

Samhandling mellom fastleger og avtalespesialister

Helse Sør-Øst har en arbeidsgruppe som utarbeider en plan for organisering av avtalespesialistene. Hva med å evaluere dagens clustermodell først? Og kanskje etterspørre tanker og erfaringer fra oss som jobber i feltet?

TEKST

Erik Arentz- Hansen

PUBLISERT 6. mars 2018

AVTALESPESIALISTER

AVTALESPESIALISTER i psykisk helsevern utgjør en stor del av det totale behandlingstilbudet i Helse-Norge. Naturlig nok ønsker staten gjennom helseforetakene å sørge for at tilbudet er relevant, slik at det favner de som trenger det, og som har nytte av det. Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen fikk satt i gang arbeidet som vi i dag kjenner som samhandlingsreformen, forankret i Meld. St. nr. 47 «Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid» fra 2009.

For snart ti år siden ble det i psykisk helsevern etablert såkalte clustermodeller, der formålet var å bedre samarbeidet mellom fastlegene og avtalespesialistene i psykisk helsevern, og der målet var å sørge for å minske ventetider, bedre matching mellom pasient og behandler og ikke minst sørge for at de som trengte hjelpen mest, fikk hjelp. Et skrekkens eksempel var døden til artisten St. Thomas, der man i hans etterlatte papirer fant et stort antall avslag på hans søknader om behandling, og der det er naturlig å tenke at et tilbud om behandling kunne ha reddet hans liv.

Ingen evaluering

Etter nær ti år med erfaringer burde det være på tide å evaluere ordningen. Har clustermodellen ført til tettere kontakt mellom legene og avtalespesialistene? Og har i så fall denne kontakten ført til bedring for pasientene? Oppnår man i dag at pasienter med åpenbart behov for behandling får hjelp, eller er det fortsatt mange pasienter med stort hjelpebehov som ikke får behandling? Hvordan fungerer i så fall samordningen mellom tilbudet i kommunene, DPS-ene, fastlegene og avtalespesialistene? Er det slik at pasientene slipper å selv måtte ringe rundt til psykologer fra en liste de får fra fastlegen? Sirkulerer det kun én henvisning per pasient, eller blir denne fortsatt kopiert

og sendt til flere behandlere samtidig? Disse og mange andre spørsmål er det nødvendig å få svar på for å få evaluert tiltakene knyttet til clustermodellen.

Som avtalespesialist har jeg vært opptatt av disse spørsmålene. Jeg har også prøvd å få kontakt med ansvarlige personer i Helse Sør-Øst (HSØ), som er mitt avtaleområde. De svarene jeg har fått, er at clustermodellen skal fortsette. Kontaktpersonene er personer som verken har ansvar eller myndighet overfor selve modellen annet enn å holde den gående. Men hva om tiltakene overhodet ikke virker? Hva om alt er som før? Hva om møtene mellom fastlegene og psykologene (og noen psykiatere) er mest unyttige og svært dårlig besøkt? Hva om DPS-ene som i denne sammenheng fungerer som vertskap, bruker mye energi og ressurser på å arrangere møter som ikke fører fram til de overordnede målene? Burde ikke helseforetakene sørget for å få svar på noen av disse spørsmålene?

Jeg forstår ut ifra juninummeret av Psykologtidsskriftet i fjor at Helse Sør-Øst (HSØ) nå holder igjen utlysningene av ledige hjemler fordi de jobber med denne modellen. På en måte er det et godt signal om at noe skjer. Det som er mindre bra, er at vi som jobber i feltet, ikke har fått et eneste spørsmål om hvordan modellen virker. Enda mindre er det forsøkt gjort en evaluering ved å følge pasientstrømmen fra fastlegens kontor til eventuell behandling. Antagelig vet vi ikke så mye mer i dag enn for noen tiår siden om hvem som nyttiggjør seg tilbudet fra avtalespesialistene i psykisk helsevern.

Min erfaring er at de fleste spørsmålene jeg stilte innledningsvis, kan besvares negativt. Ingenting har skjedd knyttet til å sikre at henviste pasienter fra fastlegene faktisk får et tilbud eller i det minste får en vurdering, enten på DPS-nivå, hos avtalespesialister eller i psykisk helsevern i kommunene. Det er godt mulig at helseforetakene har en oversikt over utførte cluster møter på DPS-ene – og kanskje sier de seg fornøyd med det – men meg bekjent har de ikke hørt med fastlegene om de har opplevd noen endring. Og de har heller ikke hørt med avtalespesialistene om våre meninger og erfaringer.

Hva kan gjøres annerledes?

Dagens ordning må evalueres. Da er det relevant å snakke med aktørene og å følge saksgangen fra pasienten kommer til legens kontor og henvisningens vei videre. Deretter er det et stort behov for ideer og tanker om mulige modeller for hvordan samarbeidet mellom fastleger og avtalespesialister bør og kan være. Disse modellene bør være forankret hos de som jobber i feltet til daglig. Behovene vil være svært forskjellige sett fra de ulike aktørenes side. Og alle vil påberope seg å være pasientens talspersoner. Pasientens perspektiv er selvfølgelig viktig, hvordan er det å skulle søke hjelp, hvordan virker det å stå på venteliste, få avslag, bli henvist til flere instanser, osv.? Og ikke minst hvordan de opplever hjelpen. Og til slutt bør det være en vurdering av behovet: Hvor mange hjemler trengs det for å dekke behovet for behandling? Dette er ganske sikkert et komplisert regnestykke, men i mindre skala burde det la seg gjøre å få en pekepinn på omtrent hvor mange avtalehjemler som hadde vært ideelt i et gitt område.

Selv har jeg samarbeidet tett med ett legekantor de siste årene. I begynnelsen kom det mange henvisninger, men etter hvert ble vi mer à jour, og presset avtok. Per i dag kommer det en jevn strøm med henvisninger som er mulig å håndtere. Fordelen med å jobbe tett på noen henvisere og bli kjent med dem er mange: Kommunikasjonen går veldig greit, fastlegene får selv et ansvar for å vurdere hastekriterier, og man kan raskt finne løsninger, for eksempel på en forespørsel som denne: «Hei, kan du gi et raskt tilbud til denne pasienten, eller hva tenker du om å henvise til DPS?» Et nært samarbeid får du ikke med 20 legekantor. Fra DPS' side vil en avtalespesialist knyttet til hvert legekantor både kunne avlaste henvisningsstrømmen til DPS og være en naturlig oppfølger overfor en del av pasientene som skrives ut fra DPS. Jeg tenker at dette er én modell som bør prøves ut, legges til rette for – og selvsagt også evalueres. Jeg er sikker på at det finnes mange gode eksempler og modeller på godt samarbeid rundt om i landet, men jeg tror ikke disse er generert gjennom clustermodellen. Hvis helseforetakene er nysgjerrige og etterspør hvordan man skal få til et godt samarbeid, tror jeg at de vil få konstruktive ideer til hvordan de kan benytte avtalehjemlene til det beste for befolkningen.

Min frykt er at det nå sitter folk i helseforetak og Helsedirektoratet og snekrer på egne mer eller mindre gjennomtenkte ideer – uten forankring i behandlingshverdagen. I den grad helsebyråkratene henter informasjon fra feltet, er det nok primært fra DPS-ene, hvilket også vil være førende for både premisser og konklusjoner. Det kan fort føre til svært dårlige løsninger. Jeg blir ikke beroliget når fagdirektør Geir Bøhler i HSØ uttaler til Psykologtidsskriftet (juni 2017): «Det er ikke naturlig for oss å kommentere diskusjonene i arbeidsgruppen eller de konkrete forslagene i planen før den er ferdigstilt.» En mer eller mindre hemmelig arbeidsgruppe med svak eller ingen forankring i fagfeltet virker som et skremmende prosjekt. Trekk heller inn oss som er aktører i feltet, og be om innspill. Si hvem dere er, og hvordan dere jobber, og hva dere tenker. Prøv ut forskjellige modeller og samarbeidsordninger, de gode løsningene kommer når aktørene samarbeider!

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 3, 2018, side 206-207

TEKST

Erik Arentz- Hansen, avtalespesialist tilknyttet Helse Sør-Øst