

Felles henvisningsmottak

Nåløyet må ikke bli for trangt



Kari Tenmann
avtalespesialist

Kristin Østli
avtalespesialist

Torbjørn Liaaen
avtalespesialist

Thomas Aarup Skeie
avtalespesialist

Vi frykter at Felles henvisningsmottak vil gjøre porten inn til behandling trangere, og at avtalespesialistene vil presses til å skrive ut pasienter før de er ferdigbehandlet. Fra og med 13. september 2023 innføres Felles henvisningsmottak (FHM) for innsøking til behandling hos avtalespesialister i psykisk helsevern for voksne i alle fire helseregioner. Begrunnelsen er primært å styrke pasientrettighetene.

FHM skal bidra til at alle pasienter får vurdert sin rett til behandling ved henvisning til spesialist innenfor psykisk helsevern for voksne. I dag rettighetsvurderes alle pasienter som blir henvist til Distriktpsykiatrisk senter (DPS), men ikke hos avtalespesialistene.

Medbestemmelse

Dersom ordningen skal bli et gode for pasientene, er det avgjørende at nåløyet ikke blir for trangt. Det bør dessuten være mulig for pasientene å ha medbestemmelse i valg av behandlingsform og møte en behandler med rett kompetanse (jf. Prinsipperklæring om evidensbasert praksis). Kvaliteten på behandlingen må stå i sentrum – ikke bare rettigheter og ventetider.

Ordningen må også utformes på en slik måte at det tas hensyn til at avtalespesialistene er likeverdige parter, ikke en forlengelse av et distriktpsykiatrisk senter (DPS). Det selvstendige ansvaret til avtalespesialisten er noe av det første som presiseres i intervjuet man må gjennom for å bli tildelt en avtalehjemmel.

Avtalespesialisten har selvstendig ansvar for hele pasientforløpet, også ved akutte kriser, øyeblikkelig hjelp-funksjon, selvmordsfare og pasientklager – uten ledelse, administrasjon eller institusjonelt ansvar «i ryggen». Dersom avtalespesialistene mister kontrollen over inntak til egen praksis, blir det vanskelig å forvalte behandleransvaret på en forsvarlig måte.

Dersom avtalespesialistene mister kontrollen over inntak til egen praksis, blir det vanskelig å forvalte behandleransvaret på en forsvarlig måte

Det er også dette som muliggjør at vi kan tilby pasienter skreddersydd behandling. Avtalespesialistene er ikke knyttet opp til administrative systemer som stjeler verdifull tid, og kan derfor bruke det aller meste av sin tid til pasientbehandling.

Samarbeidsklima og myter



En av utfordringene med å få til et godt samarbeid er at partene i dag har forventninger til hverandre som er basert på lang tids praksis av parallelle pasientforløp overfor Oslos befolkning. Spissformulert kan vi si at avtalespesialistene og lokale DPS-er i Oslo har en tradisjon for å dyrke gjensidige myter om hverandre.

Eksempler på slike myter i DPS kan være:

1 «Avtalespesialistene behandler for få pasienter og gjennomfører bare langtidsbehandlinger».

Tallene viser at avtalespesialistene innenfor psykisk helsevern for voksne (PHV-V) i dag utgjør en betydelig del av sørge-for-ansvaret til helseforetakene med 23 prosent av pasientvolumet nasjonalt, og 25 prosent i HSØ. Nasjonalt ble det gjennomført ca. 630 000 konsultasjoner hos avtalespesialister i psykisk helsevern for voksne i 2021, fordelt på ca. 49 000 pasienter (Samdata, 2021). Gjennomsnitt behandlingstimer pr. pasient er tilnærmet 13. Det tilsvarende tallet for øvrige poliklinikker ved DPS innenfor HSØ er 12. I Samdata finner vi ikke tall over kostnadene pr. behandlingstime hos avtalespesialistene sammenlignet med DPS (totalkostnader ved DPS). Det hadde vært interessant om noen regnet på og offentliggjorde disse tallene.

2 «Avtalespesialistene tar bare inn pasienter med milde psykiske plager».

I dag foreligger det lite offentlig statistikk over hvilke pasientgrupper som søkes til og mottar et behandlingstilbud hos avtalespesialistene. Vår erfaring fra egen praksis er at mange allerede har hatt kortvarige forløp i for eksempel Rask psykisk helsehjelp i kommunen, ved DPS eller BUP når de henvises til avtalespesialist. Slike henvisninger kommer ofte via pasientens fastlege, med epikrise fra DPS, der pasienten anbefales henvist til avtalespesialist.

Avslutning av behandlingen ved DPS er ofte begrunnet i kapasitet. Videre behandling hos avtalespesialist begrunnes i pasientens behov og avtalespesialistens kompetanse, som spesialisthelsetjeneste. Dersom avtalespesialisten ikke har kapasitet, blir ikke pasienten ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten og overlates til oppfølging av kommunale tjenester ved fastlege. Noen pasienter har hatt flere sekvensielle behandlingstilbud, uten å ha opplevd å komme i gang med behandlingen de behøver. I tillegg mottar avtalespesialistene henvisninger fra en pasientgruppe under samlebetegnelsen «antatte rettighetspasienter som av ulike grunner vegrer seg for å søke til DPS». Slik kan det altså se ut til at vi allerede behandler deler av samme pasientgruppe som DPS.

Eksempler på avtalespesialistenes myter om DPS kan være:

1 «DPS vil komme til å styre og presse oss til å ta imot flere pasienter enn hva som er forsvarlig». Dette er hva vi frykter, men vi har en rammeavtale som gjør at DPS ikke har styringsrett over vår praksis.

2 «DPS vil ikke samarbeide med oss når vi først har fått ansvaret for en pasient».

Vi har erfaringer med at dette stemmer, og at det ikke stemmer. DPS-ene i Oslo virker å være ulike. De ulike seksjonene ved ett DPS kan fungere svært ulikt når vi trenger et samarbeid.

...avtalespesialistene og lokale DPS-er i Oslo har en tradisjon for å dyrke gjensidige myter om hverandre

Vi har erfaringer både med godt samarbeid og med samarbeid som ikke fungerer.

Det offentliges ansvar



Alternativet til offentlig psykisk helsevern er å oppsøke helprivate psykologtjenester der pasienten selv eller et forsikringsselskap finansierer behandlingen. Dette er noe stadig flere ser seg nødt til, men mange har ikke økonomi til. Deres eneste mulighet er enten et tilbud i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Denne utviklingen av et todelt helsevesen er en fallitterklæring for det offentlige helsevesenet. Det må være et uttalt mål at den nye ordningen skal være med på å snu denne trenden, og ikke forsterke den. Dette forutsetter at det bevilges midler til å utvide behandlingskapasiteten – både i form av flere behandlere ved DPS og nye avtalehjemler – dersom pasienttrykket viser seg å bli for stort.

Vi er bekymret for at porten inn til behandling kan bli trangere, og at det vil legges press på avtalespesialister om å forkorte behandlingsløp og skrive ut pasienter før de er ferdigbehandlet, slik det gjøres ved DPS. Pasienter som trenger behandling, kan risikere ikke å få pasientrettigheter. Pasienter som får en pasientrettighet og en frist for oppstart, vil risikere å ikke få den behandlingen de trenger.

Dersom det offentlige løser disse utfordringene ved å kjøpe tjenester fra private aktører, kan dette skape enda flere vansker; det kan føre til en oppstyking av tjenestene, det kan forsterke flukten av psykologer fra det offentlige til det private, og det vil med stor sannsynlighet bli mer kostbart enn å opprette flere hjemler og styrke DPS-ene.

I dag er utfordringen at avtalespesialistene ikke har kapasitet til å ta inn alle nye pasienter som blir henvist. Ved innføring av FHM blir strømmen av henvisninger kartlagt i fellesskap. Dette er et ubetinget gode. Dette vil gi oss en felles oversikt over hvor mange faktiske enkeltpersoner som til sammen søker behandling i Oslo-området.

Det store spørsmålet blir hva som tilbys pasienten når rettigheten er innvilget, og hvilken form samarbeidet mellom avtalespesialistene og FHM vil få.