbasis på denne måten, dvs. ca 1-3 % av den tid man vanligvis bruker til behandling.

Utnyttelse av utilsiktet ledig behandlingsskapasitet:

Det er ikke uvanlig at én, noen ganger flere behandlingstimer, avlyses ukentlig.

Med normal behandlingsaktivitet - ca 25 timer pr uke - utgjør 1 behandlingstime 4 %, 2 timer - 8 %. Med nær kontakt mellom en behandlergruppe og en henvisergruppe kan det lett - i anonym form - formidles ønsker om bruk av slik ledig kapasitet, til utredning, evt til korttidsintervensjon. Det må her tas det forbehold at ikke alle behandlingsformer kan utnytte denne kapasiteten.

Mulig kapasitetsgevinst

Denne enkle beregningen viser at med en modell som tilfredsstillt kravet om at hver pasient maksimum skal henvende seg til en tjenesteyter og at man i modellen har et systematisert internt samarbeid som ligger implisitt, kan dette gi en kapasitetsgevinst på mellom 5 og 10 % økt behandlingsskapasitet.

5.5 Krav til samhandling og utfordringer ved modellen

Valg av modell løser ikke alle utfordringer i dagens situasjon. Organisering som virkemiddel for å nå mål, er uløselig knyttet til samspill og menneskenes deltagelse for å få et system til å fungere. Hybrid modellen stiller som alle andre modeller krav til samhandling og det er flere utfordringer som må løses.

Størrelse og sammensetning

- Størrelsen på hvert cluster er et sentralt spørsmål og gruppen vil anbefale en fleksibel tilnærming der man vurderer hvordan det er hensiktsmessig å løse dette i forhold til geografiske og demografisk forskjeller i helseregionen. Antall deltakere i et cluster kan variere fra små clustre fra 5 til 10 deltakere, versus store clustre med betydelig flere deltagere. I Oslo vil man få 8 clustre dersom de skal korresponderende med antall DPS og de vil ha et betydelig høyere antall deltagere enn i andre deler av regionen. Bare ett cluster per DPS i Oslo ville sannsynligvis medføre for mange deltakere i hvert cluster.
- Forholdstallet mellom antall fastleger og antall avtalespesialister må ikke være i for stor ubalanse for at modellen skal fungere. Vest Agder med hele 18 fastleger per avtalespesialist vil gi svært store clustre: Med minst 5 avtalespesialister i et cluster ville et cluster i Vest Agder omfatte 90 deltakere. Så store clustre vil ha en annen dynamikk enn clustre på 10-20 deltakere. Dette synliggjør at det er helt avgjørende med en fleksibel bruk av modellen og en praktisk innretning som dekker de ulike forskjellene i helseregionen best mulig.
- I Oslo er det 450 fastleger og i underkant av 200 årsverk for avtalespesialister. Dette byr på helt særegne organisatoriske utfordringer og man bør vurdere hvordan dette best kan løses. Det kan være mulig å følge opptaksområdet til DPS strukturen på et overordnet nivå, samtidig som det direkte samarbeidet "deles i mindre sektorer".

Koordinering

- Behovet for en formell koordinator internt i clusteret er et spørsmål som må avklares. Hvem skal ha en slik rolle – en fastlege/en avtalespesialist, et DPS, eller skal det ivaretas fra et sentralt RHF's formidlingskontor? Arbeidsgruppen foreslår at man etablerer en oppnevnt "cluster- koordinator " og for å kunne løse koordineringen både av pasientstrøm og ledig kapasitet bør koordineringen ligge hos en avtalespesialist primært. Dette er et spørsmål Helse Sør Øst RHF må løse, men arbeidsgruppen ser at funksjonen kan "lyses ut" blant de etablerte avtalespesialistene, slik at man får en dedikert ressurs til arbeidet og en person som ønsker å bidra til å videreutvikle tjenesten. Videre vil en etablert avtalespesialist ha formelle system på plass for å etterleve lovkrav til innholdet i denne tjenesten. Det kan synes hensiktsmessig å vurdere å etablere "en sekretærressurs" som støtte i arbeidet.
- Hvert cluster må også ha et selvstendig ansvar for sikring av logistikken av henvendelser og rapportering av data.

Økonomi

- Erstatning for tapt arbeidsfortjeneste for deltakerne i clustret er et sentralt spørsmål, men utenfor gruppens mandat. Arbeidsgruppen har også belyst dette i omtale av taksrefusjon.

- Helse Sør Øst RHF må beregne en nødvendig ressurs i form av et årsverk, i forhold til "cluster- koordinator" modellen.

Samhandling og forpliktende deltagelse

- Hybridmodellen, *cluster med koordinerende instans*, er en samarbeidsmodell og ikke en hierarkisk modell for samarbeidet. Slike modeller krever noe selvdisiplin hos deltakerne og klare forventninger om forpliktende deltagelse og engasjement. Videre bør det etableres regler med en personlig ansvarlig for fremdrift, innkalling, møteledelse, etc. Dette kan ligge hos regional cluster- koordinator, men bør også kunne skje ved oppnevning eller utpeking internt i det enkelte cluster.

Evaluering og brukerperspektiv

- Den valgte løsningen må gjerne evalueres underveis fra etableringen, men med en hovedevaluering minimum 3 år etter oppstart. Brukere av tjenesten må stå sentralt i dette. Som en kontinuerlig evaluering vil kvalitative data og brukertilfredshet stå sentralt.

6 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON VED VALGTE MODELL

I arbeidet med å styrke tilgjengeligheten må man gjøre noen overordnede valg. På den ene siden har arbeidsgruppen sett på styring og samorganisering med fokus på oppnåelse av formalkrav, blant annet i forhold til lik vurdering etter prioriteringsforskriften og på den annen side, personlig ansvarliggjøring av henviser og mottakere i mindre nettverk eller cluster. En viktig faktor for effektive henvisninger og tilbakemeldinger er at aktørene kjenner godt til hverandre. Dette er en av de viktige sidene ved denne modellen. Modellen ivaretar en del pasienters legitime ønske om diskresjon om pasientforholdet og til en viss grad pasientenes rett til å velge behandler. Det er et mål at henvisende instans og pasienter ikke bør få redusert adgang til å velge avtalespesialist, men det vil naturlig begrense seg til de tjenesteyterne som pasienten selv opplever at befinner seg innen akseptabel reiseavstand.

Gangen ved henvendelse i hybridmodell:

Forslag til modell:

- Pasient henvender seg til fastlege (som vil være den mest sentrale henviser).
- Fastlege har oversikt over ledig kapasitet i cluster / faglige kvalifikasjoner.
 - Forutsetter at avtalespesialist melder ledig kapasitet (både på kort og lang sikt) innen clusteret.
- Fastlege henviser, melder til sentral koordinator etter behov, til den som har ledig / er best egnet for behovet.
- Hvis mottak: OK.
- Hvis avslag:
 - Fastlege melder til sentral koordinator:
 - Sentral koordinator har oversikt over ledig kapasitet hos alle avtalespesialister.

Forutsetter at alle avtalespesialister som har ledig kapasitet melder dette regelmessig til sentral koordinator regionalt.

Hybridmodellen

- Arbeidsgruppen anbefaler at Helse Sør Øst RHF arbeider for å få etablert hybrid modellen der man har et cluster av avtalespesialister, fastleger og DPS innenfor et gitt naturlig geografisk område, eller som en hensiktsmessig størrelse tatt de faktiske forhold i betraktning. Clusterne må være robuste nok i forhold til antall deltagere med ulik spisskompetanse og inneholde en viss "jevnbyrdig fordeling" av de ulike parter som legger til rette for god samhandling partene i mellom. Disse forhold er mer detaljbeskrevet under punkt 5. Det er viktig at man tar geografiske og lokale hensyn siden helseregionen er preget av store og betydningsfulle variasjoner, i forhold til befolkningskonsentrasjon og oppbyggingen av de ulike helsetjenester.
- Videre anbefaler arbeidsgruppen at det etableres en regional koordinerende instans bestående av en avtalespesialist og en ekstra fagressurs i hel stilling. Arbeidsgruppen foreslår at den koordinerende instansen man etablerer blir en oppnevnt "cluster- koordinator" og for å kunne løse koordineringen både av pasientstrøm og ledig kapasitet, bør koordineringen ligge hos en avtalespesialist med logistikkkompetanse primært. Dette er et spørsmål Helse Sør Øst RHF må løse, men arbeidsgruppen ser at funksjonen kan "lyses ut" blant de etablerte avtalespesialistene, slik at man får en dedikert ressurs til arbeidet og en person som ønsker å bidra til å videreutvikle tjenesten. Videre vil en etablert avtalespesialist ha formelle system på plass for å etterleve lovkrav til innholdet i denne tjenesten. Den valgte avtalespesialist bør tilføres et årsverk med egnet fagbakgrunn innen psykisk helse, som kan arbeide mer direkte med praktiske oppgaver og registrering av nødvendig data og oversikter.
- Alle henvisninger til behandling som ikke blir håndtert internt i de ulike cluster sendes til den koordinerende instans, cluster- koordinator. Cluster- koordinator har et ansvar for ventelister, ventetider, ledig kapasitet etc. Alle avtalespesialister skal jevnlig rapportere inn til koordinerende instans om ledig kapasitet etc. Alternativt bør det vurderes om ikke alle henvendelser til behandling hos avtalespesialist skal rapporteres inn på en samordnet venteliste, uansett om henvendelsen kommer fra fastlege/ behandlingscluster, DPS, sykehus, fra barnevernet, eller en annen instans som måtte få henvisningsrett.
- Ordningen settes i verk raskest mulig og for en prøveperiode på minst 3 år. Det planlegges med evaluering underveis, samt at man kan gjøre nødvendige justeringer ved prøveperiodens slutt før valg av endelige løsning. Brukerutvalget i Helse Sør Øst RHF og Samarbeidsutvalgene mellom Helse Sør Øst RHF og NPF og PSL bør stå sentralt i dette arbeidet. Videre bør fastlegene og pasientorganisasjonene også delta.
- Helse Sør Øst RHF bør i tillegg vurdere om det kan være nyttig å etablere en prosjektstilling internt i det regionale helseforetaket for å bistå og følge arbeidet. Dette kan sikre tilstrekkelig og til enhver tid oppdatert informasjon internt og eksternt, samt bidra i møtevirksomhet regionalt i ulike cluster. Videre kan det trolig bidra med styrking av en overbyggende funksjon som holder clustermodellen samlet og bidrar til å utvikle en lærende organisasjon.

Referanseliste

- Nasjonal helseplan
- Opptrappingsplan for psykisk helse (Ot.prp. 63 – 1996-97) samt nasjonale dokument som gir videre føringer for dette arbeidet.
- St. meld. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene
- Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Øst RHF og Helse Sør RHF: Nasjonal strategi for psykisk helsevern, 2006
- Helse Øst RHF: Private avtalespesialister – opplegg for felles rapportering til de regionale helseforetakene. Rapport nr. 5-2006
- Helse Øst RHF 2006: Avtalepraksis i Helse Øst. Handlingsplan for organisering og lokalisering 2006 – 2010
- Helse Øst: Strategisk plan for prioritering, organisering og lokalisering av avtalepraksis. Prosjektrapport, desember 2004
- Arne Bell Trelldal og Eilert Ringdal, "En studie gjennomført i Oslo i 2007 i regi av Samarbeidsutvalget for psykologer/Norsk Psykologforening og Helse Øst RHF"
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: Fastlegers vurdering av kvaliteten ved distriktpsikiatriske sentra i 2006. Hovedresultater fra nasjonal undersøkelse. Pass Opp - rapport Nr 1 – 2006
- Hovedstadsprosessen Psykisk helsevern. Rapport fra arbeidsgruppe av 28.03.08 Helse Sør Øst RHF
- Oppdragsdokumentet 2008 Helse Sør Øst RHF

Vedlegg: informasjon fra Helse Sør Øst RHF` s nettside

Avtale med spesialister



Avtalespesialistene er spesialister innen psykologi og psykiatri, samt legespesialister. Det er omlag 1100 i Helse Sør-Øst og de står for en stor del av poliklinisk virksomhet i regionen.

Avtalespesialistene jobber innen flere ulike fagområder. Innen somatikk inngår:

- øyesykdommer
- øre-nese-hals
- indremedisin
- fødseshjelp
- kvinnesykdommer
- hud og veneriske sykdommer
- barnesykdommer
- kirurgi
- nevrologi

Mer informasjon

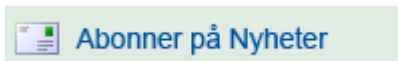
Det er laget lister over alle avtalspesialistene. Du finner dem ved å klikke på fagområder:

- [psykologer](#)
- [psykiatere](#)
- [legespesialister](#)

Du vil da få opp lister som viser hvilket fylke spesialisten jobber i, navn adresse og telefonnummer.

[Christin Nyland](#)

- [Skriv ut](#)
- |
- [Tips en venn](#)



- 2008©Helse Sør-Øst RHF | Pb. 404, 2303 Hamar | Tlf: 02411 | Org.nr er 991 324 968 | Besøksadresse: Hamar: Grønnegata 52 Skien: Leirvollen 21A | postmottak@helse-sorost.no | Redaktør [Christin Nyland](#) |

Vedlegg: Folkemengde fylkesvis, avtalespesialister og fastleger i Helse Sør Øst

	Innbyggere	Psykiatere	Psykiater hjemler	Psykologer	Psykolog hjemler	Sum hjemler	Innb./ hjemmel	Fast leger	Fastleger/ hjemmel
Østfold	265458	11	6,8	29	20,4	27,2	9759	225	8,3
Akershus	518567	28	16,7	58	50,4	67,1	7728	405	6,0
Hedmark	189289	12	6,4	18	14	20,4	9279	175	8,6
Oppland	183637	4	2,7	14	12,6	15,3	12002	179	11,7
Buskerud	251220	12	6,6	22	18,5	25,1	10009	211	8,4
Vestfold	226433	16	11,1	19	12,4	23,5	9635	172	7,3
Telemark	166731	6	4,8	15	13,1	17,9	9315	150	8,4
Austagder	106130	6	4,4	4	2,95	7,35	14439	101	13,7
Vestagder	166944	7	3	9	5,8	8,8	18971	157	17,8
Oslo	560584	95	67,9	160	128	195,9	2862	454	2,3
Totalt	2634993	197	130,4	348	278,15	408,55	6450	2229	5,5

Folkemengde per 1. januar 2008

Hjemler på Helse-sør-øst'snettsider per 25. september 08

Fastlegehjemler NAV per 250908

Vedlegg: Momenter som kan bidra til effektiv formidlingspraksis ut i fra fastlegens vurdering og pasientens preferanser

Momenter som kan bidra til effektiv formidlingspraksis i forhold til pasientens preferanser

Profesjon	Navn	Adresse	Sektor	Antall pasienter	Antall ventende	Forventet ventetid	Avtale prosent	Åpningstider	Spesialkompetanse	Språk	Oppdatert
Psykiater	NN	Prof.Dgr	Alna DPS	20	15	14 uker	40%	Torsdag og fredag 8-16	1)Kognitiv terapi 2)Angst	Urdu Norsk	20.08.08
Psykologspesialist	AA	Holmlia senter	Søndre Oslo DPS	40	3	2	100%	Man-fred 9-15 torsd 9-18	1) Innsiktsorientert samtalerapi 2) Gruppebehandling	Norsk Samisk	

Websiden oppdateres av avtalespesialistene selv, gjerne med en brukervennlighet som bygger på www.frittsykehusvalg.no eller utvikles som en del av Helse SørØst.