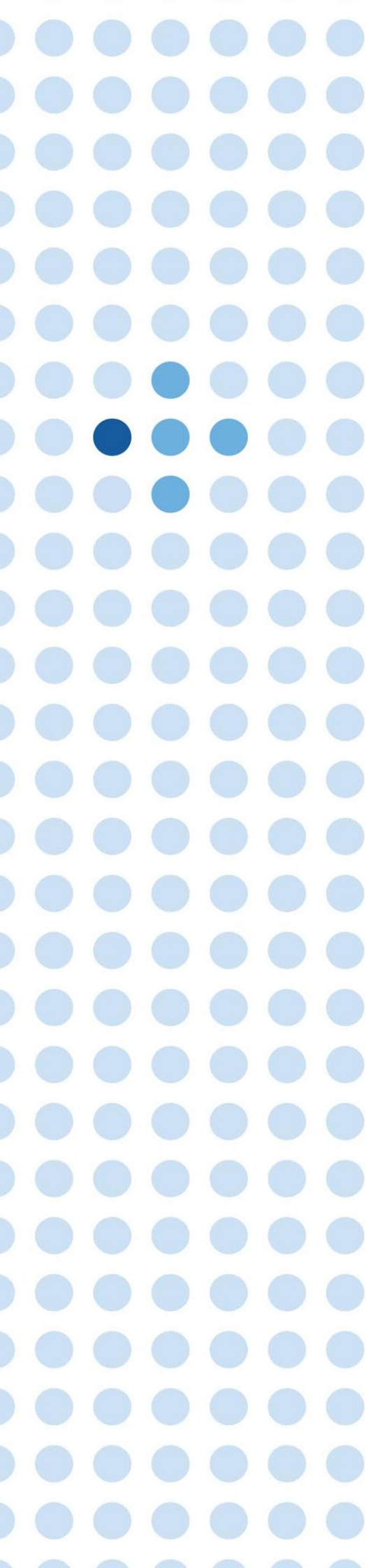




Internrevisjonen i Helse Vest RHF

Oppfølging av private avtalespesialistar i Helse Vest

Helse Vest HF

Januar 2012

INNHALD

Målgruppene for denne rapporten er styret og revisjonskomiteen på regionalt nivå, helseføretaka, formelt ansvarlege i administrasjonen på alle nivå, og utførande fagfolk. Rapporten er eit offentleg dokument og skal vere tilgjengeleg også for media og andre interesserte.

Innhald	2
Samandrag	3
Rapporten	5
1 Innleiing	6
1.1 Formål og problemstillingar	6
1.2 Revisjonskriterium og metode	7
2 Fakta	8
2.1 Omfang	8
2.1.1 Tal spesialistar og konsultasjonar	8
2.1.2 Omfanget innan psykisk helse	8
2.2 Rammevilkår for avtalepraksis	10
2.2.1 Rammeavtalane	10
2.2.2 Individuelle avtalar	10
2.2.3 Lovgjeving	11
2.2.4 Finansiering	11
2.3 Pasientnivå: Korleis fungerer saksgang og informasjonsflyt mellom pasient, fastlege og avtalespesialist?	13
2.3.1 Helse Vest RHF sine rutinar for tilvising	13
2.3.2 Informasjon	14
2.3.3 Prioritering av pasientar	15
2.3.4 Ventetider	16
2.3.5 Tilvising til koordinator innan psykisk helse	17
2.3.6 Epikrise	19
2.3.7 Vurdering av problemstilling 1, pasientnivå	20
2.4 Føretaksnivå: Korleis vert avtalespesialistane integrert som ein del av spesialisthelsetenesta i helseføretaket?	22
2.4.1 Samhandling	22
2.4.2 Vurdering av problemstilling 2, føretaksnivå	23
2.5 Regionalt nivå: Bidrar avtalespesialistane til at offentlige ressursar nyttast på ein tilfredstillande måte?	25
2.5.1 Avtalespesialistane sin kjennskap til avtalane	25
2.5.2 Kontroll av avtalespesialistane	25
2.5.3 Bistillingar	26
2.5.4 Tilrettelegging for forflyttingshemma	26
2.5.5 Internkontroll	26
2.5.6 Anna	28
2.5.7 Avtalespesialistane i styringsdokumenta	28
2.5.8 Tenesteytinga innan psykisk helse	29
2.5.9 Vurdering av problemstilling 3, regionalt nivå	33
Vedlegg	35

Formålet med internrevisjonsprosjektet er gjennom ei kartlegging å sjå nærare på korleis avtalespesialistane bidrar til Helse Vest sitt "sørgje-for ansvar" overfor pasientane. Det er gjennomført ei rad intervju, ei spørjeundersøking blant avtalespesialistane og kartlegging av relevant dokumentasjon. Situasjonen innan psykisk helse er vektlagt.

Problemstillingane i prosjektet vart utvikla på tre nivå, og resultata viser:

Pasientnivå: Korleis fungerer saksgang og informasjonsflyt mellom pasient, fastlege og avtalespesialist?

Revisjonen viser at dagens system med tilvising frå fastlege til avtalespesialist ikkje fungerer optimalt. Det kan synes noko tilfeldig kor og når du kjem inn til avtalespesialist. Systemet legg opp til at fastlegar som har eit nettverk og som har vore lenge i systemet får sine pasientar lettare fram til ein avtalespesialist. Det gjeld mest innan psykisk helsevern.

Ventetida innan psykisk helse er mellom anna forsøkt løyst med koordinatorar. Undersøkinga viser at det trengs ytterligare tiltak. Ei betre oversikt over kapasitet og ventelister hos avtalespesialistane, som for sjukehusa, vil gi pasientane betre rettleiing når det gjeld val av behandlingsstad.

Situasjonen er i for stor grad prega av manglande og for sein informasjon mellom aktørane. Det er vidare slik at lovverket ikkje sikrar pasientar som blir tilvist avtalespesialist dei same rettar med omsyn til vurdering, prioritering og ventetider samanlikna med dei som blir tilvist offentleg spesialisthelseteneste. Det er uheldig, særleg når pasientane ikkje alltid blir informert om det.

Undersøkinga viser at RHF gjennom sine avtaler med avtalespesialistane ikkje har eit system som sikrar at pasientane får ivaretatt sine rettar på ein tilfredstillande måte.

Føretaksnivå: Korleis vert avtalespesialistane integrert som ein del av spesialisthelsetenesta i helseføretaka?

Undersøkinga viser vidare at avtalespesialistane ikkje i særleg grad er integrert som ein del av spesialisthelsetenesta i helseføretaket. Det synes tilfeldig korleis kontakten med HF fungerer ut frå den enkelte avtalespesialist sin kjennskap til personar og systema.

Regionalt nivå: Bidrar avtalespesialistane til at offentlige ressursar nyttas på ein tilfredstillande måte?

Undersøkinga viser at avtalespesialistane ikkje er godt nok organisatorisk forankra i spesialisthelsetenesta. Kor sterk binding til RHF-et avtalespesialistane skal ha vil det vera ulik oppfatning av, også blant spesialistane. Det må vera ein balanse mellom styring og avtalespesialistanes autonomi. Fleire avtalespesialistar ønskjer minst mogleg styring frå RHF og ønskjer å ha fokus på pasientbehandling. Samstundes mottar dei midlar frå RHF og fellesskapet. Det er då klart at det frå oppdragsgjevar må vere ein viss kontroll med at ressursane nyttast i høve til formålet.

Denne undersøkinga sår tvil om offentlege ressursar nyttast på ein tilfredstillande måte. Mange avtalespesialistar er effektive, men fleire rapporterer at dei ikkje klarar normtala. Bruk av spesialistane sine innrapporterte tal frå 2009 viser at 93 spesialistar innan psykisk helse med 100 % heimele, leverer eit årleg tal på konsultasjonar som er 12 årsverk lågare enn det dei har avtale om. Dei kunne ytt over 12000 fleire konsultasjonar dersom alle hadde levert minimum på den norm dei har avtale om.

Det vert oppfatta som gunstig at finansieringa er knytt opp til produksjon. Avtalespesialistane har dermed eit incitament til å behandle flest mogleg pasientar. Etter intensjonen synes avtalepraksis å vere ei god løysning for å behandla mange pasientar effektivt, men det føresett at avtalane blir følgd. Dette inneber også at prioriteringane skjer i samsvar med lovgjevares intensjonar, slik at dei med prioriterte rettar kjem først i køen uavhengig av om dei blir tilvist avtalespesialist eller sjukehus.

Konklusjon

Etter internrevisjonen si vurdering bør Helse Vest RHF utnytte avtaleverket betre for å bidra til at pasientane får ivaretatt sine rettar på ein tilfredstillande måte. Ein bør særleg:

- Vurdere å etablere ei vurderingseining innan psykisk helse, eller gjere andre faglege eller organisatoriske grep for å sikre rett prioritering og kortare ventetid.
- Sikre tettare oppfølging av alle krava i rammeavtalene.
- Vurdere behov for endringar i eksisterande individuelle avtalar mellom anna for få til ei betre integrering mellom avtalespesialistane og andre deler av spesialisthelsetenesta.
- I større grad informera avtalespesialistane om nasjonale og regionale mål og prioriteringar, og kva forventningar RHF har til dei.
- Synleggjera avtalespesialistane sitt arbeid i rapportar og styringsdokument. Aktivitetstala bør i større grad nyttast i dette arbeidet.

RAPPORTEN

1 INNLEIING

1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGAR

Helse Vest RHF har eit sørgje for-ansvar for spesialisthelsetenester til befolkninga. Ein del av tilbodet blir ytt av 285 private lege- og psykologspesialistar Helse Vest RHF har inngått avtale med. Det har inntil nyleg vore nokså lite offentleg statistikk på området, det har vore få gjennomgangar av tilbodet, samtidig som dei private avtalespesialistane i volum utgjer eit omfattande bidrag til å sørgje for spesialiserte helsetenester til befolkninga.

Dette var noko av bakgrunnen for å ta opp eit revisjonsprosjekt på dette området. Det var også ein del av bakgrunnsbildet at det over år har vore utfordringar innan psykisk helse med lange ventelister. Det var derfor ønskjeleg å spisse prosjektet mot denne delen, og med noko mindre vektlegging av somatikken.

Formålet med prosjektet er gjennom ei kartlegging å sjå nærare på korleis avtalespesialistane bidrar til Helse Vest sitt "sørgje-for ansvar" overfor pasientane.

Mandat for gjennomføring av prosjektet vart behandla av revisjonskomiteen i møte 11.01.2011. I tillegg til formålet, går det fram av saka til revisjonskomiteen at følgjande problemstillingar skal svarast på:

- **Pasientnivå:** Korleis fungerer saksgang og informasjonsflyt mellom pasient, fastlege og avtalespesialist?
 - Kva for prosedyrar og praksis gjeld for tilvising frå fastlege?
 - Kva informasjon har fastlegen om kompetanse og kapasitet hos avtalespesialistane?
 - Får pasientane informasjon om ventetider og korleis regelverket er?
 - Korleis fungerer samhandlinga mellom fastlege og avtalespesialist?
 - Korleis fungerer ordninga med RHF-et sine koordinatarar innan psykisk helsevern?
- **Føretaksnivå:** Korleis vert avtalespesialistane integrert som ein del av spesialisthelsetenesta i helseføretaka?
- **Regionalt nivå:** Bidrar avtalespesialistane til at offentlige ressursar nyttas på ein tilfredstillande måte?
 - Kva incitament føreligg for ein kostnadseffektiv drift på området, med omsyn til optimal pasientflyt, kvalitet og økonomibruk?
 - Kva system for internkontroll har avtalespesialistane?
 - Kva risikovurderingar vert gjennomført i regionen?

1.2 REVISJONSKRITERIUM OG METODE

Revisjonskriterium er krav eller forventningar som brukast for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriterium skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, f.eks. lovverk og styrevedtak.

I dette prosjektet har internrevisjonen sett nærare korleis krava blir etterlevde og følgt opp. Krava er henta frå:

- Rammeavtaler med legeforeningen og psykologforeningen
- Individuelle avtaler inngått mellom Helse Vest RHF og avtalespesialistane
- Relevante lover, forskrifter, rettleiarar osv.
- Styringsdokument og andre dokument frå Helse Vest.

Metodisk har vi nytta intervju, dokumentgransking og analysar av offentleg statistikk, primært talmaterialet innrapportert til Norsk pasientregister (NPR) for 2009. Vi gjengir her og ut over i rapporten ein del hovudpunkt, supplert med tal frå vår eiga spørjeundersøking blant spesialistane vår og sommar 2011.

Internrevisjonen har hatt samtalar/ intervju med informantar med ulike roller i systemet, og vi har gjennomført ei spørjeundersøking som ledd i arbeidet. Eit spørjeskjema ble sendt ut til 285 avtalespesialistar og ga svar frå 194 av dei, ein svarprosent på 68 %.

Ei nærare omtale av kriterium, metode og kjelder ligg i rapporten sitt [vedlegg](#).

Vår samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkelig grunnlag til å svare på prosjektets formål og problemstillingar.

2 FAKTA

2.1 OMFANG

2.1.1 TAL SPESIALISTAR OG KONSULTASJONAR

Helse Vest RHF hadde på undersøkingstidspunktet avtalar med 285 avtalespesialistar. Avtaleheimlane er delt på heile heimlar og deltidsheimlar. Til saman utgjer det 231 årsverk. Innanfor psykisk helse er det 152 avtalespesialistar fordelt på 38 psykiatrar og 114 psykologar. Innan somatikk er det 133 avtalespesialistar fordelt på ulike spesialitetar. Avtalespesialistane er lokalisert rundt om i regionen, men rapporterer administrativt til Helse Vest RHF.¹

Dei private avtalespesialistane står for om lag tredjeparten av det totale talet polikliniske spesialistkonsultasjonar i spesialisthelsetenesta på Vestlandet. Slik sett utgjer dei ein viktig del av det samla tilbodet med sine 538.000 rapporterte kontaktar/konsultasjonar.

Tabell 1 – Tal og andel polikliniske konsultasjonar i helseføretaka og blant dei private avtalespesialistane. (Kjelde: Aktivitetsdata for avtalespesialistar 2009, Norsk Pasientregister (NPR))

Tal konsultasjonar	Føretaka	Private	Alle	% private
Begge	1 043 000	538 000	1 581 000	34 %
Per 1000 innbyggjar	Føretaka	Private	Alle	% private
Somatikk	846	349	1 195	29 %
Psykisk helse	249	183	432	42 %
Begge	1 095	532	1 627	33 %

Omfanget av kontaktane er som nedre tabellen viser størst innanfor somatikk, men den relative delen er størst innan psykisk helse (42 % privat). Driftstilskotet frå Helse Vest utgjorde i 2010 ca. kroner 170 millionar.

2.1.2 OMFANGET INNAN PSYKISK HELSE

Som nemnt i innleiinga har vi sett mest på tilbodet innan psykisk helse.

¹ Sjå oversikt over fordeling pr februar 2011 i vedlegg

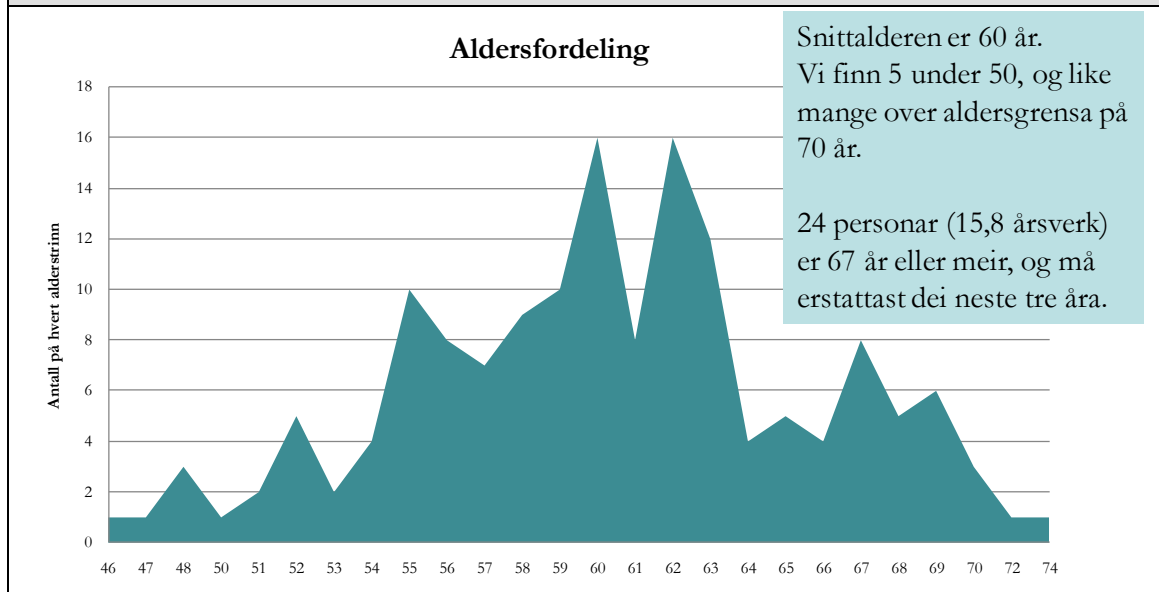
Tabell 2 – Talet på psykologar og psykiatrispesialistar i Helse Vest (NPR 2009)

	Psykiatri	Psykologi	Totalt
Helse Bergen	22	72	94
Helse Fonna	5	7	12
Helse Førde		9	9
<u>Helse Stavanger</u>	<u>11</u>	<u>26</u>	<u>37</u>
Totalt	38	114	152

Som det går fram av tabellen ovanfor viser tala frå NPR at:

- Det er på Vestlandet 152 psykolog- og psykiatrispesialistar med avtale²
- Dei fleste (114) er psykologar
- Spesialistane har kontor i alle fylker og alle helseføretak
- 102 spesialistar har heile heimlar, medan 50 har vekslende brøk
- Samla årsverk utgjør 119,9, fordelt på 92,6 psykologi og 27,3 psykiatri

Figuren under illustrerer at det er godt vaksne folk som har avtale med Helse Vest. Snittalderen er 60 år, og heile 24 av 152 personar vil om kort tid runde 70 år. Det vil altså skje ein naturleg turnover blant avtalespesialistane innan psykisk helse.

Figur 1 - Ikkje eit yrke for yngre folk (NPR 2009. Tal for psykologar og psykiatrar)

² Vi har i denne rapporten ikkje kartlagt innhald og omfang av det tilbod som kjem frå desse profesjonane i privat praksis utan avtale, i kommunehelsetenesta, eller frå helseføretaka. Det bør ein gjere dersom ein ønskjer å sjå på den geografiske fordelinga av psykiatri/psykologspesialistar ut frå eit tilgjengeperspektiv.

2.2 RAMMEVILKÅR FOR AVTALEPRAKSIS

2.2.1 RAMMEAVTALANE

Det er inngått to rammeavtalar, ein med Den norske Lægeforening og ein med Norsk Psykologforening. Dei inneheld krav til avtalespesialistane og krav til Helse Vest RHF.

Formålet med rammeavtalane er i følgje begge avtalar sin § 1:

- Å tydeleggjere dei private avtalespesialistane som ein viktig del av det totale ressursgrunnlaget som må nyttast slik at det gir best realisering i forhold til helsepolitiske mål.
- Å sikre befolkninga god tilgang til helsetenester av god kvalitet.
- Å bidra til at offentlige ressursar innrettast mot å avhjelpe helsekøar og løyse oppgåver i spesialisthelsetenesta, og at pasientar med akutt og kronisk sjukdom får korrekt medisinsk behandling.
- Å bidra til å sikre føreseielege økonomiske, driftsmessige og faglege rammevilkår i spesialistpraksis.

Gjeldande rammeavtale med legeforeningen er frå 01.01.2006, rammeavtalen med psykologforeningen er frå 15.02.2006. Begge vart først gjort gjeldande til 31.12.2007, men er sidan automatisk vidareførte. Oppseiing kan skje skriftleg av ein av partane med minst 3 månaders varsel.

2.2.2 INDIVIDUELLE AVTALAR

I dei individuelle avtalane er avtaleheimelen sitt omfang (20-100 %) og krav til produksjon fastsett. Protokoll forankra i rammeavtalane inneheld normtal for kor mange konsultasjonar som ventast utført i løpet av eit år i full heimel. Desse varierar frå 1050 – 3500 avhengig av spesialitet. Størrelsen på avtaleheimelen sett inga øvre grense for talet på konsultasjonar.

Når det gjeld normtala skal dei nyttast for å sjå om produksjonen er tilfredstillande i den enkelte praksis. Har avtalespesialisten mindre enn 20 % avvik frå gjeldande normtal er det likevel ein tilfredstillande produksjon.

Det heiter i rammeavtala med psykologforeningen § 9.4: *"Dersom produksjonen på årsbasis ligger 20 % eller mer under de avtalte normtall plikter psykologen å redegjøre for dette. Dersom psykologen ikke kan gi en tilfredsstillende forklaring på hvorfor aktiviteten ligger under nedre norm, kan RHF redusere driftstilskuddet tilsvarende."*³

³ Likelydande er i § 9.2 i rammeavtala med legeforeningen.

Fleire avtalespesialistar har ein individuell avtale inngått med fylkeskommunane frå før etableringa av Helse Vest frå 2002. Desse er overtatt utan at det er utarbeidd nye individuelle avtalar mellom RHF og den enkelte avtalespesialist.

2.2.3 LOVGJEVING

I rammeavtalane § 6.1.1 står følgjande: *"legen/psykologen foretar undersøkelser, diagnostikk og behandling innen de enkelte spesialiteter i henhold til regionale og nasjonale mål og prioriteringer og lovgivning."*

Lov om pasientrettigheter § 2-1 2. ledd 1. punktum gir pasientane ei lovfesta rett på nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta. Vilkårane er nærare definert i lova, i prioriteringsforskrift og prioriteringsrettleiar.

Sentrale rettar i lov om pasientrettigheter, § 2-1 (retten til nødvendig helsehjelp) og § 2-2 (rett til vurdering), gjeld ikkje når pasientar tilvises til avtalespesialistar. Dette gjeld:

- Avtalespesialistar har ikkje rett eller plikt til å foreta ei vurdering innan 30 dagar jf, lov om pasientrettigheter § 2-2
- Det skal heller ikkje foretas ei vurdering av om pasienten har rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp, og fastsettast ein behandlingsfrist, jf lov om pasientrettigheter § 2-1

Kor pasienten blir tilvist er då avgjerande for pasienten sin rett for nærmare vurdering og behandling.

Forskrift om ventelisterregistrering gjeld ikkje for avtalespesialistane. Dette inneber at avtalespesialistane ikkje har ein plikt i lov til å føre ventelister eller rapportere ventelistedata til NPR. I samsvar med rammeavtalane kan det regionale helseforetak pålegga avtalespesialisten å rapportera på ventetider. Meir om dette på neste side.

2.2.4 FINANSIERING

Avtalespesialistane finansierer verksemda med driftstilskot frå Helse Vest RHF, refusjonar frå Helfo⁴ og betaling frå pasienten.⁵ Driftstilskotet blir ytt ut frå ein vurdering av utgifter i den enkelte praksis som blant anna lokalar, teknisk/medisinsk utstyr og hjelpepersonell.

Tilskotet for legespesialistar er delt inn i tre klassar. Beløpa per år er frå 1.7.2011:

⁴ Lov om folketrygd §§ 5.4 og 5.7

⁵ Forskrift om stønad til undersøkelse og behandling hos lege av 23.06.2011

- Klasse 1: Kr. 744.120
- Klasse 2: Kr. 864.420
- Klasse 3: Kr. 1.108.140

Psykologspesialistar har eit tilskot til drift på 417.648 kroner.

2.3 PASIENTNIVÅ: KORLEIS FUNGERER SAKSGANG OG INFORMASJONSFLYT MELLOM PASIENT, FASTLEGE OG AVTALESPEKIALIST?

I denne delen av rapporten spør vi:

- Kva for prosedyrar og praksis gjeld for tilvising frå fastlege?
- Kva informasjon har fastlegen om kompetanse og kapasitet hos avtalespesialistane?
- Får pasientane informasjon om ventetider og korleis regelverket er?
- Korleis fungerer samhandlinga mellom fastlege og avtalespesialist?
- Korleis fungerer ordninga med RHF-et sine koordinatorar innan psykisk helsevern?

2.3.1 HELSE VEST RHF SINE RUTINAR FOR TILVISING

Det ligg ikkje føre felles, nedskrivne rutinar for somatiske fagområde, men som del av eit nasjonalt opplegg har Helse Vest RHF laga rutinar for tilvising til avtalespesialistar innan psykisk helsevern. Desse er formidla til aktørane ved fleire høve. I samband med dette er det oppretta ein koordinator for Helse Stavanger og Helse Fonna og ein koordinator for Helse Bergen og Helse Førde.

Fastlegen tilvisar til det DPS eller den avtalespesialist som han/ho meiner kan gje den helsehjelp pasienten har behov for. Avtalespesialisten skal vurdere tilvising etter gjeldande prioriteringsforskrift og gjeldande prioriteringsretteljar. Innanfor psykisk helse gjeld det at dersom avtalespesialisten ikkje kan gje eit tilbod innan rimeleg tidsfrist skal tilvisinga vidaresendast til koordinator innan 10 dagar. I tilvising frå fastlege skal det gå fram at pasienten har gitt samtykke til vidare tilvising til regional koordinator.

Den regionale koordinatoren har som hovudoppgåve å kontakte og formidle tilvisinga til aktuelle avtalespesialistar innan rimeleg tid. Dersom ingen avtalespesialistar kan ta imot tilvisinga, kan koordinator i samråd med pasienten vidaresende tilvisinga til nærmaste DPS.

Rutinen krev at Helse Vest i samarbeid med avtalespesialistane skal sørge for at dei regionale koordinatorene har oppdaterte adresser, praksisprofil, ventetider, kontakttelefonar, e-postadresser samt ferie-/fråværslistar med namn på eventuell vikar. Fastlegen skal kunne kontakte koordinator for opplysingar om ventetid og faglig profil.

2.3.2 INFORMASJON

Ifølge pasientrettighetsloven § 2-1, 3.ledd skal helsetenesta "gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sine rettigheter".

Den som tilviser er normalt fastlegen. Ein føresetnad for å kunne tilvise pasientar til ein avtalespesialist er at fastlegen har informasjon om avtalespesialistane.

På Helse Vest sine heimesider er det ei oversikt over alle som har avtale med Helse Vest, namn og telefonnummer.

Internrevisjonen har fått innspel frå representantar for fastlegane. Vår informasjon viser at det ikkje er namn på spesialistane som er eit problem for fastlegane. Problemet er at dei ikkje har oversikt over kven som har kortast ventetid og kven som kan ta imot pasientar. Særleg er dette eit problem innan psykisk helse. Våre informantar fortel også om eit system som i stor grad legg opp til at det er tilfeldig kven som kjem til. Fleire peiker på at det er ein fordel å ha vore fastlege over tid og ha eit kontaktnett innan dei ulike spesialitetar. Dette inneber at det for nye fastlegar kan vere eit større problem å få sine pasientar vidare til avtalespesialistane. Det blir også peika på at fastlegane ønskjer ei oversikt over om psykologane / psykiatrarane jobbar innan spesielle felt, og tar imot ei bestemt pasientgruppe.

Fleire avtalespesialistar innan psykisk helse har i spørjeundersøkinga peika på at fastlegane er lite kjente med rutinane for tilvising, og ønskjer ein betre dialog med fastlegane.

Avtalespesialistane sin informasjon til pasienten var tatt opp i spørjeundersøkinga kor følgjande spørsmål vart stilt:

**Tabell 3 - Når blir pasienten informert om tidspunkt for time /konsultasjon?
(Tal svar)**

1 Innan 30 dagar	2 Innan 60 dagar	3 Når eg har kapasitet til å gi dei eit tilbod	4 Det varierer
144	3	30	14

Dei fleste avtalespesialistar foretar ei vurdering og fastsett eit tidspunkt for behandling innan 30 dagar. Det er i samsvar med kravet i lov om pasientrettigheter § 2-2.

Det var fleire informantar som i møte med internrevisjonen ga uttrykk for at dei ikkje var klare over skilnadane i regelverket.

2.3.3 PRIORITERING AV PASIENTAR

Rammeavtalen § 6-1.1 *"legen/psykologen foretar undersøkelser, diagnostikk og behandling innen de enkelte spesialiteter i henhold til regionale og nasjonale mål og prioriteringer og lovgivning."*

Avtalespesialisten skal gi nødvendig helsehjelp. I dette ligg også at det skal foretas ei prioritering i samsvar med gjeldande rett.

I spørjeundersøkinga svarar 134 respondentar at dei alltid foretar ei prioritering av pasientane. 19 svarar at det sjeldan er behov for ei prioritering og 40 svarar at dei som oftast foretar ei prioritering. Ingen kryssa av for aldri å prioritere.

Svara fordeler seg slik på somatikk og psykisk helse:

Tabell 4 – Andel som prioriterer mellom tilviste pasientar (N = 194 = Alle respondentar; Prosentfordeling)			
Prioriterer du imellom dei pasientane du får tilvist ?	Somatikk	Psyk.	Totalt
1 Ja, alltid	86 %	52 %	69 %
2 Sjeldan behov for prioritering	5 %	15 %	10 %
3 Som oftast	9 %	32 %	20 %
Ikkje svar	0 %	1 %	1 %
Totalt	100 %	100 %	100 %
N	(101)	(93)	(194)

Kva grunnlag som nyttast i prioriteringsarbeidet var varierande:

Tabell 5 - Kva nyttar du som grunnlag i prioriteringsarbeidet? (N = 194 = Alle respondentar; Tal svar)					
Vurderingsgrunnlag	Ja	Delvis	Nei	Ikkje svar	Totalt
a. Prioriteringsforskrifta	75	50	26	43	194
b. Prioriteringsrettleiar for fagområdet	75	38	28	54	194
c. Berre eiga vurdering av hastegrad	80	54	29	31	194
d. Dei som er tilviste frå helseføretaka kjem først i køen	10	43	77	64	194

Det var her mogleg å kryssa av for fleire alternativ. Undersøkinga syner at avtale-spesialistane legg ulike grunnlag til grunn for sitt prioriteringsarbeid. Dette treng ikkje å innebera stor forskjell i realiteten. Det faglege skjønnet kan godt vera i samsvar med prioriteringsforskrifta, men undersøkinga tyder på at ikkje alle er kjent med prioriteringsforskrift med rettleiar.

Andre informantar fortel i samtalar med internrevisjonen om store frustrasjonar når det gjeld prioritering av pasientar. Fastlegar fortel at dei har gitt opp å sende tilvising til spesialistar innan psykisk helse og ber pasienten sjølv kontakte spesia-

listane. Dette gjer det vanskeleg å få eit bilde av totale ventelister, ettersom ein pasient kan ha vendt seg til fleire spesialistar i håp om napp hos ein. Vi kjem tilbake til dette seinare.

Det er vidare stilt spørsmål ved avtalespesialistane sin rett til å bestemme sjølve kva pasientar dei vil ta i mot og kven dei vil avvise. Nokre meiner det er eit uheldig system. Dette på grunn av at ein ikkje har innsyn i prioriteringane og at dei opplever at prioriteringa er noko vilkårlig.

Fleire har i samtalar med internrevisjonen peika på at det bør innførast ei vurderingseining. Forslaget rettar seg i størst grad mot psykisk helsevern, men også innan somatikk har nokre tatt til orde for dette kan vera ein farbar vei å gå. Vurdering og fordeling av ryggpasientar på Haukeland er tatt fram som eit eksempel. Alle tilvisingar kjem til ein instans som fordeler etter behov.

Andre informantar har vist til Helse Sør-Aust sin klyngemodell som ei mogleg tilnærming. Det vil sei at ei gruppe med fastlegar har ei gruppe med avtalespesialistar dei tilviser til og utviklar eit samarbeid med.

Vi noterer oss elles frå vår spørjeundersøking at spesialistane innan somatikken er mindre tilbøyelege til å vektleggje prioriteringsforskrifta og rettleiaren enn spesialistane innan psykisk helsevern, og bruker i større grad si eiga vurdering av haste-grad.

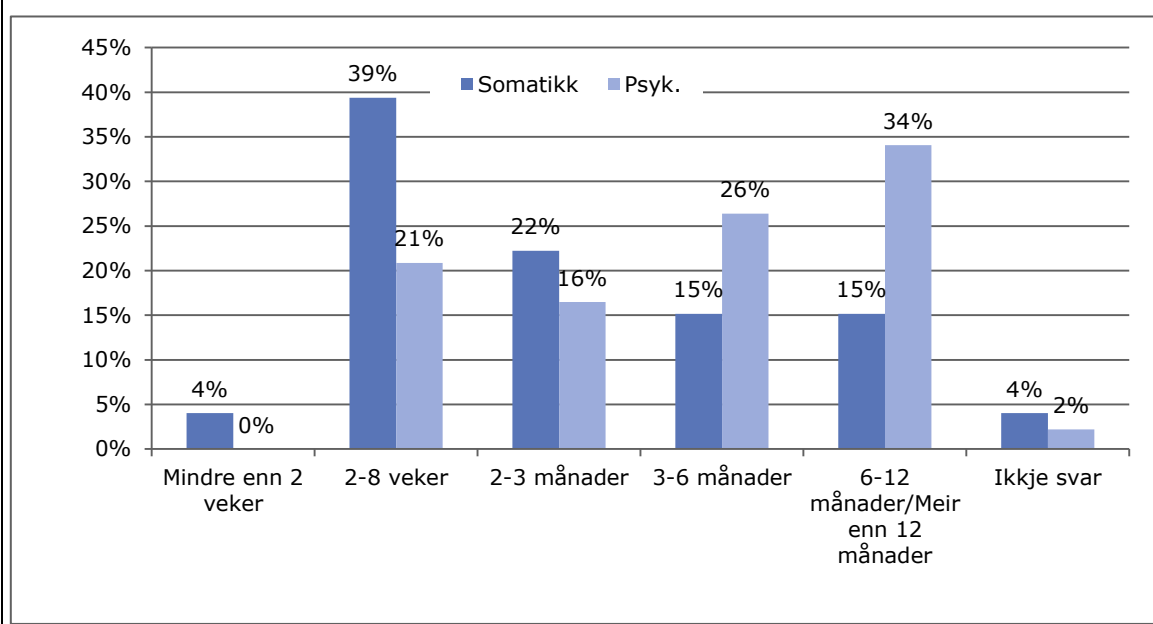
2.3.4 VENTETIDER

I følge rammeavtalane med legeforeningen og psykologforeningen skal RHF-et bidra til at innrapporterte opplysningar om ventetid for avtalespesialistane blir gjort tilgjengelege for befolkninga (pkt. 5.3 i begge avtaler).

Helse Vest RHF mottar ikkje og har ikkje satt krav om å få jamlege rapportar om ventetid frå avtalespesialistane generelt. Derimot har Helse Vest RHF innan psykisk helse satt inn tiltak i form av ein koordinator. I samband med dette vart det presisert at Helse Vest i samarbeid med avtalespesialistane skulle sørge for at dei regionale koordinatorane har oppdaterte lister over ventetider. I praksis ligg det ikkje føre ei meldeplikt, men koordinator tar ringerundar med varierende mellomrom for ei oppdatering av omtrentleg ventetid. Svaret har gjennomgåande vore at ventetida er på seks månader.

I spørjeundersøkinga vår til avtalespesialistane går det fram at ventetida hos den enkelte spesialist var svært ulik.

Figur 2 - Kor lang ventetid er det ved praksisen din?



Fleire kommenterte at det ikkje er lett å svara på spørsmålet då ventetida kan variere. Dei skil mellom prioriterte/ hastesaker og dei som ikkje har ein prioritert rett.

Som figuren viser, er det oppgitt lengre ventetid innan psykisk helse. Vidare tyder figuren på at lange ventetider ikkje er eit stort problem innan somatikken. Dette er i samsvar med det internrevisjonen får opplyst hos alle informantar. Internrevisjonen er likevel gjort merksam på at også innan somatikk kan tilvisingar koma uheldig ut. Til dømes har pasientar opplevd å stå i "feil kø" for behandling. Det vil seie at ein pasient stod på venteliste hos ein privatpraktiserande avtalespesialist, utan rett til vurdering og frist for behandling, samstundes som det var betre kapasitet ved sjukehusets poliklinikk. Vi kjenner ikkje til omfanget av dette.

Undersøkinga viser at det opplevast som eit stort problem for pasientane og fastlegane med lange ventetider innan psykisk helse. Problemet er søkt løyst med koordinatorar og rutinar for tilvising innan psykisk helse.

2.3.5 TILVISING TIL KOORDINATOR INNAN PSYKISK HELSE

Med bakgrunn i Helse Vest sine rutinar for tilvising til koordinator innan psykisk helse blei det i spørjeundersøkinga stilt spørsmål til psykologane og psykiatrane om ordninga.

Undersøkinga

Tre av desse respondentane sa at dei ikkje kjente til ordninga og fire svarte ikkje på spørsmålet. Derimot var langt dei fleste heilt (82) eller delvis (4) kjent med ordninga. Til spørsmål om dei sjølve har nytta høve til å vidaresenda tilvisingar til koordinator svarte 67 respondentar ja og 31 nei. 21 respondentar synes ordninga fungerer godt, 39 svarer tilfredstillande, mens 21 har svara at ordninga fungerer dårleg. 12 psykologar og psykiatrar let vere å svare på det spørsmålet.

I spørjeundersøkinga var det mogleg å koma med forslag til forbetringar av denne ordninga. Vi fekk inn mange kommentarar:

- Fleire viser til at kapasiteten må aukast med fleire driftsheimlar og at ein ikkje kan organisera seg bort frå problemet.
- Tanken med koordinator er god, men situasjonen har vore at tilvisingane ofte går til både koordinator og ulike spesialistar - slik at de står på fleire lister.
- Fleire peiker på at det er positivt at presset på tilvisingar er forsøkt løyst med ein koordinator. Andre meiner tilviste pasientar hopar seg opp hos koordinator.
- Fleire viser til god service hos koordinator, men koordinator kan ikkje vurdere eller behandla.
- Ein kommenterer at mange av dei tilvisingane som kjem frå koordinator er saker som fastlegen kunne fått råd om og som kunne vore handsama hos fastlegen etter evaluering hos spesialist.
- Fleire syner til at direkte samarbeid mellom fastlegar og avtalespesialistar løner seg når det gjeld pasientflyt.
- Fleire kommenterer at fastlegane ikkje kjenner til ordninga, derfor sendes ikkje samtykke om vidare tilvising til koordinator.
- Det hevdast at det er vanlig at pasientane får beskjed frå sin lege om å ta kontakt med spesialist for å bestille time utan at tilvising føreligg.
- Fastlegane bør få kurs om tilvisingspraksisen
- Meir standardiserte tilvisingsformularar som inneheld opplysningar som inkluderer omsynet til prioritering.
- Nokon peikar på at ordninga ikkje er nyttig av di pasientane kan ha ønske om å treffe ein særskild spesialist. Det kan skuldast lokalisering, men også praksisprofil og kjennskap.
- Ein skriv at han det siste året har fått fleire tilvisingar frå koordinator - dei har vore over 1 år gamle - dels uaktuelle.
- Eit forslag er å sjekke om tilvisinga framleis er aktuell etter ei tid
- Det kjem også forslag om at det bør gjerast ei prioritering hos koordinator.

Restanseprosjektet

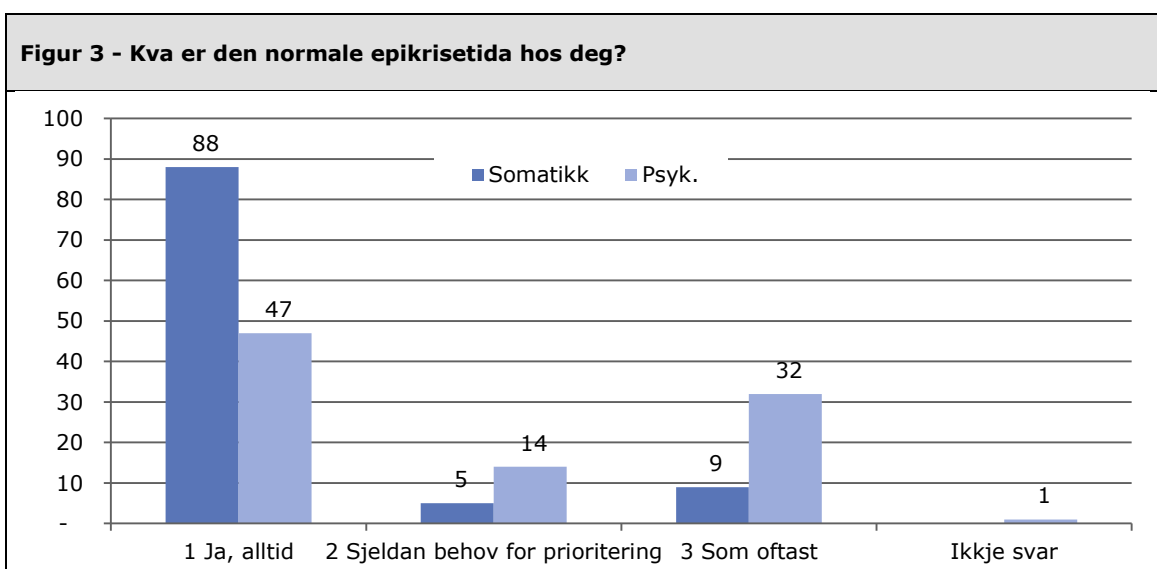
Innanfor Helse Bergen og Helse Førde sitt opptaksområde blei det ei opphoping av tilvisingar hos koordinator. Eit prosjekt blei satt i gang for å vurdere pasienten sin rett i dei enkelte sakene. Prosjektteamet besto av to psykologspesialistar og ein psykiater. Prosjektrapporten frå 2011 viser:

- 608 tilvisingar blei vurderte.
- 65 av pasientane kvalifiserte til "rett på nødvendig helsehjelp" (11 %). Dei hadde venta frå 6 månader og opp til 2 år for å få vurdert sin rett til helsehjelp. Det heiter i rapporten at *"ingen av disse ble av oss vurdert til å skulle ha ventet lenger enn 4-10 uker på et behandlingstilbud (enkelte av pasientene var <23 år)."*
- 214 hadde rett på helsehjelp, men ikkje prioritert (35 %)
- 272 blei vurdert til ikkje å ha behov for spesialisthelseteneste (45 %)
- 57 var ikkje lenger aktuelle eller var i behandling (9 %)

Rapporten konkluderer med at *"resultatene fra Restanseprosjektet viser et udiskutabelt behov for klare rutiner slik at en i fremtiden unngår at noe tilsvarende som dette skal skje igjen."*

2.3.6 EPIKRISER

Det er eit nasjonalt mål at epikrisane skal sendast innan ei veke. Dette gjeld også avtalespesialistane. Vi spurde avtalespesialistane kva som var deira normale epikrisetid. Figuren under viser svaret.



Dei aller fleste avtalespesialistane innan somatikk svarar at dei sender epikrise innan 7 dagar. Fleire i denne gruppa kommenterte at dette blir gjort same dag.

Innan psykisk helse er bildet noko annleis. Her rapporterer halvparten om lengre epikrisetid enn sju dagar.

Dei fleste (72 %) rapporterer at dei er kjent med dei nasjonale måla for epikrisetid og 67 % av spesialistane oppfattar at dette også gjeld for deira verksemd. Her var det ikkje stor skilnad mellom somatikk og psykisk helse.

Internrevisjonen har i intervju fått opplyst at det er stor frustrasjon hos fastlegar over kor lenge pasientane er i behandling hos psykolog/ psykiater. Mange gonger utan at fastlegen får informasjon om korleis det går med pasienten. I denne samanheng kom det fram eit forslag om at det burde vere eit krav om at fastlegane skulle få ein tilbakemelding/ epikrise frå behandlar innan eit år. Deretter kunne fastlegen eventuelt søkje vedkommande inn igjen.

Statens Helsetilsyn oppsummerer i si [Tilsynsmelding 2010](#) fleire tilsyn av avtalespesialistar innan psykisk helse i Helse Sør-Aust. I meldinga heiter det: *"Tilsynene viste at mange avtalespesialister samhandlet lite med pasientenes fastlege. De ga ikke alltid svar til fastlegen på henvisninger eller beskjed om at pasienten var tatt inn til behandling. Ved langvarige behandlingsforløp ble det sjelden gitt tilbakemeldinger underveis. Noen psykiatere forskrev legemidler, også vanedannende legemidler, uten å informere fastlegen. Epikrise ble ikke alltid sendt til rett tid."*

2.3.7 VURDERING AV PROBLEMSTILLING 1, PASIENTNIVÅ

I strategiplanen Helse 2020 heiter det: *"Ei særskild utfordring er å sikre at samarbeidsaktørar som private sjukehus og avtalespesialistar prioriterer på ein likeverdig måte."* Både lovverk, rutinar og praksis viser at det er ei tydeleg utfordring.

Lovverket sikrar ikkje pasientane sine rettar med omsyn til vurdering, prioritering og ventetider. Årsaka er at pasienten har langt fleire rettar når tilvisinga sendes til eit sjukehus (DPS) enn til den private avtalespesialisten. Dette synest uheldig i seg sjølv, og pasientane blir dessutan ofte ikkje informert om det, får vi opplyst. Ei betre oversikt over kapasitet og ventelister hos avtalespesialistane, som for sjukehusa, vil gi pasientane betre rettleiing når det gjeld val av behandlingsstad.

Revisjonen viser at dagens system med tilvising frå fastlege til avtalespesialist har i seg ein stor risiko for at pasienten ikkje får sine rettar innfridde. Det kan synes tilfeldig kor og når du kjem inn til avtalespesialist. Systemet legg opp til at fastlegar som har eit nettverk og som har vore lenge i systemet får sine pasientar lettare fram til ein avtalespesialist. Størst er problema innan psykisk helse. Innan psykisk helse vert pasientar av sin fastlege sendt frå spesialist til spesialist med si tilvising, og får som svar at dei får ta kontakt igjen sjølve etter ei tid.

Store køar byggjer seg opp og dei to koordinatorane innan psykisk helse i Helse Vest tar ringerundar blant psykologane og ber om velvillig hjelp til å få sakene unna. Samstundes viste eit restanseprosjekt i 2011 at køane langt på veg ikkje var reelle, men at der ikkje er nokon instans som kan avdekke det. Koordinatorane har ingen slik kompetanse eller rolle. Fastlegane tilvisar langt fleire enn dei burde, kan det synest som: 272 av 608 tilviste pasientar blei vurdert til ikkje å ha behov for spesialisthelseteneste (45 %).

At fastlegar framleis ber pasientar sjølve ta direkte kontakt med specialistane innan psykisk helse tyder på at ordninga med koordinatorar ikkje fungerer godt nok eller er kjent nok.

Ventetida innan psykisk helse skulle mellom anna løysast med koordinatorar. Restanseprosjektet viser at dette ikkje har fungert godt nok. Ei opphoping av tilvisingar hos koordinator er ikkje tilfredstillande for pasientane og inneber eit for stort ansvar lagt til koordinator. Det er kritikkverdig at pasientar som hadde rett på prioritert behandling måtte vente i opptil 2 år før dei blir vurderte.

Det er freistande å tolke det heile slik: Dersom tilvisingane var blitt vurdert av specialist tidleg, ville køen hos spesialisthelsetenesta vore mykje lågare. Dei 65 av nemnte 608 som vart vurderte som "reelle" rettspasientar, kunne ha vore mogleg å sluse inn til privatpraktiserande specialist langt tidlegare, eller handtert av DPS.

Det kan og vere at ein del kan løysast med kompetanseoppbygging hos fastlegane med omsyn til grunnlaget for tilvising, så vel som i koplinga til helseføretaket og i eit betra samspel med helsetenesta i kommunane.

2.4 FØRETAKSNIVÅ: KORLEIS VERT AVTALESPEKIALISTANE INTEGRERT SOM EIN DEL AV SPEKIALISTHELESETENESTA I HELSEFØRETAKE?

For at avtalespesialistane skal bidra til Helse Vest sitt "sørgje for-ansvar" er det viktig at deira tilbod er integrert i det totale tilbodet frå helseføretaka. Avtaleheimlane må ein sjå på som eit tillegg til verksemda i helseføretaka.

2.4.1 SAMHANDLING

Helseføretaka har ikkje eit formelt ansvar overfor avtalespesialistane, men samhandling er nemnd i rammeavtalane. § 6.1 omhandlar legens/psykologens oppgåver og i 6. ledd står det at *"legen/ psykologen skal 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)"*.

Samarbeid ut over dette må skje ved forhandling eller reforhandling av individuell avtale om driftstilskott. Rammeavtalene § 6.1, 2. ledd opnar for at begge parter kan ta opp behov for endring av den individuelle avtalen.

RHF har ikkje lagt opp til generelle rutinar for samarbeid mellom HF og avtalespesialistane. Korleis dette er løyst i dei individuelle avtalene er også ulikt. RHF har i liten grad nytta høvet til å regulere arbeidsoppgåver, fagleg virkeområde og profil i dei individuelle avtalene. RHF-et opplyser at det i dei siste avtalane som er inngått, er tatt inn eigne punkt om samhandling. Det vil seie at det no blir lagt opp til eit tettare samarbeid med helseføretaket.

RHF har oppretta samarbeidsutval (SU) både for legene og for psykologane, jf. rammeavtalene § 12.2. Her er representantar frå privat spesialistpraksis med driftsavtale og RHF. Eit utval for legene og eit for psykologane. SU skal bidra til å fremme nødvendig samarbeid og samhandling mellom RHF og legespesialistar med driftsavtale i regionen.

SU er eit rådgivande organ. Partane plikter å legge frem for SU saker av vekt for drift av privat spesialistpraksis. Begge parter plikter å gjere referata frå møta kjent i sine respektive organisasjonar. Det er i spørjeundersøkinga kommentert frå ein av avtalespesialistane at dei hadde ønskjer om meir informasjon og han meinte det berre var dei tillitsvalde som satt med informasjon.

I RHF sitt oppdragsdokument for 2009 var avtalespesialistane tatt med som eit område med særskilt fokus innan "sørgje for-ansvaret". Under tiltak for oppfølging stod bl.a.: *"Helse Vest RHF skal sjå til at kapasiteten til avtalespesialistane blir utnytta for å sikre tilgjengelege tenester for pasientane og kortare ventetider."*

RHF viser i årleg melding same år at det er noko samarbeid mellom sjukehusa og avtalespesialistane om oppfølging av pasientar. "Det er ved eit sjukehus utprøvd ei ordning der grupper av avtalespesialistar har gitt tilbod til pasientar som sjukehuset elles ville hatt problem med å handtere innan fristane. Informasjon om dette er formidla til alle helseføretaka."

I 2007 reagerte avtalespesialistane på at dei ikkje var nemnde i den regionale strategiplanen Helse 2020. I 2011-versjonen av planen er omtalen mellom anna slik: *"Eit ledd i å vidareutvikle kvaliteten og heilskapen i helsetenestene er å bruke private avtalespesialistar. Dei er ein viktig ressurs i det samla tenestetilbodet, og Helse Vest ser på det som viktig at dei inngår som ein integrert part og er underlagde dei same krava til kvalitet, prioritering, transparens og dokumentasjon som resten av tenestene i føretaksgruppa."*

I spørjeundersøkinga vår spurte vi om avtalespesialisten har motteke invitasjon til kurs frå HF/RHF. 135 respondentar svarte nei til dette og 46 svarte ja. 31 av dei har òg delteke på slikt arrangement.

Fleire avtalespesialistar har overfor internrevisjonen kommentert samarbeidet.

Ein meiner at avtalespesialistane ikkje er godt nok integrert. Fleire etterlyser betre samarbeid mellom sjukehus og avtalespesialist, betre samhandling, kurs, seminar, tilbakemeldingar. Samarbeid og klare grensesnitt til HF er ei utfordring for mange av avtalespesialistane, kommenterer ein av avtalespesialistane. Grad av samarbeid mellom avtalespesialistane og dei respektive HF er varierende avhengig av spesialitet og avtalespesialistens kjennskap til sjukehuset sine arbeidsrutinar. Nokre avtalespesialistar melder om eit godt samarbeid og god dialog.

2.4.2 VURDERING AV PROBLEMSTILLING 2, FØRETAKSNIVÅ

Eit viktig punkt for å få til betre integrering er samarbeid, både på eit generelt grunnlag, men ikkje minst i enkeltsaker. Samarbeidet kan eksempelvis bestå i og rundt fordeling av oppgåver, kompetanseoppbygging, erfaringsoverføring m.m. Ein føresetnad for godt samarbeid er at partane er kjent med og har respekt for kvarandre sine oppgåver og spesialitetar. Det inneber også at ein har ei felles forståing for kva utfordringar ein står overfor og arbeidsfordelinga.

Undersøkinga viser at avtalespesialistane ikkje i særleg grad er integrerte som ein del av spesialisthelsetenesta i helseføretaket. Det synes tilfeldig korleis kontakten med HF fungerer ut frå den enkelte avtalespesialist sin kjennskap til personar og systema.

Det er positivt at Helse 2020 i siste versjonen inkluderer avtalespesialistane og stakar ut ein kurs der dei i større grad vert inkludert i den samla utviklinga av spesialisthelsetenesta i regionen.

Det er og positivt at RHF nå i større grad har tatt dette inn som eige punkt i dei individuelle avtalane. Det tyder på at det er registrert eit behov for meir samhandling. Det kan vidare vere ei løysing å reforhandle nokre av dei eksisterande avtalane for å oppnå eit betre samarbeid innan dei spesialitetar ein ser eit stort behov.

Kunnskap om dei ulike spesialitetar og om nasjonale/ regionale mål og prioriteringar kan bidra til betre integrering og samhandling. Informasjon er ei viktig føresetnad for god integrering.

Vi kan legge til at desse funna ikkje synest å vere eit utprega Vestlandsfenomen. Statens Helsetilsyn oppsummerar i si [Tilsynsmelding 2010](#) fleire tilsyn i Helse Sør-Aust. Ein av konklusjonane var at det gjennomgåande var *"lite samarbeid mellom avtalespesialistene og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Kompetansen til avtalespesialistene kan trolig utnyttas bedre gjennom en ytterligere integrering i foretakenes virksomhet."*

2.5 REGIONALT NIVÅ: BIDRAR AVTALESPEKIALISTANE TIL AT OFFENTLIGE RESSURSAR NYTTAST PÅ EIN TILFREDSTILLANDE MÅTE?

I denne delen av rapporten ser vi på:

- Kva system for internkontroll har avtalespesialistane?
- Kva incitament føreligg for ein kostnadseffektiv drift på området, med omsyn til optimal pasientflyt, kvalitet og økonomibruk?
- Kva risikovurderingar gjennomførast i regionen?

2.5.1 AVTALESPEKIALISTANE SIN KJENNSKAP TIL AVTALANE

I spørjeundersøkinga har internrevisjonen stilt avtalespesialistane spørsmål om kjennskap til rammeavtalane. 129 respondentar svarar at dei er kjent med rammeavtalen, 47 at dei er delvis kjent med avtalen og 8 kryssar av for at dei ikkje er kjent med rammeavtalen.

På spørsmål om dei har ein individuell avtale med RHF svarar 127 ja og 51 nei på dette. Ei forklaring på at så vidt mange svarar at dei ikkje har ei individuell avtale med RHF kan vera at dei i sin tid inngjekk avtale med fylkeskommunen. Vi finn likevel fleire eksempel på spesialistar som er tilkjent avtaleheimel etter at RHF overtok frå fylkeskommunen som svarer at dei ikkje har ein individuell avtale.

2.5.2 KONTROLL AV AVTALESPEKIALISTANE

Rammeavtalane inneheld eit eige punkt om rapportering, § 8: *"Formålet med rapportering er å ivareta behovet for oversikt over behandlingsaktivitet i spesialisthelsetjenesten, for å dokumentere at offentlige midler brukes i samsvar med angitte mål, rammer og prioriteringer for helsetjenesten"*.

Avtalespesialistane rapporterer årleg aktivitetsdata til NPR. Innan somatikk starta dette arbeid i 2007. I psykisk helse starta dei med registreringar i 2008. RHF får årleg tilsendt aktivitetstal frå NPR for kvar enkelt avtalespesialist. Talmaterialet blir ikkje analysert og nytta til å synleggjera avtalespesialistane sitt arbeid.

Bortsett frå denne rapporteringa og oppmodinga til psykologar og psykiatrar om å rapportera ventetider til RHF, føreligg det per i dag ikkje krav om systematisk rapportering frå avtalespesialistane til RHF.

Fleire informantar stiller spørsmål ved korleis avtalespesialistane blir følgd opp av Helse Vest.

2.5.3 BISTILLINGAR

Rammeavtalane § 6.3: *"Legen/psykologen skal informere RHF om andre avtalehjemler, næringsvirksomhet, arbeidsforhold, oppdrag og lignende som vedkommende har påtatt/påtar seg som lege/psykolog. Dette gjelder ikke enkeltstående oppdrag av mindre omfang og kortere varighet med mindre disse har betydning for driftsavtalen. I tilfelle legen/psykologen påtar seg slike oppdrag som kan være i strid med generelle habilitetsprinsipper, kreves det godkjenning fra RHF."*

RHF har ikkje oversikt over avtalespesialistar med andre arbeidsforhold/ oppdrag, men internrevisjonen får opplyst at RHF stadig får førespurnader om dette og behandlar spørsmåla fortløypande.

I spørjeundersøkinga svarer 83 av 194 respondentar at dei har bistillingar / oppdrag ut over driftsavtala. Litt over halvparten (46 respondentar) av dei hadde meldt frå til RHF om det. Ingen av respondentane oppgjer at arbeidet er i strid med generell krav til habilitet, men 11 respondentar svarar at det er mogleg.

Fleire kommenterer at koplinga mellom privat drift og offentleg stilling kan vere vanskeleg.

2.5.4 TILRETTELEGGING FOR FORFLYTTINGSHEMMA

Rammeavtalane § 4.3: *"Praksisen skal drives fra velegnede lokaler og være tilrettelagt og tilgjengelig for forflytningshemmede. Dersom lokalene ikke anses tilfredsstillende skal legen presentere en plan for hvordan kravene skal oppfylles, under hensyn til ev avvikling av løpende husleieforpliktelser."*

I spørjeundersøkinga svarar 143 avtalespesialistar at deira praksis tilfredstillar krava. 24 svarar at dei delvis tilfredsstiller krava og 19 svarar nei.

Av dei 19 respondentane som svara nei på spørsmålet om praksisen var tilrettelagt for forflyttingshemma svarar 3 at dei har presentert ein plan for RHF om korleis krava skal oppfyllast. 16 har ikkje gjort det.

2.5.5 INTERNKONTROLL

Rammeavtalane § 6.2: *"Legen/psykologen skal ha internkontrollsystem, jf forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten. RHF har krav på innsyn."*

Vi får opplyst at RHF ikkje har nytta retten til innsyn i internkontrollsystemet hos avtalespesialistane.

I spørjeundersøkinga fekk avtalespesialistane eit generelt spørsmål om dei hadde eit internkontrollsystem. 157 respondentar svara at det hadde dei, medan 34 svara nei. Dei som ga opp at dei hadde eit system ble bedne om å ta stilling til i kva grad åtte element gjekk inn i dette systemet. Desse åtte elementa kjem fram av krava i forskrifta om internkontroll i sosial- og helsetenesta av 20.1.2002⁶.

Tabell 6 - Kva av følgjande element kan du sei at internkontrollsystemet i di verksemd inneheld (Tal på respondentar som har kryssa av for kvart svaralternativ)						
Element	1 Ja	2 Delvis	3 Nei	4 Ikkje aktuelt	Ikkje svar	Totalt
12a. Ei beskriving av verksemdas hovudoppgåver, mål og organisering	101	34	6	12	41	194
12b. Oversikt over aktuelle lover og forskrifter som gjeld for verksemda	108	38	5	2	41	194
12c. Det blir sørgja for at arbeidstakarane har tilstrekkeleg kunnskap og ferdigheter innan det aktuelle fagfeltet samt om verksemdas internkontroll	104	10		39	41	194
12d. Det blir sørgje for at arbeidstakarane medverkar til at samla kunnskap og erfaring blir nytta	99	8		44	43	194
12e. Verksemda nyttar erfaringar frå pasientar og pårørande til forbetring	122	28	1	4	39	194
12f. Er det skaffa oversikt over områder i verksemda kor det er fare for svikt eller mangel på oppfylling av krav satt av styresmakta	71	48	17	16	42	194
12g. Det er tiltak (prosedyrar, rutinar, instruksar m.m) i verksemda for å avdekke, rette opp og førebyggje brot på sosial- og helselovgjevinga	77	49	12	14	42	194
12h. Det skjer ei systematisk overvaking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som føresatt og bidrar til kontinuerlig forbetring i verksemda	84	49	8	12	41	194

”Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteteter, risikoforhold og størrelse”, heiter det i forskrifta § 5.

Undersøkinga viser at det er store variasjonar blant avtalespesialistane på kva dei-ra system inneheld. For ein avtalepraksis som blir driven utan eller med få tilsette, vil det truleg ikkje vera nødvendig å etablere eit omfattande skriftleg system for internkontroll. Systemet bør som eit minimum sikre at aktuelt regelverk og avtalar blir etterlevd. Dette krev ein gjennomgang av alle aktivitetar for å identifisere område kor det er nødvendig å etablere systematiske tiltak.

⁶ Merk at rammeavtalane ikkje er spesifikke på kva eit internkontrollsystem skal vere, men internrevisjonen har vald å nytta forskriftskrava som elles også gjeld for avtalespesialistane. Merk at i utgangspunktet svara færre enn 157 at dei hadde eit internkontrollsystem, men nokre av dei svara deretter stadfestande på dei åtte elementa. Vi har derfor rekna med desse siste blant dei som oppgir at dei har eit system.

Fleire har i undersøkinga svara at dei ikkje har/ ikkje er aktuelt å skaffa ein oversikt over område med fare for svikt.

2.5.6 ANNA

I spørjeundersøkinga blei avtalespesialistane spurde om i kor stor grad dei opplever at rammeavtalen bidrar til å sikre befolkninga helsetenester av høg kvalitet. På skala frå 1-6 (høg) låg gjennomsnittet på 4,6. Avtalespesialistar innan somatikk synes å vere noko meir positive i så måte.

Vi spurte også om i kva grad spesialisten opplever at rammeavtalen bidrar til å sikre føreseielege økonomiske, driftsmessige og faglege rammevilkår i spesialistpraksis. Også her var snittet 4,6, med noko meir positive svar frå somatikken.

Avtalespesialistane blei oppfordra til å nemne utfordringar til dagens praksis og kome med forslag til forbetringar. Vi har valt å ta med svært mange av dei, og lagt lista i [vedlegg](#).

2.5.7 AVTALESPEKIALISTANE I STYRINGSOKUMENTA

I Nasjonal helseplan 2007 – 2010 er det frå Helse- og omsorgsdepartementet uttalt:

”Det er en overordnet målsetning at spesialister med driftsavtale med regionale helseforetak (private avtalespesialister) skal bidra til å oppfylle ”sørge for”-ansvaret. Det må også legges til rette for bedre å integrere disse med sikte på å oppnå en god oppgavefordeling i forhold til øvrig spesialisthelsetjeneste”

Dette er følgt opp i oppdragsdokumentet frå HOD og rapportert i årlege meldingar. I første omgang blei det arbeidd med eit system for rapportering til NPR.

Når det gjeld omtalen i Helse Vest av avtalespesialistane har vi nemnd noko i [avsnitt 1.2.4.1](#) ovanfor, og inkluderer meir i [vedlegg](#). Vi har ikkje funne at det er utarbeidd risikovurderingar knytt til avtalespesialistar.

2.5.7.1 ARBEIDSGRUPPER/ PROSJEKT RUNDT AVTALESPEKIALISTANE PÅ REGIONSNIVÅ

I 2007 etablerte Helse Vest RHF eit prosjekt i samarbeid med legeforeningen og psykologforening. Mål for arbeidet var å lage ein plan for korleis avtalepraksis og avtalespesialistane best mulig kan nyttast for å ivareta Helse Vest sitt ”sørge for”-ansvar. Arbeidsgruppa var breitt samansett med representantar frå legeforeningen, psykologforeningen, helseføretaka, kommune og RHF. Arbeidet blei omtalt i årleg melding i 2008, men blei ikkje avslutta. Internrevisjonen får opplyst at fleire problemstillingar fann si avklaring i andre samanhengar.

I samband med planlegging/ oppstart av dette prosjektet, 2011, fikk internrevisjonen opplyst at RHF hadde satt ned eit nytt arbeid internt. Ein skulle sjå på ulike tiltak for å sikre at avtalepraksis vert ein integrert del av spesialisthelsetenesta. Dette arbeidet har gått føre seg parallelt med revisjonen og fortsetter etterpå.

2.5.8 TENESTEYTINGA INNAN PSYKISK HELSE

Ut frå tal på konsultasjonar ser vi her i kva grad avtalespesialistane innan psykiatri og psykologi klarar å fylle krav i avtalen. Internrevisjonen får opplyst frå RHF at dersom dei får kjennskap til avtalespesialistar som ikkje klarer krava til produksjon blir dette følgd opp.

Kostnader

Helse Vest utbetaler ca. 59 millionar i året til psykologar og psykiatrar i grunnstøtte. I tillegg kjem det ein aktivitetsbasert inntekt basert på talet konsultasjonar.⁷

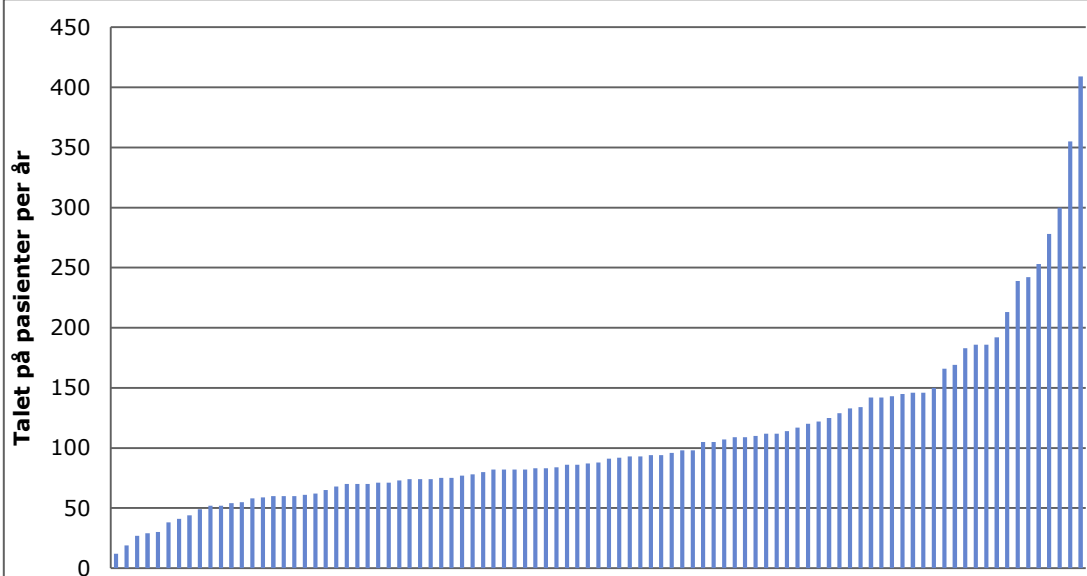
Tabell 7 – Kostnader til psykologar og psykiatrar i Helse Vest			
- Grunnstøtta utgjør ca 59 millionar i året, i snitt nær 400 000 per spesialist. - Dei med heile stillingar får frå 409 000 til 1,1 million. - Ettersom spesialistane har så ulikt tal på konsultasjonar, vil prisen per konsultasjon variere sterkt - I materialet er billigaste spesialist 50 kroner per konsultasjon, den dyraste kjem på over 5200 kroner – når vi ser heile året under eitt	Helseforetak	Snitt	Sum
	Psykiatri	593 994	21 383 784
	Psykologi	333 340	37 334 076
	Totalt	396 742	58 717 860

Pasientar

Som vi var inne på tidleg i rapporten utgjør avtalespesialistane ein viktig del av spesialisttilbodet i regionen. Tal frå 2009 viser at 12262 pasientar møtte ein spesialist minst ein gong det året.

⁷ Det økonomiske omfanget av denne, eller spesialisten si samla inntekt er ikkje kartlagt i dette prosjektet.

Figur 4 - Talet på pasientar per år for kvar spesialist i 100 % heimel (psykisk helse) (NPR 2009)



Figuren ovanfor viser ein temmeleg stor variasjon mellom spesialistane, sjølv om den berre viser dei med 100 % heimel:

- Ein spesialist hadde 12 pasientar det året, mens vi i den andre enden av skalaen finn ein spesialist med 409 pasientar.

Det vil mellom anna vere ein fagleg vurdering kor mange pasientar psykologen og psykiateren tar i mot i løpet av eit år, og vi har ikkje gått nærare inn på det.

Konsultasjonar

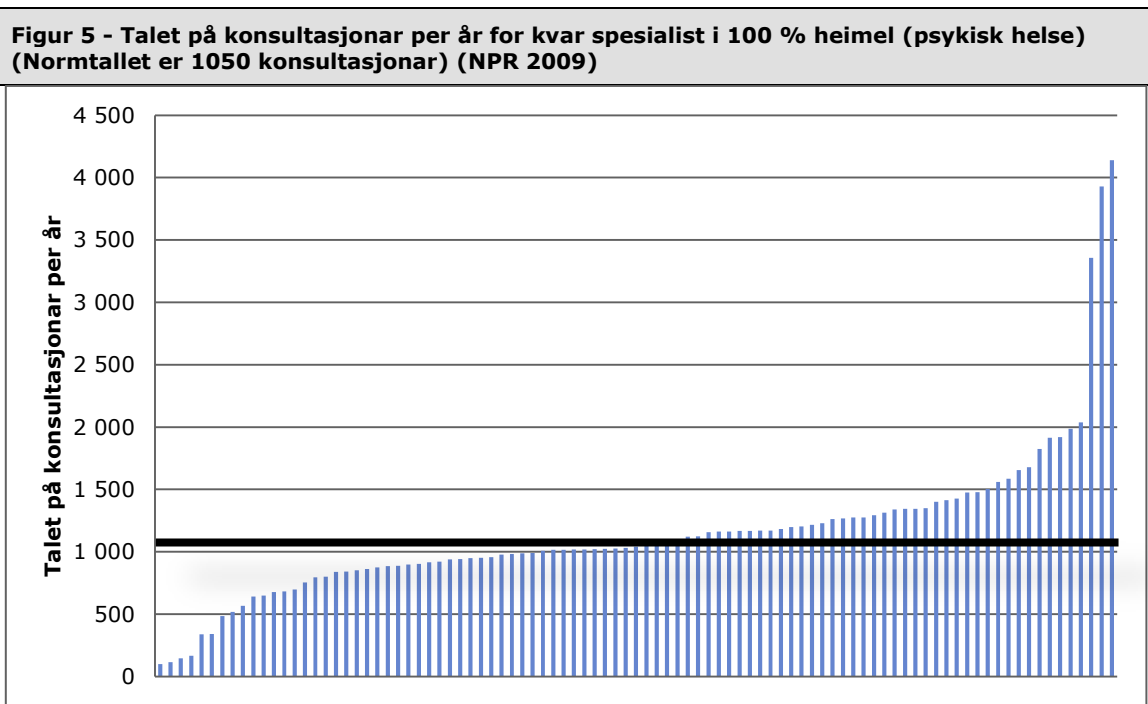
Samstundes er det slik at ein pasient kan kome til behandling (kalla konsultasjon eller kontakt) opp til fleire gonger. Forma for konsultasjon kan variere frå individuell samtale, gruppesamtale eller telefonisk kontakt.

Innanfor psykisk helse var det i sum nær 130 000 konsultasjonar i regionen i 2009, og kvar spesialist ga 993 konsultasjonar i gjennomsnitt. Som nemnt hadde ein del spesialistar lågare stillingsbrøk enn 100 % heimel. Dei med deltidsheimlar har i snitt langt fleire konsultasjonar enn dei med full heimel, når vi justerer for stillingsdelen⁸.

⁸ Snittet er 1895 konsultasjonar per årsverk for dei med deltid mot 1152 i året for dei med full stilling. Vi har ikkje forklaring på dette. Ein av spesialistane hadde i 2009 heile 1641 konsultasjonar i si 20 % stilling, eller 8205 konvertert til fulltidressurs. Variasjonane er store. Vi får opplyst at ein del, uvisst kor mange, av dei med 20 % heimel i realiteten arbeider 100 % og rapporterer inn alle sine pasientar og konsultasjonar. Vi vil tru at det forklarar i alle fall deler av skilnaden. Dette gjer at vi her i stor grad har valt å presentere talmateriale frå dei med fulle heimlar.

Vi har sett nærare på dei 93 avtalespesialistane innan psykiatri og psykologi som har full heimel og som har levert tal. Dei har i utgangspunktet alle eit normtall på 1050 konsultasjonar i året ut frå rammeavtalene. Mediantalet på konsultasjonar var på 1041, gjennomsnittet på 1152. Variasjonen var likevel svært stor: frå 100 hos den med færrest konsultasjonar og opp til 4139 konsultasjonar i året.

I figuren under er talet konsultasjonar i denne spesialistgruppa lagt inn som søyler på x-aksa for kvar spesialist, og sortert frå høg til låg. Vi ser at talet konsultasjonar fordeler seg nokolunde likt over og under den svarte streken (normtalet).



I tal viser det seg at 47 spesialistar i full heimel har færre konsultasjonar enn rammeavtala tilseier, 46 har fleire. Dersom det hadde vore mulig å løfte talet konsultasjonar opp til minimum det talet ein har inngått avtaler om, ville det gitt 12 325 fleire konsultasjonar i 2009⁹.

Konsekvensar av tala

Konvertert til stillingar ville det gitt 11,7 fleire spesialistårsverk, altså "stillingar" som ein allereie har betalt grunnstøtte til.

Dersom alle spesialistar innan psykisk helse i Helse Vest hadde hatt pasientkonsultasjonar minst på nivå med det som ligg i rammeavtalene, så kunne ein ha gitt eit tilbod til ca. 120 fleire pasientar i året.¹⁰

⁹ Dette gjeld dei konkrete spesialistane med innrapporterte lågare tal enn 1050. Merk at dette året rapporterte dei med fulle heimlar inn 107.090 konsultasjonar.

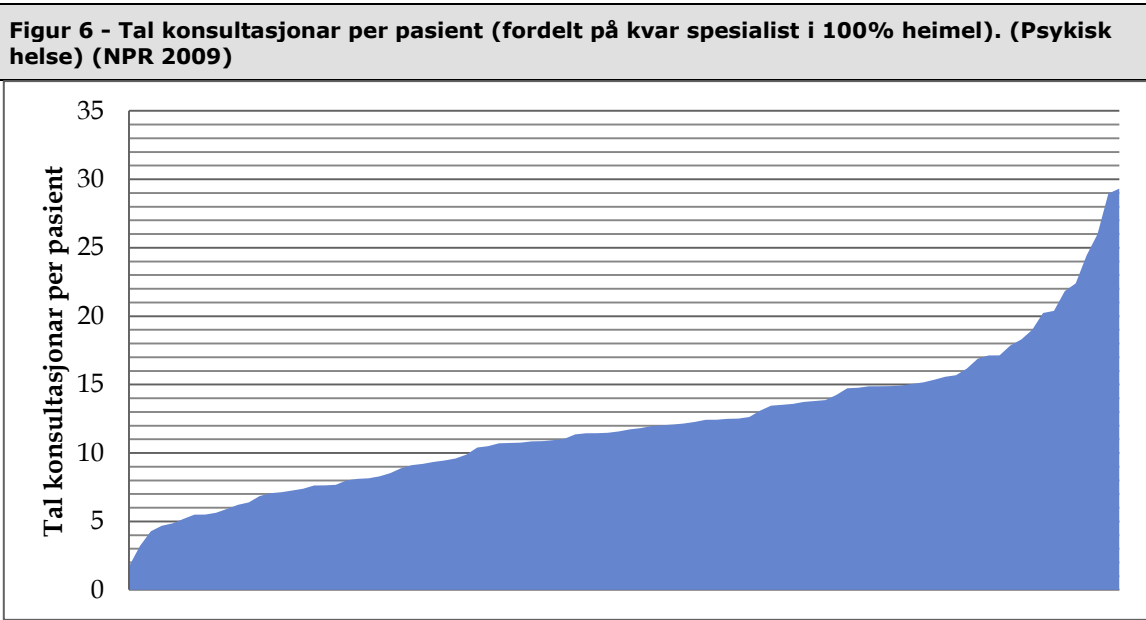
¹⁰ Det er her i rekneeksemplet lagt inn 100 pasientar i snitt. Det ligg i vårt materiale inne berre nokre få spesialistar i full heimel som arbeidde mindre enn full tid dette rapporteringsåret (2009), slik at det kan ikkje forklare hovudbildet. Det kan

RHF-et har ikkje vert systematisk i si oppfølging av spesialistar som ikkje leverer på avtalen eit bestemt år, eller over fleire år.

Vidare finn vi at nokre pasientar får mange konsultasjonar i året, andre få. Sjå figuren under. Vi har ikkje grunnlag til å stille spørsmål ved dette, men merker oss det som potensielt interessant å få vurdert kvifor dei enkelte spesialistane har så ulik praksis som figuren under viser.

Andre tal frå psykisk helse

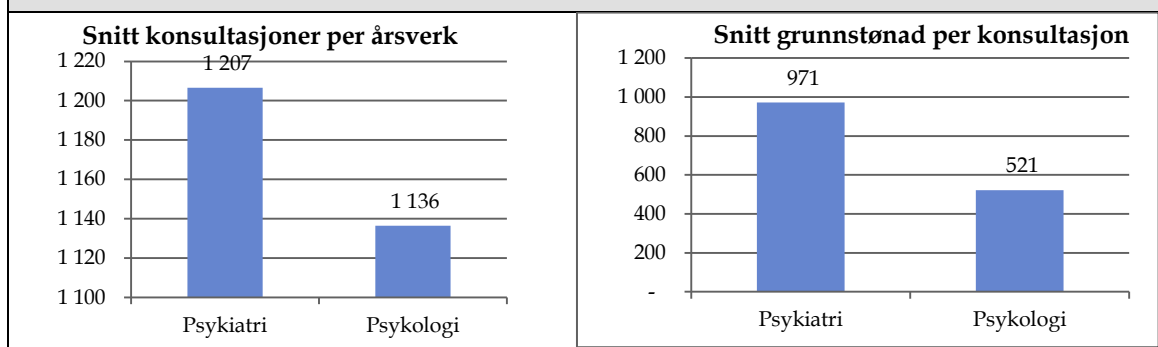
Snittet for alle var 12 konsultasjonar per pasient, varierende frå 2 til 29. Dette er altså variasjonar frå spesialist til spesialist på årsbasis. Vi kjenner ikkje variasjonen hos kvar spesialist.



Figuren under viser ein splitt på psykologar og psykiatrar når det gjeld talet på konsultasjonar og kroner per konsultasjon. Vi ser at psykiatrar har klart fleire konsultasjonar enn psykologane. For å gjere tala mest mulig egna til samanlikning har vi her berre tatt med spesialistar i fulle heimlar.

skuldast til dømes sjukdom. Det kan også vere at kvaliteten på innrapporterte tal er svak. Vi vil også streke under at det her kan bli litt «taleksersis» og at faglege forklaringar kan leggest fram for kvifor det må vere slike skilnader mellom spesialistane. Eksemplet set også føre at ein skal oppnå normtalet på 1050 konsultasjonar per år. Det er likevel slik at det er i rammeavtala rom for å avtale med RHF-et inntil 20 % færre konsultasjonar (mellom 840-1050) i året.

Figur 7 - Forskjeller mellom faggruppene innan psykisk helse. Skilnader i driftstilskot (NPR 2009) Kun dei med 100 % heimel.



Alle avtalespesialistane

I internrevisjonen si spørjeundersøking i 2011 blei avtalespesialistane spurte om kor mange konsultasjonar dei hadde i løpet av eit år. For å gjera svargjevinga enkel valde vi å gruppere svaralternativa som i tabellen under.

Tabell 8 – Kor mange konsultasjonar har du i løpet av eit år

Svar blant dei med 100 % heimel	Somatikk (N=69)	Psyk. (N=69)	Totalt (N=138)
Mindre enn 500	0 %	0 %	0 %
500-1000	3 %	33 %	18 %
1000-2000	22 %	58 %	40 %
2000-3000	19 %	9 %	14 %
Fleire enn 3000	56 %	0 %	28 %
Totalt	100 %	100 %	100 %

Ingen oppga i vår undersøking færre enn 500 i året¹¹. Elles viser tabellen store variasjonar. Vi ser at 33 % av psykologane og psykiatrane oppgir at dei har færre enn 1000 konsultasjonar i året.

2.5.9 VURDERING AV PROBLEMSTILLING 3, REGIONALT NIVÅ

Internrevisjonen merkar seg at avtalespesialistane i ulik grad er kjent med avtalane dei skal retta seg etter. Dette går tydeleg fram i spørjeundersøkinga. Fleire av punkta i rammeavtalen er i liten grad følgt opp. Dette gjeld særleg krav til produksjon, bistillingar, tilrettelegging for forflyttingshemma og internkontrollsystem. RHF bør vurdere om det i større grad nyttiggjera seg det høve rammeavtalen gjer til å stilla krav til avtalespesialistane og følgja opp om avtalane blir etterlevd. Avtalespesialistane på si side bør merka seg at mislighald av avtalen kan føre til oppseiing av driftsavtalen eller redusert driftstilskott, jf rammeavtalen § 10.4.

¹¹ Dette samsvarer ikkje med 2009-statistikken vi har sett på, men svara i vår spørjeundersøking kan vise til eit anna år.

Produksjonstala frå 2009 viser at fleire avtalespesialistar rapporterar at dei ikkje klarar å oppnå normtala. Som tala viser ligg produksjonen for enkelte spesialistar betydelig under normtal, rekna om i stillingar utgjer dette minst 12 årsverk. Samtidig viser fleire avtalespesialistar til at det trengs fleire heimlar for å få bukt med køane. Før ein eventuelt går inn for fleire heimlar bør ein følgja opp produksjonen og sikre at ein får utnytta kapasiteten fullt ut. Slik situasjonen er gjort greie for kan ein stille spørsmål om ressursane nyttast på ein tilfredstillande måte.

Internrevisjonen viser at RHF ikkje har ei samla oppføring av innrapporterte bistillingar og at fleire avtalespesialistar ikkje held seg til rammeavtalen på dette punkt. Krava til universell utforming blir heller ikkje etterlevd av alle avtalespesialistar. Når det gjeld internkontrollsystem viser undersøkinga at det er mangelfull kunnskap hos fleire avtalespesialistar til kva det skal innehalde.

Internrevisjonen merkar seg vidare at det er gjort eit godt arbeid av RHF med å greie ut situasjonen rundt avtalespesialistane. Problema med lange ventetider har vore kjent i lang tid. Utfordringa er å sette inn tiltak som gir god effekt. Det er søkt å sette inn tiltak med koordinatorar innan psykisk helse. Ordninga er godt motteken av avtalespesialistane som fleire viser til god service frå koordinator. Tiltaket viser seg likevel ikkje å vere tilfredstillande for pasientane. Framleis er det tale om lange ventetider og eit system som verkar tilfeldig. Systemet legg også eit for stort ansvar på koordinatorrolla.

Internrevisjonen sitt inntrykk etter undersøkinga er at samhandlinga mellom avtalespesialistane og RHF er prega av god dialog. Dialog er ein føresetnad for endring, men all endring vil i første omgang bli møtt med motstand. Internrevisjonen merkar seg vidare at fleire avtalespesialistar ønskjer ei tettare oppfølging frå RHF.

Avtalespesialistane sitt arbeid innan "sørgje for"-ansvaret bør i sterkare grad synleggjerast i styringsdokument og rapportar. Aktivitetstala bør i større grad nyttast i denne samanheng.

Undersøkinga sår tvil om offentlege ressursar nyttast på ein tilfredstillande måte. Mange avtalespesialistar er effektive, men fleire rapporterer at dei ikkje klarar normtala. Det vert oppfatta som gunstig at finansieringa er knytt opp til produksjon. Avtalespesialistane har dermed eit incitament til å behandla flest mogleg pasientar. Etter intensjonen synes avtalepraksis å vera ei god løysning for å behandla mange pasientar effektivt, men det føresett at avtalane blir følgd. Dette inneber også at prioriteringane skjer i samsvar med lovgjevares intensjonar, slik at dei med prioriterte rettar kjem først i køen uavhengig av om dei blir tilvist avtalespesialist eller sjukehus.

VEDLEGG

Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbedringer i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Vi baserer vårt arbeid på [NIRF/IIA](#) sine internasjonale standardar for profesjonell utøving av internrevisjon. Les meir på helse-vest.no/internrevisjon.

Internasjonal definisjon av internrevisjon: "Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, og kontroll og governance."

Denne rapporten er utarbeidd av internrevisor Hanne Løvereide Årstad og leier for internrevisjonen i Helse Vest RHF, Bård Humberset.

Metode

Formelle forhold

Revisjonskomiteen godkjente oppstart 12.01.2011. Melding om oppstart blei sendt administrerende direktør i Helse Vest RHF, 28.02.2011. Rapporten har vore til verifisering i Helse Vest RHF.

Dokumentanalyse

Internrevisjonen ba om å få følgjande dokumentasjon frå Helse Vest:

- Oppdatert liste over gjeldande avtaler
- Oppdaterte versjoner av rammeavtalene med legeforeningen og psykologforeningen
- Oversikt over registrerte bistillingar pr. avtalespesialist
 - Dokumentasjon fra NPR Tallene fra 2009. Oversikt pr. avtalespesialist - innsendt dokumentasjon til NPR
 - Oversikt over hvem som er fritatt for plikten til å sende inn dokumentasjo
- Prosjekt/arbeidsgrupper
 - Kopi av mandat og rapporter/ eventuelt referat frå arbeidsgruppe.
 - Eventuelt andre saker / prosjekt som har sett på avtalespesialistane si rolle som del av "sørgje for" ansvaret.
- Rutinar/ retningslinjer/ rettleiar
 - Gjeldende rutiner for koordinering av henvisninger innen psykiatrien
 - Andre aktuelle rutinar m.m som er gjeldande for avtalespesialistane?
- Samarbeidsutvalgene, jf rammeavtalene §12
 - Oversikt over kven som sitter i disse to samarbeidsutval, møtefrekvens
 - Eventuelle referat frå møta

Helse Vest blei også oppfordra til å komma med annen relevant dokumentasjon som var viktig for heilskapen i prosjektet. Internrevisjonen har gått igjennom styringsdokument og årlege rapportar frå RHF, og skriftleg informasjon frå andre kjelder på nettet. Kjeldereferansar er lagt inn som fornoter i teksten.

Spørjeundersøking

Internrevisjonen sendte den 20.05.2011 ut brev til alle avtalespesialistane med informasjon om revisjonsprosjektet og om spørjeundersøkinga. Dei som hadde oppgitt e-post adresse til Helse Vest ville få spørjeundersøkinga pr. e-post. Dei som ikkje hadde oppgitt e- postadresse fekk spørjeundersøkinga i posten og måtte returnera utfylt spørjeskjema til internrevisjonen. Det viste seg at vi fikk store problem med den tekniske løysinga vi nytta oss av, frå Helse Vest IKT AS. Det var mange som ikkje mottok e- posten og av dei som mottok e-post var det fleire som ikkje fekk svara på denne. 20.06 2011 blei det sendt nytt brev til dei avtalespesialistane med e- postadresse. Internrevisjonen i Helse Vest RHF beklaga det som hadde skjedd og oppfordra alle om å fylle ut skjemaet manuelt og senda ferdig utfylt skjema i retur. Svarfristen blei utvida til 04.07.2011.

Spørjeundersøkinga blei sendt 285 avtalespesialistar fordelt på 154 avtalespesialistar innan psykisk helse (psykologar og psykiatrar) og 131 avtalespesialistar innan somatikk. 194 har respondert på spørjeundersøkinga (ein svarprosent på 68 %). Av desse er 93 avtalespesialistar innan psykisk helse (ein svarprosent på 60 %) og 101 avtalespesialistar innan somatikk (ein svarprosent på 77 %).

Internrevisjonen kan ikkje sjå bort fra at dei tekniske vanskanane hadde innverknad på talet på responsar, men tvilar på det. Vi skulle likt å sett ein høgare svarprosent, særleg innan psykisk helse. På den annan side ser ikkje svargjevinga ut til å slå ut i særskilte retningar i ei slik utstrekning at vi trur det er særlege slagsider med omsyn til kven som har svart. Det er grunn til å tru at svara som er gitt er rimeleg representative for tendensar i heile populasjonen.

Intervju/ samtaler

Internrevisjonen ønskte samtalar/intervju med representantar frå ulike roller i systemet. Følgjande har komme med innspel:

- Representantar frå RHF
- Brukarutvalet i Helse Vest
- Koordinator for opptaksområdet Helse Stavanger og Helse Fonna
- Koordinator for opptaksområdet Helse Bergen og Sogn og Fjordane
- Legeforeningen i Rogaland
- Legeforeningen i Hordaland
- Legeforeningen i Sogn og Fjordane
- Psykologforeningen i Rogaland
- Psykologforeningen i Hordaland
- Psykologforeningen i Sogn og Fjordane
- Praksiskonsulentane i Helse Stavanger
- Praksiskonsulentane i Helse Bergen

Revisjonskriterier

Revisjonskriteria er krav eller forventningar som revisjonen bruker for å vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriteria skal vere grunna i, eller utleda av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak. I dette prosjektet er følgjande kriteriegrunnlag anvend:

- Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister
- Rammeavtale mellom de regionale helseforetak og norsk psykologforening om spesialistpraksis i klinisk psykologi
- [Lov av 2.7.1999 nr 61](#) om spesialisthelsetjenesten m.m
- [Lov av 2.7.1999 nr 63](#) om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- [Lov av 2.7.1999 nr 62](#) om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- [Lov av 2.7.1999 nr 64](#) om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- [Lov av 14.4.2000 nr 31](#) om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)
- [Lov av 18.5.2001 nr 24](#) om helseregistre og behandling av helseopplysninger
- [Lov av 15.6.2001 nr 93](#) om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)
- [Lov av 28.02.1997 nr.19](#) om folketrygd
- [Forskrift av 01.12.2000](#) om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjon- og klagenemnd
- [Forskrift av 07.12.2000](#) om ventelisteregistrering
- [Forskrift av 20.12.2002](#) om internkontroll i sosial og helsetjenesten
- Rutiner av 09.11.2009, for koordinering av henvisninger til avtalespesialister innen psykisk helsevern i Helseregion Vest
- Oppdragsdokument frå Helse- og omsorgsdepartementet

Avtaleheimlar

Avtaleheimlar fordelt på føretak og etter spesialitet per februar 2011

	Førde	Bergen	Fonna	Stavanger	
Spesialitet	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Årsverk	Årsverk
Folketal 01.01.10	107 080	408 134	170 430	326 556	
Anestesi			1,00		1,00
Fys. med	1,20				1,20
Gen. kir.		2,00			2,00
Gyn		6,98	2,20	6,00	15,18
Hud		6,00	0,30	1,00	7,30
Indremed. *		0,75	1,00	1,00	2,75
Hjertes.		8,20	1,00	2,00	11,20
Lunges.		2,00		1,00	3,00
Fordøyelsess.		3,00	1,00	1,40	5,40
Hormons.		3,00			3,00
Nyres.		0,50			0,50
Nevrologi		1,40		0,20	1,60
Pediatri		1,00			1,00
Geriatrici		1,00			1,00
Revma.		2,00		1,20	3,20
Urologi			1,00	0,20	1,20
ØNH	1,04	7,93	3,90	5,00	17,87
Øye	3,20	13,20	4,85	7,40	28,65
Psykiatrici		16,20	3,40	8,70	28,30
Psykologi	8,00	55,20	6,20	23,20	92,60
Totalt	13,44	130,36	25,85	58,30	227,95

* Rubrikken omfattar dei som berre er spesialist i indremedisin

- I Helse Bergen er to kardiologer også spesialist i lungesykdommer.
- I Helse Bergen er 1 endokrinolog også spesialist i geriatri.
- I Helse Stavanger er lungespesialisten også spesialist i kardiologi.
- I Helse Bergen er geriateren også spesialist i kardiologi.

I tillegg er følgjande avtaleheimlar ikkje tatt med i oversikta ovanfor:

- 100 % kirurgi, Haugesund
- 100 % gynekologi, Stavanger (vil bli lyst innan gastroenterologi)
- 100 % øyesykdommer er utlyst Egersund (omdisponert frå indremed. i Haugesund)
- 20 % psykiatri, Bryne
- 20 % psykiatri, Bergen
- 60 % psykiatri, Øystese
- 20 % plastikkirurgi, Egersund
- 50 % psykiatri, Bergen, oppstart 01.03.2011
- 20 % øyesykdommer, Stavanger,
- 100 % psykologi, Førde, under tildeling
- 20 % psykologi, Bergen
- 40 % psykologi, Bergen

Utfordringar og forslag til forbetringar frå avtale-spesialistane

Avtalespesialistane blei oppfordra til å nemne utfordringar til dagens praksis og komme med forslag til forbetringar.

- Følgjande kommentarar er relatert til psykisk helse:
- Svært mange viser til at det trengs fleire heimlar.
- For få avtaleheimlar fører til eit for stort press på de spesialistar som har avtale. Dette forplantar seg til at ventelistene blir lange og prioriteringsarbeidet komplisert.
- Aukande forventningar på RHF om å prioritere pasientar som skrives ut frå institusjonar og DPS. Dette kan føre til at tilvisingar frå primærhelsetenesta faller lenger ned på lista. Eit anna problem er at pasienten då mistar kontinuitet utan at rammevilkåra våre er vesentleg annleis enn ved DPS.
- Dei får tilvist pasientar med langvarige og omfattande behov, som det er vanskeleg å avslutte då det ikkje er andre tilbod til dei. Dette går ut over nye med meir avgrensa problem. Det bør diskuterast på eit overordna nivå om vi skal prioritere langvarige og kroniske tilstander – eventuelt kor stor tid vi skal nytte til dette.
- For mange pasientar avbryter behandling ved DPS fordi de skal oppfylle vilkår om rotasjon utan tanke på tilstand.
- Dårlig utviklet behandlingstiltak for barn/familiar. BUP-tenesta er blitt for tungt retta mot utredning / diagnose.
- Med tanke på aukande krav til rapportering, ser fleire eit behov for administrativ/ sekretær hjelp i sin praksis

Følgjande kommentarar er relatert til somatikken:

- Ein viser til at tilvisingar og epikriser, særleg frå sjukehus, forsvinner i datasystemet (Helsenett). Systemet er ikkje godt nok kvalitetssikra.
- Fleire viser til større arbeidsmengde enn det som er praktisk mulig å ta unna innan rimelig tid.
- Lite tid til samtalar mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta som er nødvendige for å få gode heilskaplege vurderingar.
- Det er ikkje god nok avgrensing på "nødvendig helsehjelp" og kosmetologi.
- Manglande stabilitet på spesialisttilgang ved lokale sjukehus - mange vikarar - utlistrekkelig medisinsk kontroll av vikarar.
- Manglande tilgang til aktuelle undersøkingar i regi av sjukehus som førar til uakseptabel lang ventetid - særleg for cancerpasientar
- Privatpraktiserande spesialistar har overtatt mykje av det arbeid som tidlegare ble utført på sjukehus aleine.
- Det finnes ingen takst i avtalepraksis for fleire prosedyrar og pasientane må da på sjukehuset.
- Bruk av kirurgitakstar, sjukehusa må slutte å sjå på oss som konkurrentar. Vi må få like økonomiske vilkår til å bruke vår erfaring på lik linje med poliklinikkane på sjukehusa.
- Same takstsystemet for sjukehus og avtalespesialistar
- Spesialistar innan auge faget har peika på utfordringa med fleire eldre og eit aukande behov for spesialistar

Følgjande kommentarar er til begge områder:

- Kontorfunksjonane med innføring av nytt datasystem, er blitt for omfattande i forhold til tid for faglig utvikling. Økt fokus på diagnostisering - utan at det får særlig særleg innverknad på sjølve behandlinga.
- Fleire viser til økt byråkrati.
- Lite meldingar tilbake frå myndighetene.
- Etterlys kurs, seminar, tilbakemeldingar - noe som kan tyde på at andre enn pasientane sjølve (og tilvisande lege) ser at jobben en gjer har noko for seg.

- For liten planlegging fram i tid i forhold til befolkning/demografi og derav følgjande behov for personell av diverse kategoriar (spesialistar)
- Ein viser til for dårlig kontakt med Helse- Vest. Eg kan ikkje huske at det har vært møte mellom avtalespesialistar og Helse Vest. Vi vet lite om planer. Kun tillitsvald møter Helse Vest.
- Betre samarbeid med fastlegen, helseføretaka og andre spesialisttenester
- Betre tilvisingar frå fastlegane
- Prioritering i stor grad overlate til avtalespesialistane
- Gode studiepermisjonsordningar etter lengre periodar med pasientbehandling etterlyses
- Aktiv bruk av aktivitetsdata etterlyses
- Fleire viser til at det er liten kontroll / oppfølging i forbindelse med normtall/ produksjon
- Brukarundersøkingar etterlyses
- Det er sikkert noko å hente på organisering, men må sjå til at det ikkje går ut over effektiviteten

Meir omtale av avtalespesialistane i styringsdokumenta

2008

I styringsdokumenta til HF i 2008 blei følgjande tatt inn:

"Helse Vest vil vidare leggje til rette for betre integrering av avtalespesialistane i høve til "sørgje for" ansvaret, med sikte på å oppnå ei god oppgåvefordeling mellom avtalespesialistar og anna spesialisthelseteneste. Tilvisingar til spesialisthelsetenestene innanfor psykisk helsevern må vere koordinerte, slik at pasientar slepp å kontakte fleire tenesteytarar for å få hjelp".

Dette blei følgt opp i årleg melding til departementet same år:

- Helse Vest skal sørgje for at det er rutinar/system som inneber at tilvisingar til spesialisthelsetenester innanfor psykisk helsevern blir koordinerte, slik at pasientar slepp å kontakte fleire tenesteytarar for å få hjelp.

Helse Vest arbeider med denne problemstillingen m.a. i eit regionalt planarbeid om avtalepraksis i Helse Vest som er i gang. Legeforeninga og psykologforeninga deltek i arbeidet. Vidare er problemstillinga drøfta med Helse Sør-Aust og i den nasjonale strategigruppa for psykisk helse.

Det er drøfta etablering av ein sentral eining for vurdering av tilvisingar og fordeling av pasientar til avtalespesialistane, t.d. organisert ut frå DPS-område. Så langt har ein ikkje funne ei løysing som alle partar sluttar seg til.

Helse Vest har no innført ei ordning der nye avtaleheimlar med psykologar og psykiatrar blir knytt opp til eit DPS. Foreløpig gjeld dette for to psykiatrar og to psykologar i opptaksområdet til Helse Bergen, og tre psykologar i opptaksområdet til Helse Stavanger. Det blir inngått ei samarbeidsavtale mellom avtalespesialisten og DPS-et som m.a. inneber at hovuddelen av pasientane blir tilvist via DPS-et. På denne måten blir tilgangen til tenestene betra, og ein sikrar ei likearta prioritering av pasientane i samsvar med prioriteringsforskrifta.

Helse Vest vil også vurdere nærmare "cluster-modellen" utvikla i Helse Sør-Aust, der fastlegar, psykologar, psykiatrar og DPS-a forpliktar seg til eit konkret samarbeid innanfor eit avgrensa geografisk område.

2009

I oppdragsdokumentet for 2009 var blant anna følgjande krav stilt:

- Helse Vest RHF skal sjå til at kapasiteten til avtalespesialistane blir utnytta for å sikre tilgjengelege tenester for pasientane og kortare ventetider.
- Helse Vest RHF skal medverke i arbeidet med nye rammevilkår for avtalespesialistane
- Helse Vest RHF skal etablere rutinar/system i den offentlege spesialisthelsetenesta som gjer at tilvisingar til spesialisthelsetenester innanfor psykisk helsevern blir koordinerte, slik at pasientar slepp å

kontakte fleire tenesteytarar for å få hjelp. Dette gjeld særleg tilvisingar til avtalespesialistar. Konkrete driftsløysingar skal setjast ut i livet innan utgangen av april 2009.

Helse Vest rapporterte blant anna i årleg melding same år:

Avtalespesialistane inngår som ein viktig og integrert del i "sørgje for"-ansvaret til Helse Vest. Avtalespesialistane utfører ein betydeleg del av den polikliniske verksemda. Kapasiteten som avtaleheimlane utgjør blir nytta der behovet er størst. Før utlysing blir det gjort vurderingar av behovet m.a. basert på tilbakemelding frå fastlegane. Det er elles noko samarbeid mellom sjukehusa og avtalespesialistane om oppfølging av pasientar. Det er ved eit sjukehus utprøvd ei ordning der grupper av avtalespesialistar har gitt tilbod til pasientar som sjukehuset elles ville hatt problem med å handtere innan fristane. Informasjon om dette er formidla til alle helseføretaka.

Helse Vest RHF har i første omgang etablert to regionale koordinatorar som står til teneste med informasjon og koordinering av søknader om psykisk helsehjelp til spesialisthelsetenesta.

Internrevisjonen viser til omtale av ordninga [tidligare](#) i rapporten.

Det blei også presisert at Helse Vest RHF har ein kontinuerlig oppfølging av ordninga og vurdere om det der behov for ytterlegare tiltak. Internrevisjonen viser i samband med dette til omtalen av "restanseprosjektet" som blei satt i gang for å ta unna opphoping av tilvisingar hos koordinator.

2010

Det blir særleg fokusert på tre problemstillingar knytt til avtalespesialistane i årleg melding 2010:

- rapportering av pasientdata
- sikra prioritering i tråd med prioriteringsforskrift og
- tilgjenge til avtalespesialistane

Det er laga opplegg nasjonalt for rapportering, og dei nye prioriteringsrettleiarane skal også leggjast til grunn for prioritering i avtalepraksis. Det blir arbeidd vidare med å integrere avtalespesialistane i "sørgje for"-ansvaret og for å gjere avtalepraksis til ein effektiv måte å løyse sentrale oppgåver i "sørgje for" ansvaret på.

Helse 2020, Strategi for helseregionen

I lys av samhandlingsreforma blir det viktig å sjå på heile ordninga og sørgje for at samhandlinga i planperioden blir tilpassa for å støtte opp under reforma sine intensjonar og prinsipp. Avtalespesialistane er ein del av "sørgje for"-ansvaret og bør koplust tettare opp mot spesialisthelsetenesta elles, både i forhold til pasientforløp og når det gjeld prioritering. Med ei felles tilnærming kan vi ta utgangspunkt i epidemiologiske behov og yte heilskaplege tenester som er grunna på dei totale medisinske behova, og i større grad få samsvar mellom oppgåver og ansvar til den aktuelle befolkninga. For å oppnå ei tettare og integrert samhandling kan Helse Vest saman med avtalespesialistane vurdere løysingar med for eksempel samlokalisering av drift i utvikling av lokalmedisinske sentra.