

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!

Debattert

ELTE-studentene

Mulighet – Jeg har besluttet at de berørte ELTE-kandidatene skal tilbys et avgrenset opplegg med intensive samlinger og mulighet å arbeide på lisens mens de er under veiledning

Bente Høie til Helse-og omsorgsdepartementet.no 15. februar

Ikke påvist – Nå er de kompletterende tiltakene foreslått til ett års varighet. Problemet er imidlertid at de fortsatt forutsetter at ELTE-utdannelsen har vesentlige mangler i fag. Dette er mangler de ikke har klart å påvise.

Marianne Melgaard til Dagens Medisin 15. februar

Som sagt – Bent Høie har landet på det vi har hevdet hele tiden; at utdanningen i Budapest og Norge er likeverdig, men ett år kortere.

Per Andreas Bjørgan til Dagbladet 15. februar

Ingen automatikk – Studentene må i søknaden huke av for at de «er kjent med at støtte fra Lånekassen ikke automatisk medfører at jeg får autorisasjon i Norge, og at jeg selv må sette meg inn i kravene for å få autorisasjon etter fullført utdanning».

Hanne Bjertnes i Lånekassen til Dagens Medisin 16. februar

Finnmarksmuligheter – Dersom myndighetene åpner for å gi norske studenter fra Ungarn autorisasjon i Norge, kan dette gi muligheter for Finnmarks kommuner.

Leder for KS Finnmark, Kristina Hansen, til NRK Finnmark 17. februar

Angår mer ELTE-saken angår mer enn forbrukerbeskyttelse, elendig saksbehandling i Hdir, lobbying fra Psykologforeningen og arroganse og grådighet fra universitetene.

Arne Holte i Dagsavisen 19. februar