

Vedlegg 3

Kravspesifikasjon

1 Innhold

2	Innledning	3
3	Overordnede føringer for anskaffelsen.....	3
3.1	Behov for tjenester	3
4	Føringer for tjenestene	4
4.1	Overordnede myndighetskrav	4
4.2	Pasientflyt.....	4
4.3	Bruk av kunnskapsbaserte metoder.....	4
4.4	Bemanning og kompetanse	5
4.5	Tilgjengelighet og likeverdige tjenester.....	6
4.6	Pasientsikkerhet	6
4.7	Informasjonssikkerhet og personvern	7
4.8	Tolketjenester	7
4.9	Henvisnings- og inntaksrutiner	7
4.10	Venteliste og viderehenvisning	8
4.11	Lærings- og mestringsaktiviteter	8
4.12	Brukermedvirkning.....	8
4.13	Barn i helseinstitusjon.....	8
4.14	Individuell plan (IP), koordinator og kontaktlege/kontaktpsykolog	9
5	Generelle krav og føringer	10
5.1	Programvare.....	11
5.2	Beskrivelse av kvalitetssikring, registrering og rapportering.....	11
5.3	Beskrivelse av brukermedvirkning, samarbeid og oppfølging.....	12
5.4	Beskrivelse av inntaks- og utskrivingsrutiner	12
5.5	Beskrivelse av evaluering av behandlingstilbud og resultater.....	13
6	Delytelsene, krav og føringer.....	14
7	Delytelse 1 – Døgnbehandlingsplasser for barn og unge med anorexia nervosa eller bulimia nervosa	15
7.1	Beskrivelse av behandlingstilbudet.....	15
7.2	Beskrivelse av bemanning og kompetanse.....	17
8	Delytelse 2 – Døgnbehandlingsplasser for voksne med anorexia nervosa eller bulimia nervosa	19
8.1	Beskrivelse av behandlingstilbudet.....	19
8.2	Beskrivelse av bemanning og kompetanse.....	21

2 Innledning

Dette vedlegget omhandler overordnede føringer for anskaffelsen og konkret informasjon om hva som vil bli vektlagt i evalueringen av kvaliteten på tilbudene (evalueringskriterier) hhv. for tjenestene som helhet og for hver av delytelsene. Tilbydernes besvarelse under de enkelte evalueringskriteriene vil være av betydning ved Helse Sør-Øst RHF sin helhetsvurdering. Virksomhetene skal under punktene 5 og 7 i skjemaet omtale hvordan føringene og kravene er tenkt innfridd. Kravspesifikasjonen, inkludert Tilbyderens besvarelse, inngår som en del av avtalen og utgjør Vedlegg 4 til Rammeavtalen.

3 Overordnede føringer for anskaffelsen

Dette kapitlet omhandler overordnede føringer for anskaffelsen, herunder vedtak i styret for Helse Sør-Øst RHF. Føringene og kravene konkretiseres nærmere i det følgende av kapittel 4 og utover for å tydeliggjøre hva som blir vektlagt i vurderingen av tilbudene.

Det fremgikk av styresak 61/10, Regionale utviklingsområder, at Opptappingsplanens intensjoner, verdier og føringer skal legges til grunn for utviklingen av behandlingstilbudene i Helse Sør-Øst. Sykehusområdene skal videreutvikle DPS-ene og de desentraliserte behandlingstilbudene til barn og unge. De skal ha robuste tilbud med både god faglig kvalitet og god tilgjengelighet samt legge til rette for samhandling med primærhelsetjenesten, avtalespesialistene og private leverandører av helsetjenester. Økt samhandling skal bidra til optimal ressursutnyttelse og differensiering av tjenestetilbudet. Det skal legges til rette for økt brukermedvirkning og større valgfrihet for pasientene når de skal velge behandlingstilbud.

Helse Sør-Øst RHF har etter pasient- og brukerrettighetsloven rett til å bestemme om private virksomheter som har avtale, skal gis adgang til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og fastsette frist for når helsehjelpen senest skal gis (vurderingskompetanse). I Helse Sør-Øst er det i dag private leverandører innenfor psykisk helsevern som er gitt slik vurderingskompetanse. Det pågår et arbeid i Helse Sør-Øst RHF hvor dagens praksis i alle fagfelt gjennomgås, for å vurdere om det er aktuelt å gjøre endringer i denne utpekingen. Eventuelle endringer vil skje i en egen prosess, og vil ikke bli gjort gjennom inngåelse av avtale i forbindelse med denne anskaffelsen.

3.1 Behov for tjenester

I Helse Sør-Øst er pasientbehandlingen innen psykisk helsevern i all hovedsak dekket av helseforetak, DPS og sykehus. Pasienter med spiseforstyrrelser får behandling i lokalt helseforetak i form av polikliniske tjenester og/eller døgntilbud. De mest komplekse og alvorlige tilstandene er organisert som en regional funksjon. Dette gjelder både for barn og unge, samt for voksne.

Oppdragsgivers avtaler med private leverandører innen psykisk helse har et begrenset omfang, men utgjør likevel en viktig tilleggskapasitet og et alternativ til helseforetakenes behandlingstilbud. De nåværende avtalene om behandling av spiseforstyrrelser omfatter 12

døgnplasser for barn/unge og 20 døgnplasser for voksne. En behovsvurdering som ble gjennomført høsten 2017, indikerer at det fortsatt er behov for å kjøpe kapasitet fra private leverandører for pasienter med spiseforstyrrelser. Sett i forhold til dagens avtaler, kan det være aktuelt å kjøpe noe mindre volum for voksne og noe mer for barn/unge.

4 Føring for tjenestene

4.1 Overordnede myndighetskrav

Virksomhetene må drives i henhold til de til enhver tid gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer som regulerer spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern i Norge. Virksomheten må aktivt implementere myndighetskrav knyttet til diagnostisering, forsvarlig utredning og behandling, dokumentasjon/journalskriving/epikriser, rapportering, medisinhåndtering, brukermedvirkning, individuell plan og samhandling med andre deler av tjenesteapparatet som legger til rette for gode og helhetlige pasientforløp. Tjenesten skal ytes på spesialisthelsetjenestenivå. Det forutsettes inngående kjennskap til helselovgivningen, psykisk helsevernloven samt at det er etablert et system for fortløpende implementering av nye faglige føring og retningslinjer fra helsemyndigheter og Helse Sør-Øst RHF, for eksempel innføring av pakkeforløp psykisk helsevern og TSB i løpet av 2018.

Virksomheten skal rapportere til NPR via Norsk Helsenett.

4.2 Pasientflyt

Pasienter i målgruppen barn/unge vil som hovedregel være viderehenvist fra øvrig spesialisthelsetjeneste. Pasient- og brukerrettighetsloven, prioriteringsforskriften og forskrift om ventelisteregistrering skal følges, og ligge til grunn for inntaksarbeidet.

4.3 Bruk av kunnskapsbaserte metoder

Metodene brukt i utredning og behandling må være faglig forsvarlig, kunnskapsbasert og i tråd med god praksis.

4.3.1 Individuelt tilpasset behandling

Behandlingstilbudet skal være på spesialisthelsetjenestenivå, innenfor en ramme på inntil seks måneder og tilpasset den enkelte pasients behov.

Bruk av standardiserte behandlingsprogram må praktiseres fleksibelt, slik at det er mulighet for individuell tilpasning og det kan tas hensyn til den enkeltes behov og endringsprosess.

4.3.2 Helhetlige behandlingstilbud

Det er behov for oppfølging og samarbeid med andre instanser før, under og etter behandling. Tilbyder skal samarbeide med relevante aktører i spesialisthelsetjenesten og kommunene om pasientforløp for videre behandling/oppfølging i poliklinikk og/eller kommune. Ansvarlig behandler må videre sørge for at det utarbeides en plan for tiltak, inkludert hvem som har

ansvaret for de ulike tiltakene. Behandlingen skal ikke avsluttes før denne planen er utarbeidet og epikrisen er sendt fastlege og eventuelt andre relevante instanser. Etter avsluttet døgnbehandling forventes det at leverandøren, inkludert i tilbudet, kan yte kortvarige ambulante/polikliniske tiltak i forbindelse med overføring av pasienter til behandlingstilbud i lokal poliklinikk i helseforetaket/sykehuset pasienten tilhører og/eller i kommunalt tilbud.

Behandlingen må organiseres slik at det legges til rette for kontinuitet i relasjoner.

Dialog og samarbeid med familie og andre pårørende bør vektlegges både i primær- og spesialisthelsetjenesten for pasienter med spiseforstyrrelser.

For pasienter som har behov for det, skal det etableres et formalisert samarbeid med psykisk helsevern og/eller somatiske fagfelt.

Leverandøren plikter å samarbeide med henviser og vurderingsinstans. For å ivareta hensynet til somatisk oppfølging av pasienter med spiseforstyrrelser, er det naturlig at fastlegen har et særlig ansvar for den medisinske oppfølgingen utenfor spesialisthelsetjenesten, og at pasientens lokale helseforetak har et særlig ansvar innenfor spesialisthelsetjenesten. Ved spiseforstyrrelser er det spesielt viktig at alle involverte parter har avklart sitt ansvar og er godt kjent med hvem som har ansvaret for veiing og somatisk oppfølging.

4.4 Bemanning og kompetanse

Virksomheten må være bemannet slik at det kan ytes faglig forsvarlige tjenester på spesialisthelsetjenestenivå. Det betyr bl.a. at bemanningen må være tverrfaglig sammensatt med medisinskfaglig, sykepleiefaglig, psykologfaglig og sosialfaglig personell som er til stede i virksomheten og deltar aktivt i planlegging og gjennomføring av klinisk arbeid, fagutvikling og kvalitetssikring i virksomheten. Det må være turnusordning med sykepleier på døgnbasis (ikke hvilende nattevakt) og tilgjengelige legetjenester hele døgnet. Virksomheten må ha lege og psykolog med relevant spesialistkompetanse, dvs. psykologer må være spesialist i barne- og ungdomspsykologi eller spesialist i klinisk voksenpsykologi, og leger i barne- og ungdomspsykiatri eller psykiatri. Ansatte med høyskoleutdanning bør fortrinnsvis ha formell videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Lege skal ha ansvaret for den medisinske delen av behandlingen. Helse Sør-Øst RHF vil i anskaffelsen vurdere stillingsandel(er) og organisering i lys av dette.

Av hensyn til faglig utvikling, kontinuitet og stabilitet for pasientene, vil det vektlegges positivt at sentrale fagpersoner som bidrar direkte inn i pasientbehandlingen er fast ansatt i virksomheten, fortrinnsvis i hele stillinger.

Ansatte i kliniske stillinger skal beherske norsk språk godt, både muntlig og skriftlig.

Virksomheten må sørge for nødvendig etter- og videreutdanning av helsepersonell for å ivareta fagutvikling, kvalitet og pasientsikkerhet. Deltagelse i faglig nettverk og relasjon til kompetanse- og fagmiljøer vil bli vektlagt. Det er et overordnet mål at private virksomheter som har avtale med og mottar hovedtyngden av sin finansiering fra det regionale

helseforetaket, deltar i forsknings- og/eller utviklingsaktivitet i regionen og for øvrig jobber aktivt med fagutvikling i egen virksomhet.

Det er ønskelig at virksomheten inngår som praksisplass for utdanning av helse- og sosialpersonell.

4.5 Tilgjengelighet og likeverdige tjenester

Behandlingstilbudet skal være lokalisert i Helseregion Sør-Øst. Dersom en tilbyder ønsker å gi et behandlingstilbud innenfor både delytelse 1 og delytelse 2, må lokalene være geografisk adskilte.

Lokalene må være sikret leverandør fra oppstartstidspunktet. Eventuelle midlertidige lokaler må også omtales.

Det er viktig at det er god tilgjengelighet for pasienter og pårørende, fortrinnsvis ved bruk av offentlig kommunikasjon. Lokalene skal være av god kvalitet og egnet for formålet, herunder være tilgjengelig for forflytningshemmede og mennesker med sansetap. Det vil være positivt om pasienter kan tilbys eget rom med bad/WC. Leverandøren har plikt til å sikre universell utforming av virksomhetens alminnelige funksjoner så langt det ikke medfører en uforholdsmessig byrde for virksomheten jf. diskriminerings- og tilgjengelighetsloven § 13.

Behandlingsinnholdet må oppleves likeverdig - uavhengig av den enkeltes livssyn eller kulturbakgrunn.

Det presiseres at pasienter med MRSA og/eller ESBL-smitte som hovedregel skal tas inn på lik linje med øvrige pasienter. I følge Helse Sør-Øst RHF's fagråd for infeksjonsmedisin, smittevern og immunologi er det ingen fare for smitte så lenge pasienten ikke har diare eller er inkontinent. Det forutsetter at tilbyder har gode rutiner for smittevern, som i dette tilfellet primært gjelder håndvask og bruk av hånddesinfeksjon. Oppdragsgiver forventer at Tilbyder sikrer gode rutiner i tråd med internkontrollforskrift og lovgivning på området.

Helse Sør-Øst RHF ønsker å inngå avtaler om døgnbehandlingstilbud med full drift gjennom hele året. Det kan imidlertid åpnes for redusert drift på inntil tre (3) uker i forbindelse med sommerferieavvikling. Tilbyder skal gjøre rede for hvordan inntak og pasientbehandling sikres i denne perioden. Dette forutsetter at tilbyder opprettholder inntaksarbeid (og ev. vurderingsarbeid) i perioden og sørger for forsvarlige tjenester for pasienter som ikke ønsker/kan skrives ut i forbindelse med ferien. Tilbyder må også gjøre rede for hvilket tilbud inneliggende pasienter får (utskrivelse, permisjon med/uten poliklinisk oppfølging mm.). Oppdragsgiver gjør oppmerksom på at det kun betales for faktisk leverte døgn.

4.6 Pasientsikkerhet

Det skal være rutiner for ivaretagelse av pasienters sikkerhet. Herunder må det være etablert et system for melding av uønskede hendelser og meldingene skal følges opp fra et system- og læringsperspektiv, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 med veileder.

4.6.1 Kvalitetsforbedringsarbeid

Virksomhetene bør ha system for regelmessig evaluering av den enkelte pasients behandling gjennom bruk av feedback-verktøy. Det bør gjøres målinger av symptomnivå, funksjonsnivå og/eller livskvalitet ved oppstart og ved avslutning av behandling. Virksomheten bør også regelmessig evaluere sitt eget tilbud og behandlingsresultat på et mer overordnet plan. Det bør gjennomføres systematiske pasienttilfredshetsundersøkelser, eventuelt også tilsvarende undersøkelser for pårørende. Pasienter og pårørende sine erfaringer må brukes systematisk i kvalitetsforbedringsarbeid og fagutvikling. Leverandøren sine systemer for registrering og behandling av avvikssaker skal brukes i kvalitetsforbedringsarbeidet.

4.7 Informasjonssikkerhet og personvern

Det skal være rutiner for ivaretagelse av kravene til informasjonssikkerhet og personvern slik dette er angitt i bl.a. lov om helsepersonell mv., lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger og lov om behandling av personopplysninger. Det vises i denne sammenheng spesielt til forskrift om pasientjournal.

4.8 Tolketjenester

Leverandøren skal tilby tolketjenester iht. gjeldende retningslinjer. Kostnader for tolk og organiseringen av tolketjenestene skal normalt dekkes av tilbyder. Egen ordning beskrives og/eller dokumenteres med kopi av avtale med et tolkebyrå.

Ekstraordinære kostnader til tolk vil normalt bli dekket av Helse Sør-Øst RHF forutsatt at dette er avtalt på forhånd.

4.9 Henvisnings- og inntaksrutiner

4.9.1 Leverandør med vurderingskompetanse, gjelder kun delytelse 2

Ved mottak av henvisninger som ikke allerede er rettighetsvurdert, skal leverandør med vurderingskompetanse vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp innen ti (10) virkedager, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b annet ledd. Rettighetsvurderingen skal foretas i samsvar med god faglig praksis ut fra vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp i prioriteringsforskriften og med støtte fra prioriteringsveilederen. Pasienten og henvisende instans skal ha skriftlig beskjed om hvorvidt han/hun er tildelt rett til nødvendig helsehjelp eller ikke og tidspunktet for oppstart av helsehjelpen. Det skal samtidig informeres om hva rett til nødvendig helsehjelp innebærer, og om pasientens klagemuligheter. Helsedirektoratets brevmal skal benyttes.

4.9.2 Leverandør uten egen vurderingskompetanse

Mottatte henvisninger som er ferdig rettighetsvurdert skal behandles fortløpende av leverandørens inntaksfunksjon, og skal besvares så fort som mulig slik at vurderingsinstansen, ev. annen aktør i spesialisthelsetjenesten og pasienten, blir informert skriftlig om forventet behandlingsstart. Dette bør normalt skje innen ti (10) virkedager.

Dersom leverandøren mottar henvisninger som ikke er rettighetsvurdert, skal leverandøren umiddelbart oversende henvisningen til aktuelt helseforetak/sykehus med vurderingskompetanse. Henviser og pasient skal informeres. Dersom pasient/pårørende kontakter leverandøren direkte, skal de opplyses om at kontakt må tas med helseforetak/sykehus med vurderingskompetanse.

4.10 Venteliste og viderehenvisning

Henviste pasienter skal kun viderehenvises til en annen aktør innen Psykisk helsevern dersom den behandling som kreves ligger utenfor leverandørens målgruppe knyttet til avtalen eller det av kapasitetshensyn er fare for manglende oppfyllelse av pasientrettigheter. Viderehenvisning må skje i nært samarbeid med pasienten og eventuelle foresatte samt henviser/vurderingsinstansen som har rettighetsvurdert henvisningen. Skriftlig begrunnelse skal foreligge til alle involverte.

Private leverandører med avtale med Helse Sør-Øst RHF er omfattet av prioriteringsforskriften og ordningen med fritt valg av behandlingssted, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4. Virksomhetene skal føre ventelister i tråd med forskrift om ventelisterregistrering og rundskriv IS-2331 om ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR), prioritere pasienter slik prioriteringsforskriften angir, og sørge for oppdaterte ventetider på www.helsenorge.no.

Henvisninger av rettighetspasienter fra andre helseregioner skal returneres dersom mottak av disse vil medføre at virksomheten står i fare for ikke å kunne yte behandling innen fristen til rettighetspasienter tilhørende Helse Sør-Øst. Det forutsettes at det gjøres en konkret vurdering i det enkelte tilfelle før man eventuelt avviser pasienter fra andre helseregioner.

4.11 Lærings- og mestringsaktiviteter

Virksomheten må ha et systematisk arbeid for pasient- og pårørendeopplæring samt bidra til kontakt med selvhjelpsgrupper og likepersonsarbeid når det er hensiktsmessig.

4.12 Brukermedvirkning

Virksomheten må ta i bruk Helse Sør-Øst RHF sine 13 prinsipper og gjeldende veileder for brukermedvirkning for Helse Sør-Øst RHF's private avtaleparter og på den måten legge til rette for god medvirkning for brukerne både på system- og individnivå. Den enkelte pasient skal få informasjon om behandlingen og innflytelse over eget behandlingstilbud og forløp. Pasienter og pårørendes erfaringskompetanse bør brukes systematisk i utviklingen av behandlingstilbudet.

4.13 Barn i helseinstitusjon

Virksomhet som gir behandling til barn må følge forskrift om barns opphold i helseinstitusjon og gi mulighet for samvær med foresatte. Virksomheten må ha tilbud om undervisning under innleggelsen.

Ved mistanke om omsorgssvikt, skal det i samarbeid med barnevernet, gjøres en vurdering av barnets omsorgsbehov.

4.14 Individuell plan (IP), koordinator og kontaktlege/kontaktpsykolog

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Dersom en pasient har behov for tjenester både etter spesialisthelsetjenesteloven og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres. Leverandør skal så snart som mulig varsle kommunen når det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal det også oppnevnes koordinator jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a.

Det skal oppnevnes kontaktlege/kontaktpsykolog jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5c og «Veileder for kontaktlege i spesialisthelsetjenesten» IS-2466.

5 Generelle krav og føringer

Helse Sør-Øst RHF ber tilbyderne fylle ut skjemaet nedenfor. Det bes om at beskrivelsene gjøres så korte og konsise som mulig. Tilbyderen bør likevel omtale alt de mener er relevant, slik at Helse Sør-Øst RHF får en korrekt beskrivelse av tjenestetilbudet. Kapittel 5 omhandler informasjon gjeldende for hele tjenestetilbudet og skal fylles ut av alle tilbyderne. Kapittel 7 og 8 gjelder for de enkelte delytelsene. Alle punkter som er relevante for de(n) tilbudte delytelsen(e) må fylles ut. Dersom omtalen av en delytelse også gjelder for en annen delytelse, kan det henvises til det med tydelig angivelse av punktnummer.

I kapittel 5 - 8 vises det til evalueringskriterier som vil bli vektlagt ved vurderingen av tilbudene, uten at dette må oppfattes som uttømmende eller alene utslagsgivende for evalueringen. Tilbyderne oppfordres derfor til også å beskrive andre sider ved tilbudet som de mener er relevante. En slik eventuell beskrivelse legges inn i punktene 5.2.6, 5.3.4, 5.4.5, 5.5.2, 7.1.18, 7.2.10, 8.1.15 og 8.2.9.

Tilbyders egen beskrivelse vil danne utgangspunktet for Helse Sør-Øst RHF sin vurdering. Samtlige tilbydere oppfordres til å inngi sine beste betingelser og priser ved innlevering av tilbud. Beskrivelsen vil kunne suppleres med en eventuell revidert beskrivelse dersom tilbyr tas inn til forhandlingsmøte(r) med Helse Sør-Øst RHF.

5.1 Programvare

Pkt.	Beskrivelse av krav	Evaluerings/ minimumskrav	Eventuelle vedlegg
5.1.1	Tilbyder skal dokumentere tilgjengelig programvare senest fra oppstart av avtalen som tilfredsstiller rapportering av pasientdata til NPR, tilknytning til Norsk Helsenett	Minimumskrav	
Tilbyders besvarelse:			
5.1.2	Tilbyder skal dokumentere tilgjengelig programvare senest fra oppstartdato av avtalen som inkluderer samlet elektronisk pasientjournal og mulighet for elektronisk epikrise	Minimumskrav	
Tilbyders besvarelse:			

5.2 Beskrivelse av kvalitetssikring, registrering og rapportering

Pkt.	Beskrivelse av krav	Evaluerings/ minimumskrav	Eventuelle vedlegg
5.2.1	System for melding av uønskede hendelser og behandling av slike	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
5.2.2	Rutiner for ivaretagelse av kravene til informasjonssikkerhet og personvern	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
5.2.3	System for ivaretagelse av pasientinformasjon (informasjon til pasienter og pårørende)	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
5.2.4	System for ivaretagelse av meldeplikt til offentlige organer	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
5.2.5	Anvendelse av pasienter og pårørende sin erfaringskompetanse på systemnivå	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			

5.2.6	Andre sider ved tilbudet som er relevante for beskrivelsen av kvalitetssikring, registrering og rapportering	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			

5.3 Beskrivelse av brukermedvirkning, samarbeid og oppfølging

Pkt.	Beskrivelse av krav	Evaluerings/ minimumskrav	Eventuelle vedlegg
5.3.1	Brukermedvirkning på systemnivå	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
5.3.2	Brukermedvirkning på individnivå, herunder pasienten mulighet til å påvirke behandlingstilbud og behandlingsinnhold samt bruk av feedback-verktøy i behandlingsforløpet	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
5.3.3	Bruk av individuell plan	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
5.3.4	Andre sider ved tilbudet som er relevante for beskrivelsen av brukermedvirkning, samarbeid og oppfølging	Evalueres	

5.4 Beskrivelse av inntaks- og utskrivingsrutiner

Pkt.	Beskrivelse av krav	Evaluerings/ minimumskrav	Eventuelle vedlegg
5.4.1	Administrativt inntaksarbeid, informasjon til pasienter og samarbeidspartnere samt ventelisteføring	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
5.4.2	Administrativt inntaksarbeid (ev. også vurderingsarbeid) og behandlingstilbud ifb med ferier og høytider	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			

5.4.3	Behandlingsforberedende tiltak og oppfølging etter utskrivelse, kontakt med pasient og samarbeidspartnere, herunder stillingsandeler knyttet til dette arbeidet. Dette presiseres ev. ytterligere i kap 5.1 og 5.2	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
5.4.4	Samarbeid med helseforetakene og pasientens hjemkommune under behandlingsperioden og som forberedelse til utskrivning, oppfølging etter utskrivelse	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
5.4.5	Andre sider ved tilbudet som er relevante for beskrivelsen av inntaks- og utskrivingsrutiner	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			

5.5 Beskrivelse av evaluering av behandlingstilbud og resultater

Pkt.	Beskrivelse av krav	Evaluerings/ minimumskrav	Eventuelle vedlegg
5.5.1	Systematisk måling av behandlingsprogresjon/resultat, for den enkelte pasient og på gruppenivå	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
5.5.2	Andre sider ved tilbudet som er relevante for beskrivelsen av evaluering av behandlingstilbud og resultater	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			

6 Delytelsene, krav og føringer

Under punktene 7 og 8 fremgår spesifikke krav og føringer til hver enkelt delytelse. Rekkefølgen er ikke prioritert. Det skal beskrives elementer i tilbudet som gjelder den enkelte delytelse som ikke framkommer i omtalen av virksomheten.

For begge delytelser gjelder følgende:

Det tas sikte på å kjøpe døgnbehandling for pasienter med spiseforstyrrelser med hoveddiagnose anorexia nervosa eller bulimia nervosa. Målgruppen omfatter også pasienter med spiseforstyrrelser med andre utfordringer av psykisk-, somatisk- og/eller sosial karakter - forutsatt at disse ikke er av så høy alvorlighetsgrad at pasienten skal behandles i et helseforetak.

Tilbudet skal omfatte oppfølging i forkant og etterkant av døgnbehandlingen. Dette skal gjøres i samarbeid med henvisende instans, kommunale tjenester herunder fastlege, og pasientens lokale helseforetak for å forberede pasienten til behandling og legge til rette for en god overgang til oppfølging etter at døgnoppholdet er avsluttet.

Tilbudet skal omfatte utredning av pasientens behandlingsbehov i tråd med den nasjonale faglige retningslinjen for spiseforstyrrelser og pakkeforløp (når denne trer i kraft). Tilbud innenfor begge delytelser må være tilrettelagt for å imøtekomme pasientenes individuelle behandlingsbehov.

Det må være god tilgang på lege og psykolog med relevant spesialistkompetanse samt høyskoleutdannede med relevant videreutdanning innen psykisk helse og erfaring med behandling av målgruppen.

Tilbyder skal beskrive målgruppe med tanke på sykelighet. Dersom tilbyder tar forbehold eller avgrensninger innenfor tilbudets målgruppe relatert til pasienters BMI, komorbiditet, funksjonsnivå eller problematikk, må dette redegjøres for og begrunnes. Det samme gjelder dersom inntaksarbeidet / forvernsamtaler har som formål å selekttere eller avgrense inntaket.

7 Delytelse 1 – Døgnbehandlingsplasser for barn og unge med anorexia nervosa eller bulimia nervosa

Målgruppe er barn/unge med rett til helsehjelp med behov for døgnopphold, jf. pasient- og brukerrettighetsloven. Hoveddiagnoser skal være anorexia nervosa eller bulimia nervosa. Noen av disse pasientene vil kunne ha andre utfordringer av psykisk-, somatisk- og/eller sosial karakter i tillegg til spiseforstyrrelsen. Tilbud til barn og unge skal primært være for aldersgruppen 13-18 år. I enkelte tilfeller kan det være behov som gjør at virksomheten må gi behandlingstilbud til yngre barn og unge voksne.

Det er viktig med gode systemer/rutiner for oppmøte til behandling, gjennomføring av behandlingen og gode overganger til lokalt helseforetak og kommunale tilbud. Samarbeid med annen spesialisthelsetjeneste, skole, barnevern, kommunale helsetjeneste mv. vil bli vektlagt.

7.1 Beskrivelse av behandlingstilbudet

Pkt.	Beskrivelse av krav	Evaluerings/ minimumskrav	Eventuelle vedlegg
7.1.1	Målgruppen og eventuelle avgrensninger	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.2	Faglige metoder, innhold og struktur for utredning og behandling, herunder bruk av behandlingsplan	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.3	System for utredning av pasientens skjevutvikling og symptombylde i forhold til omsorgssituasjonen, nettverk og oppvekstsvilkår	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.4	Rutiner for samtidig utredning og behandling av pasientens eventuelle øvrige helseutfordringer innenfor virksomhetens egne rammer eller i samarbeid med annen spesialisthelsetjeneste	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.5	Omfang av individualterapi, gruppeterapi, miljøterapi, familie- og pårørendearbeid samt frekvens i behandlingsskontakt med legespesialist, psykologspesialist og annet klinisk personell	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			

7.1.6	Rutiner for og kompetanse på kartlegging og vurdering av hhv. risiko for selvskading og selvmordsfare, og hvilke tiltak som besluttes og iverksettes og hvordan de følges opp	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.7	Samarbeidet med andre aktører og oppfølgingsarbeid i for- og etterkant av innleggelse (Helhetlige pasientforløp)	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.8	Tiltak/rutiner for forebygging og håndtering av behandlingsavbrudd	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.9	Behandlingsinnhold tilpasset pasienters 1) livssyn og kulturbakgrunn 2) ev. funksjonsnedsettelse	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.10	Tilrettelegging av behandlingen for pasienter som ikke behersker norsk	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.11	Tilrettelegging for at barn får ha foresatte/pårørende tilstede under institusjonsopphold	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.12	Involvering av pårørende i pasientens behandling	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.13	Ivaretagelse av pårørende, herunder barn som pårørende. Ivaretagelse av lovkrav om barneansvarlig	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.14	Pasient- og pårørendeopplæring og informasjon	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.15	Tilbud om organiserte fritidsaktiviteter	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			

7.1.16	Tilrettelegging for skole	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.17	Lokalenes egnethet, herunder tilgjengelighet for pasienter og pårørende (også pasienter med funksjonsnedsettelse)	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.1.18	Andre sider tilbudet som er relevante for beskrivelsen av behandlingstilbudet	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			

7.2 Beskrivelse av bemanning og kompetanse

Pkt.	Beskrivelse av krav	Evaluering/ minimumskrav	Eventuelle vedlegg
7.2.1	Tverrfaglighet i klinisk arbeid, fagutvikling og kvalitetssikring i virksomheten	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.2.2	Leger og psykologer med relevant spesialistkompetanse (ref. utfylling av bemanningsskjema – Vedlegg 3.1)	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.2.3	Høyskoleutdannede med relevant videreutdanning på høyskolenivå (ref. utfylling av bemanningsskjema – Vedlegg 3.1)	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.2.4	Tilbyder skal oppgi bemanningsnorm og fagkompetanse for hele døgnet, herunder helger, helligdager og ferier. Det skal spesifikt redegjøres for tilgjengelighet til legetjenester. Dersom det er gitt dispensasjon for arbeidstidsbestemmelser, skal dette oppgis	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.2.5	Tilrettelegging av ansattes mulighet for videre- og etterutdanning	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			

7.2.6	Mulighet for praksisplasser for helse- og sosialpersonell under utdanning	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.2.7	Fagutviklingsarbeid i virksomheten	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.2.8	Virksomhetens deltagelse i faglige nettverk, utviklingsarbeid og/eller forskning i regionen	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
7.2.9	Andre sider ved tilbudet som er relevante for beskrivelsen av bemanning og kompetanse	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			

8 Delytelse 2 – Døgnbehandlingsplasser for voksne med anorexia nervosa eller bulimia nervosa

Målgruppen er voksne med hoveddiagnoser anorexia nervosa eller bulimia nervosa med behov for behandling i døgninstitusjon. Noen av disse pasientene vil kunne ha andre utfordringer av psykisk-, somatisk- og/eller sosial karakter i tillegg til spiseforstyrrelsen. Pasientene skal ha rett til behandling på spesialisthelsetjenestenivå, jf. pasient- og brukerrettighetsloven.

Det er viktig med gode systemer/rutiner for oppmøte til behandling, gjennomføring av behandlingen og gode overganger til lokalt helseforetak og kommunale tilbud, Samarbeid med annen spesialisthelsetjeneste, kommunale helsetjeneste mv. vil bli vektlagt.

8.1 Beskrivelse av behandlingstilbudet

Pkt.	Beskrivelse av krav	Evaluerings/ minimumskrav	Eventuelle vedlegg
8.1.1	Målgruppen og eventuelle avgrensninger	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.1.2	Faglige metoder, innhold og struktur for utredning og behandling, herunder bruk av behandlingsplan	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.1.3	Rutiner for samtidig utredning og behandling av pasientens eventuelle øvrige helseutfordringer innenfor virksomhetens egne rammer eller i samarbeid med annen spesialisthelsetjeneste	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.1.4	Omfang av individualterapi, gruppeterapi, miljøterapi, familie- og pårørendearbeid samt frekvens i behandlingskontakt med legespesialist, psykologspesialist og annet klinisk personell	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.1.5	Rutiner for og kompetanse på kartlegging og vurdering av hhv. risiko for selvskading og selvmordsfare, og hvilke tiltak som besluttet og iverksettes og hvordan de følges opp	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			

8.1.6	Samarbeidet med andre aktører og oppfølgingsarbeid i for- og etterkant av innleggelse (Helhetlige pasientforløp)	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.1.7	Tiltak/rutiner for forebygging og håndtering av behandlingsavbrudd	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.1.8	Behandlingsinnhold tilpasset pasienters 1) livssyn og kulturbakgrunn 2) ev. funksjonsnedsettelse	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.1.9	Tilrettelegging av behandlingen for pasienter som ikke behersker norsk	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.1.10	Involvering av pårørende i pasientens behandling	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.1.11	Ivaretagelse av pårørende, herunder barn som pårørende. Ivaretagelse av lovkrav om barneansvarlig	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.1.12	Pasient- og pårørendeopplæring og informasjon	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.1.13	Tilbud om organisert fritidsaktivitet	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.1.14	Lokalenes egnethet, herunder tilgjengelighet for pasienter og pårørende (også pasienter med funksjonsnedsettelse)	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.1.15	Andre sider ved tilbudet som er relevante for beskrivelsen av behandlingstilbudet	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			

8.2 Beskrivelse av bemanning og kompetanse

Pkt.	Beskrivelse av krav	Evaluerings/ minimumskrav	Eventuelle vedlegg
8.2.1	Tverrfaglighet i klinisk arbeid, fagutvikling og kvalitetssikring i virksomheten	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.2.2	Leger og psykologer med relevant spesialistkompetanse (ref. utfylling av bemanningsskjema – Vedlegg 3.1)	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.2.3	Høyskoleutdannede med relevant videreutdanning på høyskolenivå (ref. utfylling av bemanningsskjema – Vedlegg 3.1)	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.2.4	Tilbyder skal oppgi bemanningsnorm og fagkompetanse for hele døgnet, herunder helger, helligdager og ferier. Det skal spesifikt redegjøres for tilgjengelighet til legetjenester. Dersom det er gitt dispensasjon for arbeidstidsbestemmelser, skal dette oppgis	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.2.5	Mulighet for praksisplass for helse- og sosialpersonell under utdanning	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.2.6	Fagutviklingsarbeid i virksomheten	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.2.7	Virksomhetens deltagelse i faglige nettverk, utviklingsarbeid og/eller forskning i regionen	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			
8.2.8	Andre sider ved tilbudet som er relevante for beskrivelsen av bemanning og kompetanse	Evalueres	
Tilbyders besvarelse:			