

SAMARBEIDSAVTALE

mellom kommune
og

Helse Møre og Romsdal HF

1. Innleiing

Partane er etter lov om kommunale helse- og omsorgstenester av 14. juni 2011 § 6-1 mfl pålagt å inngå samarbeidsavtale. Denne samarbeidsavtalen inneheld ein generell del og konkrete samhandlingsområde i eigne vedlegg. Denne avtalen med vedlegg utgjør Samarbeidsavtalen.

Samarbeidsavtalen har til formål å konkretisere oppgåve- og ansvarsfordelinga mellom kommunen og helseføretaket, og skal bidra til at pasientar og brukarar får eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenestar.

Følgjande definisjon for samhandling skal leggjast til grunn for avtalen:

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstenesta si evne til oppgåvefordeling seg i Mellom for å nå eit felles mål det er semje om, og evna til å gjennomføre oppgåvene på ein koordinert måte. (St.meld. 47 (2008 - 2009) Samhandlingsreformen)

Samhandling inneber god kommunikasjon, felles oppfølging og delt ansvar for pasienten/brukaren, felles utdanningsprogram og tett personleg kontakt. Dette skal sikre at pasientane/brukarane blir behandla på rett nivå, stad og innan rett tid for å maksimere nytten av tilgjengelege ressursar på ein best muleg måte.

Samarbeidsavtalen byggjer på:

- LOV 1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)
- Prop. 91 L (2010-2011) - Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m. (Helse- og omsorgstenesteloven)
- LOV-1999-07-02-64 Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)
- LOV-1999-07-02- 63 Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)
- LOV 1999-07- 02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
- Forskrifter til desse lovene.

2. Verdigrunnlag og målsetting

Samhandling inneber at ulike helsearbeidarar arbeider på tvers av sektorar og spesialitetar for å skape samanhengande tenester. Samarbeidet bygger på tillit og openheit mellom likeverdige partar som er gjensidig avhengig av kvarandre for å kunne gi et godt heilskapleg tilbod.

Samarbeidet skjer ut ifrå en felles forståing av oppgåver og ansvar. Eit godt samarbeid føreset forankring i leiinga, som legg til rette for god og effektiv samhandling mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen. Dette gjeld både på politisk, administrativt, fagleg nivå og i den daglege drifta av tenestene.

Pasienten/ brukaren sitt beste skal alltid vere i fokus. Pasienten/brukaren står i sentrum og er på felles helsearena anten pasienten er i helseføretaket eller i kommunen.

Partane er samde om at samarbeidet skal vere prega av ei løysningsorientert tilnærming og prinsippet om at avgjerd skal takast på lågast muleg tenestnivå, så nært pasient/brukar som muleg.

Samhandlinga skal byggje på likeverd mellom partane og respekt for kvarandre sine roller og kompetanse og bidra blant anna til at:

- Pasient/brukar får koordinerte, heilskaplege og individuelt tilpassa helsetenester på rett nivå til rett tid
- Pasient/brukar og pårørande opplever tryggleik, forutsigbareheit, kontinuitet og brukarmedverknad
- Gode rutinar og klare oppgave- og ansvarsforhold pregar samarbeidet mellom kommunen og helseføretaket
- Effektiv ressursutnytting på tvers av kommunegrenser og forvaltningsnivå
- Partane samarbeider om å styrke det førebyggjande og helsefremjande arbeidet

For å nå desse måla skal partane:

- Forankre avtalen i toppleiinga både i kommunen og Helse Møre og Romsdal HF
- Forankre og involvere på fag- og avdelingsnivå, ved at alle mellomleiaren kjenner avtalen og ser til at den blir praktisert i det daglege arbeidet
- Integrere og prioritere systematisk kvalitetsarbeid i det daglege arbeidet på linje med andre prioriterte oppgåver
- Ha kjennskap til kvarandre med faste møteplassar og regelmessig dialog

3. Samhandlingsområde

Helse og omsorgstjenesteloven § 6-2 har eit minimumskrav til kva ein avtale mellom partane skal innehalde. Det følgjer av lovas 1.ledd at avtalen som eit minimum skal innehalde, sitat:

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/brukere med behov for koordinerte tjenester
3. Retningslinjer for innleggelse i sykehus
4. Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp
5. Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasientersom 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
11. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

Regulering av samarbeidet på disse punkta vil vere eit viktig verktøy i gjennomføringa av Samhandlingsreforma og blir omtala i eigne vedlegg.

I tillegg er det inngått avtale om Samhandlingsstruktur (Vedlegg 12) og Praksiskonsulentordning (Vedlegg 13)

Dersom partane inngår samarbeid på andre område, kan det inngås særlege avtalar som vedlegg til denne avtalen, eller egne retningslinjer og/ eller prosedyrar som ikkje er vedlegg til avtalen. Velger ein alternative retningslinjer og/ eller prosedyrar som ikkje er vedlegg til avtalen, vil ikkje avvik- og saksjonsreglene i denne avtalen, kome til anvendelse.

4. Samhandlingsformer

For å sikre gjennomføring av Samhandlingsavtalen er det etablert slike samhandlingsfora:

- Dialogmøte
- Overordna samhandlingsutval
- Administrativt samhandlingsutval
- Kliniske samhandlingsutval
- Samhandlingskonferanse

Samhandlingsstruktur blir omtala i vedlegg 12 til avtalen.

5. Plikt til gjennomføring og forankring

Partane forpliktar seg til å gjere avtalen kjent for eigne tilsette og brukarar. Partane skal også sette av nok ressursar knytt til medverknad i dei avtalte former for samarbeid,

blant anna vedtekne utval og koordinerande eining.

Større endringar som blir planlagt av ein av partane skal gjennomførast med ein god gjensidig prosess.

Partane forpliktar seg til å:

- Informere og involvere den andre parten i planprosessar og anna arbeid som
- har betydning for utforminga av helsetenester for den andre part, blant anna
- organisering og endring av rutinar
- Orienterer kvarandre om endringar i rutinar, organisering og liknande som kan
- ha betydning for / innverknad på dei områda avtalen omfattar
- Gjennomføre konsekvensutreiingar ved planlegging av tiltak som får
- konsekvensar for den andre part
- Opprette ein klar adressat i eiga verksemd som har overordna ansvar for å
- rettleie og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tenesteytarane

6. Involvering av pasient- og brukarorganisasjonar

Pasient- og brukarorganisasjonar skal medverke i samband med utarbeiding, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.

Brukarane/pasientane skal vere representert i alle samhandlingsfora som blir etablert mellom kommunane og Helse Møre og Romsdal HF.

Partane er samde om at kravet til brukarmedverknad som eit minimum skal blir oppfylt ved at synspunkt og tilbakemeldingar som kjem fram gjennom brukarundersøkingar, brukarutvalet ved Helse Møre og Romsdal HF, eldrerådet og rådet for funksjonshemma i kommunen skal bli tillagt vekt.

7. Avvikshandtering og forbetningsarbeid

Dersom partane ikkje følgjer dei rutinar og prosedyrar som er avtalt i denne avtale med Vedlegg eller i medhold av denne avtalen, ligg det føre eit avvik.

Formålet med avvikshandteringa skal vere forbetningsarbeid og erfaringsutveksling. Partane forpliktar seg til å etablere system for melding av avvik innanfor alle samarbeidsområde som blir omfatta av avtalen, jamfør Prosedyre for melding og handtering av avvik mellom kommunane og helseføretaket.

8. Usemje - Tvisteløying om avtalens innhald

Partane forpliktar seg til å løyse usemje om forståing av avtalen ved prosesser som er omtala under pkt. 8.1 og 8.2 før saka kan takast til domstolane i samsvar med pkt. 8.3.

8.1 Dialog og forhandlingar

Partane er samde om at usemje om forståing av avtalen først skal bli forsøkt løyst gjennom dialog og forhandling. Dersom begge partar Ønskjer det kan usemje blir forsøkt løyst gjennom det lokale administrative samhandlingsutvalet.

8.2 Lokalt eller nasjonalt tvisteorgan

Dersom saka ikkje blir løyst gjennom dialog og forhandlingar er partane samde om at det blir oppretta ein usemjeprotokoll som skal sendast lokalt tvisteløysningsorgan for drøfting og tilråding til løysning. Lokalt tvisteløysningsorgan blir oppretta av partane med to representantar frå kvar av partane, og ein brukarrepresentant.

Oppnår ein ikkje semje i lokalt tvisteløysningsorgan blir saka sendt til Nasjonalt tvisteløysningsorgan med tilråding til løysning.

8.3 Ordinær domstolsbehandling

Dersom partane ikkje klarer å løyse usemje gjennom dialog og forhandlingar eller etter tilråding frå lokalt og nasjonalt tvisteløysningsorgan kan kvar av partane ta saka inn for dei ordinære domstolar med partane sine lokale tingrett som vernetting.

9. Misleghald

Avtalen kan ikkje seiast opp på grunn av misleghald.

10. Endring og oppseiing av avtalen

Avtalen er gyldig og gjeld frå det tidspunkt begge partar har underteikna.

Kvar av partane har i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5, 2. ledd rett til å seie opp avtalen med eitt års frist.

Ved utgangen av kvart år pliktar partane å gå gjennom og evaluere avtalen.

Partane forpliktar seg til å revidere avtalen slik at den til ei kvar tid er i samsvar med gjeldande rettspraksis, lover og forskrifter. Partane plikter også å revidere avtalen dersom andre vesentlege føresetnader for avtalen blir endra, blant anna ved etablering av nye behandlingstilbod som krev avklaring av oppgåve- og ansvarsfordeling.

Forslag til endring av avtalen skal behandlast i overordna Samhandlingsutval etter innspel frå dei administrative samarbeidsutvala. Overordna samhandlingsutval legg frem tilråding til endringar til partane. Endringane skal vedtakast av administrasjonen i helseføretaket og den enkelte kommune.

Vedlegg 1 til Samarbeidsavtalen

Hvilke helse- og omsorgsoppgaver har partene ansvar for – og hvilke tiltak skal partene utføre

I henhold til ”Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester” av 22. juni 2011 § 6.2 første ledd skal kommunen og helseforetaket avklare hvilke helse- og omsorgsoppgaver og tilhørende tjenester partene har ansvar for.

Kommunens oppgaver er definert i ”Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.” (Helse- og omsorgstjenesteloven) og særskilt i kapittel 3 “Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester”.

§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester;

- Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester
- Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne
- Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold
- Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune
- Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Avtalene kan ikke overdras

Helseforetakets ansvar er definert i ”Lov om spesialisthelsetjenester”, og særskilt i kapittel 2 § 2-1a og kapittel 3 om særlige plikter og oppgaver;

§ 2-1a. De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester

- De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder
 - Sykehustjenester
 - Medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester
 - Akuttmedisinsk beredskap
 - Medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt
 - Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3

- Transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten
- Transport av behandlingspersonell

- De regionale helseforetakene skal peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelmissbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3
- Det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen
- Tjenester som nevnt i første ledd kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere
- Departementet kan i forskrift stille krav til tjenester som omfattes av denne loven

Det følger av andre overordnede føringer, som Nasjonal helseplan, hva som er kommunenes og hva som er helseforetakets oppgaver.

Partene er likeverdige og skal benytte følgende virkemidler for å avklare ansvarsfordeling og endring av oppgavedeling:

- Dialog og høringer før beslutning
- Planlegge endringer i god tid
- God gjensidig prosess
- Helhetlige pasientforløp for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen
- Ressurser skal følge endringer i pasientforløpet i form av kompetanse og økonomi
- Partene forplikter seg til å holde seg oppdatert og tilpasse seg faglige standarder og nye behandlingsmetoder.

Partene forplikter seg til å fortsette arbeidet med å beskrive og avklare gråsoner i løpet av 2012, dette for å klargjøre samarbeidsområdet ytterligere.

Vedlegg 2 til samarbeidsavtalen

Samarbeid for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester

1. Formål

Sikre at pasienter/brukere som har behov for koordinerte tjenester gis et faglig forsvarlig tilbud og får tjenester som er sammenhengende og koordinerte. Sikre godt samarbeid mellom de ulike tjenestene og nivåene slik at pasienter opplever helhetlig behandling.

2. Virkeområde

Pasienter/brukere med behov for koordinerte tjenester er personer med tilstander som gir behov for langvarig oppfølging og samarbeid mellom fagpersonell med forskjellig fagbakgrunn og organisatorisk tilknytning. Habilitering og rehabilitering er den prosessen som foregår for at en pasient/bruker med medfødt eller ervervet skade/sykdom/nedsatt funksjonsevne skal oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet.

Dette vedlegget regulerer samarbeidet mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal i arbeidet med pasienter/brukere med behov for koordinerte tjenester, habilitering eller rehabilitering. Vedlegget gjelder både somatikk og psykisk helsevern. I tillegg til dette vedlegget reguleres samarbeidet også av vedlegg 3 a og b, og 5 a og b.

3. Lovgrunnlag

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Specialisthelsetjenesteloven
- Psykisk helsevernloven
- Helsepersonelloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

4. Oppgaver og ansvar

4.1. Felles ansvar

1. Sørge for at pasienter/brukere opplever et helhetlig tilbud, og at en ved eventuell uenighet mellom avtalepartene omkring tilbud rundt enkeltpasienter/-brukere, ivaretar pasientens/brukerens rettigheter i forhold til lov og forskrift
2. Samarbeide om å lage gode pasientforløp. I dette arbeidet skal regionalt utarbeidet metodikk for pasientforløpsarbeid benyttes. Partene forplikter seg til å stille nødvendig personell til disposisjon i arbeidet
3. Sikre brukermedvirkning på system- og individnivå
4. Holde avtaleparten orientert om eget tilbud innenfor koordinerte tjenester
5. Både helseforetak og kommuner har ansvar for habilitering og rehabilitering av pasienter/brukere. Ved vurdering av hvor hovedansvaret for dette ligger i forhold til enkeltpasienter/-brukere, tar en utgangspunkt i rapporten ”Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet” fra Helsedirektoratet (IS-1947)
6. Etablere samarbeid mellom helseforetaket, kommunen og rusforetaket om pasienter/brukere med sammensatt problematikk rundt rus og psykiatri
7. Etablere samarbeid mellom helseforetaket og kommunen rundt pasient- og brukergrupper med sammensatte behov, eksempel palliativ omsorg

4.2. Helse Møre og Romsdal

1. Ha en koordinerende enhet som har oversikt over tilbud og rutiner på dette området både i helseforetaket og i forhold til kommunene, og ansvar for informasjon både internt i helseforetaket og i forhold til kommunene.
2. Tilby koordinator for pasienter som bare mottar spesialisthelsetjenester
3. Starte rehabiliteringstiltak så snart som mulig under institusjonsopphold
4. Utrede, undersøke og gi rehabiliteringstilbud til pasienter med behov for tverrfaglig spesialisert rehabilitering
5. Melde fra når en ser behov for individuell plan eller kommunal koordinator. Meldingen skal gå fra behandlende enhet til koordinerende enhet i kommunen.
6. Ta initiativ til samarbeidsmøter før utskrivning ved behov for svært omfattende kommunale tjenester
7. Bistå til å kartlegge behov for nødvendige hjelpemiddel og ta initiativ til at disse blir anskaffet og klargjort. Gi opplæring i de hjelpemidler som bestilles av spesialisthelsetjenesten og skal brukes av pasienten i hjemkommunen
8. Delta i nødvendig tverrfaglig samarbeid i ansvarsgrupper også etter at pasientene er utskrevet, når det er faglig behov for dette.
9. Gi ambulante tjenester der enkeltpasienter har behov for spesialisthelsetjenester, og der dette av faglige grunner må skje i egen kommune. Dette gjelder både oppfølging av pasienten, og nødvendig kompetanseoverføring (jfr. vedlegg 6). Ambulante tjenester skal gis etter avtale med, og i nært samarbeid med kommunale tjenester. Kommunale tjenester inklusive fastlegene, skal holdes orientert om det tilbudet som blir gitt og få epikriser fra relevante konsultasjoner.
10. Gi nødvendig råd og veiledning i henhold til lov og forskrift, jfr. § 14 i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
11. Gi tilbud om undervisning og opplæring til pasienter og pårørende for aktuelle kroniske sykdomsgrupper
12. Ha et system for barnekontakt i relevante enheter 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. Varsle relevante instanser i kommunene så tidlig som mulig.

4.3. Kommunen

1. Etablere koordinerende enhet i kommunen, og gi kontaktinformasjon om denne til helseforetakets koordinerende enhet. Koordinerende enhet skal videreformidle direkte og relevant kontakt for oppfølging av barn og unge.
2. Sørge for å utarbeide individuell plan, tilby og utnevne koordinator og vurdere å opprette ansvarsgrupper, der det er behov for dette.
3. Ha tilbud om habilitering og rehabilitering
4. Gi nødvendig og relevant informasjon til helsepersonell i helseforetaket i forbindelse med felles pasienter/brukere innenfor de grenser helsepersonelloven setter
5. Delta i nødvendig informasjonsutveksling og samarbeidsmøter under opphold, for planlegging av nødvendige tiltak etter utskriving.
6. Ha ansvar for at nødvendig hjelpemiddel installeres og tilpasses
7. 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.

4.4. Bruk av tvang

I forhold til tvangsbruk i psykisk helsevern forholder partene seg til lov om psykisk helsevern. I forhold til tvangsbruk ved rusproblem forholder kommunen seg til avtale med Rusbehandling Midt-Norge og helse- og omsorgstjenesteloven (kap. 10).

5. Videre oppfølging

Partene forplikter seg til å følge opp dette vedlegget videre gjennom:

1. Pasientforløpsarbeid som beskrevet under 4.1, punkt 2
2. Overordnet samhandlingsutvalg og de administrative samhandlingsutvalgene

Vedlegg 3a til Samarbeidsavtalen

Samarbeid om innleggelse og behandling av pasienter med behov for somatiske helsetjenester

1. Formål

Samarbeidsområdet skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Samarbeidsområdet skal regulere ansvarsfordeling, oppgaver og plikter ved innleggelse og behandling av pasienter med behov for somatiske helsetjenester.

2. Samarbeidsområdets virkeområde

Samarbeidsområdet skal regulere samhandlingen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal HF vedrørende innleggelse, poliklinisk behandling, dagbehandling og døgnbehandling.

Partene beslutter selv hvordan de internt organiserer tjenestene. Rutiner og prosedyrer for samhandlingen som følger av denne samarbeidsområdet er førende for partene.

Samarbeidsområdet regulerer ikke samhandlingen mellom kommunen og Rusbehandling Midt- Norge HF, da dette er regulert i egen avtale. Samarbeidsområdet regulerer heller ikke samhandlingen mellom helseforetaket og kommunene innen psykisk helsevern (eget vedlegg 3 b).

3. Lovgrunnlag

- LOV 1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)
- LOV 2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV 2011-06-24-29 Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- [LOV-1999-07-02-64](#) Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)
- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)
- Prop. 90L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Forskrifter til ovennevnte lover

4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar i henhold til lov

4.1 Helse Møre og Romsdals plikter, oppgaver og ansvar

Helse Møre og Romsdal HF skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseområdet tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt og luftambulanse, transport til undersøkelse eller behandling i kommunene og Helse Møre og Romsdal HF og transport av behandlingspersonell.

Helse Møre og Romsdal HF er pålagt veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. Denne plikten gjelder i generelle spørsmål og i forhold til den enkelte pasient.

Helseforetaket skal tilby ambulante tjenester, støtte og veiledning slik at kommunen, så langt det lar seg gjøre, kan gi innbyggerne nødvendige helsetjenester uten behandling i helseforetaket. Kompetanseoverføring skal være en del av kommunens og helseforetakets kvalitetssystem.

Helse Møre og Romsdal HF og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten og i overføringen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen.

4.2 Kommunens plikter, oppgaver og ansvar

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Kommunen har ansvar for at alle brukere/pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester har oppdatert medikamentliste.

Helse Møre og Romsdal HF og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten og i overføringen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen.

5. Henvisning til og innlegging i Helse Møre og Romsdal HF

5.1 Kommunen sitt ansvar ved henvisning til poliklinisk undersøkning eller behandling ved HMR

Henvisning til poliklinisk undersøkning og behandling vil normalt komme fra lege, og ofte uten at kommunale omsorgstjenester er involvert i søknaden. Henvisningen skal inneholde:

- Kort resymé av viktige tidligere sykdommer av betydning for aktuell problemstilling
- Relevante undersøkinger og tidligere behandling utført hos henvisende lege
- Klar problemstilling som henviser ønsker vurdert eller behandlet
- Dersom henvisende lege har kjennskap til omsorgstjenester pasienten mottar av betydning for aktuell problemstilling, skal det opplyses om disse
- Oppdatert medikamentliste

5.2 Dokumentasjon ved innlegging i HMR

Pasienter skal søkes innlagt eller innlegges som ø- hjelp av lege. Innleggingsskriv skal, så langt mulig, inneholde samme opplysninger som nevnt i 5.1.

Ved innlegging av pasienter fra sykehjem eller der hjemmesykepleien er involvert rundt innleggelsen, skal følgende dokument fra omsorgstjenestene primært være vedlagt innleggelsesskrivet eller følge pasienten til sykehuset:

- Sykepleieopplysninger
- Oppdatert medikamentliste
- Informasjon om hjelpemidler pasienten bruker og som sykehuset trenger kjennskap til
- Eventuelt oppdatert individuell plan der dette er relevant og etter samtykke fra pasienten
- Nødvendige rapporter fra andre behandlere/ terapeuter

Dersom dokumentasjonen nevnt i forrige avsnitt ikke er vedlagt ved en innleggelse, og sykehuset har behov for disse, skal nødvendig dokumentasjon gjøres tilgjengelig så snart som mulig.

5.3. Helse Møre og Romsdal HFs ansvar ved innlegging

- Henvisning og søknad om innlegging blir vurdert etter gjeldende forskrifter og prioriteringsveiledere. Det tas stilling til hvilken rett pasienten har til helsehjelp.
- Ved behov skal det innhentes supplerende opplysninger.
- Bistå lege fra kommunehelsetjenesten når det er tvil om behov for innleggelse, herunder ved vurdering i akuttmottak eller poliklinikk.

All kontakt mellom sykehus og kommune skal dokumenteres i pasientens journal.

6. Behandling i Helse Møre og Romsdal HF

- Helse Møre og Romsdal HF foretar utredning og behandling med utgangspunkt i problemstillingen i henvisningen

- Planlegging av utskriving starter umiddelbart etter innleggelse
- Begge parter tar initiativ til dialog og deltar i møter ved behov. Ansvarlige representanter for kommune og helseforetak avklarer videre oppfølging i samarbeid med pasient og pårørende. Det skal tilrettelegges for dialog uavhengig av geografiske avstander
- Ved langvarig behandling skal Helse Møre og Romsdal HF ta initiativ til og være i dialog med fastlege og de kommunale tjenestene når de er involvert i behandlingen
- Ved behov for individuell plan varsles kommunen straks
- Skal redusere bruk av polikliniske kontroller der dette kan gjøres faglig forsvarlig i kommunehelsetjeneste

Vedlegg 3b til Samarbeidsavtalen

Samarbeid om inntak, innleggelse og behandling av pasienter med behov for psykiske helsetjenester.

1. Formål

Samarbeidsområdet skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Samarbeidsområdet skal regulere ansvarsfordeling, oppgaver og plikter ved henvisning og av pasienter med behov for psykiske helsetjenester.

2. Samarbeidsområdets virkeområde

Samarbeidsområdet skal regulere samhandlingen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal HF vedrørende henvisninger, poliklinisk behandling, ambulante tjenester, dagbehandling og døgnbehandling innenfor psykiske helsetjenester.

Partene beslutter selv hvordan de internt organiserer tjenestene. Rutiner og prosedyrer for samhandlingen som følger av dette samarbeidsområdet er førende for partene. Samarbeidsområdet regulerer ikke samhandlingen mellom kommunen og Rusbehandling Midt- Norge HF da dette er regulert i egen avtale. Samarbeidsområdet regulerer heller ikke samhandlingen mellom helseforetaket og kommunene innen somatiske tjenester.

3. Lovgrunnlag

- LOV 1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)
- LOV 2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV 2011-06-24-29 Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- [LOV-1999-07-02-64](#) Lov om helsepersonell m. v. (Helsepersonelloven)
- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- LOV 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven).
- Forskrifter til ovennevnte lover

4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar i henhold til lov

4.1. Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar

Helse Møre og Romsdal HF skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseområdet tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt og luftambulanse, transport til undersøkelse eller behandling i kommunene og Helse Møre og Romsdal HF og transport av behandlingspersonell.

Helse Møre og Romsdal HF er pålagt veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. Denne plikten gjelder i generelle spørsmål og i forhold til den enkelte pasient. Veiledningen skal ivaretas av helsepersonell med spisskompetanse på fagområdet.

Helseforetaket skal tilby ambulante tjenester, støtte og veiledning slik at kommunen, så langt det lar seg gjøre, kan gi innbyggerne nødvendige helsetjenester uten behandling i helseforetaket. Gjensidig kompetanseoverføring skal være en del av kommunens og helseforetakets kvalitetssystem.

Helse Møre og Romsdal HF og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten og i overføringen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen.

4.2. Kommunens plikter, oppgaver og ansvar

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Kommunen har ansvar for at alle brukere/pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester har oppdatert medikamentliste.

Helse Møre og Romsdal HF og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten, og i overføringen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen.

5. Henvisning til Helse Møre og Romsdal HF

5.1. Kommunens oppgaver i forbindelse med henvisning

Henviser (jmfr. punkt 5.3.1) følger gjeldende prosedyrer for henvisning til spesialisthelsetjenesten:

- Klare problemstillinger som henviser ønsker vurdert utredet eller behandlet, samt at kommunal behandling er vurdert som ikke tilstrekkelig.
- Oppdatert medikamentliste og opplysninger om hvilke kommunale tjenester pasienten mottar.

Ved henvisning til Helse Møre og Romsdal HF av pasienter som mottar kommunale tjenester skal følgende dokumenter primært vedlegges henvisning:

- Nødvendig rapport fra behandler/ terapeuter
- Oppdatert Individuell plan
- Opplysning om navn på pasientens/brukers koordinator i kommunen

Dersom dokumentasjonen nevnt i første og andre avsnitt ikke lar seg vedlegge ved en øyeblikkelig hjelp henvisning, skal disse dokumentene ettersendes så snart som mulig.

5.2. Helse Møre og Romsdal HFs ansvar

- Henvisning vurderes etter gjeldende forskrifter og prioriteringsveiledere. Det tas stilling til hvilken rett pasienten har til helsehjelp.
- Ved behov skal det innhentes supplerende opplysninger.
- Bistå lege fra kommunehelsetjenesten når det foreligger tvil om behov for innleggelse, herunder ved vurdering i akuttmottak eller poliklinikk.

5.3. Ansvar ved øyeblikkelig hjelp/krise

5.3.1. Kommunens ansvar

Kommunen ved fastlege/legevakt/tilsynslege/leder av barnevern tar kontakt med spesialisthelsetjenesten for vurdering/veiledning/innlegging. I tillegg kan fagpersonell i psykisk helseteam/-bolig ta kontakt for veiledning/vurdering.

Dokumentasjon:

- Klinisk problemstilling og aktuell medikasjon
- Dersom bruker/pasient bor i kommunal institusjon/bemannet bosted eller har hjemmetjenester/psykisk helsetjeneste, skal aktuell fagrapport primært vedlegges, eller ettersendes neste virkedag dersom relevant personell ikke er tilgjengelig på innleggingstidspunktet
- Opplysning om navn på brukerens koordinator i kommunen
- Individuell plan om pasienten har det
- Ved innlegging med tvang skal oppdaterte opplysninger fra lege med pasientstatus og tilleggsriterier følge med

Dersom dokumentasjonen nevnt i andre avsnitt ikke lar seg vedlegge ved en øyeblikkelig hjelp henvisning, skal disse dokumentene ettersendes så snart som mulig.

5.3.2. Spesialisthelsetjenestens ansvar

Spesialisthelsetjenesten avgjør om den enkelte pasient/bruker får tilbud om kriseplass/brukerstyrt plass i helseforetaket. Helseforetaket skal gjøre tilbud om dette kjent for kommunen hvis pasient/bruker har psykisk helsetjeneste fra kommunen, og gi kommunen beskjed når pasient/bruker benytter seg av tilbudet.

- Ved kontakt om ø-hjelp skal spesialisthelsetjenesten bistå med adekvate råd og vurdering av tilstanden, også på kveld og helg.
- Helsehjelpen kan tilbys som ambulant hjemmebehandling eller innleggelse
- Ved innlegging med tvang skal næreste pårørende kontaktes og gis alle retter til informasjon og brukermedvirkning på linje med pasienten selv.
- Be om samtykke til å varsle hjemmetjenesten/psykisk helsetjeneste/fastlege om innlegging neste virkedag.

5.4. Planlagt innleggelse og poliklinisk behandling

5.4.1. Kommunens ansvar

Henvisning sendes psykisk helsevern for voksne Helse MR fra lege, privatpraktiserende psykolog, leder av psykiatritjenesten og sosialtjenesten i kommunen.

Henvisning sendes psykisk helsevern for barn og unge Helse MR fra lege eller leder for barneverntjenesten.

Dokumentasjon:

- Skriftlig henvisning i samsvar med mal/skjema på helseforetakets hjemmeside
- Individuell plan dersom brukeren har det
- Opplysning om navn på pasientens/brukerens koordinator i kommunen.
- Om bruker/pasient bor i kommunal institusjon/bemannet bosted eller har hjemmetjenester/psykisk helsetjeneste, skal aktuell fagrapport primært vedlegges. For barn og unge skal nødvendige utredningsrapporter følge med

5.4.2. Spesialisthelsetjenestens ansvar

- Henvisning blir vurdert av spesialist i forhold til gjeldende frister og etter Prioriteringsforskriften. Tilbakemelding til bruker/pasient og henvisende instans skal skje snarest.
- Gjennomføre forvernsamtaler der dette er aktuelt, hjemme hos pasienten der det er tjenlig.
- Innhente nødvendig tilleggsinformasjon utover det som er sendt med, eventuelt gjennom samarbeidsmøte.

6. Behandling i Helse Møre og Romsdal HF

6.1. Spesialisthelsetjenestens ansvar

Helse Møre og Romsdal HF foretar utredning og behandling med utgangspunkt i henvisningens problemstilling.

Ved langvarig behandling skal Helse Møre og Romsdal HF ta initiativ til og være i dialog med fastlege og de kommunale tjenestene/brukerens koordinator når de er involvert i behandlingen

Ved behov for individuell plan varsles kommunen straks. Polikliniske kontroller skal reduseres der dette kan gjøres faglig forsvarlig i kommunehelsetjeneste

Planlegging av utskriving starter umiddelbart etter innleggelse:

- Innkalle til samarbeidsmøte så tidlig som mulig der en ser at bruker/pasient har behov for kommunale tiltak utover det han/hun allerede har innvilget
- Innkalle til ansvarsgruppemøte der dette er aktuelt
- Evt. initiere arbeid med individuelle plan
- Oppnevne koordinator for pasienten

6.2. Kommunens ansvar

- Delta i samhandling for god utskriving og hjemreise for pasienten
- Evt. initiere arbeid med individuelle plan
- Sørge for at det blir oppnevnt koordinator for pasient/bruker

6.3 Samarbeid om tilbudet til pasienter med de mest alvorlige lidelsene

Partene er enige om at organiseringen av det samlede tilbudet til pasienter med de mest alvorlige lidelsene skal vurderes i partenes vedtatte samhandlingsorgan. Tilbudet gjennomgås med tanke på justering/ forbedring.

Vedlegg 4 til Samarbeidsavtalen

Samarbeid om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp tilbud

Kommunen skal utvikle et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp innen 1.1.2016, da dette blir en lovpålagt oppgave. Helsedirektoratet har utarbeidet en rapport/veileder utgitt 02/2012, som beskriver hvordan søknad om øyeblikkelig hjelp døgntilbud skal utformes, ”Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold”.

Dette vedlegget gjelder:

1. Etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen. Kommunen må inngå egen avtale om dette innen 1.1.2016, enten alene eller i samarbeid med andre kommuner
2. Samarbeid mellom partene om øyeblikkelig hjelp

1. Formål

Dette vedlegget skal bidra til at kommunene i Møre og Romsdal etablerer et tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp innen 2016, samt sikre samarbeid mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal om øyeblikkelig hjelp. Tilbudet som etableres i kommunene skal være like godt eller bedre enn tilsvarende tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det nye tilbudet skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelse i spesialisthelsetjenesten og gi pasienten/brukeren et godt faglig tilbud i nær tilknytning til kommunal helsetjeneste.

Partene skal samarbeide slik at pasientene/brukerne får en fullverdig tjeneste. Vedlegget skal sikre at det kommunale døgnoppholdstilbudet ved øyeblikkelig hjelp blir koordinert med tjenester og tiltak i den akuttmedisinske kjeden. Krav til forsvarlighet innebærer at sykehuset ikke kan redusere sitt tilbud før tilsvarende tilbud i kommunene er etablert.

2. Virkeområde

Dette vedlegget omfatter partenes ansvar og oppgaver for å etablere kommunale døgnopphold for øyeblikkelig hjelp og samarbeid om øyeblikkelig-hjelp tjenester.

I Helsedirektoratets veileder om kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold er øyeblikkelig hjelp definert slik: ”Som et alminnelig utgangspunkt omfatter øyeblikkelig hjelp situasjoner der det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling blant annet for å gjenopprette eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, eller for å gi adekvat smertebehandling ved smerter av kortvarig art.”

Kommunenes plikt til å tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp skal kun gjelde de pasient- og brukergruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle og/eller yte

omsorg til. Pasientene/brukerne 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.

3. Lovgrunnlag

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Psykisk helsevernloven
- Helsepersonelloven

4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar

Partene er enige om at samarbeid om øyeblikkelig hjelp døgntilbud best kan gjøres gjennom de individuelle avtalene den enkelte kommune skal inngå med helseforetaket.

Ved individuelle avtaleinngåelser skal partene sikre enighet om gode og hensiktsmessige løsninger til det beste for pasienten/brukeren

4.1. Helse Møre og Romsdal

1. Yte øyeblikkelig helsehjelp
2. Etablering og drift av det til enhver tid gjeldende medisinske nødnummer innen det regionale helseforetaket
3. Etablering og drift av AMK-sentraler
4. Veiledning overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten
5. Bistå kommunen i utformingen av endelig avtale om øyeblikkelig hjelp
6. Bistå kommunen i utvikling av døgntilbud for øyeblikkelig hjelp
7. Innfri de krav som avtales mht kompetanseoverføring, hospitering og daglig drift

4.2. Kommunen

1. Inngå endelig avtale om døgntilbud for øyeblikkelig hjelp innen 1.1.2016
2. Sende eventuell søknad til Helsedirektoratet om tilskudd for øyeblikkelig hjelp døgntilbud etablert før 1.1.2016
3. Yte øyeblikkelig helsehjelp i form av kommunal eller interkommunal legevakt / fastlege
4. Heldøgns medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste
5. Gjennomføre forskriftfestet opplæring og øvelse av fastleger og kommunalt personell i øyeblikkelig hjelp-funksjoner.

Vedlegg 5a til Samarbeidsavtalen

Samarbeid om utskriving av pasienter med behov for somatiske helsetjenester

1. Formål

- Samarbeidsområdet skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.
- Samarbeidsområdet skal regulere ansvarsfordeling, oppgaver og plikter ved utskriving av pasienter med behov for somatiske helsetjenester.

2. Samarbeidsområdets virkeområde

Samarbeidsområdet skal regulere samhandlingen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal HF vedrørende utskriving av somatiske pasienter.

Partene beslutter selv hvordan de internt organiserer tjenestene. Rutiner og prosedyrer for samhandlingen som følger av denne samarbeidsområdet er førende for partene.

Samarbeidsområdet regulerer ikke samhandlingen mellom kommunen og Rusbehandling Midt- Norge HF, da dette er regulert i egen avtale. Samarbeidsområdet regulerer heller ikke samhandlingen mellom helseforetaket og kommunene innen psykisk helsevern (eget vedlegg 5b).

3. Lovgrunnlag

- LOV 1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)
- Prop. 91 L (2010-2011) - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- [LOV-1999-07-02-64](#) Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)
- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)
- Prop. 90L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Forskrifter til ovennevnte lover

4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar i henhold til lov

4.1 Helse Møre og Romsdals plikter, oppgaver og ansvar

Helse Møre og Romsdal HF skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseområdet tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehus tjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt og luftambulanse, transport til undersøkelse eller behandling i kommunene og Helse Møre og Romsdal HF og transport av behandlingspersonell.

Helse Møre og Romsdal HF er pålagt veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. Denne plikten gjelder i generelle spørsmål og i forhold til den enkelte pasient.

Helseforetaket skal tilby ambulante tjenester, støtte og veiledning slik at kommunen, så langt det lar seg gjøre, kan gi innbyggerne nødvendige helsetjenester uten behandling i helseforetaket. Kompetanseoverføring skal være en del av kommunens og helseforetakets kvalitetssystem.

Helse Møre og Romsdal HF og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten og i overføringen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen.

4.2 Kommunens plikter, oppgaver og ansvar

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

Kommunen har ansvar for at alle brukere/pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester har oppdatert medikamentliste.

Helse Møre og Romsdal HF og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten og i overføringen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen.

5. Definisjon av utskrivningsklar pasient

En pasient er utskrivningsklar når lege i Helse Møre og Romsdal HF vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i Helse Møre og Romsdal HF. Avgjørelsen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering.

Følgende prosessuelle krav må være oppfylt før en pasient kan meldes utskrivningsklar til kommunen:

- Problemstilling ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart.
- Øvrige problemstillinger som har framkommet skal være avklart.
- Det skal redegjøres for eventuelle spørsmål som ikke er endelig avklart.
- Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnoser, samt videre plan for oppfølging av pasienten.
- Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra funksjonsnivå før innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.
- Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og at plan for denne oppfølgingen beskrives.
- Dokumentasjonskravet nevnt i punkt 7.1 skal være oppfylt

6. Plikt til vurdering og varsling av pasientens behov for kommunale tjenester

6.1 Kontaktpunkt i kommune og helseforetak

Helse Møre og Romsdal HF skal ha ordning med kommunekontakter som varsler og etablerer kontakt med pasientens hjemkommune.

Kommunen skal ha ordning med en enhet som koordinerer kontakt fra sykehus til kommunens tjenester. Det skal være et telefonnummer for sykehuset inn til kommunens enhet.

6.2 Vurderingsplikten av kommunale tjenester innen 24 timer

Innen 24 timer etter innleggelse skal det gjøres en vurdering av:

1. Hvor lenge innleggelsen antas å vare.
2. Om pasienten antas å ha behov for kommunal helse- og omsorgstjenester etter utskriving.

6.3 Prosedyre ved antatt behov for kommunale tjenester

Dersom det antas at det er behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal følgende prosedyre følges:

1. Innen 24 timer etter innleggelse skal kommunen varsles om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.
2. Pasientens antatte funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskrivning formidles til kommunen så snart dette er avklart, senest innen 24 timer før utskrivning. Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling i Helse Møre og Romsdal HF (f.eks. multitraume, behov for respiratorbehandling med mer), og det ikke er mulig å foreta vurderingene, skal vurderingene foretas og kommunene varsles så snart det lar seg gjøre. Slikt varsel skal uansett gis senest en uke før pasienten antas å være utskrivningsklar.
3. I tilfeller hvor den første vurderingen tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp i kommunen etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av sykehusoppholdet, vil 24 timers fristen starte fra det tidspunkt hvor det blir klart at et slikt behov foreligger.
4. Dersom pasienten har behov for/endret behov for kommunale tjenester etter utskrivning, har sykehuset plikt til å bistå pasienten med å søke om slike tjenester. Sykehuset skal ikke legge føringer på hvilke tjenester kommunen skal yte. I søknaden skal det fremgå om pasienten har/har hatt kommunale tjenester. Søknaden utfylles/sendes kommunen så tidlig som mulig.
5. Helse Møre og Romsdal HF skal varsle kommunen så tidlig som mulig, dersom pasientens situasjon er vesentlig endret, slik at det kan være behov for tekniske hjelpemidler e.l. fra kommunen eller NAV.
6. Ved endret utskrivningsplan eller ved dødsfall informeres kommunen umiddelbart. Endring i utskrivningsklar dato skal registreres i pasientjournalen.

7. Oppgaver og ansvar i forbindelse med utskrivning

7.1. Helse Møre og Romsdal HFs ansvar ved utskrivning

1. Helse Møre og Romsdal HF skal sende skriftlig melding til kommunen ved behov for kommunale tjenester etter utskrivning.
2. Utskriving av pasient skal gjøres så tidlig som mulig på dagen.
3. Ved utskrivning skal forskriftsmessig epikrise eller tilsvarende lege- dokumentasjon (utskrivningsblankett) inkludert fullstendig medikamentliste følge pasienten. Denne skal også sendes fastlege, henviser og eventuelt annen oppfølgende instans så raskt som mulig.
4. For å sikre forsvarlig oppfølging av pasienter som utskrives til kommunalt tjenestetilbud skal innholdet i dokumentasjonen nevnt i punkt 3 gjøres tilgjengelig for kommunen snarest etter at utskrivning er besluttet og senest samtidig med at pasienten utskrives. Punkter som omhandler pasientens tilstand,

funksjonsvurdering, antatt hjelpebehov og at kriterier i “Vilkår for utskrivningsklar pasient” er oppfylt, skal være inntatt i dokumentet eventuelt ved bruk av supplerende sjekklister.

5. Helse Møre og Romsdal HF innhenter samtykke fra pasient dersom informasjon og / eller epikrise sendes til andre enn fastlegen. Signerte epikriser/ utskrivingsblankett og eventuelt sjekklister skal fortrinnsvis sendes elektronisk.
6. Dersom pasienten har behov for det bestiller Helse Møre og Romsdal HF timeavtale hos fastlegen i dialog med pasienten før utskriving.
7. Ved utskriving skal Helse Møre og Romsdal HF sende med pasient resept, eventuelt medikamenter og annet utstyr slik at pasienten har nødvendig medikamenter og utstyr fram til og med første virkedag etter utskriving. Hva som skal sendes med pasient avklares med mottagende helsepersonell i kommunen, også om det er behov for ekstra medisin utover første virkedag.
8. Gjennomført varslingsprosedyre og vurdering av om pasienten er utskrivningsklar skal dokumenteres i pasientens journal.
9. Helseforetaket skal ha rutiner for registrering av dato for når kommunens betalingsansvar inntreffer.
10. Helse Møre og Romsdal HF kan ikke sende en utskrivningsklar pasient tilbake til kommunen før kommunen har gitt beskjed om at det foreligger et kommunalt tilbud til vedkommende pasient.
11. Som hovedregel skal varslingsprosedyre om utskrivningsklare pasienter skje tidligst mulig på mandag til fredag kl. 08 -15.

Unntak fra hovedregelen ovenfor er:

- a) Pasienter som allerede har plass i heldøgns institusjon kan også varsles og utskrives i helg mellom kl. 08 -15.
- b) Pasienter som etter utskrivning har uendret tjenestebehov fra hjemmetjenesten, kan også varsles og utskrives i helg mellom kl.08 -15.
- c) Ved større høytider som jul og påske kan varslingsprosedyre og utskrivning også utføres mellom kl. 08 -15 på helligdager.
- d) Varslingsprosedyre om utskrivningsklare pasienter skal skje pr. telefon og på eget skjema til oppgitt kontaktpunkt i kommunen.

7.2. Kommunens ansvar ved utskriving

1. Etter at kommunen i henhold til punkt 7.1.nr.9 har mottatt varslingsprosedyre fra Helse Møre og Romsdal, skal kommunen etter samme prosedyre som der er avtalt, så tidlig som mulig innenfor kl. 08 -15 gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten, og fra hvilket tidspunkt. Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar.
2. Kommunen skal forberede og iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten når Helse Møre og Romsdal HF har varslet om at pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.
3. Kommunen skal behandle søknad fra pasient fortløpende og fatte vedtak i henhold til gjeldende lover og regler.
4. Kommunen beslutter hvilke tjenester pasienten skal ha ut fra kommunens tjenestetilbud, krav til faglig forsvarlighet og egen vurdering.
5. Kommunen har ansvar for å legge til rette for at pasienten kan overføres til kommunen når pasienten er utskrivningsklar.

6. Kommunen har ansvar for bestilling av tekniske hjelpemidler og at midlertidige tekniske hjelpemidler fra kommunens lager er tilgjengelig i bolig.
7. Kommunen har ansvar for å vurdere og planlegge tilrettelegging i pasientens bolig.

8. Kommunens betalingsplikt

Kommunal betalingsplikt omfatter pasienter som trenger kommunale pleie- og omsorgstjenester etter utskriving fra sykehus.

Kommunal betalingsplikt inntreffer fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar (i henhold til forskrift om medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter §13 jfr § 8 -10) samt denne samarbeidsavtalen, og kommunen har gitt beskjed om de ikke kan motta pasienten, jf. § 11 andre ledd i samme forskrift. Betalingskravet gjelder til den datoen kommunen melder fra om at kommunen er klar til å ta imot pasienten.

Kommunen skal varsle sykehuset om dette så tidlig som mulig på hverdager mellom kl.08-15. Når varsel i henhold til punkt 7.1 nr.9 kan gjøres på andre tidspunkt enn hverdager mellom 08-15 skal varsel gis så tidlig som mulig. Den dagen som kommunen har bestemt å motta pasienten skal ikke være med i betalingskravet.

Dersom kommunen tar imot pasient samme dag som pasientene er definert som utskrivningsklar har kommunen ingen betalingsplikt.

For hvert påfølgende døgn pasienten er innlagt i Helse Møre og Romsdal HF i påvente av kommunal pleie- og omsorgstjeneste skal kommunen betale etter gjeldende betalingssetser fastsatt i statsbudsjett.

Kommunal betalingsplikt inntreffer ikke når Helse Møre og Romsdal HF velger å ikke skrive ut pasient når denne er definert som utskrivningsklar, og kommunen har varslet om at den kan ta imot pasienten.

Ved reinnleggelse for samme problemstilling innen 48 timer etter utskriving, faller kommunens betalingsplikt bort.

9. Plikt til redegjørelse

Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger Helse Møre og Romsdal HF har foretatt. Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve at vurderingene foretatt av Helse Møre og Romsdal HF er i tråd med bestemmelsene i forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og etter dette samarbeidsområdet.

Kommunen kan kreve redegjørelse fra Helse Møre og Romsdal HF på registrering av oppfyllelse av varslingsrutiner og på registrert utskrivningsklar dato for pasient.

10. Utsatt betalingsplikt

Dersom Helse Møre og Romsdal HF etter å ha vurdert pasient som utskrivningsklar har unnlatt å varsle kommunen etter varslingsprosedyrer i denne avtale, vil ikke kommunens betalingsansvar inntre før 24 timer etter at Helse Møre og Romsdal HF har varslet kommunen om at pasienten er utskrivningsklar.

Vedlegg 5b til Samarbeidsavtalen

Samarbeid om utskriving av pasienter med behov for tjenester innefor psykisk helsevern

1. Formål

Samarbeidsområdet skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Samarbeidsområdet skal regulere ansvarsfordeling, oppgaver og plikter ved utskriving av pasienter med behov for psykiske helsetjenester.

2. Samarbeidsområdets virkeområde

Samarbeidsområdet skal regulere samhandlingen mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal HF vedrørende utskriving fra psykisk helsevern.

Partene beslutter selv hvordan de internt organiserer tjenestene. Rutiner og prosedyrer for samhandlingen som følger av denne samarbeidsområdet er førende for partene. Samarbeidsområdet regulerer ikke samhandlingen mellom kommunen og Rusbehandling Midt- Norge HF da dette er regulert i egen avtale. Samarbeidsområdet regulerer heller ikke samhandlingen mellom helseforetaket og kommunene innen somatiske tjenester.

3. Lovgrunnlag

- LOV 1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)
- LOV 2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV 2011-06-24-29 Lov om folkehelsearbeid (folkehelseeloven)
- [LOV-1999-07-02-64](#) Lov om helsepersonell m. v. (Helsepersonelloven)
- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- LOV 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven).
- Forskrifter til ovennevnte lover

4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar i henhold til lov

4.1. Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar

Helse Møre og Romsdal HF skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseområdet tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt og luftambulansse, transport til undersøkelse eller behandling i kommunene og Helse Møre og Romsdal HF og transport av behandlingsspersonell.

Helse Møre og Romsdal HF er pålagt veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. Denne plikten gjelder i generelle spørsmål og i forhold til den enkelte pasient. Veiledningen skal ivaretas av helsepersonell med spisskompetanse på fagområdet.

Helseforetaket skal tilby ambulante tjenester, støtte og veiledning slik at kommunen, så langt det lar seg gjøre, kan gi innbyggerne nødvendige helsetjenester uten behandling i helseforetaket. Kompetanseoverføring skal være en del av kommunens og helseforetakets kvalitetssystem.

Helse Møre og Romsdal HF og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten og i overføringen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen.

4.2. Kommunens plikter, oppgaver og ansvar

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Kommunen har ansvar for at alle brukere/pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester har oppdatert medikamentliste.

Helse Møre og Romsdal HF og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten og i overføringen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunen.

5. Ansvarsfordeling mellom partene ved utskriving

5.1. Spesialisthelsetjenestens ansvar

- Varsle pårørende/foresatte/kommunal tjeneste om forestående utskriving/avslutning. Samtykke fra pasient innhentes
- Ved behov innkalle til utskrivings-/avslutningsmøte, og på tidspunkt som er avtalt og tilrettelagt i god tid for partene.
- Hjelp pasient med søknad om kommunale tjenester der en vurderer dette som nødvendig, men ikke etablert
- Sende epikrise til bruker/pasient og henvisende instans og fastlege så fort som mulig og senest innen 7 dager. Medisinliste og evt. annen informasjon som fastlege og lokale tjenester kan trenge umiddelbart, skal følge pasienten ved utskriving.

5.2. Kommunens ansvar

- Kommunen skal koordinere tjenestene omkring pasienten, og evt. oppnevne koordinator for pasienten
- Ved varsling om utskriving/avslutning har kommunen plikt til å iverksette relevante tiltak.
- Fastlegene stiller i ansvarsgruppemøter jfr. § 8 Fastlegeforskriften. Møtetidspunkt skal avtales i god tid med partene.

Partene skal innen 01.07.2012 vurdere om utskrivningspraksis i henhold til vedlegg 5a (somatikk) skal innarbeides i dette vedlegget.

Vedlegg 6 til Samarbeidsavtalen

Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering

1. Formål

Dette vedlegget har som formål å bidra til gode helsetjenester i et helhetlig pasientforløp gjennom gjensidig kompetanseutvikling og kunnskapsoverføring mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene.

«En av de viktigste forventningene til spesialisthelsetjenesten er å bidra til kompetanseutvikling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelsetjeneste. Dette berører en rekke områder, bl.a. forebygging, tidlig intervensjon, behandling av eldre og pasienter med kronisk sykdom, herunder psykisk helsevern og rusbehandling, samt lærings- og mestringsstrategier.» St.meld.nr.47 (2008-2009) S.112, kap.10.2.1)

2. Virkeområde

Dette vedlegget skal regulere samhandlingen mellom partene vedrørende kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglig nettverk, felles møteplasser og hospitering.

Samhandlingen skal være preget av gjensidighet. Informasjonsutveksling når det gjelder inn- og utskriving av pasienter er ivaretatt i vedlegg 3a og b, og 5a og b til samarbeidsavtalen. Informasjon om endring i tilbud og gjensidige forpliktelser rundt dette omtales i vedlegg 1 til samarbeidsavtalen. Faglige nettverk og felles møteplasser kan opprettes blant annet via samhandlingsutvalgene etter innmeldte behov fra fagmiljøene.

3. Lovgrunnlag

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Psykisk helsevernloven

4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar

4.1. Felles

Helseforetaket og kommunen skal sørge for at faglig, organisatorisk og mellommenneskelig kunnskap som formidles dem imellom, implementeres i egen organisasjon.

Begge parter skal informere koordinerende enhet i helseforetaket om felles møteplasser og faglige nettverk.

4.2. Helse Møre og Romsdal

Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og pasient/pårørende. Viser til rundskriv Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer_KTA/Dokumenter/rundskriv_I-3_2013.pdf

Plikten er både generell og klinisk rettet mot enkeltpasientforløp, jfr. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven. Form og innhold på veiledningen avtales mellom partene.

1. Gi opplæring og veiledning til pasienter og pårørende som er knyttet til spesialiserte pasientforløp (lærings- og mestringsansvar)
2. Legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering
3. Medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell
4. Ha tilgjengelige praksisplasser, herunder stillinger for leger under spesialisering i allmennmedisin
5. Opprette og delta i faglige nettverk
6. Koordinerende enhet holder oversikt over og informerer om felles møteplasser og faglige nettverk mellom kommunene og helseforetaket
7. Samarbeide med kommunen om nødvendig kunnskapsoverføring som sikrer forsvarlighet ved overføring av oppgaver
8. Skal sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning

4.3. Kommunen

1. Sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning. Gi opplæring og veiledning til pasienter/brukere og pårørende (lærings- og mestringsansvar)
2. Legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering
3. Medvirke til undervisning og opplæring av helse- og omsorgspersonell
4. Ha tilgjengelige praksisplasser
5. Opprette og delta i faglige nettverk

Vedlegg 7 til Samarbeidsavtalen

Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

1. Formål

Forskning og bruk av forskningsresultater er et viktig virkemiddel for å sikre kvalitet og kostnadseffektivitet på tjenestetilbud. For å styrke forskningens relevans og kvalitet samt bidra til implementering av ny kunnskap, vil det være viktig med økt medvirkning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Partene skal utvikle felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging, forskning og innovasjon, som understøtter samhandlingsreformens intensjoner.

2. Virkeområde

I spesialisthelsetjenesten er forskning og utdanning en sentral oppgave. Kommunene har ansvar for å medvirke til og tilrettelegge for forskning, men ikke medfinansieringsansvar.

Dette vedlegget regulerer samarbeid mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal rundt forskningsprosjekter, utdanning, praksis og læretid. Utdanning og praksis berøres også i vedlegg 6 til samarbeidsavtalen.

Samarbeid mellom arbeidslivet og utdannings- og forskningsinstitusjoner er viktig for å oppnå mange av målene med Samhandlingsreformen. En avtale mellom kommunen og helseforetaket kan ikke binde opp aktivitet eller virksomheten ved utdannings- og forskningsinstitusjonene, men det bør inngås særlige avtaler med disse.

3. Lovgrunnlag

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Folkehelseloven
- Helseforetaksloven

4. Samarbeid om forskning og utvikling

4.1. Felles ansvar

1. Samarbeide om forsknings- og utviklingstiltak (FOU-tiltak)
2. Gjensidig informasjon om FOU-prosjekt
3. Systematisk evaluering av FOU-prosjekt
4. Formidle og implementere forskningsresultat og ny kunnskap

4.2. Helse Møre og Romsdal

1. Legge til rette for forskning og forskningsnettverk
2. Ta initiativ til å inkludere kommunene i aktuelle forskningsprosjekter

4.3. Kommunen

1. Delta i forskningsnettverk
2. Bistå i aktuelle forskningsprosjekt

5. Samarbeid om utdanning, internopplæring, praksis og læretid

Utdanningsbehovet i kommunene og spesialisthelsetjenesten må sees i sammenheng. Det tas initiativ til å etablere et samarbeidsorgan mellom kommunene, helseforetaket, fylkeskommunen og høgskolene i Møre og Romsdal. Partene skal gjennom samarbeidsorganet samordne forespørsler til utdanningsinstitusjonene om aktuelle etter- og videreutdanninger. Det må tas initiativ til at behov for samhandling vektlegges i utdanningene.

Partene skal samarbeide om utdanningstilbud og felles etterutdanning, internopplæring, praksisplasser og tilbud til lærlinger.

Vedlegg 8 til Samarbeidsavtalen

Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg

1. Formål

Sikre forsvarlige, likeverdige og helhetlige tjenester uavhengig av bosted, og ordninger tilpasset hver kommunes behov. Fordele oppgaver og ansvar mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Vedlegget omfatter også behov og tiltak for systematisk forebyggende helsearbeid i forbindelse med seksualitet og uønskede svangerskap. Forebyggende helsearbeid i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel er særlig viktig å vektlegge i forhold til rus, psykiatri, sosialmedisin, fedme, fødselsangst etc. Tjenesten 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”, vedtatt HMN RHF november 2010.

2. Virkeområde

Dette vedlegget gjelder samarbeidet mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal angående svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg i fylket.

Tjenestene i kommunene blir utøvd i tverrfaglig samarbeid mellom jordmor, helsesøster, lege og andre aktuelle faggrupper, og skal bidra til å arbeide for å redusere helserisiko.

3. Lovgrunnlag

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Barneloven
- Barnevernloven

4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar

4.1. Felles

Begge parter skal videreutvikle tjenestene med basis i ”Helhetlig plan for svangerskap-, fødsels- og barselomsorg 2011-2014” med særlig vekt på følgende områder:

1. Identifisering og systematisk oppfølging av risikoutsatte gravide med problemstillinger innenfor psykisk helse, rus og/eller sosialmedisin
2. Utvikle felles prosedyrer med tydelig ansvarsfordeling
3. Felles plan for utvikling av kompetanse
4. Legge til rette for gjensidig hospitering

4.2. Helse Møre og Romsdal

1. Sørge for følge- og beredskapstjeneste for kommuner som har krav på det, jfr. St.Prop. nr 67 2008-2009. Det inngås egne avtaler om dette.

4.3. Kommunen

1. Gode rutiner for samarbeid på tvers av faggrupper i kommunen som gir kvinne/familie behovsbasert, helhetlig oppfølging i kommunen
2. Sørge for nødvendig opplæring av eget personell

5. Klinisk samarbeidsutvalg

For å konkretisere plan- og prosedyrearbeid skal Helse Møre og Romsdal og kommunene etablere et klinisk samarbeidsutvalg med følgende oppgaver:

1. Planlegge implementeringen av ”Helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Midt-Norge 2011-2014”
2. Beskrive ansvar og oppgaver i kommuner og helseforetak
3. Evaluere mål/effekt av ”Helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels og barselomsorg” i løpet av 2014.
4. Godkjenne kvalitetshåndbok for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, som skal legges ut på helseforetakets hjemmeside.

Vedlegg 9 til Samarbeidsavtalen

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/ kommunikasjons standarder. Helsedirektoratets retningslinjer anbefales lagt til grunn for lokale samhandlingsrutiner.

Denne avtale 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

1. Formål

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.

2. Virkeområde

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.

3. Lovgrunnlag

- [Norm for informasjonssikkerhet](#)
- Helseinformasjonssikkerhetsforskriften (sannsynligvis godkjent ila 2014)
- Specialisthelsetjenesteloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Helsepersonelloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Psykisk helsevernloven
- Personopplysningsloven
- Helseregisterloven
- [Forskrift om IT standarder i offentlig forvaltning](#) (sannsynligvis godkjent ila 2014)

4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar

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.

5. Etablering av elektronisk samhandling

Standardiserte løp for etablering av elektronisk samhandling skal anvendes. Dette skal detaljeres i henhold til ”Norm for informasjonssikkerhet” og forskrift om IKT-Standarder.

Ingen av kommunene har sammenfallende struktur og modenhet ift. elektronisk samhandling – det forutsettes derfor at dette detaljeres i en arbeidsplan mellom kommunen og foretaket.

6. Oppgaver og ansvar

6.1. Felles ansvar for kommunen og Helse Møre og Romsdal

Det skal avtales egne 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 samhandling
- Avvikshåndtering av uønskede hendelser
- Driftsavtaler og Beredskapsavtaler må gjenspeiles hos partene/ felles avtaleverk og fortrinnsvis samordnes med eksisterende tekniske driftsordninger.
- Endringer i driften skal planlegges og bekjentgjøres
- Felles plattform og rutiner for interaktiv samhandling
- Etablere overvåking av meldingstrafikk med definerte oppfølgingsansvar

6.2. Helse Møre og Romsdal

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

6.3. Kommunen

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

6.4. IKT – arbeidsutvalg

IKT-arbeidsutvalg har som oppgave å følge opp den praktiske gjennomføringen av samarbeidet definert i denne avtalen

Arbeidsutvalget skal levere status-rapport innen utgangen av 2014. Utvalget skal vurdere om en ser det er behov for å opprettholde utvalget etter denne perioden.

7. Revisjon av vedlegg

Partene forplikter seg til å revidere vedlegget når det skjer endringer i lover, forskrifter og retningslinjer.

Vedlegg 10 til samarbeidsavtalen

Samarbeid om forebygging

1. Formål

Fremme helse og forebygge sykdom i befolkningen gjennom samarbeid om forebyggende tiltak. Ha oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

2. Virkeområde

Kommunen har hovedansvaret for folkehelsearbeidet og primærforebyggende arbeid.

Dette vedlegget regulerer samarbeidet mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal rundt arbeid med fremming av helse, forebygging og helseovervåking.

3. Definisjoner

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

1. *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.
2. *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.
3. *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.

4. Lovgrunnlag

- Folkehelseloven
- Specialisthelsetjenesteloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Psykisk helsevernloven
- Smittevernloven

5. Oppgaver og ansvar

5.1. Felles ansvar

Samarbeide om forebygging av livsstilssykdommer. Videreutvikle lærings- og mestringstiltak med sikte på å føre tiltakene nærmere kommunen.

Samarbeid om tiltak for tidlig intervensjon for å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge.

5.2. Helse Møre og Romsdal

1. Informere kommuneoverlegen dersom det blir oppdaget sykdomsmønstre som kan tyde på uheldig miljø- eller smittepåvirkning
2. Bidra med nødvendig data for overvåking av helsetilstand i kommunen
3. Identifisere behov for sekundær- eller tertiærforebygging hos pasient/bruker og/eller pårørende, starte nødvendige tiltak og gi råd til fastlegen og eventuelt kommunen om videre individuelle tiltak.
4. Drive opplæringstiltak i forhold til pasienter/brukere med behov for sekundær- eller tertiærprofylakse.
5. Ha smittevernansvarlig lege, eventuelt i samarbeid med det regionale helseforetaket
6. Sørge for varsling av smittsomme sykdommer. Gi umiddelbar telefonisk varsling til kommuneoverlegen eller vakthavende lege ved sykdommer der det er behov for umiddelbart smittevernarbeid i kommunen (for eksempel meningokokksykdom)
7. Gi smittevernveiledning til enkeltpasienter/-brukere og pårørende
8. Gi råd og veiledning til kommunalt helsepersonell i samband med forebyggende tiltak.
9. Bistå kommunen i utvikling av lærings- og mestringstjenester/frisklivssentraler

5.3. Kommunen

1. Ha oversikt over helsetilstanden og identifisere faktorer som påvirker helsa.
2. Tverrfaglig samarbeid mellom alle kommunale sektorer for å fremme helse og forebygge skade og sykdom.
3. Initiere sekundærprofylaktiske og tertiærprofylaktiske tiltak overfor pasienter/brukere som trenger dette.
4. Vurdere etablering av Frisklivssentraler
5. Ha smittevernlege og utarbeide smittevernplan. Informere helseforetaket om denne og sørge for at helseforetaket har nødvendig kontaktinformasjon
6. Ha infeksjonskontrollprogram ved kommunale institusjoner.

Vedlegg 11 til Samarbeidsavtalen

Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

1. Bakgrunn

Dette tjenestevedlegg er inngått i henhold til samarbeidsavtale kulepkt. 3, første avsnitt nr. 11.

Plikten til å utarbeide omforente beredskapsplaner er pålagt i helse- og omsorgstjenesteloven og i spesialisthelsetjenesteloven. I henhold til overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan (2007) 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 akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus” (2005-03-18), har som formål å ”bidra til å sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp, ved at det stilles krav til det faglige innholdet i de akuttmedisinske tjenestene, krav til samarbeid i den akuttmedisinske kjede og krav til samarbeid med brann, politi og hovedredningssentralene.”

I forskriften pkt 4 ”Samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene” heter det: ”De regionale helseforetakene og kommunene skal sikre en rasjonell og koordinert innsats i de ulike leddene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter.

Organiseringen av de akuttmedisinske tjenestene skal legges til rette slik at personellet i disse tjenestene får trening i samhandling. Ved etablering og drift av akuttmedisinske tjenester skal tjenestene kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.”

2. Formål

Gjennom denne avtale forplikter partene seg til i å videreføre og utvikle samarbeidet innenfor krise- og katastrofeberedskap, og i utvikling av den akuttmedisinske kjede. Når det gjelder samarbeid om akutt hjelp for enkeltpasienter er dette omhandlet i andre vedlegg (3a, 3b, 5a og 5b).

3. Virkeområde

Avtalen omfatter helse- og omsorgstjenestens ansvar og oppgaver i den akuttmedisinske kjeden, herunder krise- og katastrofeberedskap, og er avgrenset mot redningstjenester som ligger under Justis- og Politidepartementet v/ Hovedredningsentralen (HRS).

Samvirkeprinsippet medfører dog at ressursene ved behov stilles til rådighet for HRS.

Den akuttmedisinske kjede omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunalt helsepersonell i vakt, bil-, båt, og luftambulanser, nødemeldetjenesten, og mottak for akuttinnleggelse i kommuner og helseforetak.

4. Samarbeid innenfor krise- og katastrofeberedskap

Partene plikter:

1. 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
2. Å samarbeide med andre nødetater (som brann/redning og politi, redningstjeneste), samfunnssektorer og frivillige organisasjoner for å sikre helhetlige beredskapsplaner og krisehåndtering, herunder:
 - a) Samarbeide/utarbeide og dele planer for utvikling av akuttmedisinsk beredskap.

5. Samarbeid om planer og samhandling i den akuttmedisinske kjede

1. Partene plikter å samarbeide om utvikling av de akuttmedisinske tjenester slik at tilbudet samlet blir tilgjengelig og av god kvalitet. Dette gjelder bl.a.:
2. 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
3. Avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp funksjoner, for å unngå overlapping i, og usikkerhet omkring hvilket tilbud som gis hvor
4. Etablere rutiner som sikrer god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner, herunder i planlegging, mottak og bruk av nytt nødnett som er under utbredelse nasjonalt.

5. 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.
6. Delta i og følge opp nasjonale og regionale satsinger innenfor prehospital akuttmedisin
7. Tilrettelegge for at vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeden har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller
8. Ta initiativ til og delta i trening og øvelser

Partene har som intensjon å videreutvikle dette samarbeidet.

Vedlegg 12 til Samarbeidsavtalen

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

1. Samhandlingsforum

For å sikre gjennomføringen av samhandlingsavtalen er det etablert følgende samhandlingsforum:

- Dialogmøte
- Overordna samhandlingsutvalg
- Administrative samhandlingsutvalg
- Kliniske samhandlingsutvalg
- Samhandlingskonferanse

2. Dialogmøte

Dialogmøte er et forum der representanter for politisk og administrativ ledelse i helseforetaket og kommunene møtes for informasjonsutveksling og drøfting av prinsipielle saker. Styreleder, administrerende direktør og fagdirektør fra helseforetaket deltar sammen med relevant fagpersonell i helseforetaket. Ordførere og rådmenn deltar sammen med relevant fagpersonell i kommunene. Representant fra KS i Møre og Romsdal og Fylkesmannen i Møre og Romsdal blir invitert. Brukarutvalget blir invitert.

Det skal være minst et møte i året.

Administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal HF innkaller til møte, og setter opp sakliste i samarbeid med overordnet samhandlingsutvalg.

Møteledelse og møtested går på omgang.

3. Overordnet samhandlingsutvalg

Overordnet samhandlingsutvalg er et partssammensatt, overordna strategisk og utviklingsorientert utvalg mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Møre og Romsdal.

3.1. Oppgaver

1. Ha en proaktiv rolle med å peke ut retning for arbeidet med samhandling og oppgavefordeling mellom kommunene og helseforetaket
2. Følge opp at samarbeidsavtalene som er inngått mellom helseforetaket og kommunene i Møre og Romsdal blir praktiserte etter intensjonen. Gjennomføre evaluering og utarbeide forslag til justering av avtalene
3. Følge opp og koordinere virksomheten i de administrative samhandlingsutvalgene
4. Godkjenne rutiner og prosedyrer som angår samhandling om felles pasientforløp etter forslag fra kliniske samhandlingsutvalg eller en eller flere av partene
5. Ansvar for å etablere, evaluere og vedlikeholde system for håndtering av avvik omkring samhandling. Ha en årlig gjennomgang av avviksstatistikk på overordnet nivå
6. Melde saker til dialogmøtet
7. Søke å løse saker av prinsipiell karakter om samhandling og samarbeidsavtalen
8. Oppnevne faste eller midlertidige kliniske samhandlingsutvalg etter forslag fra de administrative samhandlingsutvalgene
9. Arrangere en årlig samhandlingskonferanse
10. Holde seg orientert om gode modeller for samhandling andre steder og medvirke til utvikling og spredning av disse i Møre og Romsdal
11. Informere om utvalgets aktivitet
12. Ha en oppdatert oversikt over ulike samhandlingsprosjekt i Møre og Romsdal

3.2. Sammensetting

- Styret i Helse Møre og Romsdal HF oppnevner 4 representanter og 4 vararepresentanter, 2 eierrepresentanter fra styret og 2 administrative representanter
- Styret i KS Møre og Romsdal oppnevner 4 representanter og 4 vararepresentanter, 2 politikere fra kommunene og 2 administrative representanter fra kommunene
- En representant og vararepresentant oppnevnt av Brukarutvalget i Helse Møre og Romsdal HF
- Leder for de administrative samhandlingsutvalgene skal innkalles til møtene med tale- og forslagsrett
- Fylkeslegen har møterett

Representantene blir oppnevnt for 2 år av gangen.

Helse Møre og Romsdal HF har sekretærfunksjonen. Begge parter har ansvar for å fremme og forberede saker til utvalget.

Utvalget skal minimum ha 4 årlige møter. Partene dekker egne kostnader.

Leder- og nestlederfunksjonen alternerer annen hvert år mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunerepresentantene.

4. Administrative samhandlingsutvalg

Administrative samhandlingsutvalg er partssammensatte utvalg mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Møre og Romsdal.

4.1. Antall utvalg

Det skal være 2 utvalg, et for Nordmøre og Romsdal og et for Sunnmøre. Kommuner som ligger i grensesonen velger selv hvilket administrativt samhandlingsutvalg de vil tilhøre.

4.2. Oppgaver

1. Ta ansvar for at det i felleskap utarbeides nærmere faglige retningslinjer mellom helseforetaket og kommunehelsetjenesten om arbeidsdeling ved utredning og innhold i henvisninger. I dette arbeidet skal det delta leger både fra helseforetaket og kommunene.
2. Fange opp innspill og utfordringer i kommunene og helseforetaket tilknyttet innføringen av Samhandlingsreformen og bringe dette videre til Overordna samhandlingsutvalg.
3. Fokusere på erfaringsutveksling, kompetanseoverføring og felles møteplasser
4. Utvikle gjensidig kunnskap om de utfordringene tjenestene står overfor
5. Arbeide aktivt for en kultur for læring, forbedring og fagutvikling der organisasjonene kollektivt lærer av feil og systemsvikt.
6. Håndtere avvik i samhandlinga som helseforetaket og den enkelte kommune ikke greier å løse selv eller som er av slik prinsipiell karakter at det angår flere kommuner. Håndteringen skjer i tråd med System for avvikshåndtering som Overordna samhandlingsutvalg har etablert.
7. Utvikle et rapporteringssystem til Overordna samhandlingsutvalg for oppfølging av samarbeidsavtalene som er inngått mellom helseforetaket og kommunene i Møre og Romsdal
8. Tilrå rutiner og prosedyrer som angår samhandling om felles pasientforløp etter forslag fra kliniske samhandlingsutvalg eller en eller flere av partene
9. Bidra til utvikling og spredning av gode modeller for samhandling
10. Ha en oppdatert oversikt over ulike samhandlingsprosjekt i sitt nedslagsfelt
11. I tråd med samarbeidsavtalene som er inngått mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene i Møre og Romsdal avgjøre saker av administrativ og faglig karakter som angår samhandling, men som ikke innebærer økonomiske eller andre politiske konsekvenser for partene
12. Foreslå oppretting av faste eller midlertidige kliniske samhandlingsutvalg overfor overordna samhandlingsutvalg.

4.3. Sammensetting

Hvert administrativt samhandlingsutvalg har følgende sammensetting:

- Adm. direktør i Helse Møre og Romsdal HF oppnevner 6 representanter og 6 vararepresentanter
- Styret i respektive regionråd oppnevner 4 representanter og 4 vararepresentanter. Intensjonen er å sikre regional og geografisk balanse. Representantene frå kommunene skal ha overordnet/koordinerende fagansvar i sine kommuner, av disse minst en kommune(over)lege.
- Vertskommunene oppnevner 1 representant og 1 vararepresentant hver

- 1 representant og 1 vararepresentant blir oppnevnt av Brukarutvalget i Helse Møre og Romsdal HF
- 1 av praksiskonsulentene i helseforetaket
- 2 tillitsvalgte fra kommunehelsetjenesten og to tillitsvalgte fra Helseforetaket som representerer ulike fagorganisasjoner. (Dette punkt kom i tillegg til inngått avtaletekst og trådte i kraft fra 01.01.2012).

Representantene blir oppnevnt for 2 år av gangen.

Helse Møre og Romsdal HF er ansvarlig for sekretærfunksjonen. Begge parter har ansvar for å fremme og forberede saker til utvalget.

Utvalget skal minimum ha 4 møter pr. år. Partene dekker egne kostnader.

4.4. Felles møte

I tillegg til faste møter i de administrative utvalgene, tar det overordnede samhandlingsutvalget initiativ til et felles møte for de administrative arbeidsutvalgene en gang i året.

5. Kliniske samhandlingsutvalg

Kliniske samhandlingsutvalg kan opprettast fast eller midlertidig ved behov for å drøfte faglige og/eller administrative utfordringer mellom kommunene og helseforetaket. Slike utvalg blir oppnevnt av overordna samhandlingsutvalg etter forslag fra de administrative samhandlingsutvalgene.

6. Samhandlingskonferanse

Overordna samhandlingsutvalg arrangerer samhandlingskonferanse for ledere og relevante fagpersonell i kommunen og helseforetaket, med fokus på samhandlingserfaringer både lokalt og nasjonalt.

Vedlegg 13 til Samarbeidsavtalen

Samarbeid om praksiskonsulentordninger

1. Formål

Ordningen skal bidra til økt samhandling og koordinering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Nøkkelord for ordningen er: samarbeid, kvalitetsutvikling, helhetstenking og kommunikasjon.

2. Virkeområde

Praksiskonsulentordningen omfatter både leger og andre faggrupper engasjert som praksiskonsulenter i Helse Møre og Romsdal.

Praksiskonsulenten skal bidra i sykehusets arbeid med utviklingen av samhandling mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket. Praksiskonsulentens arbeid skal finne sted på overordnet systemnivå og ikke i forhold til enkeltpasienter/-brukere.

Praksiskonsulenten skal forbedre helheten i pasientforløpet, herunder ved å

1. Vurdere og utvikle retningslinjer for god henvisningspraksis
2. Vurdere og utvikle retningslinjer for god innleggelsespraksis
3. Vurdere og utvikle retningslinjer for god utskrivningspraksis, herunder for oppfølgingen av utskrevne pasienter i førstelinjetjenesten
4. Delta i utarbeidelse av kliniske retningslinjer for pasientforløp
5. Vurdere tilretteleggelse for oppfølging av spesielle pasientgruppers særlige behov (kronikere og pasienter som trenger koordinerte tjenester)
6. Bidra til utvikling av god epikriseskriving

Forbedre informasjonsflyten i samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket, herunder ved å

1. Etablere rutiner for samhandling
2. Veilede om rutiner for samhandling innad i helseforetaket og eksternt i primærhelsetjenesten
3. Formidle relevant informasjon mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket, herunder ved utarbeidelse av informasjonsbrev, ved deltakelse på møter og ved gjennomføring av kurs
4. Bidra til økt bruk av IKT som verktøy i en bedre samhandling
5. Tilrettelegge for gjensidig hospitering
6. Delta i nettverk og lignende for praksiskonsulenter

3. Avtalegrunnlag

Praksiskonsulentordningen er ikke lov- eller forskriftsregulert. Det er inngått en rammeavtale mellom de regionale helseforetak og legeforeningen om praksiskonsulentordningen for leger. En praksiskonsulent skal være medlem av hvert av de administrative samhandlingsutvalgene, jfr. vedlegg 12, punkt 4.3.

4. Oppgaver og ansvar

4.1. Helse Møre og Romsdal

Opprette ordning for praksiskonsulent, og vurdere utvidelse av ordningen etter hvert, både når det gjelder omfang og faggrupper.

4.2. Kommunen

Bistå helseforetaket til å finne egnede personer til å gå inn i ordningen.

Gi fastleger som påtar seg oppgaver som praksiskonsulent fritak fra plikt til kommunal deltidstilling.