



Regional handlingsplan for avtalespesialister i Midt-Norge 2019 - 2021

Forord

Avtalespesialister utgjør en viktig ressurs i helseforetakenes sørge-for-ansvar, og det er en målsetting at avtalespesialistordningen skal integreres som en del av og som en aktiv ressurs i en samlet spesialisthelsetjeneste i Midt-Norge. Videre er intensjonen at avtalespesialistordningen skal benyttes på en optimal måte i et samarbeid med de lokale helseforetak, og i tråd med de strategier som til enhver tid gjelder.

Formålet med planen er å benytte de nye rammeavtalene mellom de regionale helseforetakene (RHFene) og Den Norske Legeforening og Norsk psykologforening på en best mulig måte. Det vises også til dialogprosessen mellom Helse- og omsorgsdepartementet, RHF-ene, Legeforeningen (PSL) og Psykologforeningen som innledning til forhandlinger om nye rammeavtaler der det ble fokusert på tettere samarbeid mellom helseforetak og avtalespesialister, LIS i avtalepraksis og utredning av rettighetsvurdering i avtalepraksis.

Regional plan for avtalespesialister er forankret i Helse Midt-Norges strategi 2030, og støtter opp under løpende styringsbudskap gitt av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom oppdragsdokument og foretaksprotokoll. Tiltakene i regional plan for avtalespesialister revideres årlig som oppfølging av evt. endringer i overordnede strategier, oppdragsdokument og foretaksmøter.

Denne planen bygger videre på «Handlingsplan for avtalespesialister i Midt-Norge 2014-2016». Basert på innrapportering til Norsk Pasientregister (NPR) gir den nye planen en oppdatert oversikt og viktige analyser over utviklingen av avtalespesialister. Dette, i tillegg til aktivitet på fagfeltene innad i det enkelte helseforetak, vil danne grunnlaget for vurdering av dimensjonering av antall hjemler.

Det ble etablert en arbeidsgruppe med representanter fra PSL, Psykologforeningen, Samhandlingskonsulent i Møre og Romsdal og RHF. Det er i dette arbeidet kommet frem flere innspill til handlingsplanen.



1. Innhold

Strategiske føringer/mål	5
Hvem er avtalespesialistene?.....	7
Spesialister uten avtale	8
Praksisbeskrivelse	8
Henvisninger og prioritering	8
Operativ virksomhet.....	9
Pasientsammensetning	9
Pasienttransport.....	9
Organisering, lokaliteter og utstyr	9
Universell tilgjengelighet.....	9
Faglig oppdatering.....	10
Spesialistutdanning	10
Opplæring av pasienter/pårørende	10
Tolk.....	10
Forskning og utvikling	10
Samarbeidsutvalg	10
Hjemmelens størrelse	11
Økonomi	11
Avtaler med Helse Midt-Norge RHF og HF.....	11
Normtall	12
Status antall hjemler	12
Rapportering	12
Sammensetning i alder og kjønn.....	12
Rekruttering	13
Forvaltningens oppgaver.....	13
Utvikling av tjenesten.....	14
Antall årsverk i DPS	16
Antall hjemler pr. spesialitet	19
Forbruk på regionalt nivå	21
Hjemmelstørrelse.....	23
Geografisk fordeling.....	25
Forbruk.....	27
Oppsummering.....	28
Rapportering til NPR og oppfølging av aktivitet	29
Strategiske analyser for videre utvikling.....	29
Samhandling med kommunene	33



Tiltak.....	33
Handlingsplan med tiltak for å nå de strategiske mål	34
Kriterier for prioritering av videreføring og nye hjemler	37
Innspill til økning av hjemler	38
Behov meldt fra HF og avtalespesialister.....	39
Gjennomførte tiltak.....	41



Strategiske føringer/mål

Med Strategi 2030 som grunnpilar skal vi skape en fremragende helsetjeneste. Strategi 2030 gir føringer for utvikling og prioriteringer i Helse Midt-Norge og skal konkretiseres gjennom arbeid med utviklingsplaner og andre regionale fagplaner. Strategien definerer fire strategiske mål for hvordan vi skal videreutvikle en fremragende helsetjeneste i Midt-Norge:

- **Vi skaper pasientenes helsetjeneste.** Befolkningens behov er styrende for hvordan vi utvikler helsetjenesten. Vi ønsker at pasienter og pårørende skal delta aktivt i beslutninger om egen behandling og utviklingen av helsetjenesten. God kommunikasjon mellom helsetjenestens personell og den enkelte pasient/pårørende er en forutsetning for god kvalitet på tjenestene. Dette vil kreve økt kompetanse innen helsekommunikasjon, bevisstgjøring av holdninger og at tilgjengelig teknologi tas i bruk.
- **Vi rekrutterer, utvikler og beholder høyt kompetent personell.** Ansattes kompetanse er pasientens trygghet for god kvalitet. Rett kompetanse skal møte pasienten i hele behandlingsforløpet. Motiverte ansatte og deres kompetanse er spesialisthelsetjenestens og helsetjenestens viktigste ressurs. Behovet for kunnskapsoppdatering, etter- og videreutdanning øker fordi fagutvikling og teknologisk utvikling stadig går raskere. Derfor må vi legge til rette for mer effektiv læring og utvikling i arbeidshverdagen.
- **Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse.** Det er et mål at ansatte og organisasjon utvikler og tar i bruk ny kunnskap og teknologi. Det skal være kort vei fra kunnskap til forbedret praksis. Oppdatert og god utnyttelse av kunnskap er en forutsetning for å levere trygge og gode helsetjenester og for å utnytte ressursene effektivt.
- **Vi er gode lagspillere.** Vi tenker helhet og samhandling. Laget består av alle aktører som bidrar i helsetjenesten. Vi spiller hverandre gode og utnytter hverandres fortrinn.

Avtalespesialistene er en del av det samlede tjenestetilbudet innen spesialisthelsetjenesten. Det er likevel behov for at avtalespesialistene skal samarbeide tettere med resten av sykehusene, spesielt med tanke på pasientforløp og prioriteringer. En viktig byggestein er etableringen av en felles journal mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastlegene.



Formålet med rammeavtalene:

- God kapasitetsutnyttelse for en samlet spesialisthelsetjeneste
- Gode standardiserte pasientforløp mellom helseforetakene/avtalespesialistene
- Felles styringsinformasjon for aktivitet og kvalitet i avtalepraksis på lik linje som for egne helseforetak (HF)
- Å sikre befolkningen god tilgang til helsetjenester av høy kvalitet
- Å bidra til at offentlige ressurser innrettes mot å avhjelpe helsekøer og løse uløste oppgaver i spesialisthelsetjenesten, samt til at pasienter med akutt og kronisk sykdom får korrekt medisinsk eller psykologisk behandling
- Å tydeliggjøre avtalespesialistene som en viktig del av det totale ressursgrunnlag som må benyttes slik at det gir best realisering av helsepolitiske mål
- Å bidra til å sikre forutsigbare økonomiske, driftsmessige og faglige rammevilkår i spesialistpraksis

Strategiske tiltaksområder/prioriterte områder:

- Samarbeid og samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og avtalespesialistene er viktige fundament for videreutvikling og involvering av avtalespesialister i det totale helsetilbudet
- Piloter for rettighetsvurdering skal utprøves i regionene
- Etablere lege-i-spesialisering (LIS) i avtalepraksis som en del av ny spesialiststruktur
- Forenkling av rapportering for avtalespesialistene til HELFO og NPR – utvikles videre i dialog med Helsedirektoratet
- Forsøksordning for en eventuell ny finansieringsordning for avtalespesialistene - utarbeide forslag til hvordan en ny økonomisk modell kan legge til rette for utprøving innen ett eller flere fagområder

Det foreligger nasjonale føringer gitt i oppdragsdokumenter og foretaksmøter; herunder:

- Inngå flere driftsavtaler med avtalespesialister, slik at antall avtalte årsverk i hver region i 2018 blir høyere enn i 2017
- RHFene skal innenfor rammen av ny rammeavtale gjennomføre tiltak for å bedre samhandlingen mellom offentlige sykehus og avtalespesialister. Samarbeidsavtaler mellom HF og den enkelte avtalespesialist vil være sentralt i dette arbeidet.



- Følge opp Riksrevisjonen sine tilrådinger i Dokument 3:2 (2015-2016) om RHFenes forvaltning av ordningen med private lege og psykologspesialister, der hovedfunnene var:
 - Tilgangen til avtalespesialister bidrar ikke gjennomgående til et geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester.
 - RHF-ene utnytter ikke sitt handlingsrom godt nok til å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester.
 - RHF-ene følger i varierende grad opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og god kvalitet på helsetilbudet.

Regional plan med tilhørende tiltak må bygge på føringer fra Strategi 2030, revidert felles RHF-strategi, regionale utviklingsplaner og føringer gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom oppdragsdokument og foretaksmøter.

Alle helseforetak skal utarbeide en utviklingsplan som har blant annet som formål å gi en retning på tjenesten frem i tid. I dette arbeidet har hvert enkelt HF gitt innspill til hvordan de ser for seg å utvikle tjenesten med hjelp av avtalespesialister. Dette er et viktig bidrag til hvordan det regionale helseforetaket skal utvikle tjenesten.

Hvem er avtalespesialistene?

Helt siden 1800-tallet har vi hatt privat spesialistlegetjeneste. Allerede i 1897 laget Legeforeningen en «*Normaltariff for selvbetalende pasienter*». Denne ble videreført i 1909 da staten overtok en større del av pasientenes betalingsansvar. Utover 1900-tallet var det mye diskusjon om finansieringen av spesialistpraksisen.

Fra 1970-tallet ble det etter forhandlinger mellom staten og yrkesorganisasjonene inngått avtaler om refusjonstakster for pasientbehandling. For å få bedre styring med den private spesialistlegetjenesten ble det på 1980-tallet innført en ordning om avtaler med driftstilskudd. Fra 1993 fikk alle private spesialister som inngikk driftsavtale med fylkeskommunen rett til refusjon fra folketrygden.

Ved innføring av foretaksreformen overtok HF-ene/sykehusene i regionen forvaltningen av avtalespesialisttjenesten i sitt nedslagsområde. I 2003 bestemte Helse- og omsorgsdepartementet at ansvaret for avtalespesialisttjenesten skulle legges til RHF-ene. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i sak 04/03 at Helse Midt-Norge RHF skulle være avtalepart for alle avtalespesialister i regionen.

Avtalespesialistene er selvstendige næringsdrivende som driver spesialistpraksis gjennom individuelle avtaler med RHFet om driftstilskudd. Avtalespesialistene utfører poliklinisk behandling tilsvarende sykehusenes poliklinikker. Avtalespesialistene har som regel flere års erfaring som overlege eller



psykologspesialist i sykehus. De driver hel- eller deltidspresis som selvstendige næringsdrivende med driftstilskudd fra det offentlige. De er selv ansvarlig for alle forhold rundt driften.

Det er avtalespesialistenes styrke at pasientene får treffe samme avtalespesialist gjennom hele sykdomsforløpet. Dette er blant annet viktig for pasienter med kroniske sykdommer.

Spesialister uten avtale

I tillegg til avtalespesialistene er det også flere helprivate spesialister uten driftsavtale som har etablert seg. Disse er i hovedsak lokalisert i tettsteder og byer. Det er en utfordring at disse ikke har tilsvarende rapporteringskrav som den offentlige helsetjenesten, og dette kan potensielt skjule et behov for helsetjenester som ligger innenfor de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. kunne vært dekket av det offentlige. Pr. i dag finnes det ikke en samlet oversikt over spesialister uten avtale.

Noen få avtalespesialister har i tillegg til sin avtalepraksis også helprivat (privat-kommersiell) virksomhet. Det er en forutsetning at det er et tydelig skille mellom disse virksomhetene (egne lokaler og regnskap) for å unngå sammenblanding. Det er særs viktig at pasientene blir gjort oppmerksom på skillet og ulik prising. Dette gjelder også der avtalespesialister er lokalisert sammen med spesialister som driver helprivat virksomhet. Det er imidlertid adgang til å jobbe helprivat utenom åpningstiden og i andre lokaler. Helse Midt-Norge RHF mener avtalespesialisten som hovedregel ikke kan arbeide innenfor og utenfor refusjonssystemet (behandle selvbetalende pasienter innimellom henviste pasienter) i avtalepraksisens lokaler og i åpningstiden.

Praksisbeskrivelse

Henvisninger og prioritering

I tillegg til samarbeid med HF, er fastlegene en viktig samarbeidspartner for avtalespesialistene. Avtalespesialistene mottar i hovedsak henvisninger fra fastlegene. Avtalespesialistene er i rammeavtalen forpliktet å følge prioriteringsveilederne, selv om de ikke direkte er omfattet av prioriteringsforskriften.

Øyeblikkelig hjelp

Avtalespesialistene omfattes av plikten til å gi øyeblikkelig hjelp. Rammeavtalen pålegger ikke avtalespesialistene vaktberedskap, men å ta imot øyeblikkelig-hjelp-pasienter innenfor arbeidstid. Dette kan redusere belastningen på øyeblikkelig-hjelp-funksjonen i HF-ene.



Operativ virksomhet

Ved kirurgisk virksomhet vil oftest avtalespesialisten være tilgjengelig på telefon det første postoperative døgn. Det forutsettes også at avtalespesialisten håndterer etterarbeid og vanlige komplikasjoner. Det kan imidlertid oppstå situasjoner hvor avtalespesialisten må benytte øyeblikkelig-hjelp-funksjonen i HF-ene.

Pasientsammensetning

Helse Midt-Norge RHF arbeider kontinuerlig med oppfølging av rapportering fra den enkelte avtalespesialist til NPR. Det er en utfordring at rapporteringen til NPR og Helfo ikke er direkte sammenlignbar, men kvaliteten på datagrunnlaget blir gradvis bedre, og det blir lettere å beskrive likheter og ulikheter i pasientsammensetningen mellom de offentlige poliklinikkene og i avtalepraksisene i Midt-Norge.

Pasienttransport

Når det foreligger et medisinsk grunnlag skal avtalespesialisten bestille pasienttransport gjennom pasientreisekontorene i henhold til de retningslinjer og lover som til enhver tid gjelder.

Organisering, lokalteter og utstyr

De fleste avtalepraksisene er organisert som solopraksiser. Enkelte har samlokalisert seg, og der det foreligger faglige og praktiske grunner til at samlokalisering er hensiktsmessig, er det et ønske at flere søker sammen. Det er også en utvikling at flere etablerer seg i fellesskap med fastleger. Avtalespesialistene er hovedsakelig lokalisert i egne lokaler utenfor sykehusene, men noen få har avtaler om leie av lokaler av HF eller distriktsmedisinske sentra (DMS). De fleste avtalespesialistene har oppdatert medisinsk teknisk utstyr, selv om det ses noe variasjon.

Universell tilgjengelighet

Det har siden 2008 vært et tydelig krav at alle avtalespesialister skal ha lokaler tilrettelagt og tilgjengelig for forflytningshemmede, og ved tildeling av nye hjemler skal praksisen ha universell tilgjengelighet. Det er fortsatt flere legespesialister og psykologspesialister som ikke oppfyller kravet.

Helse Midt-Norge RHF har gjennomført praksisbesøk som viser at det er avtalepraksiser som ikke er tilgjengelig for funksjons- og bevegelseshemmede, jf.



kravet i rammeavtalene. Avtalespesialistene har fått pålegg om å rette opp forholdene.

Faglig oppdatering

I henhold til lovverket er avtalespesialistene ansvarlig for at de selv og deres ansatte har oppdaterte kunnskaper, slik at tjenesten kan utføres faglig forsvarlig.

Spesialistutdanning

Avtalespesialistene er ikke forpliktet til å delta i spesialistutdanning av helsepersonell, men enkelte avtalespesialister deltar i sykehusenes undervisning av leger og psykologer. Det har over lang tid vært et ønske om at avtalepraksiser kan være utdanningssted for LIS-kandidater. Fra og med 1. mars 2019 kan LIS-leger gjennomføre deler av utdanningen i avtalepraksis, der dette er mulig.

Opplæring av pasienter/pårørende

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven skal avtalespesialistene gi nødvendig opplæring til enkeltpasienter og pårørende som en del av behandlingen.

Tolk

Avtalespesialisten er forpliktet til å benytte Helse Midt-Norge RHF's avtaler om tolketjenester.

Forskning og utvikling

Noen avtalespesialister arbeider i tillegg til praksisen med forskning og utvikling, og enkelte deltar i internasjonale nettverk om forskningsprosjekter, og holder foredrag på møter og kongresser i inn- og utland.

Fagledernettsverk

Avtalespesialister er innen fagområdene øyesykdommer, øre-nese-halssykdommer (ØNH), gynekologi og nevrologi representert i de regionale fagledernettsverkene. Det skal arbeides for at avtalespesialistene også deltar i andre regionale fagledernettsverk der det er formålstjenlig og praktisk mulig.

Samarbeidsutvalg

Det er etablert regionale samarbeidsutvalg for både Legeforeningen (PSL) og Psykologforeningen der det er representanter fra de ulike deler av regionen. Det avholdes 2 møter 4 møter pr. år.



Hjemmelens størrelse

De fleste avtalespesialister har 100 % hjemmelstørrelse. Enkelte avtalespesialister har en tilpasset hjemmelstørrelse i forhold til andre stillinger. En annen årsak til at enkelte har redusert hjemmelstørrelse er at da dagens avtalepraksis ble etablert, hadde flere spesialister 100 % stilling hos annen arbeidsgiver (universitet, høyskoler, sykehus) og søkte mindre avtalehjemler i tillegg til sitt faste arbeid. I noen få tilfeller vil en redusert hjemmelstørrelse være ønskelig for å ivareta behov for tilrettelegging av desentraliserte spesialisthelsetjenester.

Økonomi

Avtalespesialisttjenesten finansieres ved driftstilskudd, trygderefusjon via HELFO og pasientenes egenandeler. Egenandelen er den samme som i sykehus, men avtalespesialisten kan i tillegg til egenandelen ta betalt for forbruksmateriell.

Avtaler med Helse Midt-Norge RHF og HF

Etter spesialisthelsetjenesteloven (§2-1 a) skal de regionale helseforetakene sørge for at det tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon for innbyggere tilhørende i regionen. Disse tjenestene kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

RHF-ene inngikk januar 2016 nye rammeavtaler med PSL og Psykologforeningen, der avtalespesialistene inngår som en integrert del ved ivaretagelsen av sørge-for-ansvaret og er definert som spesialisthelsetjeneste.

Formålene med rammeavtalene er:

- Å sikre befolkningen god tilgang til helsetjenester av høy kvalitet.
- Å bidra til at offentlige ressurser innrettes mot å avhjelpe helsekøer og løse uløste oppgaver i spesialisthelsetjenesten, samt til at pasienter med akutt og kronisk sykdom får korrekt medisinsk eller psykologisk behandling.
- Å tydeliggjøre avtalespesialistene som en viktig del av det totale ressursgrunnlaget og som sentrale aktører i realiseringen av helsepolitiske mål.
- Å bidra til å sikre forutsigbare økonomiske, driftsmessige og faglige rammevilkår i spesialistpraksis.

I tillegg inngår avtalespesialisten en individuell avtale med RHFet. Dette er personlige avtaler som regulerer særskilte forhold i virksomheten.

Rammeavtalene krever at HF og avtalespesialister skal etablere samarbeidsavtaler.



Normtall

Normtallene viser hvor mange konsultasjoner som forventes utført i løpet av ett år i praksis med fullt driftstilskudd, og er forankret i nasjonale rammeavtaler med Den norske legeforening og Psykologforeningen. Rammeavtalene regulerer også hva som skal inngå i konsultasjonen. Rammeavtalen setter ingen øvre grense for antall konsultasjoner. Det vil si at en avtalespesialist kan ha høyere aktivitet enn hva hjemmelstørrelsen skulle tilsi. Dersom produksjonen på årsbasis ligger 20 % eller mer under de avtalte normtall plikter avtalespesialisten å redegjøre for dette. Dersom avtalespesialisten ikke kan gi en tilfredsstillende forklaring på hvorfor aktiviteten ligger under nedre norm, kan RHF redusere driftstilskuddet tilsvarende.

For å gi pasienter, rekvirenter og andre oversikt over avtalespesialisttilbudet legger Helse Midt-Norge RHF fortløpende ut oppdaterte og fullstendige oversikter over fordeling av fagområder, geografisk plassering, ventetid, praksisprofil og hjemmelstørrelse til den enkelte, på RHFets hjemmeside.

Status antall hjemler

Status hjemler er i stadig utvikling, og den oppdaterte oversikten vil være tilgjengelig på Helse Midt-Norge RHFets hjemmeside.

Rapportering

Fra 2008 har alle avtalespesialister måttet rapportere elektronisk til NPR. Dette skulle bedre kunnskapen om aktiviteten ved avtalepraksisene. Det har frem til nå vært vanskelig å få til 100 % rapportering, og rapporteringssystemet har vært mangelfullt slik at det har manglet god oppdatert statistikk over produktiviteten hos avtalespesialistene. Samdata legger til grunn at 94 % rapporterer. Helse Midt-Norge RHF har hatt en særskilt oppfølging av dette. Pr første del av 2017 rapporterer alle elektronisk over linje til NPR. Utfordringen nå ligger i å få alle avtalespesialister til å rapportere innen de frister som er satt.

Sammensetning i alder og kjønn

I løpet av de nærmeste årene vil flere avtalespesialister avslutte sine, og det vil dermed bli behov for å få disse erstattet. Samtidig vet vi at det tar flere år å utdanne spesialister (for leger 7-9 år). Dette, sammen med høy gjennomsnittsalder hos avtalespesialisten, tilsier at det er behov for å øke utdanningskapasiteten og bedre nyrekrutteringen.



Gjennomsnittsalderen på landsbasis for avtalespesialister under 67 år er 56 år. Kvinneandelen for psykologspesialister og legespesialistene er økende, og på landsbasis utgjør nå kvinneandelen ca. 40 % av avtalespesialistene under 67 år.

Fra og med 2006 er det i avtaleverket innført ordning med seniorpolitikk for avtaleleger. Dette innebærer at en avtalespesialist fra og med 60 år kan søke om å få dele sin praksis med en kollega med henblikk på nedtrapping innen fem år, såfremt RHFet ønsker å videreføre hjemmelen. Helse Midt-Norge RHF har inngått flere slike avtaler.

Rekruttering

Et godt og variert tilbud av avtalehjemler i en region kan virke inn på søkningen av spesialister til sjukehusene, og slik sett virke rekrutterende. På den andre siden vil opprettelse av avtalehjemler kunne svekke tilbudet ved sykehusene. Erfaringene viser at det ved utlysning av avtalehjemler i hovedsak kommer søkere fra egen region. I tillegg viser det seg at det er få eller ingen søkere til hjemler som utlyses i distriktet.

Det utdannes stadig flere psykologspesialister. Særlig innen de store spesialitetene «klinisk voksen» og «barn/unge» vil det være god tilgang på psykologspesialister i årene fremover. Innen fagfeltene rus og nevrologi er det mindre tilgang på spesialister. For enkelte HF er det vanskelig å rekruttere spesialiteter i flere fag, og etablering av avtalehjemler som rekrutterer erfarne sykehusansatte spesialister kan derfor være en trussel mot drift, vaktberedskap og utdanningskapasitet ved HF-ene. Ved utlysning av ledige hjemler og oppretting av nye, må det tas hensyn til dette.

Forvaltningens oppgaver

Opprettelse og endring av antall avtalehjemler er av strategisk betydning for Helse Midt-Norges sørge-for-ansvar. Helse Midt-Norge RHF arbeider for å få en best mulig styrking av forvaltningen av avtalespesialisttjenesten.

Helse Midt-Norge RHF (HMN) har følgende løpende oppgaver:

- Inngåelse av nye avtaler
- Oppfølging av rammeavtalens bestemmelser
- Vedlikeholde av informasjon om avtalespesialister som skal offentliggjøres på HMNs nettside
- Oppfølging av rapporter fra NPR og HELFO



- Oppfølging av egen rapportering fra avtalespesialister om ventetider og kapasitet
- Gjennomføring av regelmessige møter med samarbeidsutvalget
- Samhandling med HF-ene om kartlegging av behov
- Bidrag til samhandling mellom avtalespesialistene og HF-ene
- Gjennomføring av praksisbesøk

Utvikling av tjenesten

Alle regioner har fått krav om å øke antall årsverk for avtalespesialister. Med vekst i alle regioner er det misvisende å tenke seg at Midt-Norge skal nærme seg landsgjennomsnittet. Det må altså legges andre måltall til grunn for hvordan ordningen skal utvikles. Det er derfor viktig ikke bare å gi en oversikt over faktisk antall avtalespesialister, men også over forbruk av spesialisthelsetjenester. Det viser seg at det er forskjeller i hvordan den enkelte region har innrettet seg når det gjelder bruk av private avtalespesialister.

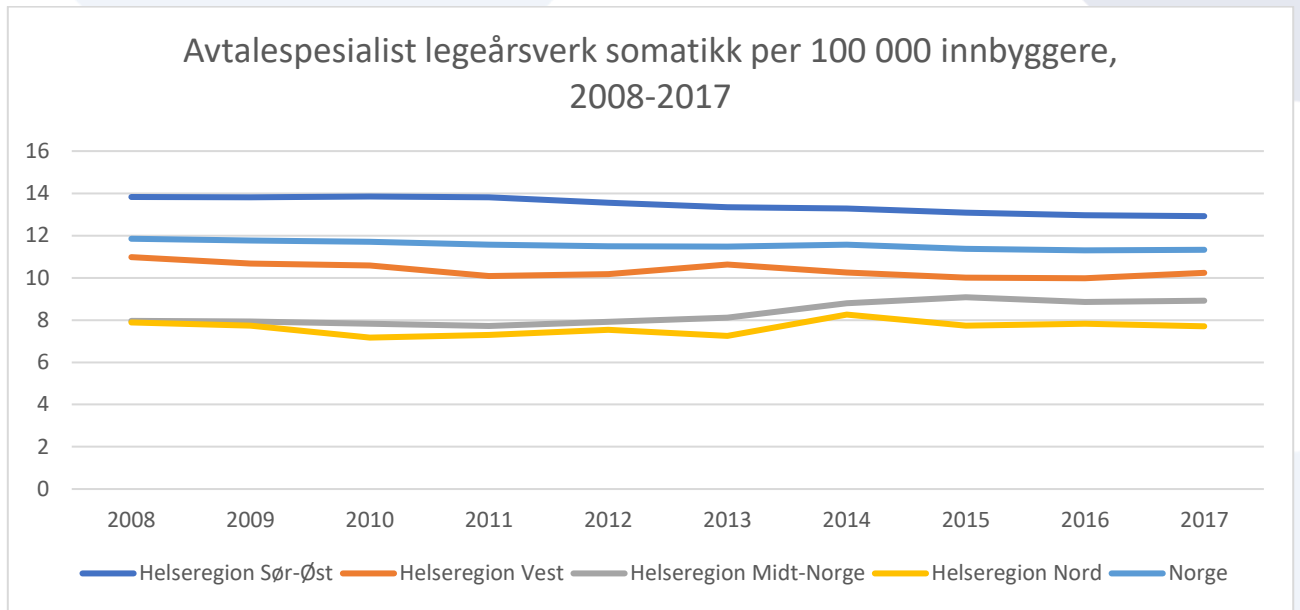
Helse Midt-Norge RHF erstattet ikke hjemler innen psykisk helsevern i perioden 2007 til 2012 i påvente av behovsanalysen i prosjektet «*Organisering av småfag – fase 2*». I samme periode var de distriktpspsykiatriske sentrene (DPSene) under oppbygging. I perioden frem til 2017 ble det stadig færre deltidshjemler, og flere ble omgjort til heltidshjemler.

I sum var det i 2013 omtrent like mange årsverk som i 2007. Helse Midt-Norge RHF hadde i 2014 en økning innen fagområdene psykiatri og øye i Møre og Romsdal, øye og urologi i Sør-Trøndelag og kardiologi i Nord-Trøndelag. I tillegg erstattes nå de fleste avtalehjemler innen psykologi med nye hjemler, primært med 100 % hjemler.

For å få et riktig bilde av det totale spesialisttilbudet til innbyggerne i regionen, må bruk av avtalespesialister ses sammen med de konsultasjoner som utføres ved foretakenes poliklinikker, og de tjenestene som utføres ved private sykehus med avtale.. Det er en forskjell i aktiviteten hos avtalespesialistene i regionen, men legges avtalespesialistenes aktivitet sammen med aktiviteten i HFenes poliklinikker, reduseres forskjellene innen regionen.

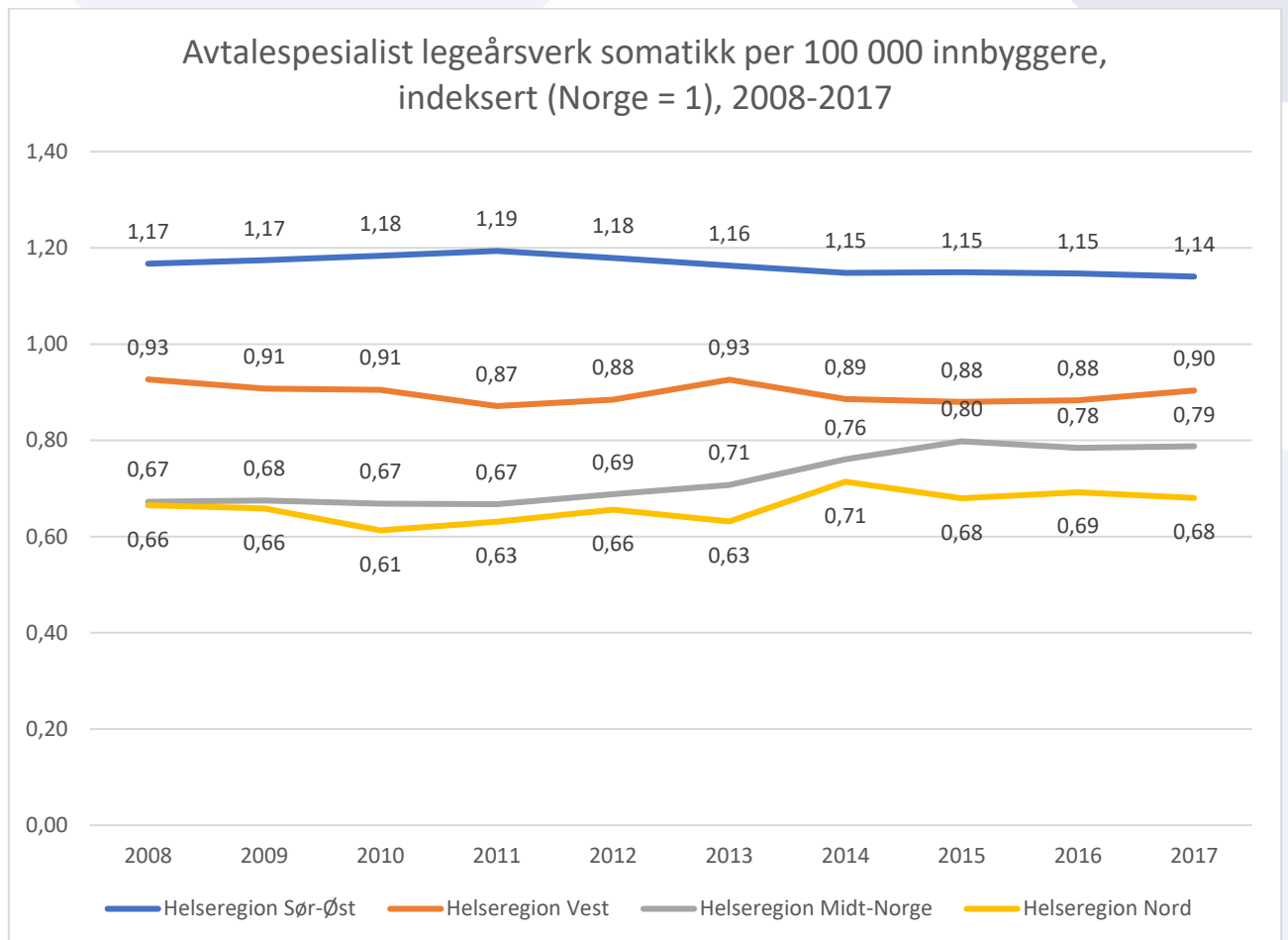
De følgende tabeller og figurer viser antall årsverk og årsverksrater for avtalespesialistene.





Figur 1: Avtalespesialistårsverk somatikk pr 100 000 innbyggere, 2008-2017, pr helseregion (Datakilde: SSB)





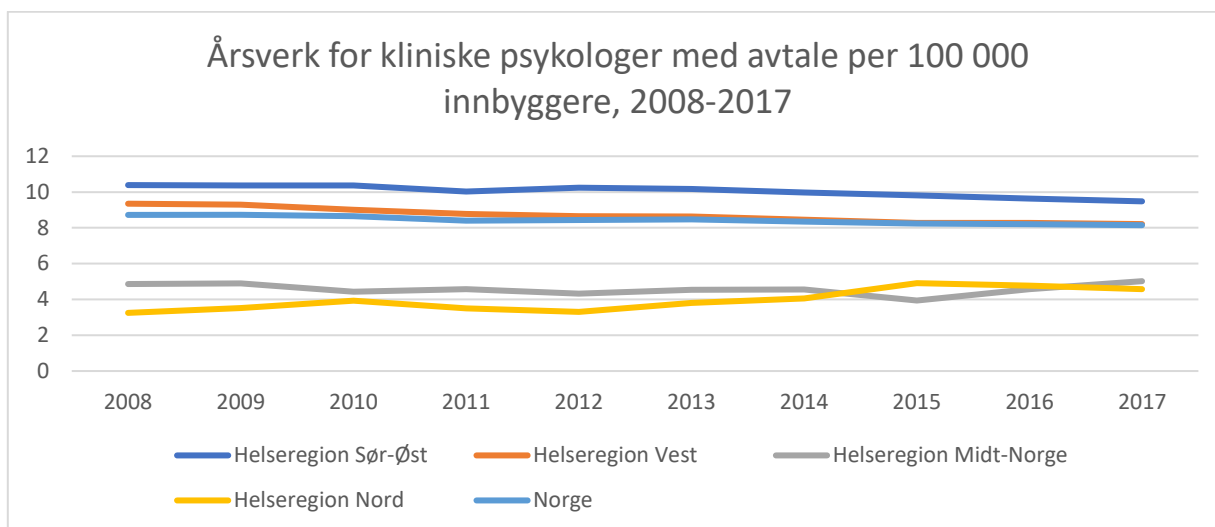
Figur 2: Avtalespesialistårsverk somatikk pr 100 000 innbyggere, 2008-2017, pr helseregion. Indeksert med utgangspunkt i landsgjennomsnittet (Norge = 1) (Datakilde: SSB)

Antall årsverk i DPS

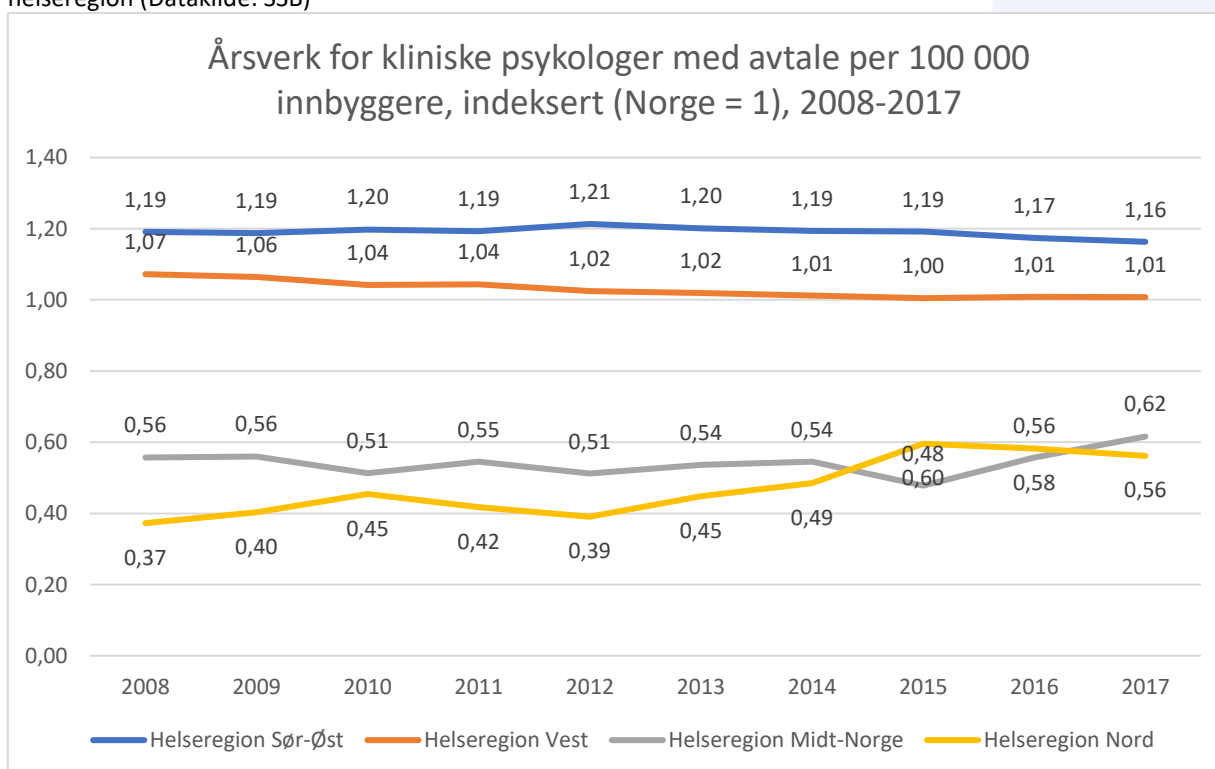
I perioden hvor DPSene var under betydelig oppbygging, ble ikke utgående hjemler erstattet. Da denne utviklingen etter hvert stagnerte, var det naturlig å supplere med flere avtalespesialister.

Dimensjoneringen av behandlingstilbudet for øvrig i regionen, deriblant aktivitet i HF-ene og kjøp fra private sykehus, må ses i sammenheng med størrelsen på avtalespesialistvirksomheten. Man kan derfor ikke utelukkende se på forskjeller i antall hjemler og årsverk av avtalespesialister, sammenlignet med de andre regionene, for å bestemme utviklingstakt de kommende årene. Det er krevende å vise alle sammenhengene mellom aktørene i spesialisthelsetjenesten, men det blir riktig å ha dette som bakgrunnsinformasjon når avtalespesialisttjenesten skal utvikles.



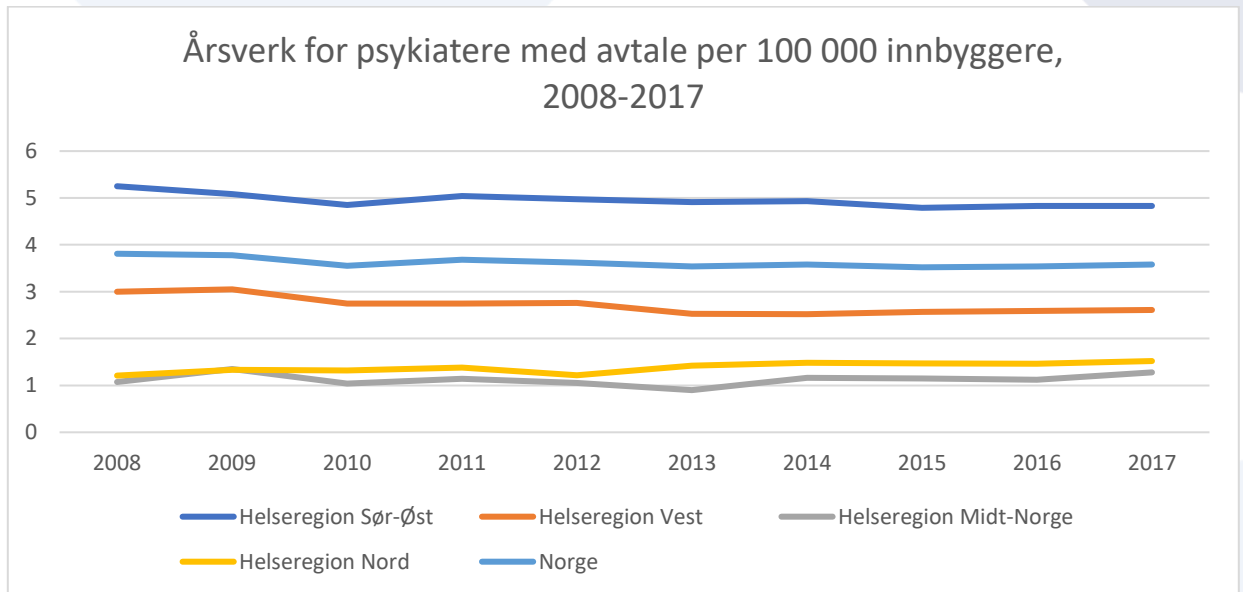


Figur 3: Årsverk kliniske psykologer med driftsavtale pr 100 000 innbyggere, 2008-2017, pr. helseregion (Datakilde: SSB)

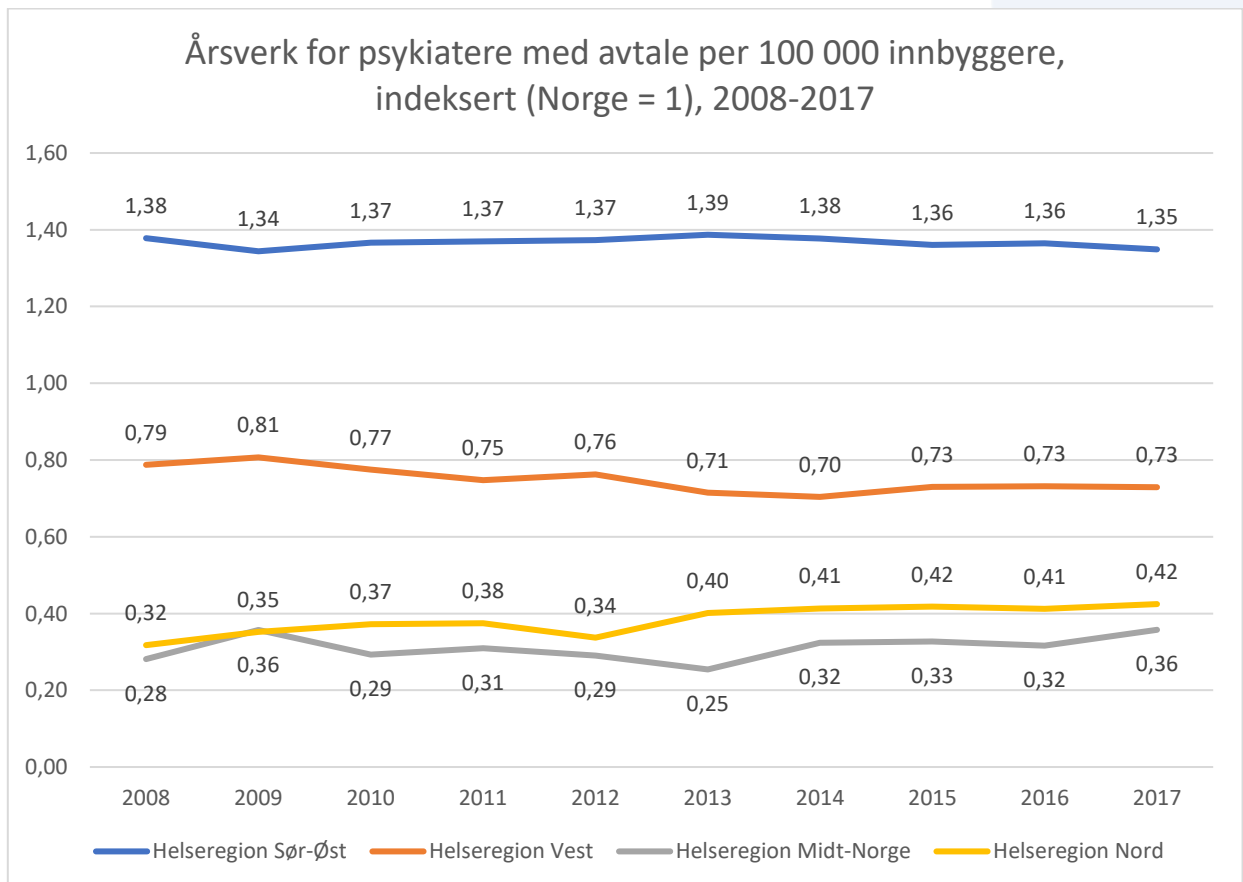


Figur 4: Årsverk kliniske psykologer med driftsavtale pr 100 000 innbyggere, 2008-2017, pr. helseregion. Indeksert med utgangspunkt i landsgjennomsnittet (Norge = 1) (Datakilde: SSB)





Figur 5: Avtalespesialistårsverk psykiatere pr. 100 000 innbyggere, 2007-2016, pr. helseregion (Datakilde: SSB)

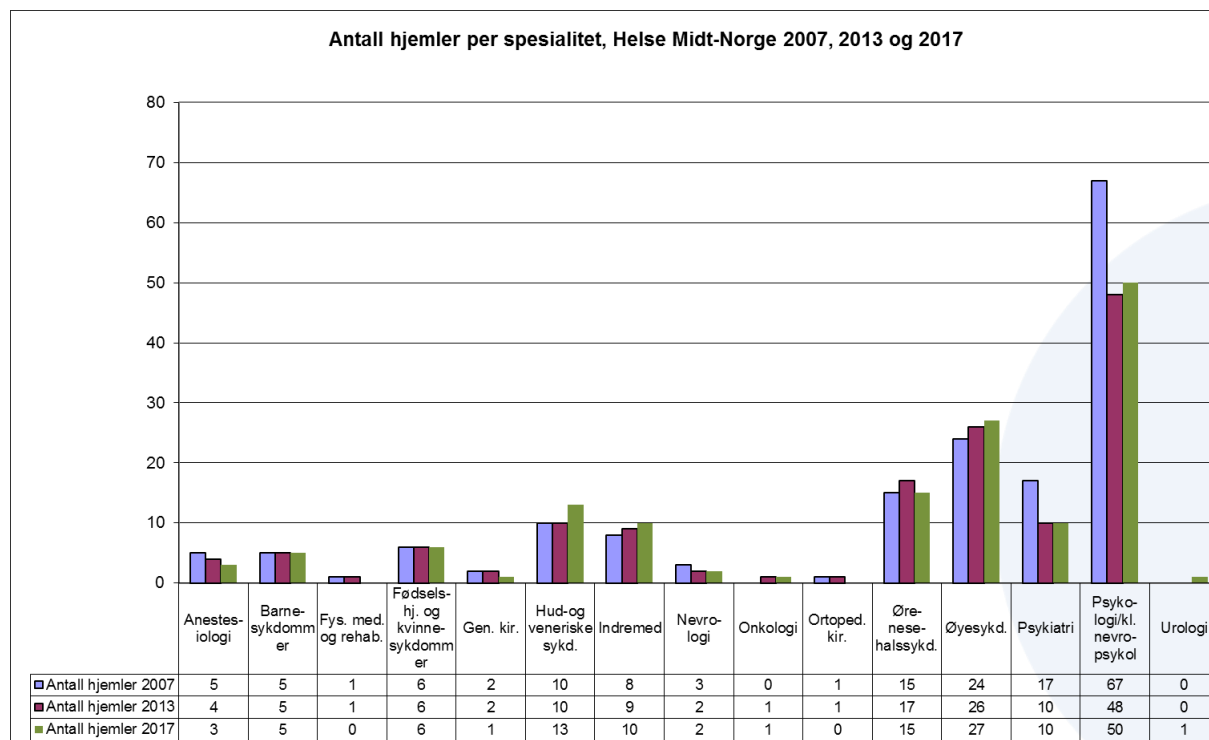


Figur 6: Avtalespesialistårsverk psykiatere pr. 100 000 innbyggere, 2007-2016, pr. helseregion. Indeksert med utgangspunkt i landsgjennomsnittet (Norge = 1) (Datakilde: SSB)



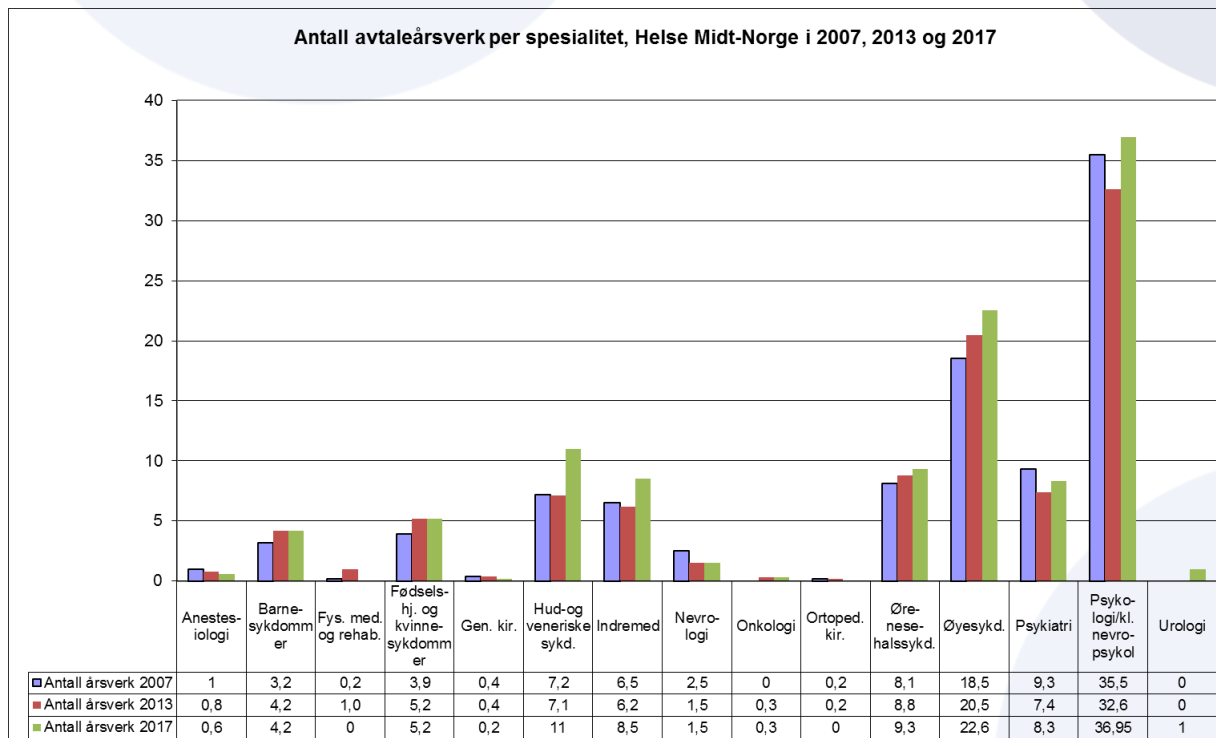
Antall hjemler pr. spesialitet

Figurene nedenfor viser utviklingen av antall avtalehjemler pr. spesialitet fra 2007 – 2017.



Figur 7: Antall hjemler pr. spesialitet, Helse Midt-Norge 2007, 2013 og 2017 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2017)



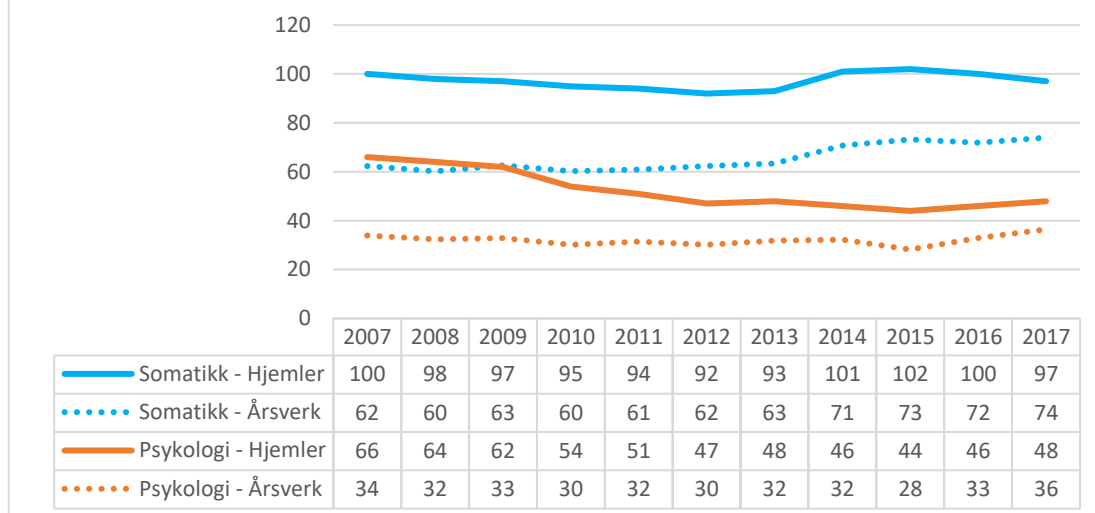


Figur 8: Antall avtaleårsverk per spesialitet, Helse Midt-Norge 2007, 2013 og 2017 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2017)

Som de to figurene viser, har det skjedd en overgang til flere 100% hjemler i løpet av perioden. Dette vises tydelig for flere spesialiteter, bl.a. psykologi. Videre ser man at avtalespesialistårsverkene har økt innen spesialitetene «hud/venerske sykdommer», «indremedisin», «ØNH», «øyesykdommer» og «psykologi».



Historisk utvikling av antall hjemler og årsverk for avtalespesialister, etter fagområde

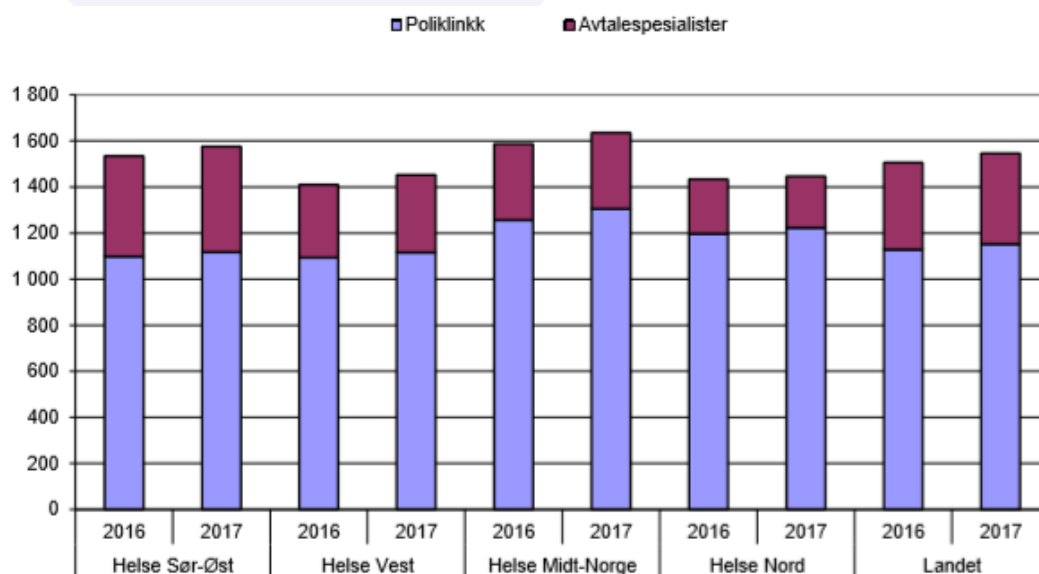


Figur 9: Antall avtaleårsverk og –hjemler for avtalespesialister og –psykologer i Helse Midt-Norge 2007, 2013 og 2017 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF)

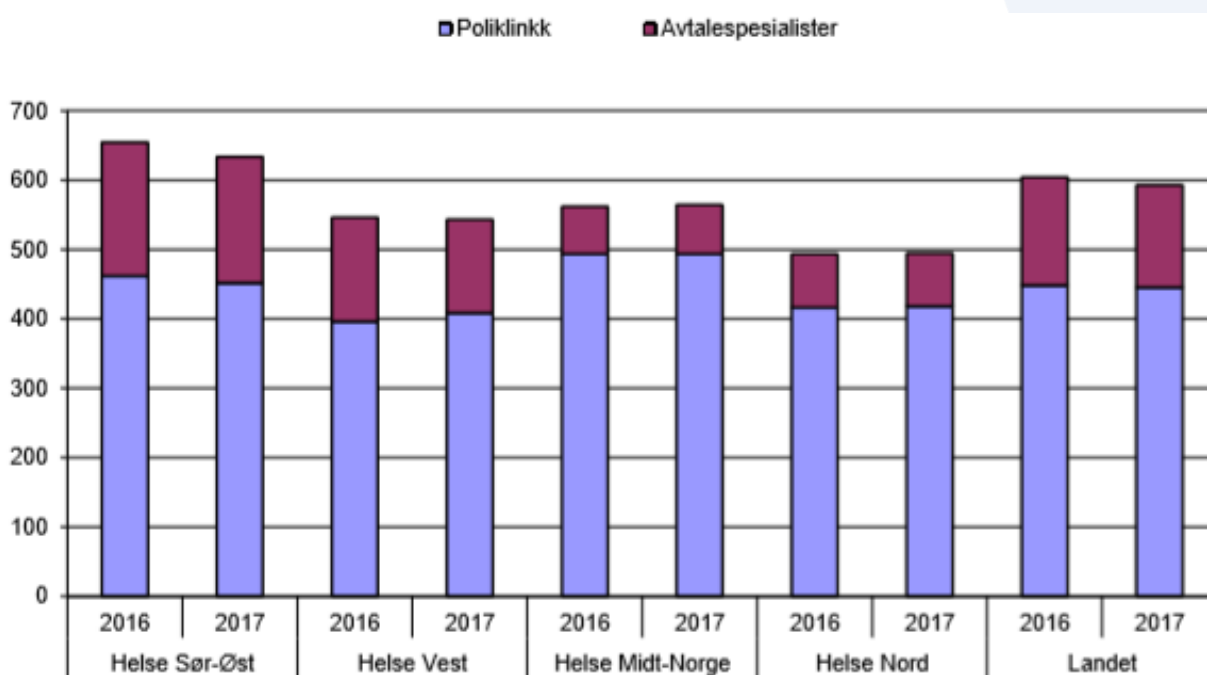
Forbruk på regionalt nivå

Her presenteres forbruket av spesialisthelsetjenester for henholdsvis poliklinikk og avtalespesialister i forhold til regionenes innbyggertall. På de to neste figurene viser forbruksratene at selv om det er færre avtalespesialister i Midt-Norge enn i andre regioner, er aktivitet i sykehusene tilsvarende høyere. HMN RHF kjøper like mye tjenester fra private sykehus som HSØ og HV til sammen. Dette viser at utviklingen må avstemmes med behovet til det enkelte HF. Det er forskjeller i forbruk innen ulike fagfelt og innen HFene i regionen. Det vil være viktig å følge utviklingen tett, og i samarbeid med det enkelte HF justere utviklingen ut fra behov og forbruk.



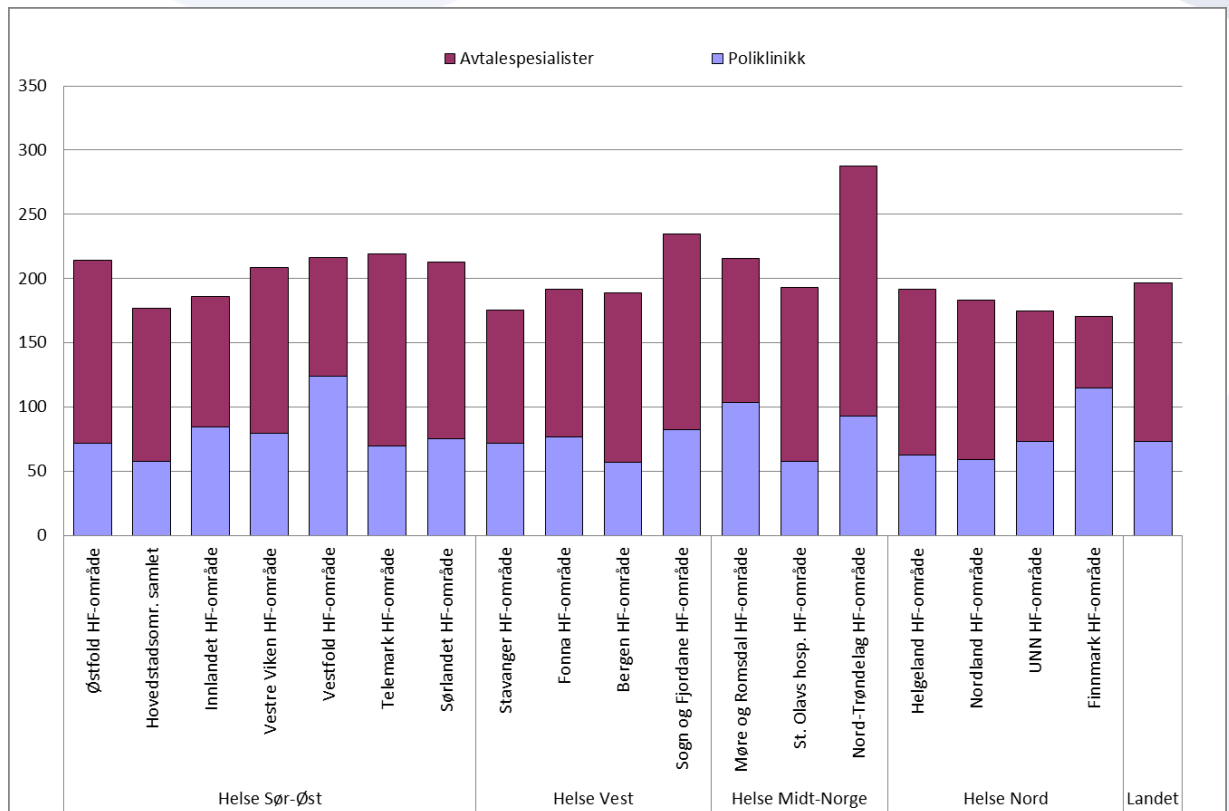


Figur 10: Forbruksrater av polikliniske tjenester fordelt etter pasientens bostedsregion. Rater pr. 1000 innbyggere. 2016 - 2017. Somatiske fagområder. Rapporterte spesialistkontakter.



Figur 11: Forbruksrater av polikliniske tjenester fordelt etter pasientens bostedsregion (over 18 år). Rater pr. 1 000 innbyggere. Psykisk helsevern, 2016-2017. Rapporterte spesialistkontakter. (Kilde: Helseledningsdirektoratet. Aktivitetsdata for avtalespesialister 2017).





Figur 12: Forbruksrater av polikliniske tjenester innen øyefaget, pr. HF-bostedsområde. 2017. (Kilde: Helsedirektoratet. Aktivitetsdata for avtalespesialister 2017).

Oversikten over forbruksrater av polikliniske tjenester innen øyefaget viser at det er variasjon i tilbudet, og tilbudet i HMN ligger godt over landsgjennomsnittet. Basert på denne oversikten vil det derfor være behov for å vurdere tiltak for å utjevne forskjellene i tilbudet i regionen.

Hjemmelstørrelse

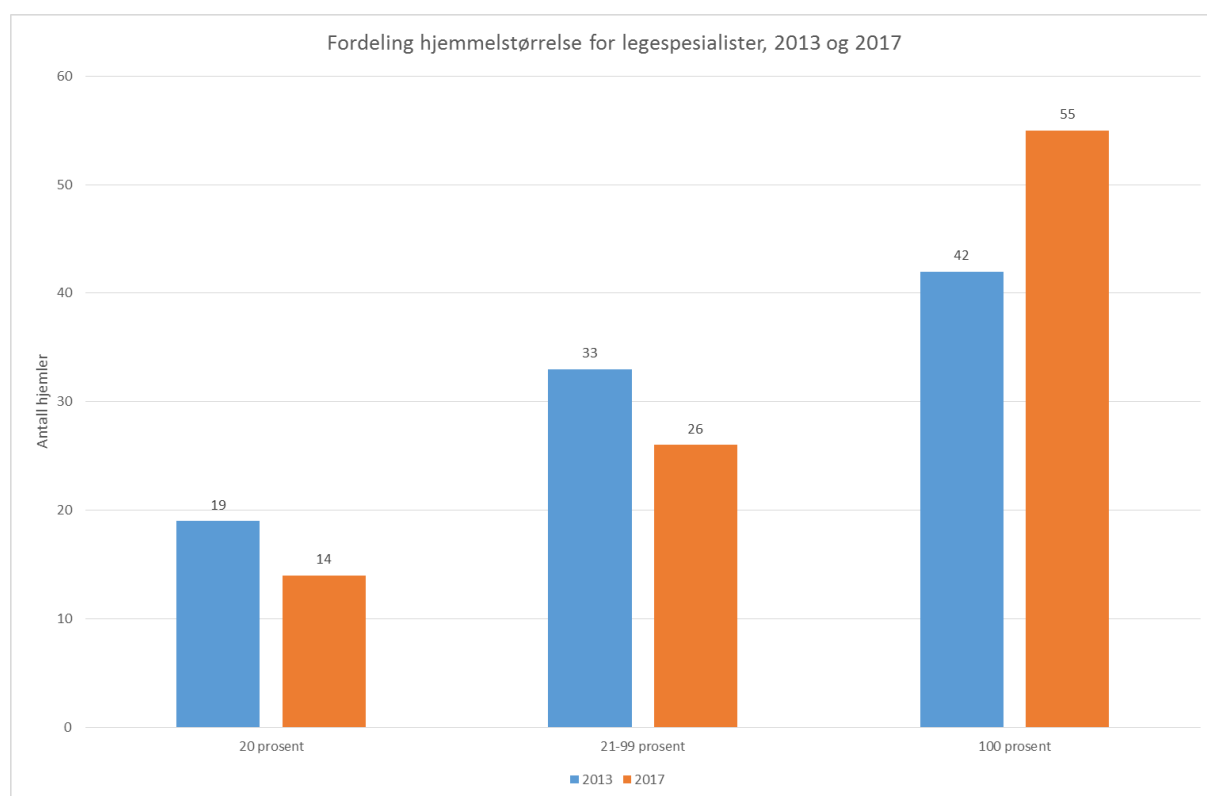
I den nasjonale rammeavtalen for avtalespesialister er ikke normtallet knyttet til hjemmelstørrelse for den enkelte spesialitet. En redusert hjemmelstørrelse vil ikke nødvendigvis være et mål på at avtalespesialisten har en aktivitet som er i samsvar med hjemmelstørrelsen. Flere avtalespesialister har en aktivitet som er til dels betydelig over det antallet som er regulert i avtalen.

HMNs mål er å vurdere justering av driftstilskuddet i forhold til reell aktivitet der dette er aktuelt. Hjemmelstørrelsen varierer innen alle fagområder for avtalespesialistene. Enkelte har ønsket en redusert hjemmelstørrelse for i tillegg å



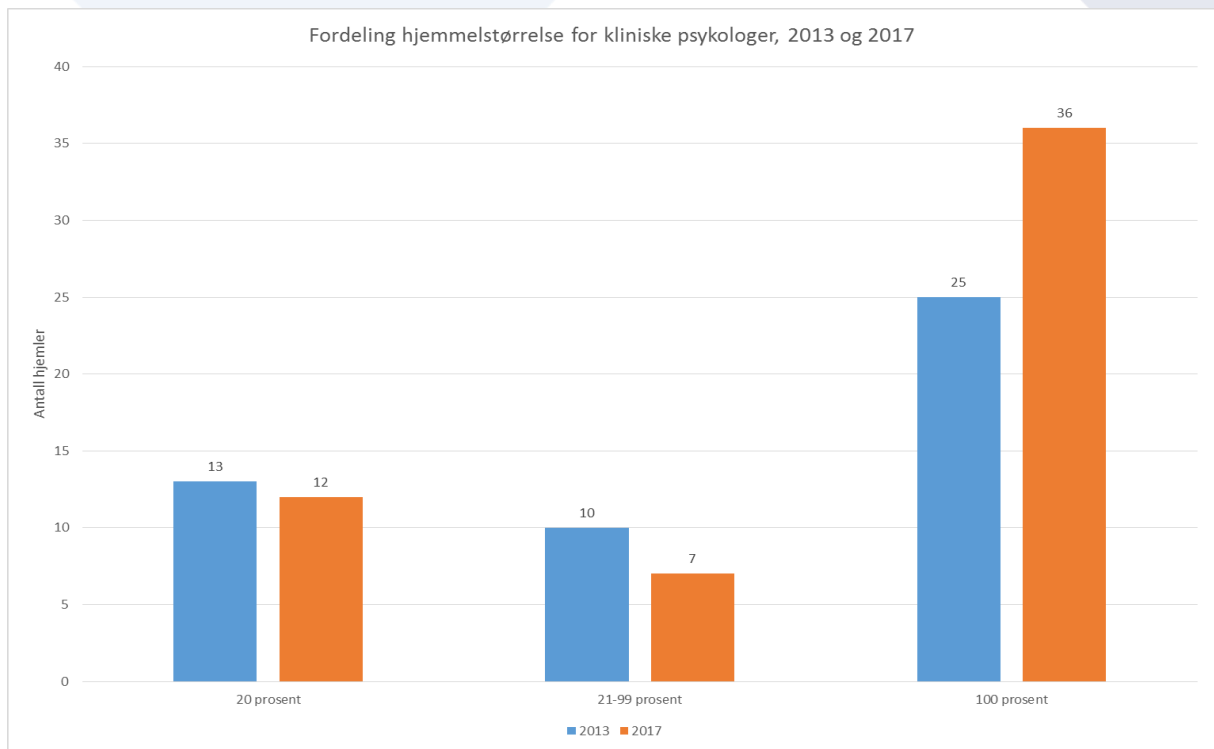
kunne arbeide i HFet, eller i annen virksomhet. Utviklingen har vært at flere har ønsket en økt hjemmelstørrelse.

Fig. 14 og 15 viser en bevisst satsing på 100 % hjemler, og det har i perioden vært en tydelig nedgang i antall reduserte hjemmelstørrelser.



Figur 14: Fordeling av hjemler for legespesialister etter avtalestørrelse, 2013 og 2017 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2013/2017)





Figur 15: Fordeling av hjemler for kliniske psykologer med avtale etter avtalestørrelse, 2013 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2013/2017)

Geografisk fordeling

Utvikling av kapasitet og geografisk plassering av avtalehjemler i Helse Midt-Norge har til hensikt å utvikle tilbudet til befolkningen i samsvar med intensjonene i samhandlingsreformen og Strategi 2020 og Strategi 2030. I dag er den geografiske fordelingen i regionen skjev. Det er prosentvis flest legespesialister i Trøndelag og færre i Møre og Romsdal. Det har også vært en nedgang i årsverksratene for psykologspesialister i Møre og Romsdal de siste årene.

Ca. 85 % av alle avtalespesialistene i foretaksområdene er lokalisert i større sentra/by, hvorav ca. 50 % er lokalisert i Trondheim.

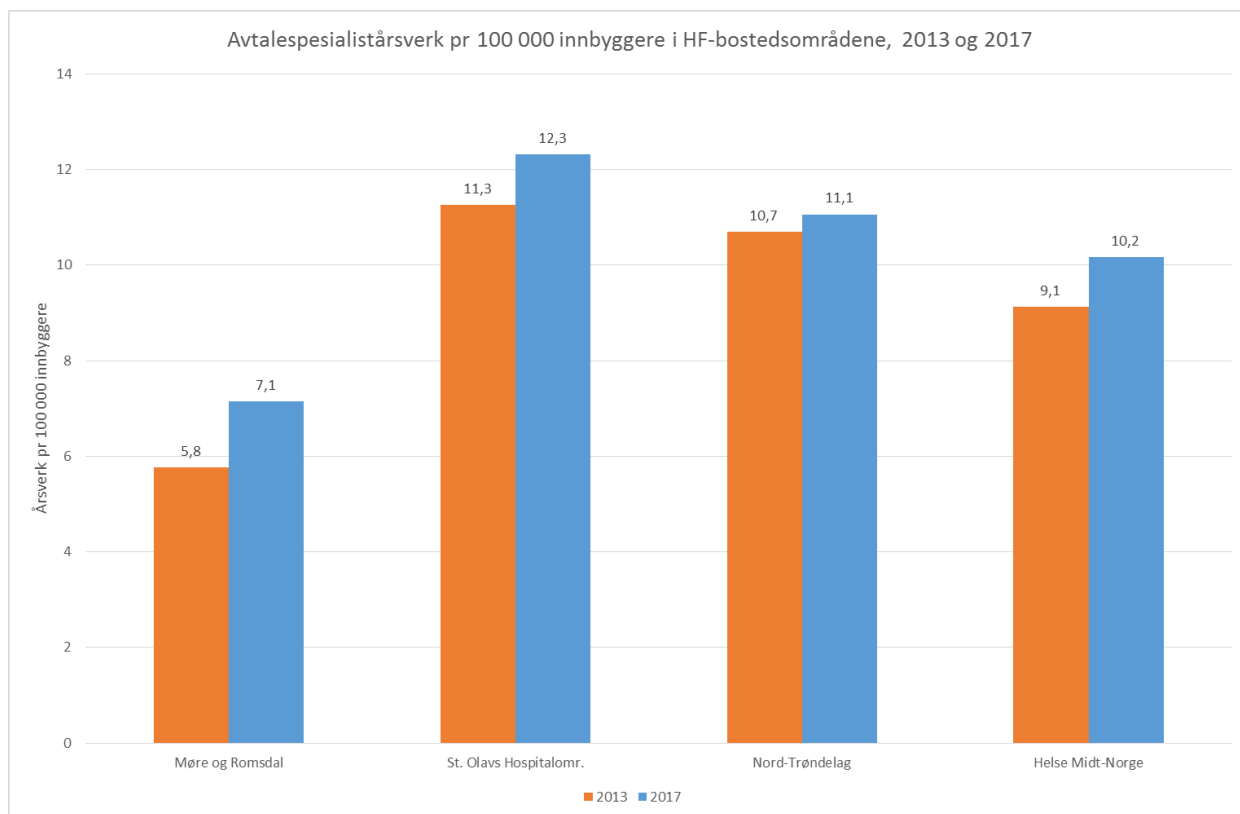
- I Nord-Trøndelagsområdet er avtalespesialistene lokalisert til Stjørdal, Levanger, Steinkjer og Namsos.
- I Møre og Romsdal er avtalespesialistene lokalisert til Ålesund, Molde, Kristiansund, Volda, Ørsta og Ulsteinvik.
- I St. Olavs Hospitals bostedsområde er avtalespesialistene lokalisert til Trondheim, Bjugn, Orkanger, Oppdal, Røros, Surnadal.

Forbrukstall, som totalt antall konsultasjoner (uavhengig av tilbyder) pr. 1 000 innbyggere, må ligge til grunn for hvor veksten skal være de kommende årene. Når

side 25

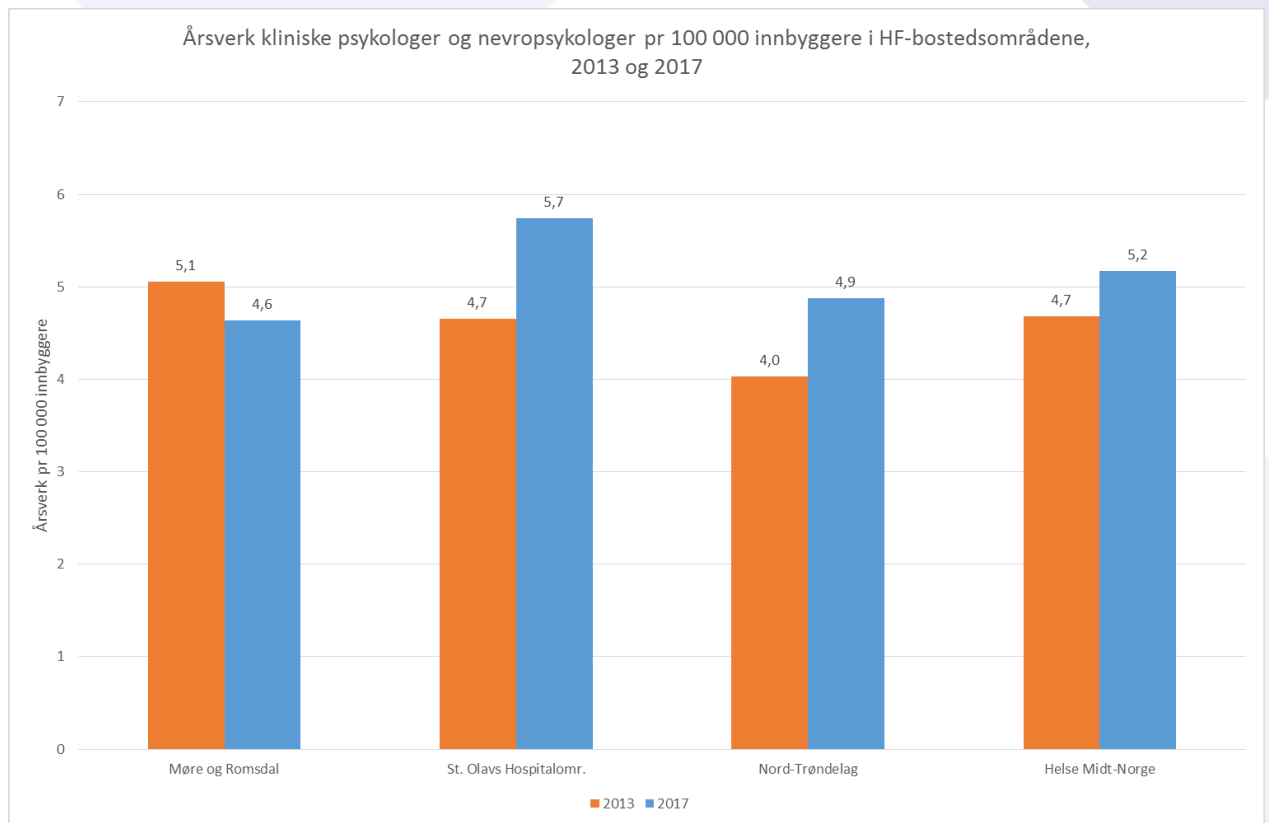


det gjelder forbruk er det pasientens bosted som er utgangspunkt for slike oversikter, uavhengig av hvor behandlingsstedet er.



Figur 16: Avtalespesialistårsverk pr. 100 000 innbyggere etter bostedsområde, 2013 og 2017
(Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2013/2017)



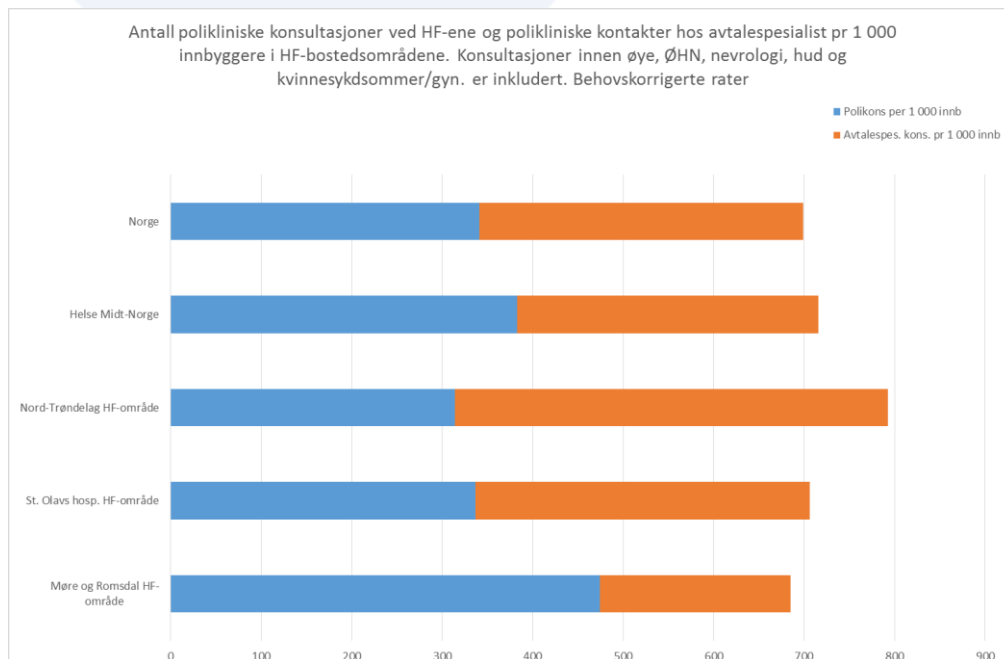


Figur 17: Årsverk for kliniske psykologer og nevropsykologer med avtale, pr. 100 000 innbyggere etter bostedsområde, 2013 og 2017 (Datakilde: Helse Midt-Norge RHF, 2013/2017)

Forbruk

Fig. 18 viser at det er geografiske forskjeller i forbruk innen somatikk. Forbruksoversiktene viser imidlertid at konsultasjonene hos avtalespesialist virker utjevne på samlet forbruk av polikliniske konsultasjoner og dagbehandling, og at det er Nord-Trøndelag som har minst behov for økning (på poliklinikk) dersom det skal være likt forbruk mellom områdene. Her er det korrigert for forskjeller i behovsindeks somatisk sektor mellom bostedsområdene. De utvalgte fagområder i figuren over utgjør ca 85% av alle avtalespesialistkonsultasjoner i HMN.





Figur 18: Polikliniske konsultasjoner ved HF og polikliniske kontakter hos avtalespesialist pr. 1 000 innbyggere i HF-bostedsområdene. Konsultasjoner og kontakter innen fagområdene øye, ØNH, nevrologi og kvinnesykdommer/gynekologi er inkludert. Ratetallene er korrigert for forskjeller i behovsindeks somatisk sektor (Magnussen)

Oppsummering

Analysen viser at det har vært en utvikling av ordningen, en økning av årsverk, og at RHFet har etablert en god oversikt over avtalespesialistene i Midt-Norge. På nasjonalt nivå utgjør avtalespesialistene ca. en tredjedel av den samlede polikliniske aktiviteten. HMN følger særs opp utviklingen i enkelte fagfelt på et mer detaljert nivå enn oversiktene i handlingsplanen viser. Det er svært viktig å se på tilbudet i regionen samlet sett. I tillegg til egen virksomhet er det viktig å finne balansen mellom kjøp fra private sykehus og inngåelse av nye hjemler, samt videreføring av hjemler.

Analysen viser at det i tiden fremover må være oppmerksomhet knyttet til alder hos avtalespesialistene, og det vil være viktig å på et tidlig tidspunkt vurdere å erstatte avtalespesialister som når alder for avslutning av avtaleforhold.



Rapportering til NPR og oppfølging av aktivitet

Avtalespesialistene rapporterer aktivitet i praksis tertialvis til NPR. HMN følger opp rapporteringen ved å sammenstille aktivitet og følge utviklingen i denne. Når det gjelder oppfølging av aktivitet, har vi oppmerksomhet om følgende punkter:

- Samarbeid med HF. Tilbakemeldinger til HF om aktivitet
- Tilbakemeldinger til de avtalespesialister som ikke overholder normtall
- Se på samlet forbruk

Strategiske analyser for videre utvikling

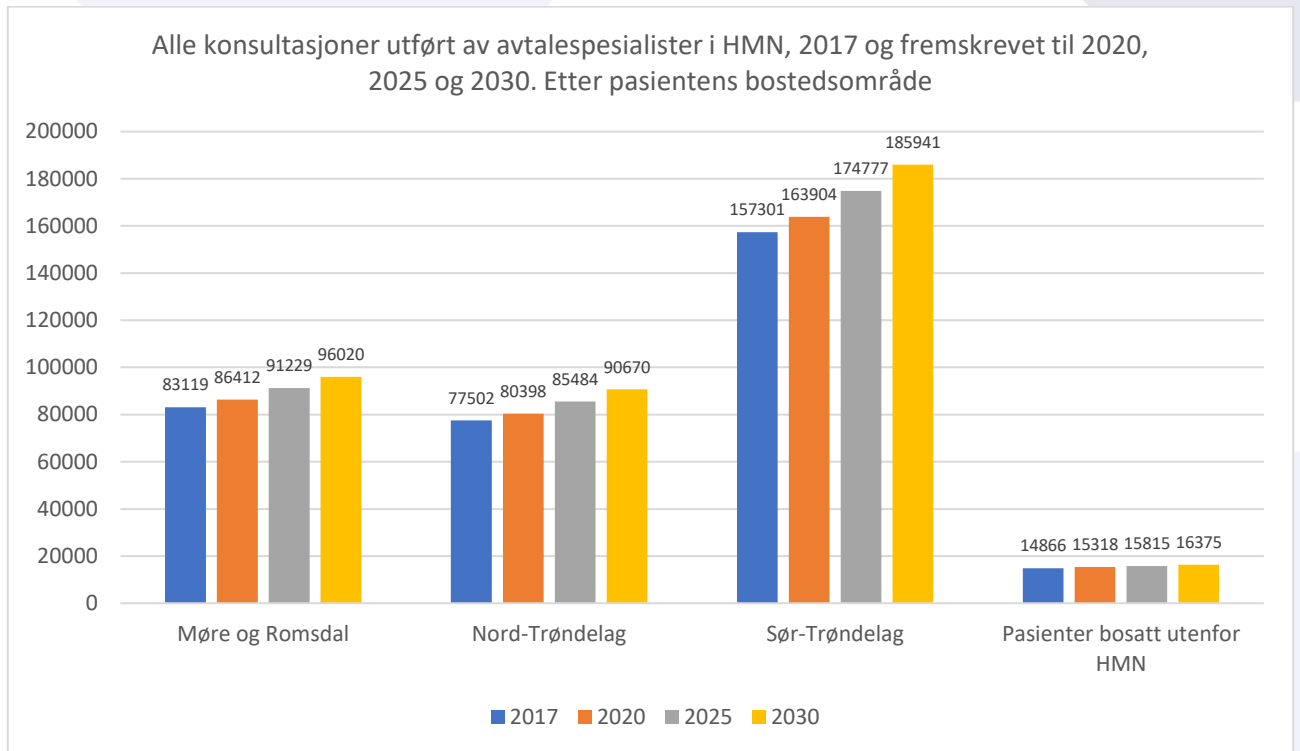
Fremskrevet aktivitet i Midt-Norge har tatt utgangspunkt i aktiviteten for 2016 (NPR), totalt for alle fagområder, samt spesifikt for indremedisin, hud, gyn, øye og ØNH. Siden det er noe mangelfull koding av pasientens kjønn, er framskrivingene basert kun på utvikling i alder (spesifisert i 10-årsinndelinger i rådatagrunnlaget). Det er innen noen fagområder svært små tall pr. aldersgruppe. Dette gir relativt stor usikkerhet i estimatene, og naturlig nok større usikkerhet desto lenger frem i tid tallene fremskrives.

SSB forventer en relativt høy prosentvis økning i befolkningen 70-90 år frem mot 2030. Dette slår nokså kraftig inn dersom vi forventer samme prosentvise økning i aktiviteten for disse aldersgruppene. Dette fremgår spesielt i estimatene for øye og ØNH.

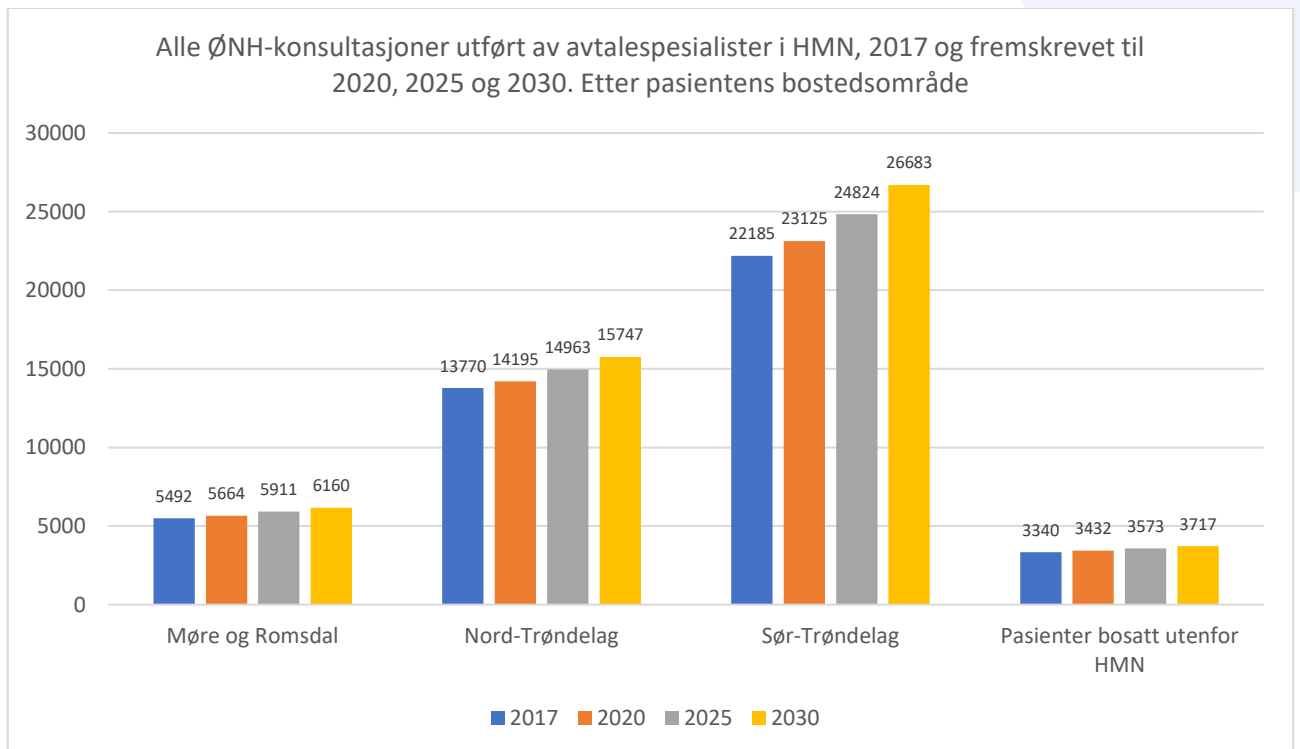
Framskrivningen kan ikke isolert sett danne beslutningsgrunnlag for videre utvikling av avtalehjemler. Framskrivningen har ikke tatt hensyn til effekt av samarbeidsavtaler og standardisering av pasientforløp.

Framskrivningen skal derfor være et hjelpemiddel for beslutning for videre utvikling når det gjelder vurdering av nye hjemler, økning av hjemmelstørrelse og videreføring av hjemler.



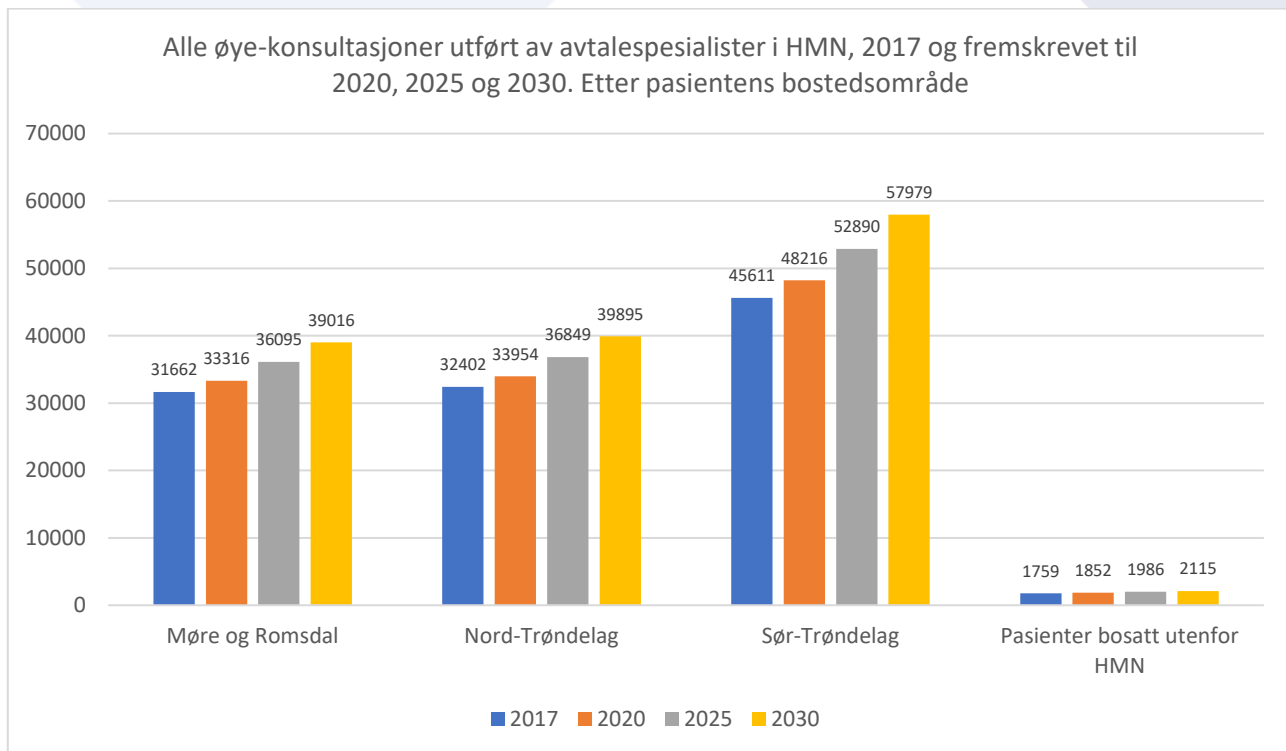


Figur 18: Alle konsultasjoner utført av avtalespesialister i HMN, 2017 og fremskrevet til 2020, 2025 og 2030. Etter pasientens bostedsområde

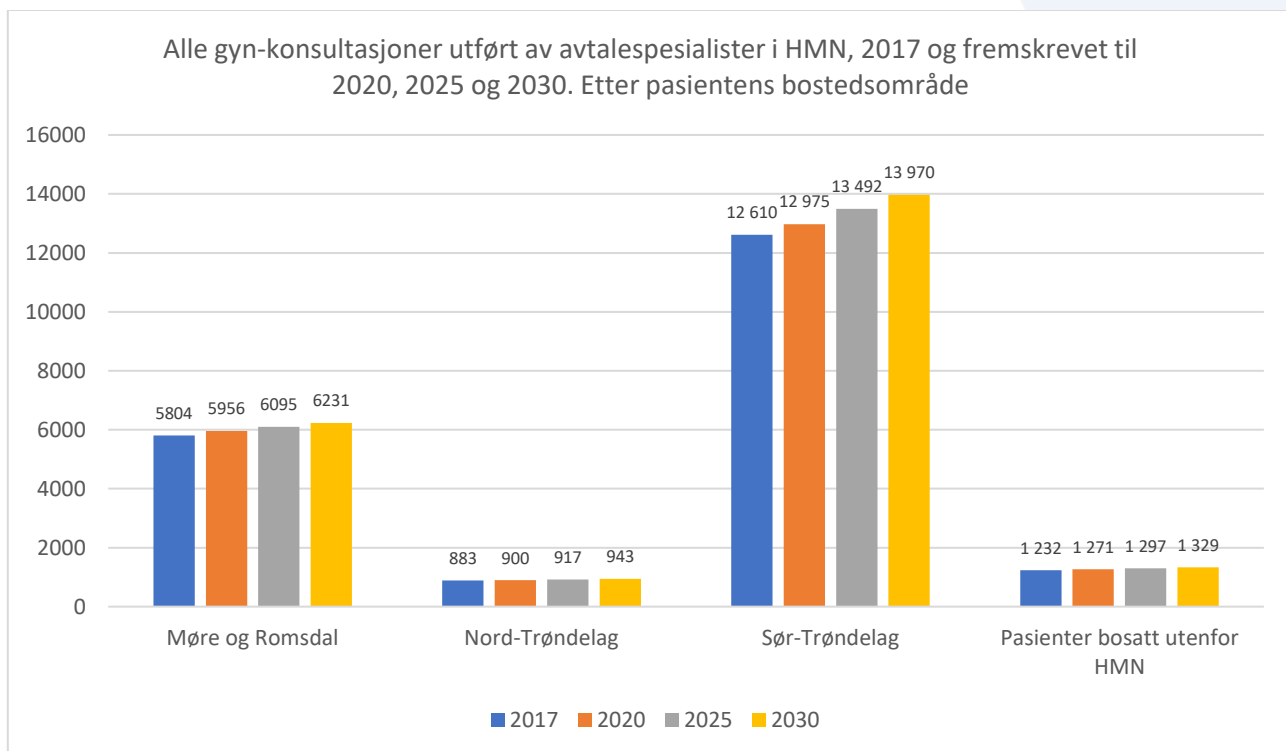


Figur 19: Alle ØNH-konsultasjoner utført av avtalespesialister i HMN, 2017 og fremskrevet til 2020, 2025 og 2030. Etter pasientens bostedsområde



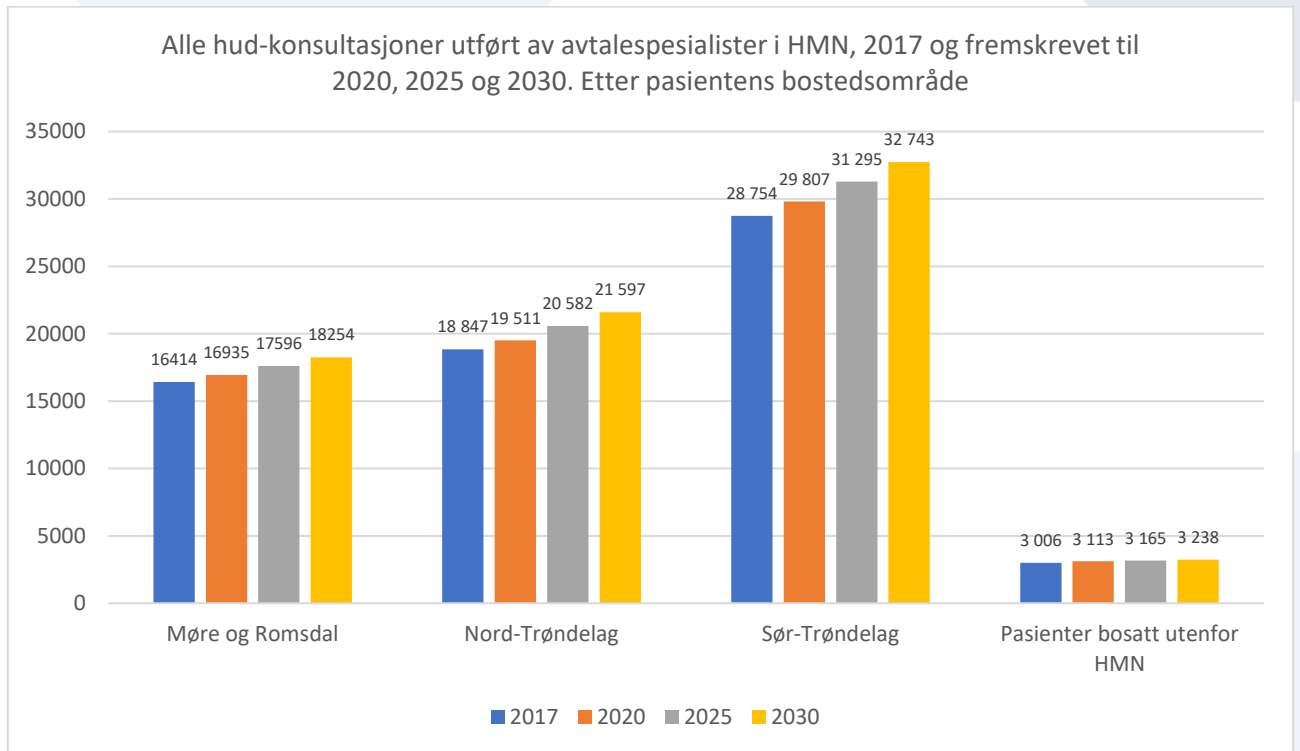


Figur 20: Alle øye-konsultasjoner utført av avtalespesialister i HMN, 2017 og fremskrevet til 2020, 2025 og 2030. Etter pasientens bostedsområde

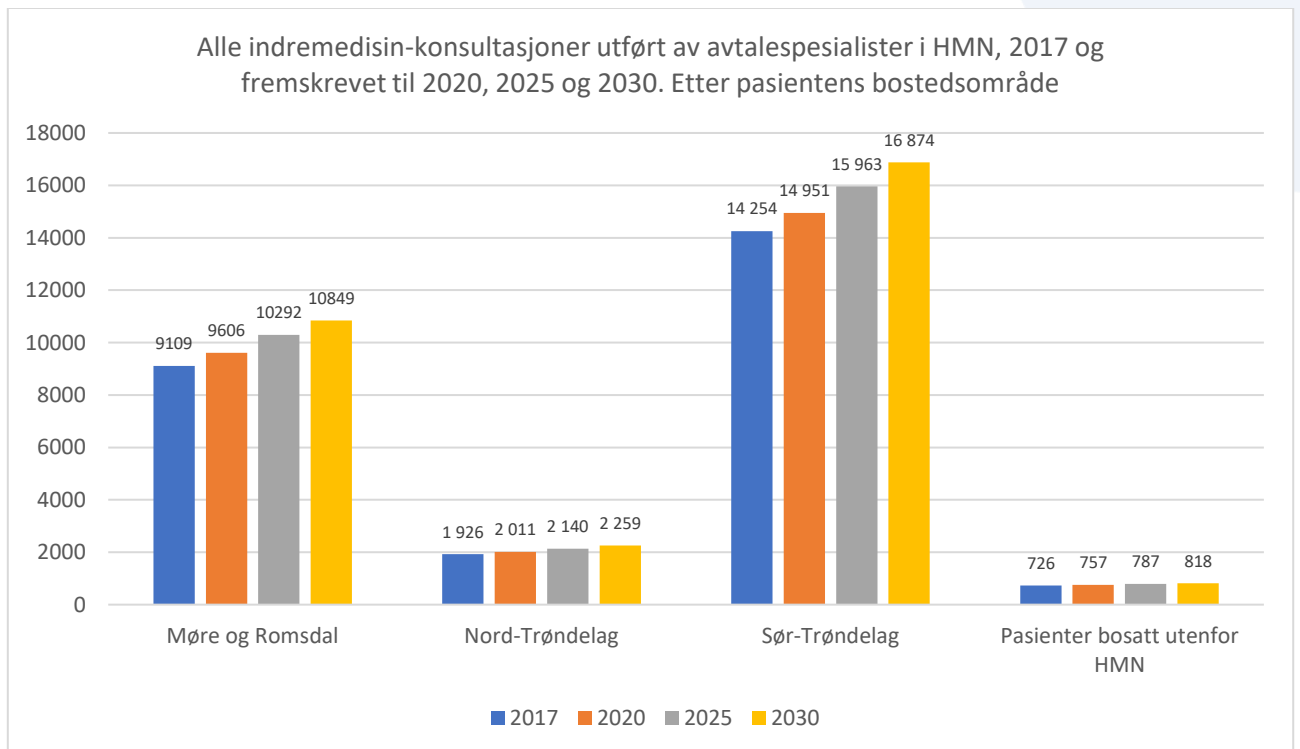


Figur 21: Alle gynekologiske konsultasjoner utført av avtalespesialister i HMN, 2017 og fremskrevet til 2020, 2025 og 2030. Etter pasientens bostedsområde





Figur 22: Alle hud-konsultasjoner utført av avtalespesialister i HMN, 2017 og fremskrevet til 2020, 2025 og 2030. Etter pasientens bostedsområde



Figur 23: Alle indremedisin-konsultasjoner utført av avtalespesialister i HMN, 2017 og fremskrevet til 2020, 2025 og 2030. Etter pasientens bostedsområde



Samhandling med kommunene

Samhandlingsreformen angir en ny retning for kommunesektoren der kommunene skal ta et økt ansvar for helsetjenestetilbudet til befolkningen. En viktig forutsetning for samhandlingsreformen er at spesialisthelsetjenesten videreutvikles i takt med kommunehelsetjenestens nye rolle og ansvar. Det er behov for å videreutvikle pasientforløpene slik at deler av pasientbehandlingen kan foregå desentralisert, enten ved å desentralisere helseforetakenes helsetjenester gjennom avtalespesialist eller i kommunale enheter hvor kommuner og helseforetak samarbeider (for eksempel etterbehandlingssenger i kommuner). Mange avtalespesialister har et godt samarbeid med fastleger og optikere i kommunene, og det er viktig å utvikle dette videre.

Det vil være nødvendig å bidra til nytenkning for bruk av avtalespesialister gjennom samarbeid med kommunene. For å lykkes med å utvikle spesialisthelsetjenesten i tråd med samhandlingsreformens intensjoner er kompetanseoverføring til kommunene og en fleksibel spesialisthelsetjeneste en forutsetning. Helse Midt-Norge RHF vil se på muligheter for prosjekter for å styrke samhandlingen mellom rekvirenter og avtalespesialister.

Ved etablering av desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud må det vurderes når det er hensiktsmessig å bruke avtalespesialister for å ivareta befolkningens behov for polikliniske/ambulerende tilbud lokalt.

Tiltak

Som et klart førende prinsipp skal utvidelse med nye hjemler og økning av hjemmelstørrelsen, samt videreføring av eksisterende avtalehjemler, skje i nært samarbeid med de enkelte sykehus og avstemt mot behov. Utviklingen skal foregå innenfor de strategiske rammer som er satt. Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at utviklingen av ordningen også skjer med tanke på geografisk plassering, og at ressursene blir fordelt på en hensiktsmessig måte.



Handlingsplan med tiltak for å nå de strategiske mål

Tiltak i perioden	Innhold/beskrivelse	Fremdriftsplan	Økonomi
HF skal utføre en behovsfremskrivning for alle områder som er aktuelle for avtalespesialistordningen.	RHF skal bruke tilgjengelige kartleggingsverktøy for å fremskrive eventuelle behov der det kan være aktuelt å benytte avtalespesialister. Som en del av kartleggingen skal bemanningsmodellen brukes. Dette skal være en del av beslutningsgrunnlaget for framskrivning av behov for personell for de ulike fagfelt.	Kontinuerlig	Inngår i drift
Utarbeide oppdragsdokument/årlig brev til alle avtalespesialister.	Hensikten med dette er å bedre samhandlingen med avtalespesialistene innenfor rammeavtalenes bestemmelser.	Primo januar	Inngår i drift
Tilrettelegge for at HFene og avtalespesialistene inngår samarbeidsavtaler iht rammeavtalenes bestemmelser.	Følge opp rammeavtalenes bestemmelse om at det skal inngås individuelle avtaler om samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialister. De skal blant annet inneholde en hensiktsmessig oppgavefordeling om ventelister, om hensiktsmessige pasientforløp, om desentraliserte tjenester og rutiner for gjensidig praksisbesøk mellom avtalespesialistene og HF med formål om erfaringsutveksling.	HFene har et særskilt ansvar for å få etablert avtalene. Arbeidet med ferdigstille samtlige avtaler skal være utført innen utgangen av 2018.	Inngår i drift



Praksisprofil og ventetider.	Sørge for oppdatert informasjon om den enkeltes praksisprofil, og legge informasjon tilgjengelig på nettsiden til HMN RHF.	Kontinuerlig	Inngår i drift
Avkreve jevnlig rapportering om ventetider, kapasitet, takstbruk og antall nyhenviste.	Dette skal sees i sammenheng med sykehusenes drift, og danne grunnlag for vurdering av behovet for hjemler.	Kontinuerlig	Inngår i drift
Avtalespesialisters samhandling med rekvirentene og hvordan de følger opp ansvar for veiledning.	RHF skal kartlegge praksis for den enkelte avtalespesialist, og vurdere om det er grunnlag for tiltak.	Kontinuerlig	Inngår i drift
Etablere rutiner for praksisbesøk mellom RHF og avtalespesialist.	Alle skal få tilbud om praksisbesøk, og disse skal gjentas med jevne mellomrom.	Kontinuerlig . Psykologer og psykiatere prioriteres	Inngår i drift
Tilse at avtalespesialistene oppfyller krav i rammeavtalen.	RHF skal ha spesiell oppmerksomhet på krav til lokaler med universell utforming og at disse er tilpasset bevegelseshemmede. Iverksette tiltak overfor eventuelle brudd på rammeavtaler og individuell avtale.	Kontinuerlig	Inngår i drift
Kartlegging av behov for spesialister.	RHF skal opprette dialog med kommunene/henvisere/fastleger for å få tilbakemelding om behov for spesialister. Opprette dialog med kommune/henvisere/fastleger for å få tilbakemelding om hvordan ordningen med	Primo 2019	Inngår i drift



	avtalespesialister fungerer for henvisere.		
Pasientsikkerhet - god kvalitet og god pasientsikkerhet har avgjørende betydning i all pasientbehandling.	<p>RHF skal å se nærmere på avtalepraksiser hvor aktiviteten er veldig mye høyere enn normtallene for å få en redegjørelse fra den aktuelle avtalespesialist.</p> <p>RHF skal følge opp forsvarlighet knyttet til forsvarlig håndtering av journaler, spesielt når det gjelder overføring av journaler/journalsystem mellom avtalespesialister.</p>	Kontinuerlig	Inngår i drift
Avtalespesialisters deltakelse i fagledernetverk.	Helse Midt-Norge RHF skal bidra til at avtalespesialistene inkluderes i fagledernetverkene som er opprettet i Helse Midt-Norge, spesielt med tanke på utvikling av pasientforløp mellom HF og avtalespesialistene.	Kontinuerlig	Inngår i drift
Få innspill fra henvisere og avtalespesialister og HF om behov for antall nye hjemler, og behov for økning i hjemmelstørrelsen. I tillegg få innspill fra kommuner, brukere og brukerorganisasjoner.	<p>I kartleggingen skal RHF blant annet legge vekt på: lokaler, utstyr, personell, tilrettelegging for funksjonshemmede, tilgjengelighet på telefon og aktivitetstall.</p> <p>I vurderingen skal det tas hensyn til geografisk plassering av avtalehjemler, slik at helsetilbudet kan bli ivaretatt så lokalt som mulig.</p> <p>På bakgrunn av kartleggingen skal HMN RHF i samråd med fagdirektørene i HFene vurdere og prioritere hvilke</p>	Kontinuerlig	Inngår i drift.



	fagområder innen avtalespesialisthelsetjenesten som skal økes. I denne vurderingen inngår også forbruksrater, ventetider, fristbrudd og utdanningstakt (rekrutteringsgrunnlag).		
Utfordringer knyttet til rekruttering.	Det bør vurderes virkemidler som deltidshjemler og stimuleringstilskudd. Det må stimuleres til samlokalisering for å gjøre avtalehjemmelen mer attraktiv. Det må stimuleres til samlokalisering for å gjøre avtalehjemmelen mer attraktiv.	Kontinuerlig	Inngår i drift
Nytt sykehus på Hjelset og eventuelt behov for avtalespesialister i Kristiansund.	RHF skal sørge for dialog med Møre og Romsdal HF om avtalespesialistenes plass i Kristiansund lokalmedisinske senter. Prosessen her styres av HMR HF.	Kontinuerlig	Inngår i drift
Forskning og undervisning.	RHF skal kartlegge omfang av forskning og undervisning blant avtalespesialister.	Primo 2019	Inngår i drift

Kriterier for prioritering av videreføring og nye hjemler

I samråd med HF skal HMN RHF navigere og prioritere utfra følgende kriterier:

- Budsjett
- Ventelstesituasjon
 - Intern
 - Ekstern



- Fristbrudd
- Rekruttering
 - Alderssammensetning på eksisterende avtaler
 - Nye avtaler
- Forbruk
- Utvikling av fagfelt
 - Jobbglidning
- Kjøp av tjenester hos andre private aktører
- Endringer i HFenes muligheter til å løse behovet selv
- Kostnader ved pasientreiser

Endring i rammevilkår

- Politiske føringer
- Endring i finansiering
 - Takstheftet
 - Finansieringsmodell

Det er gitt krav til alle helseforetak å lage utviklingsplaner for hvert HF. Utviklingsplaner omtaler avtalespesialister som en del av utviklingen av tjenesten, og enkelte er konkrete i beskrivelsen. Dette skal tas med i vurderingen når nye hjemler skal vurderes utlyst.

Innspill til økning av hjemler

Det er befolkningens behov og den samlede tilgang og fordeling av spesialisthelsetjeneste som er førende for videreutviklingen av avtalespesialisttjenesten i regionen.

Det er gitt innspill fra PSL og Psykologforeningen, og gjennom utviklingsplanene fra HFene om hvilke områder det bør satses på i perioden. Det skal være en balanse i utviklingen mellom HFene, i tillegg til at geografiske forskjeller skal tas hensyn til. Innspillene er sammenstilt nedenfor, men oversikten er på ingen måte uttømmende for hvilke behov som kan oppstå i årene fremover. Det er derfor viktig at det er en fortløpende dialog med HFene om endring i behov. Innspillene, slik de foreligger, har en total kostnad på ca. 30 mill. pr. år. I en forsvarlig og realistisk plan må innspillene utredes og vurderes ytterligere i dialog med HFene.

I tillegg ble det gitt innspill fra Legeforeningen og Psykologforeningen om årsverk pr. 100 000 innbyggere og beregning av et landsgjennomsnitt av antall



avtalehjemler i hvert fagfelt innen hver region. Landsgjennomsnitt er ikke et hensiktsmessig mål. De øvrige regionene har samme krav om økning i antall årsverk. Dersom Helse Sør-Øst prosentvis øker antall årsverk like mye som øvrige regioner, vil landsgjennomsnittet forskyves og de øvrige regionenes avstand til gjennomsnittet vil forbli uforandret.

Tilnærmingen er å rette oppmerksomhet til de konkrete innspill fra fagmiljøene i HFene og hvilke fagområder de mener det er hensiktsmessig å satse på når det gjelder avtalespesialister. I tillegg bør det være en dialog med 1. linjetjenesten om erfaringer og behov for styrking av tilbud.

Behov meldt fra HF og avtalespesialister

Pri	HF	Fagområde	Antall*	Fremdriftsplan	Kostnad
1	St. Olavs Hospital HF	ØYE	1	På lengre sikt. Tentativt 2019	1 300 000
2	St. Olavs Hospital HF	ØNH	1	Kort sikt Tentativt 2019	1 300 000
	HMR HF Søre Sunnmøre	Pediatri	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
1	HMR HF Søre Sunnmøre	ØYE	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	HMR HF Søre Sunnmøre	Psykiatri	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	HMR HF Søre Sunnmøre	Gynekologi	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	HMR HF Søre Sunnmøre	Kardiologi	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000



1	HMR HF Søre Sunnmøre	ØNH med audiometri	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	HMR HF - Ålesund	ØNH med audiometri	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	HMR HF - Ålesund	Øye	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	HMR HF - Ålesund	Kardiologi	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	HMR HF - Ålesund	Gynekologi	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	HMR HF - Ålesund	Gastroenterologi	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	HMR HF - Molde	Kardiologi	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	HMR HF - Molde	Gynekologi	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	HMR HF - Molde	Lungemedisin	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	HMR HF - Molde	Pediatri	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	HMR HF - Molde	ØNH med audiometri		Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000



	HMR HF - Molde	Hud	1	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	1 300 000
	Midt-Norge	Psykologer	7	Vurderes fortløpende i samråd med fagdirektørene	4 200 000

Gjennomførte tiltak

I 2018 er det lyst ut videreføring av følgende hjemler:

- Gynekologi – Ålesund – junior/senior avtale 40 %
- Gynekologi – Ålesund – junior/senioravtale 20 %
- Gynekologi – Ålesund
- Psykiater – Trondheim – junior/senior avtale
- ØNH – Trondheim – junior/senioravtale 50 %
- Psykiater – Trondheim

I 2018 har vi lyst ut følgende nye hjemler:

- ØNH – i Volda – 100 %
- Øye i Ulsteinvik – 100 %
- Indremedisin – Ålesund – 100 %
- Hud – Molde – 100 %
- Psykologi – Ålesund – 100 %
- Psykologi – Namsos – 100 %
- Psykologi – Trondheim – 100 %

I 2017 ble det tildelt:

80 % hud – Levanger. Oppjustering av eksisterende hjemmel

100 % psykolog – Fosen. Ny hjemmel

100 % psykiatri – Trondheim.

50 % ØNH – Namsos. Videreføring

100 % nevropsykolog – Molde. Videreføring

