

Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen



Innholdsfortegnelse

0. Sammendrag	2
1. Innledning	5
1.1 Avtalespesialistordningens historiske innretning, og oppfølging av avtaleverket	5
2. Prosjektorganisering	6
2.1 Tilnærming	6
2.2 Avtalespesialistordningens viktigste oppgaver og ansvar som del av RHF-enes «sørge-for» ansvar (status).....	7
2.2.1 Datakilder som gir innsyn i avtalespesialistenes virksomhet er:	7
3. Avtaler som regulerer avtalespesialistordningen	11
4. Forvaltning av polikliniske spesialisthelsetjenester i og utenfor helseforetakene	12
5. Utnyttelse av handlingsrommet i den avtalebaserte ordningen	13
6. Kort om finansieringen av polikliniske spesialisthelsetjenester	14
6.1 Finansiering av foretakene.....	14
6.2 Finansiering av avtalespesialistene	14
6.3 Kommentarer	15
7. Fortrinn ved å yte spesialisthelsetjenester gjennom avtalespesialistordningen.	16
8. Ulemper ved å yte spesialisthelsetjenester gjennom avtalespesialistordningen	16
9. Hvilke utviklingsretninger kan være aktuelle for avtalespesialistordningen i årene framover?	18
9.1 Ivaretagelse av pasientrettigheter	18
9.2 Det er behov for et høyt volum av polikliniske spesialisthelsetjenester	19
9.3 Det er behov for polikliniske spesialisthelsetjenester utenfor helseforetakene	19
10. utfordringer, målsettinger og tiltak	20

0. Sammendrag

I Foretaksrådet 2022 fikk de regionale helseforetakene følgende oppdrag:

«3.7.2 Avtalespesialister.

Foretaksrådet viste til at avtalespesialistene utgjør en viktig del av spesialisthelsetjenesten, og at avtalespesialistordningen må svare ut behovet for helsetjenester i tråd med sørge-for-ansvaret. - Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, utarbeide en omforent vurdering av hvordan avtalespesialistordningen kan anvendes i tjenesten på best mulig måte. Vurderingen må inkludere hvilke endringer som bør gjøres og forslag til målsettinger som bør gjøres gjeldende. Frist for rapportering er innen utgangen av 2022.»

Det ble etablert en styringsgruppe bestående av de fire regionale fagdirektørene, to konserntillitsvalgte og en brukerrepresentant. Det ble også etablert en prosjektgruppe med to representanter fra hvert av de fire RHF-ene, to konserntillitsvalgte, en representant fra Legeforeningen, en fra Psykologforeningen og en brukerrepresentant.

Prosjektgruppen tolket mandatet til å se på styrker og svakheter ved nåværende ordning, og utrede og anbefale endringer og målsettinger.

De innledende drøftingene førte til enighet om noen viktige premisser for arbeidet:

- Avtalespesialistene bør bli en mer integrert del av spesialisthelsetjenesten
- Hensynet til pasientbehandlingen, ressursene må benyttes slik at samfunnet får mest mulig helse igjen for pengene
- Avtalespesialistordningen har kvaliteter som samfunnet ønsker å ta vare på og videreutvikle

Utvikling og modernisering av ordningen er etter prosjektgruppens vurdering mulig å oppnå gjennom forpliktende samarbeid for å oppnå:

- Samme krav til kvalitet og kvalitetssikring i avtalepraksis som for helseforetak
- Avtalespesialister bidrar til å løse spesialisthelsetjenestens oppdrag. Det kan innebære raskt å kunne endre prioritering av pasientgrupper
- Lik rett til helsetjenester uavhengig av om pasientene får tilbud om behandling i helseforetakene eller i avtalepraksis
- Hensiktsmessig oppfølging av avtalespesialistene, blant annet ved å styrke samarbeidet mellom avtalespesialist og lokalt helseforetak
- Tettere integrering mellom avtalespesialist og lokalt helseforetak

Oppsummering av utfordringer, målsettinger og tiltak.

Utfordringer, målsettinger og tiltak

Generelt:

Avtalespesialister skal bidra til at man oppnår helhetlige, forutsigbare, sammenhengende og planlagte pasientforløp. Det må arbeides for at avtalespesialister gis anledning og plikt til å forholde seg til de samme føringer og kvalitetsmål som øvrig spesialisthelsetjeneste.

Avtalespesialistene bør også arbeide for, og det må legges til rette for, at avtalespesialistene kan rapportere til aktuelle nasjonale registre, fortrinnsvis gjennom automatisk rapportering av data.

På generelt grunnlag mener prosjektgruppen at det er behov for en grundig utvikling, revisjon og modernisering av rammeavtalene. Prosjektgruppen anbefaler at partene starter en slik prosess og planlegger for gjennomføring.

Prosjektgruppen har presisert noen utvalgte tema:

Behov for justering av aktivitet i særlige tilfeller:

Utfordring: Det kan i særlige tilfeller oppstå behov for relativt rask endret i prioritering av pasientgrupper, i tråd med RHF-enes «sørge-for» ansvar. RHF-ene har p.t. ingen avtalt løsning med avtalespesialistene for å sikre deres medvirkning til å løse slike utfordringer.

Målsetting: Partene må oppnå enighet om hvordan avtalespesialistene kan bidra til i særlige tilfeller å løse behovet for rask endring i prioriteringen av pasientgrupper.

Tiltak:

- Partene samarbeider om utredning og iverksetting

Pasientrettigheter:

Utfordring: Pasienter som henvises til avtalespesialister har ikke lik rett til helsetjenester som pasienter som blir henvist til helseforetakene; rettighetsvurdering og egenbetaling er ulikt.

Målsetting: Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal ha like rettigheter.

Tiltak:

- For å utløse rett til behandling må henvisningene rettighetsvurderes. Prosjektgruppen anbefaler at det utredes hvordan henvisninger til avtalespesialister innen somatikk kan bli rettighetsvurdert.
- Etter prosjektgruppens vurdering er det myndighetene som har de nødvendige virkemidler for å sikre at nivå på pasientenes egenbetaling blir harmonisert mellom foretakene og avtalespesialistene. Eksempler på slike virkemidler er innføring/justering av takster og inkludering av egenbetaling i grunnlag for frikort.
- Dersom avtalespesialist tildeles juridisk kompetanse til å rettighetsvurdere, bør det utredes om deler av henvisningsvolumet, for eksempel enkelttilstander eller tilstander som utløser særlig kostbar behandling, allikevel bør rettighetsvurderes samlet i foretakene og volumet fordeles fra foretakene (jfr. forskrivning av særlig kostbare legemidler).

Integrasjon mellom avtalespesialister og øvrig spesialisthelsetjeneste

Utfordring: Oppfølgingen av avtalespesialistene i det daglige er plassert i RHF-ene, noe som ofte gir en lite hensiktsmessig integrering mot lokalt helseforetak.

Målsetting: Forpliktende løpende samarbeid og samspill mellom avtalespesialist og helseforetak må videreutvikles gjennom samarbeidsavtalene.

Tiltak:

- Det utredes hvordan den daglige oppfølgingen av avtalespesialistene, som håndtering av fravær, vikarordninger, bearbeiding av lokal samarbeidsavtale, osv., kan skje gjennom videreutvikling av krav til innhold i samarbeidsavtale

Utfordring: Avtalespesialistene er ikke godt nok knyttet til fagmiljøene i foretakenes opptaksområde.

Målsetting: Tettere faglig integrering mellom avtalespesialistene og lokale helseforetak.

Tiltak:

- Det bør legges til rette for mer forpliktende faglig samarbeid, for eksempel ved felles møter, kurs, seminarer osv.
- Helseforetakene er godkjente utdanningsinstitusjoner, og kan innenfor rammen av spesialistforskriften legge til rette for deler av LiS utdanning i avtalepraksis og veiledning av psykologer under spesialisering. Dette kan for eksempel innarbeides i lokal samarbeidsavtale. Det forutsetter at det også er etablert samarbeid om forpliktende fagrevisjoner.
- Felles fagrevisjoner.
- Det bør utredes hvordan avtalespesialister kan omfattes av ventelisteforskriften.
- Man må sikre etterlevelse mellom foretak og avtalespesialist om det som allerede er avtalt og gjort gjeldende for samarbeid mellom helseforetak og avtalespesialisten om blant annet fagutvikling, pasientforløp, innovasjon, IKT, ferier, fravær osv.

1. Innledning

I foretaksmøtet 2022 fikk de regionale helseforetakene følgende oppdrag:

«3.7.2 Avtalespesialister.

Foretaksmøtet viste til at avtalespesialistene utgjør en viktig del av spesialisthelsetjenesten, og at avtalespesialistordningen må svare ut behovet for helsetjenester i tråd med sørge-for ansvaret. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, utarbeide en omforent vurdering av hvordan avtalespesialistordningen kan anvendes i tjenesten på best mulig måte. Vurderingen må inkludere hvilke endringer som bør gjøres og forslag til målsettinger som bør gjøres gjeldende. Frist for rapportering er innen utgangen av 2022.»

Oppdraget ble først drøftet internt i de fire RHF-ene, og i møter mellom RHF-ene. Det ble utarbeidet et prosjektdirektiv (vedlegg 1) hvor de viktigste målsettingene med prosjektet går fram:

«Prosjektet skal utarbeide en rapport. Rapporten skal utrede følgende:

- Avtalespesialistordningens viktigste oppgaver og ansvar som del av RHF-enes sørge for ansvar*
- Status for avtalespesialistordningen i 2022, hva fungerer bra og hva må eventuelt videreutvikles/endres?*
- Hvilke utviklingsretninger kan være aktuelle for å sikre best mulig utnyttelse av avtalespesialistordningen i årene framover? (scenario)*
- Anbefale utvikling, endringer og målsettinger*
- Tiltak som må til for sikre anbefalt utviklingsretning og måloppnåelse»*

Innretningen av avtalespesialistordningen har vært drøftet tidligere, både i den sentrale helseforvaltningen og på politisk nivå. Helse- og omsorgsdepartementet har i flere år forventet at lege- og psykologspesialister som har driftsavtale med regionalt helseforetak (avtalespesialister) skal være en fullverdig og integrert del av spesialisthelsetjenesten.

1.1 Avtalespesialistordningens historiske innretning, og oppfølging av avtaleverket

Allerede i 1897 laget Legeforeningen en «Normaltariff for selvbetalende pasienter». Denne ble videreført i 1909 da staten overtok en større del av pasientenes betalingsansvar. Utover 1900-tallet var det mye diskusjon om finansieringen av spesialistpraksisen.

Fra 1970-tallet ble det etter forhandlinger mellom staten og yrkesorganisasjonene inngått avtaler om refusjonstakster for pasientbehandling. For å få bedre styring med den private spesialistlegetjenesten ble det i 1984 innført en ordning om avtaler med driftstilskudd. Fra 1993 fikk alle private spesialister som inngikk driftsavtale med fylkeskommunen rett til refusjon fra folketrygden. Endringer i folketrygdloven (jf. Ot prp nr 47(1996-97)) medførte bortfall av rett til trygderefusjon for leger som ikke hadde driftsavtale. Endringene ble gjort gjeldende fra 01.07.1998.

I 2003 besluttet Helse- og omsorgsdepartementet at ansvaret for avtalespesialistordningen skulle legges til RHF-ene som avtalepart. Det ble inngått rammeavtale mellom RHF-ene og profesjonsforeningene. Den første rammeavtalen ble inngått i 2005. Den ble reforhandlet i 2015. Rammeavtalene er senere blitt justert flere ganger for å ivareta en ønsket utvikling av ordningen. En slik ønsket utvikling var blant annet tettere integrering med spesialisthelsetjenesten. Det er blant annet innført en plikt for alle avtalespesialister til å inngå samarbeidsavtale med lokalt helseforetak, avtalt revisjonsordning og avtalespesialistenes mulighet for å bidra i utdanningen av spesialister.

Ved årsskiftet 2020/21 ble det enighet mellom de regionale helseforetakene og profesjonsforeningene om endringer i de inngåtte rammeavtalene, som legger til rette for rettighetsvurdering i felles henvisningsmottak for avtalespesialister innenfor psykisk helsevern.

Partene har tatt initiativ overfor Helsedirektoratet for innføring av system som sikrer sammenhengende, helhetlig og enhetlig rapportering til Helfo og NPR.

2. Prosjektorganisering

Prosjekteier er administrerende direktør i Helse Vest RHF. Det ble etablert en styringsgruppe bestående av de fire regionale fagdirektørene, to konserntillitsvalgte og en brukerrepresentant.

Det ble også etablert en prosjektgruppe med to representanter fra hvert av de fire RHF-ene, (tre fra Helse Vest, hvorav en ekstra ressurs som prosjektstøtte), to konserntillitsvalgte, en representant fra hver av profesjonsforeningene, og en brukerrepresentant. Prosjektgruppen i sin endelige form startet arbeidet i oktober 2022.

2.1 Tilnærming

Prosjektgruppen startet med et bredt perspektiv, og vurderte flere mulige scenarier. Gjennom drøfting av scenariene ble styrker og svakheter ved nåværende ordning belyst, noe som var et viktig grunnlag for det videre arbeidet.

Prosjektgruppen drøftet et scenario med å sette ordningen ut på anbud. Det var enighet om at en slik endring ville være en så vesentlig endring at det lå utenfor mandatet. En eventuell anbudsordning ville også innebære at et svært stort volum ulike mindre ytelser ville ha blitt konkurranseutsatt, og et potensielt stort antall små aktører ville kunne gi stykkevis og delte tilbud. Kompleksiteten i en slik anskaffelsesprosess vil etter prosjektgruppens vurdering blitt praktisk uhåndterlig og lite formålstjenlig.

Prosjektgruppen drøftet også muligheten for å ansette avtalespesialistene i helseforetakene. En slik endring ville innebære at man gikk fra en individuell driftsavtale med det regionale helseforetaket, til en ordinær ansettelse i et helseforetak. Prosjektgruppen har derfor ikke utredet dette alternativet. Denne modellen ville i praksis innebære en avvikling av avtalespesialistordningen, og ikke en videreutvikling av nåværende ordning.

Prosjektgruppen valgte å tolke mandatet til å se på styrker og svakheter ved nåværende ordning, og utrede og anbefale endringer og målsettinger.

De innledende drøftingene førte til enighet i prosjektgruppen om noen viktige premisser for arbeidet:

- Hensynet til pasientbehandlingen, ressursene må benyttes slik at samfunnet får mest mulig helse igjen for pengene
- Avtalespesialistordningen har kvaliteter som samfunnet ønsker å videreføre, men også modernisere ordningen
- Avtalespesialistene bør bli en mer integrert del av spesialisthelsetjenesten

Prosjektgruppen har ikke valgt å drøfte forhold knyttet til finansiering. Prosjektrapporten inneholder kun en kort beskrivelse av hvordan finansieringsordningene nå er. Avtalespesialistenes aktivitet er ikke inkludert i ISF-ordningen. Helsedirektoratet har utredet hvordan aktivitetsbasert finansiering av avtalespesialister kunne inkluderes i ISF-ordningen (rapporten vedlegges). Departementet har bedt Helsedirektoratet videreutvikle måten aktivitetsdata fra avtalespesialistene bearbeides og tilrettelegges. Endringene skal legge til rette for bedre styringsinformasjon på området og at data om tjenestene til pasientene kan presenteres og analyseres på samme måte som for polikliniske tjenester i helseforetakene.

2.2 Avtalespesialistordningens viktigste oppgaver og ansvar som del av RHF-enes «sørge-for» ansvar (status)

Helsedirektoratets beskrivelse av avtalespesialistene:

«Avtalespesialistene er viktige bidragsyttere i den desentraliserte spesialisthelsetjenesten og bidrar til økt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester».

Avtalespesialistene inngår etter utlysning og tildeling individuell driftsavtale med RHF-et. Avtalespesialistens virksomhet utgjør selvstendig juridisk enhet, det vil si at en avtalespesialist har samme forpliktelser som andre juridiske enheter (f.eks. helseforetak eller private ideelle virksomheter) til å yte spesialisthelsetjenester, med ansvar for og plikt til å sikre at det er tilgjengelig løsning for journalføring, at det er orden i ventelister, at det foreligger prosedyrer og rutiner for den faglige aktiviteten, osv. Avtalespesialistene bidrar signifikant til å ivareta RHF-enes «sørge-for» ansvar.

Avtalespesialisten har det samme ansvaret som alt annet helsepersonell; å yte forsvarlige helsetjenester ved å være faglig oppdatert, overholde taushetsplikt, føre journal, osv.

(<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>)

Avtalespesialistene yter polikliniske spesialisthelsetjenester til befolkningen, og står for henholdsvis 22 og 23,5 % av den polikliniske aktiviteten innen somatikk og psykisk helsevern.

2.2.1 Datakilder som gir innsyn i avtalespesialistenes virksomhet er:

- Nasjonale data fra NPR som foreligger hvert tertial. Datasettet inneholder blant annet:
 - informasjon om inn-tid og ut-tid
 - informasjon om pasientens diagnose
- Nasjonale data fra NPR ved forespørsel. Datasettet inneholder hjemmelsstørrelse.
- Nasjonale data fra HELFO ved forespørsel. Datasettet inneholder blant annet:
 - oversikt over hvor mye den enkelte avtalespesialist har mottatt i refusjon
 - avtalespesialister som har refusjonsrett basert på overgangsordning

- Regionale, oversikter som vedlikeholdes fortløpende. Eksempel på innhold:
 - Planlagt avgang
 - Sykemeldinger

Helsedirektoratet gir årlig ut en oversikt over aktivitetsdata for avtalespesialistene. For 2021 finnes tallene her: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-avtalespesialister/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202021.pdf/_attachment/inline/28ce2c4b-c1f1-462b-b06e-09827fe8b662:1525d3b5bed735f8108ad1ad488253a18d799b07/Aktivitetsdata%20for%20avtalespesialister%202021.pdf

Tabell 1 viser antallet avtalespesialister pr. oktober 2022 (tall fra RHF-ene):

Antall avtalespesialister oktober 2022	Helse Nord	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst	Helse Vest
Antall - psykisk helsevern	39	51	440	128
Antall - somatikk	46	79	452	125
Antall årsverk (total)	76,8	113	806,6	233,4
Antall innbyggere i regionen	481 926	739 979	3 097 337	1 121 459
Antall avtalespesialist årsverk per tusen innbyggere	0,16	0,15	0,26	0,21

Som det går fram av tabell 1 er om lag 2/3 av avtalespesialistene geografisk lokalisert i Helse Sør-Øst. Flertallet av avtalespesialistene er lokalisert i eller nær de største byene. Avtalespesialistenes rolle, ansvar og organisering er likevel mangfoldig og ulik både mellom og innen regionene.

Det finnes opptaksområder der avtalespesialister utfører den i alt overveiende andelen polikliniske tjenester innenfor gitt fagfelt, og det er opptaksområder der avtalespesialistene utgjør en marginal del av gitt fagfelt (tabell 2). Avtalespesialistene er ofte organisert i solo praksiser, men det er også større gruppepraksiser som samlet yter stort volum av polikliniske tjenester, på nivå med volumet som ytes i tilsvarende fagfelt ved poliklinikker i helseforetak.

Tabell 2: Rapporterte spesialistkonsultasjoner og pasienter pr fagområde i 2021, med endring fra 2020, (somatikk)

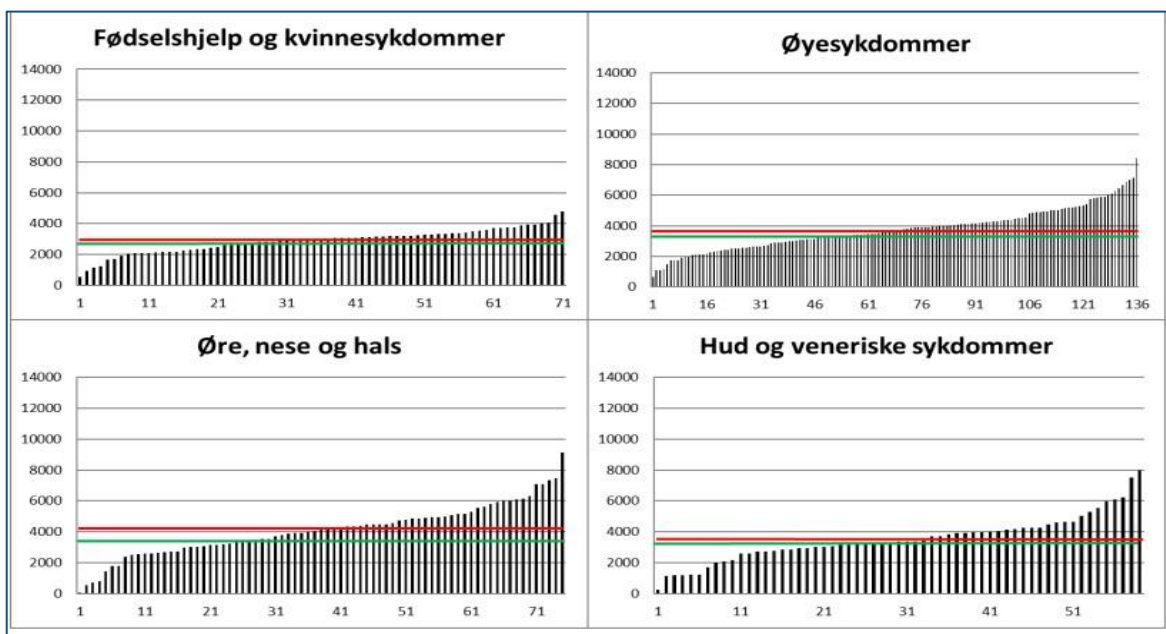
Fag	Spesialistkonsultasjoner			Pasienter	
	Antall	Andel	Endring (%) 2020 - 2021*	Antall	Andel
Øyesykdommer	608288	32,6	-2,6	388266	37,9
Øre-nese-hals-sykdommer	355819	19,1	-6,1	217794	21,3
Hud og veneriske sykdommer	250726	13,4	8,2	176477	17,2
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	227925	12,2	1,2	157611	15,4
Indremedisin ²	216053	11,6	7,1	156210	15,2
Kirurgi ³	78316	4,2	10,9	55646	5,4
Barnesykdommer	50597	2,7	-0,8	25405	2,5
Nevrologi	38722	2,1	-3,2	20653	2,0
Revmatologi	19517	1	-10,4	10566	1,0
Anestesiologi	17724	0,9	-6,0	2193	0,2
Indremedisin og Revmatologi	2092	0,1	64,9	1201	0,1
Fysikalsk medisin	1285	0,1	-37,4	528	0,1
Onkologi	574	0	-15,2	197	0,0
Totalt	1867638	100	-0,03	1024399**	

Som det går fram av tabell 2 utfører avtalespesialistene i øyefaget om lag en tredjedel av totalvolumet polikliniske tjenester. De fem fagområdene øye, ØNH, hud, gynekologi og indremedisin utgjør samlet om lag 90 % av totalvolumet av de tjenestene som ytes av avtalespesialistene innen somatikk.

Antallet konsultasjoner pr. pasient varierer mye mellom fagområdene. Innen somatiske fagfelt var gjennomsnittlig antall konsultasjoner pr. pasient 1,5 i 2021, mens det innen psykisk helsevern var 11,5 pr. pasient i 2021 (Rapport IS 3039, Helsedirektoratet, se lenke under 2.2.1).

Figur 1 viser antall konsultasjoner for hver 100 % driftshjemmel innen fire somatiske fagområder. Hver søyle representerer en 100 % hjemmel, rød linje markerer median for 2021, og grønn linje er avtalt normtall for det aktuelle fagområdet:

Figur 1



Avtalespesialistenes mangfold avspeiles også i volumet som ytes i 100 % hjemler. De fleste avtalespesialistene er nært både median og normaltall, men det er relativt stor variasjon både over og under median for en del praksiser.

Innen psykisk helsevern er om lag 28 % av avtalespesialistene leger (psykiatere), og om lag 72 % psykologspesialister. Tabell 3 viser rapporterte spesialistkonsultasjoner og pasienter pr. fagområde for 2021, og endring fra 2020 til 2021:

Tabell 3

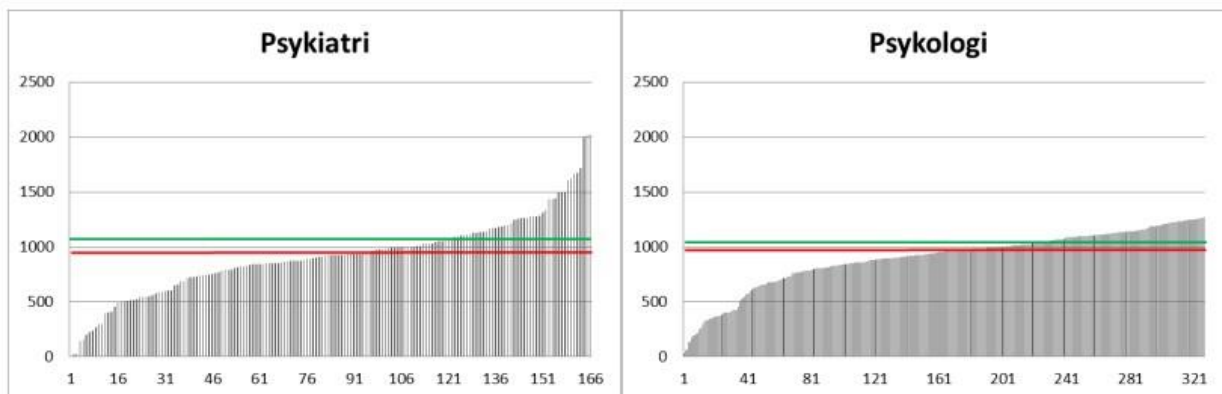
Fag	Spesialistkonsultasjoner			Pasienter	
	Antall	Andel	Endring (%) 2020 - 2021*	Antall	Andel
Psykiatri	169138	28,4	-6,2	15 006	30,3
Psykologi	426117	71,6	-2,2	34 552	69,7
Totalt	595255	100	-3,3	48 702 **	100

For psykisk helsevern viser tabell 4 viser de hyppigst forekommende tilstandene som blir behandlet av avtalespesialister, (psykiatere og psykologspesialister):

Tilstand	Psykiatere (andel)	Psykologer
Tilpasningsforstyrrelser	18,5%	28%
Tilbakevendende depressiv episode	13,5%	9,5%
Andre angstlidelser	13,3%	14,5%
Depressiv episode	10,7%	11,1 %

Det er vesentlig variasjon når det gjelder hvor stort behandlingsvolum hver 100% avtalehjemmel leverer pr. år innen psykisk helsevern. Figur 2 viser antall konsultasjoner pr. avtalepraksis, for 2021:

Figur 2



Hver søyle representerer en 100 % hjemmel, rød linje markerer median for 2021, og grønn linje er avtalt normtall for det aktuelle fagområdet. Det er spesielt stor variasjon blant psykiatere.

Rekruttering

Prosjektgruppen er kjent med at rekrutteringssituasjonen innenfor enkelte fagområder og i enkelte foretaksområder har vært utfordrende. For avtalehjemler i psykisk helsevern har det vært særlig utfordrende over tid, også for ledige hjemler i Oslo-området har det vært få søkere. Utfordring med rekruttering til ledige hjemler er også kjent i andre deler av landet og for andre spesialiteter. Det innebærer at avtalespesialistordningen må utvikles og moderniseres som tiltak for at ordningen kan bestå.

Fristbrudd

Dersom alle henvisninger skal rettighetsvurderes må det avklares hvordan fristbrudd skal håndteres hos avtalespesialister som er innenfor de somatiske fagene. En slik avklaring vil være tjent med å høste erfaringer fra den nye ordningen innenfor psykisk helsevern.

3. Avtaler som regulerer avtalespesialistordningen

Avtalespesialistfinansieringen er både en inntektsordning for den enkelte avtalespesialist og en finansieringsordning for en del av spesialisthelsetjenesten:

Avtalespesialistordningen reguleres i dag av følgende avtaler:

- Statsavtalen som regulerer takstene
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/5ec0a59de0c6477b8605a33b1634c44c/statsavtalen-2021.pdfz>
- Rammeavtalene mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening (Dnlf) / Norsk Psykologforening (NPF)
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/e7dd21bd600b4652aba6af7afea48ed/revidert-rammeavtale-desember-2020-justert-sammen-med-dnlf-signert-hc-og-ld.pdf>

- Individuell driftsavtale mellom henholdsvis legespesialist / spesialist i klinisk psykologi og det enkelte regionale helseforetak, innholdet i individuell driftsavtale (eksempel er vedlagt)
- Takster for undersøkelse og behandling hos privatpraktiserende legespesialist er forskriftsfestet, og regulering er gjenstand for drøftinger mellom Helse- og omsorgsdepartementet / de regionale helseforetak og Legeforeningen. Forhandlingene munner ut i nevnte forskrift, som også benevnes Normaltariffen.
<https://normaltariffen.legeforeningen.no/asset/pdf/Fastlegetariffen-2022-2023.pdf>
- Takster for undersøkelse og behandling hos psykolog (spesialist i klinisk psykologi) er forskriftsfestet, og regulering er gjenstand for drøftinger mellom Helse- og omsorgsdepartementet / de regionale helseforetakene og Norsk psykologforening.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-06-18-1262>
- Samarbeidsavtaler mellom den enkelte avtalespesialist og lokalt helseforetak (vedlagt)

I tillegg nevnes:

- Lov om folketrygd, § 5.4 for leger og § 5.7 for psykologer, herunder: Forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19?q=lov%20om%20folketrygd>
- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2021-06-25-2226>

Rammeavtalene regulerer rammebetingelser og forhold knyttet til tildeling av hjemmel og drift av praksis. Sammen med den individuelle avtalen mellom RHF og avtalespesialist danner den grunnlag for drift av spesialistpraksis. Rammeavtalene ble reforhandlet i 2015 og har siden fått flere tillegg etter dialog mellom partene i tråd med endrede behov.

Den individuelle driftsavtalen supplerer Rammeavtalen og regulerer blant annet virkeområde for praksis, herunder lokalisering, pasientvolum, ev. spesielle oppgaver, åpningstider mm.

Samarbeidsavtalen regulerer lokale forhold knyttet til utredning, behandling og oppfølging av pasienter samt faglig samarbeid og kommunikasjon mellom avtalespesialist og helseforetak.

4. Forvaltning av polikliniske spesialisthelsetjenester i og utenfor helseforetakene

Forvaltningen av polikliniske spesialisthelsetjenester i helseforetakene skjer i linjen RHF → HF → enhet. Det vil si at oppdrag fra departement eller føringer fra direktorat kan pålegges og gjennomføres. I praksis er det et relativt stabilt aktivitetsnivå og forutsigbar finansiering av de polikliniske spesialisthelsetjenestene i foretakene.

Forvaltningen av de polikliniske spesialisthelsetjenestene som ytes av avtalespesialistene er avtalebasert. RHF-ene har i hovedsak anledning til å påvirke innretningen av praksisen gjennom utlysningen. Kontakt etter avtaleinngåelse gjelder hovedsakelig ved behov for permisjoner, vikarbehov, sykdom og oppsigelse av hjemmel eller inngåelse av senior/junior-ordning. Kontakten mellom avtalespesialisten og øvrig spesialisthelsetjeneste som gjelder andre forhold enn det faglige foregår vanligvis direkte mellom avtalespesialist og RHF. Det gjennomføres også praksisbesøk og oppfølging av aktivitetsdata mottatt fra NPR og HELFO, men i for liten grad.

Etter at individuell driftsavtale er inngått mellom RHF og avtalespesialist, skal det også inngås samarbeidsavtale mellom den enkelte avtalespesialist og helseforetak. Samarbeidsavtalen skal legge et godt grunnlag for at avtalespesialistene er en integrert del av spesialisthelsetjenesten.

Gjennom takstforhandlingene har partene anledning til å påvirke prioritering og aktivitet hos avtalespesialistene. Dette er vanligvis forsiktige justeringer, som bidrar til at partene ivaretar sikkerhet og forutsigbarhet både for finansieringsordningen og inntektssystemet.

Det kan i særlige tilfeller oppstå behov for relativt raskt å kunne endre prioritering av pasientgrupper, i tråd med RHF-enes «sørge-for» ansvar. RHF-ene har p.t. ingen avtalt løsning med avtalespesialistene for å sikre deres medvirkning til å løse slike utfordringer.

En felles og samlet vurdering av henvisningene i et opptaksområde, et fagfelt eller en bestemt tjeneste vil øke muligheten for at de samlede ressursene i spesialisthelsetjenesten kan utnyttes best mulig, og til det beste for pasientene. Innføringen av «En vei inn»/ «Felles henvisningsmottak» innen psykisk helsevern er et eksempel på tettere integrasjon mellom helseforetakene og avtalespesialistene.

En avtalebasert ordning gir partene, som kjenner tjenestene best, anledning til å utvikle og tilpasse rammene for ordningen. Dette blir blant annet ivare tatt gjennom de faste dialogmøtene mellom partene. Prosjektgruppen har drøftet mulig forskriftsfesting av deler av ordningen, men valgte å ikke gå videre i en slik retning.

5. Utnyttelse av handlingsrommet i den avtalebaserte ordningen

Det er et uutnyttet potensial i å videreutvikle, fornye og modernisere eksisterende rammeavtaler, gitt at partene finner fram til gode løsninger sammen.

Dersom det ikke foreligger vektige grunner for å si opp rammeavtalen forlenges den automatisk for ett år av gangen. Partene har derfor, over tid, i samarbeid funnet det formålstjenlig å diskutere behov for endringer uavhengig av om rammeavtalene er sagt opp.

Det har over tid vært flere revisjoner av rammeavtalene, etter dialog og forhandlinger. Eksempler på viktige endringer er innføring av «En vei inn» / «Felles henvisningsmottak», revisjonsordning, og videreutvikling av - og krav til - samarbeidsavtale mellom avtalespesialist og helseforetak.

Det foreligger en nylig revidert mal for samarbeidsavtale mellom avtalespesialist og lokalt helseforetak. Det synes å være få HF som fullt ut har fått til samarbeidsavtaler med avtalespesialister/psykologer i sitt opptaksområde. I den nye ordningen «En vei inn»/ «Felles henvisningsmottak» innen psykisk helsevern er det en forutsetning at det er inngått samarbeidsavtale mellom avtalespesialist og lokalt helseforetak. Partene er enige om at det ligger et uforløst potensial i å drøfte og inngå slike samarbeidsavtaler.

Det gjennomføres i enkelte foretaksområder felles møter mellom avtalespesialistene som kollegium, og RHF-et. Det er et behov for at denne aktiviteten breddes, slik at så mange som mulig av avtalespesialistene deltar og får en direkte dialog med RHF-ene. Dersom det lykkes er det sannsynlig at samarbeidet mellom avtalespesialistene og foretakene vil forbedres, og at partene vil kunne få bedre innsikt i og forståelse for hverandres behov.

Intensjonen om samarbeidsmøter mellom fagmiljø i HF-ene og avtalespesialistene i det enkelte opptaksområde er ikke godt nok utnyttet. Samarbeidsavtalene forutsetter et slikt faglig samarbeid. Dette er ikke tilstrekkelig operasjonalisert. Der en har fått til samarbeidsavtaler og felles møter, forener det felles faglig forståelse, og bidrar til utviklingen av hensiktsmessige informasjons- og pasientforløp.

6. Kort om finansieringen av polikliniske spesialisthelsetjenester

6.1 Finansiering av foretakene

Finansieringen av foretakene består i hovedsak av en basisbevilgning (ramme) og aktivitetsbasert bevilgning (ISF). Andelen aktivitetsbasert inntekt er politisk bestemt, fra og med 2023 er den redusert fra 50 til 40 %: <https://www.regjeringen.no/no/statsbudsjett/2023/statsbudsjettet-2023-attila/id2928125/>

Basisbevilgningen er fastlagt ut fra en rekke indikatorer, (hvorav antall innbyggere i regionen og alderssammensetning er de viktigste, men også andre faktorer spiller inn i beregningen), uavhengig av utført aktivitet.

ISF er avhengig av utført aktivitet, målt gjennom diagnoserelaterte grupper (DRG), særtjenestegrupper (STG) og tjenesteforløpsgrupper (TFG). Pasientbehandlingen rapporteres til NPR som danner grunnlaget for ISF-refusjon til det enkelte RHF.

Refusjonene i ISF-ordningen er basert på nasjonale gjennomsnittskostnader beregnet gjennom kostnadsberegninger (KPP) utført av alle helseforetak.

De regionale helseforetakene står fritt til å tilpasse samlet finansiering av helseforetak og private institusjoner de har avtale med ut fra kostnadsnivå, funksjonsfordeling og egne prioriteringer.

ISF-finansieringen skjer for RHF gjennom aktivitet i underliggende helseforetak og ideelle/private tjenesteytere som har avtale med RHF.

For polikliniske aktivitet betaler pasientene en fastsatt egenandel som inngår i frikortbeløpet.

6.2 Finansiering av avtalespesialistene

Finansiering av avtalespesialistene skjer gjennom refusjoner (basert på takster), fra HELFO, driftstilskudd fra de regionale helseforetakene, og egenandel fra pasientene.

Legespesialister

Takstsystemet er regulert i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, og dekkes etter takstene i forskriftens kapittel 2.

Psykologspesialister

Takstsystemet er regulert i Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos psykolog, og dekkes etter takstene i forskriftens kapittel 2.

6.3 Kommentarer

Refusjonene betales via KUHR til den enkelte avtalespesialist.

Alle deler av finansieringsordningen; egenandel, driftstilskudd og honorartakster- for avtalespesialistene, er regulert gjennom forskrift, etter forhandlinger mellom HOD, RHF-ene og profesjonsforeningene.

Egenandeler inngår i frikortbeløpet. En viktig forskjell mellom helseforetakenes poliklinikker og avtalepraksis er at det kun er avtalespesialisten som kan utløse egenandel for konsultasjoner i avtalepraksis.

I helseforetakenes poliklinikker er dette profesjonsnøytralt ved at også andre yrkesgrupper kan gi rett til egenandel for konsultasjon, mens arbeid utført av for eksempel sykepleier i avtalepraksis vil medføre at pasienten kun betaler egenandel for enkel pasientkontakt.

Pasientene kan avkreves egenandel for utgifter til forbruksmateriell. Denne betalingen inngår ikke i frikortbeløpet. Pasientene kan innenfor i enkelte fagområder oppleve å betale mer for forbruksmateriell og medikamenter hos avtalespesialist, sammenlignet med helseforetakenes poliklinikker. Dette skyldes at helseforetakene har standardiserte satser for egenbetaling, og må finansiere differansen mellom reell kostnad og pasientens egenbetaling selv. Hos avtalespesialisten vil pasientens egenbetaling for tilsvarende ytelser dekke den reelle kostnaden.

Finansieringssystemet for RHF-ene gjennom basisramme og ISF er lite eller ikke egnet for økonomistyring gjennom aktivitet på den enkelte enhet eller hos den enkelte behandler, i motsetning til takstrefusjonene for avtalespesialistene som utløses av den enkelte behandler. Det er ikke samsvar mellom ISF-refusjon og takstrefusjon for samme behandling.

Helsedirektoratet fikk i 2020 i oppdrag fra HOD å «utrede hvordan aktivitetsbasert finansiering av avtalespesialistene kan inkluderes i ISF-ordningen» i samarbeid med de regionale helseforetakene, Legeforeningen og Psykologforeningen. Rapporten ble overlevert 29.06.21. I rapporten gjøres det utførlig rede for de forskjellige finansieringsmekanismer, og fordeler og ulemper ved å innlemme avtalespesialistene i ISF-ordningen.

Innretningen av takster vil i noen grad kunne påvirke hvilke ytelser som blir levert av avtalespesialistene. Dersom departementet eller foretakene ønsker å prioritere enkelte ytelser, kan det tilføres økonomi til de takstene som finansierer den/de aktuelle ytelsene innenfor rammen. Dette skjer gjennom forskriftsendring etter årlige forhandlinger mellom partene.

Finansieringsordningen for avtalespesialistene skal ivareta to oppgaver; både å være et inntektssystem for avtalespesialistene og en finansieringsordning for spesialisthelsetjenester. Med dagens ordning skal driftstilskuddet, pasientenes egenbetaling og HELFO-refusjoner innrettes slik at det er et forutsigbart og hensiktsmessig inntektssystem, og en forsvarlig finansieringsordning for spesialisthelsetjenester.

7. Fortrinn ved å yte spesialisthelsetjenester gjennom avtalespesialistordningen.

Avtalespesialistene yter en betydelig andel av de polikliniske spesialisthelsetjenestene både innen somatikk og psykisk helsevern. Tildeling av avtalehjemmel forutsetter at legen eller psykologen er godkjent spesialist, og avtalespesialistene er som oftest erfarne klinikere.

For befolkningen og henvisere (som oftest fastleger), er tilgangen til avtalespesialister et godt supplement til poliklinisk aktivitet ved helseforetakene. Ordningen oppfattes å være godt tilrettelagt for et høyt pasientvolum, da det aller meste av avtalespesialistenes tid går med til direkte pasientbehandling (flere oppgaver som er lagt til fagmiljøene i helseforetakene inngår ikke i avtalepraksis).

Når avtalespesialistene har et godt samarbeid og en god og regelmessig dialog med poliklinikkene ved helseforetakene, har man samlet sett en viss oversikt over henvisningsvolum, og oppgaver og ansvar kan bli fordelt hensiktsmessig mellom aktørene. Det vil også ligge godt til rette for gode pasientforløp.

Avtalespesialistene er stabil faglig kapasitet. Avtalespesialistene leverer over tid et stabilt volum spesialisthelsetjenester, med stabil og forutsigbar kostnad.

Avtalespesialistene representerer en kontinuitet på spesialistnivå for en del pasienter med kroniske sykdommer. Det kan både bidra til å gi en kvalitativt bedre ytelse for pasientene, og det kan bidra til at samhandlingen med primærhelsetjenesten blir styrket.

Avtalespesialistene er en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten, og har flere fortrinn for pasientene framfor helprivate helsetjenestetilbud, blant annet offentlig finansiering. Ved overgang fra å være ansatt i helseforetakene til avtalespesialistpraksis kan det være et viktig bidrag for å beholde faglig kapasitet i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

8. Ulemper ved å yte spesialisthelsetjenester gjennom avtalespesialistordningen

Henvisninger som sendes til avtalespesialister blir ikke rettighetsvurdert (med unntak av henvisninger innen psykisk helsevern som kommer inn under den nye ordningen «En vei inn» / «Felles henvisningsmottak»). Det blir ikke satt en juridisk bindende frist for når behandlingen senest skal starte. Avtalespesialistene vurderer henvisningene i tråd med nasjonale faglige prioriteringsveiledere, men er fortsatt ikke tildelt juridisk kompetanse til å rettighetsvurdere.

Konsekvensen av dette er at pasienter som blir henvist til avtalespesialister ikke har de samme rettighetene som pasienter som blir henvist til helseforetakene.

Avtalespesialistene er unntatt fra ventelisteforskriften. Konsekvensen er at det ikke foreligger full oversikt over antall henvisninger som sendes til avtalespesialistene, antall pasienter som ikke får tilbud om behandling, og heller ikke oversikt over ventetid for pasienter som har fått tilbud om behandling. Dette i motsetning til henvisninger som sendes til foretakene, der det foreligger oversikt både over antallet henviste pasienter, andelen som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp, samt oversikt over ventelister og ventetider, og fristbrudd.

Det er to veier inn til spesialisthelsetjenesten, én til foretakene, og én til avtalespesialistene. Når spesialisthelsetjenesten samlet sett ikke har oversikt over- og innsikt i den ene veien inn, er det manglende grunnlag for å kunne prioritere mellom pasientene, og å dimensjonere ytelsene. Man har heller ikke muligheten til å utnytte den totale faglige kapasiteten på best mulig måte. Det er rimelig å anta at totalvolumet av henvisninger kan være et uttrykk for behovet for spesialisthelsetjenester i angjeldende fagfelt. Det forutsetter innsikt i begge henvisningsveier for å dimensjonere tilbudet i forhold til behovet. Gjennom avtalespesialistenes rapportering til NPR får man oversikt over pasientvolumet og antall nyhenviste, men denne rapporteringen gir ikke oversikt over antallet pasienter som ikke får tilbud om behandling hos avtalespesialistene. Innen psykisk helsevern vil ordningen med «En vei inn» for henvisninger bidra til en samlet og fullstendig oversikt.

Pasientene kan innenfor enkelte fagområder oppleve å betale mer for forbruksmateriell og medikamenter hos avtalespesialister, sammenlignet med helseforetakenes poliklinikker. Dette skyldes at helseforetakene har standardiserte satser for slik egenbetaling, og må finansiere differansen mellom reell kostnad og pasientens egenbetaling selv. Hos avtalespesialisten vil pasientens egenbetaling for tilsvarende dekke den reelle kostnaden. Dette kan føre til at økonomisk vanskeligstilte i realiteten ikke har samme tilbud om spesialisthelsetjenester som andre med bedre økonomi, og utfordre den reelle retten til likeverdig tilgang til helsetjenester. Etter prosjektgruppens vurdering har myndighetene ansvaret for å vurdere hvilke virkemidler som skal benyttes for å sikre lik egenbetaling og derigjennom likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester. Eksempler på slike virkemidler er innføring av takster og inkludering av egenbetaling i grunnlag for frikort.

I dag foregår utdanning av legespesialister i helseforetakene. Utdanningen forutsetter at foretakene har erfarne spesialister som kan ivareta utdanningsansvaret for kandidatene. Dersom det av ulike årsaker skulle oppstå en mangel på spesialister i foretakene, vil utdanningskapasiteten bli redusert. Redusert utdanningskapasitet vil igjen kunne gå ut over både rekrutteringen av utdanningskandidater, og over tid tilgangen faglig kapasitet/spesialister. RHF-ene og Legeforeningen har forhandlet om en ordning for spesialistutdanning i avtalepraksis som er tilpasset den nye spesialistutdanningen. Ordningen med utdanning av spesialister i avtalepraksis er ikke kommet i gang. Dette kan skyldes flere forhold; blant annet tilretteleggingen, fagrevisjoner, nødvendige avklaringer i tråd med spesialistforskriften, forhold knyttet til økonomi og kandidatens aktivitet, økonomisk kompensasjon for avtalespesialisten som driver veiledning, tiltak ved ikke planlagt fravær hos avtalespesialist, kvalitetssikring av faglig nivå i praksis osv., er forhold som må utredes og tiltak settes i verk før utdanning kan skje i avtalepraksis.

Profesjonsforeningene anbefaler at avtalespesialistene har kollegiale ordninger ved ikke planlagt fravær. Det forekommer allikevel at en del pasienter står uten oppfølging ved ikke planlagt fravær hos avtalespesialistene. Dette er ikke tilstrekkelig regulert i rammeavtalen, prosjektgruppen anbefaler at dette utredes slik at ansvar og plikter blir tilstrekkelig.

Når det gjelder kvalitetssikring av faglig nivå i praksis kan det vises til side 40 i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019), «Regjeringen vil»:

- Innføre nasjonale kvalitetskrav til behandlingstilbud og nasjonal godkjenning av nasjonale behandlingstjenester
- Etablere et nasjonalt nettverk for fagrevisjoner i sykehus

Fagrevisjoner i Helseforetakene ble også en del av oppdragsdokumentet i 2017: «*De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt nettverk for å utvikle kompetanse og bistå med læring og erfaringsoverføring. Helse Nord skal lede dette arbeidet*».

Prosjektgruppen mener at kvalitetskrav og fagrevisjoner også er relevant i avtalepraksis, særlig dersom det skal utdannes spesialister i avtalepraksiser. Det anbefales at partene etablerer samarbeid om hvordan fagrevisjoner i avtalepraksis bør gjennomføres.

Partene ble enige om å arbeide for innføring av kvalitetsregistrering, og har protokoll om dette fra 2015: *"Partene er enige om at avtalespesialistene skal bidra med kvalitetsregistrering. Dette skal så langt det er mulig skje på lik linje med offentlige sykehus. Innføring av en slik registreringsplikt forutsetter hensiktsmessig tilrettelegging av elektroniske systemer, herunder systemer for automatisk uttrekk av kvalitetsdata"*

På foretakssiden oppstår det jevnlig situasjoner der det regionale helseforetaket tildeler hjemler til spesialister som utgjør en viktig og kanskje avgjørende ressurs for klinisk arbeid og utdanningskapasitet i et lokalt helseforetak.

Den kliniske ressursen som går fra foretaket til en avtalepraksis blir fortsatt en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det er samtidig viktig å påpeke at dette kan skape utfordringer for helseforetaket, både for klinikk og utdanningskapasitet.

Prosjektgruppen mener at dimensjoneringen av avtalespesialistordningen, inkludert tildelingen av hjemler fortsatt skal tilligge de regionale helseforetakene, mens ønsket om tettere integrasjon mellom avtalespesialistene og øvrig spesialisthelsetjeneste bør utvikles mellom avtalespesialistene og de lokale helseforetakene. En tettere integrasjon kan omfatte hensiktsmessige IKT løsninger, håndtering av fravær, vikarordninger, videreutvikling av forpliktelser i samarbeidsavtale, osv.

Pasientforløp som kan omfatte både primærhelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten både i foretakene og hos avtalespesialistene, dokumenteres i ulike elektroniske journalløsninger. Et godt pasientforløp forutsetter god informasjonsutveksling mellom de involverte, inkludert pasientene. Avtalespesialistene må involveres i de tiltak og prosjekter som adresserer informasjonsutveksling, slik det for eksempel er gjort i arbeidet med innføringen av pasientens legemiddelliste (PLL) og samme tilgjengelig informasjon på Helsenorge.no.

9. Hvilke utviklingsretninger kan være aktuelle for avtalespesialistordningen i årene framover?

9.1 Ivaretagelse av pasientrettigheter

Henvisninger som sendes til avtalespesialister blir i dag ikke rettighetsvurdert, og det blir ikke satt en juridisk bindende frist for når behandlingen senest skal starte. Uten en juridisk bindende frist har heller ikke pasienten rettigheter ved fristbrudd. Pasienter som blir henvist til avtalespesialister har dermed ikke de samme rettighetene som pasienter som blir henvist til foretakene. I en framtidig løsning må pasientrettighetene bli ivaretatt for alle pasienter, uavhengig av hvor de henvises.

Innenfor psykisk helsevern innføres det nå en ordning der alle henvisninger sendes til helseforetakene for rettighetsvurdering. Ordningen omtales gjerne som «En vei inn»/ «Felles henvisningsmottak». Det blir lagt til rette for at avtalespesialister kan delta i rettighetsvurderingene i et slikt henvisningsmottak. Gjennom denne løsningen vil pasientene som blir henvist til avtalespesialister innen psykisk helsevern få ivaretatt sine rettigheter.

Foretakene har i denne løsningen det forvaltningsmessige og økonomiske ansvaret dersom det skulle oppstå fristbrudd. Det forventes at risikoen for fristbrudd er lav, forutsatt at avtalespesialisten så tidlig som mulig varsler om risiko for at fristbrudd kan oppstå.

Innenfor somatikk er det ikke gjennomført vurderinger av hvordan man skal løse utfordringen med rettighetsvurdering av alle henvisninger. Det kan være hensiktsmessig at man får erfaring fra den nye ordningen innen psykisk helsevern før man konkluderer for somatikk. I denne sammenheng bør det også utredes om de regionale helseforetakene vil gi avtalespesialist for somatiske fag juridisk kompetanse til å rettighetsvurdere, på samme måte som det er gitt til enkelte private institusjoner som har avtale med de regionale helseforetakene. Dersom avtalespesialister skal rettighetsvurdere må det settes inn tiltak for å unngå uønsket variasjon i rettighetsvurderingen.

Eksempler på slike tiltak er generelle kompetansehevede tiltak som kurs og fagmøter, såkalt «bench-marking» med rettighetsvurdering av anonymiserte henvisninger og hospitering.

Det bør også utredes om henvisning av enkelte tilstander bør rettighetsvurderes samlet i foretakene. Det kan gjelde tilstander som krever særlig kostnadskrevende behandling, eller tilstander som må fordeles på en slik måte at foretakene kan ivareta kravene til utdanning og spesialisering.

9.2 Det er behov for et høyt volum av polikliniske spesialisthelsetjenester

Avtalespesialistene yter i dag et høyt volum av polikliniske spesialisthelsetjenester, med høy gjennomstrømming av pasienter.

Tjenestene som ytes er viktige bidrag under de regionale helseforetakenes «sørge-for» ansvar. I en framtidig ordning bør det legges til rette for at denne kapasiteten videreføres.

Det er grunn til å anta at effektiviteten i ordningen er fremmet gjennom de økonomiske insentivene, der høy aktivitet gir høy inntjening. En insentivbasert ordning som ivaretar kvalitet, pasientsikkerhet, faglig prioritering i tråd med nasjonale prioriteringsveiledere for spesialisthelsetjenesten bør ligge til grunn for en framtidig ordning.

Det må også tas med i vurderingene at et meget høyt volum vil kunne gå ut over kvaliteten på behandlingen, det er selvsagt uavhengig av om det foregår i foretakene eller i avtalepraksis.

Selv om avtalespesialistordningen i dag fremstår som effektiv, er det ikke dokumentert at ressursene benyttes slik at det gir den beste oppnåelige helsegevinst for befolkningen. For å komme videre med en kvalitetssikring av dette spørsmålet må det sikres at avtalespesialistene rapporterer de samme data som for poliklinikkene i foretakene. Det er behov for analyse av volum, sammensetning av nyhenviste/kontroller, pasientforløp, varighet osv. Først når det foreligger slike analyser og rapporter kan man ta stilling til behandlingens effekt på pasientens helsetilstand, om det foregår under- eller overdiagnostikk og behandling osv.

9.3 Det er behov for polikliniske spesialisthelsetjenester utenfor helseforetakene

Flere pasientgrupper har behov for polikliniske spesialisthelsetjenester regelmessig, og over noe tid. Det gjelder både innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB). Skrøpelige eldre og mange med kroniske sykdommer har særlig nytte av polikliniske spesialisthelsetjenester utenfor helseforetakene.

Avtalespesialister kan ha hele sin praksis lokalisert i en by eller i et tettbebygd område, eventuelt ha sin praksis lokalisert på ett eller to steder i områder der befolkningsstørrelsen er tilstrekkelig stor innenfor akseptabel reisetid til å forsvare opprettelsen av en slik praksis.

I tett samarbeid med kommunen vil avtalespesialister kunne bidra til å forebygge innleggelse i helseforetakene, man kan komme tidlig til med rett behandling ved forverring og kriser, og pasientene kan bo i eget hjem eller nær sine pårørende så lenge som mulig. Polikliniske spesialisthelsetjenester som organiseres utenfor helseforetakene vil kunne være et nyttig ledd mellom pasient, fastlege og helseforetakene.

Polikliniske spesialisthelsetjenester som ytes utenfor helseforetakene kan legges godt til rette for et langsiktig samarbeid mellom spesialist og pasient. Den positive helseeffekten man får av en stabil fastlege er godt dokumentert. Innen psykisk helsevern er nettopp etablering av en relasjon og stabilitet i kontakten et viktig element i behandlingen.

10. utfordringer, målsettinger og tiltak

Generelt:

Avtalespesialister skal bidra til at man oppnår helhetlige, forutsigbare, sammenhengende og planlagte pasientforløp. Det må arbeides for at avtalespesialister kan og får anledning til å forholde seg til de samme føringer og kvalitetsmål som øvrig spesialisthelsetjeneste. Avtalespesialistene bør også arbeide for, og det må legges til rette for, at avtalespesialistene kan rapportere til aktuelle nasjonale registre, fortrinnsvis gjennom automatisk høsting av data.

På generelt grunnlag mener prosjektgruppen at det er behov for en grundig utvikling, revisjon og modernisering av rammeavtalene. Prosjektgruppen anbefaler at partene starter en slik prosess og planlegger for gjennomføring.

Prosjektgruppen har i tillegg noen anbefalinger for særlig aktuelle tema:

Behov for aktivitetsjustering i særlige tilfeller:

Utfordring: Det kan i særlige tilfeller oppstå behov for relativt rask endret prioritering av pasientgrupper, noe som RHF-ene gjennom sitt «sørge-for» ansvar må løse. RHF-ene har p.t. ingen avtalt løsning med avtalespesialistene for å sikre deres medvirkning til å løse slike utfordringer.

Målsetting: Partene må oppnå enighet om hvordan avtalespesialistene kan bidra til i særlige tilfeller å løse behovet for rask endring i prioriteringen av pasientgrupper.

Tiltak:

- Partene utreder behovet og legger fram forslag til løsning

Pasientrettigheter:

Utfordring: Pasienter som henvises til avtalespesialister har ikke lik rett til helsetjenester som pasienter som blir henvist til helseforetakene, dette ved at rettighetsvurdering og egenbetaling er ulikt.

Målsetting: Alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten skal ha like rettigheter.

Tiltak:

- For å utløse rett til behandling må henvisningene rettighetsvurderes. Prosjektgruppen anbefaler at det utredes hvordan henvisninger til avtalespesialister innen somatikk kan bli rettighetsvurdert.
- Etter prosjektgruppens vurdering er det myndighetene som har de nødvendige virkemidler for å sikre at nivå på pasientenes egenbetaling blir harmonisert mellom foretakene og avtalespesialistene. Eksempler på slike virkemidler er innføring/justering av takster og inkludering av egenbetaling i grunnlag for frikort.
- Dersom avtalespesialist tildeles juridisk kompetanse til å rettighetsvurdere, bør det utredes om deler av henvisningsvolumet, for eksempel enkelttilstander eller tilstander som utløser særlig kostbar behandling, allikevel bør rettighetsvurderes samlet i foretakene og volumet fordeles fra foretakene (jf. forskrivning av særlig kostbare legemidler).

Integrasjon mellom avtalespesialister og øvrig spesialisthelsetjeneste

Utfordring: Avtalespesialistene er ikke godt nok knyttet til fagmiljøene i foretakenes opptaksområde.

Målsetting: Tettere faglig integrering mellom avtalespesialistene og lokale helseforetak

Tiltak:

- Det bør legges til rette for mer forpliktende faglig samarbeid, for eksempel ved felles møter, kurs, seminarer osv.
- Helseforetakene er godkjente utdanningsinstitusjoner, og kan innenfor rammen av spesialistforskriften legge til rette for deler av LiS utdanning i avtalepraksis. Dette kan for eksempel innarbeides i lokal samarbeidsavtale. Det forutsetter at det også er etablert samarbeid om forpliktende fagrevisjoner.
- Felles fagrevisjoner.
- Det bør utredes hvordan avtalespesialister kan omfattes av ventelisteforskriften.
- Man må sikre etterlevelse mellom foretak og avtalespesialist om det som allerede er avtalt og gjort gjeldende for samarbeid mellom helseforetak og avtalespesialisten om blant annet fagutvikling, pasientforløp, innovasjon, IKT, ferier, fravær osv.

Vedlegg til rapport «Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen»

PROSJEKTDIREKTIV

Vurdering av hvordan avtalespesialistordningen kan anvendes i tjenesten på best mulig måte

I OPPDRAGSDOKUMENTET FOR 2022 BLE DE REGIONALE HELSEFORETAKENE, UNDER LEDELSE AV HELSE VEST, BEDT OM Å UTARBEIDE EN OMFORENT VURDERING AV HVORDAN AVTALESPELIALISTORDNINGEN KAN ANVENDES I TJENESTEN PÅ BEST MULIG MÅTE. VURDERINGEN MÅ INKLUDERE HVILKE ENDRINGER SOM BØR GJØRES OG FORSLAG TIL MÅLSETTINGER SOM BØR GJØRES GJELDENE. FRIST FOR RAPPORTERING ER INNEN UTGANGEN AV 2022

Prosjektinformasjon

Prosjektnavn		Prosjektnummer ¹
Vurdering av hvordan avtalespesialistordningen kan anvendes i tjenesten på best mulig måte		
Forankring		
OD 2022		
Prosjekteier	Styringsgruppeleder	Prosjektleder
Inger Cathrine Bryne	Geir Tollåli	Ola Jøsendal

Godkjenning

Versjon	Dato	Navn	Organisasjon/Tittel	Kommentarer
1.0	10-22	Bjørn Egil Vikse	Fagdirektør HVE	
1.1	10-27	Bjørn Egil Vikse	Fagdirektør HVE	

Eventuelle vedlegg (forklar type, eksempel)

#	Navn

¹ Prosjektnummer får ein i rekneskapsavdelinga

1. MANDAT

1.1 Bakgrunn

Under foretaksmøtet for 2022 ble de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, bedt om å utarbeide en omforent vurdering av hvordan avtalespesialistordningen kan anvendes i tjenesten på best mulig måte.

Vurderingen skal inkludere hvilke endringer som bør gjøres, og forslag til målsettinger som bør gjøres gjeldende.

Frist for rapportering er ultimo 2022.

1.2 Mål

Prosjektet skal utarbeide en rapport. Rapporten skal utrede følgende:

- Avtalespesialistordningens viktigste oppgaver og ansvar som del av RHF-enes sørge for ansvar
- Status for avtalespesialistordningen i 2022, hva fungerer bra og hva må eventuelt videreutvikles/endres?
- Hvilke utviklingsretninger kan være aktuelle for å sikre en helhetlig spesialisthelsetjeneste som inkluderer eller forutsetter endringer i avtalespesialistordningen for årene framover? (scenario)
- Anbefale utvikling, endringer og målsettinger
- Tiltak som må til for sikre anbefalt utviklingsretning og måloppnåelse

Rapporten skal godkjennes av styringsgruppen.

Det er videre et mål at HOD på bakgrunn av rapportens anbefalinger vil sikre at anbefalte målsettinger legges til grunn.

2. PROSJEKTORGANISERING

Prosjektet organiseres som et interregionalt prosjekt.

2.1 Prosjekteier

AD i Helse Vest RHF, Inger Cathrine Bryne, er prosjekteier.

2.2 Styringsgruppe

Styringsgruppe er det interregionale fagdirektørmøtet supplert med to KTV og en brukerrepresentant.

Styringsgruppen har ansvar for:

- at prosjektorganisering og framdriftsplan sikrer levering i tråd med mandat jf. punkt 1
- at de rette personellressursene er tilgjengelige for prosjektet
- å forankre prosjektet i organisasjonen
- å godkjenne leveranse fra prosjektet, og ta de nødvendige avgjørelser i prosjektet

Følgende styringsgruppe er etablert for prosjektet, i tillegg til disse møter prosjektleder:

Rolle	Stilling	Navn	Representerer
Styringsgruppeleder	Fagdirektør	Geir Tollåli	HN
Representant	Fagdirektør	Jan Frich	HSØ
Representant	Fagdirektør	Bjørn Inge Gustafsson	HMN
Representant	Fagdirektør	Bjørn Egil Vikse	HV
Representant	KTV	Hanne Indregaard Lind	
Representant	KTV	Marie Skontorp	
Representant	Bruker	Sebastian Blancaflor	

2.3 Prosjektgruppe

Prosjektgruppen har ansvar for å:

- Bidra i utarbeiding og kvalitetssikring av alle leveranser
- Bidra aktivt i og mellom møtene i prosjektgruppen og ev. arbeidsgrupper
- Ivareta dialogen med de enhetene de representerer underveis i prosjektgjennomføringen for å sikre god forankring.
- Utarbeide forslag til løsninger og innhente nødvendige innspill til forslagene fra linjen og eventuelt andre interessenter

Prosjektleder har ansvar for å:

- Lede prosjektet og prosjektgruppen
- Styring og framdrift i prosjektet, inkludert rapportering til styringsgruppen
- Tilføre nødvendig metodikk og kompetanse for prosessen
- Oppfølging av prosjektmedlemmer og bidra til forankring
- Kvalitetssikring og leveranse av endelig resultat

Følgende prosjektgruppe er etablert for prosjektet:

Rolle	Stilling	Navn	Reprenter
Prosjektleder	Ass fagdirektør	Ola Jøsendal	HV
Møteleder	Fagdirektør	Bjørn Egil Vikse	HV
Prosjektdeltaker	Rådgiver	Torleiv Bergland	HV
Prosjektdeltaker	Direktør, MOT	Hilde Christiansen	HV
Prosjektdeltaker	Avd. direktør	Cecilie Skule	HSØ
Prosjektdeltaker	Avd. direktør	Anders Debes	HSØ
Prosjektdeltaker	Seniorrådgiver	Arnt-Egil Hasfjord	HMN
Prosjektdeltaker	Seniorrådgiver	Henrik Andreas Sandbu	HMN
Prosjektdeltaker	Rådgiver	Siw Skår	HN
Prosjektdeltaker	Seksjonsleder	Frode Eilertsen	HN
Prosjektdeltaker	KTV	Christian Grimsgaard	
Prosjektdeltaker	KTV	Martin Øien Jenssen	
Prosjektdeltaker	Bruker	Karl Olaf Sundfør	
Prosjektdeltaker	Tillitsvalgt	Erik Dyb Liaaen	Legeforeningen
Prosjektdeltaker	Visepresident	Rune Frøyland	Psykologforening en

2.4 Eventuelle arbeidsgrupper

Prosjektgruppen kan ved behov etablere interne arbeidsgrupper.

Ved etablering av arbeidsgrupper i tillegg til prosjektgruppen skal dette forankres i styringsgruppen.

2.5 Kostnader, og eventuell prosjektstøtte - sekretariat

Aktørene som deltar i styrings-, referanse- eller prosjektgruppe dekker selv kostnader til lønn, reiser og opphold.

Det kan hentes inn intern og/eller ekstern prosjektbistand etter avklaring med prosjekteier og/eller styringsgruppe.

3. PROSJEKTGJENNOMFØRING

3.1 Framdriftsplan og leveranser

Prosjektet har en stram tidsplan, med planlagt leveranse ultimo desember 2022. Det vil bli gjennomført to fysiske heldagsmøter i prosjektgruppen i november. Det er planlagt sak til styringsgruppemøte 12. desember. Det vil foregå arbeid mellom møtene, basert på digitale verktøy.

3.2 Kjerneteam

Det skal opprettes et kjerneteam bestående av prosjektleder, og en representant fra hvert RHF. Oppgaven til kjerneteamet blir å innhente bakgrunnsinformasjon, skrive referater fra møtene, og utforme rapporten.

3.3 Sluttleveranse

Prosjektet skal levere en rapport som svarer ut oppdraget, jf. pkt. 1.2. Styringsgruppen skal møte AD-møtet før endelig rapport leveres.

3.4 Suksessfaktorer

For å lykkes med prosjektet må prosjektgruppens medlemmer prioritere arbeidet, det vil si å delta på heldagsmøtene, og sikre forankring i egen organisasjon.

Om det ikke nås enighet, skal uenighet beskrives i rapporten.

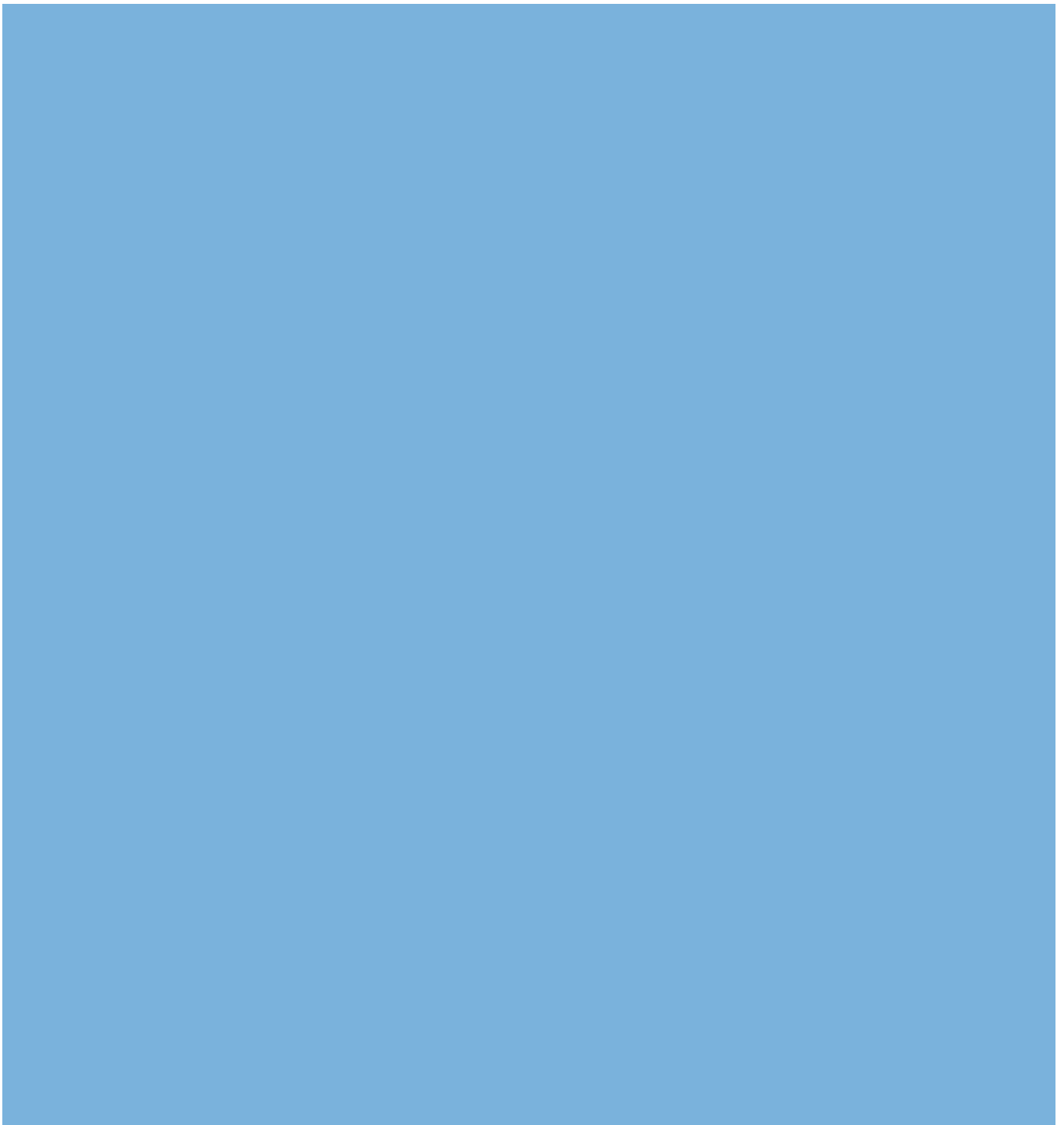
4. PROSJEKTKOSTNADER

Helse Vest har satt av kr 100 000 til møteutgifter (f.eks. heldagsmøter som planlegges avholdt på Gardermoen), og eventuelle uforutsette utgifter.

RHF-ene og profesjonsforeningene dekker utgifter til egne representanter, Helse Vest dekker utgifter for brukerrepresentant.

Helse Vest Postboks
303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no



Individuell (personlig) avtale om regional avtalepraksis for legespesialist

1. Avtaleparter

Avtaleparter er:

Helse _____ RHF

Organisasjonsnr.: _____

Adr.: _____ postnr.: _____ sted: _____

heretter omtalt som "RHF"

og

Navn: _____

P.nr.: _____

Privatadr.: _____

postnr.: _____ sted: _____

Privattelefon: _____

Mobiltelefon: _____

Organisasjonsnr.: _____

heretter omtalt som "Legen".

2. Legens plikter og rettigheter

Legens plikter og rettigheter følger av den til enhver tid gjeldende Rammeavtale om avtalepraksis for legespesialister inngått mellom de regionale helseforetakene og Den norske Legeforening. Legen forplikter seg til å gjøre seg kjent med innholdet i denne avtalen. Legen og det regionale helseforetak er bundet av denne avtalen.

Avtalen kan ikke overdras.

3. Aktivitetsbeskrivelse

Spesialist i _____

Normtall: _____

Andre avtalte forhold (faglig virkeområde mv.):

4. Avtaleperiode

Alt. 1: Avtalen gjelder fra _____ og opphører uten forutgående oppsigelse fra noen av partene ved fylte 72 år.

Alt. 2: Avtalen gjelder fra _____ til _____. Avtalen opphører uten forutgående oppsigelse fra noen av partene ved utløpet av avtaleperioden.

5. Avtalehjemmelens størrelse

Avtalehjemmelens størrelse er _____ %.

6. Åpningstid og lokalisering

Åpningstiden er: _____

Telefontider:

Mandag	Fra:	Til:	Fra:	Til:
Tirsdag	Fra:	Til:	Fra:	Til:
Onsdag	Fra:	Til:	Fra:	Til:
Torsdag	Fra:	Til:	Fra:	Til:
Fredag	Fra:	Til:	Fra:	Til:

Fullt driftstilskudd forutsetter gjennomsnittlig 37,5 timer per uke i minst 44 uker per år med behandlende virksomhet inkludert administrasjon av praksis.

Lokalisering: _____ Gruppepraksis _____ (Ja eller nei)

Avtalepraksisens kontoradresse(r) _____

Avtalepraksisens postadresse(r) _____

Pasienttelefon: _____

Kontortelefon: _____

E-postadresse: _____

Kontonummer: _____



Klasseplassering/vilkår for klasseinndeling

Avtalepraksisen har følgende hjelpepersonell:

Stilling	Stillingsbrøk
Stilling	Stillingsbrøk
Stilling	Stillingsbrøk

Samlet kontorareal _____

Enkel oversikt over medisinsk utstyr relatert til spesialisten:

Avtalen er plassert i driftstilskuddsklasse: _____

Driftstilskudd utbetales i henhold til Statsavtale om basistilskudd for allmennleger, driftstilskudd for spesialister og takster for leger.

Avkortning i driftstilskuddet foretas etter reglene i Rammeavtalen. Ved heving av avtalen stanses driftstilskuddet umiddelbart, jfr. Rammeavtalens pkt. 10.7 .

Ferie og fravær skal meddeles RHF i så god tid som mulig slik at RHF kan ha oversikt over det til enhver tid gjeldende spesialisthelsetjenestetilbudet i regionen. For øvrig gjelder regler for fravær som beskrevet i Rammeavtalen.

7. Andre vilkår

8. Veiledning og opplæring av helsepersonell

9. Revisjon av avtalen

Den individuelle avtalen kan fra begge parters side kreves revidert hver år. Med revisjon menes endringer gjort etter avtale mellom partene. Videre innebærer dette en plikt for begge parter til å drøfte eventuelle endringer.



10. Lovbestemte krav

Legen plikter å overholde lovbestemte krav i forbindelse med utførelsen av ytelsen. Det kreves at Legen innehar nødvendig autorisasjon og offentlig godkjenning for sin spesialistpraksis, samt at driften innrettes i samsvar med gjeldende regelverk for øvrig. Legen skal rette seg etter offentlige pålegg, og skal i tilfelle pålegg av betydning for denne avtale blir gitt eller varslet, straks opplyse RHF om dette. Tilsvarende gjelder dersom det fra offentlige instanser blir varslet undersøkelse som kan få betydning for legens virksomhet etter denne avtale.

Legen samtykker til at tilsynsmyndighetene varsler RHF når det er opprettet tilsynssak som tilsynsmyndigheten mener er relevant for RHF som oppdragsgiver

11. Varighet og oppsigelse av individuell avtale

RHF og legen kan si opp avtalen med gjensidig oppsigelsesfrist på 6 måneder. Oppsigelse fra RHF's side må være saklig begrunnet.

12. Tvisteløsning mellom leger ved overdragelse av praksis

Legen forplikter seg til å akseptere Rammeavtalens bestemmelser om tvisteløsning ved overdragelse av praksis, jf Rammeavtalens pkt. 11.1.

13. Tvisteløsning mellom RHF og legen

Kommer partene ikke til enighet, kan tvisten bringes inn for voldgift etter bestemmelsene i lov om voldgift av 14.05.04 nr. 25. Om ikke partene blir enig om annen sammensetning, oppnevner hver part en representant i voldgiftsretten, og disse oppnevner i fellesskap en tredje person som leder. Oppnås ikke enighet om leder, oppnevnes denne av tingrettens sorenskriver.

Hver av partene kan i stedet bringe tvisten inn for domstolsbehandling.

Denne avtale er underskrevet i to originale eksemplarer, hvorav hver av partene beholder ett hver.

Dato: _____ Dato: _____

Helse _____ RHF

Legen: _____



Mal for samarbeidsavtale mellom avtalespesialister og helseforetak/andre institusjoner

Dette er en mal for en samarbeidsavtale mellom avtalespesialister og helseforetak/avdelinger i helseforetak/andre institusjoner som inngås i henhold til rammeavtalens § 1.3.

Avtalen må tilpasses det konkrete samarbeidsforholdet.

Mellom lege.....

og Helseforetak/avdeling i helseforetak/annen institusjon.....

er det inngått samarbeidsavtale i henhold til rammeavtale mellom De regionale helseforetak og Den norske legeforening om avtalepraksis for legespesialister § 1.3.

1. FORMÅL

Partene er enige om å inngå et samarbeid knyttet til...

Partene har felles ansvar for oppfølging av samarbeidet.

2. INNHOLD

[Beskrivelse av hva samarbeidet skal omfatte. Beskrivelsen bør omfatte **hvilke typer oppgaver** knyttet til utredning og/eller behandling som skal gjennomføres hos avtalespesialist. Det vises til rammeavtalens § 1.3 der følgende eksempler nevnes: avtale om hensiktsmessig arbeidsdeling (pasientflyt/strømmer), håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid mellom HF avdelinger og avtalespesialister, utveksling av informasjon om kapasitet, utveksling av informasjon om felles prosedyrer og kliniske retningslinjer, deltakelse i kompetanseutvikling, rutiner for kontakt mellom legen og HF. Beskrivelsen bør videre omfatte **hvor** utredningen/behandlingen skal foregå (i praksisen eller hos HF). **Omfang** av utredning/behandling bør være avtalt.]

Bruk veilederen og Rammeavtalens bestemmelser for å formulere samarbeidet på de aktuelle/enkelte punktene.

3. FINANSIERING

Inngåelse av samarbeidsavtaler innebærer som utgangspunkt ingen endringer i finansieringen av arbeidet til avtalespesialisten. Også det arbeid som utføres i henhold til denne avtalen, skal finansieres innenfor gjeldende takstsystem. Der samarbeidsavtalen innebærer oppgaver eller arbeid som ikke faller inn under takstsystemet, kan partene avtale alternativ godtgjøring.

4. LØPENDE SAMARBEID

Partene skal avholde møter etter behov, hvor erfaringer og videre utvikling av samarbeidet diskuteres. Behov for justering av samarbeidsavtalen bør varsles i så god tid som mulig.

Partene må være enige om eventuelle endringer i samarbeidsavtalen og disse må formaliseres i datert og signert vedlegg til avtalen.

Det føres referat fra møtene.

5. ORIENTERINGSPLIKT VED PLANLAGT FRAVÆR

Partene i samarbeidsavtalen har en gjensidig orienteringsplikt. Helseforetak og andre som inngår i RHF-ets sørge-for ansvar og som er en del av samarbeidsavtalen skal sørge for at avtalespesialisten blir orientert om større endringer i organisering og innhold/kapasitet i tjenestetilbudet som har betydning for samarbeidsavtalen.

Avtalespesialisten skal på sin side holde den annen part i samarbeidsavtalen orientert om planlagt fravær, permisjoner av en viss varighet, samt andre større endringer i eget tjenestetilbud som får betydning for samarbeidsavtalen.

6. VIKAR

Vikar trer inn i samarbeidsavtalen, med mindre annet er avtalt eller der vikariatets størrelse eller lengde medfører at dette ikke er hensiktsmessig.

Avtalespesialisten plikter å varsle avtalemotpart (HF/andre institusjoner) ved inntak av vikar. Partene må i denne forbindelse avklare om vikaren skal tre inn i samarbeidsavtalen.

7. VARIGHET OG OPPSIGELSE

Avtalen gjelder inntil den sies opp av en av partene, evt. bringes til opphør i forhold til andre bestemmelser som fremgår ovenfor.

Hver av partene kan si opp denne avtale med 6 måneders varslingsfrist. Oppsigelsen meddeles RHF.

Når en part sier opp sin individuelle driftstilskuddsavtale betraktes dette også som en oppsigelse av denne samarbeidsavtalen. Oppsigelsestiden er den samme som for driftsavtalen, p.t. 6 mnd.

Likestilt med oppsigelse av avtalen stilles en parts død. Boet kan videreføre praksisen i oppsigelsestiden ved hjelp av vikar.

8. MISLIGHOLD

Dersom en part gjør seg skyldig i vesentlig mislighold av avtalen kan avtalen heves med umiddelbar virkning.

Dersom det regionale helseforetaket hever den individuelle driftstilskuddsavtalen overfor legen, eller dersom legen mister sin autorisasjon eller på annen måte mister retten til å drive selvstendig legevirksomhet, kan de andre parter heve avtalen med umiddelbar virkning.

9. REFORHANDLING, TVISTER, UENIGHETER

Ved uenighet om vilkårene for inngåelse av samarbeidsavtale mellom avtalespesialist og helseforetak/institusjon skal saken løses ved mekling mellom det aktuelle RHFet/det aktuelle HFet/institusjonen og Legeforeningen.

Den enkelte part kan kreve denne avtale reforhandlet en gang pr år. Partene må være enige om eventuelle endringer.

Ved tvist om forståelsen av denne samarbeidsavtalen, skal uenigheten først søkes løst ved dialog mellom avtalepartene der grunnlaget for uenigheten og eventuelle forslag og løsninger fra hver av partene fremgår av møtoreferat. Fører dette ikke frem kan uenigheten søkes løst ved bistand fra RHF og Legeforeningen.

10. PARTENES UNDERSKRIFT

Avtalen gjelder fra og er utstedt i 2 eksemplarer, ett til hver av avtalepartene.

Sted, dato

.....

.....

Kopi av denne samarbeidsavtalen sendes

Veiledning for samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetak/andre institusjoner

1. Formål med veilederen

Formålet med veiledningen er å klargjøre ansvar og roller, gi oversikt over aktuelle samarbeidspartnere, samarbeidsarenaer, samarbeidsformer og rutiner for å etablere og gjennomføre samarbeid. Det er et mål at veiledningsmaterialet kan bidra til å tilrettelegge for og understøtte gode lokale prosesser. Et styrket lokalt samarbeid vil være en suksessfaktor for videre utvikling av avtalespesialistordningen.

En viktig satsing i den nye rammeavtalen er å styrke samarbeidet mellom avtalespesialist og helseforetak og andre institusjoner innenfor RHF-ets sørge-for ansvar. Rammeavtalen forutsetter at det inngås samarbeidsavtaler, se rammeavtalens bestemmelser om samarbeid i § 1.3.

Det er en klar forutsetning at samarbeidet skal være likeverdig og balansert. HF eller andre institusjoner kan ikke pålegge avtalespesialisten oppgaver eller diktere vilkår for samarbeid med hjemmel i rammeavtalen. En slik samarbeidsavtale er heller ikke en betingelse for å starte virksomhet som avtalespesialist. Det kan med andre ord ikke stilles krav om at det foreligger inngått samarbeidsavtale før man inngår driftsavtale.

Partene har også utarbeidet et *eksempel* på avtalemal for samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetak og andre institusjoner innenfor RHF-ets sørge-for ansvar, se vedlegg.

Veilederen er utarbeidet i fellesskap av de regionale helseforetakene og Den norske legeforening. Det vil alltid være slik at bestemmelsene i Rammeavtalen angir partenes rettslige forpliktelser.

2. Samarbeid

Det overordnede formålet med samarbeid mellom avtalespesialister og den øvrige spesialisthelsetjenesten er å utnytte det totale ressursgrunnlaget for best mulig å realisere helsepolitiske mål. Helseforetakene og avtalespesialistene er begge deler av den samme offentlige spesialisthelsetjenesten og skal løse oppgaver som ligger innenfor RHF sørge-for ansvar.

Partene ble i forhandlingene enig om å utarbeide felles veiledning for slike avtaleprosesser, herunder hvor partsforholdet skal ligge på HF/institusjonsnivå eller eventuelt andre institusjoner innenfor RHF-ets sørge-for ansvar og håndtering der det er flere potensielle avtaleparter i avtalespesialistens område. Det er viktig at helseforetakene og andre institusjoner innenfor RHF-ets sørge-for ansvar og avtalespesialistene finner sammen til gode og felles forpliktende samarbeidsavtaler.

Det er allerede mange eksempler på godt samarbeid, men målet med samarbeidsavtalene er å utnytte potensialet for å forbedre dette. Samarbeidet kan gjennomføres på ulike måter. Den følgende listen er ikke uttømmende, men inneholder eksempler på ulike samarbeidsformer:

- Hensiktsmessig arbeidsdeling (pasientforløp/pasientflyt/strømmer)
- Faglig samarbeid mellom HF avdelinger og avtalespesialister
- Utveksling av informasjon om kapasitet
- Utveksling av informasjon om felles prosedyrer og kliniske retningslinjer
- Deltakelse i kompetanseutvikling
- Rutiner for kontakt mellom legen og HF
- Avtaler om fraværdekning i ferieperioder
- Samarbeid for å unngå fristbrudd og redusere ventelister hos HF/andre institusjoner innenfor RHF sørge-for ansvar

3. Etablering av og organisering av samarbeid

Legeforeningen og RHF ønsker at helseforetakene, og andre institusjoner innenfor RHF sørge-for ansvar og avtalespesialistene tenker nytt om samarbeidsrelasjoner. Samarbeid må være basert på reelle behov i regionen og kan etableres og gjennomføres på forskjellige måter.

Det er viktig at systemet og rammene for inngåelse og gjennomføring av samarbeidsavtaler ikke er for rigid. Behovet for samarbeid kan oppstå på mange forskjellige måter, og kan endres over tid. Ofte vil samarbeid initiert lokalt gi det beste grunnlaget for samarbeidsrelasjoner og resultater.

Det har ikke vært en ambisjon eller et mål at hver enkel avtalespesialist skal inngå avtale med flere parter (helseforetak, andre institusjoner mm). Partene er enig om at felles samarbeidsavtaler for flere avtalespesialister i samme spesialitet i noen tilfeller kan være like hensiktsmessig. Der det er flere alternative samarbeidspartnere for avtalespesialisten innad i et opptaksområde, skal RHF-ene bidra til å koordinere etablering av samarbeidsavtaler innad i opptaksområder innenfor en spesialitet. Dette vil blant annet kunne bidra til god utnyttelse av faglig kapasitet og bedre arbeidsdeling. Det er viktig at det ved avtaleinngåelse tas hensyn til eventuelt ulike profiler i avtalepraksis.

Også andre institusjoner enn HF som inngår i RHF-enes sørge-for ansvar kan være aktuell part i en samarbeidsavtale. Der det er både helseforetak og andre institusjoner som inngår i RHF-enes sørge-for ansvar, bør RHF-ene bidra til at inngåelse av samarbeidsavtalene blir koordinert.

4. Roller og ansvar

RHF: De regionale helseforetakene skal sørge for at helseforetakene blir godt orientert om forventningene til samarbeidsavtaler og hvilke muligheter til samarbeid som finnes i regionen. RHF-ene vil gjennom helseforetakene sørge for at det organiseres felles møte der alle de aktuelle partene bidrar til å inngå felles samarbeidsavtaler. De regionale helseforetakene skal be helseforetakene og andre institusjoner innenfor RHF-ets sørge-for ansvar lage en plan for det videre arbeidet.

HF/andre institusjoner: I enkelte tilfeller kan det være naturlig at HFene/andre aktuelle institusjoner tar initiativ overfor avtalespesialistene samt inngå avtaler der partene blir enige om betingelsene for slikt arbeid.

Avtalespesialister: Avtalespesialister skal bidra aktivt til gode avtaleprosesser. Der samarbeidsavtaler blir inngått, skal avtalespesialisten orientere RHF. Avtalespesialisten bør ved inngåelse av avtaler være særlig oppmerksom på sin samlede kapasitet, jfr. oppfyllelse av sin individuelle avtale med RHF og gjennomføring av pasientbehandling i henhold til denne.

Andre deler av helsetjenesten: Mesteparten av samhandlingene som avtalespesialisten gjør i dag er utredning og behandling av pasienter henvist fra fastlegen, og som følges opp videre hos fastlege. Samarbeidsavtalene skal synliggjøre og ta hensyn til denne pasientflyten.

Legeforeningen: Skal medvirke til at avtalespesialistene starter dialog med helseforetakene og andre institusjoner innenfor RHFets sørge-for ansvar. Foreningen skal ha løpende samarbeid med RHF for å vurdere innretning av virkemidlene for samarbeidsavtaler.

5. Finansiering

Inngåelse av samarbeidsavtaler med HF eller avdelinger i HF, innebærer som utgangspunkt ingen endring i finansiering av arbeidet. Også det arbeidet som utføres etter en slik samarbeidsavtale, skal som hovedregel finansieres innenfor gjeldende takstsystem. Der samarbeidsavtalen innebærer oppgaver eller arbeid som ikke faller inn under takstsystemet, kan partene avtale alternativ godtgjøring.

6. Aktuelle samarbeidspartnere, samarbeidsformer og samarbeidsarenaer

6.1 Regionale helseforetak

RHF er avtalepart for driftsavtalen, lokalisering, åpningstider, bemanning med mer.

Det er flere bestemmelser i rammeavtalen som åpner for avtalebaserte justeringer i praksis for å møte endrede behandlingsbehov i regionen. Dette skal i så fall reguleres i den individuelle avtalen. Dette gjelder for eksempel:

- Partene kan avtale praksisprofil og eventuelle endring av profil, jf. § 5.4
- Partene kan avtale endring av normtall, jf. § 4.2

RHF har ansvar for spesialisthelsetjenesten i sin region. Ved ivaretagelsen av sørge-for ansvaret inngår avtalespesialistene som en integrert del. Avtalespesialistene skal innenfor Rammeavtalen og den individuelle avtalen utføre oppgaver som defineres som spesialisthelsetjeneste. Samarbeid mellom RHF og avtalespesialistene er regulert i Rammeavtalen. Det er helt avgjørende at HF og andre institusjoner innenfor RHF sørge-for ansvar og avtalespesialistene er kjent med innholdet i Rammeavtalen.

Samarbeidsformer og samarbeidsarenaer

Det skal være et samarbeidsutvalg mellom legespesialistene og det regionale helseforetak i hver av regionene. Samarbeidsutvalget skal bidra til å fremme nødvendig samarbeid og samhandling mellom det regionale helseforetak og legespesialistene i regionen, og bør involveres i drøftinger av etablering av samarbeidsavtaler mellom avtalespesialister og den øvrige spesialisthelsetjenesten.

Videre skal RHF-et skal lage en regional plan for prioriteringer, utvikling og fordeling av avtalepraksis i regionen. Denne planen og andre planer som har betydning for drift av avtalepraksis skal legges fram for samarbeidsutvalget til uttalelse.

Det er viktig at RHFet og representantene for avtalespesialistene bidrar til godt samarbeid og finner en formålstjenlig organisering av oppgavene i samarbeidsutvalget. Det vil være viktig å legge vekt på dialog og prosess der partene i fellesskap diskuterer kommende endrings- og utviklingsbehov og hvordan disse eventuelt kan best mulig kan håndteres.

Det bør vurderes årlige møter mellom RHF og de enkelte spesialiteter der forventede endringer i helsetjenestebehovet i befolkningen knyttet til den enkelte spesialitet drøftes. Mulige konsekvenser for tjenestetilbud fra den enkelte spesialistgruppe kan også drøftes. Formålet med slike møter er å forutsi kommende endringsbehov, slik at disse kan håndteres best mulig.

6.2 Samarbeid med helseforetak/DPS/andre institusjoner

Rammeavtalen inneholder enkelte eksempler på mulig samarbeid. Det er flere samarbeidsformer som kan bidra til å nå målene med samhandlingen som forutsettes i rammeavtalen § 1.3. Her beskrives noen eksempler. Listen er ikke uttømmende.

1. Arbeidsdeling

Samarbeid om fordeling av pasientstrømmer, herunder diskusjon om hvilke pasienter som bør utredes/behandles hvor, samt hva som kan gjøres i avtalepraksis og hva er hensiktsmessig arbeidsdeling mellom partene. Der det er formålstjenlig at det er en av partene som forestår vurdering av henvisninger, reguleres rutiner og prosesser rundt dette i samarbeidsavtalen. Det bør også avklares hvor/om og på hvilken måte pasienter kan overføres for videre oppfølging og kontroller hos avtalespesialistene.

Det bør også avklares hvordan partene kan sikre god informasjon og kommunikasjon i pasientforløpet.

Eksempler på modeller for dette:

- Samarbeid for gynekologiske pasienter i Oslo (Busundmodellen)
- Cluster modellen for psykiatriske pasienter i Oslo
- Felles inntaks- og prioriterings enhet – Helse Bergen

Det er heller ingen ting i veien for at partene finner gode og nye samarbeidsrelasjoner på tvers av spesialiteter der det er nyttig for tilbudet til pasientene. Det er videre viktig at både innhold og omfanget av samarbeidet videreutvikles basert på partenes erfaringer.

2. Samarbeid om fristpasienter

Slikt samarbeid er særlig aktuelt der pasientforløpet er delt mellom helseforetak og avtalespesialist, og der pasienter som har fått rett til nødvendig helsehjelp i et helseforetak, senere i forløpet får oppfylt denne retten hos en avtalespesialist. Eksempel på dette er samarbeid mellom ØNH ved OUS og ØNH-avtalespesialistene i regionen.

3. Dialogmøter om utrednings- og behandlingsopplegg, felles prosedyrer og kliniske retningslinjer

Det bør arbeides videre med IKT løsninger som kan gi avtalespesialister tilgang til HFeNES metodebøker, retningslinjer mm.

Et konkret eksempel er for eksempel faste møter mellom ØNH-avdeling og ØNH-avtalespesialistene i Vestre Viken.

4. Faglig samarbeid/kompetanseutvikling

Deltakelse i kompetanseutvikling kan skje med bidrag fra begge parter. Eksempler på dette kan være møtevirkosomhet mellom HF-avdelinger og avtalespesialister, og/eller samarbeid knyttet til forskning og spesialistutdanning.

5. Tilsyn med inneliggende pasienter

Der HF mangler nødvendig spesialistkompetanse, kan det inngås avtaler om at avtalespesialisten fører tilsyn og vurdering med inneliggende pasienter. Avtalen må ivareta forutsigbarhet for avtalespesialisten. Da denne aktiviteten ikke dekkes av takstsystemet, må det avtales særskilt kompensasjon.

6.3 Samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten

Avtalespesialistene samarbeider allerede i dag med blant annet følgende aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Listen er ikke uttømmende:

- Fastlegene og kommunelegene
- Helsestasjoner/skolehelsetjeneste/PP-tjeneste
- Eldreinstitusjoner
- Fysikalske institutter

Avtalespesialister er en desentralisert del av spesialisthelsetjenesten og med samhandlingsreformen har behovet for avtalespesialistens samarbeid med aktører nevnt ovenfor økt ytterligere. Dette vil kunne føre til mer samarbeid med primærhelsetjenesten for å løse oppgaver lokalt. Ved dialog om inngåelse av samarbeid med den øvrige spesialisthelsetjeneste, må det derfor tas hensyn til avtalespesialistens samlede kapasitet.

7. Rutiner for kontakt mellom partene

Gode og avklarte rutiner for kontakt mellom partene er avgjørende for et velfungerende samarbeid. Rutinene kan definere avtalt møtefrekvens, dialogmøter der aktørene avholder samarbeidsmøter ved telefonkonferanser, bruk av Lync for å nevne noe. Konkrete fellesmøter bør avklares i så god tid som mulig. Det kan også være hensiktsmessig at partene avtaler hvordan en skal holde hverandre orientert om kapasitet, åpningstider med mer.

Lykke til i det videre arbeidet!

De regionale helseforetakene og Legeforeningen vil følge utviklingen sammen og er innstilt på dialog for å videreutvikle samarbeidet.

Vedlegg

Avtale mal for samarbeid mellom avtalespesialister og helseforetak og andre institusjoner innenfor RHF-ets sørge-for ansvar.

Veiledning for samarbeid mellom psykologspesialist og helseforetak/andre institusjoner

1. Formål med veilederen

Formålet med veiledningen er å klargjøre ansvar og roller, gi oversikt over aktuelle samarbeidspartnere, samarbeidsarenaer, samarbeidsformer og rutiner for å etablere og gjennomføre samarbeid. Det er et mål at veiledningsmaterialet kan bidra til å tilrettelegge for og understøtte gode lokale prosesser. Et styrket lokalt samarbeid vil være en suksessfaktor for videre utvikling av psykologspesialistordningen.

En viktig satsing i den nye rammeavtalen er å styrke samarbeidet mellom psykologspesialist og helseforetak og andre institusjoner innenfor RHF-ets sørge-for ansvar. Rammeavtalen forutsetter at det inngås samarbeidsavtaler, se rammeavtalens bestemmelser om samarbeid i § 1.3.

Det er en klar forutsetning at samarbeidet skal være likeverdig og balansert. HF eller andre institusjoner kan ikke pålegge psykologspesialisten oppgaver eller diktere vilkår for samarbeid med hjemmel i rammeavtalen. En slik samarbeidsavtale er heller ikke en betingelse for å starte virksomhet som psykologspesialist. Det kan med andre ord ikke stilles krav om at det foreligger inngått samarbeidsavtale før man inngår driftsavtale.

Partene har også utarbeidet et *eksempel* på avtalemal for samarbeid mellom psykologspesialister og helseforetak og andre institusjoner innenfor RHF-ets sørge-for ansvar, se vedlegg.

Veilederen er utarbeidet i fellesskap av de regionale helseforetakene og Norsk Psykologforening . Det vil alltid være slik at bestemmelsene i Rammeavtalen angir partenes rettslige forpliktelser.

2. Samarbeid

Det overordnede formålet med samarbeid mellom psykologspesialister og den øvrige spesialisthelsetjenesten er å utnytte det totale ressursgrunnlaget for best mulig å realisere helsepolitiske mål. Helseforetakene og psykologspesialistene er begge deler av den samme offentlige spesialisthelsetjenesten og skal løse oppgaver som ligger innenfor RHF sørge-for ansvar.

Partene ble i forhandlingene enig om å utarbeide felles veiledning for slike avtaleprosesser, herunder hvor partsforholdet skal ligge på HF/institusjonsnivå eller eventuelt andre institusjoner innenfor RHF-ets sørge-for ansvar og håndtering der det er flere potensielle avtaleparter i psykologspesialistens område. Det er viktig at helseforetakene og andre institusjoner innenfor RHF-ets sørge-for ansvar og psykologspesialistene finner sammen til gode og felles forpliktende samarbeidsavtaler.

Det er allerede mange eksempler på godt samarbeid, men målet med samarbeidsavtalene er å utnytte potensialet for å forbedre dette. Samarbeidet kan gjennomføres på ulike måter. Den følgende listen er ikke uttømmende, men inneholder eksempler på ulike samarbeidsformer:

- Hensiktsmessig arbeidsdeling (pasientforløp/pasientflyt/strømmer)
- Faglig samarbeid mellom HF avdelinger og psykologspesialister
- Utveksling av informasjon om kapasitet
- Utveksling av informasjon om felles prosedyrer og kliniske retningslinjer
- Deltakelse i kompetanseutvikling
- Rutiner for kontakt mellom psykologen og HF
- Avtaler om fraværdekning i ferieperioder
- Samarbeid for å unngå fristbrudd og redusere ventelister hos HF/andre institusjoner innenfor RHF sørge-for ansvar

3. Etablering av og organisering av samarbeid

Psykologforeningen og RHF ønsker at helseforetakene, og andre institusjoner innenfor RHF sørge-for ansvar og psykologspesialistene tenker nytt om samarbeidsrelasjoner. Samarbeid må være basert på reelle behov i regionen og kan etableres og gjennomføres på forskjellige måter.

Det er viktig at systemet og rammene for inngåelse og gjennomføring av samarbeidsavtaler ikke er for rigid. Behovet for samarbeid kan oppstå på mange forskjellige måter, og kan endres over tid. Ofte vil samarbeid initiert lokalt gi det beste grunnlaget for samarbeidsrelasjoner og resultater.

Det har ikke vært en ambisjon eller et mål at hver enkel psykologspesialist skal inngå avtale med flere parter (helseforetak, andre institusjoner mm). Partene er enig om at felles samarbeidsavtaler for flere psykologspesialister/grupper kan være like hensiktsmessig. Der det er flere alternative samarbeidspartnere for psykologspesialisten innad i et opptaksområde, skal RHF-ene bidra til å koordinere etablering av samarbeidsavtaler i opptaksområdet. Dette vil blant annet kunne bidra til god utnyttelse av faglig kapasitet og bedre arbeidsdeling. Det er viktig at det ved avtaleinngåelse tas hensyn til eventuelt ulike profiler i avtalepraksis.

Også andre institusjoner enn HF som inngår i RHF-enes sørge-for ansvar kan være aktuell part i en samarbeidsavtale. Der det er både helseforetak og andre institusjoner som inngår i RHF-enes sørge-for ansvar, bør RHF-ene bidra til at inngåelse av samarbeidsavtalene blir koordinert.

4. Roller og ansvar

RHF: De regionale helseforetakene skal sørge for at helseforetakene blir godt orientert om forventningene til samarbeidsavtaler og hvilke muligheter til samarbeid som finnes i regionen. RHF-ene vil gjennom helseforetakene sørge for at det organiseres felles møte der alle de aktuelle partene bidrar til å inngå felles samarbeidsavtaler. De regionale helseforetakene skal be helseforetakene og andre institusjoner innenfor RHF-ets sørge-for ansvar lage en plan for det videre arbeidet.

HF/andre institusjoner: I enkelte tilfeller kan det være naturlig at HFene/andre aktuelle institusjoner tar initiativ overfor psykologspesialistene samt inngå avtaler der partene blir enige om betingelsene for slikt arbeid.

Psykologspesialister: Psykologspesialister skal bidra aktivt til gode avtaleprosesser. Der samarbeidsavtaler blir inngått, skal psykologspesialisten orientere RHF. Psykologspesialisten bør ved inngåelse av avtaler være særlig oppmerksom på sin samlede kapasitet, jfr. oppfyllelse av rammeavtalens forutsetninger om samarbeid med fastlege, kommunepsykolog og kommunenes helse-, omsorgs og sosialtjeneste i tillegg til den individuelle avtalen med RHF og gjennomføring av pasientbehandling i henhold til denne.

Andre deler av helsetjenesten: Mesteparten av samhandlingene som psykologspesialisten gjør i dag er utredning og behandling av pasienter henvist fra fastlegen, og som følges opp videre hos fastlege. Samarbeidsavtalene skal synliggjøre og ta hensyn til denne pasientflyten, jfr. forrige avsnitt.

Psykologforeningen: Skal medvirke til at psykologspesialistene starter dialog med helseforetakene og andre institusjoner innenfor RHFets sørge-for ansvar. Foreningen skal ha løpende samarbeid med RHF for å vurdere innretning av virkemidlene for samarbeidsavtaler.

5. Finansiering

Inngåelse av samarbeidsavtaler med HF eller avdelinger i HF, innebærer som utgangspunkt ingen endring i finansiering av arbeidet. Også det arbeidet som utføres etter en slik samarbeidsavtale, skal som hovedregel finansieres innenfor gjeldende takstsystem. Der samarbeidsavtalen innebærer oppgaver eller arbeid som ikke faller inn under takstsystemet, kan partene avtale alternativ godtgjøring.

6. Aktuelle samarbeidspartnere, samarbeidsformer og samarbeidsarenaer

6.1 Regionale helseforetak

RHF er avtalepart for driftsavtalen, lokalisering, åpningstider, bemanning med mer. Det er flere bestemmelser i rammeavtalen som åpner for avtalebaserte justeringer i praksis for å møte endrede behandlingsbehov i regionen. Dette skal i så fall reguleres i den individuelle avtalen. Dette gjelder for eksempel:

- Partene kan avtale praksisprofil og eventuelle endring av profil, jf. § 5.4
- Partene kan avtale endring av normtall, jf. § 4.2

RHF har ansvar for spesialisthelsetjenesten i sin region. Ved ivaretagelsen av sørge-for ansvaret inngår psykologspesialistene som en integrert del.

Psykologspesialistene skal innenfor Rammeavtalen og den individuelle avtalen utføre oppgaver som defineres som spesialisthelsetjeneste. Samarbeid mellom RHF og psykologspesialistene er regulert i Rammeavtalen. Det er helt avgjørende at HF og andre institusjoner innenfor RHF sørger for ansvar og psykologspesialistene er kjent med innholdet i Rammeavtalen.

Samarbeidsformer og samarbeidsarenaer

Det skal være et samarbeidsutvalg mellom psykologspesialistene og det regionale helseforetak i hver av regionene. Samarbeidsutvalget skal bidra til å fremme nødvendig samarbeid og samhandling mellom det regionale helseforetak og psykologspesialistene i regionen, og bør involveres i drøftinger av etablering av samarbeidsavtaler mellom psykologspesialister og den øvrige spesialisthelsetjenesten.

Videre skal RHF-et skal lage en regional plan for prioriteringer, utvikling og fordeling av avtalepraksis i regionen. Denne planen og andre planer som har betydning for drift av avtalepraksis skal legges fram for samarbeidsutvalget til uttalelse.

Det er viktig at RHFet og representantene for psykologspesialistene bidrar til godt samarbeid og finner en formålstjenlig organisering av oppgavene i samarbeidsutvalget. Det vil være viktig å legge vekt på dialog og prosess der partene i fellesskap diskuterer kommende endrings- og utviklingsbehov og hvordan disse eventuelt kan best mulig kan håndteres.

Det bør vurderes årlige møter mellom RHF der forventede endringer i helsetjenestebehovet i befolkningen knyttet til psykologspesialistene drøftes. Mulige konsekvenser for tjenestetilbud fra den enkelte psykologspesialist kan også drøftes.

Formålet med slike møter er å forutsi kommende endringsbehov, slik at disse kan håndteres best mulig.

6.2 Samarbeid med helseforetak/DPS/andre institusjoner

Rammeavtalen inneholder enkelte eksempler på mulig samarbeid. Det er flere samarbeidsformer som kan bidra til å nå målene med samhandlingen som forutsettes i rammeavtalen § 1.3. Her beskrives noen eksempler. Listen er ikke uttømmende.

1. Arbeidsdeling

Samarbeid om fordeling av pasientstrømmer, herunder diskusjon om hvilke pasienter som bør utredes/behandles hvor, samt hva som kan gjøres i avtalepraksis og hva er hensiktsmessig arbeidsdeling mellom partene. Der det er formålstjenlig at det er en av partene som forestår vurdering av henvisninger, reguleres rutiner og prosesser rundt dette i samarbeidsavtalen. Det bør også avklares hvor/om og på hvilken måte pasienter kan overføres for videre oppfølging og kontroller hos psykologspesialistene.

Det bør også avklares hvordan partene kan sikre god informasjon og kommunikasjon i pasientforløpet.

Eksempler på modeller for dette:

- Cluster modellen for pasienter med psykiske lidelser i Oslo
- Felles inntaks- og prioriterings enhet – Helse Bergen

Det er heller ingen ting i veien for at partene finner gode og nye samarbeidsrelasjoner der det er nyttig for tilbudet til pasientene. Det er videre viktig at både innhold og omfanget av samarbeidet videreutvikles basert på partenes erfaringer.

2. Samarbeid om fristpasienter

Slikt samarbeid er særlig aktuelt der pasientforløpet er delt mellom helseforetak og psykologspesialist, og der pasienter som har fått rett til nødvendig helsehjelp i et helseforetak, senere i forløpet får oppfylt denne retten hos en psykologspesialist.

3. Dialogmøter om utrednings- og behandlingsopplegg, felles prosedyrer og kliniske retningslinjer

Det bør arbeides videre med IKT løsninger som kan gi psykologspesialister tilgang til HF-enes metodebøker, retningslinjer mm.

4. Faglig samarbeid/kompetanseutvikling

Deltakelse i kompetanseutvikling kan skje med bidrag fra begge parter. Eksempler på dette kan være møtevirkosomhet mellom HF-avdelinger og psykologspesialister, og/eller samarbeid knyttet til forskning og spesialistutdanning.

5. Tilsyn med inneliggende pasienter

Der HF mangler nødvendig spesialistkompetanse, kan det inngås avtaler om at psykologspesialisten fører tilsyn og vurdering med inneliggende pasienter. Avtalen må ivareta forutsigbarhet for psykologspesialisten. Da denne aktiviteten ikke dekkes av takstsystemet, må det avtales særskilt kompensasjon.

6.3 Samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten

Psykologspesialistene samarbeider allerede i dag med blant annet følgende aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Listen er ikke uttømmende:

- Fastleger og kommuneleger
- Kommunepsykologer
- Helsestasjoner/skolehelsetjeneste/PP-tjeneste/kommunale helse- og sosialtjenester
- Eldreinstitusjoner

Psykologspesialister er en desentralisert del av spesialisthelsetjenesten og med samhandlingsreformen har behovet for psykologspesialistens samarbeid med aktører nevnt ovenfor økt ytterligere. Dette vil kunne føre til mer samarbeid med primærhelsetjenesten for å løse oppgaver lokalt. Ved dialog om inngåelse av samarbeid med den øvrige spesialisthelsetjeneste, må det derfor tas hensyn til psykologspesialistens samlede kapasitet.

7. Rutiner for kontakt mellom partene

Gode og avklarte rutiner for kontakt mellom partene er avgjørende for et velfungerende samarbeid. Rutinene kan definere avtalt møtefrekvens, dialogmøter der aktørene avholder samarbeidsmøter ved telefonkonferanser, bruk av Lync for å nevne noe. Konkrete fellesmøter bør

begrenses til 1-2 ganger årlig og avklares i så god tid som mulig. Det kan også være hensiktsmessig at partene avtaler hvordan en skal holde hverandre orientert om kapasitet, åpningstider med mer.

Lykke til i det videre arbeidet!

De regionale helseforetakene og Psykologforeningen vil følge utviklingen sammen og er innstilt på dialog for å videreutvikle samarbeidet.

Vedlegg

Avtalemål for samarbeid mellom psykologspesialister og helseforetak og andre institusjoner innenfor RHF-ets sørge-for ansvar.

Mal for Samarbeidsavtale mellom avtalespesialister innen psykisk helsevern og helseforetak/sykehus/privat DPS

Innledende orientering

Dette er en ny mal for lokal samarbeidsavtale mellom avtalespesialister innen psykisk helsevern og helseforetak/sykehus/privat DPS. Samarbeidsavtalen inngås i tråd med gjeldende rammeavtaler mellom de regionale helseforetakene og henholdsvis Psykologforeningen og Legeforeningen om avtalepraksis for psykologspesialist eller legespesialist, jf. § 1.3.

Gjeldende rammeavtale ble inngått i 2020, og inkluderte forutsetningen om at alle henvisninger til psykisk helsevern skal rettighetsvurderes. Ordningen har blitt omtalt både som «En vei inn» og «Felles henvisningsmottak».

Dette er orienterende tekst som partene om ønskelig kan slette ved enighet om avtalens innhold, før signering.

Malen / avtalen skal tilpasses det konkrete samarbeidsforholdet.

SAMARBEIDSAVTALE

1. PARTER

lege/psykologspesialist.....

og helseforetak/sykehus/privat DPS.....

2. BAKGRUNN

Denne avtalen erstatter tidligere inngåtte samarbeidsavtaler.

Det følger av rammeavtalen § 1.3 at de ovennevnte partene inngår en samarbeidsavtale:
«Det forutsettes samarbeidsavtaler mellom avtalespesialistene og relevant HF samt andre institusjoner som bidrar til å oppfylle RHF sørge-for ansvar.

Samarbeidsavtalen kan gjelde hensiktsmessig arbeidsdeling (pasientflyt/strømmer), håndtering av ventelister, fristbrudd, faglig samarbeid mellom HF avdelinger og avtalespesialister, utveksling av informasjon om kapasitet, utveksling av informasjon om felles prosedyrer og kliniske retningslinjer, deltakelse i kompetanseutvikling, rutiner for kontakt mellom legen og HF mv.»

De regionale helseforetakene, Legeforeningen og Psykologforeningen har i gjeldende rammeavtale avtalt etablering av Felles henvisningsmottak – én vei inn for alle henvisninger innen psykisk helsevern. Ordningen innebærer at alle henvisninger skal sendes til helseforetakene ved felles henvisningsmottak/«en vei inn», jf. rammeavtalens § 12 (Psykologforeningen) og rammeavtalens § 13 (Legeforeningen). Alle henviste pasienter

innen psykisk helsevern skal etter dette bli rettighetsvurdert og tildelt pasientrettigheter av helseforetakene. Den nye ordningen innebærer at avtalespesialistene bare kan få henvist pasienter som er tildelt rett til helsehjelp av helseforetaket.

3. FORMÅL

Formålet med avtalen er å regulere partenes oppgaver og ansvar i tilknytning til det faglige samarbeidet mellom partene, herunder å etablere rutiner for hensiktsmessig fordeling av pasienter som har fått rett til helsehjelp i tråd med rammeavtalen § 12 (Psykologforeningen) og rammeavtalens § 13 (Legeforeningen). Partene har et felles ansvar for oppfølging av samarbeidet.

4. LOKALE SAMARBEIDSRUTINER

Partene har blitt enige om følgende rutiner for det konkrete samarbeidet:

[Rutinene tas inn i dette punktet].

5. FAGLIG SAMARBEID

Partene er enig om faglig samarbeid innenfor følgende områder:

- *utveksling av informasjon om felles prosedyrer og kliniske retningslinjer*
- *rettighetsvurdering og planlegging av pasientforløp*
- *deltakelse i kompetanseutvikling*
 - *Invitere til internundervisning i avdelingen – disse møtene bør gjerne gjøres tilgjengelig digitalt for å øke mulighetene til deltagelse fra avtalespesialistene*
 - *rutiner for kontakt mellom legen/psykologspesialisten og den konkrete avdelingen*
- *annet*

6. AVTALESPELIALISTENS KOMPETANSE OG PRAKSISPROFIL

Helse ... HF v/...DPS eller (privat) DPS har ansvar for å innhente oversikt over avtalespesialistens faglige profil.

Legespesialist/psykologspesialist har følgende faglige praksisprofil og interesseområde:

Faglig profil:

Andre interesseområder:

Partene legger til grunn at avtalespesialist kan ta initiativ til å oppdatere informasjonen.

7. HENSIKTMESSIG OG FORUTSIGBAR PASIENTSTRØM FRA HELSEFORETAK / SYKEHUS / PRIVAT DPS TIL AVTALESPELIALIST

7.1 INNMELDING AV KAPASITET FRA AVTALESPELIALIST TIL HELSEFORETAK

Avtalespesialist skal melde inn ledig kapasitet til helseforetak / sykehus /privat DPS.

Helseforetaket / sykehus / privat DPS skal legge til rette for at avtalespesialisten får tildelt pasienter slik at avtalespesialistens kompetanse og behandlingsskapasitet blir utnyttet best mulig. Helseforetak/sykehus/privat DPS skal tilstrebe å tildele pasienter slik at avtalespesialisten får pasienter tilsvarende innmeldt kapasitet.

Hensikten er å utnytte den samlede faglige tilgjengelige kapasiteten på best mulig måte.

Partene skal regulere nærmere i samarbeidsrutiner hvor ofte og på hvilken måte innmelding av ledig kapasitet skal foregå fra avtalespesialist til helseforetak, se punkt 4.

7.2 FORMIDLING AV HENVISNINGER

Viderehenvisninger fra felles henvisningsmottak til avtalespesialister skal skje elektronisk med mindre det unntaksvis er særskilte grunner som gjør at dette ikke er mulig for en tidsbegrenset periode.

7.3 SVAR PÅ HENVISNING

Det er helseforetaket / sykehuset / privat DPS sitt ansvar å sende ut svar på henvisning og eventuelt innkallingsbrev til pasienter. Brevet skal sendes ut innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt, og skal inneholde informasjon om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og i så fall:

- *hvor pasienten skal møte til første konsultasjon*
- *tidspunkt for første konsultasjon og*
- *fristen for når helsehjelpen senest skal starte*

7.4 VURDERING AV FORSVARLIG HELSEHJELP OG EVENTUELL RETUR AV HENVISNING

Ifølge helsepersonelloven § 4 har helsepersonell ansvar for å yte forsvarlig helsehjelp. Det er helsepersonellet selv som må gjøre en vurdering om de kan tilby pasienten forsvarlig helsehjelp. Dette innebærer at i de tilfeller avtalespesialisten allerede ved mottak av henvisningen ser at det er særskilte forhold som tilsier at de ikke kan yte forsvarlig helsehjelp må de vurdere om henvisningen skal sendes tilbake til helseforetaket.

Videre følger det at dersom avtalespesialisten under behandlingsforløpet, etter nærmere faglig vurdering av pasienten, kommer frem til at vedkommende ikke kan yte forsvarlig helsehjelp, må dette så tidlig som mulig meldes tilbake til helseforetaket.

8. HÅNDTERING AV VENTELISTER OG FRISTBRUDD

Helseforetaket er ansvarlig for føring av ventelister, i henhold til forskrift om ventelisterregistrering. Avtalespesialistene er ikke omfattet av gjeldende forskrift, men er likevel som virksomhet forpliktet til å sørge for forsvarlig drift, herunder å ha oversikt over egen pasientportefølje – dvs. oversikt over pasienter som er fordelt til avtalespesialisten og som venter på behandling.

Det er helseforetaket som har ansvar for oppfølging av fristbrudd, herunder å finne alternativt behandlingssted.

For at helseforetaket skal kunne sikre at pasienten får behandling innen den juridiske fristen, er avtalespesialisten pliktig til å følge med på at fristen ikke blir overskredet. Ved fare for fristbrudd må avtalespesialisten ta kontakt med helseforetaket for å avklare videre forløp for pasienten. Når og hvordan tilbakemeldingen på oppstart av behandling og fare for fristbrudd skal skje må fremgå av inngåtte samarbeidsrutiner, se punkt 4.

9. AVTALESPEKIALISTENS DELTAKELSE I ARBEIDET MED RETTIGHETSVURDERING

Det skal legges til rette for at avtalespesialist kan delta i arbeidet med rettighetsvurdering i Helse HF v/DPS eller (privat) DPS, jf. rammeavtalene henholdsvis Psykologforeningen § 12 eller Legeforeningen § 13.

Der avtalespesialisten deltar i arbeidet med rettighetsvurdering i Helse HF v/DPS eller (privat – virksomhetens navn) DPS vil dette reguleres i en egen avtale som regulerer omfang og betaling.

10. ORIENTERINGSPLIKT VED FRAVÆR

Partene har en gjensidig orienteringsplikt.

Helseforetak / sykehus / privat DPS skal sørge for at avtalespesialisten blir orientert om større endringer i organisering og innhold/kapasitet i tjenestetilbudet som har betydning for samarbeidsavtalen.

Avtalespesialisten skal på sin side holde den annen part orientert om fravær, permisjoner av en viss varighet, samt andre større endringer i eget tjenestetilbud som får betydning for samarbeidsavtalen.

11. VIKARBRUK

Det vises til rammeavtalene punkt 9.6 vedrørende bruk av vikarer.

Vikar trer inn i samarbeidsavtalen, med mindre annet er avtalt. Avtalespesialisten plikter å varsle avtalemotpart, (Helseforetak / sykehus / privat DPS) ved inntak av vikar.

12. REVISJON

Partene skal, dersom en av partene ber om det, bidra til at prosess for nødvendig revisjon av avtalen skjer så raskt som mulig, og senest innen 1 måned etter at kravet er fremsatt.

13. REGULERING AV UENIGHETER

Ved tvist om forståelsen av denne samarbeidsavtalen, skal uenigheten først søkes løst ved dialog mellom avtalepartene der grunnlaget for uenigheten og eventuelle forslag og løsninger fra hver av partene fremgår av møtereferat. Fører dette ikke frem kan uenigheten søkes løst ved bistand fra RHF og Legeforeningen/Psykologforeningen.

14. VARIGHET

Når den individuelle driftsavtalen opphører, opphører også denne samarbeidsavtalen.

15. PARTENES UNDERSKRIFT

Avtalen gjelder fra til og med

Avtalen er utstedt i 2 eksemplarer, hvorav partene beholder ett eksemplar hver.

Sted, dato

.....

.....

Kopi av denne samarbeidsavtalen sendes

Vedlegg: