

Høringssvar.

Rapport fra Legeforeningens ressursgruppe for psykiatri og rus.

Høringsfrist: 10.02.2019

Høringssvar fra PSL.

Det var i 2017 748 avtalespesialister innen psykisk helsevern, ca 30 % er psykiatere. Foreløpig er det ingen avtalespesialister innen rusmedisin. Avtalespesialistene i psykiatri og psykologi står for 26% av de polikliniske konsultasjonene og er som det står i rapporten en viktig aktør innen psykisk helsevern. Tjenesten er kostnadseffektiv siden avtalespesialistene behandler i gjennomsnitt over dobbelt så mange pasienter per dag sammenlignet med ansatte på DPS, og koster det offentlige vesentlig mindre per konsultasjon. Pasientgruppene som behandles hos avtalespesialistene er avhengig av praksisprofil, men mange praksiser kan nok sammenlignes med en allmennpsykiatrisk poliklinikk hvor de behandler de sykeste pasientene i egne team eller psykosepoliklinikker.

Det er i organiseringen av psykisk helsevern mange utfordringer og hensyn man må vektlegge for å få et til et kvalitativt godt og effektivt tjenestetilbud, inkludert en organisering som støtter ønsket om å legge til rette for *pasientens helsevesen*. Slik det er i dag får mange pasienter avslag på behandling både ved DPS'er og hos avtalespesialister, og det er alt for stor variasjon i forhold til hvordan henvisninger vurderes og håndteres.

Et annet viktig prinsipp er pasientenes rett til å kunne velge behandlingssted. Mange pasienter foretrekker et desentralisert tilbud når de søker behandling for en psykisk lidelse. Behandling av psykiske lidelser er særlig egnet for behandling utenfor DPS/ sykehus da det i denne delen av spesialisthelsetjenesten i svært liten grad er behov for kostbart medisinsk utstyr i utredning og behandling. På tross av dette har de siste årene antall behandlere på DPS økt i mye større grad enn antall avtalespesialister i psykiatri og psykologi. DPS'ene bør nok fortsatt ha et særlig ansvar for de sykeste pasientene som har behov for sammensatte tjenester, akutttilbud og døgninnleggelser, men flere "allmennpsykiatriske" pasienter, inkludert pasientene ved "Raskere tilbake" poliklinikkene, kunne istedenfor kostbar institusjonsbehandling få et spesialisttilbud utenfor DPS.

I forhold til samarbeid mellom de ulike aktørene i psykisk helsevern:

Rammeavtale mellom De regionale helseforetak og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister § 1.3. pålegger helseforetakene og avtalespesialistene å inngå samarbeidsavtaler. Det jobbes fortsatt med å inngå slike avtaler i flere regioner. Avtalespesialistene og HF betraktes som likeverdige parter og det legges vekt på etablering av et godt faglig samarbeid og hensiktsmessig organisering/ fordeling om det samlede behandlingstilbudet. Avtalespesialistene i psykiatri og psykologi har som nevnt i rapporten gjennomgående lang erfaring og mye kompetanse, særlig innen psykoterapi og veiledning, og dette burde kunne utnyttes på en bedre måte. Det bør i større grad defineres hvilke pasientgrupper som bør primært behandles innenfor de forskjellige tjenestetilbudene, avtalespesialister kan i større grad benyttes til veiledning av fastleger og i forhold til LIS. Det er nå også lagt til rette for at LIS kan få deler av sin utdanning i avtalepraksis i samarbeid med helseforetakene.

Fastlegen bør fortsatt være avtalespesialistenes viktigste henviser og samarbeidspartner. Det er også blitt mere vanlig at avtalespesialister jobber tett sammen med fastleger og andre spesialister på felles klinikker. Dette er i tråd med ønsket til de regionale helseforetakene om organisering av avtalespesialister i større enheter.

Rettighetsvurdering i avtalepraksis vil også være et satsningsområde de kommende årene. Dette vil sikre at pasienter vurdert av avtalespesialister til å ha en rett til utredning og/eller behandling, får denne rettigheten på lik linje med pasienter vurdert av spesialister i helseforetakene. Det settes nå i gang piloter i alle helseregionene ut fra tre forskjellige modeller. Det er viktig at de forskjellige modellene blir prøvd ut på en best mulig måte før man konkluderer om hvilken modell som er mest egnet i psykisk helsevern. Det er store regionale forskjeller i forhold til antall avtalespesialister og hvordan helsetjenesten ellers er organisert, og at en modell vil kunne være mer egnet enn en annen f.eks. i en region med mange avtalespesialister. Forutsetningen for å få til gode og ikke for ”byråkratiske” modeller er IKT løsninger som sikrer muligheten for god samhandling mellom avtalespesialister, fastleger og helseforetak.

Foreliggende rapport er omfattende og de valgte tema og problemstillinger synes ellers i stor grad å gjenspeile den kliniske virkelighet som vi erfarer i psykisk helsevern og rusbehandling. Vi vil gjerne understreke at vi støtter fastlegenes sentrale rolle i utredning og behandling av alle psykiske lidelser, og at det ikke er noen ønsket utvikling at psykiske lidelser og ruslidelser blir betraktet som vesensforskjellig fra andre sykdommer.