

Regional plan for avtalespesialister i Helse Nord 2018–2025

Mai 2018

Forord

Avtalespesialistene er en viktig del av den samlede spesialisthelsetjenesten i Helse Nord. De gir tilbud om utredning og behandling innen mange fagområder og er et betydelig supplement til øvrige helsetjenester. Avtalespesialistordningen stimulerer til høy aktivitet, og mange pasienter får i dag god oppfølging og behandling fra om lag 80 avtalespesialister i landsdelen. Ordningen gir forutsigbarhet i tjenesten og betraktes som en kostnadseffektiv del av spesialisthelsetjenesten.

Denne planen har som formål å bidra til at avtalespesialister og helseforetak samarbeider om å levere en samlet spesialisthelsetjeneste og å innfri regjeringen ønske om pasientens helsetjeneste. Pasientens behov er førende. Gjennom god informasjon om tilgjengelig behandling skal pasienter få økt innflytelse over egen behandling. De skal oppleve at avtalespesialister og helseforetak gir helhetlige og sammenhengende tjenester som fører til at pasienter får økt valgfrihet og unngår unødvendig ventetid.

Regjeringen har initiert utviklingsarbeid for å etablere samarbeidsavtaler mellom alle avtalespesialister og sykehus. Disse skal bidra til å nå mål om økt samhandling, som er en viktig og helt nødvendig forutsetning for å skape pasientens helsetjeneste. Helse Nord RHF ønsker slike samarbeidsavtaler velkommen. Gode forpliktende avtaler på lokalt nivå om sammenhengende pasientforløp, gir god spesialisthelsetjeneste. Det er viktig at dette samarbeidet møter behovene til både avtalespesialister og helseforetak. Avtalespesialister og sykehus har for eksempel ulike rammevilkår. Disse fører til ulike forutsetninger for tjenestene som gis. Vi anser det som viktig at kunnskap og forståelse om hverandres styringsvilkår gjøres kjent.

En av de store utfordringene i årene som kommer er å rekruttere tilstrekkelig med helsepersonell til spesialisthelsetjenesten. Helse Nord har en utpreget desentralisert helsetjeneste. Dette gjelder både somatikk og psykisk helsevern. Dette fører til mange små og sårbare behandlingsmiljø, både i sykehus og ved distriktpspsykiatriske sentre. Disse er avhengig av tilstrekkelig antall spesialister for å opprettholde sine tilbud og for å kunne utdanne nye spesialister. Helse Nord RHF må ta helhetlige hensyn når fremtidens spesialisthelsetjeneste skal utvikles og dimensjoneres.

Hilde Rolandsen
eierdirektør

Geir Tollåli
fagdirektør

Sammendrag

Avtalespesialister er viktige bidragsyttere i den desentraliserte spesialisthelsetjenesten og bidrar til økt tilgjengelighet til helsetjenester i landsdelen. Regional plan for avtalespesialister i Helse Nord med tilhørende tiltaksplan beskriver prioriterte utviklingstiltak for denne delen av spesialisthelsetjenesten.

Vi står foran et generasjonsskifte blant avtalespesialistene. I planperioden vil rekruttering for å opprettholde dagens avtalehjemler stå sentralt. I tillegg skal vi oppfylle krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om å øke antall hjemler i prioriterte fagområder.

Tiltak i planperioden

- Avtalespesialister og helseforetak skal videreutvikle inngåtte samarbeidsavtaler om pasientforløp og styrke faglig samarbeid på lokalt nivå.
- Helse Nord RHF skal utarbeide og ta i bruk rutiner for oppfølging og samhandling med avtalespesialister.
- Helse Nord RHF skal øke samhandling med helseforetakene om avtalespesialistordningen.
- Informasjon om og tilgjengelighet til avtalespesialister skal økes.
- Helse Nord RHF skal utvikle og benytte prosedyrer når vi skal vurdere endring av hjemler.
- Avtalespesialister skal i større grad inviteres inn i regionale fora, som for eksempel fagråd og fagnettverk.

Utviklingsområder

- Avtalespesialister bør samlokaliseres i et fagmiljø.
- IKT bør utvikles for å støtte opp under samhandling mellom avtalespesialister, helseforetak og fastleger.

Prioriterte fagområder de nærmeste årene 2018–2019

- **Helse og arbeid:** Korttids jobbfokusert kognitiv terapi for pasienter med angst og depresjon: Nye avtalehjemler for psykologer, eventuelt psykiatere, og tilbud til nåværende avtalespesialister om å bruke deler av stillingen til denne pasientgruppen.
- **Pasienter med rus- og avhengighetslidelser:** Pasientgruppen har betydelig mindre tilgang til polikliniske tjenester i Helse Nord enn i øvrige regioner. Det foreslås å etablere en hjemmel for psykologspesialist lokalisert til et område med høy befolkningstetthet i nordnorsk sammenheng.
- **Nye hjemler:** Opprette nye hjemler i tilknytning til klinikk Alta.

Planen åpner for å etablere nye hjemler innen andre fagområder som bør styrkes. Helse Nord RHF har ansvar for helhetlige vurderinger i grensesnittet mellom avtalespesialistordningen og utviklingen av tjenesten i helseforetakene.

Økonomi

Avtalespesialistene utgjør 69 årsverk med en kostnadsramme på ca. 65 millioner kroner i 2018. For å realisere planen foreslås en opptrapping på inntil 12,85 millioner kroner frem til 2021, hvorav 7 millioner er midler tidligere gitt i ordningen Raskere tilbake. Endelige rammer vedtas i *Plan for Helse Nord*, som rulleres årlig.

Tiltak:	2018	2019	2020	2021
2 avtalespesialister i Alta	500	2 600	2 600	2 600
Helse og arbeid/ psykisk helse	500	4 000	7 000	7 000
Rus og avhengighet	-	550	550	550
Nye avtalespesialister - somatikk	-	-	1 300	2 600
Rekruttering	330	500	500	100
SUM økt kjøp avtalespesialitster	1 330	7 650	11 950	12 850
Finansiering:				
Omdisponering raskere tilbake	500	4 000	7 000	7 000
Netto økt økning ut over disponering Raskere Tilbake	830	3 650	4 950	5 850

Tabell 1 Budsjett for planperioden (tall i kr. 1000)

Etablering av spesialistutdanning i avtalepraksis vil få økonomisk konsekvens både for avtalespesialist og helseforetak. Det økonomiske omfanget er uavklart og vil behandles i rullering av *Plan for Helse Nord*.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Innspill fra avtalespesialister, helseforetak og kommuneoverleger	3
2	Organisering av avtalespesialister i Helse Nord.....	4
2.1	Pasientens rett til helsehjelp.....	5
2.2	Samarbeid og samhandling	5
2.3	Oppfølging av avtalespesialister.....	6
2.4	IKT.....	7
3	Rekruttering og utdanning	8
4	Faktorer som har betydning i planperioden	10
4.1	Demografi	10
4.2	Variasjon.....	11
5	Psykisk helsevern.....	12
5.1	Psykisk helsevern voksne	12
5.2	Helse og arbeid	15
5.3	Psykisk helsevern for barn og unge	15
6	Somatikk.....	18
6.1	Øyesykdommer.....	19
6.2	Øre-nese-hals.....	21
6.3	Hud og veneriske sykdommer.....	22
6.4	Gynekologi/ fødselshjelp og kvinnesykdommer	23
6.5	Indremedisin, kirurgi og urologi	24
6.6	Revmatologi	26
6.7	Vurdering og anbefaling for somatikk	26
7	Andre aktuelle fagområder for avtalepraksis.....	27
7.1	Etablering av avtalehjemler i Alta.....	27
7.2	Rus- og avhengighet	27
8	Referanser	29

1 Innledning

Avtalespesialister utgjør en vesentlig del av spesialisthelsetjenesten, og sto for om lag 25 % av all poliklinisk virksomhet nasjonalt i 2017. Andel konsultasjoner hos avtalespesialister er lavest i Helse Nord for somatiske fagområder og nest lavest innen psykisk helsevern, og utgjorde i 2016 om lag 16 % av total poliklinisk aktivitet innen somatikk og 18 % innen psykisk helsevern (1). Geografi og bosettingsmønster gjør at Helse Nord ikke kan ha mål om samme andel avtalespesialister som resten av landet. Etablering av nye avtalehjemler må ses i sammenheng med behov i helseforetakene for robuste fagmiljø, rekruttering og utdanning. I planen presenteres data som viser hvordan polikliniske konsultasjoner innen utvalgte fagområder fordeler seg på foretaksnivå og/eller boområder i Helse Nord. Dette gir grunnlag for å vurdere hvordan bruk av avtalespesialister kan bidra til å redusere variasjon mellom geografiske områder i landsdelen.

Regional plan er overordnet, strategisk og fremtidsrettet. Den gir retning og prioriteringer som Helse Nord RHF skal benytte i organisering, utvikling og forvaltning av avtalespesialistordningen fram mot 2025. Hovedmålsettinger med planen er at:

- Avtalespesialister skal inngå som en integrert del av pasienttilbudet i Helse Nord.
- Samhandling mellom avtalespesialister og helseforetak i regionen skal være god og hensiktsmessig.
- Den samlede kapasiteten i spesialisthelsetjenesten skal utnyttes på en effektiv måte.

De strategiske målene iverksettes gjennom *regional tiltaksplan for avtalespesialister i Helse Nord 2018–2019* (vedlegg 1). Tiltaksplanen beskriver aktivitet og prioriteringer som skal gjennomføres og skal ta hensyn til faglige føringer, sentrale og lokale behov. Tiltaksplanen skal rulleres annethvert år.

1.1 Bakgrunn

Dagens regjering bidrar til økt bevissthet om at avtalespesialister er naturlige samarbeidspartnere for å løse det lovpålagte «sørge for»-ansvaret (2):

«Det har lenge vært en ambisjon om å knytte avtalespesialistene tettere opp mot regionenes ansvar for å realisere helsepolitiske mål.»

(NOU 2016:25)

Regjeringen vil øke antall hjemler for avtalespesialister og benytte avtalespesialister mer (3). Gjennom dialogprosesser (4) ønsker regjeringen økt samarbeid mellom helseforetak og avtalespesialister. Samarbeid på lokalt nivå skal forpliktes i samarbeidsavtaler og bidra til at partene gir en helhetlig spesialisthelsetjeneste. Samarbeidsavtaler kan omhandle hensiktsmessig arbeidsdeling, håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid mellom sykehusavdelinger og avtalespesialister, utveksling av kapasitet, informasjon om felles prosedyrer og kliniske retningslinjer mv. (5).

Helse Nord RHF er gjennom rammeavtalene (6) forpliktet til å utarbeide og vedta regional plan for utvikling og fordeling av avtalepraksis i regionen. Partene¹ har også forpliktet seg til å arbeide med tilrettelegging for spesialistutdanning i avtalepraksis, rettighetstildeling for avtalespesialister og å utarbeide system og rammer for samarbeid mellom avtalespesialister, regionale helseforetak og helseforetak.

Disse tiltakene er i stor grad oppfølging av Riksrevisjonens hovedfunn i rapport 3:2 (2015–2016) (7). Rapporten tilsier at bruk av avtalespesialister ikke bidrar til geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester, og de regionale helseforetakene utnytter ikke sitt handlingsrom godt nok for å sikre samsvar mellom lokalisering av avtalespesialisters hjemler og behov for polikliniske spesialisthelsetjenester. Rapporten påpeker også at regionale helseforetak i varierende grad følger opp aktivitet og kvalitet på helsetjenester fra avtalespesialister.

I *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF 16. januar 2018* (punkt 3.6.3) gjentas målet om at avtalespesialister skal gis både rett og plikt til å tildele pasientrettigheter innen utgang av gjeldende stortingsperiode (medio 2021). Dette utviklingsarbeidet skal foregå i samarbeid mellom regionale helseforetak, Helsedirektoratet og avtalespesialistenes organisasjoner. Partene skal planlegge og iverksette konkrete pilotprosjekter der avtalespesialister skal vurdere og tildele pasientrettigheter. Protokollen viser også til utvidelse av ISF²-ordningen for avtalespesialister (leger). Helse Vest RHF leder et pågående arbeid som skal levere forslag til løsning av oppdraget innen utgang av mars 2018. Arbeidet skal skje i samarbeid med Helsedirektoratet og Den norske legeforening.

Evaluering av forrige regionale plan

I *Plan for avtalespesialister i Helse Nord – Desentralisering og ambulering 2007–2015* (8) ble følgende anbefalinger gitt:

- Styrke desentralt tilbud innen øyesykdommer, øre-nese-hals (ØNH) og gynekologi ved å gradvis flytte hjemler fra de største byene.
- Rask styrking av fagområder som psykiatri og psykologi, og gradvis styrking av fagområder som indremedisin, hud og nevrologi.
- I størst mulig grad inngå heltidsavtaler, med mulig unntak for psykisk helsevern.
- Lokalisere avtalespesialister til DMS³, ved å gradvis flytte enkelte hjemler fra byene og ved å opprette nye hjemler.
- Utvide ambuleringsordninger for nye og allerede inngåtte avtaler, i første omgang til DMS og spesialistpoliklinikker.

Målsettingen om å desentralisere og å øke ambulering, er ikke realisert. Det kan være flere årsaker til manglende måloppnåelse, men faktorer som ønske om å bo sentralt, for lavt pasientgrunnlag ved desentral etablering, ønske om faglig tilhørighet gjennom gruppepraksis samlokalisert med andre fagfelt eller lokalisert nært sykehus, ser ut til å være av betydning. Fra 2007 er antall årsverk økt fra 58,3 til 67,42, og det tilbys hovedsakelig heltidsavtaler til nye avtalespesialister.

¹ Partene er i dette tilfelle de regionale helseforetakene, Den norske legeforening og Norsk psykologforening

² Innsatsstyrt finansiering

³ Distriktsmedisinske senter

1.2 Innspill fra avtalespesialister, helseforetak og kommuneoverleger

For å sikre bred involvering har vi invitert avtalespesialister, helseforetak og kommuneoverleger til å komme med innspill til planen.

Avtalespesialistene anbefaler at befolkningsendringer bør ligge til grunn for etablering av nye avtalehjemler, og at tilbud hos avtalespesialister og i sykehus bør ses samlet. Flere foreslår å styrke samarbeid om ventelister og avklare ansvarsfordeling i pasientforløpene. Andre innspill er:

- Samlokalisere med andre spesialister
- Lav terskel og enkelt system for å ta inn kvalifisert vikar
- Mottar mange henvisninger hvor pasienter ikke har behov for spesialist
- Bedre kapasitetsutnyttelse gjennom sterkere samarbeid med helseforetak om pasientbehandling
- Terskel for å ta kontakt med hverandre bør være lav
- Gjensidig hospitering anbefales

Helseforetakene ønsker sterkere samarbeid med Helse Nord RHF om avtalespesialistordningen. De mener det er viktig å vurdere fagfeltene samlet, slik at opprettelse eller videreføring av avtalehjemler ikke går på bekostning av robuste fagmiljø i sykehus. Eksempler er ivaretagelse av vaktordning for leger i sykehus og spesialistutdanning. Videre anbefaler helseforetakene:

- Felles pasientjournal
- Lik prioritering og felles ventelister for å sikre pasienter like rettigheter
- Regelmessig faglig revisjon for å sikre god kvalitet
- Kontroll, oppfølging og rapportering for avtalespesialister skal i størst mulig grad være lik som for helseforetakene
- Helse Nord RHF bør styrke oppfølging av avtalespesialister
- Det bør etableres rutiner for å opprette, følge opp og avvikle avtalehjemler, som også involverer helseforetak
- Avtalespesialister bør delta i spesialistutdanningen

Innspillene fra kommuneoverleger er flere, og blant annet understreker de at godt samarbeid og forutsigbarhet er sentralt for å kunne gi pasienter gode tilbud. Det er mindre viktig om et tilbud er lokalisert hos avtalespesialist eller i sykehus, men fordeler med å tilhøre større fagmiljøer understrekes. Fagområder som anbefales styrket:

- Hud -generell mangel på hudleger i regionene
- Øye -flere eldre og derfor økende behov
- Lunge -lang ventetid
- Fordøyelse -lang ventetid og økende etterspørsel knyttet til nasjonal screening
- Revmatologi -stor pasientgruppe med kroniske (ledd)-smerter som ikke får godt nok tilbud, verken i spesialist- eller primærhelsetjenesten

2 Organisering av avtalespesialister i Helse Nord

Siden 2003 har regionale helseforetak hatt ansvar for å inngå avtaler med avtalespesialister. Ordningen finansieres gjennom årlig driftstilskudd fra RHF-ene, samt inntekter gjennom pasientbetaling og refusjon fra HELFO. Driftstilskudd og tilskudd til ambulering og rekruttering utgjorde i 2017 henholdsvis 62,9 og 2,3 millioner kroner.

I Helse Nord er det 80 avtalespesialister⁴, fordelt på elleve fagområder. Hjemmelsstørrelsene varierer fra 20 % til 100 %, derav totalt 69,22 årsverk. Psykisk helse og øyesykdommer er de største fagområder, med til sammen 53 avtalespesialister.

Helseforetak	Helgelands- sykehuset		Nordlands- sykehuset		Universitets- sykehuset i Nord-		Finnmarks-sykehuset		Avtalespesialister fordelt på fagområder	
	Antall	Årsverk	Antall	Årsverk	Antall	Årsverk	Antall	Årsverk	Antall	Årsverk
Hud og veneriske sykdommer	1	1,00	2	2,00	0	0,00	0	0,00	3	3,00
Gynekologi	0	0,00	3	2,25	3	2,50	1	1,00	7	5,75
Indremedisin og kirurgi (lunge, hjerte, fordøyelse)	0	0,00	1	1,00	6	4,40	1	1,00	8	6,40
Psykologi	3	2,20	6	6,00	14	12,55	2	2,00	25	22,75
Psykiatri	0	0,00	5	4,00	5	3,40	0	0,00	10	7,40
Urologi	0	0,00	1	1,00	1	0,60	0	0,00	2	1,60
Øye	3	2,07	7	6,80	7	6,50	1	1,00	18	16,37
Øre-nese-hals	0	0,00	2	2,00	3	2,75	1	1,00	6	5,75
Revmatologi	0	0,00	0	0,00	1	0,20	0	0,00	1	0,20
Sum avtalespesialister i HF-område	7,00	5,27	27,00	25,05	40,00	32,90	6,00	6,00	80,00	69,22

Tabell 2 Antall avtalespesialister og årsverk i Helse Nord april 2018, fordelt på spesialitet og opptaksområde.

Geografisk fordeling viser at opptaksområde til UNN har 47 %, Finnmarkssykehuset 9 %, Nordlandssykehuset 37 % og Helgelandssykehuset 8 % av årsverkene i avtalespesialistordningen. 59 % av avtalespesialister er lokalisert i Bodø og Tromsø.

I vår vurdering av hvorvidt flere avtalehjemler er et godt tiltak for å sikre likeverdige tjenester til befolkningen i Nord-Norge, må vi ta hensyn til at helseforetakene fortsatt skal ha robuste fagmiljø, og være i stand til å ivareta sine oppgaver. Flere fagmiljø har få spesialister. Ved etablering av nye hjemler må vi derfor ta hensyn til følgende faktorer:

- Opprettholdelse av robuste fagmiljø i helseforetak
- Konsekvenser for tilgrensende helsetjenester/fagområder i helseforetak
- Kvalitet og kapasitet i utdanningstilbudet til LIS
- Konsekvenser for vaktberedskap i helseforetak
- Hensyn til forskning og fagutvikling
- Om helsetjenester/fagområder som skal styrkes egner seg best i avtalepraksis eller i helseforetak

⁴ Pr. april 2018 er det i tillegg 5 hjemler i ulike størrelser som står vakant.

Vurderinger og anbefalinger ved endringer av avtalehjemler

Helse Nord RHF skal regelmessig vurdere fordeling av avtalehjemler. Vurderinger gjøres i etterkant av innspill fra helseforetak og tillitsvalgte for avtalespesialistene.

Faktorer som skal vurderes ved ledighet, flytting og opprettelse av nye hjemler er:

- Hvordan påvirker hjemmelen fagfeltet som helhet i foretaksområdet og regionen?
- Bidrar hjemmelen til likeverdige tjenester for befolkningen?
- Er det behov for å videreføre hjemmelen på samme sted og med samme innhold?
- Er det større behov i et annet geografisk område?
- Er det grunnlag for å drive en fulltids praksis?
- Er det større behov i et annet fagfelt?

Gruppepraksis og samlokalisering

Helse Nord RHF er positiv til at avtalespesialister etablerer seg i gruppepraksis eller samlokaliserer virksomheten med andre spesialister. Innspill fra avtalespesialister, kommuneoverleger og helseforetak støtter slike etableringer. Vi tror at gruppepraksis eller samlokalisering kan virke rekrutterende og gjøre etablering enklere, være faglig stimulerende og øke kvaliteten i tjenesten.

2.1 Pasientens rett til helsehjelp

Gjennomsnittlig ventetid og fristbrudd i helseforetakene i Helse Nord er betydelig redusert, og var ved utgangen av 2017 henholdsvis 58,4 dager og 2,4 %. Vi har ikke sammenlignbare data for ventetider og fristbrudd hos avtalespesialister. Pasienter som henvises til avtalespesialist gis ikke juridisk rett til og frist for oppstart av helsehjelp, men avtalespesialister skal likevel organisere ventelister i henhold til gjeldende prioriteringsveiledere. Mange har kort ventetid, mens noen opplever stor pågang og lang ventetid. Stor pågang av henvisninger håndteres ulikt. Noen stopper inntak av nye pasienter i perioder, andre tilbyr én konsultasjon for avklaring og henviser deretter pasienten til sykehus dersom utredning eller behandling ikke kan vente.

2.2 Samarbeid og samhandling

Helse Nord RHF har som mål at vi innen 2025 skal ha en mer samlet spesialisthelsetjeneste hvor avtalespesialister og helseforetak tilbyr helhetlige tjenestetilbud. Dette fordrer tett samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetak, noe som er vektlagt i Rammeavtalene, jf. § 1.3:

Det forutsettes samarbeidsavtaler mellom avtalespesialistene og relevant HF samt andre institusjoner som bidrar til å oppfylle RHF sørge-for-ansvar.

Samarbeidsavtaler mellom avtalespesialister og helseforetak skal føre til rutiner for regelmessig kontakt om:

- Hensiktsmessig arbeidsdeling (pasientforløp)
- Faglig samarbeid, som også omfatter å ta i bruk nye metoder og følge opp LIS-avtaler⁵
- Utveksling av informasjon om kapasitet
- Felles prosedyrer og retningslinjer

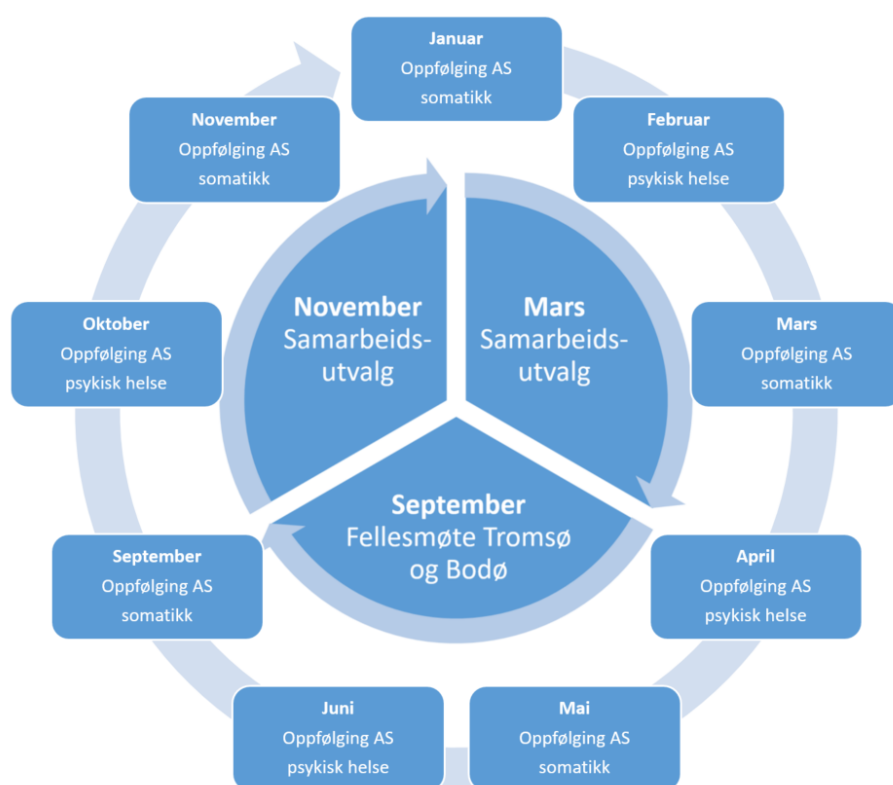
⁵ Avtaler om legemiddelinnkjøp inngått av Sykehusinnkjøp

Pakkeforløp for kreft, psykisk helse og rus er eksempler hvor samarbeid er sentralt for å sikre pasienter likeverdig utredning og behandling uten unødvendig forsinkelse.

Det er naturlig at avtalespesialister også samarbeider med private aktører. Disse er en viktig del av pasienttilbudet i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder for eksempel helsetjenester i psykisk helse og rus, rehabilitering, radiologi og kirurgi.

2.3 Oppfølging av avtalespesialister

Helse Nord RHF skal styrke oppfølging av avtalespesialistene. Vi skal gjennomføre individuelle oppfølgingsmøter annethvert år og to årlige møter med tillitsvalgte i samarbeidsutvalget (Figur 1). I tillegg arrangerer vi årlig fellesmøte med alle avtalespesialister, henholdsvis i Tromsø og Bodø.

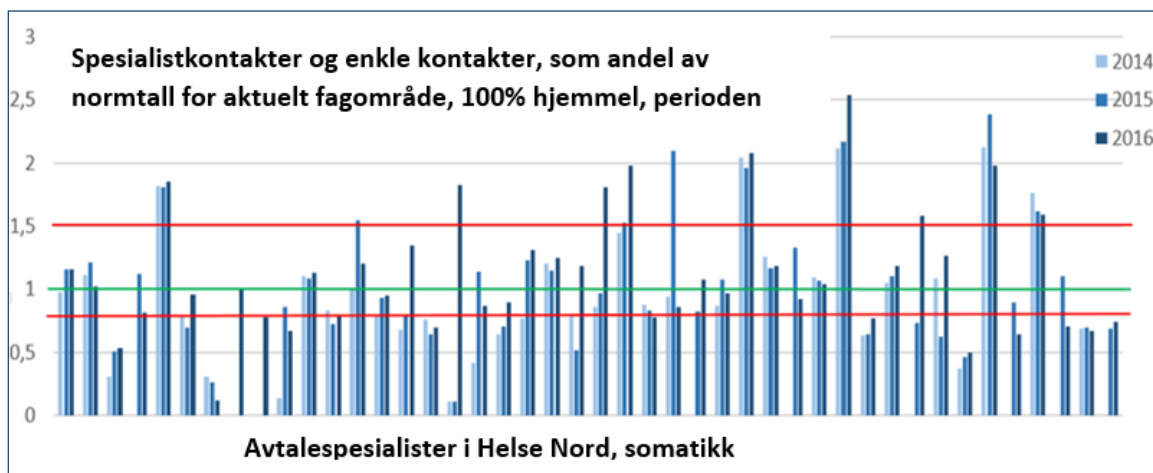


Figur 1 Årshjul for oppfølging og samarbeid mellom Helse Nord RHF og avtalespesialister.

Oppfølgingsmøter gjennomføres hos avtalespesialistene. Formålet med møtene er å sikre at avtalespesialister arbeider i tråd med føringer i rammeavtalen og individuelle avtaler, jamfør aktivitetsdata, prioriteringer, ventetider, organisering av og faglig innhold i praksis, kompetanseutvikling, nettside og samhandling med lokalt helseforetak.

Aktiviteten hos avtalespesialistene varierer, både når det gjelder antall pasienter, antall konsultasjoner og type konsultasjoner. Noe variasjon er naturlig fordi kompetanse og praksisprofil varierer, men forventet aktivitet i hvert fagområde har fastsatte normtall. Figur 2 viser i hvor stor grad avtalespesialister i Helse Nord har aktivitet som tilsvarer normtall, markert med grønn linje. De røde linjene markerer henholdsvis 50 % over normtall og 20 % under normtall. Normtallet kan endres i individuelle avtaler mellom regionale helseforetak og

avtalespesialister (6). Aktivitetstall er tema i oppfølgingsmøtene, og avvik kan være grunn for reduksjon i driftstilskudd eller annen oppfølging, f.eks. knyttet til kvalitet.



Figur 2 Antall spesialistkontakter og enkle kontakter⁶ hos avtalespesialister i Helse Nord, somatikk, 2014-2016. Aktiviteten er omregnet til andel av normtall for aktuelt fagområde og 100% avtalehjemmel. (Figuren skal få tittel og forklaring på aksene)

2.4 IKT

Avtalespesialistene har ikke samme journalsystem som i helseforetak. Journal hos avtalespesialist er ikke en del «Min pasientjournal» på helsenorge.no. Avtalespesialistene har pasientadministrative systemer som gjør at de kan sende og motta henvisninger og epikriser elektronisk. De fleste har SMS varsling for pasienter.

Helse Nord RHF har en overordnet målsetting om at avtalespesialister og sykehus skal fremstå som et likeartet tjenestetilbud for rekvirenter. Avtalespesialister forventes på sikt å ta i bruk Helses Nord standardssystemer for elektronisk pasientjournal (12). Som en kompenserende midlertidig strategi arbeides det for å etablere sikre løsninger for deling av pasientinformasjon mellom nivåene og til pasienter gjennom helsenorge.no. Direktoratet for e-helse foreslår å benytte kjernejournaløsningen som midlertidig plattform for deling av journaldokumenter i sektoren. Målet er å utarbeide løsninger som kan benyttes til flere ulike formål, for eksempel innsyn i pasientinformasjon for avtalespesialister, fastleger og kommunal helsetjeneste og å se status for henvisninger.

Meldingsutveksling

Avtalespesialistene skal ta i bruk dialogmeldinger og henvisningsmeldinger. Begge meldinger inneholder støtte for vedlegg og ivaretar hensyn til sikker deling av pasientinformasjon mellom avtalespesialist, fastlege og sykehus. Dokumentdeling gjennom fremtidig kjernejournal vil representere et tillegg/supplement til tradisjonell meldingsutveksling.

Samhandling med pasienter

Avtalespesialister skal ta i bruk de elektroniske løsninger som i dag er tilgjengelig for elektronisk dialog med pasienter. Spesifikt gjelder dette bestilling av løsninger som er ferdig utviklet i prosjektet Digital Dialog FastLege (DDFL) (13).

⁶ Enkle kontakter er kontakt med pasient uten at pasienten er fysisk tilstede.

3 Rekruttering og utdanning

I løpet av de neste ti årene vil 46 av dagens avtalespesialister være over 67 år. For å opprettholde dagens antall må vi rekruttere 26 spesialister i somatikk og 20 i psykisk helsevern i løpet av ni år. I tillegg kommer rekruttering til nye avtalehjemler. Selv om flere avtalespesialister sannsynligvis kommer til å fortsette i praksis, utover pensjonsalder, er rekrutteringsutfordringen stor, og må ses i sammenheng med rekrutteringsbehovet i helseforetakene. Nye avtalespesialister rekrutteres ofte fra helseforetakene. Som regel er de erfarne spesialister, som det tar tid å erstatte i sykehus.

Spesialitet	Antall	Årsverk	Allerede 67 år	67 år i perioden 2019 til 2022	67 år i perioden 2023 til 2027	Sum, 67 år innen 2027
Psykologi	25	22,75	3	7	5	15
Psykiatri	10	7,4	2	1	2	5
Øyesykdommer	18	16,37	6	1	4	11
Øre-nese-hals	6	5,75	1	1	1	3
Hud og veneriske sykdommer	3	3	1			1
Gynekologi, fødselshjelp og kvinne-sykdommer	7	5,75	2	1	2	5
Indremedisin og kirurgi	8	6,4	2	1	2	5
Urologi	2	1,6				0
Revmatologi	1	0,2	1			1
Totalt	80	69,22	18	12	16	46

Tabell 3 Antall avtalespesialister og stillingsprosent som oppnår pensjonsalder innen 2027

I Helse Nords rekrutteringsstrategi har vi mål om å utdanne og rekruttere helsepersonell som skal dekke landsdelens behov (11). Avtalespesialister bør bli en del av denne satsningen. Slik kan både utdanningskapasitet og samhandling mellom helseforetak og avtalespesialister styrkes.

Helse Nord har høy andel leger i spesialisering (LIS) i forhold til spesialister, sammenlignet med resten av landet. Helseforetakene må dekke eget behov for nye spesialister og ta hensyn til at flere flytter ut av region etter endt spesialisering. Det er få spesialister som flytter fra andre regioner til Nord-Norge. Rekruttering og utdanning av nye spesialister bør ses som et felles ansvar i hele regionen. Det betyr at noen helseforetak må ta sikte på å utdanne spesialister utover egne behov.

Utdanning av LIS i avtalepraksis ble etablert som en forsøksordning i 2014 (12). Ordningen har hatt lav oppslutning, hovedsakelig fordi den har økonomiske utfordringer. Det er likevel et mål å etablere utdanningstilbud for LIS hos avtalespesialister:

Avtalespesialistene må integreres i utdanningsløpene for legespesialistene, særlig i spesialiteter der dette er nødvendig for å sikre gode utdanningsløp og der kapasitetshensyn tilsier dette. Arbeidet må utføres i dialog med Helsedirektoratet og tilrettelegges opp mot ny spesialiststruktur og definerte læringsmål (13).

Helseforetakene ønsker også at avtalespesialister skal ta større ansvar i spesialistutdanningen. Avtalespesialister i vår regionen er overveiende positiv til å ta imot LIS. Noen oppgir at de ikke har kapasitet og andre peker på utfordringer knyttet til drift som areal, utstyr, aktivitet og økonomi. Økonomisk insentiv fremheves som en viktig faktor for å ta imot LIS.

Fagområdene øyesykdommer og psykisk helse er mest aktuell for LIS hos avtalespesialister, for inntil et halvt år av spesialistutdanningen. Andre fagområder kan være aktuelle for enkelte læringsmål.

4 Faktorer som har betydning i planperioden

I dette kapitlet belyses faktorer som har betydning for utvikling og dimensjonering av avtalespesialistordningen på et overordnet nivå i Helse Nord.

Demografisk utvikling og sykdomsutvikling ligger til grunn for framskriving av behov for helsetjenester. Medisinsk utvikling og ny teknologi, gir også føringer for utviklingen. Fordeling av oppgaver internt og mellom spesialist- og primærhelsetjeneste og endrede driftsmodeller er måter spesialisthelsetjenesten kan møte utviklingen på. Variasjon i forbruk av tjenester, ventetider og fristbrudd kan være uttrykk for ulikheter i tilbud, etterspørsel og praksis, kapasitet og effektivitet.

Anbefalinger for hvert fagområde må sees i sammenheng med det totale ressursnivå for avtalespesialistordningen og behov for prioritering av pasientgrupper. Det betyr at Helse Nord RHF må prioritere mellom fagområder som anbefales styrkes og som vurderes til å være egnet for avtalespesialistordningen.

4.1 Demografi

Antall og andel eldre vil øke i planperioden. I distriktskommuner forsterkes dette ved at de yngre flytter til byene, mens de eldre blir boende.

Bostedsområde Helse Nord	Antall Innbyggere 2015	Antall Innbyggere 2030	Prosentvis ending 2015-2030
0-17 år	101 127	99 023	-2,1
18-49 år	201 685	198 143	-1,8
50-66 år	104 490	107 306	2,7
67-79 år	51 863	67 852	30,8
80-89 år	17 638	29 726	68,5
90 år og eldre	3 937	5 230	32,8
Sum Helse Nord	480 740	507 280	5,5

Tabell 4 Antall innbyggere framskrevet fra 2015 til 2030. Kilde: Aktivitets- og kapasitetsframskriving for HF-ene i Helse Nord 2014-2040, Sykehusbygg, med utgangspunkt i befolkningsframskrivinger fra SSB

De ulike aldersgruppers bruk av spesialisthelsetjenester er betinget i hvor mye de bruker tjenestene og hvor mange innbyggere det er i hver aldersgruppe (14). Personer over 62 år utgjorde 20 % av befolkningen, 24 % av pasientpopulasjon, og andel av ressursbehov er beregnet til 57 %. Gjennomsnittlig ressursbehov per pasient er totalt nesten tre ganger så høy for pasienter over 80 år sammenlignet med behandling av pasienter i trettiårene (14).

Økning av mennesker over 67 år gir konsekvenser for etterspørsel etter tjenester i fagområder hvor sykdomsforekomsten øker med alderen. Øyesykdommer, sykdommer i sirkulasjonssystemet og sykdommer i øre og ørebensknote utgjør en betydelig andel av sykkelighet blant eldre i befolkningen. Sykdommer i sirkulasjonssystemet, skader (ofte bruddskader), forgiftninger, og svulster (kreft) krever mest ressurser (14).

Framskrivning tyder på at de som bruker spesialisthelsetjenesten mest har sammensatte lidelser, og behandling i fremtiden blir både mer spesialisert og kompleks. En slik utvikling kan føre til økt behov for utredning og behandling i sykehus fremfor hos avtalespesialister. Samtidig ser vi at mange eldre er friskere enn tidligere generasjoner, slik at etterspørselen ikke nødvendigvis øker proporsjonalt med økning i antall eldre. De demografiske endringer er anslått

til å øke behov for årsverk med 20 % i Helse Nord fram mot 2030 (15). Utvikling i kvalitet og produktivitet er sammen med demografi betydningsfulle drivere for fremtidig ressursbehov.

4.2 Variasjon

Variasjon og overbehandling er viet stor oppmerksomhet, både nasjonalt og internasjonalt. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har utgitt flere helseatlas hvor de påviser variasjon i forbruk av tjenester nasjonalt og i Helse Nord. Variasjon kan forklares og være berettiget, men kan også være uttrykk for praksisforskjeller, ulikheter i tilbud og dermed svikt i målsetning om likeverdige tjenester. Uønsket eller uberettiget variasjon er det som ikke kan forklares med ulikhet i sykkelighet eller egenskaper ved pasienten. I vurdering av de ulike fagområder vil tilgjengelig data fra helseatlas bli brukt.

5 Psykisk helsevern

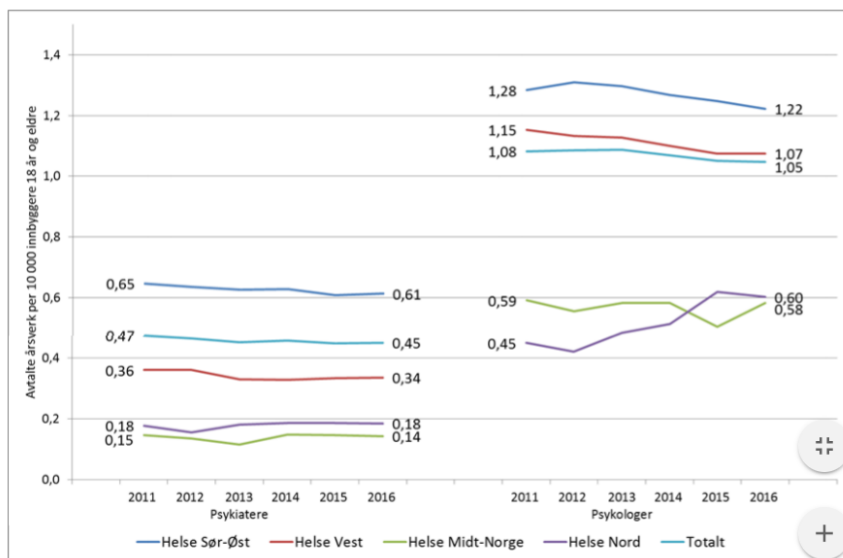
I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) blir psykiske lidelser den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i Vesten i 2020 (16). Det forventes særlig vekst i lidelser som depresjon, angst og rusmiddelproblemer. Psykiske lidelser fører altfor ofte til frafall fra skole, vansker med å komme inn i arbeid eller arbeidsuførhet. Helse Nord skal derfor ha tilbud til pasienter som raskt kan hjelpes tilbake til normal fungering og til de som trenger å følges opp over tid. I tråd med regjeringens strategi for god psykisk helse, *Mestre hele livet* (17) ønsker Helse Nord RHF at avtalespesialister i psykisk helsevern fortsatt skal være med på å sikre trygge og kvalitative gode tilbud til befolkningen;

De er et viktig alternativ og supplement til sykehusenes poliklinikker. Avtalespesialister stod for 26 prosent av den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern i 2016, og potensialet er større. Avtalespesialistene skal inkluderes tettere i den offentlige helsetjenesten.

Mestre hele livet, side 32

5.1 Psykisk helsevern voksne

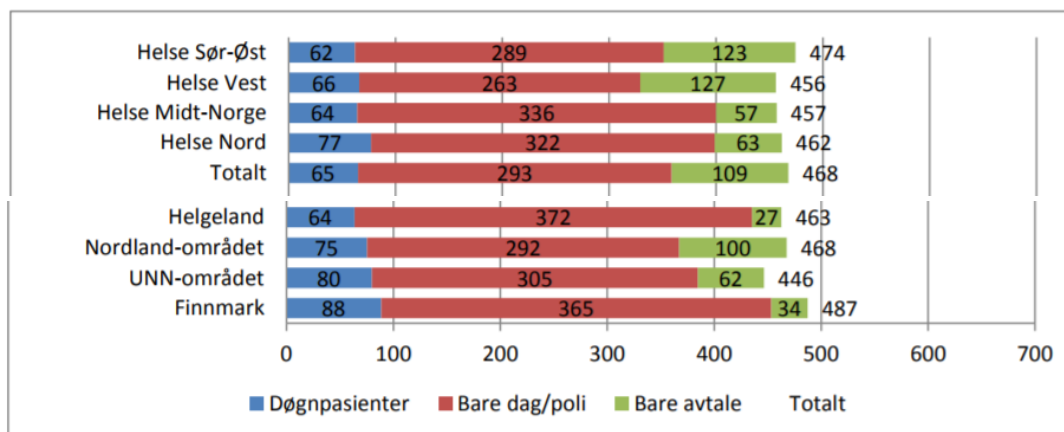
Nasjonale tall viser at antall årsverk for avtalepsykiatere (rundt 183 årsverk) i psykisk helsevern for voksne har holdt seg stabilt i perioden 2011–2016 (Figur 3). Dette gjelder også for Helse Nord. Helse Sør-Øst og Helse Vest har langt høyere årsverksrate enn Helse Midt-Norge og Helse Nord. Dette gjelder både for psykiatere og for psykologer. I samme periode har det vært økning fra 419 til 430 årsverk for avtalepsykologene. Ettersom befolkningen har økt, har det likevel vært en nedgang i raten for psykiaterne (5 %) og for psykologene (3 %) (18). I denne perioden økte årsverksraten for psykologer i Helse Nord med 33 %.



Figur 3 Årsverk utført av avtalespesialister i psykiatri og i psykologi. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Helseregioner 2011-2016. (Analysenotat 9/2017 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten).

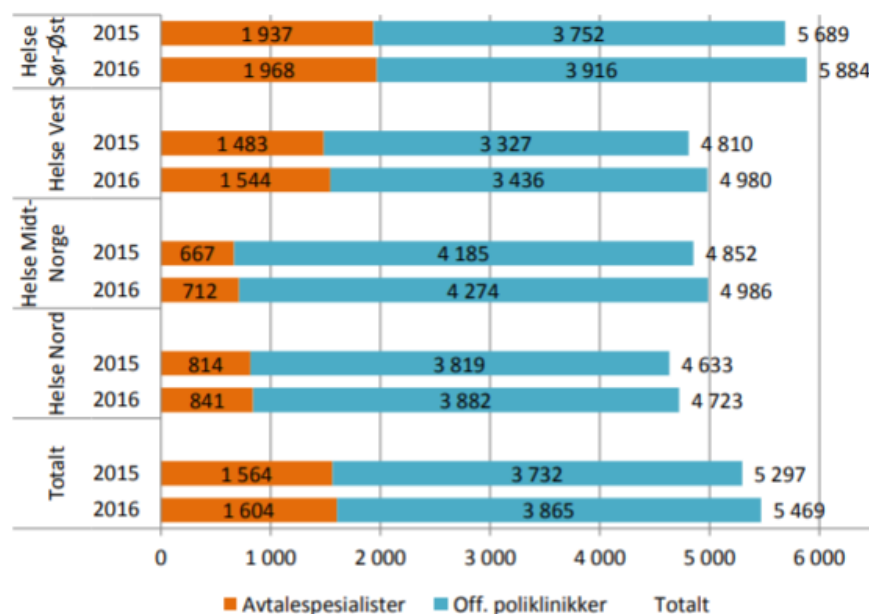
Når det gjelder årsverk i poliklinisk og ambulant virksomhet hadde Helse Nord den høyeste dekningsgraden per 10 000 innbyggere i 2016 (19). Når årsverk hos avtalespesialister tas med er også samlet årsverksinnsats høyest i Helse Nord.

Det er små variasjoner mellom totalt antall pasienter pr 10.000 innbyggere i Helse Nord sammenlignet med øvrige helseregionene (figur 4)⁷. Helse Nord og Helse Midt-Norge har flest pasienter i behandling i helseforetak. Forskjellene kompenseres ved at det er høyere andel pasienter hos avtalespesialistene i Helse Sør-Øst og Helse-Vest. Det er totalt færrest pasienter i UNN-området per 10 000 innbyggere.



Figur 4 Pasienter etter behandlingsform. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Boområder 2016. (Analysenotat 03/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten).

Samlet konsultasjonsrate i poliklinikker og hos avtalespesialister (figur 5) er lavest i Helse Nord. Vi ligger på landsgjennomsnitt i konsultasjonsrater i foretakenes poliklinikker. Hos avtalespesialister er konsultasjonsraten i Helse Nord nest lavest i landet. På grunn av større omfang av avtalekonsultasjoner kommer Helse Sør-Øst ut med den høyeste konsultasjonsraten.



Figur 5 Konsultasjoner ved offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregioner 2015 og 2016. (Analysenotat 03/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten)

⁷ Tallene for avtalespesialister omfatter bare pasienter som ikke har mottatt behandling ved offentlige institusjoner, mens tall for dag/poliklinikk omfatter pasienter som ikke har mottatt døgnbehandling.

Innspill fra kommuneoverleger og avtalespesialister

Kommuneoverleger vurderer at det er behov for å øke kapasiteten i psykisk helsevern. Flere gir tilbakemelding om at helseforetakene bør styrke eksisterende tilbud. Andre uttrykker at det er behov for flere avtalespesialister. Et av argumentene for å øke antall hjemler er at avtalespesialister er godt egnet for lettere psykiatriske problemstillinger som angst og depresjon. Et annet argument som blir trukket frem er behov for kontinuitet. Avtalespesialister er å foretrekke fremfor tilreisende spesialister. Det er også kommet forslag om kombinasjonsstillinger, spesielt i desentrale områder. Flere uttrykker bekymring for at økning av avtalehjemler vil gi rekrutteringsvansker i distriktpspsykiatriske sentre, sykehus eller i kommuner (kommunepsykologer).

Avtalespesialister vurderer at det er behov for flere hjemler. I Tromsø fremkommer det at pasienter må vente svært lenge på behandling. Flere antyder at det i et område forekommer en uformell funksjonsfordeling, ved at pasienter som har behov for langvarig behandling blir videresendt fra poliklinikk eller sykehus til avtalespesialister.

Helseforetak som har gitt skriftlige innspill fremhever at avtalespesialister i psykisk helsevern må knyttes nærmere helseforetakene.

Vurdering og anbefaling

Poliklinisk aktivitet i 2016 per 10 000 innbyggere i Helse Nord (Tabell 5) var lavere enn landsgjennomsnittet. Dette viser at det ikke er en proporsjonal sammenheng mellom størrelse på årsverk og antall pasienter og registrerte konsultasjoner, verken mellom helseregioner eller mellom helseforetak i Helse Nord. I Helse Nord har vi totalt flest årsverk per 10 000 innbyggere ved poliklinikker og hos avtalespesialister. Men vi har færrest pasienter i behandling og færrest konsultasjoner ved offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister.

Registrerte konsultasjoner psykisk helsevern for voksne -2016			
	Avtalespesialister	Poliklinikk	Totalt
Helgeland	408	4655	5063
Nordland	1333	3420	4753
UNN-området	887	3900	4787
Finnmark	285	3869	4154
Helse Nord	841	3882	4723
Totalt for landet	1604	3865	5469

Tabell 5 Konsultasjoner hos avtalespesialister og ved offentlige poliklinikker. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Bostedsregion 2016. (Statistikk.helsedirektoratet.no (Dashboard)).

Helse Nord RHF vurderer at færre registrerte konsultasjoner og færre pasienter i behandling i Helse Nord, sammenlignet med øvrige helseregioner, gir grunnlag for å styrke kapasiteten i fagfeltet. Omlegging av tilbud innen «helse og arbeid» (kapittel 5.2) fører til flere avtalespesialister, i hovedsak flere psykologer. Disse vil også arbeide med utredning og behandling i mer tradisjonelle behandlingsforløp i psykisk helsevern for voksne. Hjemler innen «helse og arbeid» skal etableres i alle helseforetak, i områder med tett befolkning, og fører til generell styrking av psykisk helsevern for voksne.

5.2 Helse og arbeid

Raskere tilbake-ordningen opphørte ved utgangen av 2017. Helse- og omsorgsdepartementet har videreført ordningen med disse endringene (20):

- Pasienter med muskel- og skjelettlidelser og pasienter med angst og depresjon skal prioriteres.
- Arbeid skal være en del av behandlingsopplegget.
- Personer med sykepengerettigheter er ikke lenger eneste målgruppe for tiltakene. Tilbudene omfatter alle som har behov for spesialisthelsetjeneste hvor problematikk knyttet til arbeid er et viktig element.
- Tilbudene skal i størst mulig grad tilrettelegges slik at pasientene opplever gode pasientforløp uten unødig tidsbruk.
- Det forutsettes godt samarbeid mellom private helsetjenester, helseforetak, fastleger og NAV.

Helse Nord RHF vil benytte avtalespesialistordningen for å styrke tilbud i korttids jobbfokusert kognitiv terapi for pasienter med angst og depresjon. Dette skal gjøres gjennom å opprette nye avtalehjemler for psykologer, eventuelt psykiatere, og tilbud til nåværende avtalespesialister om å bruke deler av sine stillinger til denne pasientgruppen.

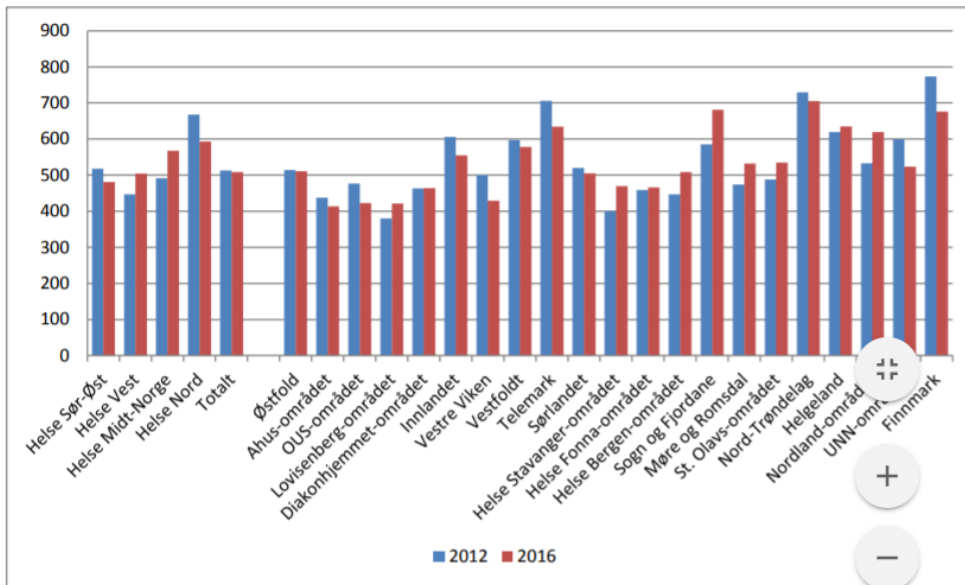
5.3 Psykisk helsevern for barn og unge

Psykiske lidelser opptrer ofte i ung alder og kan prege store deler av et livsløp.

Folkehelseinstituttet anslår at 15–20 % av barn og unge opplever symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Halvparten av disse, ca. 8 %, har så alvorlige symptomer at det tilfredsstillende krav til diagnoser (21). Det er et stort spenn i utrednings- og behandlingsmetoder og spesialisthelsetjenesten må alltid samarbeide godt med de som er rundt barnet i hverdagen. Det er nylig opprettet en psykologhjæmmel i psykisk helsevern for barn og unge i Tromsø.

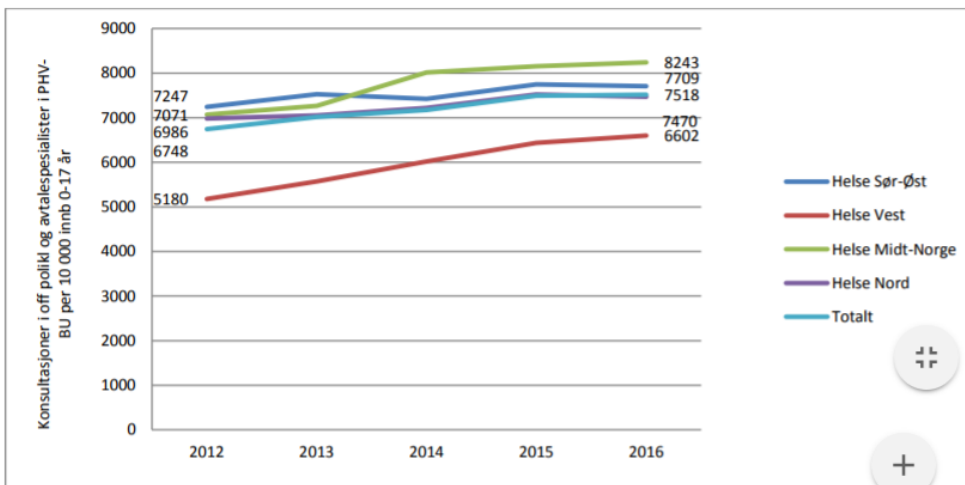
Kapasitet/aktivitet

Helse Nord har i de senere år hatt høyere behandlingsrater enn øvrige regioner når det gjelder totalt behandlede pasienter (22). De regionale forskjeller har dog avtatt. Figur 6 viser økende pasientrater i Helse-Vest og avtakende rater i Helse Nord. Pasientraten tilhørende Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmarkssykehuset har de senere år avtatt.



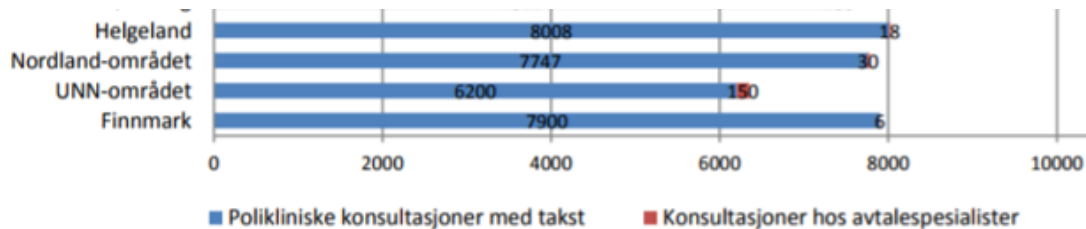
Figur 6 Pasienter i psykisk helsevern for barn og hos avtalespesialister 2012-2016. Per 10 000 innbyggere 0-17 år. (SAMDATA spesialisthelsetjenesten 16/2017)

Figur 7 (23) viser at samlet konsultasjonsrate ved offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister i Helse Nord ligger under landsgjennomsnittet. Dette til tross for høyere rater for antall pasienter og årsverk i poliklinikker. Mulig årsakssammenhenger kan være høy bruk av døgnopphold og store geografiske avstander, sammenlignet med resten av landet.



Figur 7 Konsultasjoner i offentlige poliklinikker og avtalespesialister i psykisk helsevern for barn og unge per 10 000 0-17 år (SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 04/17).

I Helse Nord varierer konsultasjonsrater i forhold til bosted (figur 8). Pasienter i UNN-området har lavest konsultasjonsrate. De andre helseforetakene har høyere rater sammenlignet med resten av landet.



Figur 8 Polikliniske konsultasjoner med takst ved offentlige poliklinikker og hos avtalespesialister i psykisk helsevern for barn og unge per 10 000 innbyggere 0 – 17 år etter boområde i 2016. (SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 04/17).

Innspill fra kommuneoverleger og avtalespesialister

Kommuneoverleger gir tilbakemelding om at de er skeptisk til å etablere flere hjemler i psykisk helse for barn og unge. De mener at fagområdet kjennetegnes ved tverrfaglighet og derfor ikke egner seg for avtalespesialister. Et kommuneoverlegeforum ga tilbakemelding om at de ønsker flere avtalespesialister på fagområdet.

Avtalespesialister, spesielt i Tromsø gir tilbakemelding om at fagområdet bør styrkes ved å opprette flere hjemler.

Regionalt fagråd for psykisk helsevern for barn og unge er positiv til å prøve ut flere hjemler (også deltidshjemler) for fagområdet. Fagrådet vurderer at avtalespesialister kan bli et godt supplement i tjenesten, være støtte for lokal BUP og bidra til å gi pasienter et differensiert og likeverdig tilbud. Fagrådet mener at det må tas hensyn til helseforetakenes mulighet til å rekruttere og stabilisere spesialister, samt drive utdanning og forskning.

Vurdering og anbefalinger

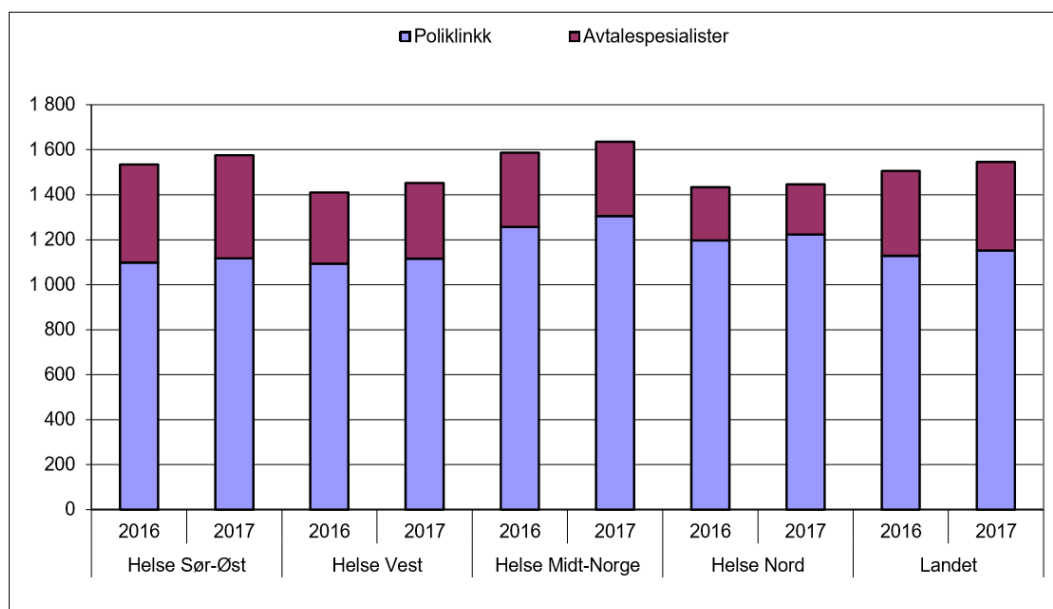
Helse Nord RHF vurderer at dagens organisering og kapasitet av psykisk helsevern for barn og unge er god i Helse Nord. Tjenesten er godt desentralisert utbygd og flere får tilbud om behandling sammenlignet med resten av landet. Helse Nord RHF vil derfor ikke øke antall hjemler for fagområdet de nærmeste årene. Ny vurdering gjøres fortløpende, jamfør rullerende tiltaksplan for avtalespesialister.

6 Somatikk

I 2016 ble drøyt 1,9 millioner pasienter i Norge utredet eller behandlet for somatiske lidelser i helseforetakene. Disse sto for nær seks millioner polikliniske konsultasjoner. Aktiviteten har økt, særlig ved poliklinikkene. Økningen kommer delvis ved at flere får poliklinisk behandling (flere pasienter) og delvis på grunn av at hver pasient i gjennomsnitt har flere konsultasjoner (14). Framskrivinger tilsier at det blir økt etterspørsel etter somatiske spesialisthelsetjenester i årene som kommer.

Antall årsverk for avtalespesialister i somatikk i Helse Nord har økt med 10 % siden 2011, og fordeler seg på 12 fagområder. Med unntak av øyesykdommer er det få avtalespesialister i hvert fagområde.

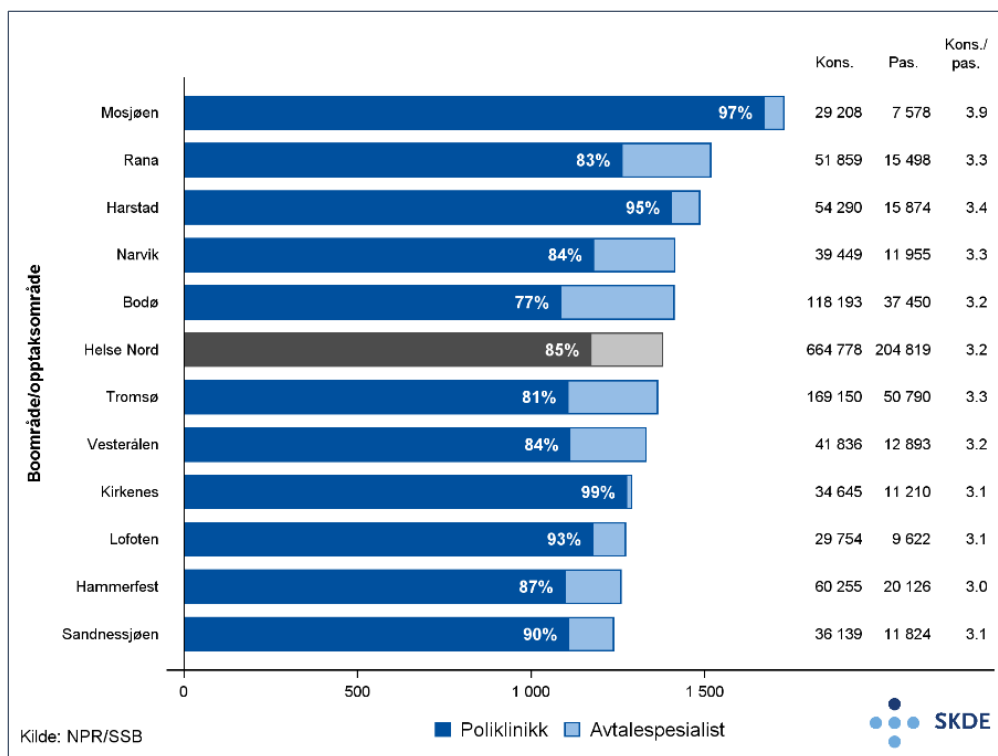
Befolkningen i Helse Nord hadde også i 2017 lavest forbruk av polikliniske tjenester innen somatikk sammenlignet med resten av landet, både hos avtalespesialister og totalt (1). Forbruket av døgnopphold er dog høyere i Helse Nord (24).



Figur 9 Forbruksrater⁸ av polikliniske tjenester fordelt etter pasientens bostedsregion. Rater per 1000 innbyggere. 2016 - 2017. Somatiske fagområder. Rapporterte spesialistkontakter.

Kartlagte polikliniske konsultasjoner i perioden 2011–2014 viste til dels stor variasjon mellom boområder (25). Det ble ikke funnet holdepunkter for at høyt forbruk i noen områder skyldes økt avtalespesialisttilbud, men heller et generelt økt totaltilbud. I perioden 2014–2016 ser vi samme tendens, selv om tallene ikke er direkte sammenlignbare pga. noe ulikt datagrunnlag (26). I alle boområder er bruk av tjenester økt, med unntak av Sandnessjøen. Sistnevnte kan skyldes at helsetjenester mottatt i helseforetak eller hos avtalespesialister utenfor Helse Nord ikke er med i kartleggingen. Selv om variasjon i bruk av tjenester ikke er så stor når vi ser hele somatikken under ett, er det større variasjon i enkelte fagfelt.

⁸ Forbruksrate: forbruket av en tjeneste pr 1000 innbyggere, kjønns- og aldersjustert, i et boområde

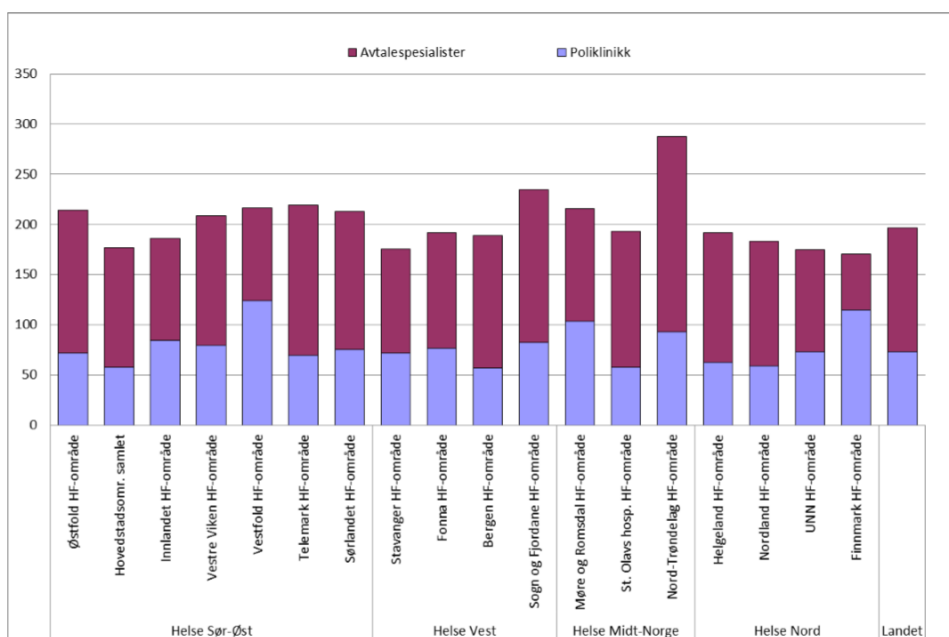


Figur 10 Totalt antall konsultasjoner pr. 1000 innbyggere pr. år for perioden 2014–2016 for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, justert for alder og kjønn. Søylen er delt på polikliniske konsultasjoner ved sykehus i Nord-Norge og konsultasjoner hos avtalespesialister med praksis i Nord-Norge. I kolonnene til høyre vises totalt antall konsultasjoner, antall pasienter og antall konsultasjoner pr. pasient.

6.1 Øyesykdommer

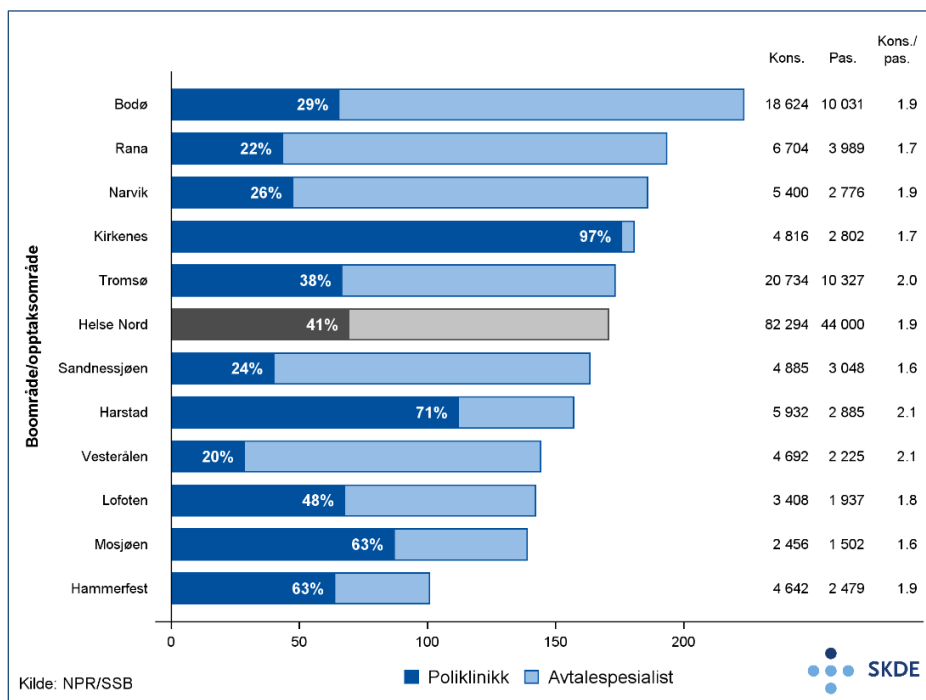
Øyesykdommer er det største fagområdet i avtalepraksis, både på landsbasis og i Helse Nord. Det er 18 avtalespesialister i øyefaget i Helse Nord. Geografisk fordeler disse seg med 6 % i Finnmarkssykehusets opptaksområde, 41 % i UNNs opptaksområde, 41 % i Nordlandssykehusets opptaksområde og 12 % i Helgelandssykehusets.

Selv om antall polikliniske konsultasjoner har økt, ligger regionen likevel lavere enn landsgjennomsnittet (1). Befolkningen i Nordlandssykehusets helseforetaksområde hadde høyest forbruksrate i 2016. I 2017 er raten høyest på Helgeland, og lavest i Finnmark.



Figur 11 Forbruksrater av polikliniske tjenester i øyefaget, per helseforetaksområde, 2017 (1).

I perioden 2011-2014 var det stor variasjon i forbruket av øyekonsultasjoner i regionen. Bosatte i Bodø, Rana og Sandnessjøen hadde høyere gjennomsnittlig årsforbruk enn bosatte i Hammerfest og Vesterålen (25). Figur 12 viser stor variasjon også i perioden 2014-2016. I Bodø er raten økt fra gjennomsnittlig 186 konsultasjoner pr. 1000 innbygger i perioden 2011-2014 til ca. 225 i perioden 2014-2016. Hammerfest ligger fortsatt lavest (26).



Figur 12 Antall konsultasjoner relatert til øyesykdommer pr. 1000 innbyggere pr. år for perioden 2014-2016 for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, justert for alder og kjønn. Søylene er delt på polikliniske konsultasjoner ved sykehus i Nord-Norge og konsultasjoner hos avtalespesialister med praksis i Nord-Norge. I kolonnene til høyre vises totalt antall konsultasjoner, antall pasienter og antall konsultasjoner pr. pasient (26).

Pasienter med glaukom (grønn stær), katarakt (grå stær) og aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD) utgjorde 70 % av alle konsultasjoner i 2009 (29), og situasjonen antas å være den samme i dag. Disse har en gjennomsnittsalder ved konsultasjon på 71–77 år. Det betyr at flere eldre gir økt behov for øyehelsetjenester i årene fremover.

I helseforetakene opptar injeksjonsbehandling⁹ mye av kapasiteten, og «fortrenger» annen aktivitet i så stor grad at det er vanskelig å vedlikeholde kompetanse og utdanne LIS innen andre områder, f.eks. kataraktkirurgi. Det pågår et nasjonalt arbeid for å vurdere om det skal etableres takst for injeksjonsbehandling i avtalepraksis. Dersom denne behandlingen blir omfattet av takstsystemet kan det avlaste sykehusene og gi noen pasienter kortere reisevei. Det er vanskelig å vurdere konsekvenser av en slik omlegging av praksis, men vi vurderer likevel to mulige utfall:

- Mer desentralt tilbud for pasienter som får injeksjonsbehandling.
- Bedre balanse mellom kataraktoperasjoner og injeksjonsbehandling i sykehus og hos avtalespesialister. Økt andel kataraktoperasjoner i sykehus styrker vedlikehold av kompetanse og utdanning av øyespesialister.

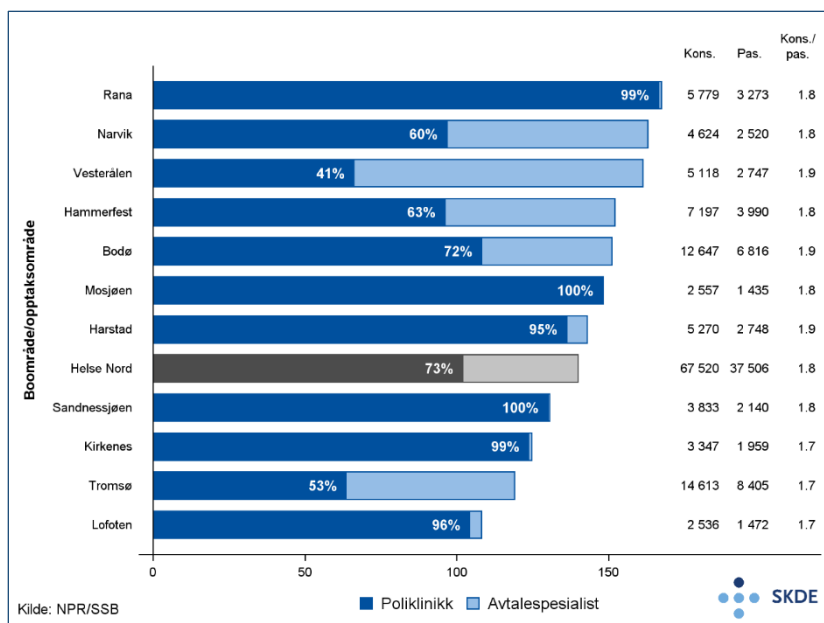
Det er en betydelig rekrutteringsutfordring i øyefaget. Sammenlignet med andre spesialiteter har øyefaget lav andel LIS i forhold til ferdige spesialister. Siden en stor andel er avtalespesialister og i dag ikke deltar i utdanningen, er utdanningskapasiteten lav. Erfaring viser at få øyeleger rekrutteres fra andre deler av landet (28), og vi må derfor planlegge å utdanne tilstrekkelig antall lokalt. I planperioden vil til sammen 14 øyeleger i regionen bli pensjonister. Seks avtalespesialister passerer 70 år, og ytterligere tre vil være over 67 år. Med dagens utdanningskapasitet utdannes bare litt over én ny spesialist i året (28). Det bør derfor iverksettes tiltak for å øke utdanningskapasiteten i regionen, ved å øke antall LIS og ved at avtalespesialistene bidrar i utdanningen med inntil et halvt år, eller med å dekke enkelte læringsmål.

6.2 Øre-nese-hals

ØNH er det nest største somatiske fagområdet i avtalepraksis. I Helse Nord er det seks avtalespesialister i ØNH; to i Tromsø, en i Narvik, en i Alta, en i Bodø og en på Myre. Tre av disse vil tre passere 67 år i løpet av planperioden. Utdanningskapasiteten i regionen er god, og vil dekke behovet for nye avtalespesialister. Aktiviteten er hovedsakelig knyttet til øre- og hørsels sykdommer, og hørselsrelaterte konsultasjoner utgjør om lag 30 % av aktiviteten hos avtalespesialister (1).

Antall ØNH-konsultasjoner varierer i regionen, fra ca. 170 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere i Rana, til under 120 i Lofoten og Tromsø (26). En stor del av variasjonen er knyttet til hørselsforbedrende tiltak, slik at når disse tas ut av utvalget blir de geografiske forskjellene mindre. Et tiltak for å sikre likeverdig tilbud på dette området er å tilstrebe at avtalespesialister innen ØNH ansetter audiograf eller gjør avtale med helseforetak om audiograf tjenester.

⁹ Behandling for bla AMD. Gjentatte injeksjoner av VEGF-hemmere direkte i øyet, som hemmer videre utvikling av sykdommen.

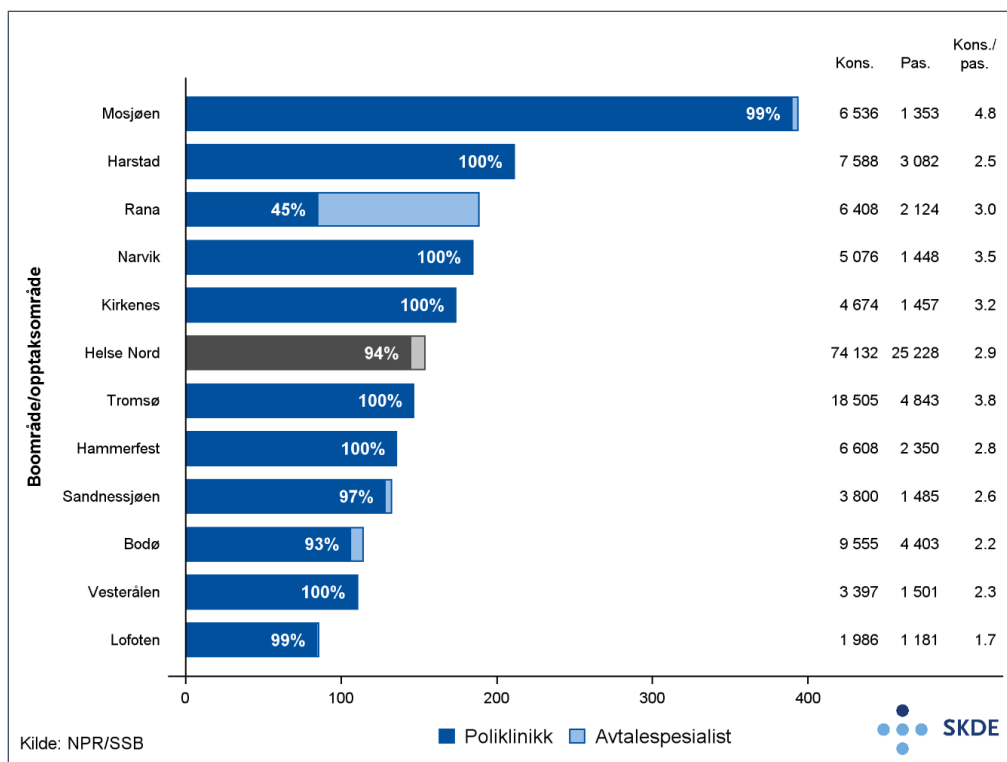


Figur 13 Antall øre-nese-hals-konsultasjoner pr. 1000 innbyggere pr. år for perioden 2014–2016 for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, justert for alder og kjønn. Søylene er delt på polikliniske konsultasjoner ved sykehus i Nord-Norge og konsultasjoner hos avtalespesialister med praksis i Nord-Norge. I kolonnene til høyre vises totalt antall konsultasjoner, antall pasienter og antall konsultasjoner pr. pasient (26).

6.3 Hud og veneriske sykdommer

Det er tre avtalespesialister i hudfaget, en i Bodø, en i Mo i Rana og en nylig opprettet avtalehjemmel på Sortland. I flere år har det vært vanskelig å rekruttere spesialister både til avtalehjemler og i helseforetakene. Det mest stabile fagmiljøet er ved UNN, mens Nordlandssykehuset har slitt med å rekruttere fast spesialist, og har basert seg på vikarer de siste årene. Helgelandssykehuset har nylig rekruttert hudlege i Mosjøen. De vanligste tilstandene som behandles i avtalepraksis er psoriasis og eksemtilstander. Lysbehandling er den dominerende prosedyren som utføres både hos avtalespesialist og i sykehus.

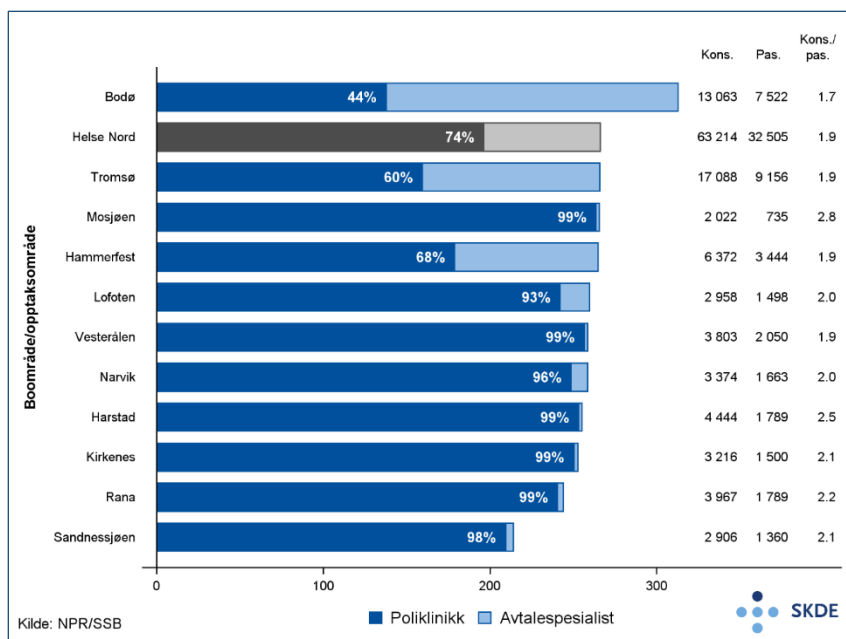
Forbruksrater viser stor variasjon mellom boområdene, og representerer sannsynligvis både under- og overforbruk (25). Befolkningen i Mosjøen hadde mer enn fire ganger så mange konsultasjoner pr 1000 innbygger som befolkningen i Lofoten i perioden 2011-2014. Det samme ser vi for perioden 2014–2016 (26). Vi ser også at antall konsultasjoner pr. pasient varierer, fra 4,8 i Mosjøen til 1,7 i Lofoten. Ulik kodepraksis og manglende rapportering kan forklare noen av forskjellene. Etablering av ny avtalehjemmel på Sortland er i tråd med anbefaling i *Regional plan for hudsykdommer i Helse Nord 2015–2020* (30), og vil bedre tilbudet i Vesterålen og Lofoten.



Figur 14 Antall konsultasjoner relatert til hudsykdommer pr. 1000 innbyggere pr. år for perioden 2014–2016 for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, justert for alder og kjønn. Søylene er delt på polikliniske konsultasjoner ved sykehus i Nord-Norge og konsultasjoner hos avtalespesialister med praksis i Nord-Norge. I kolonnene til høyre vises totalt antall konsultasjoner, antall pasienter og antall konsultasjoner pr. pasient.

6.4 Gynekologi/ fødselshjelp og kvinnesykdommer

Avtalespesialister i gynekologi er etablert i regionen med tre i Bodø, to i Tromsø, en på Finnsnes og en i Alta. Det er liten variasjon i bruk av tjenester. Unntak er boområde Bodø som skiller seg ut med høy rate, som både er en total økning fra perioden 2011–2014, og en forskyvning av konsultasjoner fra sykehus til avtalespesialist. Sandnessjøen ligger noe lavere enn de andre boområdene, men her kan noe av forklaringen være at konsultasjoner gjennomført utenfor regionen ikke er med i datagrunnlaget.



Figur 15 Antall konsultasjoner relatert til gynekologiske sykdommer pr. 1000 kvinner pr. år for perioden 2014–2016 for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, justert for alder og kjønn. Søylene er delt på polikliniske konsultasjoner ved sykehus i Nord-Norge og konsultasjoner hos avtalespesialister med praksis i Nord-Norge. I kolonnene til høyre vises totalt antall konsultasjoner, antall pasienter og antall konsultasjoner pr. pasient.

Innen januar 2022 skal primærscreening av kvinner i aldersgruppen 34-69 år være endret i hele landet fra celleprøve til HPV-test. Screeningene gjøres hovedsakelig hos fastleger, mens oppfølging av positive prøver med kolposkopi¹⁰ og vevsprøver gjøres i spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra de fire prøvefylkene tilsier at vi kan forvente økning i antallet kolposkopier og vevsprøver på opptil 40 % (31).

I løpet av planperioden vil fem avtalespesialister i gynekologi passere 67 år, og rekruttering må derfor prioriteres. Ved avvikling og nyrekruttering skal vi vurdere videreføring og geografisk plassering, i samarbeid med helseforetakene.

6.5 Indremedisin, kirurgi og urologi

Helse Nord har to avtalespesialister i fordøyelsessykdommer¹¹, tre i hjertesykdommer¹², to i lungesykdommer, en i gastroenterologisk kirurgi og to i urologi. Avtalespesialistene i disse fagfeltene utgjør en liten, men viktig andel av tjenestetilbudet i regionen.

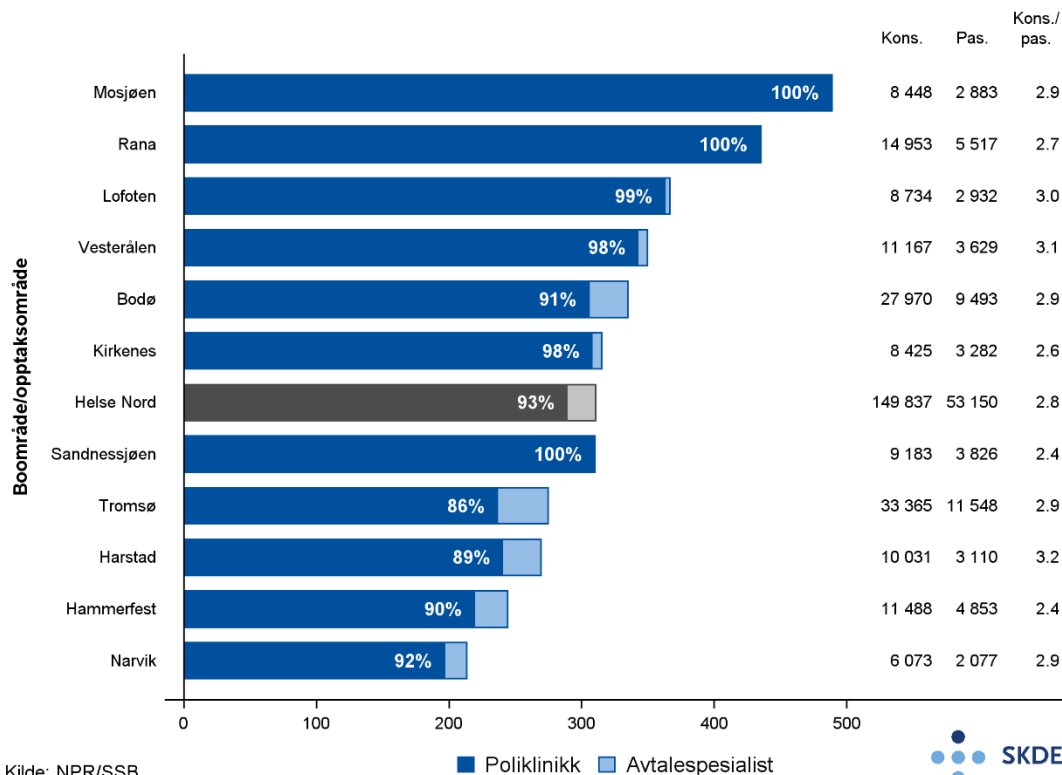
Basert på demografisk utvikling er det forventet at behovet for polikliniske tjenester innen disse fagfeltene vil øke med mellom 15 og 30 % til 2030 (29).

Figur 16 viser stor variasjon i bruk av indremedisinske tjenester i regionen, hvor antall konsultasjoner er mer enn dobbelt så høyt i Mosjøen som i Narvik.

¹⁰ Kolposkopi - undersøkelse av livmorhalsen

¹¹ Den ene avtalespesialisten jobber nesten utelukkende med hjertepasienter

¹² En avtalehjemmel i Bodø har vært ubesatt i to år grunnet manglende søkere



Figur 16 Indremedisinske konsultasjoner pr.1000 innbyggere pr. år for perioden 2014–2016 for bosatte i Helse Nord fordelt på boområder, justert for alder og kjønn. Søylene er delt på polikliniske konsultasjoner ved sykehus i Nord-Norge og konsultasjoner hos avtalspesialister med praksis i Nord-Norge. I kolonnene til høyre vises totalt antall konsultasjoner, antall pasienter og antall konsultasjoner pr. pasient.

Aktivitet hos de indremedisinske avtalspesialister besto i perioden 2011-2014 av både generell indremedisinsk og grensespesifikk praksis. De hadde færre konsultasjoner pr. pasient enn sykehusene, noe som kan bety at pasienter som trenger langvarig oppfølging hovedsakelig behandles i sykehus, mens utredning og kortvarig behandling skjer hos avtalspesialist (25).

Innføring av screeningprogram for tarmkreft fra 2019 vil gradvis øke behovet for spesialister i fordøyelsessykdommer (32). I Helse Nord er dette anslått til en økning på mellom 2,5 og 3,7 stillinger (33). Økning av antall avtalspesialister vil bli vurdert som et ledd i arbeidet med etablering av screening.

Bruk av tjenester innen de indremedisinske spesialitetene og urologi er ikke kartlagt på samme måte som øye, ØNH, hud og gynekologi. Ved vurdering av nye avtalehjemler innen disse fagområdene bør kartlegging utføres. Kommuneoverleger har gitt innspill om at fagområdene lunge og fordøyelsessykdommer bør styrkes, basert lang ventetid og innføring av screeningprogram. Helseforetakene anser det som viktig å beholde disse fagområdene samlet i sykehus, både for å sikre rekruttering, robuste fagmiljø og gode, tverrfaglige tilbud til pasientene.

6.6 Revmatologi

Revmatologi er et lite fagområde i avtalespesialistordningen, med totalt ni avtalehjemler nasjonalt i 2016. Av disse er én hjemmel på 20 % i Helse Nord, fordelt mellom Narvik og Ørnes. Forbruksrater i revmatologi er ikke kartlagt på samme måte som for andre fagområder, men status og utfordringer i regionen er godt beskrevet i *Regional plan for revmatologi i Helse Nord 2015–2019* (34). Her anbefales å styrke tilbudet i Helgelandssykehuset, UNN Harstad og Finnmarkssykehuset, da disse områdene har lavest dekning og mest sårbare fagmiljø, med kun en eller få spesialister. Dette støttes av fagmiljøet i regionen, og begrunnes med behov for tverrfaglig utredning, behandling og oppfølging av pasienter, samt behov for robuste fagmiljø i sykehusene.

6.7 Vurdering og anbefaling for somatikk

Somatiske fagområder i avtalespesialistordningen i Helse Nord er godt egnet for avtalepraksis, og utgjør en viktig del av poliklinisk tilbud til pasientene i regionen. Flere eldre vil øke behovet for polikliniske tjenester, og noe av økningen kan dekkes med flere avtalespesialister.

I planperioden anbefales at dagens avtalehjemler videreføres. Etablering av nye avtalehjemler må ses i sammenheng med å beholde robuste fagmiljø i helseforetakene, samt at oppgaver som utdanning og forskning ivaretas. Derfor bør etablering av nye hjemler gjøres i samarbeid med helseforetakene, og være basert på en gjennomgang av fagfeltet som helhet.

Variasjon i bruk av helsetjenester

Kartlegging viser stor variasjon i bruk av helsetjenester mellom boområder. Dette gjelder fagfeltene øye, ØNH, hud og indremedisin. Mulige årsaker til uberettiget variasjon bør kartlegges nærmere, og inngå som en del av vurderingen ved etablering av nye avtalehjemler.

Rekruttering

Det kan bli en stor utfordring å rekruttere nye spesialister til ledige avtalehjemler i planperioden. Rekrutteringsbehovet er størst innen øye, men også i andre fagfelt er behovet stort.

7 Andre aktuelle fagområder for avtalepraksis

Andre helseregioner har flere fagområder innen avtalespesialistordningen sammenlignet med Helse Nord. Helse Sør-Øst har for eksempel mange avtalespesialister i nevrologi, anesthesiologi og barnesykdommer. I Helse Nord har vi per tiden ingen konkrete planer om å utvide avtalespesialistordningen med nye fagområder innen somatikk. Helse Nord RHF skal ved ledige eller nye hjemler vurdere om det er behov for å styrke pasienttilbud gjennom eksisterende eller nye spesialiteter.

7.1 Etablering av avtalehjemler i Alta

Helse Nord RHF har fått i oppdrag å opprette flere avtalehjemler i Alta¹³.

I forbindelse med at Helse Nord har fått i oppdrag å etablere flere hjemler for avtalespesialister i 2017, skal flere av disse lokaliseres i Alta. Det er naturlig at nye avtalespesialister arbeider i samarbeid med klinikk Alta.

Vi vil i samarbeid med Finnmarkssykehuset vurdere hvilke spesialiteter som best mulig kan utfylle og gi et godt pasienttilbud ved klinikk Alta.

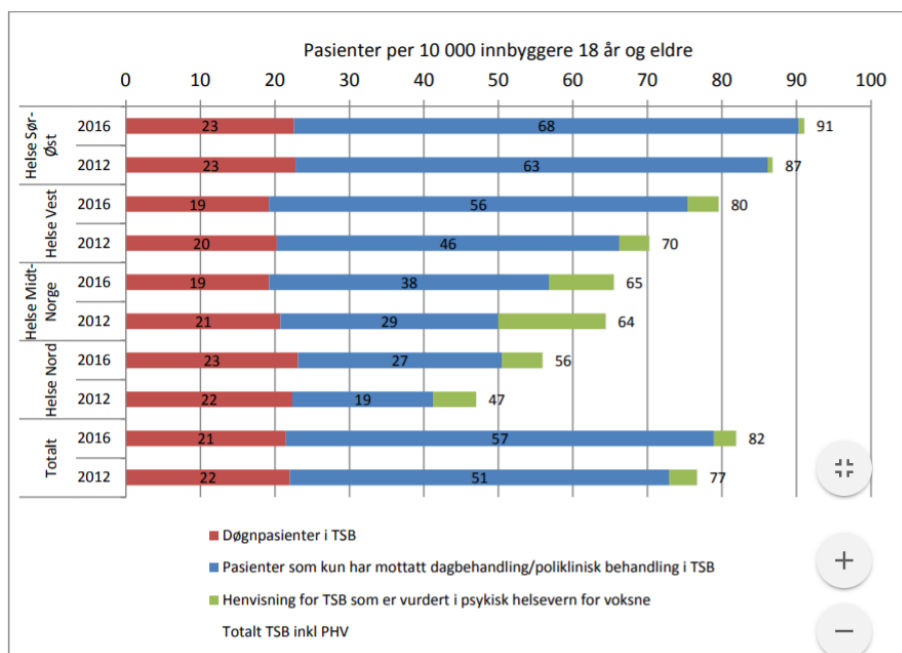
7.2 Rus- og avhengighet

Pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har ofte behov for sammenhengende tjenester fra en koordinert helsetjeneste, med etablerte samarbeidsstrukturer på tvers av omsorgsnivå og fagområder. TSB krever samtidig innsats mellom flere profesjoner. Helse Nord RHF ønsker å vurdere hvorvidt avtalespesialister kan bidra i utredning og behandling for mer avklarte og ikke kompliserte rus- og avhengighetslidelser eller som støtte til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i helseforetak og hos private institusjoner.

Kapasitet/aktivitet

I Norge mottok i underkant av 33 000 pasienter behandling i TSB i 2016. I perioden fra 2012 og frem til 2016 økte antall behandlede pasienter med 13 % (35). Veksten i rusbehandling er i hovedsak knyttet til poliklinisk virksomhet. Dette har ført til at andel pasienter i døgnbehandling har gått ned fra 30 % i 2012 til 27 % i 2016. Antall pasienter per 10 000 innbyggere som mottar poliklinisk- eller dagbehandling har økt i alle regioner fra 2012 til 2016 (Figur 16). Økningen har prosentvis vært størst i Helse Nord. Selv om avstanden til de andre regionene har minsket er det fortsatt betydelige færre pasienter i Helse Nord som mottar poliklinisk behandling i TSB.

¹³ Foretaksmøte 16. januar 2018.



Figur 17 Dekningsrater for døgnpasienter og pasienter som kun mottar poliklinisk behandling i TSB i 2012 og 2016. Pasienter henvist til rusbehandling innen psykisk helsevern er lagt til. (SAMDATA spesialisthelsetjenesten 07/17).

Innspill fra kommuneoverleger og avtalespesialister

Kommuneoverleger i regionen fikk konkret forespørsel om å vurdere hvorvidt det bør etableres hjemler for rus- og avhengighetsproblematikk. Tilbakemeldingene er negativ til slik etablering. Argumentasjonen er at slike tilbud bør ligge i helseforetakene på grunn av fagområdets behov for å arbeide tverrfaglig.

Avtalespesialister, spesielt i Tromsø gir tilbakemelding om at fagområdet bør styrkes ved å opprette flere hjemler.

Regionalt fagråd TSB i Helse Nord er positiv¹⁴ til etablering av avtalehjemler innen rus- og avhengighetsproblematikk. Fagrådet påpeker mulige gevinster:

- Rekruttering av nye pasientgrupper til behandling, som har rus- og avhengighetsproblematikk som er klart avgrenset og hvor skadeomfanget er potensielt stort, enten gjennom spilleavhengighet eller rusavhengighet, jamfør fare for å miste jobb, droppe ut av utdanning eller negative sekundærkonsekvenser for nettverk og familie.
- Pasienter får flere tilbud å velge mellom.

Vurderinger og anbefaling

I et pasientforløpsperspektiv ansees poliklinikk som et viktig supplement og også et tilbud som kan erstatte døgnbehandling. Pasienter med rus- og avhengighetslidelser har betydelig mindre tilgang til polikliniske tjenester i Helse Nord enn i øvrige helseregioner. Pasienter med avklart rus- og avhengighetsproblematikk, som i mindre grad har behov for tverrfaglig eller utpregete samordnede tjenester kan nyttiggjøre seg tilbud fra avtalespesialist. Helse Nord RHF vil derfor utlyse en psykologhjemmel som har rus- og avhengighet som primær oppgave. Hjemmelen kan også ta imot pasienter med lidelser innen psykisk helsevern.

¹⁴ Regionalt fagrådsmøte 9. juni 2016

8 Referanser

1. [Aktivitetsdata for avtalespesialister 2017. Norsk pasientregister](#)
2. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/avtalespesialistene-skal-brukes-mer/id2402027/>
3. [Regjeringserklæringen 2013](#)
4. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8837d70f4d14a829642957c453e1bbe/sluttdokument--avtalespesialistdialog.pdf>
5. NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten.
6. [Rammeavtaler](#)
7. [Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014](#). Riksrevisjon 2015
8. Plan for avtalespesialister i Helse Nord, 2007–2015. *Desentralisering og ambulering*
9. Prosjekt: en innbygger – En journal
10. <https://ehelse.no/digital-dialog-med-fastlegen>
11. [Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering](#)
12. Forskrift om forsøksordning med spesialistutdanning av leger i avtalepraksis <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2014-04-29-577>
13. Oppdragsdokument 2017
14. [Analysenotat 16/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2012-16](#)
15. Meld. St. 11 (2015–2016). Nasjonal helse- og sykehusplan
16. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. DOI :10.1787/9789264208445-en
17. Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)
18. (Samdata 2015:125) Poliklinisk og ambulant personell i det psykiske helsevernet 2016 Nr: 09 /2017 –Helsedirektoratet
19. Poliklinisk og ambulant personell i det psykiske helsevernet 2016 Nr: 09 /2017 – Helsedirektoratet
20. Se høringsutkast HSØ
21. Hovedresultater SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2012-16 Nr: SAMDATA spesialisthelsetjeneste 16/2017 –Helsedirektoratet
22. Pasienter og behandlingsaktivitet i det psykiske helsevernet for barn og unge 2016 Nr: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 04/17 –Helsedirektoratet
23. Rapport 27.4.2017 fra Helse Sør-Øst RHF: Anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet fra de regionale helseforetakene om Raskere tilbake-ordningen i spesialisthelsetjenesten
24. SAMDATA
25. [En analyse av aktiviteten hos avtalespesialister i helse Nord 2011–2014](#). SKDE
26. Avtalespesialister i Helse Nord. Somatiske konsultasjoner på poliklinikk og hos avtalespesialister i Helse Nord i perioden 2014–2016
27. [Konus- rapporten](#) Kartlegging og oftalmologisk nasjonal utredning av framtidig status, 2012
28. [Regional plan for øyefaget i Helse Nord 2014–2025](#)
29. Demografisk framskriving av aktivitet innen spesialisthelsetjenesten for perioden 2013–2030, Helsedirektoratet
30. [Regional plan for hudsykdommer i Helse Nord 2014–2020](#)
31. Innføring av HPV-test i primærscreening i Livmorhalskreftscreening programmet til alle kvinner i Norge i aldersgruppen 34-69 år fra og med 2019 til 2022. Brev fra Helsedirektoratet til Helse Nord RHF 13.11.2017
32. [Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft. Status og anbefalinger](#). Helsedirektoratet 2017
33. [Budsjettkonsekvenser og personellbehov ved ulike screeningmetoder for tarmkreft, Eline Aas, Helseøkonomisk Analyse AS](#)
34. [Fra biologisk terapi til helhetlig behandling. Regional plan for revmatologi i Helse Nord 2015–2019](#)
35. Befolkningens bruk av rusbehandling Nr: SAMDATA spesialisthelsetjeneste 07 /17 – Helsedirektoratet