

Samarbeidsavtale

mellom kommunene i Møre og Romsdal
og Helse Møre og Romsdal HF

Innholdsfortegnelse

1	Parter	5
2	Bakgrunn	5
3	Formål og virkeområde	5
4	Ansvars- og oppgavefordeling	6
5	Helsefellesskap	7
5.1	Partnerskapsmøte	7
5.1.1	Sammensetning:	7
5.1.2	Organisering:.....	8
5.1.3	Oppgaver:	8
5.2	Samarbeidssekretariat.....	8
5.2.1	Sammensetning:	8
5.2.2	Organisering:.....	9
5.2.3	Oppgaver:	9
5.3	Strategisk samarbeidsutvalg	9
5.3.1	Sammensetning:	9
5.3.2	Organisering:.....	9
5.3.3	Oppgaver:	10
5.4	Lokale samarbeidsutvalg	10
5.4.1	Sammensetning:	10
5.4.2	Organisering:.....	10
5.4.3	Oppgaver:	10
5.5	Forhandlingsutvalg	11
5.6	Fagråd	11
6	Plikt til gjennomføring og forankring	12
6.1	Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner	12
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
8.3	Ordinær domstolsbehandling	13
9	Mislighold.....	13
10	Endring og oppsigelse av avtalen	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.....	15
1.5	Kommunens betalingsplikt	16
2	Delavtale 2 – Samarbeid kunnskapsoverføring, forskning og utdanning, samt praksiskonsulentordningen.	18
2.1	Formål og virkeområde	18
2.2	Plikter, ansvar og samarbeid	18
2.2.1	Informasjonsutveksling, veiledning og kunnskapsoverføring	18
2.2.2	Samarbeid om forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling... ..	19
2.3	Praksiskonsulentordningen.....	20
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 Helse Møre og Romsdal.....	21
3.2.2	Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar	22
3.2.3	Kommunens plikter og ansvar	22
3.3	Fagråd for svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorg.....	22
4	Delavtale 4 – Samarbeid om IKT løsninger og elektronisk samhandling	24
4.1	Samarbeid om IKT- løsninger og elektronisk samhandling	24
4.2	Formål og virkeområde	24
4.3	Plikter, ansvar og samarbeid	24
4.3.1	Felles ansvar for kommunen og Helse Møre og Romsdal.....	25
4.3.2	Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar	25
4.3.3	Kommunens plikter og ansvar	25
4.4	Fagråd for digital samhandling.....	25
5	Delavtale 5 – Samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid	27
5.1	Formål og virkeområde	27
5.2	Definisjoner	27
5.3	Plikter, ansvar og samarbeid	27
5.3.1	Felles ansvar for kommunen og Helse Møre og Romsdal.....	27
5.3.2	Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar	28
5.3.3	Kommunens plikter og ansvar	29
6	Delavtale 6 – Samarbeid om beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede	30
6.1	Bakgrunn	30
6.2	Formål	30

6.3	Virkeområde	30
6.4	Samarbeid innenfor helseberedskap og samfunnssikkerhet	30
6.4.1	Felles ansvar for kommunen og Helse Møre og Romsdal.....	30
6.4.2	Beredskapsutvalget:.....	31
6.5	Samarbeid om planer og samhandling i den akuttmedisinske kjede	31
6.5.1	Felles ansvar for kommunen og Helse Møre og Romsdal.....	31
6.6	Samarbeid om døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (ØHD=KAD)	33
6.6.1	Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar	33
6.6.2	Kommunens plikter og ansvar	33

UTKAST

Hovedavtalen

1 Parter

Avtalen er inngått mellom kommunene i Møre og Romsdal (heretter kalt kommunen) og Helse Møre og Romsdal HF (heretter kalt helseforetaket), i fellesskap omtalt som partene.

Denne samarbeidsavtalen inngås med virkning fra xx.xx.2020 og erstatter samhandlingsavtale datert 29.04.2015.

2 Bakgrunn

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.) og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2 -1 e (heretter spesialisthelsetjenesteloven eller sphl.) 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.) § 1-3 bokstav a og f.

3 Formål og virkeområde

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

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

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.

Avtalen skal understøtte inngått avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefellesskap¹, for å skape mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester.

Målet er at pasientene skal oppleve at tjenestene:

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

Samarbeidet bygger på likeverdighet mellom partene. Et godt samarbeid forutsetter forankring hos partene.

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

4 Ansvars- og oppgavefordeling

I helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 framgår det at avtalen minimum skal inneholde:

- 1) enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver 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

Det er utarbeidet delavtaler for punkt 2-11.

¹ Avtale om helsefellesskap ble inngått av regjeringen og KS 23. oktober 2019. Helse- og omsorgsdepartementet (2019).

https://www.regjeringen.no/contentassets/77ad51af47bf4711923fa82a0899daff/191023_hellesfellesskap_avtale.pdf

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.

Partene er enige om følgende prinsipper:

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

5 Helsefellesskap

For å sikre gjennomføringen av samarbeidsavtalen er det etablert følgende fora:

- partnerskapsmøte
- strategisk samarbeidsutvalg
- 4 lokale samarbeidsutvalg
- fagråd

Partene dekker egne kostnader forbundet med deltakelse i samarbeidsfora.

5.1 Partnerskapsmøte

Formål: Møteplass for å utvikle helsetjenesten til det beste for befolkningen i Møre og Romsdal. Informere om utfordringer, skape en felles forståelse og forankre strategi for å løse de felles utfordringene.

5.1.1 Sammensetning:

Alternativ 1:

Helseforetaket:

- styreleder og administrerende direktør

Kommunene:

- ordfører og kommunedirektør

Alternativ 2:

Helseforetaket:

- styreleder, administrerende direktør, fagdirektør, klinikksefer og leder for praksiskonsulentene

Kommunene:

- ordfører, kommunedirektør, kommunalsjef og kommuneoverlege
- leder og nestleder i strategisk samarbeidsutvalg
- representant fra KS
- brukerrepresentant fra helseforetaket og kommunen
- tillitsvalgt fra helseforetaket og kommunen
- leder for utdanningsvirksomhetene
- Fylkesmannen og Fylkeskommunen i Møre og Romsdal

Alternativ 3:

Helseforetaket:

- administrerende direktør

Kommunen:

- kommunedirektør fra hver av vertskommunene (4), inkl. 1 kommunedirektør som representerer hvert av regionrådene

Alternativ 4:

- en kombinasjon av ulike alternativer

5.1.2 Organisering:

Møtehyppighet: 2 ganger i året (april og november) og ev. ekstramøte ved behov.

5.1.3 Oppgaver:

- godkjenne årsberetning
- anbefale felles utviklingsretning og innsatsområder
- valg av tema til samarbeidskonferanse
- gi mandat til strategisk samarbeidsutvalg

5.2 Samarbeidssekretariat

Formål: Sekretariatet er kontaktpunkt i samarbeidsspørsmål og koordinerer strategisk samarbeidsutvalg og partnerskapsmøte.

5.2.1 Sammensetning:

- samhandlingssjef og samhandlingsrådgiver fra helseforetaket
- representant utpekt fra hvert av regionrådene
- praksiskonsulent
- brukerrepresentant.

- ev. «fylkesovergripende» kontaktperson fra KS

5.2.2 Organisering:

- Alternativ 1: Sekretariatet ledes annen hvert år av henholdsvis samhandlingssjef og representant fra kommunen.
- Alternativ 2: Sekretariatet ledes av helseforetaket.
- Alternativ 3: Sekretariatet ledes av kommunen.
- Alternativ 4: Sekretariatet ledes av ev. «fylkesovergripende» kontaktperson fra KS.
- Sekretariatet konstituerer seg selv.

5.2.3 Oppgaver:

- utarbeide møteplan
- sammen med leder og nestleder i strategisk samarbeidsutvalg utarbeide møteagenda for strategisk samarbeidsutvalg og forberede partnerskapsmøte
- kalle inn til og legge til rette for møter
- skrive referat og publisere saksdokumenter, samt koordinere oppfølging av vedtak

5.3 Strategisk samarbeidsutvalg

Formål: Håndtere saker som gjelder hele fylket.

5.3.1 Sammensetning:

- Regionrådene utpeker en representant på vegne av hver region som skal representere kommunenes ledernivå («under» kommunedirektørnivå), eksempelvis kommunalsjef eller kommuneoverlege.
- Administrerende direktør i helseforetaket utpeker 4 representanter («under» direktørnivå), eksempelvis klinikkssjef eller fagdirektør.
- Representanter med tale- og forslagsrett:
 - representant for fastlegetjenesten, fortrinnsvis leder for praksiskonsulentene
 - to brukerrepresentanter fra helseforetakets brukerutvalg, ev. representant fra ungdomsrådet
 - tillitsvalgte – en fra kommune og en fra helseforetaket
 - samarbeidssekretariat

Hver av representantene har personlig vararepresentant utpekt av regionrådene og administrerende direktør.

5.3.2 Organisering:

- Møtehyppighet: 4 ganger i året, ev. flere møter ved behov. Møtene organiseres som fysiske eller virtuelle møter.

- Leder og nestleder velges for 4 år, men bytter rolle etter 2 år.
- Representantene velges for 4 år av gangen.

5.3.3 Oppgaver:

- skal behandle saker som gjelder hele fylket eller som kan få konsekvenser for flere deler av fylket
- utarbeide forslag til felles strategier og handlingsplaner, herunder årsberetning
- følge opp at avtalen som er inngått blir praktisert etter intensjonen
- utpeke forhandlingsutvalg til revisjon av avtalen
- behandle foretaksovergripende problemstillinger
- utvikle helse- og omsorgstjenesten i fylket
- forberede partnerskapsmøte
- behandle tvistesaker, jf. hovedavtalen punkt 8
- godkjenne retningslinjer som angår samarbeid
- årlig gjennomgang av avviksstatistikk
- oppnevne fagråd
- ha oversikt over pågående samarbeidsprosjekt
- delegere oppgaver til lokalt samarbeidsutvalg og fagråd

5.4 Lokale samarbeidsutvalg

Formålet er å være et forum for forbedringsarbeid og samhandling mellom kommunene og det enkelte sykehus/DMS. Lokale samhandlingsutvalg skal i hovedsak behandle saker som gjelder kun det enkelte opptaksområdet for sykehus/DMS og som ikke har konsekvenser for samhandling i andre deler av fylket.

5.4.1 Sammensetning:

- Helseforetaket oppnevner inntil 5 representanter.
- Det blir oppnevnt en representant fra hver kommune i sykehusets opptaksområde. Minst en representant skal være kommuneoverlege.
- Representantene skal ha et overordnet/koordinerende fagansvar i sine virksomheter.
- Representanter med tale- og forslagsrett:
 - representant for fastlegetjenesten, fortrinnsvis praksiskonsulent
 - en brukerrepresentant fra helseforetakets brukerutvalg

5.4.2 Organisering:

- Fire utvalg, ett til hvert sykehus. Kommuner som ligger i grensesonen velger selv hvilket samarbeidsutvalg de vil tilhøre.
- Møtehyppighet: 4 ganger i året, ev. flere møter ved behov.
- Sekretariat: Representant for helseforetaket og representant utpekt av regionrådet.
- Leder og nestleder velges for 4 år, men bytter rolle etter 2 år.
- Representantene velges for 4 år av gangen.

5.4.3 Oppgaver:

- skal ved behov fremme saker for strategisk samarbeidsutvalg

- iverksette felles samhandlingsstrategi og faglige retningslinjer
- skal i samarbeid med Lærings- og mestringssentret og kommunene bidra til utvikling og spredning av lærings- og mestringstiltak
- kartlegge, prioritere, initiere og følge opp konkrete forbedringsprosjekt
- kan vurdere å arrangere samarbeidsmøter ved behov
- være orientert over lokale samhandlingsavvik og være pådriver for forbedringsarbeid
- de lokale samarbeidsutvalg skal holde strategisk samarbeidsutvalg orientert om sin virksomhet

5.5 Forhandlingsutvalg

- Strategisk samarbeidsutvalg utpeker representanter til et partssammensatt forhandlingsutvalg for en periode på 4 år.
- Leder for praksiskonsulentene skal delta som representant for allmennlegene.
- Forhandlingsutvalget sammensettes av 4 representanter fra kommunene og 4 representanter fra helseforetaket. I tillegg skal 2 representanter fra brukerutvalget og 1 representant fra KS med talerett utpekes.

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.

5.6 Fagråd

Fagrådene sammensettes av fire kommunale representanter, en fra hvert av regionrådene (to fra Sunnmøre), fire fra helseforetaket, 1-2 brukerrepresentanter og en praksiskonsulent. For mer detaljert beskrivelse, se sammensetning i de ulike delavtalene.

Utvalgene konstituerer seg selv.

Følgende faste fagråd er etablert:

- Fagråd for beredskap og akuttmedisinske tjenester
- Fagråd for svangerskap, fødsels- og barselomsorg
- Fagråd for barn og unge
- Fagråd for digital samhandling
- Fagråd for behandlersamarbeid

Andre fagråd oppnevnes ved behov av strategisk samarbeidsutvalg.

6 Plikt til gjennomføring og forankring

Partene forplikter seg til:

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

6.1 Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner

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

Brukerutvalget koordinerer og sikrer hensiktsmessig representasjon og medvirkning fra pasient- og brukerorganisasjonene i alle samarbeidsfora og ved gjennomføring av avtalen.

7 Avvikshåndtering og forbedringsarbeid

Dersom partene ikke følger avtalen kan det foreligge et avvik.

Brudd på retningslinjer som fører til dårlig samhandling 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, jamfør «Prosedyre for melding og håndtering av avvik mellom kommunene og helseforetaket».

Retningslinje med skjema er tilgjengelig på Helse Møre og Romsdal HF sine nettsider [her](#).

8 Uenighet - tvisteløsning om avtalens innhold

Partene forplikter seg til å forsøke å løse uenighet om forståelse av avtalen i samsvar med dette kapitlet før saken kan bringes inn for domstolene.

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 kan 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 verneeting.

9 Mislighold

Ved mislighold gjelder alminnelige kontrakts- og erstatningsrettslige prinsipper, med mindre annet er særskilt avtalt.

Slike krav fremsettes og behandles i samsvar med den saksgangen som er beskrevet for uenighet under punkt 8.

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 oppsigelsesfrist².

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

avtalen revideres minimum hvert fjerde år.

Dato

Dato

XX kommune

Helse Møre og Romsdal HF

² Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011):§6-5. Endring og oppsigelse av avtaler.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_6

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

1.1 Formål og virkeområde

Partene skal sikre at pasienter får forsvarlige, forutsigbare tjenester i overgangene mellom helseforetaket og helse- og omsorgstjenesten i 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.

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 rehabiliteringstjenester³.
- c) Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunen når det 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 plan⁴.
- d) 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 dette⁵.
- e) Helseforetaket kan gi ambulante tjenester der enkeltpasienter har behov for spesialisthelsetjenester, og der dette av faglige grunner må skje utenfor sykehus. Habiliterings- og rehabiliteringstjenester i sykehus skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon⁶. Ambulante tjenester skal gis i samarbeid med kommunen. Kommunen inklusive fastlegene, skal holdes orientert om det tilbudet som blir gitt og få epikriser⁷ fra relevante konsultasjoner.

³ Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b og helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3, samt forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

⁴ Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5

⁵ Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven §7-1 OG §7-2

⁶ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

⁷ Jf. helsepersonelloven §45a tredje ledd

- f) 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 varighet⁸.

1.3 Samarbeid ved innlegging i sykehus⁹

- 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.¹⁰ 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.

1.4 Samarbeid om utskriving fra sykehus¹¹

- 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 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 og høytidsdager mellom kl. 08 -15.
 - 2. Pasienter som etter utskrivning har uendret tjenestebehov fra kommunen, kan også varsles og utskrives i helg og helligdager mellom kl.08 -15.

⁸ jf. sphi § 2-5 c og pbrl § 2-5 a.

^{xx} jf. helsepersonelloven § 45 a.

⁹ Jf. Flytskjema for bruk av e-meldingar mellom HF og kommune. <https://helse-mr.no/Documents/Pleie-%20og%20omsorgsmeldinger%20-%20Flytskjema%20tidslinje.pdf>

¹⁰ Jf. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 8

¹¹ Jf. Flytskjema for bruk av e-meldingar mellom HF og kommune. <https://helse-mr.no/Documents/Pleie-%20og%20omsorgsmeldinger%20-%20Flytskjema%20tidslinje.pdf>

- 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 pasientens helsesituasjon, som kan tilsi behov for tekniske hjelpemidler e.l. fra NAV eller kommunen.
- d) Dersom pasienten har behov for nye eller endrede kommunale tjenester etter utskriving, bistår helseforetaket pasienten med å søke om slike tjenester. Ved endret utskrivingsplan eller ved dødsfall informeres kommunen straks og endringer registreres i pasientjournalen.
- e) Kommunen skal så tidlig som mulig, fortrinnsvis innenfor kl. 08 – 15, gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten og fra hvilket tidspunkt.¹² Kommunen skal forberede og iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten.
- f) Helseforetaket skal, med mindre pasienten motsetter seg det, sende epikrise for pasienter som skal motta kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskriving¹³. Der pasienten har motsatt seg at epikrise sendes til kommunen skal foretaket varsle kommunen om dette. Epikrise sendes ved elektronisk melding snarest etter at utskriving er besluttet og senest innen utskrivningstidspunktet.
- g) Ved utskriving skal helseforetaket sende med pasienten resept og eventuelle legemidler og utstyr som er nødvendig fram til og med første virkedag etter utskriving. Hva som skal sendes med avklares med i kommunen, herunder om det er behov for ekstra legemidler utover første virkedag.

1.5 Kommunens betalingsplikt

- a) Kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i døgnopphold i helseforetakets institusjoner i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud i samsvar med forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.¹⁴
- b) Betalingsplikten inntreer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og vilkårene i forskriftens § 8 til § 10 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten, eller ikke har svart på varselet om utskrivningsklar pasient.
- c) For pasient i somatisk døgnavdeling er det også et vilkår for betalingsplikt at helseforetaket har sendt epikrise eller tilsvarende legedokumentasjon i samsvar med avtalen her, jf. pkt. 4 e).
- d) Betalingsplikten gjelder for hvert døgn til og med døgnet før kommunen faktisk overtar pasienten.

¹² Jf. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 10

¹³ Jf. helsepersonelloven § 45a

¹⁴ Jf. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 13

- e) Betalingsplikten bortfaller dersom pasienten legges inn igjen på sykehus for samme problemstilling innen 48 timer etter utskrivning.
- f) Helseforetaket skal ha rutiner for registrering av dato for når kommunens betalingsansvar inntreer.

UTKAST

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

2.1 Formål og virkeområde

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.

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

Delavtalen regulerer samarbeid mellom partene innen;

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

2.2 Plikter, ansvar og samarbeid

2.2.1 Informasjonsutveksling, veiledning og kunnskapsoverføring

Kommuner og spesialisthelsetjenesten har gjensidig veilednings- og informasjonsplikt. 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.¹⁵¹⁶

Begge parter har ansvar for å sikre gode rutiner for slik utveksling av kunnskap, informasjon og veiledning.

Spesialisthelsetjenesten har fått en særlig veiledningsplikt om helsemessige forhold knyttet til enkeltpasienter som planlegges overført fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Plikten må sees i sammenheng med plikten til å utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, men er avgrenset til «helsemessige forhold». Veiledningsplikten omfatter et hvert tiltak som angår pasienter sin fysiske eller psykiske helse, avgrenset til det som er nødvendig for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne gi forsvarlig helsehjelp og løse sine oppgaver etter lov og forskrift.¹⁷¹⁸

¹⁵ [Lov om spesialisthelsetjeneste m.m., § 6-3, § 2-1](#)

¹⁶ [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., § 5-11](#)

⁵ [SPESIALISTHELSETJENESTENS VEILEDNINGSPLIKT OVERFOR DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN](#)

¹⁸ [Informasjonshåndtering i spesialisthelsetjenesten](#)

2.2.2 Samarbeid om forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling

Samhandlingsreformen og utfordringer i fremtiden med flere eldre multisyke, endret diagnoser, nye infeksjonsdiagnoser, økt innvandring mm. utfordrer oss til ytterligere koordinering og samarbeid mellom utdanningssektor, kommunehelsetjenesten, brukere og andre viktige parter.¹⁹ Spesielle utfordringer vil være pasientgrupper med sammensatte lidelser som trenger tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom å samle ressursene kan vi videreutvikle og dele kunnskap og teknologi til beste for både pasienter og pårørende.

2.2.2.1 Samarbeid om forskning innebærer:

- a) arbeide for utvikling og etablering av fora og møteplasser som kan sikre god kontakt mellom forskere i spesialisthelsetjenesten og samarbeidspartnere i kommunene
- b) sikre formidling og implementering av ny kunnskap
- c) arbeide for tidlig og god involvering av kommunene i aktuelle samarbeidsprosjekt
- d) sikre involvering i evaluering av prosjekt som har konsekvenser for begge parter

2.2.2.2 Samarbeid om innovasjon innebærer:

- a) utvikling av nye produkt, tjenester eller organisasjonsformer som bidrar til en;
 - styrket helsetjeneste i form av økt kvalitet
 - forbedret arbeidsprosesser
 - økt sikkerhet for pasienter og helsepersonell
- b) 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

2.2.2.3 Samarbeid om utdanning innebærer:

- a) samarbeid med universitet, høyskoler og kommuner om praksisstudier og utvikling av etter- og videreutdanninger
- b) samarbeide for å legge til rette for praksisplass/tjenestetid i utdanningsløpet for Leger i Spesialisering innen Allmenntid (LIS)

2.2.2.4 Samarbeid om kompetanseutvikling innebærer:

- a) bidra til kompetanseutvikling til det beste for pasienten og pårørende

¹⁹ [Strategi- og handlingsplan for forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling Helse Møre og Romsdal HF 2018-2022](#)

- b) skape møteplasser og nettverk for kunnskapsoverføring og kompetansebygging mellom tjenestenivå
- c) samarbeide for å sikre at partene skal legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering for helsepersonell

2.3 Praksiskonsulentordningen

Praksiskonsulentordningen er regulert i rammeavtale mellom regionale helseforetak og Legeforeningen.²⁰ Praksiskonsulentene skal bidra til god samhandling og utnytting av ressursene.

Praksiskonsulentene skal:

- 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

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

²⁰ [Rammeavtale mellom regionale helseforetak og Legeforeningen](#)

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 kommunenes 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 basert på de nasjonale retningslinjene er beskrevet i Helhetlig plan for svangerskap, fødsel og barsel i Midt-Norge 2015-2020", vedtatt Helse Midt-Norge RHF.

Delavtalen gjelder samarbeidet mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal angående svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i fylket. Tjenestene i kommunene blir utøvd i tverrfaglig samarbeid mellom jordmor, helsesykepleier, lege og andre aktuelle faggrupper, og skal bidra til å ivareta et helhetlig tjenestetilbud.

3.2 Plikter, ansvar og samarbeid

3.2.1 Felles ansvar for kommunen og Helse Møre og Romsdal

Kommunene og helseforetaket skal videreutvikle tjenestene med utgangspunkt i «Helhetlig plan for svangerskap-, fødsels- og barselomsorg i Midt-Norge 2015-2020» 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 barnevernet
- 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 kommunene

3.2.2 Helse Møre og Romsdals 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
- 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, jfr. St.Prop. nr 67 2008-2009 og «*Helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Midt-Norge 2015-2020*».
 - Det inngås egne avtaler med kommunene som dette er aktuelt for, enten som kontinuerlig eller behovsuttøst følge- og beredskapstjeneste. Samarbeid om ordninger der helseforetaket kjøper tjenester fra kommunene er anbefalt.
- 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 kommunen²¹
- b) sørge for nødvendig kunnskapsoppdatering av eget personell
- c) sørge for tilstrekkelige jordmor-, helsesykepleier- og fastlegeressurser i kommunene for å ivareta anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer²².
- d) bidra til utvikling av ammekyndige helsestasjoner jfr. anbefaling fra nasjonalt kompetansesenter for amming

3.3 Fagråd for svangerskaps-, fødsels,- og barselomsorg

For å fremme samhandling og tjenesteutvikling skal Helse Møre og Romsdal og kommunene etablere et fagråd med følgende oppgaver:

²¹ Målsetningen er å styrke foreldrenes kunnskap og trygghet om graviditet, fødsel og barseltid.

²² Blant annet særlig anbefalingene om svangerskapsomsorg, tidlig hjemmebesøk av jordmor og samarbeid om beredskap- og følgetjeneste.

- a) bidra til implementering av «*Helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Midt-Norge 2015-2020*» og reviderte utgaver
- b) beskrive ansvar og oppgaver i kommuner og helseforetak
- c) evaluere mål/effekt av den helhetlige planen for svangerskaps-, fødsels og barselomsorg
- d) utarbeide handlingsplan for «*Helhetlig plan for svangerskap-, fødsel og barselomsorg 2015-2020*» med årlig revisjon

UTKAST

4 Delavtale 4 – Samarbeid om IKT løsninger og elektronisk samhandling

4.1 Samarbeid om IKT- løsninger og elektronisk samhandling

Samarbeid om IKT-løsninger og bruk av felles plattform lokalt er av stor betydning for å få til god samhandling. Enkel, rask og pålitelig tilgang til pasientinformasjon kan blant annet sikres ved å ta i bruk standardiserte elektroniske meldinger mellom partene.

Kommunene og Helse Møre og Romsdal skal legge til rette for og følge opp at informasjonsutveksling foregår elektronisk over Norsk Helsenett.

Informasjonsutvekslingen skal inkludere alle som arbeider med samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. All samhandling skal være med utgangspunkt i de kvalitets- og sikkerhetskrav som er myndighetsdefinerte.

Det er utarbeidet veiledende retningslinjer og meldingsstandard på flere samhandlingsområder/ kommunikasjonsstandarder. HelseDirektoratets retningslinjer anbefales lagt til grunn for lokale samhandlingsrutiner.

Denne avtalen omtaler:

- forventning til elektronisk kommunikasjon og interaktive løsninger, inkludert bruk av konferanser og samordnet kommunikasjon med tale, bilde og tekst som del av felles samhandling
- organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling
- melding og håndtering av avvik
- krav til responstid for feilretting
- rutiner for drift, overvåking, oppgradering av felles plattform for elektronisk samhandling

4.2 Formål og virkeområde

Økt bruk av IKT/eHelse er et hjelpemiddel for å nå helsepolitiske mål og for å yte gode tjenester i hele pasientforløpet. Målsettingen er at elektronisk kommunikasjon over Norsk helsenett skal være den ordinære måten å kommunisere elektronisk i behandlingsskjeden for pasientbehandling.

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

4.3 Plikter, ansvar og samarbeid

Helse Møre og Romsdal og kommunen har gjensidig ansvar for at det organisatorisk og ressursmessig sikres elektronisk samhandling 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.

Helsedirektoratets "Norm for informasjonssikkerhet" regulerer den enkelte parts forberedelser til elektronisk samarbeid, og hvilke kvalitetskrav som skal imøtekommes slik at informasjonssikkerheten er ivaretatt. Internkontrollforskriften angir ansvaret for oppfølging av kravene i egen organisasjon.

Standardiserte løp for etablering av elektronisk samhandling skal anvendes. Dette skal detaljeres i henhold til "Norm for informasjonssikkerhet" og forskrift om IKT-standarder mv. Ingen av kommunene har sammenfallende struktur og modenhet ift. elektronisk samhandling – det forutsettes derfor at dette detaljeres i en arbeidsplan mellom kommunen og foretaket.

4.3.1 Felles ansvar for kommunen og Helse Møre og Romsdal

Det skal avtales egne rutiner / prosedyrer for:

- a) responstid på meldinger og feilretting
- b) rutiner for felles meldingslogistikk/meldingsflyt
- c) felles kontaktpunkt for avvikshåndtering/ brudd i kommunikasjon
- d) kontaktpunkter/ superbrukere - enheter med elektronisk samhandling
- e) avvikshåndtering av uønskede hendelser
- f) driftsavtaler og beredskapsavtaler må gjenspeiles hos partene/ felles avtaleverk og fortrinnsvis samordnes med eksisterende tekniske driftsordninger.
- g) endringer i driften skal planlegges og bekjentgjøres
- h) felles plattform og rutiner for interaktiv samhandling
- i) etablere overvåking av meldingstrafikk med definerte oppfølgingsansvar
- j) medvirke til harmonisering med regionale IKT løsninger
- k) evaluering av felles rutiner for digital samhandling

4.3.2 Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar

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

4.3.3 Kommunens plikter og ansvar

Kommunen skal forberede og utvikle sine fagsystemer for å ta i bruk alle godkjente elektroniske meldinger. I tillegg skal kommunen ha nødvendig kvalitets- og sikkerhetsrutiner knyttet til disse meldinger.

4.4 Fagråd for digital samhandling

Formål: Fagråd for digital samhandling har som oppgave å følge opp den praktiske gjennomføringen av samarbeidet definert i denne avtalen.

Sammensetning:

De ulike fagsystem innen pleie og omsorg som samhandler elektronisk mellom kommune og HF skal være representert blant medlemmene. Representanter for andre

fagsystem som f.eks. helsestasjonssystemene innkalles ved behov. Det bør vurderes om det også bør være med representant fra innføringsarbeidet med Helseplattformen.

Fagrådet har følgende oppgaver:

- a) utarbeide årlig handlingsplan
- b) legge fram årlig statusrapport til Strategisk samarbeidsutvalg.
- 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

Det bør utvikles et samarbeid mellom fagråd for digital samhandling og Helseplattformen AS (HPAS) med følgende oppgaver:

- sikre elektronisk samhandling mellom kommuner og HF i innførings-, overgangs- og driftsfasen fra gamle system til Helseplattformen
- bistå HPAS med test av e-meldinger mellom kommunikasjonsparter mellom HPAS og gamle systemer
- bistå HPAS med kunnskap og kompetanse i drift og samhandling med e-meldinger
- etablere regelmessige møtepunkt for gjensidig oppdatering av planer og framdrift

5 Delavtale 5 – Samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid

5.1 Formål og virkeområde

Delavtalen skal bidra til:

- samarbeid om helsefremmende og forebyggende tiltak
- oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer
- samarbeid mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal rundt arbeid med helsefremming, primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging

5.2 Definisjoner

Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål og omfatter individer, grupper og samfunnets evne til å mestre og tilpasse seg de utfordringer livet byr på (Ottawa charteret). Helsefremmende arbeid handler om å forsterke det som gir god helse.

Primærforebyggende arbeid innebærer å hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. Eksempler er undervisning og annen helseopplysning, vaksinasjon og ulykkesforebygging. Primærforebyggende arbeid retter seg mot hele befolkningen.

Sekundærforebyggende arbeid er tiltak rettet mot individer som er tidlig i en problem-/ sykdomsutvikling, risikogrupper. F. eks personer med høyt blodtrykk, overvekt etc.

Tertiærforebyggende arbeid tar sikte på å hindre at konsekvensene av sykdom og funksjonshemninger medfører ytterligere plager for dem det gjelder. Grensene 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.

5.3 Plikter, ansvar og samarbeid

5.3.1 Felles ansvar for kommunen og Helse Møre og Romsdal

Kommunene og Helse Møre og Romsdal skal begge:

- a) sikre brukermedvirkning på system, tjeneste og individnivå,
- b) samarbeide om forebygging av ikke-smittsomme sykdommer,
- c) tilby lærings- og mestringstilbud. Kommunen skal primært arbeide med diagnoseuavhengige tilbud og spesialisthelsetjenesten 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 god samhandling innenfor smittevernet mellom kommune og helseforetaket.

5.3.2 Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar

- a) Gi tilbud om undervisning og opplæring til pasienter og pårørende for aktuelle diagnosegrupper, jfr. punkt. 4.1.3. Det skal henvises videre til kommunale frisklivs- eller rehabiliteringstilbud der det er aktuelt.
- b) Gi råd og veiledning til kommunalt helsepersonell i samband med forebyggende tiltak.
- c) Identifisere behov for forebyggende tiltak hos pasient/bruker og/eller pårørende, starte nødvendige tiltak og gi råd til fastlegen og/eller kommunale tjenesteytere²³.
- d) Veilede kommunen i utvikling av lærings-, mestrings- og frisklivstiltak i kommunehelsetjenesten.
- e) Ha smittevernansvarlig lege, eventuelt i samarbeid med det regionale helseforetaket.
- 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. Gi telefonisk varsling til kommuneoverlegen eller vakthavende lege ved sykdommer der det er behov for umiddelbart smittevernarbeid i kommunen.
- h) Informere kommuneoverlegen dersom det blir oppdaget sykdomsmønstre som kan tyde på uheldig miljø- eller smittepåvirkning.
- i) Gi smittevernveiledning til enkeltpasienter/-brukere og pårørende.

²³ Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud kan være aktuelt.

5.3.3 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 diabetes²⁴.
- f) Ha smittevernlege og utarbeide smittevernplan. Informere helseforetaket om denne og sørge for at helseforetaket har nødvendig kontaktinformasjon.
- g) Ha infeksjonskontrollprogram ved kommunale institusjoner.

²⁴ 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 XX om spesialisthelsetjenesten/LMS. Se også Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1.

6 Delavtale 6 – Samarbeid om beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede

6.1 Bakgrunn

Plikten til å utarbeide omforente beredskapsplaner er pålagt i helse- og omsorgstjenesteloven og i spesialisthelsetjenesteloven. I henhold til overordnet nasjonal helseberedskapsplan (2018), skal kommuner og helseforetak samordne sine beredskapsplaner. Fylkesmannen er som sektor- og samordningsmyndighet, tillagt en sentral rolle i samordning og koordinering. Det vises også til forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (2001-07-23).

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv («Akuttmedisinforskriften», 2018-04-20), har som formål å bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

6.2 Formål

Gjennom denne delavtalen forplikter partene seg til i å videreføre og utvikle samarbeidet innenfor samfunnssikkerhet og helseberedskap, i utvikling av den akuttmedisinske kjede samt i bruken av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Når det gjelder annet samarbeid om akutt hjelp for enkeltpasienter er dette omhandlet i delavtale 1.

6.3 Virkeområde

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

Den akuttmedisinske kjede omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning, bil-, båt- og luftambulanser, nødmeldetjenesten, og mottak for akuttinnleggelse i kommuner og helseforetak.

6.4 Samarbeid innenfor helseberedskap og samfunnssikkerhet

6.4.1 Felles ansvar for kommunen og Helse Møre og Romsdal

Partene plikter:

Å samordne og dele egne planer for sosial og helsemessig beredskap for større ulykker, kriser katastrofer. Dette gjelder bl.a.:

- 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 (som brann/redning og politi, redningstjeneste), samfunnssektorer og frivillige organisasjoner for å sikre helhetlige beredskapsplaner og krisehåndtering, herunder: Samarbeide, utarbeide og dele planer for utvikling av akuttmedisinsk beredskap.

6.4.2 Beredskapsutvalget:

Utvalget konstituerer seg selv og avtaler arbeidsfordeling. Minimum to møter i året.

6.4.2.1 Utvalgets sammensetning:

- Kommunale:
 - Beredskapssjef eller tilsvarende fra kommunene
 - Kristiansund (ivaretar Nordmøre)
 - Molde (ivaretar Romsdalen)
 - Ålesund (ivaretar nordre Sunnmøre)
 - Volda (ivaretar søre Sunnmøre).
- Representant fra Fylkesmannen i Møre og Romsdal
- Helseforetak:
 - Beredskapssjef
 - leder prehospitale tjenester
 - Leder lokal krisestab/ledelse ved sjukehus.

Utvalget skal legge fram en handlingsplan for arbeidet for Strategisk samarbeidsutvalg.

6.5 Samarbeid om planer og samhandling i den akuttmedisinske kjede

6.5.1 Felles ansvar for kommunen og Helse Møre og Romsdal

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

- a) holde hverandre oppdatert om faktiske tilbud i de ulike tjenester i kjeden som sikrer at pasienter 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 samhandling 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 trening og øvelser

6.5.1.1 Akuttutvalg

Utvalget skal bidra til å gjennomføre partene sine plikter i samsvar med punkt 6.5 i delavtalen. Utvalget konstituerer seg selv og avtaler arbeidsfordeling. Det skal holdes minimum 2 møter i året.

6.5.1.2 Akuttutvalgets sammensetning:

- Kommunale
 - Ansvarlig lege fra de 4 LV-sentralene i fylket.
- Fastlegerepresentant (Praksiskonsulent)
- Helseforetak
 - Seksjonsoverlege og seksjonsleder i AMK, leder fra ambulanse og representant fra beredskapsutvalget.

Utvalget skal legge fram en handlingsplan for arbeidet for strategisk samarbeidsutvalg.

6.5.1.3 Akuttmedisinsk nettverk:

Dette er ett underutvalg til akuttutvalget som ivaretar problemstillinger relatert til daglig samhandling.

Dette er et nettverk i regi av AMK hvor prehospitale tjenester, legevaktene (legevaktentralene, fagansvarlig lege og/eller daglig leder) danner et klinisk utvalg. Overlege akuttpsykiatri (akutt hjemmebehandlingsteam) innkalles på sak.

6.6 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 pasienter til ØHD. Akutt hjemmebehandlingsteam kan henvise pasienter med psykiatriske problemstillinger etter vurdering. Der ansvarlig ØHD-lege ikke er tilgjengelig, skal avtale gjøres iht lokale rutiner.

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

Pasientene skal henvises til spesialisthelsetjenesten om de ikke kan behandles forsvarlig på kommunalt nivå. Partene skal sikre at det kommunale døgnoppholdstilbudet ved øyeblikkelig hjelp blir koordinert med tjenester og tiltak i den akuttmedisinske kjeden.

6.6.1 Helse Møre og Romsdals 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
- c) bistå kommunen ved nødvendig kompetanseoppbygging for å ivareta øyeblikkelig hjelp funksjonen
- d) gjennom sine leger på vakt, gi råd til kommunene ved behov om behandling av enkeltpasienter ved øyeblikkelig hjelp tilbudet. Supplerende opplysninger av betydning for behandling av pasienten skal gis av øvrig helsepersonell.

6.6.2 Kommunens plikter og ansvar

- a) etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i samsvar med krav fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgstjenesteloven
 - o 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