

Etablering og innføring av felles henvisningsmottak for psykisk helsevern i Helse Sør-Øst

30. januar 2023

1	Oppsummering.....	3
2	Anbefalinger fra Helse Sør-Øst RHF	3
3	Oppdrag, mandat og sammensetning.....	4
3.1	Tidsplan.....	4
3.2	Sammensetning	4
4	Bakgrunn	6
4.1	Endringer i rammeavtalen	6
5	Metode.....	7
6	Avtalespesialister i psykisk helsevern	7
7	Gjeldende juridiske rammer.....	7
	Rettighetsvurdering av henvisninger til helseforetak og private avtaleparter.....	7
8	Regional prosjektgruppe	8
9	Prinsipper for start av rettighetsvurdering (Nasjonale avklaringer).....	8
9.1	Samarbeidsavtale	8
9.2	Finansiering, inkludert honorering	8
9.3	Faglig profil	9
9.4	Deltagelse i felles henvisningsmottak	9
9.5	Ventelisteregistrering	9
10	IKT.....	10
11	Finansiering	10
11.1	Bemanning.....	11
12	ROS analyse	11
13	De tre første DPS-ene – status	13
	Oppsummert Kongsvinger DPS	13
	Oppsummert Gjøvik DPS	14
	Oppsummert Østre Agder DPS.....	14
14	Delprosjekt Oslo	15
15	Kommunikasjon.....	16
16	Vurdering.....	17
17	Vedlegg.....	17
	Rett til nødvendig helsehjelp og rett til vurdering.....	19
	Sentrale prosessuelle rettigheter - informasjon og klagerett.....	19
	Rett til behandlingsvalg (valg av behandlingssted).....	19
	Fristbrudd	19
	Rettighetsvurdering Ventelisteregistrering og rapportering	20
	Rett til fritt behandlingsvalg.....	20
18	Forankring/innsjill	20

1 Oppsummering

Avtalespesialister driver egen privat virksomhet som samtidig inngår i det offentlige sørge-for-ansvar gjennom driftsavtalen de har med et av de regionale helseforetakene. Avtalespesialister kan i dag motta henvisninger som ikke er rettighetsvurdert. Ved etablering av felles henvisningsmottak skal henvisninger sendes til et Distriktpsykiatrisk senter (DPS) for rettighetsvurdering, før den eventuelt sendes til en avtalespesialist.

Helse Sør-Øst RHF har etablert et regionalt prosjekt for å bistå de tre første delprosjektene; Østre Agder DPS, Kongsvinger DPS og Gjøvik DPS ved etablering og innføringen av felles henvisningsmottak. Prosjektet bistår også de fem DPS-ene i Oslo-området i forkant av innføringen av felles henvisningsmottak. Den regionale prosjektgruppen har hatt mange viktige og gode drøftinger for å sikre hensiktsmessige løsninger. Basert på samarbeidet med delprosjektene i Østre Agder DPS, Kongsvinger DPS og Gjøvik DPS, profesjonsforeningene og de andre regionale helseforetakene ledet av Helse Vest, er det Helse Sør-Øst RHF sin vurdering at god dialog og prosess har gitt prosjektet et godt grunnlag for å bredde dette videre i regionen fra og med 1. januar 2023 frem til 1. september 2023.

De tre første DPS-ene har et begrenset antall avtalespesialister i sine opptaksområder sammenlignet med DPS-er i Oslo-området. Det kan derfor være nye utfordringer med å innføre felles henvisningsmottak i Oslo-området, noe som var bakgrunnen for å etablere et eget delprosjekt og innlemme dette i den regionale prosjektgruppen fra 1. september 2022. Helse Sør-Øst RHF er nå i gang med dette arbeidet, i godt samarbeid med representanter fra DPS-ene i Oslo, regional prosjektgruppe og profesjonsforeningene.

Prosjektgruppens vurdering er at det er mulig å gjennomføre felles henvisningsmottak også i Oslo-området, men dette fordrer at DPS-ene i Oslo raskt kommer i gang med å organisere arbeidet lokalt og at den regionale prosjektgruppen følger opp dette arbeidet. Den regionale prosjektgruppen vil fra 2023 utvides med representanter fra de resterende helseforetak/sykehus for å koordinere delprosjektene.

2 Anbefalinger fra Helse Sør-Øst RHF

Basert på erfaringer fra de tre DPS-ene som startet opp 1. september 2022, dialog med DPS i Oslo-området, kartlegging i regionen samt generelle erfaringer, har den regionale prosjektgruppen kommet frem til følgende anbefalinger for videre implementering av felles henvisningsmottak i Helse Sør-Øst RHF frem mot oppstart 1. september 2023:

- Felles henvisningsmottak skal etableres ved alle DPS. Et helseforetak/sykehus kan velge å samle felles henvisningsmottak til færre DPS der dette er formålstjenlig.
- Etablere delprosjekt ved hvert helseforetak/sykehus og eventuelt lokale prosjekter ved hvert DPS. Prosjektet(ene) i helseforetakene bør ha en tverrfaglig sammensetning (prosjektleder (som deltar i regional prosjektgruppe), fag (DPS), merkantil, IKT, avtalespesialist(er) (psykiater/psykolog), henviser, tillitsvalgt, brukerrepresentant).
- Gjennomføre samarbeidsmøter mellom DPS og avtalespesialister i forkant av oppstart av felles henvisningsmottak.
- Gjennomføre opplæring av avtalespesialister i relevante IKT-systemer og ved behov, rettighetsvurdering, i forkant av oppstart av felles henvisningsmottak.
- Ha tilstrekkelig ressurser for å håndtere vurdering, kommunikasjon, logistikk og dialog med avtalespesialister.
- Vurdere inntaksstopp hos noen avtalespesialister i opptaksområdet, 3-6 måneder før oppstart av felles henvisningsmottak.

- Signerte samarbeidsavtaler er en forutsetning for at avtalespesialister skal kunne motta henvisninger.
- Elektronisk dialog mellom DPS og avtalespesialist er en forutsetning. Avtalespesialister må være tilknyttet Norsk Helsenett. Det bør være elektronisk dialog mellom avtalespesialister for å håndtere viderehenvisning.
- Minimum én avtalespesialist bør delta i felles henvisningsmottak. Rullering kan benyttes.
- Henvisninger som vurderes aktuelle for avtalespesialist, kan sorteres og vurderes i felles henvisningsmottak når avtalespesialist er til stede (merk at pasienten fortsatt har rett på svar i løpet av 10 virkedager).
- Honorar til avtalespesialist som deltar i felles henvisningsmottak/lokalt prosjektarbeid i forbindelse med etablering av felles henvisningsmottak, anbefales satt til kr 1400,- per time.
- DPS og avtalespesialister benytter felles brevmalen til pasienter/henvisere.

3 Oppdrag, mandat og sammensetning

I mandatet til det regionale prosjektet «Felles henvisningsmottak Helse Sør-Øst» fremkommer det at prosjektgruppen skal levere en rapport høst 2022 som skal omhandle avklaringer av problemstillinger og erfaringer som er gjort så langt. Rapporten skal legges til grunn når resten av regionens helseforetak/sykehus skal innføre felles henvisningsmottak.

Oppdrag om å etablere felles henvisningsmottak er gitt alle helseforetak og sykehus med opptaksområde i Oppdragsdokumentet (OBD) for 2022: ««Helseforetaket skal innen utgangen av 2022 ha etablert og i funksjon de felles henvisningsmottakene (helseforetak/avtalespesialister) innenfor psykisk helsevern»».

Arbeidet vil bygge på erfaringer fra det tidligere prosjektet for piloter for rettighetsvurdering i avtalepraksis og sluttrapporten fra dette prosjektet. Det regionale prosjektet skal koordinere arbeidet med å etablere felles henvisningsmottak ved alle helseforetak/sykehus i regionen.

3.1 Tidsplan

Det skal etableres delprosjekt ved alle helseforetak/sykehus fra 1. januar 2023. Det regionale prosjektet vil bistå i koordineringen av delprosjektene. Felles henvisningsmottak skal være i drift ved alle helseforetak/sykehus innen 1. september 2023.

Prosjekteier og styringsgruppen ble forelagt en fremdriftsplan hvor prosjektet ble delt inn i Fase 1 og Fase 2. Fase 1 omhandler oppstart av tre DPS for å høste erfaringer, mens Fase 2 omhandler videre utbredelse i helseregionen. Fremdriftsplanen ble også lagt frem for og godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet. For de første tre DPS-ene ble det etablert delprosjekt ved hvert av DPS-ene. For de resterende helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst var tilbakemeldingen fra Styringsgruppen at det var ønskelig med delprosjekt i hvert helseforetak og lokale prosjekter på DPS-nivå.

3.2 Sammensetning

- Prosjekteier er fagdirektør i Helse Sør-Øst RHF.
- Styringsgruppen ledes av avdelingsdirektør ved enhet psykisk helsevern og rusbehandling i Helse Sør-Øst RHF og har representant fra fagdirektørene, klinikkledere fra helseforetak/sykehus for de tre første DPS-ene, Psykologforeningen, Legeforeningen, konserntillitsvalgte og regionalt brukerutvalg.
- Klinik- og divisjonslederne i Helse Sør-Øst er referansegruppe.

- Den regionale prosjektgruppen startet med to deltakere fra hver av de tre første DPS-ene, Legeforeningen, Psykologforeningen, Praksiskonsulenter (PKO), foretakstillitsvalgt og regionalt brukerutvalg.
- Det er etablert egne delprosjekter ved de tre første DPS-ene.

Deltagere i det regionale prosjektet: (Fase 1 og delprosjekt Oslo):

Navn	Helseforetak/sykehus	
Rasmus Dynna	Sykehuset Innlandet HF/Gjøvik DPS	Psykologfaglig rådgiver
Stine Elton	Sykehuset Innlandet HF/Gjøvik DPS	Inntakskoordinator
Annette Lillevedt	Sørlandet sykehus HF/Østre Agder DPS	Psykologspesialist
Karina Vatne Danielssen	Sørlandet sykehus HF/Østre Agder DPS	Psykologspesialist
Kine Ramstad	Akershus universitetssykehus HF/Kongsvinger DPS	Avdelingsleder
Lars H. Ryther Myklebust	Akershus universitetssykehus HF/Kongsvinger DPS	Psykologspesialist (sluttet i perioden)
Anne Botilsrud	Akershus universitetssykehus HF/Kongsvinger DPS	Kontorpersonell
Bente Øvensen	Den Norske Legeforening	Avtalespesialist
Marit Grande	Psykologforeningen	Avtalespesialist
Eli Ringstad Skeid	Diakonhjemmet sykehus	Praksiskonsulentordningen
Sebastian Blancaflor	FFO	Brukerrepresentant
Birgit Aanderaa	Oslo universitetssykehus HF/Norsk psykologforening	Foretakstillitsvalgt

Høsten 2022 ble det etablert et eget delprosjekt for Oslo-området som skal særlig vurdere hvordan man får til en god organisering av avtalespesialisters tilhørighet til DPS i Oslo-området.

Navn	Helseforetak/sykehus	
Yngve Arner	Akershus universitetssykehus HF/Groruddalen DPS	Avdelingsleder
Tove Mathiesen	Akershus universitetssykehus HF/Groruddalen DPS	Psykologfaglig rådgiver /psykologspesialist
Roe Brufladt Eide	Oslo universitetssykehus HF/Søndre Oslo DPS	Inntaksansvarlig
May Kristin Øverby	Oslo universitetssykehus HF/Søndre Oslo DPS	
Erlend Hangaard	Oslo universitetssykehus HF/Nydalen DPS	Avdelingsleder
Christine Bull Bringager	Oslo universitetssykehus HF/Nydalen DPS	
Martin Åm	Lovisenberg Diakonale Sykehus/Lovisenberg DPS	Medisinskfaglig rådgiver
Line Margrethe Tunang-Nybakk	Diakonhjemmet sykehus/Vinderen DPS	Inntakskoordinator
Helse Sør-Øst RHF		
Torhild T. Hovdal	Helse Sør-Øst RHF	Prosjektleder Fase 1 (sluttet 1.10.2022)
Jin Øvreide	Helse Sør-Øst RHF	Prosjektleder/deltager, fag (slutter 1.1.23)
Thomas Vestre Hansen	Helse Sør-Øst RHF	Prosjektleder fra 1.10.2022
Berit Trøgstad Bungum	Helse Sør-Øst RHF	Prosjektdeltager, IKT
Berit Herlofsen	Helse Sør-Øst RHF	Prosjektdeltager, juridisk
Jan Morten Engzelius	Helse Sør-Øst RHF	Prosjektdeltager, PKO
Lars Kittilsen	Helse Sør-Øst RHF	Prosjektdeltager, kommunikasjon

Tabell 1 – sammensetning prosjektgruppe Helse Sør-Øst

Sammensetningen i gruppen ble endret fra 1. september 2022. Prosjektgruppen ble da supplert med representanter fra alle DPS-ene i Oslo og fra 1. januar 2023 vil gruppen bli supplert ytterligere med representanter fra de resterende helseforetak/sykehus i regionen).

Det er etablert et eget delprosjekt for fase 1 knyttet til IKT som Sykehuspartner leder.

Navn	Helseforetak/sykehus	
Hanne Winther	Sykehuspartner	Prosjektleder
Jeanette Wiger	Sykehuspartner	Rådgiver
Mona Syvertsen	Sykehuspartner	Rådgiver/prosjektleder
Robin Lynne Sterlin Øverland	Sykehuspartner	Seniorrådgiver
Karina Vatne Danielsen	Sørlandet sykehus HF/Østre Agder DPS	Psykologspesialist
Elise Margrete Drag	Sørlandet sykehus HF/Østre Agder DPS	Merkantil
Catrine Bjorvatn	Sørlandet sykehus HF/Østre Agder DPS	Merkantil
Christin Gjerdal	Sørlandet sykehus HF/Østre Agder DPS	Klinisk IKT
Anne Botilsrud	Akershus universitetssykehus HF/Kongsvinger DPS	Merkantil
Bente Sund Langøigjelten	Akershus universitetssykehus HF/Kongsvinger DPS	Klinisk IKT
Annika Leirdal Ringen	Sykehuset Innlandet HF/Gjøvik DPS	Merkantil
Bente Sund Langøigjelten	Sykehuset Innlandet HF/Gjøvik DPS	Klinisk IKT
Berit Trøgstad Bungum	Helse Sør-Øst RHF	Prosjektstøtte

Tabell 2 – prosjektdeltagere IKT

4 Bakgrunn

Avtalespesialister er legespesialister og spesialister innen psykologi som har driftsavtale med det regionale helseforetaket. Det er ca. 950 avtalespesialister som har avtale med Helse Sør-Øst RHF og de står for en stor del av den polikliniske virksomheten i regionen. Innen psykisk helsevern er det ca. 470 avtalespesialister.

Praksis til nå har vært at henvisninger til avtalespesialister fra førstelinjen har gått direkte til avtalespesialistene og ikke blitt rettighetsvurdert. Avtalespesialistene har ikke hatt samme lovpålagte plikt til å vurdere henvisninger og tildele rettigheter som helseforetak/sykehus, og pasienter henvist til avtalespesialister har derved ikke fått de samme rettighetene som pasienter henvist til andre deler av spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1 b annet ledd). Dette innebærer at disse pasientene ikke har hatt rett til å få vurdert sin helsetilstand innen 10 virkedager. De har heller ikke fått tildelt en juridisk bindende frist for når helsehjelpen senest skal starte, og kan dermed ikke meldes til Helfo dersom fristen ikke innfris. Pasientene fikk dermed ikke vurdert sin helsetilstand i tråd med kravene i pbrl. §2-2.

Det har over flere år vært forsøk på å utrede hvordan henvisninger til avtalespesialister kan rettighetsvurderes. I oppdragsdokumentet for 2018 fikk de regionale helseforetakene i oppgave å prøve ut tre ulike modeller for rettighetsvurdering i avtalepraksis. Alle de fire regionene ønsket å samle erfaringer om rettighetsvurdering gjennom felles henvisningsmottak i psykisk helsevern. Det ble i samarbeid med Legeforeningen og Psykologforeningen gjort et betydelig arbeid i alle helseregionene for å skaffe erfaringer gjennom utprøving av modellene. Til tross for betydelig innsats i perioden 2018-2019 lyktes det ikke å gjennomføre pilotene.

4.1 Endringer i rammeavtalen

Det ble høsten 2020 gjennomført forhandlinger mellom de fire regionale helseforetakene, Legeforeningen og Psykologforeningen. Partene ble enige om et nytt punkt i rammeavtalen; «*Felles henvisningsmottak og rettighetsvurdering i psykisk helsevern – «en-vei-inn» for henvisninger*». Sentralt i det nye punktet i rammeavtalene er at regionale helseforetak skal legge til rette for at helseforetakene/sykehusene etablerer felles henvisningsmottak, der henvisninger til DPS og avtalepsykiater/-psykolog, samlet vurderes etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 jf. pbrl. § 2-1 b

annet ledd. Alle henvisninger i psykisk helsevern sendes til felles henvisningsmottak og fordeles til de ulike tilbudene ved DPS og avtalespesialistene i opptaksområdet. ([Kapittel 16 - Vedlegg](#)).

5 Metode

Den regionale prosjektgruppen har hatt ukentlige internmøter og regelmessige møter med styringsgruppeleder, deltagerne fra de tre første DPS-ene og fra 1. september 2022 med deltagere fra DPS-ene i Oslo-området. Møtene har for det meste vært avholdt digitalt. Det har vært egne møter med aktuelle representanter for områdene IKT og merkantilt. Det har vært avholdt et fysisk møte med avtalespesialister og representanter fra DPS-ene i Oslo-området. Status har vært presentert for prosjekteier, styringsgruppen og referansegruppen. Rapporten med regionale anbefalinger skal forankres i de etablerte prosjektfora, regionalt fagdirektørmøte og interne fora i Helse Sør-Øst RHF.

Det ble i oktober 2021 bestilt IKT bistand fra Sykehuspartner. I april 2022 ble delprosjekt «*Felles henvisningsmottak – IKT*» etablert i Sykehuspartner, hvor aktuelle representanter fra DPS-ene, meldingsansvarlige fra lokal IKT-forvaltning samt representant fra intern prosjektgruppe Teknologi og e-helse Helse Sør-Øst RHF, var representert. Det har blitt avholdt faste statusmøter hver 14. dag i perioden mai til september 2022 samt egne testmøter med de aktuelle helseforetak. Det ble vurdert at det ikke var behov for teknisk ROS-analyse utover prosjektets ROS-analyse.

6 Avtalespesialister i psykisk helsevern

Avtalespesialister driver egen privat virksomhet som samtidig inngår i det offentliges sørge-for-ansvar gjennom driftsavtalen de har med et av de regionale helseforetakene. Ordningen er regulert gjennom en overordnet Rammeavtale som er inngått mellom profesjonsforeningene (Legeforeningen og Psykologforeningen) og de regionale helseforetakene, samt en individuell avtale mellom den enkelte avtalespesialist og det regionale helseforetaket de er tildelt avtalehjemmel fra.

Avtalespesialisten mottar driftstilskudd fra sin avtalepart, og tilknytningen til det offentlige åpner for å kunne sende refusjonskrav til Helfo for behandling av den enkelte pasient. Avtalespesialistenes virksomhet er en del av det øvrige spesialisthelsetjenestetilbudet.

Avtalespesialister kan ikke tildele pasientrettigheter. Helse- og omsorgsdepartementet har fått hjemmel til å gi forskrift med nærmere bestemmelser om at private aktører skal kunne tildele pasientrettigheter. Der er de ikke underlagt forskrift om ventelisteregistrering og rapportering slik resten av spesialisthelsetjenesten er. De har imidlertid noen krav til rapportering av registrerte data fra henvisningen hjemlet i pasientregisterforskriften Norsk pasientregister (NPR).

7 Gjeldende juridiske rammer

Rettighetsvurdering av henvisninger til helseforetak og private avtaleparter

Når en pasient henvises fra førstelinjen til planlagt helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal henvisningen rettighetsvurderes ved mottak. I dag gjelder dette mottak ved helseforetak/sykehus samt private virksomheter som et regionalt helseforetak har gitt kompetanse til å rettighetsvurdere. Pasientens behov for spesialisert helsehjelp skal vurderes, og dersom det foreligger et slikt behov skal henvisningen prioriteres. De sentrale lov- og forskriftsbestemmelsene som regulerer rettighetsvurdering gjennomgås er detaljert i kapittel [16 – Vedlegg](#). Dette omfatter både spesialisthelsetjenestens plikter og pasienters rettigheter.

8 Regional prosjektgruppe

Den regionale prosjektgruppen har jobbet med avklaringer av sentrale problemstillinger, som

- Digital kommunikasjon mellom aktørene
- Involvering av avtalespesialistene i henvisningsmottaket
- Ansvarsforhold – ansvar for pasientadministrasjon, rapportering og pasientbehandling fra henvisningen mottas til helsehjelpen ytes
- Eventuelle endringer i totalt antall henvisninger til psykisk helsevern
- Fordeling av henvisningene, bl.a. kapasitet og faglig profil hos avtalespesialister
- Ivareta pasientenes valgrett – rett til fritt behandlingsvalg
- Rutiner og understøttende digitale løsninger mellom helseforetak og avtalespesialist for melding av Fristbrudd og oppfølging ved fravær hos avtalespesialister
- Kommunikasjon og informasjon til involverte (avtalespesialister, ansatte ved DPS-ene, pasienter, fastleger mm.)
- Vurdering av kostnader i prosjektperioden og faste utgifter knyttet til drift

Flere av problemstillingene har også blitt drøftet sentralt og er omtalt i Nasjonale avklaringer, se kapittel 9. De sentrale problemstillingene er også sammenfallende med ROS-analysen som er utarbeidet av prosjektgruppen – se [kapittel 12](#).

9 Prinsipper for start av rettighetsvurdering (Nasjonale avklaringer)

En del av problemstillingene over har vært av nasjonal karakter. Det var derfor tidlig dialog mellom Helse Vest RHF, Som har hatt et koordinerende ansvar på vegne av de regionale helseforetakene, og profesjonsforeningene om noen aktuelle problemstillinger. Dette resulterte i utarbeidelse av et interregionalt notat med en konkretisering av tiltak ved iverksetting av rettighetsvurdering for alle henvisninger til psykisk helsevern. Dette i tråd med gjeldende rammeavtale.

Notatet svarer ut spørsmål som er meldt både fra helseforetakene og profesjonsforeningene som har nasjonal karakter. Notatet har vært til høring hos profesjonsforeningene. Det er konsensus mellom de fire regionale helseforetakene om notatets innhold. Notatet er vedlagt denne rapporten. ([Kapittel 16 - Vedlegg 1](#)).

9.1 Samarbeidsavtale

Det fremkommer i rammeavtalen § 13 at det skal foreligge samarbeidsavtale mellom DPS og avtalespesialister, jfr. rammeavtalen § 13 (Legeforeningen) og § 12 (Psykologforeningen). Det foreligger i dag en avtalemal for samarbeidet mellom avtalespesialister og relevant helseforetak/sykehus jf. rammeavtalen § 1.3 Samarbeid. Denne foreslås nå erstattet av en ny overordnet samarbeidsavtale som også omfatter endringer ved innføring av felles henvisningsmottak. Forslag til ny avtalemal er forhandlet frem mellom profesjonsforeningene og de fire regionale helseforetakene.. Malen er lagt opp slik at kan tilpasses lokalt når det inngås avtale mellom helseforetak/sykehus og den enkelte avtalespesialist, samt at regionale og lokale føringer kan legges som vedlegg til den overordnede samarbeidsavtalen. Avtalemalen er vedlagt rapporten. ([Vedlegg 2 – mal for samarbeidsavtale](#)).

9.2 Finansiering, inkludert honorering

Det forutsettes at alle helseforetak/sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst dekker kostnader med innføring av felles henvisningsmottak av den tildelte rammen, både knyttet til oppstart og ved drift, inkl. honorering av avtalespesialist som deltar i felles henvisningsmottak.

I ROS-analysen ([kapittel 12](#)) fremkommer det høy sannsynlighet for kapasitetsutfordringer i inntaksarbeidet ved DPS-ene som følge av etablering av felles henvisningsmottak, samt kapasitetsutfordringer ved at flere vil få rett til helsehjelp ved DPS. Konsekvensene kan bli alvorlige med bl.a. lengre ventetider, flere avslag og flere fristbrudd. Det vurderes som avgjørende at det sikres tilstrekkelig med ressurser til å bemanne henvisningsmottakene og til økt bemanning på behandlerensiden ved DPS-ene. Dette krever ressurser både i prosjektfasen og ved videre drift. Det er avgjørende at helseforetakene/sykehusene prioriterer arbeidet og legger til rette for gjennomføring av oppdraget.

Etter ønske fra profesjonsforeningene og Østre Agder, Kongsvinger og Gjøvik DPS har Helse Sør-Øst RHF utarbeidet en anbefaling om et honorar for avtalespesialisters deltakelse i felles henvisningsmottak. Godtgjøringssetningen som foreslås er 1400,- kroner timen (om lag gjennomsnittsinntekt per time, hentet fra SSB - [Avtalespesialisters inntekter og kostnader. En fremstilling av relevante datakilder og tallgrunnlag \(ssb.no\)](#). Se [kapittel 16 – Vedlegg](#). Honoraret justeres i henhold til de årlige justeringene i normaltarriffoppgjøret.

9.3 Faglig profil

I Rammeavtalens § 12 og § 13 (henholdsvis Psykologforeningen og Legeforeningen) fremkommer det at helseforetakene har ansvar for å innhente oversikt over avtalespesialistens faglige profil.

Avtalespesialistens faglige profil skal beskrives i samarbeidsavtalen. Avtalespesialisten vil få ansvar for pasienter i tråd med samarbeidsavtalen og den enkeltes faglige profil.

Alle avtalespesialister skal skriftlig orientere henvisningsmottaket om egen kompetanse, praksisprofil, og eventuelt særlige interessefelt.

9.4 Deltagelse i felles henvisningsmottak

Det skal legges til rette for at én eller flere avtalespesialister kan delta i arbeidet ved hvert felles henvisningsmottak. Det innebærer at det både praktisk og økonomisk legges til rette for slik deltakelse, for eksempel ved å gi anledning til å ta inn vikar i praksis, at driftstilskudd ikke reduseres, praksiskompensasjon osv. Avtalespesialister som deltar i arbeidet i et henvisningsmottak i inntil 20 % stilling vil ikke få trekk i driftstilskuddet. Lønn eller honorar avtales lokalt, jf. kapittel 9.2. Det foreligger løsninger i helseforetakene for ulike ansettelsesformer, eller innleie av personell.

9.5 Ventelisteregistrering

Når henvisning og informasjon er oversendt til avtalespesialist og til pasient vil helseforetaket/sykehuset avslutte henvisningsperioden i eget pasientadministrativt system. Pasientens rettigheter i forbindelse med et eventuelt fristbrudd vil fortsatt være gjeldende, men pasienten vil ikke lenger være registrert som ventende i helseforetaket fordi helsehjelpen ikke skal mottas der. Avtalespesialisten er i dag ikke omfattet av ventelisteforskriften.

Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF vil prøve ut en annen ordning, hvor henvisningen ikke avsluttes i helseforetakets pasientadministrative system før avtalespesialist bekrefter at behandling har startet. De to ordningene har fordeler og ulemper som RHF-ene ønsker å høste erfaringer med. RHF-ene vil orientere Helse- og omsorgsdepartementet om løsningene som settes i drift. I denne dialogen er det ønskelig å avklare hva som vil være den mest hensiktsmessige ordningen som ivaretar både pasientens rettigheter og spesialisthelsetjenestens forpliktelser, for eksempel ved at avtalespesialistene inkluderes i ventelisteforskriften.

10 IKT

Alle avtalespesialister tilhørende opptaksområde Kongsvinger DPS, Gjøvik DPS og Østre Agder DPS er registrert i Adresseregisteret og tilknyttet Norsk helsenett og alle avtalespesialistene benyttet samme IKT-leverandør, Aspit/Psykbase.

Helse Sør-Øst RHF besluttet i 2018 å benytte epikrisemelding for viderehenvisning innad i spesialisthelsetjenesten inntil Henvisningsmelding 2.0 blir tilgjengelig på DIPS Arena. Samme meldingsløsning er også valgt for viderehenvisning til avtalespesialist. Det er opprettet en egen dokumenttype «*Viderehenv. til avtalespes – psyk helsevern (edi)*». Det er ikke mulig å sende vedlegg elektronisk på epikrisemelding, så tekst fra opprinnelig henvisning må kopieres og limes inn i viderehenvisningsdokumentet. Eventuelle skjemaer eller tabeller må sendes som papirpost grunnet formateringsutfordringer.

Avtalespesialistene i prosjektet har bistått i utforming av tekst i dokumenttypen slik at teksten er mest mulig lesbart og oversiktlig ved mottak i Psykbase. Dette med bakgrunn i manglende formatering etter oversendelse. Avtalespesialistene må registrere all informasjon i eget journalsystem manuelt inntil helseforetakene får implementert henvisningsmelding 2.0.

Utover epikrisemelding benyttes dialogmelding. Det ble i juni og august 2022 gjennomført flyt-testing med adressering samt dialog- og meldingsutveksling til hver enkelt avtalespesialist uten særlige utfordringer. Avtalespesialistene ble da kjent med hvor dokumentene la seg i Psykbase og hvordan de skulle svare ut meldingene. Det er oppdaget begrensninger i Psykbase knyttet til dialogmeldinger som kun kan sende ett svar på forespørsel. Det har vært dialog med leverandør for mulig å løse problemstillingen. Sykehuspartner vil vurdere en forenkling av flyt-test for Oslo-området og de resterende helseforetakene grunnet antallet avtalespesialister.

Det er utarbeidet veileder *Felles henvisningsmottak - Psykisk helsevern. Mottak, vurdering og oppfølging av henvisning (helse-sorost.no)* som bl.a. beskriver håndtering av henvisning – mottak, vurdering, viderehenvisning og pasientbrev, avvikling av henvisningsperioden og tilbakemelding fra avtalespesialist om truende fristbrudd. Veileder ble testet i forkant av oppstart. Helseforetakene har vært ansvarlig for å etablere god arbeidsflyt mellom vurderingsansvarlig spesialist, avtalespesialist som skal delta i felles henvisningsmottaket og kontorpersonell for rettighetsvurdering og utsendelse av henvisningsdokumentet.

Det er opprettet tre pasientbrev:

1. Svar på henv, Avtalespesialist m/time.
2. Svar på henv, Avtalespesialist m/uke.
3. Svar på henv, Avtalespesialist u/time.

Styringsgruppen ønsker at pasientbrev 3 avvikles før resterende DPS starter. Det er igangsatt videreutvikling av Informasjonstjenesten Velg behandlingssted`s regionale løsning slik at avtalespesialistene kan gjøre elektronisk innmelding til DPS av profil og kapasitet.

11 Finansiering

Alle helseforetak/sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst er gitt i oppdrag (OBD) å innføre felles henvisningsmottak og dette er en oppgave som må dekkes av den tildelte rammen. Det er tildelt 1 millioner kroner i tjenesteinnovasjonsmidler til hvert av de tre første DPS-ene, da de har brukt ekstra tid og ressurser til avklaringer og utvikle modeller/løsninger.

11.1 Bemanning

Det forventes at etablering av felles henvisningsmottak vil føre til at ressursbehovet øker i DPS-ene, både for å håndtere- og vurdere henvisninger og merkantile oppgaver (dialog med avtalespesialister, elektronisk kommunikasjon, opplæring med mer). Tabell 3 viser det estimerte ressursbehovet for de tre DPS-ene første 6 måneder. Estimaten ble gjort i forkant av oppstart av felles henvisningsmottak (mai 2022) og viser forventet ressursbruk sett opp mot DPS størrelse, antall avtalespesialister tilknyttet DPS-et, forventet antall henvisninger til felles henvisningsmottak og merkantilt arbeid.

Første 6 måneder	
Kongsvinger DPS	
0,5 merkantil FHM	
0,3 behandler FHM	
1 behandler (håndtere pukkeeffekt)	
Total	
Gjøvik DPS	
0,8 merkantil FHM	
0,5 behandler FHM	
1,75 behandler (håndtere pukkeeffekt)	
Total	
Østre Agder DPS	
1 merkantil FHM	
1 behandler FHM	
3 behandler (håndtere pukkeeffekt)	
Total	

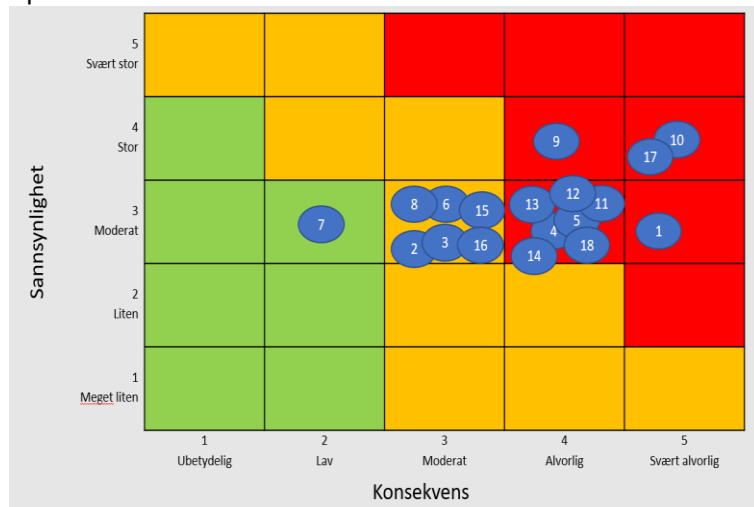
Tabell 3 – Ressursbehov etablering felles henvisningsmottak

Erfaringer så langt (etter tre måneder) viser at det har vært mindre behov for behandler-ressurser (vurdering av henvisninger) og et større behov for merkantile ressurser (elektronisk kommunikasjon er ikke fullt ut etablert).

12 ROS analyse

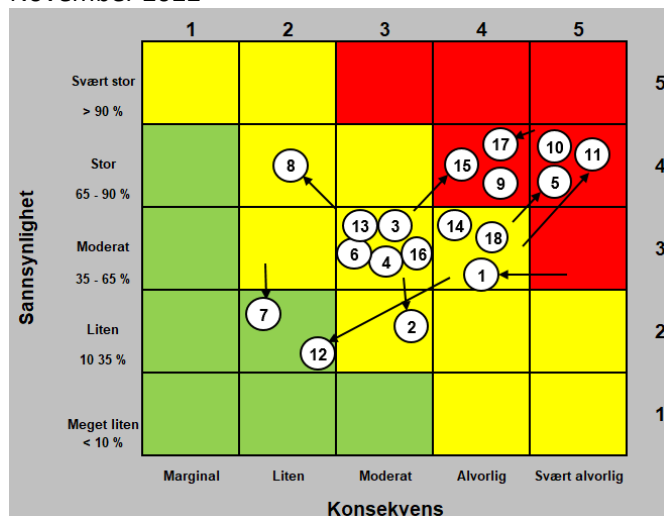
Det er utarbeidet en ROS-analyse i april 2022 sammen med prosjektgruppen Fase 1 som ble oppdatert november 2022. Dette med bakgrunn i utarbeidet prosessbeskrivelse – [kapittel 16- Vedlegg 3](#). Analysen viser fortsatt flere røde områder, men det er iverksatt en rekke tiltak for å redusere risikoen, blant annet for å ivareta digital kommunikasjon mellom aktørene som er en forutsetning for å lykkes med etableringen av felles henvisningsmottak.

April 2022



Tabell 4 ROS analyser

November 2022



Handlingsplan risiko med rød skår:

Id	Risikobeskrivelse	Tiltak	Tidsfrist	Ansvar
5	<p>Mål: Pasienten gis mulighet til å ønske behandlingssted og taushetsplikt/ pasientsikkerhet blir i varetatt</p> <p>Risikofaktorer:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasient ønsker ikke å benytte avtalespesialist i eget opptaksområde av personlige årsaker Pasienter søker ikke helsehjelp grunnet felles henvisningsmottak ligger i DPS særlig aktuelt om pasient er helsepersonell el. Pasienten er ikke kjent med mulig videresending til avtalespesialist. Endring i henvisningsflyt grunnet pasientens rett til å velge behandlingssted (gjelder første fase av implementering av felles henvisningsmottak). 	<ul style="list-style-type: none"> Etablere IKT-løsning slik at avtalespesialister kan informere om ledig kapasitet (skybasert løsning / FBV oversikt). 	1.4.23	IKT-ansvarlig (regionalt/HSØ)
9	<p>Mål: Pasienter som har rett til helsehjelp i psykisk helsevern skal få tilbud om utredning og behandling uavhengig av om tilstanden er omtalt i prioriteringsveilederen</p> <p>Risikofaktorer:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasientgrupper som avtalespesialister tidligere har behandlet får avslag ved vurdering i felles henvisningsmottak da disse ikke står beskrevet i henvisningsmottak da disse ikke står beskrevet i prioriteringsveileder. 	<ul style="list-style-type: none"> Gode rutiner for samarbeid og dialog med fastlege/henviser før henvisning sendes (mulighet for å konferere) og ved vurdering av henvisning. Gode rutiner og arbeidsflyt i henvisningsprosessen basert på samarbeidsavtale mellom DPS og avtalespesialist. 	Ved oppstart	Lokalt prosjekt/lokal prosjektleder
10	<p>Mål: Det er etablert godt tillits- og samarbeidsklima mellom avtalespesialist og DPS</p> <p>Risikofaktorer:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mangel på felles forståelse og kunnskap om hverandres arbeidsformer mellom avtalespesialist og DPS Forventninger mellom avtalespesialister og DPS er ikke omforent. Kan være lokale forskjeller. 	<ul style="list-style-type: none"> Tilstrekkelig finansiering og rekruttering Oppfølging fra ledelsen av avslag, ventetider og fristbrudd. Gode rutiner for samarbeid og dialog med fastlege/henviser før henvisning sendes (mulighet for å konferere) og ved vurdering av henvisning. Gode rutiner for vurdering av rett til helsehjelp (riktig bruk av prioriteringsveileder) God informasjon til kommunene om felles henvisningsmottak og endringer som følger av dette. Samarbeid og dialog med kommune om tilbud i primærhelsetjenesten (eks. forløpskoordinatorer) Bedre oversikt over kommunale tjenester. Samarbeid/opplæring mellom DPS og avtalespesialister. 	Ved oppstart	HF/sykehus Lokalt prosjekt/lokal prosjektleder
11	<p>Mål: Felles henvisningsmottak har oversikt over kapasitet hos den enkelte avtalespesialist</p> <p>Risikofaktorer:</p> <ol style="list-style-type: none"> Henvisningen blir videresendt til avtalespesialist som ikke har kapasitet, kan medføre at pasient får utsatt behandlingsstart. Avtalespesialisten glemmer å oppdatere kapasitetsoversikt. Felles henvisningsmottak må kontakte den enkelte avtalespesialist for oversikt over kapasitet for hver pasient. 	<ul style="list-style-type: none"> HF/DPS og lokale avtalespesialister etablerer gode rutiner for oppdatert oversikt over ledig kapasitet hos avtalespesialister. Etablere gode elektroniske løsninger for innmelding og oversikt over kapasitet hos avtalespesialist. 	Før oppstart	DPS/avtalespesialist IKT-ansvarlig (regionalt/HSØ)
15	<p>Mål: Informasjon om utført rettighetsvurdering og tid til oppmøte hos avtalespesialist er sendt pasient innen vurderingsfrist på 10 virkedager</p> <p>Risikofaktorer:</p> <ol style="list-style-type: none"> Avtalespesialist mottar ikke viderehenvisning og vedlegg i tide, slik at time til oppmøte ikke blir sendt pasient av avtalespesialist innen vurderingsfrist. Felles henvisningsmottak blir forhindret i å rettighetsvurdere innen vurderingsfrist pga. mangelfulle opplysninger. Avtalespesialisten blir forhindret i å sende tid om oppmøte innen vurderingsfrist. 	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetakene kan gi rettighetsvurderingsinformasjon i form av angivelse av uke (i samarbeid med den enkelte avtalespesialist). Oppdatert oversikt over kapasitet hos avtalespesialisten. Elektroniske dialogløsninger mellom inntak og avtalespesialist må være på plass før oppstart. Etablere gode rutiner og arbeidsflyt for vurdering av henvisninger 	Før oppstart	DPS AS IKT-ansvarlig (regionalt/HSØ)
17	<p>Mål: Pasienter som har rett til helsehjelp i psykisk helsevern skal få tilbud om utredning og behandling uavhengig av om tilstanden er omtalt i prioriteringsveilederen.</p> <p>Risikofaktorer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Pasientgrupper som avtalespesialister tidligere har behandlet får avslag ved vurdering i felles henvisningsmottak da disse ikke står beskrevet i prioriteringsveileder.</u> 	<ul style="list-style-type: none"> Felles forståelse og god kjennskap til prioriteringsveileder. Nasjonale/regionale/lokale rutiner/veiledere for tilstander som ikke er omtalt i prioriteringsveileder. 	Ved oppstart	DPS/avtalespesialist

Tabell 5 – ROS handlingsplan

Den største risikoen er knyttet til ressurser ved DPS. Dette må sees i sammenheng med økonomi og prioritering i 2023.

De fleste avtalespesialistene som deltok i opptaksområdene til Gjøvik DPS, Kongsvinger DPS og Østre Agder DPS hadde 1. september 2022 ventelister på mellom seks og tolv måneder. Disse ventelistene må avvikles før avtalespesialistene kan begynne å ta imot henvisninger fra felles henvisningsmottak. Som følge av dette var risikoen for at det ved oppstart kunne oppstå en «pukkeeffekt» ved DPS-ene i form av en økning i antall henvisninger som skulle håndteres. Og at pasienter som får rett til helsehjelp må få det ved DPS-et inntil avtalespesialistene i opptaksområdet har avviklet sine ventelister og kan ta imot pasienter fra henvisningsmottaket. Dette ville medføre merarbeid for inntaksteamene ved DPS-ene og flere pasienter til utredning og behandling ved DPS-ene.

En rekke indikatorer knyttet til risikoområdene, vil følges opp av Helse Sør-Øst RHF (ved prosjektet), ved innføring av felles henvisningsmottak, som:

- Ventetider
- Andel og antall avslag
- Andel og antall som har fått rett til helsehjelp
- Antall henvisninger totalt og fordelt på DPS/avtalespesialister
- Fristbrudd
- Antall konsultasjoner per pasient både hos DPS og Avtalespesialist
- Antall klagesaker på rettighetsvurderinger
- Rekruttering (antall søkere til avtalehjempler og stillinger ved DPS)

For detaljert informasjon om ROS-analysene, se [kapittel 16 – Vedlegg 4](#).

13 De tre første DPS-ene – status

De tre første DPS-ene leverte sine rapporter/erfaringer 15. november 2022. Se [kapittel 16 – Vedlegg](#), for helhetlige rapporter. Status per 12.12.22:

Oppsummert Kongsvinger DPS

- Kongsvinger DPS har 4 avtalespesialister i opptaksområdet
- Kongsvinger DPS har ikke hatt en økning av henvisninger i perioden 01.09.22 til 12.12.22 (estimert 20 % økning)
- Avtalespesialister skulle ha en rullerende ordning inn i inntaksarbeidet – endret til at nytilsatt avtalespesialist deltar – deltatt fra uke 44
 - Deltar i inntaksarbeid og rettighetsvurderinger fra november-22 til april-23 med anbefalt honorering (kr 1400/t og kan godtgjøres for inntil 3t per uke, inkl. forarbeid)
- Samarbeidsavtaler signeres
- Avtalespesialist rapporterer hver måned om kapasitet – fungerer godt – men ikke ledig kapasitet før 2023
 - Avtalespesialister hadde 6 måneder ventetid 1. september 2022 - ikke hatt inntaksstopp i forkant.
 - Per 12.12.22 – avtalespesialist har mottatt 28 henvisninger
- Kongsvinger DPS har benyttet det meste av tildelte innovasjonsmidler fra Helse Sør-Øst RHF
 - Dekket 50 % merkantilressurs (helsesekretærstilling)
 - Dekket 100 % behandlerstilling (psykolog på lisens) ved poliklinikken
 - Dekket 20 % inntaksansvarlig (innleie psykologspesialist)
- Klinisk IKT ved Akershus universitetssykehus ble ikke koblet tidlig nok på piloteringen
- Ventetiden ved DPS har ikke endret seg etter oppstart med felles henvisningsmottak

Oppsummert Gjøvik DPS

- 9 avtalespesialister i opptaksområdet til Gjøvik DPS
- Per 12.12.22 er ikke avtalespesialist med i vurderingen av rett til spesialisthelsetjenester – startet 18.01.23, to ganger per uke.
 - Avtalt at deltakelse ruller med én avtalespesialist inn i inntaksarbeidet 6 måneder om gangen. Den som er i rulling har en stedfortreder. Grunnet uklarhet rundt kompensasjon har første rulling ennå ikke begynt.
- Flyten fra DPS til avtalespesialist er ressurskrevende grunnet manglende gode digitale løsninger for kommunikasjon og informasjonsutveksling
- Innføring av felles henvisningsmottak har medført behov for vesentlig økt ressursbruk til inntaksarbeid ved Gjøvik DPS. Estimert økning opp til en 100 % stilling.
- Økning i henvisninger fra september 2021 til september 2022 på 16 %, fra oktober 2021 til oktober 2022 på 31 %, og fra november 2021 til november 2022 på 14 % - et gjennomsnitt på 29 % de tre første månedene.
- I oktober 2021 ble det gitt rett til 179 pasienter, i oktober 2022 ble gitt rett til 234 pasienter. 30 % flere pasienter har dermed fått rett til spesialisthelsetjeneste. Til tross for dette er avslagsprosenten 30 % for oktober 2022.
- Tidlig avklaringssteam etablert 01.09.2022 – oversendt 116 pasienter fra felles henvisningsmottak til tidlig avklaringssteam i september og oktober.
- En av avtalespesialistene startet opp avtalepraksis 01.09.22 og hadde tom timebok og har mottatt 24 pasienter.
- *«Fra et faglig perspektiv fremstår piloten generelt sett som positiv. Opplever at avtalespesialistene blir en faglig ressurs for DPSet, og at DPS og avtalespesialistene sammen utgjør spesialisthelsetjenesten. Dette var en opplevelse vi ikke hadde tidligere».*

Oppsummert Østre Agder DPS

- Østre Agder DPS har 13 avtalespesialister i opptaksområdet
- Felles henvisningsmottak består av 2 psykologspesialister, 1 psykolog som skriver avslag, 1 merkantil og 1 forløpskoordinator som også har hovedansvaret for kontakten med avtalespesialistene – ressurskrevende
- Stor henvisningsmengde
- En avtalespesialist har deltatt ukentlig i felles henvisningsmottak siden oppstart - ca. 2 timer pr. uke med en timesats på kr 1906 pr. time
- Antall henvisninger i perioden 01.09.22 - 04.11.22: 604. Henvisninger merket til avtalespesialist: 16
- Per 12.12.22 er det oversendt 24 henvisninger til avtalespesialist
- Avtalespesialist har deltatt i felles henvisningsmottak ukentlig (à ca. 2 timer) – behov for IKT opplæring
- Ingen henvisninger oversendt til avtalespesialist ennå, grunnet avvikling av ventelister
- God kontakt med avtalespesialistene i opptaksområdet
- Kontakt foregår via epost, ev. telefon. Avtalespesialist svarer raskt etter viderehenvisning.
- Godt samarbeid med lokal IKT - svært hjelpelige og stiller opp i møter og hos AS for opplæring.
- Felles henvisningsmottak har fungert godt. Avtalespesialist er generelt godt fornøyd med at DPS vurderer henvisningene og fordeling av pasienter
- Flere samarbeidsmøter mellom DPS og avtalespesialist i forkant nødvendig for at felles henvisningsmottak skal fungere
- Avtalespesialist må også få kontaktpersoner i felles henvisningsmottak som de kan kontakte - løpende kontakt mellom avtalespesialist og felles henvisningsmottak avgjørende for godt samarbeid.
- Anbefaler at avtalespesialist får opplæring i DIPS og ev. bruk av Join/Norsk Helsenett før deltakelse i felles henvisningsmottak
- Ønske om tydelig anbefaling om timesats og en godkjent samarbeidsavtale

14 Delprosjekt Oslo

Delprosjekt Oslo startet opp 1. september 2022 og representanter fra de fem Oslo DPS-ene ble med i den regionale prosjektgruppen.

I møtene med delprosjekt Oslo har det vært fokus på bakgrunn og status for arbeidet, samt se på særlige utfordringer og viktige forutsetninger for innføring av felles henvisningsmottak i Oslo-området. Det er redegjort for nasjonale avklaringer som er gjort på tvers av RHF-ene og i samarbeid med profesjonsforeningene. Videre er det redegjort for Helse Sør Øst sitt valg av ventelisteregistrering samt løsning for elektronisk samhandling mellom DPS og avtalespesialist. Det er initiert kontakt med Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus for å avklare særskilte behov for viderehenvisning til avtalespesialister.

Grunnet et stort antall avtalespesialister er det forventet å være noen særlig utfordringer i Oslo-området. Et gjennomgående tema i delprosjekt Oslo har derfor vært: Hvordan få til en god organisering av avtalespesialisters tilhørighet til opptaksområdet ved DPS? Som et ledd i dette har det vært sentralt å se på kriterier for fordeling av avtalespesialister til DPS-områder, for forutsigbarhet for både DPS og avtalespesialister.

Helse Sør-Øst RHF har sammen med Oslo DPS-ene blitt enige om et sett kriterier for fordeling av avtalespesialister i Oslo. Kriteriene som har vært lagt til grunn for fordelingen er antall årsverk psykiater og psykolog, befolkningstall og behovsindeks i Helse Sør-Øst.

Det er planlagt felles informasjonsmøte for alle avtalespesialister i Oslo, samt representanter fra DPS-ene i Oslo 7. desember 2022. Her vil Helse Sør-Øst RHF informere alle avtalespesialister kort om bakgrunnen for prosjektet og status, samt nasjonale avklaringer. Videre vil det være gruppemøter med hvert enkelt DPS, med tilhørende avtalespesialister. Her vil DPS-et presentere planer for videre fremdrift og organisering, samt gi mulighet for at både avtalespesialister og DPS kan bli kjent med de andre. Helse Sør-Øst RHF har lagt vekt på å få innspill til fordeling av avtalespesialister.

Status Nydalen DPS

Nydalen DPS og Vestfold DPS var pilot i de første forsøkene på å innføre felles henvisningsmottak i 2019 og er av den grunn godt kjent med rammene for dette. Per dags dato er det fremdeles en del som må avklares og Nydalen DPS tror ikke det er realistisk å innføre felles henvisningsmottak ved Oslo universitetssykehus HF før høsten 2023. Fordeling av avtalespesialistene mellom DPS-ene må være avklart og det bør foreligge en mal for lokale samarbeidsavtale før man innleder dialog med avtalespesialistene. Tentativ dato for innføring i Nydalen DPS settes derfor til 1. september 2023.

Status Vinderen DPS

Fra høsten 2022 er det en egen gruppe som jobber med dette. Det er orientert om prosjektet i ledermøtet. Det jobbes med å etablere en lokal prosjektgruppe, deltagere her vil være i tillegg til ovennevnte, spesialist fra inntaksteam, merkantil samt klinisk IKT ved sykehuset. De to sistnevnte er allerede delvis koblet på gjennom deltagelse på IKT møte arrangert av Helse Sør-Øst RHF. Videre skal det avklares om avtalespesialist skal delta i lokal arbeidsgruppe, eventuelt på hvilken måte. Lønn/godtgjøring må også avklares i den forbindelse. Prosjektgruppen er planlagt operativ fra 01.01.23. Videre planlegges det for møter annenhver uke i prosjektperioden.

Planlagt oppstart av felles henvisningsmottak er 01.09.23. Vinderen DPS avventer samarbeidsavtalen samt endelig fordeling av avtalespesialister. Vinderen DPS møter avtalespesialistene i møtet som arrangeres av Helse Sør-Øst RHF 07.12.22 og vil videre etablere et samarbeid, herav avklare ønsker og

behov fra AS, eventuelt invitere til eget møter. Vinderen DPS vil kunne tilby opplæring for avtalespesialistene i prioriteringsveileder.

Videre er det allerede identifisert en del problemstillinger som er i behov av nærmere avklaringer som den lokale prosjektgruppen vil jobbe videre med.

Status Lovisenberg DPS

Lovisenberg DPS har laget en prosjektgruppe bestående av klinisk IKT, fagledelse, merkantil og medlemmer av sentralt inntaksteam. Lovisenberg DPS ønsker å invitere inn en engasjert avtalespesialist fra opptaksområde når fordelingen blir endelig avklart. Lovisenberg DPS kommer også til å vurdere å invitere inn en representant for fastlegene. Prosjektleder vil sørge for fremdrift med tanke på ønsket oppstart 01.09.23. Gruppen tar sikte på å starte opp tidlig i januar 2023.

Status Søndre Oslo DPS

Søndre Oslo DPS har forankret prosjektet i ledelsen og det lokale inntaksmøtet. Søndre Oslo DPS har også et samarbeid med Nydalen DPS. Søndre Oslo DPS har en foreløpig plan for organiseringen. På møtet 7.12.22 starter det formelle samarbeidet med avtalespesialistene. Søndre Oslo DPS er forberedt til møtet, og vil høre hva avtalespesialistene tenker er viktig for å få dette til. Søndre Oslo DPS vil foreslå at 1-2 av avtalespesialistene deltar i en arbeidsgruppe, for sammen å prøve og etablere en best mulig struktur for det felles henvisningsmottaket. Søndre Oslo DPS har ikke anledning til å starte opp før 01.09.23.

Status Groruddalen DPS

Avdelingen er informert om planene om felles henvisningsmottak i ledermøte og avdelingsutvalg. Det er drøftet fordeler og muligheter, samt risikoområder med ledere, vernetjenesten og lokale tillitsvalgte. Groruddalen DPS har reorganisert inntaksmodellen der stikkord er å fordele inntak på noen få inntaksspesialister som har større eierskap til oppgaven og mengdetrening i inntaksvurderinger.

Modellen vurderes mer robust, og at den lettere kan innlemme avtalespesialistene i inntaksarbeidet enn foregående modell. Det er to inntaksmøter pr. uke, og disse benyttes i hovedsak til vurdering av henvisninger der man tenker avslag eller er usikker. Sikre inntak vurderes fortløpende i den daglige gjennomlesningen. Det vil være enkelt å samle opp henvisninger til avtalespesialister til et av ukens inntaksmøter der avtalespesialist også kan stille.

Når avtalespesialistene er fordelt så det er klart hvilke som skal samarbeide med Groruddalen DPS, tas det sikte på å lage samarbeidsavtaler og avklare hvem eller hvilke avtalespesialister som skal delta i inntaksteam, samt gjøre nødvendige avklaringer j.fr. ROS-analysen. I tillegg avklare muligheter for inntaksstopp før avtalespesialistene går inn i ordningen 01.09.23.

15 Kommunikasjon

Prosjektgruppen har ønsket en åpen og tydelig kommunikasjon, og det har blitt informert aktivt ved milepæler og avgjørende beslutninger.

Kommunikasjonen har skjedd på to nivåer:

1. Regionalt nivå (generelt om felles henvisningsmottak, overordnet informasjon og planlagt utrulling).
2. Lokalt nivå (praktisk informasjon om gjennomføringen i det aktuelle opptaksområdet).

Det ble tidlig opprettet en egen nettside for prosjektet. Der har det blitt lagt ut informasjon om ordningen felles henvisningsmottak, planlagte møter og relevante dokumenter. Siden har blitt kontinuerlig oppdatert, og prosjektgruppen har også henvist til nettsiden ved utsendelse av informasjon.

Det har vært viktig for prosjektet å ha god kommunikasjon med helseforetakene og deres ansatte, avtalespesialistene, fastlegene og andre henvisere, samt berørte kommuner.

Det har blitt arrangert dialogmøter, og det har blitt sendt ut informasjon til de ulike interessentene. Prosjektet har hatt god nytte av PKO-nettverket når det har vært behov for å informere fastlegene.

16 Vurdering

Den regionale prosjektgruppen har hatt mange viktige og gode drøftinger for å sikre hensiktsmessige løsninger. Basert på godt samarbeid med delprosjektene, profesjonsforeningene og de andre regionale helseforetakene er prosjektgruppens vurdering at det har vært god dialog og prosess i prosjektet som har dannet et godt grunnlag for å bredde dette videre i regionen fra og med 1. januar 2023 frem til 1. september 2023.

Det bør allerede nå etableres delprosjekt ved hvert helseforetak/sykehus og eventuelt lokale prosjekter ved hvert DPS. Prosjektet(ene) bør ha en tverrfaglig sammensetning (prosjektleder (som deltar i regional prosjektgruppe), fag (DPS), merkantil, IKT, avtalespesialist, henviser, tillitsvalg, brukerrepresentant).

Prosjektgruppens vurdering er at det er mulig å gjennomføre også i Oslo-området, men at det blir viktig at DPS-ene i Oslo raskt kommer i gang med å organisere arbeidet lokalt og at den regionale prosjektgruppen følger opp hvert enkelt delprosjekt. De 5 DPS-ene bør koordinere en trinnvis oppstart frem mot 1. september 2023, for blant annet å sikre tilgjengelighet fra nødvendige ressurser hos fag, lokalt IKT, Sykehuspartner, tredjeparts IKT leverandører (om nødvendig) og ressurser Helse Sør-Øst RHF. Det er i tillegg viktig å høste erfaring fra de DPS-ene som starter først.

Det er en stor omlegging av henvisningsrutiner og inntaksarbeid ved innføring av felles henvisningsmottak. Det krever tilstrekkelige ressurser og både i prosjektfasen og ved videre drift. Det er avgjørende at helseforetakene prioriterer arbeidet og legger til rette for gjennomføring av oppdraget.

Det er viktig å gjennomføre samarbeidsmøter mellom DPS og avtalespesialister og gjennomføre opplæring av avtalespesialister i relevante IKT-systemer forkant av oppstart. Det må særskilt vurderes inntaksstopp hos noen avtalespesialister i opptaksområdet 3-6 måneder før oppstart.

17 Vedlegg

ID	Navn	Vedlegg
1	Prinsipper for start av rettighetsvurdering for alle henvisninger til psykisk helsevern («En vei inn»)	1
2	Mal for samarbeidsavtale (utkast per 21.11.22)	1
3	Prosessbeskrivelse Felles henvisningsmottak – Psykisk helsevern (Fase 1)	1
4	ROS analyse	1
5	Innspill fra tillitsvalgte	1
	Endring i rammeavtale	gjengitt nedenfor
	Honorering	gjengitt nedenfor
	Gjeldende juridisk rammer – detaljering	gjengitt nedenfor

Endring i rammeavtale

[Rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening/Den norske psykologforening om avtalepraksis for legespesialister/psykologspesialister](#)

- «§ 13 Felles henvisningsmottak og rettighetsvurdering i psykisk helsevern - «en-vei-inn» for henvisninger
- RHF skal legge til rette for at helseforetakene etablerer felles henvisningsmottak, der henvisninger til DPS og avtalepsykiater samlet vurderes etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4, andre ledd.
- Alle henvisninger i psykisk helsevern sendes til felles henvisningsmottak og fordeles til de ulike tilbudene ved DPS og avtalespesialistene i opptaksområdet ("en-vei-inn").
- Ved fordeling av henvisningene skal det tas hensyn til avtalespesialistens faglige profil og kapasitet.
- Helseforetaket skal legge til rette for at henvisninger til avtalespesialisten overtas av DPS, dersom det oppstår situasjoner der avtalespesialisten likevel ikke har kapasitet til å ta imot pasienten innen fristen.
- Helseforetaket skal legge til rette for avtaler om at avtalespesialister deltar i felles henvisningsmottaket. Arbeidet skal honoreres.
- Det skal foreligge samarbeidsavtale mellom DPS og avtalepsykiater, jfr. rammeavtalen § 1.3. Helseforetakene har ansvar for å innhente oversikt over avtalespesialistens faglige profil. Avtalespesialistens faglige profil skal beskrives i samarbeidsavtalen. Avtalespesialisten vil få ansvar for pasienter i tråd med samarbeidsavtalen og den enkeltes faglige profil.
- Helseforetaket er økonomisk ansvarlig dersom det oppstår fristbrudd hos avtalespesialist. Avtalespesialisten skal bidra til at ventelisteforskriften overholdes og skal melde til helseforetaket så tidlig som mulig dersom det kan oppstå forhold som kan føre til fristbrudd. Helseforetaket er ansvarlige for å utarbeide rutiner for å rapportere fristbrudd.
- Helseforetaket skal legge til rette for merkantile ressurser for å understøtte arbeidet i felles henvisningsmottak.
- Det regionale helseforetaket er ansvarlig for at ordningen oppfyller krav i helselovgivningen, herunder kravene til taushetsplikt, samt personvernlovgivning og pasient- og brukerrettighetslovgivning.
- Det regionale helseforetaket skal legge til rette for at DPS og avtalespesialist kan kommunisere digitalt på en sikker plattform.
- Partene er enige om at det kan være regionale forskjeller i organisering av felles henvisningsmottak. Det er utarbeidet underlagsdokumenter som beskriver innretningen av felles henvisningsmottak i hver av regionene.
- Underlagsdokumentene som beskriver innretningen av felles henvisningsmottak i hver av regionene, skal legges fram for samarbeidsutvalget til drøfting. Samarbeidsutvalget skal også drøfte eventuelle endringer i dokumentene som beskriver den regionale innretningen.
- Det skal gjennomføres evaluering av ordningen. Ordningen gjelder fram til 31. desember 2022.
- Rammeavtalen blir justert tilsvarende i ny bestemmelse § 13. Gjeldende §§ 13-15 i rammeavtalen justeres.»

Honorering (21.11.22)

Det vises til e-post (17.11.22) fra Legeforeningen og Psykologforeningen i forbindelse med notat med anbefaling om honorering for avtalespesialisters deltakelse i felles henvisningsmottak. Godtgjøringssetningen som foreslås må sees i forbindelse med målsettingen om å bistå i vurderinger av henvisninger, herunder tildeling av pasienter til avtalespesialister og viktigheten av å bidra til godt samarbeid og dialog med inntaksteamet for å sikre hensiktsmessig henvisningsflyt pasientflyt til det beste for både avtalespesialister og DPS.

Deltagelsen til avtalespesialister vil ikke binde opp tid utover den tiden som settes av til møter, og eventuelt tid til å lese gjennom henvisninger før møtet. Deltakelse i felles henvisningsmottak anses som en del av det å drifte en avtalepraksis, når felles henvisningsmottak er etablert. Helse Sør-Øst RHF har praksis for å innvilge inntil 20 % lavere aktivitet dersom avtalespesialisten driver undervisning/veiledning eller lignende. Slik aktivitet medfører ikke

reduksjon i driftstilskuddet. Driftstilskuddet vil derfor ikke reduseres dersom avtalespesialist deltar inntil 20 % i felles henvisningsmottak.

Fullt driftstilskudd forutsetter gjennomsnittlig 37,5 timer per uke i minst 44 uker per år med behandlende virksomhet inkludert administrasjon av praksis, jfr. Rammeavtalen. Avtalespesialister bruker i dag mye tid på å lese henvisninger og svare på disse. Denne tidsbruken vil nå reduseres/bortfalle. Det må imidlertid fortsatt påregnes noe administrasjon for avtalespesialister med å sende ut brev om timeavtaler og lignende.

Det presiseres at dersom forslaget til sats hadde vært ordinær timelønn uten inkludert avsetning til pensjon, ville beløpet være betydelig lavere. Honoraret er ikke en ren lønnskostnad, men dekker arbeidstid, inkludert deler av det avtalespesialisten ellers ville fått i egenandel og refusjoner ved direkte pasientarbeid, samt sosiale kostnader.

Det kan nevnes at per tiden deltar avtalespesialist i vurderingsarbeid til kr 1200,- per time.

Etter en ny vurdering anbefales det en honorering på kroner 1400,- per time. Timesatsen er å anse som endelig.

Gjeldende juridisk rammer – detaljering

Rett til nødvendig helsehjelp og rett til vurdering

Pasienter som henvises til planlagt spesialisert helsehjelp skal i løpet av 10 virkedager få avklart om de har behov for, og derved rett til, nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette følger av [pasient- og brukerrettighetsloven \(pbrl.\) § 2-2](#) Rett til vurdering og pbrl. § 2-1 b annet ledd *Rett til nødvendig helsehjelp*.

Dersom en pasient vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal spesialisthelsetjenesten i løpet av vurderingsperioden på 10 virkedager fastsette en konkret, individuell juridisk frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp i form av utredning eller behandling. Denne fristen skal fastsettes i samsvar med faglig forsvarlighet, og et eventuelt fristbrudd skal meldes til Helfo pasientformidling, se [prioriteringsforskriften §§ 4 og 5](#).

Sentrale prosessuelle rettigheter - informasjon og klagerett

I løpet av den samme 10-dagers perioden skal pasienter få informasjon om resultatet av rettighetsvurderingen. Den som får rett til nødvendig helsehjelp, skal samtidig få vite på hvilket tidspunkt utredning eller behandling skal settes i gang (konkret time/ukesangivelse). Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn at alle som får en juridisk frist innen fire måneder skal få tidspunktet fastsatt i form av time i første brev. Videre skal det informeres om datoen som er det siste forsvarlige tidspunktet helsehjelpen kan starte på (den juridiske fristen). Se pbrl. § 2-2 første og annet ledd og prioriteringsforskriften § 5. Pasienter skal samtidig opplyses om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved klage. Se pbrl. § 2-2 tredje ledd.

Rett til behandlingsvalg (valg av behandlingssted)

Pasienter har rett til å velge både hvor henvisningen skal rettighetsvurderes og deretter hvilken virksomhet som skal yte helsehjelpen. Dette følger av pbrl. § 2-4 første og annet ledd. Når det gjelder rettighetsvurdering, er imidlertid valget begrenset til offentlige virksomheter og private som har fått delegert kompetanse fra et regionalt helseforetak til å rettighetsvurdere. Se pbrl. § 2-4 første ledd og pbrl. § 2-1 b syvende ledd.

Retten til å velge hvilken virksomhet som skal yte helsehjelpen, gjelder alle offentlige virksomheter og private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak eller som er godkjent av Helfo. Merk at godkjenningsordningen skal avvikles i løpet av dette året, og pasienters rett til fritt behandlingsvalg i pbrl. § 2-4 er foreslått å skifte navn til rett til valg av behandlingssted.

Fristbrudd

Dersom helsehjelpen pasienten har behov for ikke starter opp innen den juridiske fristdatoen som er fastsatt, foreligger det et fristbrudd. Det følger av pbrl. § 2-2 annet ledd og prioriteringsforskriften § 6 at spesialisthelsetjenesten umiddelbart skal kontakte Helfo (gjennom en egen fristbruddsportall) når det er klart at spesialisthelsetjenesten ikke kan innfri pasientens rettighet.

Ved fare for fristbrudd plikter virksomheten som har pasienten på sin venteliste å arbeide for å skaffe pasienten et annet tilbud innen fristen. Dersom dette ikke lykkes, skal virksomheten varsle Helfo som igjen kontakter pasienten og sørger for at pasientens rettighet kan oppfylles ved en privat virksomhet.

Det er det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion som skal sørge for at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp får tilbud om helsehjelp innen den juridiske fristen. Institusjonen pasienten står på venteliste ved når fristbruddet oppstår blir økonomisk ansvarlig for fristbruddet.

Rettighetsvurdering Ventelisteregistrering og rapportering

Helse- og omsorgsdepartementet har med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2-4 gitt [forskrift om ventelisteregistrering](#). Forskriften pålegger helseforetakene, private institusjoner RHF-ene har avtale med og Helfo-godkjente institusjoner å føre venteliste over pasienter som er registrert for undersøkelse eller behandling.

Føring og oppdatering av ventelister brukes for å ivareta pasienters rettigheter og rapportering til Norsk pasientregister. Det er også et viktig redskap for pasientlogistikken. Helseledelse har gitt nærmere føringer om ventelisterapporteringen i [Rundskriv IS-2331](#).

Rett til fritt behandlingsvalg

«Rett til fritt behandlingsvalg» gir pasienten rett til å velge hvilken virksomhet, herunder hvilket henvisningsmottak innenfor det enkelte helseforetak, som skal vurdere henvisningen.

Innenfor rammen for «Rett til fritt behandlingsvalg» har pasienten rett til å velge hvilken virksomhet pasienten ønsker å få behandling hos. Med virksomheter menes avtalespesialister, private aktører og foretak. Pasienten kan også velge hvilken enhet i foretakene man ønsker behandling hos.

18 Forankring/innspill

Dato	Fora	Innspill
2.12.22	Referansegruppe	<ul style="list-style-type: none"> Viktig å sende ut informasjon til kommunene. Informasjon er sendt ut til fastleger, også via PKO. Det bør utarbeides en regional interessentanalyse – Vestre Viken har laget en interessentanalyse. Viktig at lokale IKT ressurser deltar i de lokale prosjektene. Innhente erfaringer fra andre regioner. Viktig med en dialog med avtalespesialister vedrørende «inntaksstopp» - en avstemming av ventelistene frem mot oppstart av FHM slik at AS kan ta imot pasienter. Må sees i sammenheng med pukkeeffekt. Anslag av pukkeeffekt bør sees på. Styringsgruppe til prosjektet bør fortsette i 2023. Det bør lages en generisk milepælsplan som sendes helseforetakene/sykehusene. Viktig med informasjon ut – vises til HSØ nettside: Felles henvisningsmottak - Helse Sør-Øst RHF (helse-sorost.no) Avtalespesialist – honorering/ innleie. Helseforetaket bør i samarbeid med AS finne beste løsning lokalt for deltakelse i FHM. Avtalespesialister skal kun ha lesetilgang i henvisninger. Vestre Viken går over på DIPS Arena 1 oktober – er i dialog om utsettelse av oppstart.
5.12.22	Enhetsledermøtet MOH	Ivareta IKT sikkerhet i dialog mellom DPS og avtalespesialist.
6.12.22	Styringsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> Ønske om at diskusjonen rundt endringer i mandatet kommer med. Denne diskusjonen bør komme frem i rapporten. Det er viktig å følge opp ROS analyse og rødt risiko som er tilknyttet IKT og tilgang på ressurser ved DPS. Det er viktig at resterende helseforetak kommer i gang raskt. Det er fint hvis noen DPS kan starte før 1.9.2023. Viktig å få inn henvisningsmelding 2.0 for de helseforetak som er over på DIPS Arena når denne løsningen er klar. I HSØ er utrullingsplan for DIPS arena skissert frem til 2025.
8.12.22	Fagråd psykisk helsevern	HSØ bør kontakte KS om hvordan dette påvirker kommunale tjenester.
9.12.22	Profesjonsforeningene	<p>Generelle kommentarer til rapporten</p> <p>Vi anbefaler at det innledningsvis i rapporten vises til det overordnede prinsippet som er nedfelt i det regionale underlagsdokumentet utarbeidet av HSØ i forbindelse med forhandlingen om "En vei inn" i rammeavtalen (på side 1): "Det presiseres at det er en klar forutsetning at samarbeidet skal være likeverdig og balansert. Helseforetaket eller andre institusjoner kan ikke pålegge</p>

		<p>avtalespesialisten oppgaver eller diktere vilkår for samarbeid." Uttalelsen er viktig fordi den gir viktige føringer for samarbeidet mellom de lokale partene – avtalespesialistene og sykehus/helseforetak/DPS.</p> <p>Kommentarer til kapittel 2: Anbefalinger fra Helse Sør Øst</p> <p>Som det fremkommer i dette punktet anbefales det at bør etableres delprosjekt ved hvert helseforetak/sykehus og at avtalespesialister bør delta. Vi tror det er viktig at det deltar både avtalepsykologer og avtalepsykiatere i disse prosjektene og ber om at dette presiseres i rapporten.</p> <p>Det bør være tydelige føringer fra RHF om at avtalespesialistens deltakelse i de lokale prosjektgruppene ved DPSene honoreres for arbeidet. Avtalespesialistens deltakelse i planleggingen er en avgjørende suksessfaktor for en velfungerende ordning.</p> <p>I det regionale underlagsdokumentet utarbeidet av HSØ i forbindelse med forhandlingen om "En vei inn" i rammeavtalen heter det (på side 1): "Helseforetakene må gi avtalespesialistene nødvendig opplæring i rettighetsvurdering. Dette gjelder både avtalespesialistene som skal arbeide i felles henvisningsmottak og de øvrige avtalespesialistene i opptaksområdet." Dette bør også tas inn i anbefalingene.</p> <p>I tråd med diskusjoner mellom de sentrale partene (RHF og profesjonsforeningene) bør det presiseres i anbefalingene (nest siste punkt) at honoraret skal justeres i henhold til de årlige justeringene i normaltariiffoppjøret. I dette punktet bør det også være tydelige at det er en anbefaling fra RHF at avtalespesialister deltar i arbeidet i det felles henvisningsmottaket.</p> <p>Kommentar til punkt 9.1</p> <p>Omtale under dette punktet bør presiseres slik at det er tydelig at avtalemalen er forhandlet frem mellom profesjonsforeningene og RHF. Vi mener at det er viktig for det videre samarbeidet at dette er en mal som partene har blitt enige om.</p> <p>Kommentar til punkt 9.4</p> <p>I forhandlinger i rammeavtalen om ordningen ble partene enige om det skal legges til rette for at avtalespesialistene deltar i arbeidet i det felles henvisningsmottaket. Begrunnelsen for det var at partene mente at det var avgjørende for å sikre best mulig kvalitet, pasientsikkerhet og en hensiktsmessig fordeling av henvisninger. Dette bør omtales i rapporten.</p> <p>Videre står det blant annet at avtalespesialister som deltar i et henvisningsmottak i inntil 20 % ikke vil få trekk i driftstilskuddet. Antakelig vil det ikke være aktuelt med avtalespesialisters deltakelse i mer enn 20 % stilling. Vi påpeker imidlertid at RHF ikke ensidig kan beslutte trekk i driftstilskuddet da dette er noe som må drøftes mellom de sentrale partene i rammeavtalen (profesjonsforeningene og RHF).</p> <p>Kommentar til punkt 10</p> <p>Profesjonsforeningene har i diskusjoner om innføring av felles henvisningsmottak i lengre tid ment at det er en forutsetning for å innføre ordningen at det er egnede digitale løsninger for kommunikasjon og informasjonsutveksling – før ordningen innføres. Vi er derfor bekymret for mangelfulle digitale løsninger i prosjektet og mener at det er en stor risiko å starte opp ordningen uten at slike løsninger er på plass. I tillegg til at mangelfulle løsninger kan utgjøre en fare for feilbehandling, skaper det merarbeid for både HF/DPS og for avtalespesialister.</p>
9.12.22	KTV Hanne Indregard Lind	<p>Under «11 Finanisering», synes jeg det skal stå:</p> <p>Alle helseforetak/sykehus med opptaksområde i Helse Sør-Øst er gitt i oppdrag (OBD) å innføre felles henvisningsmottak og dette er en oppgave som må dekkes av den tildelte rammen. Det er tildelt 1 millioner kroner i tjenesteinnovasjonsmidler til hvert av de tre første DPS-ene, da de har brukt ekstra tid og ressurser til avklaringer og utvikle modeller/løsninger. I det opprinnelige prosjektmandatet lå det inne andre forutsetninger knyttet til økonomi, men disse ble endret av prosjekteier mot slutten av prosjektet. Konserntillitsvalgte, og også andre medlemmer av styringsgruppen, var ikke enig i endringen til at oppgavene knyttet til Felles henvisningsmottak skulle dekkes utelukkende av den tildelte rammen, og mente at det regionale helseforetaket burde forberede tiltak og sette av midler for å raskt kunne bistå DPSene dersom man ser at «pukkeeffekten» ved innføring blir stor.</p> <p>Under «11.1 Bemanning», synes jeg det skal stå:</p> <p>Det forventes at etablering av felles henvisningsmottak vil føre til at ressursbehovet øker i DPS-ene, både for å håndtere- og vurdere henvisninger og merkantile oppgaver (dialog med avtalespesialister, elektronisk kommunikasjon, opplæring med mer). Tabell 3 viser det estimerte ressursbehovet for de tre DPS-ene første 6 måneder. Estimaten ble gjort i forkant av oppstart av felles henvisningsmottak (mai 2022) og viser forventet ressursbruk sett opp mot DPS størrelse, antall avtalespesialister tilknyttet DPS-et, forventet antall henvisninger til felles henvisningsmottak og merkantilt arbeid. Ved innføring av felles henvisningsmottak, kan det også oppstå en «pukkeeffekt» ved oppstart. Med dette menes at henvisningene som tidligere gikk til</p>

		avtalespesialistene, kommer til dps, samtidig som avtalespesialistene har fulle pasientlister og i tillegg ventelister som skal håndteres. I tillegg kan det hende innføringen av felles henvisningsmottak, vil medføre en vedvarende økning i antall henvisninger, slik at det vil være behov for flere behandlerressurser i DPS.
14.12.22	Fagdirektørmøtet	Fagdirektørmøtet tar saken til etterretning og anbefaler innføring av felles henvisningsmottak innen psykisk helsevern i helseforetakene, jf. oppdrag i OBD for 2022/2023.
15.12.22	Regionalt brukerutvalg	Brukerutvalget støtter de regionale anbefalingene og ser fram til innføring av løsningen 1. september 2023. Brukerutvalget mener felles henvisningsmottak vil bidra til bedre pasientsikkerhet og mindre uønsket variasjon for pasienter. Brukerutvalget forutsetter at arbeidet med rettighetsvurdering av DPS-ene ikke går utover andre pasientgrupper.
15.12.22	PKO-nettverk	Støtter innføring av FHM. Gråsonepasienter - se på disse pasientene sett opp mot prioriteringsveiledere. Fastleger ønsker korte forløp/avklaring ved gråsonepasienter, må håndtere i DPS/AS. Avtalespesialistene kan ikke ha inntaksstopp, men kan avstemme listene slik de kan starte med inntak av pasienter. Pukkeeffekt, ikke så farlig sett opp mot risikoen slik det er i dag, som er større enn å innføre FHM. Kurs/opplæring av fastleger. Viktig med gode og presise henvisninger. Viktig at fastlegene er kjent med andre tilbud, alternativ behandlinger i andre tjenestenivå.
10.1.23	Ledergruppen Helse Sør-Øst RHF	Vedtatt.
25.1.23	KTV	Tilbakemeldinger fra KTV: <ul style="list-style-type: none"> • Erfaringene tilsier at man ikke kan bredde prosessen til DPSer som ikke har DIPS ARENA og hvor volumene er store. • Man bør vurdere å trappe ned inntak hos avtalespesialistene, men ikke nødvendigvis stenge inntak • Mangel på egne ressurser.