

PLAN FOR AVTALESPELIALISTER
I HELSE NORD
2007 – 2015

***DESENTRALISERING
OG AMBULERING***

Rapport fra arbeidsgruppe
oppnevnt av
Helse Nord RHF
26. mai 2006

KAPITTEL 1 BAKGRUNN OG MANDAT FOR ARBEIDET	6
1.1 Prosjektets begrunnelse.....	6
1.2 Mandat.....	6
1.3 Deltakere.....	7
1.4 Prosess og milepæler i prosjektet.....	7
KAPITTEL 2 DET HELSEPOLITISKE OG FAGLIGE GRUNNLAGET FOR ARBEIDET	8
2.1 DSH-rapporten.....	8
2.2 Andre faglige planer og føringer fra Helse Nord	8
KAPITTEL 3 RAMMEBETINGELSER FOR AVTALEPRAKSIS	9
3.1 Sentrale rammebetingelser som regulerer avtalepraksis.....	9
3.2 Muligheter og utfordringer ved å bruke avtalespesialister	10
3.2.1 Muligheter.....	10
3.2.2 Utfordringer.....	11
KAPITTEL 4 STATUS FOR DESENTRALISERTE SPESIALISTHELSETJENESTER	12
4.1 Avtalespesialistene – lokalisering og ambulering	12
4.2 Helseforetakene – ambulering og desentraliseringsplaner	13
4.3 Mest aktuelle steder for ytterligere desentralisering og/eller ambulering	14
4.3.1 Helse Finnmark HF.....	14
4.3.2 UNN HF.....	15
4.3.3 Hålogalandssykehuset	16
4.3.4 Nordlandssykehuset HF.....	16
4.3.5 Helgelandssykehuset HF	17
4.4 Steder utenom DMS og DPS-steder.....	17
KAPITTEL 5 SITUASJON OG ØNSKE/BEHOV FOR DESENTRALISERING AV PRIVATPRAKTISERENDE AVTALESPELIALISTER.....	19
5.1 Generelle betraktninger.....	19
5.2 Aktuelle fagområder	20
5.2.1 Kirurgi.....	21
5.2.2 Ortopedi	21
5.2.3 Indremedisin	21

5.2.4 Hud	22
5.2.5 Øye	22
5.2.6 Øre-nese-hals	23
5.2.7 Gynekologi	23
5.2.8 Nevrologi	24
5.2.9 Revmatologi	24
5.2.10 Pediatri	24
5.2.11 Psykiatri (VOP og BUP)	25
5.3 Forslag tiltak.....	26

**KAPITTEL 6 STATUS FOR ØKONOMISKE OG PERSONELLMESSIGE
MODELLER OG VIRKEMIDLER..... 27**

6.1 Oppsummering fra DSH-rapporten – økonomi	27
6.2 Behov for budsjett - til ambulering av avtalespesialister.....	28
6.3 Behov for budsjett - til desentralisering av driftstilskudd.....	28
6.4 Behov for budsjett - ved nye driftstilskudd.....	29
6.5 Avtalemessige virkemidler	29
6.6 Handlingsrom vedrørende omgjøring av hjemler og nye avtaler	30

KAPITTEL 7 OPPSUMMERENDE VURDERINGER OG FORESLÅTTE TILTAK. 31

7.1 Generelle betraktninger.....	31
7.2 Prioriterte geografiske områder og spesialiteter	31

VEDLEGG..... 33

Forkortelser brukt i rapporten

DMS – Distriktsmedisinsk senter

DPS – Distriktpsykiatrisk senter

BUP – Barne – og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

VOP – Voksenpsykiatrisk poliklinikk

DSH - Desentralisert spesialisthelsetjeneste

DSH-rapporten – Rapport fra prosjektgruppe oppnevnt av Helse Nord RHF 2.mai 2005 om desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord

Dnlf - Den norske legeforening

NPF – Norsk Psykologforening

Sammendrag

Denne rapporten er et resultat av flere styrevedtak i styret for Helse Nord RHF om avtalespesialister og desentralisering. Arbeidsgruppen legger med dette fram rapport om avtalepraksis 2007-2015 – forslag til desentralisering, ambulering og nye hjemler.

Arbeidet baserer seg på tidligere datainnhenting og vurderinger særlig gjort i DSH-prosjektet i 2005, men også andre kilder som henvises til underveis. Det er innhentet nye rapporteringsdata fra avtalespesialistene. Det er gjort vurderinger og beregninger på hvor behovene vil være de kommende årene ut fra pasientbehov vurdert opp mot egnethet for ambulering/desentralisering innen de mest aktuelle fagområder.

I rapporten vises det til at rammebetingelsene for avtalepraksis er i endring først og fremst gjennom den nye rammeavtalen (vedlegg 4), ved at en forventer økende kvalitet i avtalespesialistenes rapportering til RHF fra 2007, og endelig ved at RHF ved å inngå individuelle avtaler lettere enn før kan sørge for at avtalepraksis inngår som en hensiktsmessig del av helheten i spesialisthelsetjenesten.

Rapporten anbefaler å styrke tilbudet innen øyesykdommer, øre-nese-hals og gynekologi på desentrale steder, ved en gradvis flytting av hjemler fra de største byene. Noen av fagområdene er overdimensjonert i byene i dag i forhold til folketall og total spesialitetsdekning av sykehusspesialister og leger i privatpraksis. Noen fagområder anbefales også å styrkes i avtalepraksis både nå (psykiatri og psykologi) og totalt på sikt (indremedisin, hud og nevrologi) ved etablering av nye hjemler og avtaler.

Det anbefales å i størst mulig grad å inngå heltidsavtaler, med mulig unntak for psykisk helsevern.

Det anbefales at avtalespesialistene i større grad enn nå lokaliseres til DMS-stedene for å understøtte de tjenestene som er eller holder på å bygges opp på disse stedene. Dette kan oppnås både gjennom gradvis å flytte enkelte hjemler fra byene og ved opprettelse av nye hjemler.

Det anbefales også en utvidelse av ambuleringsordningene for nye og allerede inngåtte avtaler med privatpraktiserende spesialister, også dette i første omgang konsentrert til de DMS-er/spesialistpoliklinikker som allerede er etablert eller som er under etablering.

Kapittel 1 Bakgrunn og mandat for arbeidet

1.1 Prosjektets begrunnelse

Etter at Helse Nord overtok avtalespesialistene fra fylkeskommunene og helseforetakene (avtalene ble administrert av hvert helseforetak i årene 2002-2003) har man sett behovet for en samlet strategisk plan. I styresak 40-2005 (Policy private aktører) heter det:

Det er ønskelig at styret kommer tilbake til behovet for nye avtaler etter at planen for desentralisert spesialisthelsetjeneste er vedtatt i styret 22.juni d.å. Det er en målsetning at planen skal angi hvor det eventuelt er behov for avtalehjemler og innefor hvilke spesialiteter, og om det er behov for nye driftsavtaler eller om det skal omdisponeres ved ledighet i hjemler.

RHF-styret har vedtatt strategi for *desentralisering av spesialisthelsetjenester* gjennom styresak 53-2005. Denne omfattet også avtalespesialistene med driftsavtale med Helse Nord. Andre private helsetilbydere i avtale med Helse Nord RHF (for eksempel opptreningsinstitusjoner) er ikke tatt med i styrets strategi. På bakgrunn av den vedtatte strategien som skal iverksettes ble det nedsatt ulike arbeidsgrupper for dette. Blant annet har helseforetakene levert sine desentraliserings-/ambuleringsplaner. For å se på desentralisering innenfor området avtalespesialister besluttet ledergruppa i Helse Nord å nedsette ei arbeidsgruppe med deltakere både fra RHF-administrasjonen, tillitsvalgte for avtalespesialistene og ansatte/ledere fra UNN og NLSH.

Avtalespesialistene ønskes inkludert i videre strategier fordi de står for en ikke ubetydelig del av de elektive polikliniske konsultasjonene i spesialisthelsetjenesten. Tall for 2004 viser at de står for 25% av antall polikliniske konsultasjoner innen somatikken. Innen psykisk helsevern har vi 23 årsverk fordelt på 39 avtaler, og de hadde til sammen 22354 konsultasjoner i 2004. Aktivitetstallene for 2005 er de samme med små endringer, som primært kan forklares med permisjoner og midlertidig vakans. Avtalespesialistene er en ressurs som bør benyttes best mulig som en del av det samlede tilbudet vårt til pasienter i nord. Å benytte avtalespesialister kan antakelig også i mange tilfeller være en god måte å ”bringe tjenestene ut til folket” i stedet for at pasientene skal komme inn til spesialisten, pga praksisens organisering som små selvstendige virksomheter.

1.2 Mandat

Mandatet oppfattes som gitt i styrets pkt. 7 i styresak 53-2005:

”Avtalespesialistene er en ressurs som bør utnyttes bedre for å oppnå mer desentraliserte spesialisthelsetjenester. Styret ber om en helhetlig plan for framtidig spesialitetsmessig og geografisk plassering av nye og ledige driftstilskudd, samt ønsket ambulering innenfor dagens avtaler. Denne planen må bli retningsgivende for utlysning av avtalene, og et ledd i Helse Nords desentraliseringsstrategi. Dette planarbeidet forutsettes avsluttet i løpet av første tertial 2006.”

Mandatforståelsen i arbeidsgruppa er som følger:

- Gruppa skal lage forslag til en helhetlig plan, med et tilnærmet 10-årsperspektiv – plan 2007 – 2015
- Gruppa skal komme med forslag både i forhold til nye og ledige driftstilskudd – der målet er mer desentralisering enn vi har i dag

- Planen skal være retningsgivende for hvor nye driftstilskudd skal lyses ut, og innen hvilke spesialiteter
- Grappa skal komme med forslag til hvordan vi oppnår desentralisering og ambulering innenfor dagens avtaleportefølje
- Grappa må se på hvor vi i dag har underdekning innen ulike spesialiteter, både geografisk rent spesialitetsmessig. I denne vurderingen må spesialistdekningen i HFene tas med i beregningsgrunnlaget.
- Planen vil ta utgangspunkt i dagens budsjettsituasjon, antallet hjemler og driftstilskudd, og vil ev. peke på behov for oppbyggingsområder ut over dette

1.3 Deltakere

Grappa har hatt status som *arbeidsgruppe* som skal utarbeide forslag til den planen RHF-styret har bedt om. Det er videre oppnevnt ei *styringsgruppe* for arbeidet som vil følge arbeidsgrappas arbeid underveis og legge saken fram for RHF-styret etter avlevering av planen.

Arbeidsgruppa har bestått av:

- Tove Klæboe Nilsen, leder av bestillerenheten i Helse Nord RHF - leder
- Lasse Djerv, psykiater med 50% driftstilskudd i Bodø
- Hans Eriksen, øyelege med 100% driftstilskudd i Tromsø
- Terje Christoffersen, avd.leder øyeavdelingen på UNN
- Per Ingve Nordheim, personaldirektør NLSH
- Trude Grønlund, kst. fagdirektør (til 01.02.2006)/rådgiver i Helse Nord RHF

Styringsgruppe for planen og arbeidsgruppa:

Trude Grønlund, fagseksjonen Helse Nord RHF

Finn Henry Hansen, direktør Helse Nord RHF

Lars Vorland, adm.dir. Helse Nord RHF

1.4 Prosess og milepæler i prosjektet

Arbeidsgruppa har hatt 5 møter i perioden november 2005 – mai 2006.

Deler av gruppa har hatt møter underveis med primærhelsetjenestegrappa/*arbeidsutvalg for samhandling med primærlegetjenesten og Helse Nord RHF* i Tromsø 19.januar, og avtalespesialistene har hatt møter med andre med driftsavtale med Helse Nord RHF. Arbeidet er løpende orientert om i de to samarbeidsutvalgene mellom RHF og Den norske legeförening/Norsk Psykologforening – avtalespesialistene.

Data som har vært brukt i arbeidet:

- Årsrapporteringsdata for 2004 og 2005 – volum på produksjon hos avtalespesialistene
- Oppdaterte oversikter alle avtaler/hjemler/driftsstørrelser og utøvelsessted – for Helse Nord's avtaler
- Oversikt ambulering innen dagens avtaler
- Oversikt forventet pensjonering i perioden
- Ny rammeavtale og mal individuell avtale framforhandlet med lege- og psykologforeningen (fra 2006)
- Planer for desentralisering/ambulering av spesialisthelsetjenester ved HFene

Kapittel 2 Det helsepolitiske og faglige grunnlaget for arbeidet

2.1 DSH-rapporten

Det har i lang tid vært en nasjonal helsepolitisk målsetting at befolkningens tilgang til helsetjenester skal være uavhengig av bosted eller sosial posisjon. Likevel har tiltagende spesialisering og skjerpede kvalitetskrav, med jevne mellomrom, utfordret aspekter ved den desentraliserte modellen for levering av spesialisthelsetjenester. Dermed oppstår noen dilemma og spenninger mellom enkelte fagmedisinske utviklingstrekk på den ene side og befolkningens mobilisering for å opprettholde eller styrke lokale helsetilbud på den annen side. Velferdsgevinsten ved at slike tjenester kan gis nærmere bostedet, er særlig stor for noen pasientgrupper: for eksempel eldre, funksjonshemmede og kronikere, grupper som både har stort og til dels hyppig behov for slike tjenester, og som ofte vil oppleve mange og lange reiser til sykehus som en urimelig tilleggsbelastning. Forutsetningene for desentralisering av tjenester, både i et samhandlings- og brukerperspektiv, er at de tjenestene som ytes er forutsigbare og har en forsvarlig kvalitet.

Utredningen om desentralisering av helsetjenester i Nord-Norge, vedtatt av styret i Helse Nord RHF i juni 2005, har som mål å få flere av tjenestene utført nærmere der folk bor. En slik desentralisering vil bringe oss nærmere realisering av den politisk vedtatte målsetting om at befolkningen har krav på likeverdige helsetjenester uavhengig av alder, bosted og kjønn.

Selv om enkelte utviklingstrekk i moderne medisin og pasientbehandling virker sentraliserende, gjelder ikke dette som noen generell tendens. Forenkling og standardisering har bidratt til å gjøre en rekke medisinske metoder sikrere og dermed enklere å utføre utenfor de store sykehusene. Rapporten målbærer derfor det synspunkt at disse nyere faglige forutsetninger for desentralisering må tas i bruk der verken økonomiske eller andre vektige hensyn tilsier noe annet.

For Helse Nord som forvalter store ressurser til spesialisthelsetjenester, er det god ressursforvaltning å bruke mindre penger på pasientreiser og mer på direkte pasientbehandling der folk bor. God ressursforvaltning innebærer også krav til kvalitet, og det forutsettes at de helsetjenester som desentraliseres har forsvarlig kvalitet.

2.2 Andre faglige planer og føringer fra Helse Nord

Styret i Helse Nord RHF har vedtatt flere faglige planer de siste årene. Sentralt er Tiltaksplan for psykisk helsevern, vedtatt i RHF-styret juni 2005. Planen foreslår å utvide antall nye driftstilskudd for avtalespesialister innen psykisk helse, både heltids- og deltidsavtaler. Videre foreslås det at DPS-områder med få private spesialister må prioriteres ved tildeling av hjemler. Generelt poengteres det at avtalespesialistene må samarbeide aktivt med den offentlige spesialisthelsetjenesten. Listen over ønskede tiltak i planen som styret prinsipielt sluttet seg til, innebærer økte ressurser til nye avtaler. For 2006 er flere av de foreslåtte tiltakene ikke realisert pga budsjettssituasjonen.

Forslagene om avtalespesialister i tiltaksplanen for psykisk helsevern må også ses i sammenheng med prioritering av øvrige områder i denne planen som vi nå legger fram for avtalespesialister, samt policy vedrørende hel- eller deltidshjemler.

Styret har tidligere vedtatt egen policy for private aktører, og her er også avtalespesialistene omtalt. Det vises til styresak 7.mai 2003, styresak oktober 2003, styresak 10. mars 2004, og

styresak 27.april 2005. Vedrørende avtalespesialistene er de spesielt omtalt i styresak 15-2004 (mars 2004):

Noen konkrete elementer i vår policy for bruk av avtalespesialistene vil være

- *deltakelse i faglig utvikling og samspill/samarbeid med det offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet.*
- *tilrettelegging for opplæring og veiledning av helsepersonell og at dette kan foregå i egen praksis. Eventuelle forpliktelser til slik opplæring og veiledning må fremgå av den individuelle avtalen.*
- *innføring av bedre rapportering - systemer for pasientdata/pasientadministrasjon som gjør det mulig for RHF å vurdere, kontrollere og planlegge m.v. den samlede spesialisthelsetjenesten.*
- *økt fokus på behandling av pasienter på helsepolitisk prioriterte områder på samme måte som for egne helseforetak.*
- *å sikre at prioriteringspraksis blir harmonisert med den tilsvarende i helseforetakene.*

Helse Nord RHF vil ta opp disse samarbeidstiltakene i regionale samarbeidsutvalg som vil bli etablert mellom RHF og tillitsvalgte for driftsspesialistene.

Kapittel 3 Rammebetingelser for avtalepraksis

Området avtalespesialister er regulert og styrt gjennom inngåtte avtaler med den enkelte spesialist og Helse Nord RHF. Spesialisten er selvstendig næringsdrivende, der avtalene inngås mellom RHF og den enkelte spesialist personlig. Den individuelle avtalen bygger på en sentral rammeavtale som er framforhandlet av representanter for partene, dvs. de 5 regionale helseforetak og Den norske legeförening og Norsk Psykologforening.

For alle legestillinger må det i tillegg foreligge hjemmel fra Nasjonalt Råd. Hjemler kan gjøres om fra offentlige til private, og omvendt, og kan også gjøres om fra en spesialitet til en annen. Det er RHF som disponerer hjemlene og som har muligheter til å gjøre eventuelle omdisponeringer.

3.1 Sentrale rammebetingelser som regulerer avtalepraksis

Rammebetingelser i forhold til avtaleform og innhold i praksis

Rammeavtalene med henholdsvis Dnlf og NPF gir føringer på både tildeling av driftstilskudd, spesialistens rettigheter og plikter, samt RHF's plikter og styringsrett. Det vises til de vedlagte avtalene for de ulike bestemmelsene.

Sentrale bestemmelser i forhold til rammeavtalen er at det åpnes opp for utekontor etter nærmere forhandlinger med den enkelte, og at det som hovedregel skal tildeles hele driftstilskudd/hjemler. Det er både hovedregelen som er avtalt med Legeföreningen og Psykologiföreningen, og det er slått fast i DSH-rapporten i 2005 (s. 198: ...nye avtaler bør lyses ut som heltidshjemler og forbeholdes avtalespesialister).

Det er videre helt sentralt i rammeavtalen at private avtalespesialister er en viktig del av det totale ressursgrunnlag og må benyttes slik at det gir best realisering i forhold til helsepolitiske mål. Rammeavtalen skal derfor bidra til å sikre befolkningen god tilgang til helsetjenester av høy kvalitet. Partene skal bidra til at offentlige ressurser innrettes mot å avhjelpe helsekøer og

løse uløste oppgaver i spesialisthelsetjenesten, samt til at pasienter med akutt og kronisk sykdom får korrekt medisinsk behandling.

I tråd med dette skal legen/psykologen foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling i henhold til regionale og nasjonale mål og prioriteringer og lovgivning.

Økonomiske rammebetingelser

Avtalespesialistens inntekter består av driftstilskudd fra RHF, takster fra Rikstrygdeverket og egenandeler fra pasienten.

De økonomiske rammebetingelsene legges i *statsavtalen* der størrelsen på driftstilskuddene samt takstene fra Rikstrygdeverket justeres hvert år. Videre avgjøres de økonomiske rammebetingelsene av hvilken driftstilskuddsklasse den enkelte avtale vurderes til av RHF (1-3 for legene, kun 1 klasse for psykologene). *Rammeavtalen* mellom Dnlf/NPF og RHFene regulerer at spesialisten skal kunne forhandle om økonomi vedrørende utekontor. Ordninger som kan tenkes er dekning av reiseregning (dekkes for all avtalt ambuleringspr. i dag), faste honorar pr. dag for utekontor eller fast høyere driftstilskudd for å dekke utgiftene til ambuleringspr.

3.2 Muligheter og utfordringer ved å bruke avtalespesialister

Målet om mer desentraliserte spesialisthelsetjenester kan oppnås gjennom driftsavtaler for avtalepraksis, ambuleringspr. av avtalespesialister eller ambuleringsordninger for HF-ansatte utenfor de sentrale byområdene.

3.2.1 Muligheter

Avtalespesialistene har ofte høye behandlingsvolum samtidig som produksjonen oftest vil være rimeligere enn produksjon i en sykehusavdeling/poliklinikk, dette pga. praksisens organisering og innhold. Avtalespesialistenes oppgave er i dag stort sett pasientbehandling, det høye volum er således til dels en konsekvens av at avtalespesialistene i dag har et mindre spekter av oppgaver enn sine kolleger i sykehusene. Rammeavtalen åpner imidlertid for at avtalespesialisten kan drive opplæring og veiledning av helsepersonell i avtalepraksisen, det skal også arbeides for at spesialistutdanning skal kunne skje i avtalepraksis (§ 7.3 og 7.4). En kan også tenke seg at forskning med tiden vil kunne bli et viktigere element også i avtalepraksis. Oppgavespekteret kan således bli et annet i fremtiden.

Avtalespesialisten vil indirekte være forpliktet til å rette seg etter myndighetskrav knyttet til bruk av kvalitetsindikatorer ettersom RHF'et på den ene siden kan fastlegge bindende prioriteringer med hensyn til hjemmelens driftsprofil og på den andre siden ha kontroll med at etablerte prioriteringer følges opp gjennom regelmessige driftsdatarapporter fra avtalespesialisten.

Avtalespesialisten er som alle andre næringsdrivende forpliktet til internkontroll, dette er også nedfelt i "Rammeavtalen".

De økonomiske incentiver for økt pasientbehandling er sterkere i avtalepraksis som en følge av elementet av stykkprishonorering i avtalepraksis.

Erfaringene hittil tilsier at en ved å benytte avtalespesialister kan oppnå stabil spesialistdekning – samme spesialist over mange år.

Der avtaler med private spesialister kan gi tilbud med likeverdig kvalitet til en akseptabel kostnad kan det vurderes å bruke avtalespesialister/opprette nye private hjemler. Krav til tilstrekkelig pasientgrunnlag, tilknytning til et fagmiljø og sannsynlighet for rekruttering er viktige elementer i vurderingen av hvor hjemlene/praksisene skal lokaliseres.

Der pasientgrunnlaget er mer begrenset kan tilbudet gis gjennom ambulering. Plikten til ambulering må i så fall være nedfelt som et vilkår i utlysningsteksten til den hjemmelen ambuleringssaktiviteten er knyttet opp mot, dette for å garantere forutsigbarhet og stabilitet. Helse Nord RHF må også vurdere å forhandle fram flere tilleggsavtaler om ambulering med flere av dagens avtalespesialister.

3.2.2 utfordringer

Det vises igjen til rammeavtalen mellom RHF og Legeforeningen/Norsk Psykologiforening som regulerer avtalespesialistens virksomhet. §6 fastslår at det forutsettes at driften utføres i henhold til regionale og nasjonale prioriteringer. RHF og spesialist kan - i den individuelle avtalen – foreta en spesifisering av faglig virkeområde og profil for avtalepraksisen. RHF kan kreve at legen regelmessig rapporterer driftsdata elektronisk i henhold til mal definert av RHF/NPR, herunder at RHF kan innhente aktivitetsdata fra RTV, for å synliggjøre produksjon utført av legene. Dette vurderes som positive styringsmuligheter og gjøres i dag, og skal forbedres fra 2007. Det er viktig at RHF får muligheter til å se hvilken type pasienter eller prioriteringer som gjøres både av HFene også av avtalespesialistene.

Avtalespesialisten har formelt ikke plikt til å følge prioriteringsforskriften. Han/hun er imidlertid bundet opp gjennom §6.1 i rammeavtalen til å ”bidra til hensiktsmessig samhandling med HF i forbindelse med behov for å utrede/behandle pasienter som har ventet lenge. RHF tilrettelegger for gjensidighet i slik samhandling bl.a. gjennom samarbeidsutvalget (legene/psykologene) og bruk av styringsdokumenter (HF)”. Når de private avtalespesialistene ikke er pålagt å legge prioriteringsforskriften eller tildeling av rett til nødvendig helsehjelp til grunn for sitt arbeid, har vi i praksis to ulike systemer for prioritering i spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialistene prioriterer, men det har vært vanskelig for RHF som oppdragsgiver å vurdere hvorvidt det er de mest alvorlig syke som får behandling først. Det kan videre være vanskelig å vurdere hvorvidt all aktiviteten er spesialisthelsetjeneste. Vi vet også lite om hvem som avvises pga lang ventetid. Fra 2007 vil det komme nye nasjonale rapporteringskrav for alle avtalespesialister som vil resultere i at RHFene får denne informasjonen.

Avtalespesialisten er selvstendig næringsdrivende. Det må forhandles frem avtale om honorering, stipulering av leie og kompensasjon for tapt inntekt ved hovedpraksisen i den grad det er tale om ambulering til offentlig utrustede ambuleringsteder.

Kapittel 4 Status for desentraliserte spesialisthelsetjenester

4.1 Avtalespesialistene – lokalisering og ambulering

Tjenestene som gis av privatpraktiserende spesialister er geografisk spredt. 28,5 % av årsverkene i avtalene med Helse Nord finnes lokalisert i Bodø, 30 % i Tromsø, og 41,5 % andre steder – med stor geografisk spredning. Det er imidlertid et unntak – og det er at det er nesten ingen avtaler i Helse Finnmarks opptaksområde.

I hovedtrekkene er spesialitetene *lokalisert* med fast kontorsted som følger:

- Gynekologi – i Bodø, Tromsø, Narvik (6,3 årsverk)
- Hud – i Bodø og Rana (1,75 årsverk)
- Revmatologi/nevrologi/pediatri – nesten ikke-eksisterende i privatpraksis i regionen (0,2 årsverk i hver spesialitet)
- Indremedisin – spredt i regionen (3,65 årsverk)
- Kirurgi – primært i Bodø (2,25 årsverk)
- ØNH – spredt i regionen (5,45 årsverk)
- Øye – også spredt, men med mange avtaler i Tromsø (6 av 15 årsverk), og halvparten av det i Bodø (3 av 15 årsverk) (15,27 årsverk)
- Psykiatri – primært i Tromsø/Bodø, ingen i Finnmark eller på Helgeland (6,6 årsverk)
- Psykologi – 16,43 årsverk spredt i hele regionen, unntatt Finnmark.

Enkelte avtalespesialister ambulerer innenfor sin avtalepraksis, eks. psykolog i Narvik med en kontordag i uka på Evenskjer. Det er et fåtall – 7 spesialister - som har avtalt denne typen ambulering:

Spesialitet	Ambulerer fra	Ambulerer til - kontorsted
Hud	Bodø	Rana
Øye	Bodø	Mosjøen
Øye	Tromsø	Finnsnes
Gyn	Tromsø	Finnsnes
Indremedisin/lunge	Tromsø	Alta
Psykologi	Narvik	Evenskjer
Psykologi	Nordreisa	Skjervøy

En annen variant er de som har hovedstilling i et HF og reiser til avtalepraksis et annet sted. Hovedtyngden av disse har hovedstilling ved Nordlandssykehuset Bodø og har privatpraksis på Helgeland. Noen leier kontor og utstyr i Helgelandssykehuset, og noen driver denne delpraksisen fra kontorsted utenfor sykehuset. 6 spesialister driver denne type ambulering.

Spesialitet	Hovedstilling i HF i	Avtalepraksis
Hud	Bodø, NLSH	Rana
Pediatri	Bodø, NLSH	Rana
ØNH	Bodø, NLSH	Rana
ØNH	Sandnessjøen, Helgelandssykehuset	Brønnøysund
Øye	Bodø, NLSH	Mosjøen
Revmatologi	Harstad, Hålogalandssykehuset	Narvik, Ørnes

For disse spesialistene som ambulerer gjelder det at utedelen av praksisen er på 20 %, med ett unntak (begge hudhjemlene i Rana er på 35 %). Hovedbildet er at en begrenset andel av avtalespesialistene ambulerer, og at den desentralisering som oppnås gjennom bruk av private avtalespesialister primært er et resultat av hvor avtalene geografisk er lokalisert.

Antatt ledighet i hjemler vises av vedlagt oversikt over pensjonering i planperioden.

4.2 Helseforetakene – ambulering og desentraliseringsplaner

I rapporten om desentraliserte spesialisthelsetjenester, vedtatt i juni 2005, er det redegjort for den betydelige andel (25 prosent) av Helse Nords samlede polikliniske aktivitet på dagtid som utføres av de private spesialistene (somatikk). Analysene i rapporten viser i tillegg at den geografiske fordelingen av de private spesialistenes *pasienter* ikke er vesentlig annerledes enn tilsvarende fordeling ved helseforetakenes poliklinikker; altså kommer også det private spesialisttilbudet befolkningen i distriktene til gode. Blant de private spesialistene foregår det imidlertid en begrenset ambulering. Private avtalespesialister kan, i likhet med helseforetaksansatte, benyttes for å oppnå målet om mer desentraliserte spesialisthelsetjenester; det være seg gjennom ambuleringsordninger eller gjennom lokalisering av hjemler utenfor de sentrale byområdene.

Utvidelse av ambuleringsordningene, både for offentlige og privatpraktiserende spesialister foreslås i første omgang konsentrert til de DMS-er/spesialistpoliklinikker som allerede er etablert eller som er under etablering. Andre lokasjoner kan vurderes dersom pasientvolum og økonomi tilsier at det er en fornuftig utnytting av tilgjengelige ressurser. Styret i Helse Nord vedtok, under behandlingen av rapporten, at helseforetakene skulle utvikle lokale planer for videreutvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester. Det er derfor naturlig å også se på helseforetakenes desentraliseringsplaner når vi vurderer lokalisering av desentrale tjenester fra avtalespesialisene, for at de to gruppenes tilbud skal kunne ses i sammenheng.

Befolkningstall i sykehuskommuneområdene (pr. 1.1.2006)

SUM HELGELANDSSYKEHUSET	76 083
Herav Rana, Alstahaug og Vefsn	46 101
Herav kommuner uten sykehus	29 982
SUM NORDLANDSSYKEHUSET	97 955
Herav Bodø og Vestvågøy	55 789
Herav kommuner uten sykehus	42 166
SUM HÅLOGALANDSSYKEHUSET	101 295
Herav Narvik, Harstad og Hadsel	49 594
Herav kommuner uten sykehus	51 701
SUM UNN	112 768
Herav Tromsø	63 596
Herav kommuner uten sykehus	49 172
SUM HELSE FINNMARK	72 937
Herav Hammerfest og Sør-Varanger	18 825
Herav Alta	17 889
Herav kommuner uten sykehus og DMS	36 223

Det er vanskelig å gjøre beregninger på antallet anbefalte spesialister pr. 10 000 innbyggere. Det er ikke laget normtall for de ulike spesialitetene verken fra Legeforeningen, RHFene eller sentrale myndigheter. Det er imidlertid utarbeidet en oversikt over spesialister med driftsavtale pr region (kilde www.SSB.no):

Spesialister med driftsavtale. Årsverk etter region, spesialiteter og pr. 100.000 innbyggere (SSB 2004).

	Helse Nord	Helse Midt	Helse Vest	Helse Sør	Helse Øst
Indremedisin	0,25	0,80	0,71	1,72	2,24
Hud	0,38	1,15	0,71	1,26	1,68
Barnesykdommer	0,04	0,53	0,11	0,3	1,27
Nevrologi	0,09	0,39	0,17	0,38	0,39
Kirurgi	0,22	0,09	0,32	0,46	0,29
Gynekologi	1,36	1,01	1,85	2,13	2,34
Psykiatri	1,43	1,24	2,92	3,66	5,83
Psykologi	3,55	4,74	9,70	5,81	13,51
Revmatologi	0,04	0,0	0,34	0,18	0,22
ØNH	1,35	1,32	1,88	1,47	2,73
Øye	3,56	2,87	2,81	3,60	3,48
Andre spes.	0,64	0,29	2,35	0,37	1,34

4.3 Mest aktuelle steder for ytterligere desentralisering og/eller ambulering

4.3.1 Helse Finnmark HF

Det er et uttalt mål at Helse Finnmark i størst mulig grad skal tilby desentraliserte spesialisthelsetjenester der dette er faglig mulig og riktig når kostnadene kan forsvares ut fra en samfunnsnyttig helhetstenkning.

Helse Finnmark er i ferd med å skaffe oversikt over pasientbehandling foretatt i og utenfor eget fylke, fordelt på kommune og tjenestetype. Materialet vil bli analysert med tanke på ytterligere desentralisering av tilbud og/eller kapasitetstilpasninger slik at flest mulig pasienter kan få et tilbud nært sitt bosted. Analysen forventes ferdig innen 1. april 2006. Videre oppfølging vil ta utgangspunkt i denne.

Ambulant virksomhet er særlig utfordrende for Helse Finnmark som i utgangspunktet har små og til dels sårbare fagmiljøer og der spesialistene allerede har en høy vaktbelastning. Et tett faglig forpliktende samarbeid med UNN er en forutsetning for å opprettholde og videreutvikle det ambulante tilbudet. **Det anses også som aktuelt å benytte avtalespesialister for å oppnå målsettingen om å gi pasientene et tilbud nærmest mulig sitt bosted.**

Alta Helsesenter

Helse Finnmark, Klinikk Hammerfest, har det overordnede ansvaret for oppfølging av Spesialistpoliklinikken i Alta. Klinikk Hammerfest planlegger å øke antall dager ved

poliklinikken i Alta fra 99 (1. halvår 2005) til 115 (1. halvår 2006). Økningen skjer på flere områder, mest innenfor indremedisin. Det fremkommer videre av planen til Helse Finnmark at *”Det kan bli aktuelt å be Helse Nord opprette hjemler for privatpraktiserende spesialister i Alta, spesielt innenfor indremedisin”*. I etterkant av ferdigstilling av planen, har Helse Finnmark meldt at behovet for indremedisiner i Alta, mest hensiktsmessig kan løses ved å ansette en indremedisiner i klinikk Hammerfest med arbeidssted Alta. Det defineres imidlertid også behov for ambulerende avtalespesialister innenfor fagområdene **øre-nese-hals, øyesykdommer** og **gynekologi**.

Med utgangspunkt i Helse Nord's investeringsplaner og krav om økt spesialisthelsetilbud fra Alta kommune, har Helse Nord og Helse Finnmark startet et eget utviklingsprosjekt rettet mot opptrapping av spesialisthelsetilbudet i Alta. **Økt ambulerende til Alta er derfor et aktuelt tiltak. Ambuleringen kan/bør innbefatte avtalespesialistene, eller aller helst oppretting av faste avtalehjemler for privatpraksis.** Det er pr. i dag en 20% avtalepraksis i indremedisin (lunge) i Alta.

Spesialistlegesenteret i Karasjok

Klinikk Kirkenes har ambulante tjenester innenfor ønh og revmatologi og disse spesialistene ambulerer også til Karasjok. Det er videre bl.a. ambulerende av gynekolog fra Hammerfest. Karasjok har fra før av ambulante tjenester også fra spesialister ved UNN (indremedisin og lunge) og Helse Finnmark anser derfor tilbudet i Karasjok å være dekkende i forhold til behovet og med de avtalene om ambulerende som eksisterer i dag. Det er i tillegg en 100% avtale med indremedisiner/kardiologi i Karasjok.

4.3.2 UNN HF

Distriktsmedisinsk senter Nord-Troms, Nordreisa/Sonjatun Helsesenter

Nord-Troms-regionen omfatter de fire kommunene Nordreisa, Skjervøy, Kvænangen og Kåfjord med til sammen om lag 11.500 innbyggere. Det er lang avstand til UNN (23 mil fra Storslett og 32 mil fra Burfjord), noe som gjør at behovet for desentraliserte spesialisthelsetjenester fra UNN er tilstede. Det fremheves som mulig å etablere flere desentraliserte spesialisthelsetjenester i lokaler på Helsesenteret Sonjatun på Storslett.

UNN er avtalepart i forbindelse med drift av lokal sykestue, fødestue og områdegeriatrisk team. Tilbudene drives av Nordreisa kommune som vertskommune med finansiering fra UNN. UNN har et faglig overordnet ansvar for disse tjenestene og et etablert medisinsk faglig systemansvar for fødestuevirksomheten. Fra mai 2006 vil det være etablert digital røntgentjeneste i regi av UNN tilknyttet helsesenteret i Nordreisa. Tilbudet vil bli betjent av radiografer som ambulerer fra UNN.

Privat avtalespesialist med driftsavtale med Helse Nord RHF innenfor øre-nese-hals driver poliklinisk virksomhet på Storslett 1 dag pr. måned. Avtalespesialist i klinisk psykologi (60%) er også lokalisert på Storslett.

Fra DMS Nord-Troms er det fremhevet behov for tjenester fra ambulerende **øyeyespesialist**. Fra Øyeavdelingen, UNN er det uttalt at slikt tilbud ikke kan etableres av hensyn til ressurser og andre oppgaver i sykehuset/universitetet samt ambulerende til Finnmark. Opp mot dette må en se nærmere på hvorvidt det er mulig å tilpasse noen av avtalespesialistene innen øyesykdommer i forhold til ambulerende til Nord-Troms. Tiltaket forutsetter imidlertid relativt

store investeringer både med hensyn til instrumenter og personale og en må vurdere om kostnadene kan forsvares ut fra en samfunnsmessig helhetstenkning.

Fra DMS Nord-Troms fremheves videre behovet for ambulante tjenester innenfor **hudsykdommer** – det pekes på at antall henvisninger til hudavdelingen ved UNN fra Nord-Troms er forholdsvis lavere enn for Midt-Troms. I følge fastleger i Nord-Troms er geografisk avstand til behandlingstilbud en mulig medvirkende årsak til dette. I tilknytning til det beskrevne systemansvar for fødestuen på Storslett fremheves behov for ambulerende **gynekolog**.

Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms, Lenvik

DMS Midt-Troms er et prosjekt som ble lansert i 2003 med mål å etablere utvidede spesialisthelsetjenester for befolkningen i 10 kommuner i Midt-Troms med om lag 34.000 innbyggere. Området er det område i landet med størst befolkningsgrunnlag som har lengst avstand til nærmeste sykehus. Prosjektet omfatter også interkommunale tiltak som legevakt, rehabiliteringstjenester, kompetansenettverk etc. En ønsker utvidelse av ambulante polikliniske spesialisthelsetjenester, utbygging av et antall senger i lokal institusjon for å ha mulighet til innleggelser samt etablering av dialyseenhet på Finnsnes.

Prosjekt DMS Midt-Troms har et opptaksområde som faller sammen med opptaksområdet for Troms Militære Sykehus (TMS). Det er enighet mellom de to partene om å samarbeide om tjenestetilbudet til befolkningen. For UNNs bidrag i en videre utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester i Midt-Troms er dette samarbeidet en forutsetning.

UNN er avtalepart i forbindelse med drift av lokal fødestue og områdegeriatrisk team på Lenvik helsesenter. Tilbudene drives av Lenvik kommune som vertskommune med finansiering fra UNN. UNN har et overordnet faglig ansvar for begge virksomhetene og et etablert medisinsk faglig systemansvar for fødestuen. Kvinneklinikken har i tillegg etablert konsultasjonsdag 1 dag pr. måned (poliklinikk).

Privat avtalespesialist med avtale med Helse Nord RHF innenfor øre-nese-hals driver poliklinisk virksomhet 1 dag pr. måned på Finnsnes. Det er videre innvilget ambulerende fra både privatpraktiserende øyelege og gynekolog fra Tromsø til Finnsnes. 2 avtalespesialister i klinisk psykologi er lokalisert i Lenvik (1) og Målselv (1)

Det er skissert behov for å se nærmere på hvorvidt det er mulig å tilpasse flere av avtalespesialistene innen øyesykdommer i forhold til ambulerende til Midt-Troms.

4.3.3 Hålogalandssykehuset

Hålogalandssykehuset har ikke utarbeidet egen plan

4.3.4 Nordlandssykehuset HF

Se kap. 4.5.

4.3.5 Helgelandssykehuset HF

Brønnøysund spesialistpoliklinikk og helsesenter

Fra desentraliseringsplanen for Helgelandssykehuset fremkommer følgende ambulerende virksomhet i Helgelandssykehuset:

Fagområde	Ambulerer fra	Ambulerer til
Indremedisin	Sandnessjøen	Brønnøysund
Pediatri	Sandnessjøen	Brønnøysund og Mosjøen
Gynekologi	Sandnessjøen	Brønnøysund
Kirurgi	Sandnessjøen	Brønnøysund
Ortopedi	Mo i Rana	Brønnøysund
Raumatologi	Mo i Rana	Brønnøysund
Pacemaker oppf	Sandnessjøen	Mo i Rana og Mosjøen

I Brønnøy er det i dag en somatisk spesialistpoliklinikk, psykiatri for barn og voksne, fødestue, rehabilitering og ambulanse på land, vann og i lufta.

Ansvar for Brønnøyaktiviteter er tillagt Helgelandssykehuset Sandnessjøen. ØNH-virksomheten i Brønnøysund skal skje i privatpraksis av ØNH-spesialist i eksisterende avtale med Helse Nord RHF. De to andre sykehusenhetene yter ambulansetjenester mht. satsningen på spesialistpoliklinikken. Det er behov for å forsterke aktiviteten i Brønnøy samtidig som det ses på samordningsmuligheter mellom alle tjenestene.

Både Nordlandssykehuset og UNN har stilt seg positive til å delta med ambulante spesialister innen de fagområder der behovet er størst. Det har vært et møte med Nordlandssykehuset der en har sett på aktuelle fagområder der det er flest polikliniske konsultasjoner fra Helgeland. Disse fagområdene er ØNH, øyesykdommer, revmatologi, ortopedi. **Det er ikke i planen fra NLSH eller Helgelandssykehuset gjort vurderinger av om noen av disse ambuleringer kan erstattes av avtalespesialister.**

4.4 Steder utenom DMS og DPS-steder.

Aktuelt i Helse Finnmark - Vadsø

Kirkenes har det organisatoriske ansvaret for spesialisttjenester innen nevrologi, hud/lysbehandling og audiografi i Vadsø.

Det vurderes å etablere et samarbeid om et kreftpoliklinisk pasienttilbud i Vadsø i forbindelse med cytostatica-kurer. Dette har foreløpig vært stilt i bero på grunn av uavklarte faglige ansvarsforhold. Etablering av Lindrende enhet ved Medisinsk avdeling fra 1.3.2006, gir muligheter til å inngå et nærmere samarbeide med kommunene i forbindelse med inn/utskrivninger og oppfølging av kreftpasienter/smertebehandling hvor bl.a. telematikk og sykestueplasser er aktuelle samarbeidsområder. Det har vært vurdert å etablere et ambulant

røntgentilbud i Vadsø, men foreløpige konklusjoner er at dette blir relativt kostbart. Dette kan forandre seg når utstyrskostnadene reduseres.

Aktuelt for Nordlandssykehuset – Meløy, Fauske, Vågan

Av plan for desentralisering av spesialisthelsetjenester ved Nordlandssykehuset går det frem at NLSH har prioritert å finne frem til aktuelle områder som tilfredsstillende premisser lagt av Helse Nord med hensyn til volum og selvfinansiering. Realisering av de forslag som fremmes vil kreve ytterligere detaljering og planlegging.

NLSH har gjennomført møter med Helgelandssykehuset, Meløy kommune, Fauske kommune, UNN samt møte i Lofoten med deltakere fra sykehuset og Vågan og Vestvågøy kommuner. Arbeidet har i tillegg vært presentert for Salten regionråd.

I Nordlandssykehusets plan foreslås det at det arbeides videre med sikte på desentralisering av tilbud innenfor **ortopedi inkludert røntgen, øre-nese-hals, og gynekologi**.

Etablering av tilbud innenfor ortopedi inkludert røntgen gir større økonomisk risiko enn etablering innenfor ØNH og gynekologi siden det vil måtte gjøres investeringer på om lag 2 mill kr for å realisere slik tilbud. Videre planlegging innenfor ortopedi/røntgen forelås likevel gitt førsteprioritet og at en eventuell etablering skjer først på Fauske siden pasientgrunnlaget er størst her. Dette gir også minst økonomisk risiko.

Det vil kunne være noe usikkerhet knyttet til tilgangen på legeressurs siden ambuleringsmåte må skje på frivillig basis og ihht egen avtale med den enkelte lege.

NLSH vurderer at en del av de tjenester som er aktuelle også kan tilbys av spesialister med avtalehjemmel.

Lofoten

Det gjøres mellom 6.000 og 7.000 konsultasjoner på pasienter fra Lofoten ved sykehuset i Bodø. Om lag 5000 av disse kommer fra Vestvågøy og Vågan (henholdsvis om lag 2800 og 2200). I tillegg kommer konsultasjoner hos private spesialister. Vi har ikke anslag over antall konsultasjoner pga at det ikke er rapportering basert på pasientens hjemkommune pr dato fra avtalespesialistene..

Utover de tjenester som er etablert/under etablering i Lofoten ble det konkludert med at hud og eventuell mobil røntgen for betjening av Vågan/Svolvær kunne være aktuelle områder å utvikle videre. Videre ble mulighetene for noe ambuleringsmedisin diskutert.

Meløy

Antall konsultasjoner på pasienter fra Meløy ved Nordlandssykehuset i Bodø utgjør mellom 4000 og 5000 pr år. I tillegg kommer konsultasjoner hos private spesialister.

I møtet med Meløy kommune ble det konkludert med at **ortopedi, øre-nese-hals og gynekologi** vil være de mest aktuelle fagområdene for desentralisering.

Utfordringen i forhold til ambuleringsmedisin til Meløy vil være lang reisetid, noe som vil gjøre det mindre attraktivt for spesialist å reise dit.

Fauske

Antall konsultasjoner på pasienter fra Fauske, Saltdal og Sørfold ved Nordlandssykehuset i Bodø utgjør rundt 12.000 pr år. I tillegg kommer konsultasjoner hos private spesialister. Deler av Tysfjord, Steigen og Hamarøy kommuner vil også kunne danne grunnlag for et eventuelt desentralt tilbud på Fauske.

De mest aktuelle områdene for desentralisering til Fauske vil være **ortopedi, øre-nese-hals og gynekologi**. Øye, medisin, kirurgi, hud, nevrologi og revmatologi tilfredsstiller også kravet til flere enn 400 konsultasjoner. Når det gjelder øye så er det etablert et tilbud på Fauske i regi av privat spesialist og dette området vurderes derfor å ikke være aktuelt. Når det gjelder medisin og kirurgi vil det innenfor de enkelte grenspesialiteter ikke være tilstrekkelig grunnlag. Når det gjelder revmatologi og nevrologi vil dette eventuelt kunne vurderes når spesialistdekningen ved NLSH er blitt bedre.

Kapittel 5 Situasjon og ønske/behov for desentralisering av privatpraktiserende avtalespesialister

5.1 Generelle betraktninger

Vurderingen av hvilke fagområder som egner seg for desentralisering er gjort i Helse Nords rapport fra juni 2005. Disse vurderingene baserer seg på en avveining av ulike faktorer med betydning for mulig desentralisering. Disse faktorene er først og fremst:

- Pasientens behov for nærhet til tilbudet
- Spesialisthelsetjenestens avhengighet av forsvarlig bemanning i forhold til ivaretagelse av akuttfunksjoner
- Nødvendig tilgang på apparaturkrevende spesialundersøkelser og samarbeid mellom flere grupper personell
- Hensynet til sykehusenes oppgaver i forhold til utdanning og forskning
- Sårbare/rekrutteringssvake spesialiteter

Det er en positiv grunnholdning til ambulerende i fagmiljøene, blant både leger i sykehus og privatpraktiserende legespesialister- og psykologer. De faglige vurderinger som er fremkommet i desentraliseringsrapporten, er et godt utgangspunkt for det videre arbeid med å avgrense og identifisere innhold og volum for ambulante tjenester som kan egne seg for privatpraksis desentralt. Mulighetsrommet kan imidlertid også tøyes for langt, slik at det truer krav til kvalitet, hensyn til sykehusenes kapasitet og hensynet til kostnadseffektivitet.

Det er både økonomiske og praktiske argumenter for at en spesialist ambulerer i stedet for at 10-15 pasienter "ambulerer" tilsvarende (DSH-rapporten, kap. 7.2). Disse beregningene vil variere noe ut fra den aktuelle spesialitet og reisestrekning. Flere eksempler ble gitt på både pasientkategorier og mulige lokalisasjoner for utvidede tilbud basert på ambulerende spesialist fra både vurderingsgruppene og kommunelegefora.

Det vektlegges i rapporten at det ikke må være vesentlig kortere ventetider ved et tilbud sentralt versus desentralt, da pasienten i slike tilfeller vil henvises til sentralt tilbud. Dette vil også gjelde for privatpraktiserende sentralt versus desentrale tilbud.

Problemer som kan trekkes fram innen flere av spesialitetene er at en stadig større andel av konsultasjonene utføres i kombinasjon med apparaturkrevende spesialundersøkelser, spesielle røntgenundersøkelser/ laboratorieundersøkelser eller med bistand fra andre spesialister, evt. kollegaer fra samme spesialitet. Det oppfattes derfor ikke som meningsfullt, eller ressursbesparende, å ambulere for konsultasjoner hvor pasienten likevel må reise til sykehus senere for å få gjort supplerende undersøkelser. De pasientgruppene som krever kostbart ikke-mobilt medisinsk teknisk utstyr som ledd i undersøkelsen eller behandlingsprosedyren, anses heller ikke i de fleste tilfellene som aktuelle å behandle desentralt.

Bemanningssituasjonen i sykehusavdelingene er også noe som må tas hensyn til ved vurderingen av nye hjemler for desentralisert avtalepraksis. Helseforetakenes sørge-for ansvar for å kunne gi akutt hjelp ved alvorlig sykdom og skade, medfører vaktordninger som nødvendiggjør et visst antall leger i sykehusene. Økt antall hjemler til privatpraksis innenfor spesialiteter hvor vi i dag sliter med bemanningen i forhold til å ivareta beredskap og døgnbehandling, kan true foretakenes evne til å oppfylle sørge-for ansvaret. Dette kan variere fra foretak til foretak. Et eksempel vil være innenfor gynekologi, hvor deler av foretaksgruppen har store problemer med å trekke til seg nok gynekologer for å ivareta beredskapen ved fødeavdelingene, mens andre ikke har problemer med spesialistdekning.

Likeledes må en ivareta en forsvarlig utvikling av helseforetakenes ansvar for forskning og utdanning. Rekrutteringssvake fagområder, som for eksempel psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, revmatologi, geriatri og fysikalsk medisin og rehabilitering, er alle avhengig av at det utdannes langt flere spesialister for at helseforetakene skal være i stand til å gjennomføre tiltakene i opptrappingsplanen/ kronikerplanene. Oppretting av nye hjemler for privatpraktiserende avtalespesialister innenfor disse fagene, vil kunne svekke rekruttering til stillinger i helseforetakene og vanskeliggjøre sykehusenes mulighet for godkjenning som utdanningsinstitusjon.

5.2 Aktuelle fagområder

Det vises til kap. 9 i rapporten ”Desentralisering av spesialisthelsetjenesten i Helse Nord”. For vurdering av aktuelle fagområder for desentralisering/ambulering ble det etablert 12 vurderingsgrupper med utgangspunkt i de kliniske miljøene i landsdelen. Gruppene var sammensatt av sykehusspesialister og avtalespesialister, samt at kommunelegefora er konsultert rundt de samme temaer. Vurderingene fra disse fora brukes for å skissere hvilke fagområder som kan desentraliseres **og om det utgjør noen forskjell om tjenesten ivaretas av sykehusleger eller privatpraktiserende spesialister.**

I forbindelse med ambulering klarer tilnærmet alle spesialiteter seg med et begrenset areal og fleksible rom som gjerne kan brukes av andre, både andre spesialiteter og profesjoner, de dager det ikke ambuleres. Planlagt dagsproduksjon varierer mellom spesialitetene, men ligger i størrelsesorden 10-15 konsultasjoner per dag.

Det er en positiv holdning fra kommunelegefora til økt bruk av avtalespesialister som ambulerende spesialister desentralt, spesielt innen fagfelt som **øye, øre-nese-hals, hud og gynekologi**. Det oppgis at det bør sees nærmere på arbeidsdelingen mellom sykehusets poliklinikker og de privatpraktiserende spesialistene. Ambulering i distriktene som en del av de privatpraktiserende spesialistenes avtale er foreslått som en mulighet.

Det synes ikke å være faglige argumenter for om ambulering skal ivaretas av sykehusspesialister eller avtalespesialister. Kommunelegefora oppgir likeledes at det spiller mindre rolle om det er sykehusspesialist eller avtalespesialist som ambulerer til distriktene.

5.2.1 Kirurgi

Det oppleves å være et større potensial for desentralisering av de kirurgiske tjenestene, forutsatt at forholdene legges til rette for det. Det ambuleres i dag til DMS-enheter, spesielt er det mye kirurgisk virksomhet ved Troms Militære sykehus (TMS). utfordringer knyttet til ytterligere ambulering i regionen er kapasitetsproblemer. Svært stor grad av subspecialisering innen faget medfører at det må ambuleres på subspecialistnivå. Hvilke kirurgiske tjenester som kan gis desentralt avhenger av infrastruktur der tjenesten utøves. Lokalsykehus vil naturligvis ha langt bedre støttetjenester enn et DMS. Utover en mulig økt desentralisert kirurgisk virksomhet i Alta og Troms Militære sykehus, ivaretatt av kirurger fra Hammerfest og UNN, og Lofoten ivaretatt av NLSH, anses det ikke hensiktsmessig å etablere ytterligere desentralisering innenfor kirurgi. Både fordi det er kostnadskrevenende, apparatutkrevenende og det er få avtalepraksiser innen faget.

Konklusjon – anbefaling:

- Flere desentrale praksiser – anbefales ikke
- Mer ambulering innen privatpraksis – anbefales ikke
- Nye avtaler – anbefales ikke

5.2.2 Ortopedi

Innen fagfeltet ortopedi har spesialister i lengre tid ambulert til både lokalsykehus og DMS-enheter (spesielt TMS) og det er et potensial for ytterligere ambulering. Det aller meste av konsultasjonene kan tas desentralt så lenge man har tilgang til røntgen og hjelpepersonell. Ved økt ambulering ønskes det heller at det satses på at ambuleringen foregår fra sykehusmiljøene (felles fagmiljø) ved å styrke bemanningen, enn at praktiserende spesialister utfører tjenesten.

Konklusjon – anbefaling:

- Flere desentrale praksiser – anbefales ikke
- Mer ambulering innen privatpraksis – anbefales ikke
- Nye avtaler – anbefales ikke

5.2.3 Indremedisin

Det ambuleres i dag innen flere subspecialiteter innenfor fagfeltet indremedisin. Spesielt overføring av utredning og kontroller fra et høyere nivå til lokalsykehus antas å ha et potensial. Mye av den polikliniske generelle indremedisinen er ikke knyttet til tekniske prosedyrer. Med kombinasjon av klinisk undersøkelse, laboratorieundersøkelser, røntgen thorax og eventuelt ultralyd undersøkelser dekkes en stor andel av disse konsultasjonene.

Diabetespoliklinikk egner seg desentralt, men mange av disse kontrollene er nå overtatt av fastlegene. Et annet område som egner seg er lungepoliklinikk med sykepleiere og lungespesialist, dog ikke bronchoscopi. Det mangler kompetanse innen geriatri, og det hadde vært ønskelig med ambulering og virksomhet innen denne spesialiteten.

Det er få privatpraktiserende spesialister på feltet og virksomheten er utstyrskrevene, så det foreslås ikke å øke ambulering for de aktuelle avtalespesialistene. Vi anbefaler at desentralisering til lokalsykehus heller ivaretas av HFene enn ved oppretting av nye tilskudd til avtalepraksis innen indremedisin.

Konklusjon – anbefaling:

- Flere desentrale praksiser – anbefales ikke
- Mer ambulering innen privatpraksis – anbefales ikke, ev. ambulering til DMS-stedene fra 100% privatpraksis
- Nye avtaler – anbefales eventuelt flere 100% avtaler framover

5.2.4 Hud

Innen fagfeltet hud har spesialister i lengre tid ambulert til både mindre sykehus og DMS-enheter. Det oppleves å være et behov for en ytterligere ambulering.

Pasientgrupper som egner seg for desentralisering til både lokalsykehus og DMS er lysbehandling, kroniske hudlidelser, allergi testing, sårstell og bad. Lege diagnostiserer mens mye av behandlingen kan utføres av sykepleiere. Faglig sett er det ingen grunn til at det ikke kan være private spesialister som ambulerer.

Finnsnes kan være et aktuelt sted for både ambulering og telemedisin innen hudfaget. Både Vesterålen, Lofoten, Narvik og Nordland for øvrig samt Harstad har dårlig dekning innen denne spesialiteten.

Økt ambulering ønskelig av avtalespesialister. Utfordringen er spesialisttilgangen. De to privatpraktiserende hudlegene vi har, har avtale på Mo og i Bodø. Ytterligere desentralisering av hudfaget ved avtalespesialister må derfor skje ved utlysning av nye driftstilskudd på ett eller flere av de nevnte DMS-stedene. Dersom rekrutteringssituasjonen er dårlig må det vurderes om dette er forenlig med å beholde dagens spesialistdekning i foretakene. Det bør på sikt – i løpet av en 10-årsperiode – lyses ut flere driftsavtaler i hudfaget.

Konklusjon – anbefaling:

- Flere desentrale praksiser – anbefales ikke i dag
- Mer ambulering innen privatpraksis – anbefales ikke i dag
- Nye avtaler – anbefales på lang sikt

5.2.5 Øye

Det er mange års erfaring med ambulering innen fagfeltet øye, og det oppfattes å være et ytterligere potensial for ambulering. Det spiller liten rolle om det ambuleres til lokalsykehus eller DMS enheter.

Telemedisin er anvendt i forbindelse med fundusfotografering og kvaliteten på bildene oppleves å være god. Alt ikke-kirurgisk (øyemedisin) kan utføres desentralt så lenge nødvendig utstyr og hjelpepersonell er tilgjengelig. Mange av pasientene er kronikere som må ha kontroller relativt hyppig og derfor egner det seg spesielt godt for et desentralt tilbud.

Faglig sett er det ingen forskjell på om ambulering utøves av sykehuslege eller privat spesialist. Det er behov for en hjelpeperson. Det oppfattes videre å være bedre med noen

veldrevne ambuleringsstasjoner enn å spre tjenesten for mye utover. Varanger og Finnsnes nevnes i desentraliseringsrapporten som potensielle området for et desentralt tilbud.

Det foreslås å opprette eller flytte private øyehjemler til desentrale steder, i første rekke til Alta og Finnsnes. Alternativet er økt ambulering av avtalespesialister fra avtale i Tromsø til for eksempel Nordreisa. Ambulering må veies opp mot kostnadene ved utstyr som trengs ved utekontor.

Konklusjon – anbefaling:

- Flere desentrale praksiser – anbefales
- Mer ambulering innen privatpraksis – anbefales
- Nye avtaler – anbefales ikke, og pga overkapasitet bør flere avtaler gradvis overføres fra byene og til DMS-stedene.

5.2.6 Øre-nese-hals

Desentraliserte tjenester innen ØNH er godt etablert allerede, men har ytterligere potensial. Det ambuleres både til lokalsykehus og DMS-enheter av både sykehusspesialister og avtalespesialister (kun til DMS enheter).

Det spiller liten rolle om det er sykehusleger eller privatpraktiserende spesialister som ambulerer til DMS-enheter. Det er behov for audiograf som ambulerer sammen med spesialist, ellers er det ikke behov for hjelpepersonell.

Noe av dagens ambulering kan økes eller heller erstattes med fast spesialist i avtalepraksis.

Konklusjon – anbefaling:

- Flere desentrale praksiser – anbefales
- Mer ambulering innen privatpraksis – usikkert innen dagens avtaler
- Nye avtaler – enkelte nye avtaler kan erstatte en del av dagens ambuleringsordninger

5.2.7 Gynekologi

Faget i seg selv egner seg for ambulant virksomhet også til DMSer, spesielt der det er fødestuer. Det ambuleres til noen DMSer i dag og det oppfattes å være et potensial for ytterligere desentralisering.

Vanlig gynekologisk poliklinikk med generell prøvetakning og utredning (eks. enklere biopsier, urinlekkasje, ultralyd, oppfølging av graviditet) vil egne seg for desentralisering og det er lite behov for supplerende undersøkelser (eks. røntgen).

Faglig sett er det ingen grunn til at det ikke kan være private spesialister som ambulerer og dekker en gynekologitjeneste desentralt. Det er behov for en legesekretær eller sykepleier som hjelpepersonell.

En desentralisert gynekologisk praksis vil kreve en viss hyppighet, anslagsvis minimum en gang per måned. Det er i dag ambulering til Finnsnes både av gynekologer fra UNN og innvilget ambulering fra privatpraktiserende i Tromsø, og behovet synes å være dekket der. Alternativt kan man se for seg at denne ambuleringen erstattes av en fast gynekolog i delvis

avtalepraksis. Alta vil også være aktuelt for ny hjemmel i gynekologi for stabilisering av tilbudet der.

Det anbefales ikke økt ambulering av privatpraktiserende gynekologer, men heller opprettelse/flytting av hjemler til for eksempel Alta, Nordreisa og ev. Brønnøysund.

Konklusjon – anbefaling:

- Flere desentrale praksiser – anbefales
- Mer ambulering innen privatpraksis – ikke innen dagens avtaler
- Nye avtaler – anbefales ikke. Pga overkapasitet i Tromsø og Bodø foreslås delvis omlokalisering ved ledighet i hjemlene.

5.2.8 Nevrologi

Nevrologi egner seg for ambulering og UNN har per i dag utstrakt ambulering innen det nevrologiske fagfeltet og reiser til alle større steder i Finnmark. I Troms ambulerer UNN til TMS og Harstad. Det oppfattes å være et ytterligere potensial for desentralisering, også i Nordland der NLSH vil kunne ambulere når spesialistdekningen blir bedre.

Et stort antall av pasientene kan undersøkes ambulant både ved lokalsykehus og DMS enheter. Parkinson-, migrene-, ischiaspasienter, kontroller av MS er pasientgrupper som kan egne seg for et desentralt tilbud. Dette er ikke tilfelle der det er behov for supplerende undersøkelser som MRI, nevrofysiologiske undersøkelser m.m. Pasienter som har behov for slike supplerende undersøkelser er mange i antall.

Det trengs økt ambulering/desentralt tilbud. Kan ivaretas av sykehusleger primært fra UNN og NLSH de nærmeste årene.

Konklusjon – anbefaling:

- Flere desentrale praksiser – anbefales ikke
- Mer ambulering innen privatpraksis – anbefales ikke
- Nye avtaler – anbefales på sikt når HFene har stabilisert sin spesialisttilgang

5.2.9 Revmatologi

Revmatologi egner seg som en desentral tjeneste, men per i dag er det ikke ressurser til dette da det er problemer med rekruttering til stillingene i HFene. Det er derfor et ønske å bygge opp et større fagmiljø sentralt og at spesialister herifra ambulerer i stedet for at dette utføres av private spesialister.

Konklusjon – anbefaling: anbefales ikke som privatpraksis desentralt, heller ingen nye hjemler generelt

5.2.10 Pediatri

Innen pediatrien har de holdt på med ambulant virksomhet i en årrekke og har mye erfaringer med dette. Det er et potensial for mer ambulering, men det oppgis å ikke være kapasitet til ytterligere ambulering gitt dagens ressurser. Pediatrifaget egner seg godt for ambulering fordi det ikke er så teknisk fokusert i forhold til den elektive polikliniske virksomheten.

Tilknytning til en avdeling og et fagmiljø anses som svært viktig og det oppleves som mer aktuelt å samle inn ledige stillinger til de store sykehusene, under forutsetning av at avdelingen da også serverer de mindre lokalsykehusene, enn å bruke private spesialister.

Konklusjon – anbefaling: anbefales ikke som privatpraksis desentralt, heller ingen nye hjemler generelt

5.2.11 Psykiatri (VOP og BUP)

Det er allerede lang tradisjon med desentralisert struktur innen psykiatrien gjennom organisering av DPS-er. Vanskelig rekruttering av primært psykiatere og psykologer gjør at fagmiljøene i den desentrale modellen blir små og sårbare.

Det pågående Psykiaterutdanningsprosjektet har som målsetting å utdanne flere psykiatere til DPS`ene. Det er god utvikling mht. til kandidater som blir ferdige spesialister. I tillegg foregår det en utstrakt kompetanseheving blant alle faggrupper i DPS`ene. Avtalespesialister kan styrke denne utviklingen.

Stortingsmelding 25 (1996-97) fremhever at avtalespesialistene har en viktig plass i psykoterapeutisk behandling over tid av pasientene som poliklinikkene ikke har kapasitet til, og at dette ofte utgjør den eneste behandlingsmuligheten disse pasientene har. Det fastslås at det er for få hjemler og de er svært ulikt fordelt i landet.

I Tiltaksplan for psykisk helsevern 2004 – 2010 (Helse Nord juni 2004) fremgår at et anslag gjort av professor Alf A. Dahl (1997) anbefaler 1 privatpraktiserende psykiater per 20 000 innbyggere. Senere er denne revidert til 1 psykiater pr 18 000 innbyggere. Tilsvarende gjelder for psykologer. Dette ville for Helse Nord utgjøre 5,5 hjemler pr. 100.000 for hver spesialitet. Vi er i nærheten av dette i Bodø og Tromsø kommuner isolert sett, men ikke om vi regner med hele opptaksområdet disse to fagmiljøene forsyner med spesialisthelsetjenester.

Mange kvalifiserte psykiatere og psykologer ansatt i HF ønsker en prosentvis driftsavtale, ofte pga. ønske om å utnytte sin kompetanse innen psykoterapi, mulighet til å behandle andre typer pasienter enn i sitt daglige virke og ønske om mer direkte pasientbehandling. Dette er i strid med vår generelle policy for driftstilskudd. Unntaket som er åpnet opp for i rammeavtalen er for Helse Nord RHF mest aktuelt å bruke innen psykisk helsevern dersom det totalt sett gir stabilisering og bedre spesialistdekning. Dersom man inngår nye deltidsavtaler, skal det lages klare avtaler som gir trygghet for god praksis og ingen mulighet for habilitets-, og gråsoneproblemer.

Avtalespesialistene har ofte lang erfaring, psykoterapeutisk tilleggsutdanning og veilederkompetanse. Denne opprettholdes og vedlikeholdes ved et stort konsultasjonsvolum. De benyttes også som veiledere i desentrale utdanningsløp i ulike psykoterapiutdannelse for yngre kolleger.

Etablering av en full praksis eller ambulering til et "utekontor" i et mindre DPS område vil kunne undergrave den oppbygging som foregår der, og svekke rekrutteringen dit. Den erfaringen som er gjort med innleie av spesialister viser liten gevinst til store kostnader (reise, etablering av kontor, nye samarbeidspartnere, økonomi etc. innenfor en snever tidsramme). Det er derfor ingen grunn til å flytte eller endre de hjemlene som allerede eksisterer med mindre det er særskilte grunner som skulle tilsi det – for eksempel sammenslåing til større

hjemler. De eksisterende psykiateravtalene er stort sett i Bodø og Tromsø, mens det er en mer desentral struktur på psykologavtalene.

I de store sentraene vil det ikke gå utover basisfunksjoner om noen rekrutteres til hel avtalepraksis, særlig der hvor det utdannes nye spesialister. Styrking i større byer/steder vil skape gode fagmiljøer slik at en unngår faglig isolasjon. En unngår også at det etablerer seg "frie" spesialister uten avtale med det offentlige slik en ser tilløp til andre steder.

Et godt alternativ til spredte avtalepraksiser og ambulering til utekontor ville være å styrke DPS`ene gjennom forpliktende avtaler mellom HF og avtalespesialisten om regelmessig veiledning, second opinion etc. på DPS. Særlig for nyutdannende/nytilsatte spesialister på DPS vil dette kunne fremme stabilisering på steder med liten spesialistdekning. Dette vil kunne øke DPS`ene sin interne styrke og mangfold, og i annen rekke virke rekrutterende på nye spesialistkandidater dit.

Tiltaksplanen for psykisk helsevern har et tiltaksfestet et mål om betydelig økning i hver avtalespesialitet innen psykisk helsevern de neste 5 årene. Dette vil bringe oss opp på det nåværende gjennomsnittet av de andre RHF`ene unntatt Helse Øst.

Nye 100 % hjemler bør opprettes i større byer/ tettsteder hvor det kan være gode fagmiljøer og gjensidig samarbeid og hvor en unngår en isolert praksis. Dvs. i hovedsak Bodø og Tromsø hvor det vil være en produksjon av spesialister på de store utdanningsinstitusjonene. Deltidshjemler bør noen steder vurderes brukt sammen med/ i tillegg til hovedstilling for å øke behandlingsskapiteten. Det bør kreves tilleggskompetanse utover basisspesialitet.

Konklusjon – anbefaling:

- Flere desentrale praksiser – anbefales ikke
- Mer ambulering innen privatpraksis – ambulering jfr. ovenfor kan knyttes til nye avtaler
- Nye avtaler – anbefales nye 100% avtaler og at det vurderes nye deltidsavtaler

5.3 Forslag tiltak

58% av avtalespesialistene er altså geografisk plassert i Bodø og Tromsø, jfr. oversikten i kap. 4.1. Ved vurdering av mulig ambulering for avtalespesialistene uttaler rapporten om desentraliserte tjenester følgende, med betydning for geografisk plassering:

- *Helse Nord RHF bør generelt ta aktive initiativ for enda bedre å utnytte den ressursen private spesialister utgjør, for å desentralisere spesialisthelsetjenester. Det er viktig at bruken av private spesialister vurderes i en helhetlig sammenheng (plan), der både hensyn til prioritering, geografisk fordeling, udekkede behov for tilbud innen de ulike spesialiteter og kost-nytte vurderinger legges til grunn.*
- *Ledige hjemler bør vurderes inndratt, for senere å lyses ut innen spesialiteter og geografiske lokalisasjoner som bidrar til å gjøre slike tjenester tilgjengelig nærmere pasientenes bosted. Der hvor det er naturlig, bør det også stilles krav om ambulering i tilknytning til inngåelse av nye avtaler.*

- *Helse Nord RHF bør også vurdere å forhandle fram tilleggsavtaler om ambulering med eksisterende private spesialister.*
- *Opprettelse av nye avtalehjemler for private spesialister kan vurderes, når helhetlige hensyn knyttet til prioritering, kost-nytte, pasientenes tilgjengelighet og ivaretagelse av sykehusenes basisfunksjoner er ivare tatt.*
- *Både ledige og eventuelle nye hjemler som lyses ut utenfor sykehuskommunene, bør vurderes samlokalisert og tilknyttet etablerte og planlagte DMS-enheter eller spesialistpoliklinikker.*

Av dette fremkommer at en særlig må vurdere utflytting av framtidige vakante hjemler fra Bodø og Tromsø. Disse skal fortrinnsvis lokaliseres til DMS-liknende strukturer og til Finnmark ettersom det er dette området som har desidert minst avtalepraksis pr. i dag. Dette gjelder i særlig grad innenfor spesialitetene øye og gynekologi.

Arbeidsgruppen vurderer det også slik at en har til dels overkapasitet i dag innenfor øye og gynekologi, i Bodø og Tromsø. Ser en øyefaget i Troms og Finnmark under ett, vurderes den totale kapasitet å være tilstrekkelig, noe som skulle tilsi en omstrukturering innen disse to fag ved ledighet i hjemlene.

Arbeidsgruppen slutter seg til vurderingene ovenfor i forhold til fagområder som best egner seg til økt ambulering fra avtalespesialister. Det er også fagområdene **øye, ØNH, gynekologi** som har størst potensiale sett i lys av antall avtalespesialister. Fagområdene indremedisin og hud er også egnet for desentralisert virksomhet. Her er det imidlertid begrensninger i antall avtalespesialister og dermed kapasitet for ambulering. Ved en evt. framtidig økning av hjemler for privatpraksis vil dette imidlertid kunne løses ved at ambulering legges som en forutsetning for oppretting av praksis evt. fast kontorsted i distrikter. De nevnte spesialitetene øye, ØNH og gynekologi stemmer godt overens med helseforetakenes signaler om behov for økt ambulering. Mest aktuelle steder for ny, desentral virksomhet er Alta, Storslett, Lenvik, Lofoten, Ørnes, Fauske og Brønnøysund.

Kapittel 6 Status for økonomiske og personnlemessige modeller og virkemidler

6.1 Oppsummering fra DSH-rapporten – økonomi

Det vises til kap. 7 i desentraliseringsrapporten fra 2005 for utregning både av merkostnader/mindreutgifter ved ambulering/desentralisering, samt forutsetninger om reisekostnader og syketransportkostnader. Utregninger utover dette er ikke mulig for avtalespesialistene fordi vi ikke har komplette data over pasientenes hjemsted fra våre avtalespesialister i dag. Et anslag ut fra usikre data for 2004 viser imidlertid at det ikke er grunn til å tro at pasientfordelingen i så henseende er veldig annerledes enn for helseforetakene.

Arbeidsgruppa har derfor valgt å legge til grunn vurderingene fra desentralisert-rapporten fra 2005 og HFenes planer fra mars 2006 når våre vurderinger er gjort i forhold til hvor det geografisk sett innmeldes/påpekes behov.

I de beregningene som er gjort er det for mange spesialiteter og reiseavstander regnet ut at det må være 15 behandlede pasienter pr. dag for å gå i pluss i forhold til reiseutgifter (dette er kun beregnet i forhold til netto reiseutgifter). I tillegg til reiseutgiftene kommer andre kostnader ved å avtale ambulerings eller fast utekontor med en avtalespesialist.

Dersom det opprettes nye avtalehjemler på desentrale steder vil vi oppnå netto sparte reisekostnader pr. pasient.

6.2 Behov for budsjett - til ambulerings av avtalespesialister

Ved økt ambulerings og oppretting av delvise desentrale praksiser (med et annet hovedkontor) vil følgende merkostnader måtte dekkes:

Investeringer i utstyr – dersom spesialisten selv må utstyre utekontoret fra grunnen
Leie av kontor – i dag leier spesialister med ambuleringsavtaler eller utekontor kontorer i helseforetak, lokale legekontor, spesialistlegesentra og optikere. Det må påregnes husleie uansett hvor innleien skjer.

Hjelpespersonell – kostnader til leie av hjelpepersonell på stedet dersom det er nødvendig for utøvelsen av praksisen.

Beløpene vil variere i hvert enkelt tilfelle, og det eksisterer ingen normtall for dekning fra RHF. Det er heller ikke etablert praksis for refusjon av leie for utekontor, da det til nå har vært finansiert over driftstilskuddet.

Reisekostnader for spesialisten ved avtalt ambulerings dekkes i dag av Helse Nord RHF, og vil innvilges for alle avtalespesialister som vi avtaler ambulerings med. I dag er det avsatt kr. 600 000 i året til reisedekning for ambulering av avtalespesialister. Behovet for økning i reisebudsjettet avhenger av antallet ambulering, frekvensen på ambuleringen og reisedistanse.

Rammeavtalens § 4.2 slår fast at: ”Ved tildeling av avtalehjemler kan RHF bl.a. sette som vilkår at praksisen skal drives fra flere enn ett kontor/kontorsted. De nærmere økonomiske betingelser for slik drift må avtales særskilt.”

6.3 Behov for budsjett - til desentralisering av driftstilskudd

Ved fast flytting av en hjemmel til annen geografisk lokasjon, vil utgiftene til etablering være som i kap. 6.2 med unntak av reisekostnadene. Disse investeringene og utgiftene blir den nye avtalespesialistens ansvar, og dekkes av det driftstilskudd som gis i avtalen.

Ved aktiv omlokalisering av hjemler kommer rammeavtalens § 11.2 til anvendelse, og tidligere hjemmelsinnehaver har krav på kompensasjon dersom flyttingen medfører at man ikke kan sies å ha helt eller delvis det samme pasientgrunnlaget (§ 11.3):

”RHFet plikter å gi kompensasjon for det økonomiske tap legen lider som følge av at avtalehjemmelen disponeres slik at legen ikke kan overdra sin praksis i henhold til § 11.1. Legen kan bare kreve betaling for de deler av praksisen som er gjenstand for overdragelse.

Økonomisk kompensasjon settes til 45 % av gjennomsnittlig trygderefusjon de siste 3 år relatert til driftsavtalens størrelse, oppad begrenset til:

- kr. 485.000 i klasse 1 ved fullt driftstilskudd
- kr. 500.000 i klasse 2 ved fullt driftstilskudd
- kr. 550.000 i klasse 3 ved fullt driftstilskudd”.

6.4 Behov for budsjett - ved nye driftstilskudd

I første omgang foreslår arbeidsgruppen at anbefalt desentralisering av avtalespesialister oppnås ved å forhandle fram ambuleringsavtaler med flere av dagens avtalespesialister, og flytte ledige driftstilskudd helt eller delvis. Ved krav om utekontor når nye avtalespesialister får avtale, og ved reforhandling av eksisterende, kan en måte å finansiere ekstra kostnader på være å tilby en høyere klasseplassering av tilskuddet for leger, og avtale eget forhøyet tilskudd for psykologer. Dersom høyere klasseplassering ikke er aktuelt, kan et eget ekstra honorar være aktuelt. Ekstra honorar eller klasseplassering anses som nødvendig av arbeidsgruppen da spesialisten har tap på å la sitt utstyr stå ubrukt den tiden han/hun er borte fra hovedpraksis, og husleie løper kontinuerlig også for mindre utstyrsintensive spesialiteter.

Dagens tilskudd er følgende beløper i 100% driftsavtale (legene):

Klasse	Beløp per år fra 1. juli 2005	
1	kroner	574 700,-
2	kroner	667 700,-
3	kroner	856 000,-

Tilskuddet til psykologene er for 100% avtale **337 320** kr pr år fra 1.juli 2005. Størrelsen på tilskuddene forhandles/justeres hvert år sentralt.

Plassering i klasse baseres på den enkelte spesialists behov for rom, teknisk utstyr og hjelpepersonell. Plasseringen skjer etter lokale forhandlinger mellom de regionale helseforetakene og den enkelte spesialist.

Ved oppretting av helt nye driftstilskudd vil kostnadene tilsvare utgiftene med det driftstilskuddet som er aktuelt, og eventuelle tilleggskostnader som er skissert for desentralisering/ambulering.

6.5 Avtalemessige virkemidler

Ambulering

Helse Nord RHF har store muligheter for å avtale ambulering med avtalespesialister. For eksisterende avtaler er Helse Nord avhengig av vilje hos spesialisten, mens for nye avtaler kan RHF stille vilkår om kontorsted jfr. rammeavtalen, dersom det er stilt betingelse om det i utlysningen.

Utekontorsted for avtalespesialister

Det åpnes for at utekontor kan være leie av lokalt legekantor eller spesialistlegesenter. Arbeidsgruppen vil ikke anbefale at avtalespesialister leies inn i lokalsykehus/DPS-lokaliteter som er helt HF-eid som en del av sin praksis. Dette fordi det da skal lages egne leieavtaler, betales leie for lokaler og personell m.m., og koordinering med øvrig virksomhet lokalt kan

erfaringsmessig bli vanskelig. Det anbefales at dersom avtalespesialister skal tjenestegjøre i en lokal HF-sammenheng som ambulerende spesialister, bør dette skje ved ansettelse i HFet.

Hel- eller deltidstider

Det anbefales å i størst mulig grad å inngå heltidsavtaler, med mulig unntak for psykisk helsevern. DSH-rapporten anbefaler at nye avtaler bør lyses ut som heltidshjemler. Arbeidsgruppen anbefaler at dette følges som en hovedregel, men at det innen psykisk helsevern kan diskuteres unntak.

Dette innebærer at når det blir ledige driftsavtaler som i dag er deltidstider, skal de vurderes å slå sammen med andre deltidstider, veid opp mot hva denne planen anbefaler i forhold til spesialitet og geografi.

6.6 Handlingsrom vedrørende omgjøring av hjemler og nye avtaler

Avtale om avtalepraksis for lege- og psykologspesialist innen spesialisthelsetjenesten er avhengig av

- 1) driftsavtale med RHF – som RHF har planlagt, ønsket og lyst ut,
- 2) hjemmel fra Nasjonalt råd for legene (ikke psykologene)
- 3) bevilget budsjett fra RHF til dekning av driftstilskudd, ekstra honorar, reiseutgifter m.m. som følger av individuell inngått avtale.

Handlingsrommet for å oppnå **økt ambulering** er avhengig av villighet hos avtalespesialistene og noe økonomi fra RHF (kap. 6.2).

Handlingsrommet for å oppnå **økt desentralisering** innen de avtaler vi har i dag krever noe økonomi (kap. 6.3) ved flytting av driftstilskudd. Det krever videre at RHF enten sier opp noen sentrale avtaler eller flytter avtaler geografisk ved pensjonering og oppsigelser fra spesialistene selv. Det anbefales i første omgang å omlokalisere ved pensjonering og ledighet. Det vises til vedlagte oversikt som viser forventet ledighet i avtalene i perioden ut fra pensjonering. I tillegg kan det komme annen ledighet pga egne oppsigelser fra avtalespesialistene selv.

For å oppnå handlingsrom for flere **nye avtaler** er RHF avhengig av at alle tre betingelsene er tilstede (unntatt hjemmel for psykologene), og innebærer at et større budsjett må stilles til rådighet for fast utbetaling av driftstilskudd.

Helse Nord RHF har i dag avtaler med spesialister på mange mindre steder utenom DMS-stedene. Det er gruppens oppfatning at det ikke er grunn til å anbefale flytting av disse avtalene nå, men at det ved hver ledighet i disse hjemlene må vurderes av RHF om avtalen bør omlokaliseres og også om delavtaler skal slå sammen med andre delavtaler for å oppnå flere heltidsavtaler.

Arbeidsgruppen har også drøftet synspunkter i forhold til deltidstider som er i dag og der hjemmelsinnehaver ønsker utvidelse av avtalen. Dette er avtaler som da de ble inngått bevisst var på 20-80%, da fylkeskommunene mente det ikke var grunnlag for større avtale, og antakelig i noen tilfeller ikke hadde hjemmel eller økonomi til større avtale.

Behovsvurderingen vil gjelde for mange av hjemmelsinnehaverne i dag også, sett fra Helse Nord RHF's side. Mange avtalespesialister med deltidshjemmel driver likevel full praksis og får RTV-refusjon for aktivitet tilsvarende 100% med for eksempel 20% driftstilskudd. Vi får

muligens en ytterligere stabilisering av noen av avtalespesialistene dersom flere får fullt tilskudd, og sikrer mye og stabil pasientbehandling til et rimelig kostnadsnivå sammenlignet med øvrig spesialisthelsetjeneste. Det er videre et mål å ha flere heltidsavtaler framover av grunner som tidligere er redegjort for. Gruppen går ikke inn for at alle med deltidsavtale får tilbud om 100% avtale, men at det kan vurderes i noen tilfeller der behovet for økt pasientbehandling i praksisen tilsier det, og det gis budsjettmessig rom for det.

En prioritering av utvidelse av eksisterende deltidsavtaler vil i noen tilfeller kunne gå på bekostning av tildeling av nye avtaler, ved begrensede ressurser.

Arbeidsgruppen har med dette synliggjort hvilket handlingsrom Helse Nord RHF har med dagens betingelser.

Kapittel 7 Oppsummerende vurderinger og foreslåtte tiltak

7.1 Generelle betraktninger

Med referanse til aktuell legedekning innen ulike spesialiteter og geografiske områder, må hensynet til befolkningens behov og tilgjengelighet veie tungt, også ved utlysning av private hjemler.

Arbeidsgruppa har pekt på noen fag områder der det er overdekning noen steder (avtalepraksis øye i Tromsø), og underdekning av tjenester andre steder (ønh og gyn flere steder). Vår anbefalinger er et resultat av kombinasjonene hvor det trengs flere tjenester desentralt, om de kan eller bør ivaretas av sykehusansatte eller avtalespesialister, og hvilke fagområder som er mest aktuelle for desentral avtalepraksis.

Det er gruppas intensjon at forslagene er så presise at de gir retning for de neste utlysningene fra Helse Nord RHF ved ledige eller nye tilskudd. Gruppa understreker samtidig at man mener forslagene ses noe fleksibelt på slik at det er mulig å gjøre andre disponeringer i kommende 10-årsperiode dersom det skulle oppstå andre behov.

7.2 Prioriterte geografiske områder og spesialiteter

Tabellen nedenfor viser anbefalingene oppsummert fra kap. 5.2

Spesialitet/Geografi	Alta	Nordreisa	Finnsnes	Brønnøy	Kommentar
Kirurgi - flere desentrale					Anbefales ikke
- mer ambulering					Anbefales ikke
- nye hjemler					Anbefales ikke
Ortopedi - flere desentrale					Anbefales ikke
- mer ambulering					Anbefales ikke
- nye hjemler					Anbefales ikke
Indremed. - flere desentrale					Anbefales ikke
- mer ambulering					Evnt til DMS fra heltidspraksis
- nye hjemler					Ved bedret spes.dekning

Hud	- flere desentrale					Anbefales ikke pr dato
	- mer ambulering					Anbefales ikke pr. dato
	- nye hjemler					Ved bedret spes.dekning, og kan desentraliseres
Øye	- flere desentrale	x-100 %	x- 50 %	x-50 %		Anbefales ved omlokalisering: sentralt → desentralt
	- mer ambulering		x	x		Anbefales
	- nye hjemler					Anbefales ikke
Øre-nese-hals	- flere desentrale	x-100 %				Anbefales
	- mer ambulering					Usikkert med dagens avtaler
	- nye hjemler					Kan erstatte dagens ambulering?
Gynekologi	- flere desentrale	x-100 %	x-50 %	x-50 %	x-50%	Anbefales ved omlokalisering: sentralt → desentralt
	- mer ambulering					Anbefales ikke pr. dato
	- nye hjemler					Anbefales ikke
Nevrologi	- flere desentrale					Anbefales ikke
	- mer ambulering					Anbefales ikke
	- nye hjemler					På sikt ved bedret spesialistdekning
Revmatologi	- flere desentrale					Anbefales ikke
	- mer ambulering					Anbefales ikke
	- nye hjemler					Anbefales ikke
Pediatri	- flere desentrale					Anbefales ikke
	- mer ambulering					Anbefales ikke
	- nye hjemler					Anbefales ikke
Psykiatri	- flere desentrale					Anbefales ikke
	- mer ambulering					Ja - til DPS/desentralt
	- nye hjemler					Hel/deltid (anbefales betydelig økning)
Psykologi	- flere desentrale					Anbefales ikke
	- mer ambulering					Ja - til DPS/desentralt
	- nye hjemler					Hel/deltid (anbefales betydelig økning)

Arbeidsgruppen har satt opp konkret forslag i tabellen til refordelte eller nye avtalepraksiser på angitte steder og med 100/50% der vi mener grunnlaget og behovet for dette er stort nok.

Der det foreslås 50% avtalehjemmel forutsettes det som en del av hel hjemmel med hovedkontor i Tromsø eller Bodø. Ved realisering kan det erstatte en del av dagens ambulering, alternativt må ambulering opprettholdes.

Vedlegg

Vedlegg 1: Avtaler med praktiserende lege- og psykologspesialister i regionen – oversikt over plassering av avtaler pr. april 2006

Vedlegg 2: Oversikt avtalestørrelser avtaler med praktiserende spesialister innen ulike fagområder

Vedlegg 3: Aktivitetsoversikt private avtalespesialister 2004 og 2005

Vedlegg 4: Avtaleverk – rammeavtaler med Dnlf og NPF med protokoll og mal for individuell avtale

Vedlegg 5: Forventet pensjonering og ledighet i disponible hjemler/driftsavtaler