Rauma kommune

HELSE MØRE OG ROMSDAL HF
Postboks 1600
6026 ÅLESUND

Deres ref.	Vår ref.	Saksbehandler	Dato
	20/05327-3	Eivind Dahle	02.11.2020

Brev om vedtak i Rauma formannskap

I møte 28. oktober vedtok Rauma formannskap å slutte seg til høringsuttalelsen slik den fremgår, med et tilleggsforslag til punkt 2.3 j) angående kompetansebygging:

- Digitale møteplasser vurderes som viktig verktøy i kompetansebygging, spesielt i distriktskommuner.

Rauma kommune slutter seg til den reviderte samarbeidsavtalen med de merknader som fremkommer i høringssvar.

Vedlagt er formannskapets vedtak, samt det aktuelle høringsutkastet i saken.

Med hilsen

Eivind Dahle
Servicemedarbeider

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Vedlegg:
Høyringsutkast - revidert samarbeidsavtale mellom kommunane i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF.docx
Vedtak

Rauma kommune

Saksprotokoll

Arkivsak-dok. 20/05327
Saksbehandler Margrete Grinaker Berle

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Rauma Formannskap	28.10.2020	101/20

Høringssvar - revidert samarbeidsavtale mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF

Rauma Formannskap har behandlet saken i møte 28.10.2020 sak 101/20

Møtebehandling

Jan Drahos (SV) fremmet følgende tilleggsforslag til Punkt 2.3 j) ang. kompetansebygging:
Digitale møteplasser vurderes som viktig verktøy i kompetansebygging, spesielt i distriktskommuner.

Votering

Innstillingen enstemmig vedtatt
Det fremsatte tilleggsforslag ble enstemmig vedtatt

Rauma Formannskaps vedtak/innstilling

1. Formannskapet slutter seg til høringsuttalelsen slik den går fram av vedlegg.
   Uttalen innebærer at Rauma kommune slutter seg til den reviderte samarbeidsavtalen med de merknader som fremkommer i høringssvar.

2. Tilleggsforslag til Punkt 2.3 j) ang. kompetansebygging:
   Digitale møteplasser vurderes som viktig verktøy i kompetansebygging, spesielt i distriktskommuner.

Samarbeidsavtale

mellom …… kommune
og Helse Møre og Romsdal HF

UTKAST

Innholdsfortegnelse

1 Parter 5
2 Bakgrunn og definisjoner 5
3 Formål og virkeområde 5
4 Ansvars- og oppgavefordeling 6
5 Samarbeidsfora 7
5.1 Partnerskapsmøte 7
5.1.1 Sammensetning 7
5.1.2 Organisering 7
5.1.3 Oppgaver 8
5.2 Strategisk samarbeidsutvalg 8
5.2.1 Sammensetning 8
5.2.2 Organisering 8
5.2.3 Oppgaver 8
5.3 Lokale samarbeidsutvalg 9
5.3.1 Sammensetning 9
5.3.2 Organisering 9
5.3.3 Oppgaver 9
5.4 Faglige samarbeidsutvalg 10
5.4.1 Sammensetning 10
5.4.2 Organisering 10
5.4.3 Oppgaver 10
5.5 Samarbeidssekretariat 10
5.5.1 Sammensetning 11
5.5.2 Organisering 11
5.5.3 Oppgaver 11
6 Plikt til gjennomføring og forankring 11
6.1 Partene forplikter seg til 11
6.2 Partene er enige om følgende prinsipper 11
6.3 Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner 11
7 Avvikshåndtering og forbedringsarbeid 12
8 Uenighet - tvisteløsning om avtalens innhold 12
8.1 Dialog og forhandlinger 12
8.2 Lokalt eller nasjonalt tvisteorgan 12

UTKAST

8.3 Ordinær domstolsbehandling 12
9 Mislighold 12
10 Endring og oppsigelse av avtalen 13
10.1 Forhandlingsutvalg 13
10.1.1 Sammensetning 13
1 Delavtale 1 – Samarbeid om koordinering av tjenester, samt innleggelse og utskrivning fra sykehus 14
1.1 Formål og virkeområde 14
1.2 Samarbeid om individuell plan og koordinering av tjenester 14
1.3 Samarbeid ved innlegging i sykehus 15
1.4 Samarbeid om utskrivning fra sykehus 16
1.5 Kommunens betalingsplikt 17
2 Delavtale 2 – Samarbeid om kunnskapsoverføring, forskning og utdanning, samt praksiskonsulentordningen. 18
2.1 Formål og virkeområde 18
2.2 Informasjonsutveksling, veiledning og kunnskapsoverføring 18
2.3 Samarbeid om forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling 18
2.4 Praksiskonsulentordningen 19
3 Delavtale 3 – Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg 21
3.1 Formål og virkeområde 21
3.2 Plikter, ansvar og samarbeid 21
3.2.1 Felles ansvar for kommunen og helseforetaket 21
3.2.2 Helseforetakets plikter og ansvar 21
3.2.3 Kommunens plikter og ansvar 22
4 Delavtale 4 – Samarbeid om IKT løsninger og elektronisk samarbeid 23
4.1 Formål og virkeområde 23
4.2 Plikter, ansvar og samarbeid 23
4.2.1 Felles ansvar for kommunen og helseforetaket 23
5 Delavtale 5 – Samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid 24
5.1 Formål og virkeområde 24
5.1.1 Definisjoner 24
5.2 Plikter, ansvar og samarbeid 24
5.2.1 Felles ansvar for kommunen og helseforetaket 24
5.2.2 Helseforetakets plikter og ansvar 25
5.2.3 Kommunens plikter og ansvar 26

6 Delavtale 6 – Samarbeid om beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede 27
6.1 Formål og virkeområde 27
6.2 Samarbeid innenfor helseberedskap og samfunnssikkerhet 27
6.2.1 Felles ansvar for kommunen og helseforetaket 27
6.3 Samarbeid om planer og samarbeid i den akuttmedisinske kjede 28
6.3.1 Felles ansvar for kommunen og helseforetaket 28
6.4 Samarbeid om døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (ØHD=KAD) 28
6.4.1 Helseforetakets plikter og ansvar 28
6.4.2 Kommunens plikter og ansvar 29

UTKAST

Hovedavtalen

1 Parter

Denne samarbeidsavtalen er inngått mellom den enkelte kommune i Møre og Romsdal (heretter kalt kommunen) og Helse Møre og Romsdal HF (heretter kalt helseforetaket), i fellesskap også omtalt som partene.

Avtalen inngås med virkning fra 01.01.2021 og erstatter samarbeidsavtale datert 29.04.2015.

2 Bakgrunn og definisjoner

Partene er etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 §§ 6-1 og 6-2 m.m. (heretter helse- og omsorgstjenesteloven eller hol.)[1] og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2 -1 e (heretter spesialisthelsetjenesteloven eller sphl.)[2] pålagt å inngå samarbeidsavtale.

Denne samarbeidsavtalen (heretter også kalt avtalen) består av en hovedavtale og tilhørende delavtaler. Ved inngåelse av avtalen oppfyller partene sin lovpålagte plikt til å inngå samarbeidsavtale.

Delavtaler inngår som vedlegg til hovedavtalen, og er på samme måte som hovedavtalen rettslig bindende.

Med pasient menes i avtalen pasient eller bruker, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.)[3] § 1-3 bokstav a og f.

Med helsehjelp menes i avtalen handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell, jf. pbrl. § 1-3 bokstav c.

Avtalens virkeområde er helse- og omsorgstjenester pasienten mottar fra helseforetaket og kommunen.

3 Formål og virkeområde

Hovedavtalen angir overordnede bestemmelser om samarbeidsformer og generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenesteområder.

[1] https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30
[2] https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61
[3] https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

UTKAST

Delavtaler gir mer detaljerte bestemmelser om konkrete pasientforløp, ansvars- og rollefordeling, partenes informasjons -og veiledningsansvar, finansiering, organisering, eventuelt behov for avklaring av arbeidsgiveransvar mv.

Avtalen skal understøtte inngått avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefellesskap[4], for å skape mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester.

Det er partenes intensjon at samarbeidet skal preges av en løsningsorientert tilnærming og prinsippet om at avgjørelser tas så nært pasienten som mulig.

Samarbeidet skal sikre klar ansvarfordeling og god ressursutnyttelse på tvers av forvaltningsnivå. Samarbeidet bygger på likeverdighet og partnerskap. Et godt samarbeid forutsetter forankring hos partene.

Målet er at pasienten skal oppleve at tjenestene:

- er faglig forsvarlige, trygge og forutsigbare
- er samordnede og sammenhengende
- blir utformet etter involvering av pasienten

4 Ansvars- og oppgavefordeling

I hol. § 6-2 framgår det at avtalen minimum skal inneholde:

1) *enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver[5] [6]forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,*
2) *retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,*
3) *retningslinjer for innleggelse i sykehus,*
4) *beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,*
5) *retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,*
6) *retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,*
7) *samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,*
8) *samarbeid om jordmortjenester,*
9) *samarbeid om IKT-løsninger lokalt,*
10) *samarbeid om forebygging og*
11) *omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden*

[4] https://www.regjeringen.no/contentassets/77ad51af47bf4711923fa82a0899daff/191023_hellesfellesskap_avtale.pdf
[5] Jf. Lov om spesialisthelsetjenester §2-1a
[6] Jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-1

Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.

Der det er hensiktsmessig, utarbeides det felles retningslinje(r) for praktisering av avtalen. Retningslinjer revideres og vedtas i tråd med mandat for de enkelte samarbeidsorganer.

Dersom partene inngår samarbeid på andre områder, kan det inngås særskilte avtaler. Det kan avtales særskilt at partene utfører oppgaver for hverandre.

5 Samarbeidsfora

For å sikre gjennomføringen av avtalen er det etablert følgende samarbeidsfora:

Partnerskapsmøte	
Strategisk samarbeidsutvalg	
Fire lokale samarbeidsutvalg	Faglige samarbeidsutvalg

Figur 1 – struktur samarbeidsfora

I tillegg er det etablert et samarbeidssekretariat. Partene dekker egne kostnader med deltakelse i samarbeidsfora og samarbeidssekretariat.

5.1 Partnerskapsmøte

Formålet til partnerskapsmøtet er å være en møteplass for å utvikle helsetjenesten til det beste for befolkningen i Møre og Romsdal, herunder å informere om utfordringer, skape en felles forståelse og forankre strategi for å løse de felles utfordringene.

5.1.1 Sammensetning

a) Helseforetaket møter med styreleder og nestleder i styret, administrerende direktør, leder for praksiskonsulenter, fagdirektør, HR-direktør og 6 klinikksjefer.
b) De interkommunale politiske rådene i Romsdal og Nordmøre (ROR og Orkidé) utpeker hver en ordfører, en kommunedirektør/rådmann og en kommunalsjef/kommuneoverlege. Sunnmøre interkommunale politisk råd (SR) utpeker to ordførere, to kommunedirektører/rådmenn og to kommunalsjefer /kommuneoverleger.
c) Hver av partene oppnevner to vararepresentanter som møter ved forfall.
d) En brukerrepresentant for helseforetaket utpekes av brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal. En brukerrepresentant fra kommunene utpekes av brukerorganisasjonene.

I tillegg møter samarbeidssekretariatet.

5.1.2 Organisering

a) Møtehyppighet: et årlig møte og eventuelt ekstramøte ved behov.
b) Leder og nestleder velges blant henholdsvis helseforetakets og kommunenes representanter, for fire år, men kan bytte roller i perioden.

c) Representantene velges for fire år av gangen.

I tillegg til partnerskapsmøtet gjennomføres et *utvidet* samarbeidsmøte/dialogmøte hvor alle kommuner med ordfører, kommunedirektør/rådmann og kommunalsjef/ kommuneoverlege blir invitert. Tillitsvalgte fra kommunene og helseforetaket, fylkesmannen/fylkeslegen og KS blir også invitert til å delta i møtet.

5.1.3 Oppgaver

a) Godkjenne årsberetning.
b) Anbefale felles utviklingsretning og innsatsområder.
c) Valg av tema til utvidet samarbeidsmøte.
d) Gi mandat til strategisk samarbeidsutvalg.

5.2 Strategisk samarbeidsutvalg

Formålet til strategisk samarbeidsutvalg er å håndtere saker om utvikling og samarbeid innen helse- og omsorgstjenester som gjelder hele fylket.
Strategisk samarbeidsutvalg rapporterer til partnerskapsmøtet.

5.2.1 Sammensetning

a) Leder *eller* nestleder for hvert av de lokale samarbeidsutvalgene, herunder to kommunale og to fra helseforetaket. Utvalgene oppnevner en vararepresentant som møter ved forfall.
b) En representant for fastlegetjenesten, fortrinnsvis leder for praksiskonsulentene.
c) En brukerrepresentant for helseforetaket utpekes av brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal. En brukerrepresentant fra kommunene utpekes av brukerorganisasjonene.

I tillegg møter samarbeidssekretariatet.

5.2.2 Organisering

a) Møtehyppighet: fire ganger i året, eventuelt flere møter ved behov. Møtene organiseres som fysiske eller digitale møter.
b) Leder og nestleder velges blant henholdsvis helseforetakets og kommunenes representanter, for fire år, men kan bytte roller i perioden.
c) Representantene velges for fire år av gangen.

5.2.3 Oppgaver

a) Behandle saker som gjelder hele fylket eller som kan få konsekvenser for flere deler av fylket.
b) Utarbeide forslag til felles strategier og handlingsplaner, herunder årsberetning.
c) Følge opp at avtalen som er inngått blir praktisert etter intensjonen.
d) Behandle foretaksovergripende problemstillinger.
e) Forberede partnerskapsmøte og utvidet samarbeidsmøte/dialogmøte.
f) Diskutere og foreslå løsning ved tvistesaker, jf. hovedavtalen punkt 8.1.
g) Godkjenne retningslinjer som angår samarbeid.
h) Årlig gjennomgang av avviksstatistikk.

UTKAST

i) Oppnevne faglige samarbeidsutvalg.
j) Ha oversikt over pågående samarbeidsprosjekt.
k) Delegere oppgaver til lokalt samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg.

5.3 Lokale samarbeidsutvalg

Formålet til lokale samarbeidsutvalg er å være et forum for forbedringsarbeid og samarbeid mellom kommunen og det enkelte sykehus/distriktsmedisinsk senter (DMS). Lokale samarbeidsutvalg skal i hovedsak behandle saker som gjelder kun det enkelte opptaksområdet for sykehus/DMS og som ikke har konsekvenser for samarbeid i andre deler av fylket.
Lokale samarbeidsutvalg rapporterer til strategisk samarbeidsutvalg.

5.3.1 Sammensetning

a) Fem representanter fra helseforetaket.
b) En representant fra hver kommune i sykehus/DMS sitt opptaksområde.
c) Representantene skal ha et overordnet/koordinerende fagansvar i sine virksomheter.
d) Representant for fastlegetjenesten, fortrinnsvis praksiskonsulent.
e) En brukerrepresentant for helseforetaket utpekes av brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal. En brukerrepresentant fra kommunene utpekes av brukerorganisasjonene.
f) Det enkelte lokale samarbeidsutvalg kan selv utpeke andre aktuelle representanter.

5.3.2 Organisering

a) Det opprettes fire lokale samarbeidsutvalg, ett til hvert sykehus/DMS. Kommuner som ligger i grensesonen velger selv hvilket samarbeidsutvalg de vil tilhøre.
b) Møtehyppighet: fire ganger i året, ev. flere møter ved behov. Møtene organiseres som fysiske eller digitale møter.
c) Sekretariat: Representant for helseforetaket og representant utpekt av regionrådet.
d) Leder og nestleder velges blant henholdsvis helseforetakets og kommunenes representanter, for fire år, men kan bytte roller i perioden.
e) Representantene velges for fire år av gangen.

5.3.3 Oppgaver

a) Holdes orientert om årlig status på avvik og avviksregistrering innen samhandlingsområdet. Prioritere avvik som skal forbedres/reduseres.
b) Ansvarlig for å arrangere årlig samarbeidsmøte mellom sykehuset og kommunene for å spre gode løsninger og kartlegge aktuelle forbedringstiltak.
c) Initiere gode samhandlingsløsninger og standardiserte pasientforløp basert på erfaringer og «best praksis». (Plan-do-check-act).
d) Skal i samarbeid med Lærings- og mestringssentret, pasientorganisasjoner og frisklivssentraler ev andre relevante i kommunen, bidra til utvikling og bruk av lærings- og mestringstiltak

UTKAST

5.4 Faglige samarbeidsutvalg

Formålet til faglige samarbeidsutvalg er å fungere som et rådgivende organ og forvalte utøvelsen av de ulike delavtalene. Faglige samarbeidsutvalg rapporterer til strategisk samarbeidsutvalg.

5.4.1 Sammensetning

a) Fire kommunale representanter.
   - En fra hvert av regionrådene (to fra Sunnmøre).

b) Fire representanter fra helseforetaket.
c) En representant for fastlegetjenesten, fortrinnsvis praksiskonsulent.
d) En brukerrepresentant for helseforetaket utpekes av brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal. En brukerrepresentant fra kommunene utpekes av brukerorganisasjonene.

5.4.2 Organisering

Følgende samarbeidsutvalg videreføres/etableres:

a) Faglig samarbeidsutvalg for koordinering av tjenester, samt innleggelse og utskrivning fra sykehus (delavtale 1):
   I. Faglig samarbeidsutvalg for barn og unge.
   II. Faglig samarbeidsutvalg for behandlersamarbeid.
   III. Faglig samarbeidsutvalg for psykisk helse og rus.
   IV. Faglig samarbeidsutvalg for multisyke.
b) Faglig samarbeidsutvalg for kunnskapsoverføring, forskning og utdanning, samt praksiskonsulentordningen (delavtale 2).
c) Faglig samarbeidsutvalg for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg (delavtale 3).
d) Faglig samarbeidsutvalg for IKT-løsninger og elektronisk samarbeid (delavtale 4).
e) Faglig samarbeidsutvalg for samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid (delavtale 5).
f) Faglig samarbeidsutvalg for beredskapsplaner (delavtale 6).
g) Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk kjede (delavtale 6).

Andre faglige samarbeidsutvalg oppnevnes ved behov av strategisk samarbeidsutvalg.

Utvalgene konstituerer seg selv. Representantene velges for fire år av gangen.

5.4.3 Oppgaver

a) Utarbeide handlingsplan som konkretiserer ansvar og oppgaver i kommuner og helseforetak.
b) Handlingsplanen skal ha årlig revisjon, med evaluering av mål/tiltak/effekt.
c) Ansvar for videreformidling av informasjon til kommuner og HF, og arrangere felles fagdager ved behov.
d) Samarbeide med de øvrige fagrådene i Midt-Norge.

5.5 Samarbeidssekretariat

Formålet til samarbeidssekretariatet er å være kontaktpunkt i samarbeidsspørsmål og koordinere partnerskapsmøter og møter i strategisk samarbeidsutvalg.

5.5.1 Sammensetning

a) Samhandlingssjef og samhandlingsrådgiver fra helseforetaket.
b) Representant utpekt fra hvert av regionrådene.
c) Praksiskonsulent.
d) Eventuelt «fylkesovergripende» kontaktperson fra KS eller fellesressurs fra kommunen og helseforetaket.

5.5.2 Organisering

a) Sekretariatet ledes i to-årsperioder av henholdsvis representant fra helseforetaket og kommunen.
b) Sekretariatet konstituerer seg selv.

5.5.3 Oppgaver

a) Forberede partnerskapsmøte og utvidet samarbeidsmøte/dialogmøte.
b) Legge til rette for årlig samling på tvers av faglige samarbeidsutvalg
c) Sammen med leder og nestleder i strategisk samarbeidsutvalg utarbeide møteagenda for strategisk samarbeidsutvalg.
d) Skrive referat og publisere saksdokumenter, samt koordinere oppfølging av vedtak.
e) Utarbeide årlig rapport om samhandlingsavvik og presentere til strategisk samarbeidsutvalg og lokale samarbeidsutvalg.

6 Plikt til gjennomføring og forankring

6.1 Partene forplikter seg til

a) å gjøre avtalen kjent og iverksatt i egen virksomhet
b) å ha kontaktperson(er) som koordinerer enkeltsaker slik at samarbeidsutfordringer kan løses på hensiktsmessig måte og riktig nivå

6.2 Partene er enige om følgende prinsipper

a) Tjenester skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå.
b) Kommunen og helseforetaket skal avklare ansvars- og oppgavefordeling i fellesskap.
c) Partene kan ikke endre praksis for avtalt ansvars- og oppgavefordeling uten at partene er kommet til enighet.
d) Partene skal så tidlig som mulig orientere hverandre om endringer i organisering av tjenestene, som kan ha innvirkning på de områdene avtalen gjelder.
e) Partene skal gjensidig involvere hverandre ved planlegging av tiltak, herunder gjennomføre konsekvensutredning for partene.

6.3 Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner

Pasient- og brukerorganisasjoner skal inviteres til å medvirke ved utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.

UTKAST

7 Avvikshåndtering og forbedringsarbeid

Dersom partene ikke følger avtalen kan det foreligge et avvik.

Brudd på retningslinjer som fører til dårlig samarbeid er også et avvik.

Formålet med avvikshåndteringen skal være forbedringsarbeid og erfaringsutveksling. Partene har etablert system for melding av avvik innenfor alle samarbeidsområder som omfattes av avtalen, jf. «Prosedyre for melding og håndtering av avvik mellom kommunen og helseforetaket»[7].

8 Uenighet - tvisteløsning om avtalens innhold

Partene forplikter seg til å løse uenighet om forståelse av avtalen i samsvar med prosesser beskrevet under punkt 8.1 og 8.2 før saken bringes inn for domstolene i henhold til punkt 8.3.

8.1 Dialog og forhandlinger

Uenighet om avtalens innhold skal først søkes løst gjennom dialog og forhandling. Dersom begge parter fortsatt ønsker det kan uenighet søkes løst i strategisk samarbeidsutvalg.

8.2 Lokalt eller nasjonalt tvisteorgan

Dersom saken ikke løses gjennom dialog og forhandlinger opprettes en uenighetsprotokoll som sendes lokalt tvisteløsningsorgan for drøfting og anbefaling av løsning. Lokalt tvisteløsningsorgan opprettes av partene med to representanter fra hver av partene, og en brukerrepresentant.

Brukerrepresentant utpekes av Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal.

Oppnås ikke enighet i lokalt tvisteløsningsorgan, sendes saken til Nasjonalt tvisteløsningsorgan for anbefaling av løsning.

8.3 Ordinær domstolsbehandling

Dersom partene ikke klarer å løse uenigheten gjennom dialog og forhandlinger eller etter anbefalinger fra lokalt og nasjonalt tvisteløsningsorgan, kan hver av partene bringe saken inn for de ordinære domstoler. Den kommunale parts tingrett er verneting.

9 Mislighold

Ansvarsbetinget mislighold av denne avtale som påfører den annen part et dokumentert økonomisk tap, kan i ytterst konsekvens kreves erstattet. Slike krav fremsettes og behandles i samsvar med den saksgangen som er beskrevet for uenighet under pkt. 8.

[7] https://helse-mr.no/fag-og-forsking/samhandling/melde-avvik

10 Endring og oppsigelse av avtalen

Avtalen trer i kraft ved signering, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist[8].

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres.

Avtalen revideres minimum hvert fjerde år.

10.1 Forhandlingsutvalg

Strategisk samarbeidsutvalg utpeker representanter til et partssammensatt forhandlingsutvalg for en periode på fire år.

10.1.1 Sammensetning

a) Leder for praksiskonsulentene skal delta som representant for fastlegene.
b) Fire representanter fra kommunene og fire representanter fra helseforetaket.
c) En brukerrepresentant for helseforetaket utpekes av brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal. En brukerrepresentant fra kommunene utpekes av brukerorganisasjonene.
d) En representant fra KS med talerett.

Representantene i forhandlingsutvalget utpekes av de ulike regionrådene. Helseforetaket utpeker sine egne representanter. De endringer som forhandlingsutvalget foreslår, skal behandles av strategisk samarbeidsutvalg. Endringene vedtas av den enkelte kommune og helseforetaket etter tilrådning fra strategisk samarbeidsutvalg.

Dato	Dato
XX kommune	Helse Møre og Romsdal HF

[8] Jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §6-5

1 Delavtale 1 – Samarbeid om koordinering av tjenester, samt innleggelse og utskrivning fra sykehus

1.1 Formål og virkeområde

Partene skal sikre at pasient får gode, forsvarlige og forutsigbare tjenester i overgangene mellom helseforetaket og kommunen.

Denne delavtalen regulerer samarbeid om:

- individuell plan og koordinering av tjenester
- innleggelse av pasient i sykehus
- utskrivning av pasient fra sykehus
- betaling for utskrivningsklare pasienter som blir værende innlagt på sykehus i påvente av kommunalt tilbud

Med sykehus menes helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven[9].

1.2 Samarbeid om individuell plan og koordinering av tjenester

a) Partene skal sørge for at pasienten opplever et helhetlig tilbud, og partene skal sikre brukermedvirkning på system- og individnivå.

b) Begge parter skal ha egen koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringstjenester [10].

c) Dersom pasienten har behov for/endret behov for kommunale tjenester etter utskriving fra sykehuset, skal pasienten informeres om at det kan sendes søknad til kommunen om dette. Sykehuset plikter å bistå pasienten med å søke om slike tjenester, dersom pasienten ønsker dette. Kommunen avgjør hvilke tjenester som skal tilbys.

d) Helseforetaket skal, så sant pasienten har samtykket, så snart som mulig varsle kommunen når en ser at 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[11].

e) Kommunen skal sørge for at det utarbeides individuell plan i samarbeid med helseforetaket, tilby og oppnevne koordinator og vurdere å opprette ansvarsgrupper, der det er behov for dette[12].

f) Helseforetaket kan gi ambulante tjenester der enkeltpasient har behov for spesialisthelsetjenester, og der dette av faglige grunner må skje utenfor sykehus.

---

[9] Jf. Lov om spesialisthelsetjenester §2-1a
[10] Jf. Lov om spesialisthelsetjenester §2-5b, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §7-3, Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
[11] Jf. Lov om spesialisthelsetjenester §2-5
[12] Jf. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §7-1 og §7-2

Habiliterings- og rehabiliteringstjenester i sykehus skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon[13]. Ambulante tjenester gis i samarbeid med kommunen. Kommunen inklusive fastlegene, skal holdes orientert om det tilbudet som blir gitt og få epikriser[14] fra relevante konsultasjoner.

g) Helseforetaket skal oppnevne kontaktlege/-psykolog for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet[15].

h) Helseforetaket skal bistå for å kartlegge behov for nødvendige hjelpemiddel og ta initiativ til at disse blir anskaffet og klargjort, herunder gi opplæring i de hjelpemidler som bestilles av spesialisthelsetjenesten og skal brukes av pasienten i kommunen.

i) Helseforetaket og kommunen skal ha et system for å gi nødvendig støtte og oppfølging til barn og ungdom som er pårørende av psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter. Helseforetaket skal ha barneansvarlige i relevante enheter.[16]

1.3 Samarbeid ved innlegging i sykehus[17]

a) Når helseforetaket blir kjent med at pasient som innlegges i sykehus mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, skal helseforetaket elektronisk sende «melding om innlagt pasient» til pasientens bostedskommune.

b) Kommunen sender følgende opplysninger elektronisk til helseforetaket på innleggelsestidspunktet, eller senest innen fire timer fra mottak av «melding om innlagt pasient», i den grad opplysningene er nødvendig og relevante:
   a) sykepleieopplysninger
   b) oppdatert legemiddelliste
   c) informasjon om hjelpemidler
   d) oppdatert individuell plan
   e) annen journaldokumentasjon

c) Dersom helseforetaket vurderer at det kan være behov for hjelp fra kommunal helse- og omsorgstjeneste etter utskriving, skal de varsle kommunen elektronisk med «Helseopplysninger» om dette innen 24 timer etter innleggelsen.[18] Hvis det ikke er mulig å gi en slik vurdering innenfor tidsfristen, gjelder fristen fra det tidspunkt det blir klart at et slikt behov foreligger. Varselet skal inneholde pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.

[13] Jf. Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator
[14] Jf. Lov om helsepersonell §45 a tredje ledd
[15] Jf. Lov om spesialisthelsetjenester §2-5c, Lov om pasient og brukerrettigheter §2-5 a
[16] Jf. Lov om spesialisthelsetjenester §3-7a
[17] Flytskjema for bruk av e-meldingar mellom HF og kommune
[18] Jf. Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter § 8

d) Helseforetaket skal i samarbeid med kommunen vurdere om det er behov for følgeperson under innleggelsen jf. «Retningsline når personar med spesielle oppfølgingsbehov vert innlagt ved Helse Møre og Romsdal HF med bistand av kommunalt tilsett personell»[19].

1.4 Samarbeid om utskrivning fra sykehus[20]

a) Helseforetaket skal straks varsle kommunen når en pasient med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester er utskrivningsklar i henhold til vilkårene og dokumentasjonskravene i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 9.

b) Varsling om utskrivningsklare pasienter skal skje med elektronisk melding tidligst mulig mandag til fredag kl. 08:00 -15:00. Unntak fra hovedregelen ovenfor er:
   1. Pasienter som allerede har plass i heldøgns institusjon kan også varsles og utskrives i helg mellom kl. 08 -15.
   2. Pasienter som etter utskrivning har uendret tjenestebehov fra hjemmetjenesten, kan også varsles og utskrives i helg mellom kl.08 -15.
   3. Ved større høytider som jul og påske kan varsling og utskrivning også utføres mellom kl. 08 -15 på helligdager.

c) Pasientens antatte funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskriving formidles til kommunen så snart dette er avklart, fortrinnsvis via elektronisk melding senest 24 timer før utskriving. Dette gjelder for eksempel ved vesentlige endringer i pasientenes helsesituasjon, som kan tilsi behov for tekniske hjelpemidler e.l. fra NAV eller kommunen. For pasienter med behov for omfattende eller langvarig behandling i helseforetaket (f.eks. multitraume, behov for respiratorbehandling), skal varsel uansett gis senest en uke før pasienten antas å være utskrivningsklar.

d) Dersom pasienten har behov for nye eller endrede kommunale tjenester etter utskriving, kan helseforetaket bistå pasientene med å søke om slike tjenester. Ved endret utskrivingsplan eller ved dødsfall informeres kommunen straks og endringer registreres i pasientjournalen.

e) Kommunen skal innen 3 timer innenfor kl. 08 – 15, gi beskjed om kommunen kan ta imot pasient og fra hvilket tidspunkt[21]. Kommunen skal forberede og iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasient.

f) Epikrise sendes ved elektronisk melding snarest etter at utskriving er besluttet og senest innen utskrivningstidspunktet.

[19] Retningslinje for følgjeperson ved innlegging vart vedtatt i Overordna samhandlingsutval i møte 22.11.2017. Sak 2017/36. Protokoll 2017-11-22.
[20] Flytskjema for bruk av e-meldingar mellom HF og kommune
[21] Jf. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 10

g) Dersom pasienten motsetter seg slik melding jf. helsepersonelloven § 45a[22], skal kommunen få beskjed om dette og dialog opprettes for å ivareta videre oppfølging av pasienten.

h) Ved utskriving skal helseforetaket sende med pasienten resept og nødvendige legemidler og utstyr fram til og med første virkedag etter utskriving. Hva som skal sendes med avklares med kommunen, herunder om det er behov for ekstra legemidler utover første virkedag.

1.5 Kommunens betalingsplikt

a) Kommunal betalingsplikt omfatter pasienter som trenger kommunale pleie- og omsorgstjenester etter utskrivning fra sykehus.

b) Kommunal betalingsplikt inntrer fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar (i henhold til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 13, jf. § 8-10)[23] og kommunen har gitt beskjed om at de ikke kan motta pasienten, eller ikke har svart på varselet om utskrivningsklar pasient.

a) For utskrivningsklare pasienter er det et vilkår for betalingsplikt at helseforetaket har sendt epikrise eller tilsvarende dokumentasjon i samsvar med punkt 1.4 f.

b) Betalingsplikten gjelder for hvert døgn til og med døgnet før kommunen faktisk overtar pasienten.

c) Betalingsplikten bortfaller dersom pasienten legges inn igjen på sykehus for samme problemstilling innen 48 timer etter utskrivning.

d) Helseforetaket skal ha rutiner for registrering av dato for når kommunens betalingsansvar inntrer.

UTKAST

[22] Jf. Lov om helsepersonell §45a
[23] Jf. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 13

2 Delavtale 2 – Samarbeid om kunnskapsoverføring, forskning og utdanning, samt praksiskonsulentordningen.

2.1 Formål og virkeområde

Delavtalen har som formål å regulere samarbeid mellom partene om:

- gjensidig kunnskapsoverføring, veiledning og informasjonsplikt
- forskning og innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling
- praksiskonsulentordningen

2.2 Informasjonsutveksling, veiledning og kunnskapsoverføring

Partene skal gjennom gjensidig involvering i forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling skape en helhetlig, kostnadseffektivt og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste til det beste for pasienten.

Partene skal sikre rutiner og ta i bruk tilgjengelige verktøy for informasjonsutveksling, veiledning og kunnskapsoverføring i den hensikt å sikre gode tjenester og helhetlige pasientforløp.

Kommuner og spesialisthelsetjenesten har gjensidig veilednings- og informasjonsplikt ovenfor hverandres medarbeidere. Det vil si at helsepersonell som er ansatt i, eller yter tjenester omfattet av lovverket for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal gjensidig gi hverandre råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendige for å kunne løse oppgaver etter lov og forskrift. [24][25][26]

Veiledningsplikten omfatter både generell veiledning og veiledning knyttet til bestemte grupper og enkeltpasienter. Det er særlig aktuelt ved overføring av pasienter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og ved utforming av individuelle planer for pasienter med langvarige og koordinerte tjenester. [27]

2.3 Samarbeid om forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling

Partene skal samarbeide om å fremme forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling innen helsetjenesten. Slik samarbeid skal innebære:

a) arbeide for utvikling og etablering av fora og møteplasser som kan sikre god kontakt mellom forskere i helseforetaket og samarbeidspartnere i kommunen

b) sikre formidling og implementering av ny kunnskap

c) arbeide for tidlig og god involvering av kommunen i aktuelle samarbeidsprosjekt

[24] Lov om spesialisthelsetjeneste m.m., § 6-3, § 2-1
[25] Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., § 5-11
[26] https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_kta/dokumenter/rundskriv_i-3_2013.pdf
[27] SPESIALISTHELSETJENESTENS VEILEDNINGSPLIKT OVERFOR DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

d) sikre involvering i evaluering av prosjekt som har konsekvenser for begge parter

e) utvikling av nye produkt, tjenester eller organisasjonsformer som bidrar til;

- styrket helsetjeneste i form av økt kvalitet
- forbedrede arbeidsprosesser
- økt sikkerhet for pasienter og helsepersonell

f) bruk av innovasjon i organisering, tjenestetilbud og teknologi for å bedre pasientflyt mellom behandlingsaktører internt og eksternt i pasientforløpet, understøttet av pasientene sine egne ressurser, preferanser og mulighet for mestring

g) samarbeid med universitet, høgskoler og kommuner om praksisstudier og utvikling av etter- og videreutdanninger

h) samarbeide for å legge til rette for praksisplass/tjenestetid i utdanningsløpet for Leger i Spesialisering innen Allmennmedisin (LIS), herunder avtale om tjenesteutveksling

i) bidra til kompetanseutvikling til det beste for pasienten og pårørende

j) skape møteplasser og nettverk for kunnskapsoverføring og kompetansebygging mellom tjenestenivå

k) samarbeide for å sikre at partene skal legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering for helsepersonell

2.4 Praksiskonsulentordningen

Praksiskonsulentordningen er regulert i rammeavtale mellom regionale helseforetak og Legeforeningen.[28] Praksiskonsulentene skal bidra til godt samarbeid og utnytting av ressursene.

Praksiskonsulentene skal utføre oppgaver i henhold til rammeavtalen, blant annet:

a) bidra til hensiktsmessige retningslinjer for informasjonsutveksling

b) bidra til hensiktsmessig praksis for innleggelse og oppfølging av pasienter ved utskrivning

c) delta i utarbeidelse av retningslinjer i pasientforløp for pasienter med behov for koordinerte tjenester

d) formidle informasjon av betydning for partene og partene sitt arbeid

[28] Rammeavtale mellom regionale helseforetak og Legeforeningen; https://www.legeforeningen.no/contentassets/4bda23ba30f843469af88da11ffa442f/rammeavtale-mellom-de-regionale-helseforetak-og-den-norske-legeforening-om-praksiskonsulentordningen.pdf

Utgiftene til praksiskonsulentordningen fordeles mellom partene på følgende måte:
50 % dekkes av Helseforetaket HF - 50 % av kommunen fordelt etter folketall gjeldende år.
Kommunen plikter å gi fastleger som har stilling som praksiskonsulent fritak for plikt for kommunal deltidsstilling, dersom samlet stillingsandel blir større enn 20 %.

UTKAST

3 Delavtale 3 – Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

3.1 Formål og virkeområde

Delavtalen skal sikre forsvarlige, likeverdige og helhetlige tjenester uavhengig av bosted, og ordninger tilpasset kommunens behov. Den beskriver også fordeling av oppgaver og ansvar mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Forebyggende helsearbeid i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel er særlig viktig å vektlegge i forhold til rus, psykisk helsevern, sosialmedisin, uønskede svangerskap, livsstil, fødselsangst etc. Partene skal arbeide for å redusere helserisiko knyttet til disse områdene.

Mål og tiltak er basert på de nasjonale retningslinjene og i den til enhver tid gjeldende regionale fagplanen[29] for svangerskap, fødsel og barsel i Midt-Norge.

3.2 Plikter, ansvar og samarbeid

3.2.1 Felles ansvar for kommunen og helseforetaket

Kommunen og helseforetaket skal videreutvikle tjenestene med utgangspunkt i de til enhver tid gjeldende nasjonale retningslinjer og regionale fagplan med særlig vekt på følgende områder:

a) bevare og videreutvikle dagens tjenestetilbud som å utarbeide felles prosedyrer med tydelig ansvarsfordeling

b) bidra til trygghet gjennom god og faglig forankret informasjon/kunnskapsdeling til gravide og fødende

c) identifisere og systematisere oppfølging av risikoutsatte gravide med problemstillinger innenfor psykisk helse, rus og/eller sosialmedisin, og sørge for gode rutiner og kompetanse knyttet til meldeplikt til barneverntjenesten

d) legge til rette for felles kompetanseutvikling gjennom gjensidig hospitering og arrangere årlige fellesmøter

e) arbeide for gode løsninger for å ivareta elektronisk kommunikasjon mellom helseforetak og kommunen

3.2.2 Helseforetakets plikter og ansvar

a) Sørge for forutsigbar og forsvarlig fødselshjelp for alle gravide og fødende i Møre og Romsdal.

b) Er henvisningsinstans ved behov for spesialisthelsetjeneste ut over vanlig fødselshjelp, for eksempel ved risikosvangerskap eller -fødsler.

[29] Regional plan for svangerskaps,- fødsels- og barselomsorg i Helse Midt-Norge 2015-2020

UTKAST

c) Tilby en kunnskapsbasert barselomsorg med fokus på tilknytning og god ammestart.

d) Sørge for nødvendig kunnskapsoppdatering av eget personell.

e) Sørge for følge- og beredskapstjeneste der det inngås egne avtaler med kommunen som dette er aktuelt for, enten som kontinuerlig eller behovsutløst følge- og beredskapstjeneste.

f) Tilby hospitering til samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten, og bidra til felles kunnskapsutvikling gjennom fagdager og fellesmøter.

3.2.3 Kommunens plikter og ansvar

a) Etablere gode rutiner for tverrfaglig samarbeid i kommunen som gir den gravide og familien en behovsbasert og helhetlig oppfølging i kommunen.

b) Sørge for nødvendig kunnskapsoppdatering av eget personell.

c) Sørge for tilstrekkelige jordmor-, helsesykepleier- og fastlegeressurser i kommunen for å ivareta anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer.

d) Bidra til utvikling av ammekyndige helsestasjoner jf. anbefaling fra Nasjonal kompetansetjeneste for amming (NKA).

UTKAST

4 Delavtale 4 – Samarbeid om IKT løsninger og elektronisk samarbeid

4.1 Formål og virkeområde

IKT-samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket skal sikre organisatorisk, teknisk og kunnskapsmessig deling. Partene organiserer tjenestene både internt og felles, for påvirkning og forståelse av felles prosedyrer og rutiner.

4.2 Plikter, ansvar og samarbeid

Partene har gjensidig ansvar for at det organisatorisk og ressursmessig sikres elektronisk samarbeid mellom partene over Norsk Helsenett.

Hver av partene har ansvar for å tilrettelegge for elektronisk informasjonsutveksling. I dette inngår ansvar for å følge opp system og brukere av disse.
Forskrift for IKT standarder i helse- og omsorgstjenesten[30] og Direktoratet for E-helse sin "*Norm for informasjonssikkerhet*"[31], regulerer det elektroniske samarbeidet, mellom partene, og hvilke kvalitetskrav som skal imøtekommes slik at informasjonssikkerheten er ivaretatt.

4.2.1 Felles ansvar for kommunen og helseforetaket

Partene skal forberede og utvikle sine fagsystemer for å ta i bruk alle godkjente elektroniske meldinger. I tillegg skal foretaket ha nødvendige kvalitets- og sikkerhetsrutiner knyttet til disse meldingene.

Forvalte/utarbeide rutiner/prosedyrer for:

- responstid på meldinger og feilretting
- rutiner for felles meldingslogistikk/meldingsflyt
- felles kontaktpunkt for avvikshåndtering/ brudd i kommunikasjon
- kontaktpunkter/ superbrukere - enheter med elektronisk samarbeid
- avvikshåndtering av uønskede hendelser
- endringer i driften skal planlegges og bekjentgjøres
- felles plattform og rutiner for interaktivt samarbeid
- tilstrebe døgnkontinuerlig overvåking av meldingstrafikk med definerte oppfølgingsansvar
- medvirkning til harmonisering med regionale IKT løsninger
- evaluering av felles rutiner for digitalt samarbeid

[30] https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853
[31] https://ehelse.no/normen/normen-for-informasjonssikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgssektoren/_/attachment/inline/ab1b230b-eb1f-47f8-b716-aae86ed34a8f:085dc760fecbf9141ee59f446495c41b1a73346f/Normen%20versjon%206.0.pdf

5 Delavtale 5 – Samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid

5.1 Formål og virkeområde

Delavtalen skal bidra til:

- samarbeid om helsefremmende og forebyggende tiltak for å redusere behovet for helsetjenester
- oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer
- samarbeid mellom kommunen og helseforetaket rundt arbeid med å fremme helse, forebygging og helseovervåking

5.1.1 Definisjoner

I Prop.91L/2011 er det skilt mellom tre nivåer av forebygging[32]:

a) *Primærforebyggende* arbeid innebærer å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. Eksempler er levekårsarbeid, strukturell tilrettelegging for sunne levevaner, undervisning og annen helseopplysning, vaksinasjon og ulykkesforebygging.

b) *Sekundærforebyggende* arbeid har som mål å avdekke sykdom eller sykdomsrisiko før det kommer symptomer på sykdom, samt å redusere følgene av sykdom som er blitt diagnostisert. Sekundærforebyggende arbeid er ikke alltid lett å skille fra behandlingsvirksomhet. Det som kalles tidlig intervensjon vil være sekundærforebyggende tiltak. Andre eksempler på sekundærforebyggende arbeid er veiledning om kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt til personer med økt sykdomsrisiko eller etablert sykdom knyttet til levevaner, samt veiledning og oppfølging av personer med risikofylt alkoholbruk. Medikamentell behandling for å senke kolesterol eller blodtrykk er også sekundærforebygging.

c) *Tertiærforebyggende* arbeid tar sikte på å hindre at konsekvensene av sykdom og funksjonshemninger medfører ytterligere plager for dem det gjelder. Grensene opp mot rehabilitering og pleietiltak, samt lærings- og mestringstilbud er i praksis ofte uklare. Eksempler på tertiærforebyggende tiltak er fysioterapi etter benbrudd og sosiale støttetiltak ved psykisk sykdom.

5.2 Plikter, ansvar og samarbeid

5.2.1 Felles ansvar for kommunen og helseforetaket

Kommunen og helseforetaket skal begge:

a) Sikre brukermedvirkning på system, tjeneste og individnivå.

b) Samarbeide om forebygging av ikke-smittsomme sykdommer.

[32] Prop.91 L. (2010-2011): Proposisjon til stortinget. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

c) Tilby lærings- og mestringstilbud. Kommunen skal primært arbeide med diagnoseuavhengige tilbud og helseforetaket med diagnosespesifikke tilbud.

d) Samarbeide om helsepedagogisk kompetansehevende tilbud til ansatte og brukerrepresentanter.

e) Samarbeide om tiltak for tidlig intervensjon for å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge.

f) Ha et system for å gi nødvendig støtte og oppfølging til voksne og barn som er pårørende av psykisk syke, rusmiddelavhengige, alvorlig somatisk syke og/eller skadde pasienter. Bidra til å ivareta mindreårige barn som er etterlatte etter foreldre eller søsken.

g) Sikre at informasjon om barn og voksne som pårørende dokumenteres og videreformidles.

h) Ha felles møteplasser for godt samarbeid innenfor smittevernet mellom kommune og helseforetaket.

5.2.2 Helseforetakets plikter og ansvar

a) Gi tilbud om undervisning og opplæring til pasienter og pårørende for aktuelle diagnosegrupper, samt vurdere henvisning til kommunale frisklivs- eller rehabiliteringstilbud[33]

b) Gi råd og veiledning til kommunalt helsepersonell i forbindelse med forebyggende tiltak.

c) Identifisere behov for forebyggende tiltak hos pasienten og/eller pårørende, starte nødvendige tiltak og gi råd til fastlegen og/eller kommunale tjenesteytere.

d) Veilede kommunen i utvikling av lærings-, mestrings- og frisklivstiltak i kommunehelsetjenesten.

e) Ha en smittevernansvarlig lege som også fatter eventuelle vedtak sammen med kommuneoverlegen etter § 5-8 i smittevernloven[34].

f) Bidra aktivt med informasjon for overvåking av helsetilstand i kommunen i situasjoner der man finner det nødvendig, og ved konkrete henvendelser.

g) Sørge for varsling av smittsomme sykdommer. Varsle kommuneoverlegen ved sykdommer der det er behov for umiddelbart smittevernarbeid i kommunen.

[33] Lov om spesialisthelsetjenester. (1999):§3-8
[34] Lov om smittevern.(1994): §5-8

h) Gi smittevernveiledning til pasient og pårørende.

5.2.3 Kommunens plikter og ansvar

a) Ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og identifisere faktorer som påvirker folkehelsa.

b) Veilede helseforetaket innen helsefremming og forebygging, f.eks. gjennom nettverkssamarbeid, hospitering og fagdager.

c) Ha mål og tiltak for å fremme helse og forebygge skade og sykdom.

d) Tilby tidlig innsats til utsatte barn og unge og samarbeide med spesialisthelsetjenesten der det er relevant.

e) Sørge for friskliv- og mestringstilbud som er diagnoseuavhengige eller rettet mot store kronikergrupper som bl.a. KOLS og diabetes[35].

f) Ha smittevernlege og utarbeide smittevernplan. Informere helseforetaket om smittevernplanen og sørge for at helseforetaket har nødvendig kontaktinformasjon.

g) Ha infeksjonskontrollprogram ved kommunale institusjoner.

UTKAST

[35] I følge Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinering kan dette organiseres gjennom et samarbeid mellom koordinerende enhet, frisklivssentraler og rehabiliteringstjenester, gjerne i samarbeid med helseforetaket, jfr pkt 6.3. Viser også til Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1.

6 Delavtale 6 – Samarbeid om beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede

6.1 Formål og virkeområde

Gjennom denne delavtalen forplikter partene seg til i å videreføre og utvikle samarbeidet innenfor samfunnssikkerhet og helseberedskap[36], i utvikling av den akuttmedisinske kjede[37], samt i bruken av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Avtalen omfatter helse- og omsorgstjenestens ansvar og oppgaver i den akuttmedisinske kjeden[38], herunder helseberedskap og samfunnssikkerhet, og er avgrenset mot redningstjenester som ligger under Justis- og Politidepartementet v/ Hovedredningssentralen (HRS). Samvirkeprinsippet medfører at ressursene ved behov stilles til rådighet for HRS.

6.2 Samarbeid innenfor helseberedskap og samfunnssikkerhet

6.2.1 Felles ansvar for kommunen og helseforetaket

Partene plikter å samordne og dele egne planer for sosial og helsemessig beredskap for større ulykker, kriser katastrofer. Dette gjelder blant annet:

a) Utarbeide risiko- og sårbarhetsanalyser som grunnlag for planlegging (ROS-analyser).

b) Samarbeide om planlegging og gjennomføring av øvelser.

c) Samordne og dele planer for forsyning og forsyningssikkerhet for materiell og medisinsk utstyr.

d) Beskrive varslings- og krisekommunikasjon.

e) Samarbeide om opplæring og vedlikehold av kunnskap og kompetanse i krisehåndtering.

f) Innkallingsrutiner for personell.

g) Samarbeide med andre nødetater, samfunnssektorer og frivillige organisasjoner for å sikre helhetlige beredskapsplaner og krisehåndtering, herunder samarbeide, utarbeide og dele planer for utvikling av akuttmedisinsk beredskap.

---

[36] Jf.Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §5-2, Lov om spesialisthelsetjenester §2.1b og Akuttmedisinforskriften

[37] Den akuttmedisinske kjede omfatter kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste og tjenester som ytes av andre etter avtale med kommunen eller regionalt helseforetak. Akuttmedisinforskriften §2.

UTKAST

6.3 Samarbeid om planer og samarbeid i den akuttmedisinske kjede

6.3.1 Felles ansvar for kommunen og helseforetaket

Partene plikter å samarbeide om utvikling av de akuttmedisinske tjenester slik at tilbudet samlet blir tilgjengelig og av god kvalitet. Dette gjelder blant annet:

a) holde hverandre oppdatert om faktiske tilbud i de ulike tjenester i kjeden som sikrer at pasienten så raskt som nødvendig kommer frem til riktig behandlingssted/-nivå

b) avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp-funksjoner, for å unngå overlapping i, og usikkerhet omkring hvilket tilbud som gis hvor

c) etablere rutiner som sikrer god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner, herunder i planlegging, mottak og bruk av nødnett

d) avklare og beskrive ansvar, roller og rutiner for utrykning og samarbeid i akutte situasjoner (alvorlig sykdom og traumer) i henhold til gjeldende lovverk, avgrenset mot syketransport (transport av pasienter som ikke trenger ambulanse) og luftambulanse

e) delta i og følge opp nasjonale og regionale satsinger innenfor prehospital akuttmedisin

f) tilrettelegge for at vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeden har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller

g) ta initiativ til å delta i felles trening og øvelser

6.4 Samarbeid om døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (ØHD=KAD)

Fastlege, legevakt, lege i akuttmottaket, poliklinikk og somatisk sengepost kan etter avtale med ansvarlig lege ved kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), henvise pasienten til ØHD. Akutt hjemmebehandlingsteam kan henvise pasienten med psykiatriske problemstillinger etter vurdering. Der ansvarlig ØHD-lege ikke er tilgjengelig, skal avtale gjøres iht lokale rutiner.

Felles for alle innleggelser er at avtalen skal være inngått før transport til kommunal ØHD-plass blir startet.

Pasienten skal henvises til spesialisthelsetjenesten dersom det ikke kan gis forsvarlig behandling på kommunalt nivå. Partene skal sikre at det kommunale døgnoppholdstilbudet ved øyeblikkelig hjelp blir koordinert med tjenester og tiltak i den akuttmedisinske kjeden.

6.4.1 Helseforetakets plikter og ansvar

a) Bistå kommunen ved utforming av retningslinjer for øyeblikkelig hjelp-tilbudet.

b) Ha anledning til å uttale seg om kommunen sine retningslinjer.

UTKAST

c) Bistå kommunen ved nødvendig kompetanseoppbygging for å ivareta øyeblikkelig hjelp funksjonen.

d) Gi råd til kommunen ved behov om behandling av pasienter ved øyeblikkelig hjelp tilbudet. Supplerende opplysninger av betydning for behandling av pasienten skal gis av øvrig helsepersonell.

e) Sørge for nødvendig opplæring og vedlikehold av kompetanse hos egne medarbeidere.

6.4.2 Kommunens plikter og ansvar

a) Etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i samsvar med krav fra Helsedirektoratet og helse- og omsorgstjenesteloven.
    - Plikten gjelder bare de pasient- og brukergruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle og/eller yte omsorg til.

b) Utarbeide retningslinjer for tilbudet som mellom annet omfatter kriterier for innleggelse, faglige krav til virksomheten som organisering av lege- og sykepleiertjeneste, kontaktinformasjon og fremgangsmåte ved innleggelse.

c) Gi helseforetaket anledning til å uttale seg om innholdet i retningslinjene.

d) Gjøre retningslinjene kjent for fastleger og legevaktleger i nedslagsfeltet og for helseforetaket ved samhandlingsavdelingen.

e) Sørge for nødvendig opplæring og vedlikehold av kompetanse hos egne medarbeidere.

UTKAST