Møteinnkalling

Utvalg:	**Skjervøy Kommunestyre**
Møtested:	Kommunestyresalen, Skjervøy rådhus
Dato:	26.01.2012
Tidspunkt:	16:30

Eventuelt forfall må meldes snarest på tlf. 7777 5503. Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed.

Saksliste

Utv.saksnr	Sakstittel	U.Off	Arkivsaksnr
PS 1/12	Supleringsvalg til forliksrådet		2011/676
PS 2/12	Madam Lyngs legat		2010/1249
PS 3/12	Strategisk utvikling av kommunen - hva skal prioriteres		2011/3343
PS 4/12	Avtaler mellom Skjervøy kommune og UNN		2012/114

Skjervøy kommune

Arkivsaknr: 2011/676 -29
Arkiv: 014
Saksbehandler: Magnar Solbakken
Dato: 10.01.2012

Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
1/12	Skjervøy Kommunestyre	26.01.2012

Suppleringsvalg til forliksrådet

Henvisninger:
Valg av forliksråd, oppnevning fra Fylkesmannen datert 14. januar 2008.
Valg av forliksrådsmedlemmer og skjønnsmedlemmer 2012, fra Justis- og politideperatementet

Rådmannens innstilling

Kommunestyret gjør følgende vedtak:

1. Kommunestyret tar stilling til valgnemndas forslag til erstatter for Aksel Jørgensen.

2. Forliksrådet valgt i k-sak 42/11 – inkludert suppleringsvalg – gjelder for perioden 1.1.2013 til 31.12.2017.

Saksopplysninger

1. I k-sak 42/11 ble følgende valgt inn i forliksrådet:
Ronny Laberg, leder
Vidar Brox Antonsen
Cissel Samuelsen

Vara: Gerd Larsen
Aksel Jørgensen
Solveig Fagerheim

2. Skrivet fra departementet definerer forliksrådets valgperiode slik:

Valget foregår innen 15. oktober året etter hvert kommunestyrevalg og gjelder for fire år fra 1. januar det påfølgende år.

I tråd med dette oppnevnte fylkesmannen pr brev sittende forliksråd for perioden 1. mai 2008 til 31. desember 2012.

Det er også listet opp krav for å kunne velges som forliksrådsmedlem, blant annet på alder:

- vedkommende må ha fylt 25 år
- vedkommende må være under 70 år ved valgperiodens start

Vurdering

Aksel Jørgensen er født i 1936 og oppfyller dermed ikke vilkårene for å sitte i forliksrådet.

Skjervøy kommune valgte forliksråd tidligere enn nødvendig, i og med at perioden til det nye rådet starter 1. januar 2013. Forutsatt at dette presiseres for de involverte er dette uproblematisk.

Skjervøy kommune

Arkivsaknr: 2010/1249 -9
Arkiv: 241
Saksbehandler: Roy Lennart Waage
Dato: 13.01.2012

Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
2/12	Skjervøy Kommunestyre	26.01.2012

Madam Lyngs legat

Henvisning:
- Saksprotokoll Skjervøy formannskap 24.2.2011, sak 6 *Madam Lyngs og dr Ivar Lunds legater – endring av statutter.*

Rådmannens innstilling

Kommunestyret gjør følgende vedtak:

Madam Lyngs legat avvikles og legatets midler overføres til følgende formål:

1. En halvpart overføres til Giæverfamiliens gravfond
   - Giæverfamilien påtar seg ansvaret for framtidig stell av Madam Lyngs grav ved Skjervøy kirke og øvrige graver knyttet til familien.
   - Giæverfamilien forestår forgylling (el tilsv) av inskripsjonen på Madam Lyngs gravsted slik at teksten kommer tydeligere fram.
2. Den andre halvparten overføres til Skjervøy menighetsråd på følgende betingelser:
   - Midlene skal benyttes på tiltak knyttet til kirken, ikke drift
   - Midlene skal komme barn og unge til gode

Saksopplysninger

Formannskapets vedtok den 24.2.2011 følgende:

1. Det nedsettes en komité som i samarbeid med Einar Giæver utarbeider forslag til nye statutter for Madam Lyngs legat.
2. Komiteen vurderer om Dr Ivar Lunds legat kan slås sammen med Madam Lyngs legat, subsidiært utarbeider den nye statutter for Dr Ivar Lunds legat.
3. Nye statutter legges fram for kommunestyret for godkjenning.
4. Ordfører utnevner denne komiteen.

Med bakgrunn i punkt 4 i vedtaket oppnevnte ordføreren følgende legatkomité:
- ordfører
- økonomisjef Rune Stifjell
- formannskapssekretær Magnar Solbakken

Statutter for Madam Lyngs legat:
Madam Lyngs legat ble opprettet av Ovidie Fredrikke Lyng i testament av 15.9.1839. Opprinnelig kapital i legatet var 200 spesidaler overført til Skjervø Prestegjelds Fattigkasse. Rentene fra legatet skulle årlig deles ut til fattige i Skjervø prestegjeld. Forsorgsvesenet er oppgitt som formynder av pengene og herredskassereren besørger regnskapsføring.

Legatet ble sist politisk behandlet i kommunestyret sak 20/04 (17. juni), hvor kommunestyret bevilget 10 000 kr til Einar Giæver til gravstell. Før det var siste utbetaling fra legatet i 1947. Legatet har i dag en verdi på 166 000 kroner.

Det har ikke lyktes å finne de opprinnelige statuttene for legatet. Imidlertid anses legatets formål å være vel dokumentert, sist i særutskrift fra Skjervøy formannskap fra september 1960. Videre anses det for sannsynlig at Johannes Holmboe Giævers legat av 1942 er bygget på de samme statutter som Madam Lyngs legat. For Holmboe Giævers legat foreligger statuttene, og vi kan derfor anta statuttene for Madam Lyngs legat.

Av overstående resonnement følger at legatets styre bør bestå av sogneprest, ordfører, *"et tredje medlem oppnevnt av ordfører",* representant for Giæverfamilien og lensmann. Lensmannens rolle har endret seg vesentlig med tiden, og komiteen fant det ikke naturlig å inkludere lensmannen i arbeidet.

Vurdering – fremtidig forvaltning av Madam Lyngs legat

Det ble konstatert at bruken av legat ikke lenger er en hensiktsmessig måte å forvalte midler på i vår tid. Legatets formål er overtatt av velferdsordninger, og dets beholdning er for liten til å gi særlig avkastning. Det vil kreve uforholdsmessig mye ressurser å disponere små beløp på en verdig måte.
Vi foreslår derfor å avvikle legatet ved å dele det i to

3. En halvpart overføres til Giæverfamiliens gravfond
   - Giæverfamilien påtar seg ansvaret for framtidig stell av Madam Lyngs grav ved Skjervøy kirke og øvrige graver knyttet til familien.
   - Giæverfamilien forestår forgylling (el tilsv) av inskripsjonen på Madam Lyngs gravsted slik at teksten kommer tydeligere fram.
4. Den andre halvparten overføres til Skjervøy menighetsråd på følgende betingelser:
   - Midlene skal benyttes på tiltak knyttet til kirken, ikke drift
   - Midlene skal komme barn og unge til gode

Med punkt 1 ønsker vi å hedre Madam Lyngs minne og den delen av legatets formål videreføres. Vi foreslår i punkt 2 at pengene skal brukes på barn og unge da Madam Lyng (derav kalt Mor Lyng) oppfostret svært mange barn som var foreldreløse eller på andre måter vanskeligstilt. Hun oppdro barna *"i Herrens tukt og formaning"* og det er derfor i hennes ånd å bruke midlene til et kirkelig formål.

Angående Dr Ivar Lunds legat vil komiteen komme tilbake til denne.

Skjervøy kommune

Arkivsaknr: 2011/3343 -1
Arkiv: 140
Saksbehandler: Magnar Solbakken
Dato: 22.08.2011

Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
3/12	Skjervøy Kommunestyre	26.01.2012

Strategisk utvikling av kommunen – hvor vil vi?

Henvisning til lovverk:
Plan- og bygningsloven av 2008

Vedlegg:
- Planer og reglementer – oversikt

Rådmannens innstilling

Kommunestyret gjør følgende vedtak:

I arbeidet med kommunens planverk gjør kommunestyret følgende prioritering:

1. Kommuneplanens arealdel (Arealplan)
2. Kystsoneplanen – i den grad det er mulig bør denne sees i sammenheng med arealplanen
3. Kommuneplanens samfunnsdel
4. IKT-plan – strategi for digital utvikling

Saksopplysninger

I Plan og bygningsloven (PBL) av 2008 ble det iverksatt krav om at kommunene skal utarbeide en planstrategi. Planstrategi er ikke en plan men et verktøy for helhetlig oversikt over kommunens virksomhet og planlegging. Arbeidet med planstrategi skal følge valgperiodene, slik at kommunestyret det første året velger en strategi som skal gjennomføres i løpet av de tre-fire neste årene, før en evaluerer ved utløpet av valgperioden. Evalueringen og satsingen videre er naturlige temaer for valgkampen.

PBL § 10 har følgende skal-krav:
- kommunestyret **skal** minst en gang i hver valgperiode, og senest innen ett år etter konstituering, utarbeide og vedta en kommunal planstrategi.
- Forslag til vedtak i kommunestyret **skal** gjøres offentlig minst 30 dager før kommunestyrets behandling.

Den andre hovedhensikten med planstrategi er å tilrettelegge for at politikerne skal ha et helhetlig og langsiktig fokus i sin prioritering. Dette i erkjennelsen av at utvikling av kommuner krever konsistent prioritering over tid.

Det som har fremstått som hovedfokus de siste årene har vært økonomistyring og det å komme ut av ROBEK-lista. Dette har selvsagt vært en riktig og nødvendig prioritering, men har medført kutt i mange årsverk og tjenestetilbud. Økonomisituasjonen er fortsatt premissgivende for den politiske debatten, og er svært begrensende for handlingsrommet. Det er tvingende nødvendig at skal en prioritere nye tiltak må det bli på bekostning av en omprioritering av eksisterende tilbud. Det finnes ikke friske midler eller buffere til nye tiltak.

Vurdering

Pålegget om kommunal planstrategi er nytt, og for Skjervøy kommune innebærer dette i hovedsak to ting: For det første å kartlegge og få oversikt over hvilke planer vi har og hvor behovene for rullering og revidering er størst.

Dernest er det en politisk oppgave å prioritere hvor planressursene skal settes inn først.

Oversikt planer
I vedlagte oversikt har vi identifisert 47 planer og dokumenter som kan ha betydning ut over egen virksomhet. I tillegg har hver etat en rekke nisjeplaner som ikke er tatt med her. Planene er både gamle og av nyere dato, men forutsatt kontinuerlig oppdatering er ikke alder i seg selv noe problem. Vi har likevel en god del planer som burde vært revidert, men spesielt Kommuenplanen og Kystsoneplanen er kraftig utdatert og krever revidering:

1. **Kommuneplanen med arealdel (arealplanen), samfunnsdel inkludert kystsoneplan**
   Arealdel (Arealplanen) samt kystsoneplan
   - Kommuneplanen omfatter en samfunnsdel, handlingsdel og arealdel. Den skal ivareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgaver, og bør omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen. Kommuneplanen danner en viktig del av grunnlaget for beslutninger som gjelder framtidig utvikling av kommunen.

   - Gjeldende plan er fra 1992 og er lite tjenlig for dagens behov, og dette resulterer i en rekke dispensasjonssøknader i forbindelse med byggesøknader. Revidering av arealplanen har vært utsatt i påvente av oppstart av det interkommunale plankontoret som nå er under etablering. Oppstart på dette arbeidet ventes påbegynt i 2012.

   - Manglende gyldig arealplan får som konsekvens at alle saker og tiltak utenfor regulert område må på høring til sektormyndigheter (sameting, kulturetat, NGI). Dette begrenser lokale politikeres innflytelse, bestemmelsesrett og dermed styringsevne. Gjennom arbeidet med en arealplan får politikerne styring med kommunens arealbruk og disponering. Utarbeiding av en arealplan er en grundig høringsprosess på generell basis, hvor alle sektormyndigheter sier sitt. Det som dermed blir vedtatt blir bindende får alle parter, og gir forutsigbarhet. Eksempelvis vil formannskapet på områder satt av til fritidsformål være suveren til å disponere dette ift fritidsformål, uhindret av eksempelvis reindriftsnæringen og kulturetater.

Kommuneplanens samfunnsdel

- Gjeldende plan er fra 1992 og er åpenbart utdatert på en rekke områder. Det foreligger et utkast til ny versjon fra 2007, men denne er ikke behandlet politisk. Den krever selvfølgelig oppdatering før politisk behandling, men gjør at veien fram til vedtak av ny samfunnsdel blir vesentlig kortere.

IKT-plan – strategi for digital utvikling

- Til nå har IKT-planen vært inkludert i årsmeldingen. Etter planen skal det senest i 2012 utarbeides en egen IKT-plan for kommunen. Dette arbeidet blir langt mindre omfattende enn med kommuneplanen, men gitt bemanningssituasjonen på IKT-seksjonen likevel et betydelig løft.

Skjervøy kommune

Arkivsaknr: 2012/114 -3
Arkiv: 026
Saksbehandler: Lise Román
Dato: 11.01.2012

Saksfremlegg

Utvalgssak	Utvalgsnavn	Møtedato
4/12	Skjervøy Kommunestyre	26.01.2012

Avtaler mellom Skjervøy kommune og UNN

Henvisning til lovverk:
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24.06.11(se vedlegg)

Vedlegg:
1. Overordnet samarbeidsavtale mellom Skjervøy kommune og UNN
2. Tjenesteavtale 1 mellom Skjervøy kommune og UNN
3. Tjenesteavtale 3 mellom Skjervøy kommune og UNN
4. Tjenesteavtale 5 mellom Skjervøy kommune og UNN
5. Tjenesteavtale 11 mellom Skjervøy kommune og UNN
6. Retningslinjer for melding av avvik
7. Skjema for melding av avvik
8. Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler
9. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Rådmannens innstilling

Skjervøy kommune inngår overordnet samarbeidsavtale med vedlegg og tjenesteavtale 1,3,5 og 11 med UNN HF. Avtalene gjøres kjent for de ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

Saksopplysninger

Samhandlingsreformen iverksettes fra 2012. På bakgrunn av dette skal kommunene inngå samarbeidsavtaler med UNN HF. Reformen skal gjennomføres over tid. Samtidig med at ny helse- og omsorgslov ble vedtatt, ble også Lov om folkehelse vedtatt den 24.06.11. Det er et sterkt fokus på folkehelse og forebyggende arbeid i lovverket.

Begge lovene trer i kraft fra 1.januar 2012.

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvarsplasseringen mellom kommune og helseforetak og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale områder. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Samarbeidsavtalene forventes å ha betydning for utviklingen av gode helse- og omsorgstjenester fremover og sikre helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

Det har gjennom lovverket, forskriftene og avtalene vært fokusert på gode pasientforløp og kvalitet på tjenestene. Intensjonen er også at reformen skal bidra til bærekraftige og kostnadseffektive helse- og omsorgstjenester i åra fremover.

Samarbeidsavtalene skal bidra til å:

- Klargjøre ansvars- og oppgavefordelinga på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak
- Sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå(LEON-prinsippet)
- Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient og brukerforløp og som følger faglige retningslinjer og veiledere
- Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet
- Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av god samhandlingskultur
- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte

UNN HF og kommunene i Ofoten/Troms har siden 2008 hatt en overordnet samarbeidsavtale med tilhørende underavtaler og retningslinjer. Avtalene ble i perioden 2008-2010 behandlet og vedtatt i styret ved UNN og 29 av de 31 kommunene. Avtalene har vært retningsgivende for det overordnede og kliniske arbeidet mellom partene. Tidligere avtaler var intensjonsavtaler som ikke var bindende for partene.

Stortinget vedtok 24.06.11 ny helse- og omsorgslov. Her pålegges kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler, jfr. lovens § 6-1. Det er kommunestyret selv som skal inngå samarbeidsavtale.

Helse-Nord har bestemt at avtalene skal inngås mellom helseforetak og kommune og for Skjervøy kommune da mellom Skjervøy kommune og UNN HF. Helse Nord anbefaler også i vedtak at arbeidet med avtalene styres gjennom de etablerte overordnede samarbeidsfora.

Klinisk samarbeidsutvalg (KSU) fikk i oppdrag av OSO(overordnet samarbeidsorgan for kommunene og UNN) å utarbeide forslag til overordnet samarbeidsavtale og 4 tjenesteavtaler. KSUet ble sammensatt av representanter fra kommunene og UNN, samt regiondirektør i KS og

representanter fra arbeidstakerorganisasjonene. Målsetting var å utarbeide avtaler som skulle brukes i de 31 kommunene som tilhører UNN området.

Det har vært gjennomført en prosess med behandling i OSO 2 ganger, temaet ble tatt opp på høstkonferansen og KS har arrangert flere konferanser hvor avtaleinngåelse har vært tema.
Helse- og sosialsjefen har deltatt på alle konferansene, rådmannen har deltatt på de fleste og flere av virksomhetslederne har deltatt på flere av konferansene.

Avtalene som legges frem er godkjent av partene gjennom behandlinga av avtalene i OSO og kommunene anbefales å godkjenne avtalene. Avtalene bygger på den nasjonale veilederen hvor nasjonale krav til avtalearbeidet er utdypet.

I tillegg til den nasjonale veilederen har Helse Nord sitt forslag til avtaletekst og tidligere inngåtte avtaler i Troms/Ofoten regionen med vedlegg vært brukt som grunnlag i arbeidet med avtalene.

Det har hele tida vært et ønske fra Helse Nord – og i tråd med veilederens anbefalinger – at det oppnås størst mulig regional likhet i struktur og innhold i avtaleverket. Helse Nord har i perioden hatt ei gruppe som har utarbeidet en regional mal for avtalene. Dette arbeidet pågikk parallelt med arbeidet i KSU. Dette har vært utfordrende, men har sikret en betydelig gjensidig innflytelse på utforminga av forslaget.

Vurdering

Tidsperspektivet for å få utarbeidet og inngått avtalene har vært svært kort. Helse- og sosialsjefen vurderer det slik at avtalene tilfredsstiller lovens krav og at partene fikk oppfylt et minimum for medvirkning.

På bakgrunn av at loven ble vedtatt først i slutten av juni 2011, forskriftene var ute til høring og ble ferdigstilt sent høsten 2011 og at det har vært arbeidet under høyt tidspress for å få avtalene i havn innen utgangen av 2011, vil det kunne vise seg å være behov for ny gjennomgang av avtalene etter ei tid.

Det fremgår av avtalene at avtalene kan sies opp med 1 års oppsigelsesfrist. Ny avtale må da inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtalen løper ut. Partene er enig om å gjennomgå avtalene årlig og sørge for jevnlig rapportering og evaluering. Samtidig forventes det at utarbeidelse av resterende avtaler, vil kunne påvirke innholdet av de avtalene som er utarbeidet nå. På bakgrunn av at det frem til tidspunkt for gjennomføring av samhandlingsreformen er kommet veiledere, informasjon og pålegg om tilpasninger forventes det at en vil måtte bruke tida fra 2012 og helt frem til 2016 til å forme tjenestetilbudet og avtalene både i kommunene og helseforetaket.

I Skjervøy kommune har rådmann, helse- og sosialsjef og flere av virksomhetslederne deltatt på konferansene arrangert av KS. Helse- og sosialsjefen har sammen med virksomhetslederne avgitt høringsuttalelser på forskriftene både til KS og til Helse- og omsorgsdepartementet.
Helse- og sosialsjefen og 5 av virksomhetslederne har deltatt på 2 dagers kurs om den nye helse- og omsorgsloven. Helse- og sosialsjefen har videreformidlet innspill fra kommunen til OSO via rådmannen i Nordreisa som er nestleder i OSO.

Den forskriften det har vært størst fokus på er forskrift om utskrivingsklare pasienter og det er derfor også tjenesteavtale 5 om utskrivingsklare pasienter som har vært viktigst å avklare i avtalen mellom UNN og kommunene. Den andre forskriften som gir bekymring i kommuneNorge er forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Denne forskriften inngår ikke i de avtalene som nå foreligger til behandling.

Det fremgår av avtalene at partene plikter å gjøre avtalene kjent for de ansatte. Gjennom arbeidsmøter, videresending av avtaleutkast til virksomhetslederne for oppfølging/ gjennomlesing, høringsuttalelser og at samhandlingsreformen til stadighet har vært drøftet i ulike fora, er lovverk, forskrift og avtaler kjent på ledernivå i helse- og sosialetaten.

Arbeidet med å gjøre avtalene kjent for de ansatte er startet med at helse- og sosialsjefen innkalte sykepleierne på sykestua/sykehjemmet og hjemmetjenesten til møte på Helsesenteret 5.januar d.å. Både tjenesteavtale 3 om innleggelse av pasient i spesialisthelsetjenesten og tjenesteavtale 5 om utskrivingsklare pasienter medfører at kommunen må ha rutiner og retningslinjer på plass raskt. Det ble på møtet nedsatt ei gruppe med representanter fra institusjonen og hjemmetjenesten som skal arbeide videre med dette.

Alle avtalene følger som vedlegg til saka.

Tjenesteavtale 1: Enighet mellom kommunen og UNN om helse- og omsorgsoppgaver partene har ansvar for og tiltak partene skal utføre.
Tiltakene i denne avtalen vil være ulike i forhold til hvilke tjenester som er bygd opp i den enkelte kommune. Noen kommuner har distriktsmedisinske sentra, fødetilbud og Skjervøy har sykestue.
Oppgavene som er skissert er:

- Svangerskaps-, barsel og fødselsomsorg
- Rus og psykiatri- her fremgår det at partene kan inngå egne tjenesteavtaler
- Akuttmedisinske tjenester – her fremgår at det skal utarbeides egen tjenesteavtale for samarbeidet om heldøgns medisinsk akuttberedskap
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering – her fremgår at det skal utarbeides egen tjenesteavtale om kommunens ansvar

Slik det fremgår av denne tjenesteavtalen skal det utarbeides egen tjenesteavtale for Skjervøy sykestue. Kravet i lovens § 3-5 er at alle kommuner skal tilby døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp innen utgangen av 2015. Det knytter seg stor usikkerhet til hva dette kravet innebærer. Skjervøy kommune mener å ha oppfylt denne plikten allerede gjennom sin sykestuedrift.

Tjenesteavtale 3: Retningslinjer for innleggelse i sykehus
Det er skjerpede krav til kommunen når det gjelder utforming av henvisninger til spesialisthelsetjenesten og også til pleie- og omsorgstjenestene for å sende med relevant dokumentasjon ved innleggelse av pasient.

Tjenesteavtale 5: Retningslinjer for samarbeid om utskrivingsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra sykehus.
Dette er den tjenesteavtale som det har vært knytta størst utfordringer til. Kommunene skal nå ta imot utskrivingsklare pasienter fra dag én (mot tidligere dag ti). Betalingsplikten som pr. i dag er kr. 4.000 pr. døgn begynner å løpe hvis kommunen ikke kan ta imot pasienten. Her er UNN og kommunens ansvar og oppgaver beskrevet 1)mens pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten,

2) når pasienten er utskrivingsklar og 3) ved utskriving. For at betalingsplikten skal inntre skal kommunen være varslet på spesiell måte og videre skal problemstillinger ved innleggelse være avklart når pasienten skrives ut. Dokumentasjon av pasientens tilstand ved at epikriser/pasientopplysninger skal følge pasienten er skjerpet.

Tjenesteavtale 11: Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske beredskap.
Det samarbeidet avtalene legger opp til vil være positivt for kvaliteten for de tjenester kommune og helseforetak skal samarbeide om.

Fremdriften og utfordringene i arbeidet med samhandlingsreformen

1. Fortsette arbeidet med å gjøre avtalene kjent for de ansatte
2. Utarbeide kommunale prosedyrer/rutiner for mottak av melding om utskrivingsklar pasient, samt lage prosedyrer slik at pasientopplysninger fra pleie- og omsorgstjenesten følger pasienten ved innleggelse
3. Noen nye forskrifter er kommet, for eksempel fastlegeforskriften, og flere vil komme i 2012, her må berørte virksomheter sette seg inn i hva dette innebærer for Skjervøy
4. Igangsette arbeidet med å utarbeide avtale for sykestua i Skjervøy
5. Vurdere og evaluere kommunens praksis når det gjelder henvisning av pasient i forhold til medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
6. Komme med innspill til arbeidet i OSO på de tjenesteavtalene som skal være inngått mellom kommunene og UNN innen 1.juli 2012. Her inngår bl.a. andre tjenesteavtale om habilitering/rehabilitering, jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2.
7. Elektronisk meldingsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene og mellom pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten må iverksettes i 2012.
8. Kommunene kan gjennom et nytt verktøy skaffe seg oversikt over befolkningens helseutfordringer - folkehelseprofiler. Denne kunnskapen forventes det at kommunen skal bruke aktivt gjennom å sette inn tiltak der utfordringene er størst.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Skjervøy kommune

Overordnet samarbeidsavtale

mellom

Skjervøy kommune

og

Universitetssykehuset i Nord-Norge

Parter

Avtalen er inngått mellom Skjervøy kommune og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, heretter UNN.

1. Bakgrunn

Partene er etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 § 6-1 mfl. (helse- og omsorgstjenesteloven), jfr. Lov om spesialisthelsetjenester § 2-1e, pålagt å inngå samarbeidsavtale. Ved inngåelse av denne samarbeidsavtalen og tilhørende tjenesteavtaler, oppfyller partene sin lovpålagte plikt til å inngå samarbeidsavtale.

Plikten til å inngå overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtaler med kommunene påhviler kommunene og det enkelte helseforetak. Helse Nord RHF har i styresak 107-2011 delegert til det enkelte HF å inngå avtale med kommunene.

Når partene i denne samarbeidsavtalen bruker uttrykket "avtale" omfatter det både overordnet samarbeidsavtale og de fastsatte tjenesteavtaler og retningslinjer som omtalt i pkt 5.

2. Formål

Formålet med samarbeidsavtalen er å sikre at pasienter og brukere mottar et helhetlig og likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester, og at befolkningen, uavhengig av bosted, skal ha lik tilgjengelighet til de tjenester som omfattes av avtalen.

Avtalen skal bidra til at det etableres gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder, og legge til rette for at eventuell uenighet mellom kommunen og helseforetaket løses i dialog mellom partene uten at pasienter og brukere berøres.

Målet er at pasientene/ brukerne skal oppleve at tjenestene:

a) er faglig gode
b) er samordnet og helhetlige og preges av kontinuitet
c) blir utført på en god måte på tvers av kommunegrensene og forvaltningsnivåene
d) ivaretar pasientenes og brukernes rett til informasjon, medbestemmelse og medvirkning

Overordnet samarbeidsavtale skal angi overordnede bestemmelser om samarbeidsformer, generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenesteområder mv, samt fastsette en prosess for inngåelse av tjenesteavtaler mellom partene.

Partene skal i tjenesteavtaler og retningslinjer gi mer detaljerte bestemmelser, blant annet om konkrete pasientforløp, ansvars- og rollefordeling, partenes informasjons og veiledningsansvar, finansiering, organisering, og om eventuelt behov for avklaring av arbeidsgiveransvar.

Tjenesteavtalene etter denne avtalen er vedlegg til Overordnet samarbeidsavtale, og er på samme måte som Overordnet samarbeidsavtale rettslig bindende mellom partene med mindre annet fremgår.

I tilfelle motstrid mellom denne avtalen og tjenesteavtaler skal denne avtalen ha forrang.

Samarbeidet skal preges av en løsningsorientert tilnærming, samarbeid mellom helsepersonell og bruker, og et prinsipp om at pasientrelaterte avgjørelser tas så nært brukeren som mulig.

Partene skal innhente brukererfaringer i arbeidet med kvalitetsutvikling av tjenestene. Samarbeidet og avtalene skal bygge på likeverdighet mellom partene, og dialog skal være et viktig fundament for samhandlingen.

3. Virkeområde

Kommunen og helseforetaket er gjennom lovverket tillagt hver sine kompetanse- og ansvarsområder. Virkeområdet for samarbeidsavtalen er de områder hvor loven pålegger partene å inngå samarbeidsavtale, områder hvor partenes ansvar overlapper hverandre, og hvor det derfor er behov for samordning mellom partene.

Helseforetaket yter også tjenester til befolkningen i kommuner utenfor eget opptaksområde, og kommunen samhandler også med andre helseforetak i pasientforløp. Partene er enige i at samhandling mellom helseforetak og kommuner i Helse Nord, utenfor UNNs opptaksområde, skal skje i henhold til denne samarbeidsavtalen og tilhørende tjenesteavtaler og retningslinjer.

4. Tjenesteavtaler, retningslinjer og veiledere

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 oppstiller minimumskrav til hva en avtale mellom partene skal inneholde. Det følger av lovens 1. ledd at avtalen som et minimum skal inneholde, 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 med behov for koordinerte tjenester,*
3. *retningslinjer for innleggelse i sykehus,*
4. *beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 tredje ledd,*
5. *retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,*
6. *retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,*
7. *samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,*
8. *samarbeid om jordmortjenester,*
9. *samarbeid om IKT-løsninger lokalt,*
10. *samarbeid om forebygging og*
11. *omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.*

Partene er enig om at ovennevnte punkter skal fastsettes i egne tjenesteavtaler/retningslinjer, som etter hvert som de utarbeides, inntas som vedlegg til samarbeidsavtalen.

Tjenesteavtalene skal være vedtatt mellom partene innen det tidspunkt som er fastsatt av Helse og – omsorgsdepartementet.

I tillegg er partene enige om å inngå tjenesteavtaler om medisinsk følgetjeneste, og om ledsagertjeneste ved pasienttransport og under opphold i helseinstitusjon. Partene kan også avtale rutiner/veiledere ved behov.

Partene kan gjennom Overordnet samarbeidsorgan (OSO) ved behov drøfte og anbefale at det inngås tjenesteavtaler på andre områder. Ved utarbeidelse av tjenesteavtaler og retningslinjer skal, foruten partene, brukere, ansatte og fagmiljøene være representert der dette er naturlig eller det er bestemt i lov, forskrift eller andre avtaler.

5. Samarbeidsformer

Partene er enige om at følgende samarbeidsformer skal etableres:

5.1. Overordnet samarbeidsorgan (OSO)

Overordnet samarbeidsorgan (OSO) er et partssammensatt, overordnet og rådgivende organ mellom UNN og kommunene som har inngått denne samarbeidsavtalen.

OSOs formål er å legge til rette for gode og sammenhengende pasientprosesser ved å utvikle et velfungerende og likeverdig samarbeid mellom kommunene og UNN.

Brukerorganisasjonene skal være representert i OSO.

Partene skal utarbeide egne vedtekter for overordnet samarbeidsorgan som blant annet inneholder mandat, sammensetning, sekretariatsfunksjoner, og etablering av andre samarbeidsfora, herunder etablering og bruk av kliniske samarbeidsutvalg (KSU).

OSO kan opprette utvalg for utredning av spesifikke problemstillinger. Slike utvalg gis mandat til og rapporterer til OSO.

5.2. Dialogforum

Dialogforum er et kontakt- og drøftingsorgan på rådmanns/direktørnivå og faglig nivå mellom UNN og kommunene som møtes minst en gang i året. Formålet med forumet er å skape en arena for dialog om administrative, faglige, ledelsemessige og kunnskaps- og kompetanseutviklende forhold. Møteformen kan være en dagskonferanse for alle kommunene og UNN, eller gruppemøter inndelt etter geografisk område, faglig tema eller felles interesser.

6. Plikt til gjennomføring og forankring

Partene plikter å gjøre avtalen kjent for egne ansatte og brukerutvalgene. Partene skal også sette av nok ressurser knyttet til medvirkning i de avtalte former for samarbeid.

Partene skal holde hverandre informert og sørge for gjensidig veiledning innenfor det enkelte ansvarsområdet. Prosedyre for dette skal beskrives nærmere i tjenesteavtaler innenfor det enkelte ansvarsområde.

Partene skal:

a) gjøre avtalens innhold/konsekvenser og beslutninger/ vedtak kjent og iverksatt innenfor eget ansvarsområde,
b) forplikte seg til å bidra til å utvikle samarbeidet med fastlegene slik at deres medvirkningsrett sikres og deres ansvar tydeliggjøres,
c) orientere hverandre om endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalen omfatter,
d) utrede konsekvenser ved planlegging av tiltak som berører den annen part
e) og involvere den annen part før det treffes vedtak om tiltak som berører den annen part,
f) opprette én klar adressat i egen virksomhet som har et *overordnet* ansvar for å veilede og hjelpe ved samhandlingsspørsmål mellom tjenesteyterne

Partene skal ha etablert ordninger for god forvaltning av avtalen og tjenesteavtalene.

7. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner

Etter helse og omsorgstjenesteloven § 6-1, 2 ledd skal pasient - og brukererfaringer inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal også medvirke i forbindelse med utarbeidelse og endring av avtalen.

Partene er enige i at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalget ved UNN, og andre brukerorganisasjoner skal tillegges vekt.

8. Betalingsordninger

Bestemmelser om betaling fra kommunen for egne innbyggere som er utskrivningsklare pasienter er inntatt i tjenesteavtale nr 5.

Dersom avgjørelse av tvist gir rett til tilbakebetaling av ytelser skal det svares renter etter Lov om renter ved forsinket betaling m.m. av 17. desember 1976 nr 100.

9. Avvik

Partene skal håndtere avvik etter nærmere definerte rutiner. Rutinene er vedlagt denne avtalen.

10. Håndtering av uenighet – tvisteløsning

Partene er enig om følgende prinsipper for håndtering av uenighet knyttet til avtalen, eller uenighet knyttet til inngåelse av avtale:

Uenighet mellom partene etter denne avtalen skal søkes løst gjennom forhandlinger.

Dersom enighet ikke oppnås kan tvisten bringes inn for Nasjonal Tvisteløsningsnemnd for helse- og omsorgssektoren (Tvisteløsningsnemnda), forutsatt partene er enige om dette.

Tvist om betaling for utskrivningsklar pasient kan reises av den ene part, jf saksbehandlingsregler for Tvisteløsningsnemnda, § 14.

Med mindre partene blir enige om at Tvisteløsningsnemndas avgjørelse skal være bindende, kan tvisten reises for de ordinære domstoler. Dersom partene er enige om det kan tvist løses ved voldgift etter bestemmelsene i lov om voldgift an 14. mai 2004 nr 25.

Nord - Troms tingrett er verneting for tvist etter denne avtalen og tjenesteavtalene.

11. Mislighold

Ved mislighold av avtalen eller vedleggene til denne, kan dokumentert tap som følge av misligholdet kreves dekket hos den part som misligholder avtalen.

12. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra 1.2.2012 og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd. Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtalen løper ut.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen årlig og sørge for jevnlig rapportering og evaluering.

Slik gjennomgang skal også omfatte tjenesteavtaler og vedlegg.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres eller erfaringer tilsier behov for dette.

13. Innsending av avtaler til Helsedirektoratet

Etter at avtale er signert av begge parter, skal UNN HF sende kopi av avtalen, herunder også retningslinjer og tjenesteavtaler iht. jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 til Helsedirektoratet. Dette skal skje innen en måned etter at avtalen er inngått, og senest en måned etter utgangen av frist fastsatt med hjemmel i § 6-3.

14. Dato og underskrift

Sted og dato:	Sted og dato:
For Skjervøy kommune	For Universitetssykehuset i Nord-Norge

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Skjervøy kommune

Tjenesteavtale nr 1

mellom

Skjervøy kommune

og

UNN HF

om

Enighet mellom kommunen og UNN om helse- og omsorgsoppgaver partene har ansvar for og tiltak partene skal utføre

1. Parter

Denne avtalen er inngått mellom Skjervøy kommune og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (heretter UNN).

2. Bakgrunn

Denne tjenesteavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt nr. 1.

3. Formål

Denne tjenesteavtalen har som formål å avklare helseforetakets og kommunens ansvar for mer spesifikke helse- og omsorgsoppgaver.

Avtalen regulerer/omhandler oppgaver og tiltak som kommunen og helseforetaket skal eller kan samarbeide om, jf. blant annet helse- og omsorgstjenestelovens (hotjl) § 3-4 (Kommunens plikt til samhandling og samarbeid) og spesialisthelsetjenesteloven (speshtjl) § 2-1e.

Partene kan ikke ved denne eller andre avtaler innskrenke ansvar eller plikter som partene er tillagt etter lov og forskrifter.

4. Generelt om lovgrunnlaget

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til dette er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr 62
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr 63
- Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr 64
- Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr 29
- Lov om helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000 nr 56

Listen er ikke uttømmende og også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver etter nevnte lover.

Partene har ansvar for til enhver tid å ha oppdatert kunnskap om gjeldede lovverk og endringer i disse som har betydning for utførelsen av helse- og omsorgsoppgaver. Partene har videre ansvar for å informere og lære opp egne ansatte, brukere og pasienter i nødvendige lovbestemmelser.

5. Områder for samarbeid

5.1. Generelt

UNN skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen dekningsområde tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt, transport til undersøkelse eller behandling i kommunene og UNN.

UNN er pålagt veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. Denne plikten gjelder i generelle spørsmål og i forhold til den enkelte pasient.

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.

UNN og kommunen er forpliktet å gi pasienten en forsvarlig behandling når partene har ansvar for pasienten og i overføringen mellom UNN og kommunen.

Partene er enige om å legge til rette for samarbeid også om andre helse- og omsorgsoppgaver. Dette gjelder særlig innenfor feltet folkehelsearbeid og spesialisthelsetjenestens ansvar for generell veiledning, rådgivning og kompetanseutvikling i helsefaglige spørsmål.

Partene skal også legge til rette for samarbeid med andre instanser som yter tjenester til bruken av helse- og omsorgstjenesten, bl.a. NAV (Norsk arbeids- og velferdsetat), Bufetat (Barne-, ungdoms- og familieetaten) og Kriminalomsorgen.

Partene inngår egne tjenesteavtaler om nye oppgaver, jfr overordnet samarbeidsavtale.

5.2. Svangerskaps-, barsel- og fødselsomsorg

5.2.1. Ansvarsforhold

Skjervøy kommune har det overordnede ansvar for å gi befolkningen et forsvarlig tilbud innen svangerskaps- og barselomsorg. Ansvaret omfatter medisinskfaglig ansvar og systemansvar og skal følge nasjonale og regionale lover, forskrifter, retningslinjer og veiledere.

Skjervøy kommune tilbyr svangerskaps- og barselomsorg i samarbeid med Nordreisa, Kåfjord og Kvænangen kommune.

UNN har ansvar for å gi et forsvarlig tilbud om fødselsomsorg til befolkningen.

5.2.2. Tiltak

Skjervøy kommune gir tilbud om svangerskaps- og barselomsorg gjennom følgende tiltak:

- Jordmor
- Fastlege
- Helsestasjon

Det er inngått egen avtale mellom Skjervøy, Nordreisa, Kåfjord og Kvænangen kommune om jordmortjenesten.

UNN har etablert fødetilbud ved sykehusene i Narvik, Harstad og Tromsø.

UNN har desentralisert fødetilbud ved DMS Nord-Troms, Nordreisa og DMS Midt-Troms, Lenvik.

5.3. Rus og psykiatri

Skjervøy kommune har etter hotjl § 3-1ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester for pasient- eller brukergrupper som har psykisk sykdom eller et rusmiddelproblem.

UNN skal tilby spesialiserte helsetjenester for pasienter med psykisk sykdom. UNN tilbyr tjenestene ved sykehuset i Tromsø samt ved de distriktspsykiatriske sentrene i Narvik, Harstad, Silsand, Storsteinnes og Storslett.

UNN har etter speshtjl § 2-1a nr 5 ansvar for å tilby tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder plass i institusjon.

Partene kan i egne tjenesteavtaler inngå forpliktende samarbeid om utførelse av helse- og omsorgtjenester innenfor feltet rusmiddelmisbruk og psykiatri.

5.4. Akuttmedisinske tjenester

5.4.1. Ansvarsforhold og tiltak

Skjervøy kommune har i henhold til helse- omsorgstjenesteloven § 3-2 nr 3, ansvar for å tilby hjelp ved akuttmedisinske situasjoner, herunder

- Legevakt og legevaktsentral
- Heldøgns medisinsk akuttberedskap (se pkt 5.4.3)
- Medisinsk nødmeldetjeneste

UNN har ansvar for å oppfylle spesialisthelsetjenestelovens krav til akuttmedisinske tjenester ved blant annet:

- medisinsk nødmeldetjeneste,
- luftambulansetjeneste,
- ambulansetjeneste
- akuttmedisinske mottak ved sykehus og fødestuer

5.4.2. Samarbeidstiltak

Skjervøy kommune og UNN forplikter seg til å samarbeide om akuttmedisinske tjenester slik at tjenestene fremstår som en sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Det vises til egen tjenesteavtale nr 11 om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede.

5.4.3. Kommunens tilbud om døgnopphold og øyeblikkelig hjelp

Tjenestene omfatter vaktberedskap og tilbud om innleggelse for akutt helsehjelp. Kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd er nærmere regulert i egen tjenesteavtale. Tjenesten er etablert gjennom kommunens sykestuedrift med akuttrom og legevaktordning.

5.4.4. Ansvarsforhold

Skjervøy kommune har ansvar for å gi et tilbud om heldøgns medisinsk akuttberedskap til befolkningen, jfr helse- og omsorgstjenestelov § 3-5 tredje ledd.

UNN forplikter seg til å samarbeide med Skjervøy kommune om drift av den etablerte sykestua og drift av tilbudet om heldøgns medisinsk akuttberedskap. UNN skal etablere en rådgivnings- og veiledningstjeneste som skal kunne bistå legevaktslege i kommunen i forbindelse med vurdering av pasient ved bruk av heldøgns medisinsk akuttberedskap. Denne tjenesten skal etableres innenfor gjeldende vaktordninger ved helseforetaket.

5.4.5.Tiltak

Kommunen har etablert heldøgns medisinsk akuttberedskap ved Skjervøy sykestue. Det skal lages egen tjenesteavtale for samarbeidet om heldøgns medisinsk akuttberedskap, jfr. lov om helse- og omsorgstjenester § 6-2 første ledd nr. 4.

Det utarbeides egen samarbeidsavtale mellom Skjervøy kommune og UNN om Skjervøy sykestue.

5.5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

5.5.1. Ansvarsforhold

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal Skjervøy kommune sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan og at planarbeidet koordineres. (Helse- og omsorgsloven kaptittel 7).

5.5.2. Tiltak

Kommunen skal imøtekomme pasientens rett til samordning og koordinering blant annet gjennom:

- Tilbud om individuell plan og utarbeidelse av slik
- Tilbud om koordinator for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Etablering av koordinerende enhet som skal ha overordnet ansvar for arbeid med individuell plan samt oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator

Det skal utarbeides egen tjenesteavtale om samarbeid mellom kommunen og helseforetaket om ivaretakelse av kommunens ansvar etter disse bestemmelsene og denne avtalen.

6. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra 1.2.2012 og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd. Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtalen løper ut.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen årlig og sørge for jevnlig rapportering og evaluering.

Slik gjennomgang skal også omfatte tjenesteavtaler og vedlegg.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres eller erfaringer tilsier behov for dette.

7. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale mellom Skjervøy kommune og UNN.

8. Dato og underskrift

Sted og dato:	Sted og dato:
For Skjervøy kommune	For Universitetssykehuset i Nord-Norge

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Skjervøy kommune

Tjenesteavtale nummer 3

Inngått mellom

Skjervøy kommune

og

UNN HF

om

Retningslinjer for innleggelse i sykehus

1. Parter

Denne avtalen er inngått mellom Skjervøy kommune og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (heretter UNN).

2. Bakgrunn

Denne tjenesteavtalen er vedlegg til overordnet samarbeidsavtale mellom UNN HF og Skjervøy kommune. Avtalen erstatter tidligere inngåtte avtaler mellom helseforetaket om kommunene innenfor dette tjenesteområdet.

3. Formål

Formålet med denne avtalen er å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver ved henvisning og innleggelse av pasienter i sykehus
Avtalen skal bidra til:

a) At pasienten skal oppleve en best mulig sammenhengende helsetjeneste
b) Å sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene
c) Å redusere risikoen for uheldige hendelser

4. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen

Kommunen skal innen utgangen av 2012 sørge for å ha et system som gjør det mulig for innleggende lege og ambulansepersonell, også utenfor ordinær arbeidstid, å innhente relevante pasientopplysninger ved innleggelse av personer som har kommunale pleie- og omsorgstjenester. Herunder oppdatert legemiddeloversikt for de pasientene der kommunen har ansvar for dette.

4.1. Når pasienten henvises til vurdering som øyeblikkelig hjelp

Kommunehelsetjenestens ansvar og oppgaver:

a) Henvisende lege har ansvar for å avgjøre om pasienten skal henvises til vurdering av spesialisthelsetjenesten.
b) Kommunen skal gi egne ansatte/fastleger opplæring og oppdatert informasjon om egne rutiner og tjenester.
c) Henvisende lege gir muntlig melding om innleggelse til vakthavende lege ved aktuell avdeling. Henvisende lege vurderer egnet transportmåte ut fra pasientens tilstand, avstand til behandlingssted, geografi og lignende. Ved behov for ambulansetransport rekvireres dette gjennom Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) ved UNN
d) Henvisende lege sender henvisning som inneholder alle relevante opplysninger, herunder oppdatert legemiddeloversikt, som er nødvendig for å kunne starte behandling så raskt som mulig. Kommunen bør ha systemer som gjør det mulig å innhente opplysninger om oppdatert legemiddeloversikt for innleggende lege, og denne sendes med ved innleggelse hvis mulig. I tilfeller der akutt hast gjør rask oversendelse umulig, skal slike opplysninger utarbeides og oversendes så snart som mulig.
e) Henvisende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport til sykehuset

f) For pasienter som før henvisning til spesialisthelsetjenesten mottar kommunale helse- og omsorgstjenester: Ved innleggelser skal alle relevante opplysninger av betydning for omsorg og pleie av pasienten, herunder oppdatert legemiddeloversikt, følge pasienten. I tilfeller der akutt hast gjør rask oversendelse umulig, skal slike opplysninger utarbeides og oversendes så snart som mulig. Kommunens helse- og omsorgstjeneste kontakter vakthavende lege ved behandlende enhet hvis skriftlige pasientopplysninger ikke følger pasienten.
g) Kommunens helse- og omsorgstjeneste bistår pasienten med å informere pårørende om innleggelsen hvis situasjonen tilsier behov for dette.

UNNs ansvar og oppgaver:

h) Etablere et system for mottak og dokumentasjon av henvendelser om innleggelser
i) Ved behov innhente supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, fastlege, tilsynslege og pårørende
j) Sikre at nødvendig informasjon blir gitt til pårørende, hvis dette ikke allerede er gjort av kommunen.
k) Behandlende lege vurderer i samråd med kommunen om det er medisinsk nødvendig med tilstedeværelse av ledsager under behandling.
l) Foreta vurdering og evt behandling

4.2. Når pasienten henvises til planlagt helsehjelp

Kommunehelsetjenestens ansvar og oppgaver:

a) Henvisende lege sender henvisning med nødvendig informasjon, helst etter mal for ”Den gode henvisning”. Der fag- eller diagnosespesifikke maler for henvisning er utarbeidet i samarbeid mellom helseforetaket og primærhelsetjeneste, bør disse benyttes. Henvisningen skal inneholde tilstrekkelige opplysninger slik at den kan vurderes ut fra gjeldende forskrifter og nasjonale prioriteringsveiledere.
b) Henvisende lege avgjør om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport for innleggelse.
c) Kommunen skal ha oppdatert oversikt over kommunens helse- og omsorgstilbud slik at alternativer til henvisning kan vurderes.
d) For pasienter som mottar kommunale helsetjenester: Ved innleggelser sender Kommunens helse- og omsorgstjeneste, uten unødvendig opphold, pleierrapport som skal inneholde alle relevante opplysninger av betydning for innleggelsen, inkludert oppdatert legemiddeloversikt

UNNs ansvar og oppgaver:

e) Ved behov innhente supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, fastlege, tilsynslege og pårørende
f) Vurdere pasientens rett til helsehjelp ut fra gjeldende forskrifter og prioriteringsveiledere. Såfremt anmodningen om hastegrad fra henvisende lege ikke imøtekommes skal det gis et begrunnet svar tilbake til henviser.

g) Behandlende lege vurderer i samråd med kommunen om det er medisinsk nødvendig med tilstedeværelse av ledsager under behandling. Det henvises til Overordnet Samarbeidsavtale pkt. 5: ”*tjenesteavtale om medisinsk følgetjeneste, og om ledsagertjeneste ved pasienttransport og under opphold i helseinstitusjon”* som skal utarbeides i 2012.

5. Elektronisk meldingsutveksling

Tjenester som sykehuset distribuerer elektronisk, tilbys via Norsk Helsenett. Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom kommunen og helseforetaket er innført skal denne benyttes. Der det er utviklet egne fagspesifikke maler for meldingsutveksling skal disse benyttes.

6. Avvik

Det vises til Overordnet samarbeidsavtale mellom UNN og kommunene pkt. 10 og 11, når det gjelder håndtering av avvik og uenighet. Retningslinjer og skjema for uønskede samhandlingshendelser er vedlegg til Overordnet samarbeidsavtale.

7. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra 1.2.2012 og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd. Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtalen løper ut.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen årlig og sørge for jevnlig rapportering og evaluering.

Slik gjennomgang skal også omfatte tjenesteavtaler og vedlegg.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres eller erfaringer tilsier behov for dette.

8. Uenighet og tvist

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale mellom Skjervøy kommune og UNN.

9. Dato og underskrift

Sted og dato:	Sted og dato:
For Skjervøy kommune	For Universitetssykehuset i Nord-Norge

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Skjervøy kommune

Tjenesteavtale nr 5

mellom

Skjervøy kommune

og

UNN HF

om

Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehus

1. Parter

Denne avtalen er inngått mellom Skjervøy kommune og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (heretter UNN).

2. Bakgrunn

Denne tjenesteavtalen er vedlegg til overordnet samarbeidsavtale mellom UNN HF og Skjervøy kommune. Avtalen erstatter tidligere inngåtte avtaler mellom helseforetaket om kommunene innenfor dette tjenesteområdet.

Denne tjenesteavtalen presiserer bestemmelsene i "Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter" fastsatt av helse- og omsorgsdepartementet 18. november 2011.

3. Formål

Formålet med denne avtalen er å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver vedrørende opphold i, og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten av pasienter innen somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern.

Avtalen skal bidra til

a) at pasienten skal oppleve en best mulig sammenhengende helsetjeneste
b) et løsningsfokusert samarbeid med og om pasienter med forventet behov for kommunale tjenester etter utskriving fra spesialisthelsetjenesten, slik at pasienten, uten forsinkelser, får et godt tilbud på riktig sted
c) å sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene
d) å redusere risikoen for uheldige hendelser

4. Ansvars– og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen

4.1. Mens pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten

UNNs ansvar og oppgaver:

1. Sende melding til aktuell instans i kommunen innen 24 timer etter innleggelse, eller innen 24 timer etter at det avdekkes at pasienten vil ha forventet/endret behov for kommunale tjenester etter utskriving. Telefonkontakt kan erstatte skriftlig tidligmelding. Meldinger, sendt og mottatt, skal dokumenteres av begge parter.
2. Formidle kontaktinformasjon til kommunens helse- og omsorgstjeneste.
3. Vurdere og beskrive pasientens funksjonsnivå og forventet hjelpebehov, herunder vurdere om pasienten har forventet behov for rehabiliteringstjenester ved utskriving. Bistå pasienten ved søknader om tjenester pasienten har behov for. For pasienter med særlig omfattende problemstillinger er det viktig å starte planlegging av utskriving tidlig:
    a. avtale samarbeidsmøte (evt. via telefon/videokonferanse) med pasient, pårørende og kontaktperson fra kommunen for å avklare ansvarsforhold, utveksle nødvendig informasjon og planlegge videre forløp. Plan for utskriving skal dokumenteres i journal. Planen overleveres også pasient/pårørende, og sendes til medvirkende i kommunehelsetjenesten

b. medvirke til etablering av ansvarsgruppe i samråd med pasienten og kommunen, dersom dette anses som nødvendig
c. informere pasienten om retten til koordinator og individuell plan, og medvirke til at denne utformes, eller arbeid igangsettes, dersom pasienten og kommunen samtykker
d. innenfor psykisk helsevern skal institusjonen som hovedregel igangsette arbeid med individuell plan, dersom pasienten og kommunen samtykker. Dette gjøres i samarbeid med andre tjenesteytere for å bidra til et helhetlig pasienttilbud. For pasienter som ikke samtykker til individuell plan, men som åpenbart har behov for samordnende tjenester, må hjelpen likevel koordineres. For pasienter som skrives ut til tvunget ettervern skal individuell plan utarbeides

4. UNN skal bistå med å kartlegge pasientens behov for hjelpemidler ved utskriving, i dialog med pasient, pårørende og kommunen.

Kommunens ansvar og oppgaver:

5. Etablere et system for mottak av meldinger fra helseforetaket som inkluderer meldingsbekreftelse.
6. Etablere koordinerende enhet og gjøre den kjent for helseforetaket.
7. Oppnevne kontaktperson/koordinator.
8. Kontakte behandlende enhet straks etter mottatt melding om innlagt pasient med antatt hjelpebehov etter utskriving, for bl.a. å melde fra om pasientens funksjonsnivå før sykehusinnleggelse, dersom dette er kjent.
9. Avklare pasientens omsorgs- og hjelpebehov etter utskriving i dialog med pasient, institusjonspersonale og eventuelt pårørende.
10. Delta i samarbeidsmøte etter nærmere avtale.
11. Koordinere de kommunale tjenestene, eventuelt gjennom å opprette ansvarsgruppe/samarbeidsgruppe eller igangsette arbeid med individuell plan.
12. Gi beskjed om kommunen kan ta i mot pasienten, og fra hvilket tidspunkt.

4.2. Når pasienten er utskrivningsklar

Kriterier for når en pasient er utskrivningsklar fremgår av forskriften og denne avtalens pkt 5.3.2

For utskrivning av pasienter fra UNN er partene enige om at følgende punkter i tillegg skal vurderes:

a) Det skal foreligge oversikt over de aktuelle medikamenter pasienten bruker, herunder presisering av hvilke endringer som er foretatt under innleggelsen.
b) Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle behandlingsenhetens ansvarsområde, skal relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølging skal beskrives

Partene er enige om at når det i denne avtalen står ”avklart” menes at problemstillingen er vurdert og at det er gjort en konklusjon i forhold til videre tiltak.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

1. Avgjøre om en pasient er utskrivingsklar.
2. Så tidlig som mulig gi melding om utskrivingsklar pasient til kommunen. Varsling om utskrivningsklar pasient med kortere oppholdstid, herunder for pasient som er henvist til medisinsk vurdering, skal skje straks utskrivingstidspunkt er avklart. Begge parter skal dokumentere at meldinger er sendt og mottatt.
3. Melding om utskrivingsklar pasient skal utformes slik at det klart framgår hvilke vurderinger og konklusjoner som er gjort i henhold til kriteriene for vurdering om pasienten er utskrivingsklar,
4. Dersom situasjonen endrer seg slik at pasienten ikke lenger er utskrivingsklar, skal kommunehelsetjenesten informeres uten ugrunnet opphold. For utskrivingsklare pasienter som får behov for kortvarig spesialisert behandling i ventetiden for utskrivning, informeres kommunen uten ugrunnet opphold. Når pasienten igjen er utskrivingsklar, skal dette meldes på nytt til kommunen.
5. Beregningen av antall utskrivingsklare døgn stoppes midlertidig inntil pasienten er utskrivingsklar igjen. Dette skal dokumenteres.

Kommunens ansvar og oppgaver:

6. Omgående følge opp melding om utskrivingsklar pasient fra spesialisthelsetjenesten og eventuelle søknader fra pasienten, straks gi beskjed til helseforetaket om og når kommunen kan ta i mot pasienten, og iverksette planlegging og etablering av tjenester i kommunen.
7. Sørge for at utskrivingsklare pasienter overføres til rett kommunalt omsorgsnivå så snart som mulig etter at de er vurdert som utskrivingsklare.
8. Informere pasient og kontaktperson i behandlende enhet om kommunal saksgang og vedtak som har betydning for pasientens utskriving.
9. Kommunen kontrollerer at pasienten oppfyller de avtalte kriteriene for utskrivningsklare pasienter, jf denne avtalens pkt 4.2 a-e.
10. Ved faglig ueninget tas det kontakt med behandlende lege ved UNN for å få diskutert/avklart denne.

4.3. Utskrivning

4.3.1. Når pasienten skrives ut/tilbakeføres fra spesialisttjenesten etter innleggelse/vurdering

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

1. Varsle aktuell instans i kommunen og/eller pårørende om at pasienten skrives ut etter innleggelse eller poliklinisk vurdering. Dette skal dokumenteres av begge parter.
2. Epikriser og fagrapporter:
   a) Epikriser sendes fra sykehuset i tråd med Forskrift om pasientjournal § 9 og Helsepersonelloven § 45.

b) Medisinske opplysninger og eventuelle fagrapporter som er avgjørende for umiddelbar oppfølging i kommunen følger pasienten ved utskrivning. For eksempel øhjelpsvurderinger i tilfeller hvor pasienten ikke blir innlagt. Resultater fra prøver eller annen informasjon som ikke foreligger ved utskrivning, ettersendes straks de foreligger. Medisinsk ansvarliges vurdering og anbefalinger sendes sammen med opplysningene.
c) Epikrise, eller medisinske opplysninger og eventuelle fagrapporter sendes til aktuell kommunal instans som har ansvar for oppfølging dersom pasienten ikke motsetter seg dette.
d) Ved utskriving til hjemmet eller institusjon sendes epikrise til pasientens fastlege senest innen en uke, og raskere dersom oppfølging er påkrevd før det er gått en uke.
e) Epikrise skal i tillegg sendes til innleggende lege og til pasienten.

3. Gi tilstrekkelig informasjon til at kommunen kan iverksette eller videreføre individuell plan.
4. Sende nødvendige resepter med pasienten. For å hindre avbrudd i iverksatt behandling, må sykehuset sikre at pasienten får med seg tilstrekkelig mengde av nødvendige medikamenter og utstyr inntil pasienten selv (evt. med kommunens hjelp) kan skaffe seg medikamentene.
5. Rekvirere pasienttransport tilpasset pasientens situasjon.

   Behandlende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport. Ved transport til privat hjem gjelder ansvaret inntil pasienten har kommet inn i hjemmet. Ved transport til kommunal institusjon, overføres ansvaret til kommunen når pasienten er tatt imot av institusjonspersonalet.

Kommunens ansvar og oppgaver:

6. Forsvarlig mottak av pasient hjemme eller i kommunal institusjon.
7. Oppfølging av de vedtak som er gjort av kommunen.
8. Opprette koordinator og eventuell videreføring av etablerte ansvarsgrupper og individuell plan.

5. Betaling for utskrivningsklare pasienter

5.1. Generelt

Kommunens forpliktelse til betaling for utskrivningsklar pasient følger av helse- og omsorgslovens §§ 11-3 og 11-4 samt Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og betaling for utskrivningsklare pasienter av 18. november 2011 nr 30 (heretter ”forskriften”).

Partene er enige om følgende utfyllende bestemmelser knyttet til utskrivningsklare pasienter. Bestemmelsene skal bidra til bedre pasientflyt og kvalitet i tjenestene.

5.2. Informasjon og kontakt

Kvalitet i utskrivningen er betinget av at god og riktig informasjon sendes til riktig adresse til og fra partene.

Partene forplikter seg til å utarbeide og gjøre kjent adresse- og telefonlister der det entydig går frem hvor meldinger knyttet til utskrivning av pasient skal rettes.

For de kommunene som kan kommunisere elektronisk med sykehuset skal listen også inneholde hvilke meldingstyper som skal brukes. For sykehuset skal også adresse for innmelding av klager gjøres kjent.

5.3. Vilkår for betalingskrav

Kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstilbud.

Betalingsplikten inntrer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og vilkårene i forskriftens §§ 8 til 10 og denne avtalens pkt 5.3 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta i mot pasienten. Betalingsplikten inntrer også dersom kommunen ikke har svart på varselet etter § 10 og denne avtalens pkt 5.3.2 om at en pasient er utskrivningsklar.

Sykehuset skal rapportere at pasienten er utskrivningsklar til Norsk Pasientskaderegister når vilkårene i andre ledd er oppfylt

Døgnpris for opphold for utskrivningsklar pasient i sykehus fastsettes i statsbudsjettet.

5.3.1. Varsel om innlagt pasient

Sykehuset skal ha sendt varsel til kommunen, om innlagt pasient i henhold til § 8 i forskriften dersom pasienten vurderes som å kunne ha behov for hjelp fra kommunal helse- og omsorgstjeneste etter utskrivning. Varsel skal sendes innen 24 timer etter innleggelsen, jfr denne avtalens pkt 4.1.

Varselet skal minimum inneholde:

a) Pasientens status
b) Antatt forløp
c) Forventet utskrivningstidspunkt

5.3.2. Avgjørelse av når en pasient er utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

a) Problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart
b) Øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart
c) Dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for
d) Det skal foreligge klart standpunkt til diagnose(r) og videre plan for oppfølging av pasienten
e) Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet fremtidig utvikling skal være vurdert

Følgende informasjon skal følge pasienten ved utskrivning:

f) Oppdatert medikamentliste
g) epikriser eller tilsvarende informasjon, sykepleierpleierapport og eventuelle andre rapporter om videre behandling av pasient.

Innen utgangen av 2012 skal UNN ha systemer og rutiner som sikrer at epikrise følger alle pasienter som omfattes av denne avtalen, ved utskrivning.

Opplysningene skal være gjort tilgjengelig for kommunen slik at kommunen kan gi pasienten forsvarlig oppfølging ved utskrivning.

5.3.3. Varsel om utskrivningsklar pasient

a) Sykehuset skal umiddelbart etter at pasienten er definert som utskrivningsklar varsle kommunen. Varselet skal inneholde opplysninger i henhold til pkt 5.3.2. Varsel skal gis enten ved å sende elektronisk melding eller ved å ringe. Varsel til kommunen skal gis på virkedager mellom kl.08.00 og 1400.

b) Dersom pasienten skal tilbake til eget hjem og har et tilnærmet uendret oppfølgingsbehov fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eller at pasienten kun har behov for en begrenset oppfølging i en kort periode, skal sykehuset kontakte aktuell kommunal tjeneste direkte pr telefon eller på annen måte.

c) Dersom pasienten kommer fra, og skal tilbake til en kommunal institusjonsplass, skal sykehuset likeledes kontakte aktuell institusjon pr telefon eller på annen måte.

For bokstav b) og c) over gjelder ikke tidsbegrensningen i bokstav a) og pasienten kan skrives ut så snart den kommunale tjenesten som skal motta pasienten gir klarsignal. For pasienter fra kommuner som kan motta elektronisk «Varsel om utskrivningsklar pasient» skal dette varselet likevel også sendes i tillegg selv om tjenesten varsles pr telefon.

5.4. Avregning av antall dager betalingsplikten gjelder

5.4.1. Når betalingskrav gjelder fra

Betalingskravet gjelder fra og med den dagen sykehuset har varslet om at pasienten er utskrivningsklar i henhold til punkt 5.3.2. Dette innebærer at også meldingsdagen blir inkludert i betalingskravet. Helseforetaket bør tilstrebe å varsle kommunen så tidlig på dagen som mulig.

5.4.2. Opphør av betalingskrav

Betalingskravet gjelder til den datoen kommunen melder fra om at kommunen er klar til å ta imot pasienten. Kommunen skal varsle sykehuset om dette på virkedager mellom klokken 08:00 og 15:00. Den dagen som kommunen har bestemt å motta pasienten skal ikke være med i betalingskravet. Kommunen skal tilstrebe og varsle UNN så tidlig på dagen som mulig.

5.4.3. Endring i pasientens tilstand

Dersom pasientens helsetilstand endrer seg på en slik måte at han/hun ikke lenger anses utskrivingsklar, avbrytes betalingsplikten. Ny betalingsplikt inntrer når pasienten på nytt defineres som utskrivingsklar og nytt varsel er sendt.

5.5. Redegjørelse

Kommunen har krav på redegjørelse for sykehusets vurderinger, jfr forskriftens § 14.

Krav om redegjørelse rettes til leder ved utskrivende avdeling. Redegjørelse skal inneholde tilstrekkelig informasjon til at kommunen kan vurdere å ta stilling til om vilkårene for å melde utskrivningsklar pasient er oppfylt. Redegjørelse skal være skriftlig og skal fortrinnsvis gis elektronisk.

6. Samtykke til utveksling av informasjon

Utveksling av informasjon skal baseres på pasientens presumerte samtykke, jfr lov om helsepersonell §§ 25 og 45. Pasienten bør informeres om rett til å motsette seg at informasjon sendes og skal informeres om konsekvenser av å ikke oversende nødvendig og relevant informasjon.

7. Elektronisk meldingsutveksling

Tjenester som sykehuset distribuerer elektronisk, tilbys via Norsk Helsenett. Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom kommunen og helseforetaket er innført skal denne benyttes. Der det er utviklet egne fagspesifikke maler for meldingsutveksling skal disse benyttes.

8. Avvik

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder avvik og håndtering av uenighet

9. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra 1.2.2012 og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd. Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtalen løper ut.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen årlig og sørge for jevnlig rapportering og evaluering.

Slik gjennomgang skal også omfatte tjenesteavtaler og vedlegg.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres eller erfaringer tilsier behov for dette.

10. Uenighet og tvist

Dersom kommunen mener at kriteriene for utskrivning ikke er oppfylt, jfr forskriften §§ 8 til 10 og kravene i denne avtalen, skal dette meldes til UNN HF ved leder for Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST).

Ved uenighet knyttet til beregning av antall døgn for utskrivningsklar pasient skal dette meldes til UNN HF ved NST.

Påstått feil eller uriktighet i utsendt faktura meldes til Økonomi- og analysesenteret ved UNN.

Medisinskfaglig uenighet mellom partene knyttet til utskrevet eller utskrivningsklar pasient skal behandles av medisinskfaglige ledere hos partene før sak eventuelt bringes inn som tvist etter bestemmelsene i overordnet avtale.

Hver av partene kan bringe uenighet om betalingsplikt for utskrivningsklar pasient inn for Nasjonal tvisteløsningsnemnd for helse- og omsorgssektoren (tvistenemnda), jfr retningslinjer for tvistenemnda.

For øvrig behandles uenighet etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale.

11. Dato og underskrift

Sted og dato:	Sted og dato:
For Skjervøy kommune	For Universitetssykehuset i Nord-Norge

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Skjervøy kommune

Tjenesteavtale nr 11

mellom

Skjervøy kommune

og

UNN HF

om

Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

1. Parter

Denne avtale er inngått mellom Skjervøy kommune og UNN.

2. Bakgrunn

Denne tjenesteavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt nr. 11.

Plikten til å utarbeide omforente beredskapsplaner er slått fast 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, å 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.”

3. Formål

Gjennom denne avtale forplikter partene seg til i å videreføre og utvikle samarbeidet innenfor krise- og katastrofebredskap, og i utvikling av den akuttmedisinske kjede. Når det gjelder samarbeid om akutthjelp for enkeltpasienter er dette omhandlet i andre tjenesteavtaler (nr.3 og 5).

4. 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/ Hovedredningssentralen (HRS). Samvirkeprinsippet medfører dog at ressursene ved behov stilles til rådighet for HRS.

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

5. Samarbeid innenfor krise- og katastrofeberedskap

Partene plikter å:

1. Samordne og dele egne planer for sosial- og helsemessig beredskap for større ulykker, kriser og katastrofer. Dette gjelder bl.a.:

   a) utarbeide Risiko- og sårbarhetsanalyser som grunnlag for planlegging (ROS-analyser)
   b) utarbeide og revidere beredskaps- og katastrofeplaner
   c) samarbeide om planlegging og gjennomføring av øvelser
   d) utarbeide planer for forsyning og forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr
   e) beskrive varslings- og krisekommunikasjon
   f) samarbeide om opplæring og vedlikehold av kunnskap og kompetanse i krisehåndtering
   g) innkallingsrutiner for personell
2. Samarbeide med andre nødetater (som brann/redning og politi, redningstjeneste), samfunnssektorer og frivillige organisasjoner for å sikre helhetlige beredskapsplaner og krisehåndtering.

6. Samarbeid om planer og samhandling i den akuttmedisinske kjede

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

a) holde hverandre oppdatert om faktisk tilbud i de ulike tjenester i kjeden som sikrer at pasienter så raskt som nødvendig kommer frem til riktig behandlingssted/-nivå
b) holde hverandre fortløpende oppdatert og drøfte planer i forkant av eventuell endring i faktisk tilbud, jfr pkt a).
c) avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp funksjoner, for å unngå overlapping i, og usikkerhet omkring hvilket tilbud som gis hvor
d) 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
e) 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
f) delta i og følge opp nasjonale og regionale satsinger innenfor prehospital akuttmedisin
g) partene skal tilrettelegge for at vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeden har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller
h) ta initiativ til, og delta i, trening og øvelser

UNN skal

Tilrettelegge for opplæring og trening til personell som inngår i lokale akuttmedisinske team, herunder kurs som Kommune -BEST (Bedre og systematisk traumetrening i kommunehelsetjenesten)

Skjervøy kommune skal

Delta i tilrettelagt opplæring og øvelser. Partene dekker sine egne kostnader. Der det er naturlig bør øvelser søkes koordinert med andre etater.

Partene bør samarbeide om informasjon til, og opplæring overfor andre instanser og innbyggerne for å heve den allmenne beredskap i befolkningen. Avvik
Det vises til overordnet samarbeidsavtale mellom Skjervøy kommune og UNN vedrørende avvik og håndtering av uenighet.

7. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale mellom Skjervøy kommune og UNN.

8. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra 1.2.2012 og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd. Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtalen løper ut.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen årlig og sørge for jevnlig rapportering og evaluering.

Slik gjennomgang skal også omfatte tjenesteavtaler og vedlegg.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres eller erfaringer tilsier behov for dette.

9. Dato og underskrift

Sted og dato:	Sted og dato:
For Skjervøy kommune	For Universitetssykehuset i Nord-Norge

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Vedlegg til overordnet samarbeidsavtale mellom UNN HF og kommunene

Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og UNN HF

Utarbeidet av	*Samhandlingsenheten UNN HF*
Anbefalt av	*Overordnet Samarbeids Organ (OSO)*
Behandlet dato	*19.12.2011*
Dato for revidering	

1. Uønskede samhandlingshendelser

Det vises til "Overordnet samarbeidsavtale mellom UNN og ..... kommune" pkt 10 om Håndtering av meldinger om uønskede samhandlingshendelser. Hendelser som avviker fra vedtatte avtaler og retningslinjer knyttet til samhandling mellom aktørene/nivåene i helsetjenesten skal meldes til UNN ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin – NST og til kommunens ledelse.

Hensikten er å sikre at uønskede hendelser blir behandlet etter omforente regler, samt kartlegge sårbare områder, forebygge gjentakelse og redusere antall hendelser. Innsendte avvik brukes i forbedringsarbeidet, både i forhold til påklaget instans og som erfaringsoverføring til andre instanser i kommunene og UNN HF.

2. Melding om uønskede samhandlingshendelser

Hendelser som en medarbeider oppfatter som avvikende fra overordnet samarbeidsavtale og/eller vedtatte retningslinjer for samhandling i klinisk virksomhet meldes som en uønsket samhandlingshendelse på følgende måte:

1. *Medarbeideren* fyller ut skjema
   "Avviksmelding – uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og UNN HF"
   www.unn.no/samhandling/avviksskjema. Utfylt skjema sendes nærmeste overordnede.
2. *Leder* gjennomgår meldingen og sender skjema videre via post eller e-post til:
   UNN HF v/NST, boks 6060, 9038 Tromsø
   Postmottak@unn.no
   - merk sendingen "uønsket samhandlingshendelse"
3. *NST* registrerer den uønskede samhandlingshendelsen og sender skjemaet videre til påklaget instans for behandling. Meldingene skal behandles fortløpende og søkes være ferdigbehandlet i løpet av 4 uker. NST skal informeres ved ferdigbehandlet avvik.

Berørte avdelinger/enheter må sørge for å involvere ansatte i egen organisasjon slik at årsaksforhold blir klarlagt og informasjon gitt for å forebygge gjentakelse.

NST registrerer meldingene. Oversikt over samhandlingsavvik presenteres på avtalt tidspunkt for Overordnet Samarbeidsorgan og evt. på Overordnet Dialogkonferanse.

Dersom klage fra pasient eller avviksmelding vedrørende konkret pasientbehandling også oppfattes som et samhandlingsproblem, skal hendelsen meldes på vanlig måte og i tillegg meldes som samhandlingsavvik (se over).

Vedlegg til overordnet samarbeidsavtale mellom UNN HF og kommunene

Sendes: UNN HF v/NST, boks 6060, 9038 Tromsø / postmottak@unn.no

Melding om uønskede samhandlingshendelser mellom kommunene og UNN HF

Dato:

Innsender

Navn	Tittel	
Arbeidssted	Tlf	e-post

Signatur nærmeste leder:

For kommunehelsetjenesten (fyll ut navn på kommune og kryss av for hvor hendelsen fant sted / ble oppdaget)

Navn på kommune	Sykehjem	Lege-kontor	Ambulanse-tjeneste	Hjemme-tjeneste	Administrativt nivå	Annet

For avdeling/enhet i UNN HF (fyll ut navn på avdeling/enhet og kryss av for hvor hendelsen fant sted / ble oppdaget)

Navn på avd./enhet	Somatisk avdeling	Psykiatrisk avdeling	Laboratorium/u.s.enhet	Ambulanse-tjeneste	DMS	DPS	Annet

Beskriv kort hendelsen

Hva er, etter din oppfatning, årsak til hendelsen?

Er hendelsen også meldt som "pasienthendelse" til behandlende enhet i kommune eller sykehuset, Helsetilsynet i fylket, kvalitetsutvalget i sykehuset eller klientutvalget i kommunen?

(sett kryss) Ja Nei

Hvis ja, til hvilken enhet? anonymisert kopi vedleggs(sett kryss)	Behandlende enhet i kommunen	Behandlende enhet i UNN HF	Helsetilsynet i fylket	Klientutvalget i kommunen	Kvalitetsutvalget i UNN HF

Behandling av hendelsen (for mottaker av skjemaet)

Dato for mottatt melding:	Dato for sendt bekreftelse på mottak:

Tilleggsdokumentasjon innhentet	Ja	Nei
Møte med involvert avdeling / enhet	Ja	Nei

Resultat av saksbehandling:

(kryss av)

Utarbeide ny prosedyre	Klargjøring av eksisterende prosedyre	Utarbeide ny retningslinje	Klargjøring av eksisterende retningslinje	Møte mellom parter	Annet

Behandling avsluttet

Dato: Signatur (lesbar):

Kommentar

Samhandlingsreformen -

Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak

Nasjonal veileder

Helse- og omsorgsdepartementet

Innhold

Innledning **3**

1 Lovgrunnlaget for samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak **6**

2 Formålet med samarbeidsavtaler **8**
2.1 Lovpålagte og forpliktende avtaler 8
2.2 Virkeområde for samarbeidsavtalene 9

3 Avtalens parter og avtalestruktur **11**
3.1 Interkommunalt samarbeid – partsforhold i avtalen med helseforetakene 12

4 Organisering av arbeidet **14**
4.1 Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner 14
4.2 Involvering av ansatte 15
4.3 Tidsfrister 15
4.4 Håndtering av uenighet 15
4.5 Varighet, revisjon og oppsigelse av samarbeidsavtalen 16
4.6 Innsending av avtaler til Helsedirektoratet 16

5 Krav til avtalens innhold **17**
5.1 Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre 17
5.2 Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester 18
5.3 Retningslinjer for innleggelse i sykehus 19
5.4 Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 tredje ledd 20
5.5 Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon 20
5.6 Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering 21
5.7 Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid 21
5.8 Samarbeid om jordmortjenester 22
5.9 Samarbeid om IKT- løsninger lokalt 23
5.10 Samarbeid om forebygging 23
5.11 Samarbeid om omforente beredskapsplaner 24
5.12 Samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede 25

6 Andre tema avtalene kan inneholde 26
6.1 Samarbeid om lokalmedisinske sentre 26
6.2 Samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet 26
6.3 Rutine for håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringssløyfer 27
6.4 Øvrige temaer det kan lages avtale på 27

7 Litteraturliste 28

8 Vedlegg 1:Forslag til samarbeidsavtale 31
1. Parter 31
2. Bakgrunn 31
3. Formål 31
4. Virkeområdet 32
5. Prosess for vedtakelse av retningslinjer/tjenesteavtaler 32
6. Samarbeidsformer 33
7. Plikt til gjennomføring og forankring 33
8. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner 33
9. Avvik 34
10 Håndtering av uenighet - tvisteløsning 34
11. Mislighold 34
12. Varighet, revisjon og oppsigelse 34
13. Innsending av avtaler til Helsedirektoratet 35

9 Vedlegg 2: Eksempler på samarbeidsorganer og former 36

Innledning

Samhandlingsreformen er en retningsreform som skal gjennomføres over tid med start fra 1.januar 2012. Realiseringen bygger på et bredt sett av virkemidler, og det vil være variasjoner i hvordan reformen gjennomføres lokalt. Samhandlingsreformen kan innebære store endringer i lokale samarbeidsstrukturer, organisering av tjenester og forebyggende virksomhet.

Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles.

Formålet med samarbeidsavtaler er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Den overordnede hensikten med avtaler er å bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og av god kvalitet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak er et av flere virkemidler for å realisere reformen. Det er allerede i dag inngått en rekke frivillige samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

14. juni 2011 vedtok Stortinget ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven). Loven forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler og stiller minimumskrav til innholdet i avtalene, jf lovens kapittel 6. Den nye loven trer i kraft 1. januar 2012.

I norsk avtalerett gjelder i utgangspunktet avtalefrihet. Dette betyr både frihet til å inngå eller unnlate å inngå avtaler, frihet til å velge avtalepart, og at avtalepartene har frihet til å bestemme avtalens innhold. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 om "plikt til å inngå avtale" innebærer en begrensing i denne avtalefriheten ved at kommuner og helseforetak nå er forpliktet til å inngå avtale. Plikt til å inngå samarbeidsavtaler er et juridisk virkemiddel som pålegger kommuner og helseforetak å samarbeide om organisatoriske og faglige virkemidler i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet å utarbeide en veileder til kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven. Hensikten er å bidra til ensartet nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtaler og understøtte partenes bruk av avtaler i samarbeidet om lokal utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe for utarbeidelse av veilederen. Gruppen hadde følgende mandat:

Arbeidsgruppen skal bygge på partenes erfaringer med de frivillig inngåtte samhandlingsavtalene som gjelder i dag og innhente gode eksempler til erfaringsspredning. Behovet for maler og ønsket om likeartet praksis og fortolkning mellom kommuner og regionale helseforetak, må veies mot partenes frihet til å tilpasse avtalene til lokale forhold. Det må fremgå av veiledningsmaterialet hva som må til for å oppfylle lovpålagte krav. Veiledningsmateriellet bør også vise hvordan avtalene kan bidra til samarbeid om lokal utvikling utover de minstekrav som følger av rettslige rammer.

Veiledningsmaterialet bør være overordnet og kortfattet slik at det kan være retningsgivende over tid og være tilpasset partenes behov for justeringer av avtalen(e).

Arbeidsgruppen skal sørge for å få innspill fra bruker- og pasientorganisasjoner.

Arbeidsgruppen bes også vurdere om det er behov for ytterligere informasjon og opplæring knyttet til inngåelse av samhandlingsavtaler.

Arbeidsgruppen har bestått av representanter fra de regionale helseforetakene, KS (Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon), Helsedirektoratet (Hdir) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Arbeidsgruppens forslag til veileder for samhandlingsavtaler ble ferdigstilt i september 2011.

Arbeidsgruppen har innhentet nødvendig fagkompetanse internt i sine organisasjoner og eksternt ved behov. Arbeidsgruppen har lagt Prop. 91 L (2010-2011) (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.), kap. 6 i lovforslaget, merknadene til lovforslaget, samt kap. 28 i proposisjonen, til grunn for sine forslag. Det vises også til Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

Det har vært avholdt møte med Brukerforum for helsetjenesten. Det har vært

Deltagere i arbeidsgruppen

KS	Prosjektleder Sigrid Askum Advokat Øyvind Renslo/ Solfrid Haukaas Vaage Rådmann Tor Arne Gangsø, Vågå kommune Seksjonssjef Åse L. Snåre, Oslo kommune
RHF	Senterleder ved NST Bjørn Engum, Helse Nord RHF Samhandlingsdirektør Daniel Haga, Helse Midt-Norge RHF Ass. fagdirektør Folke Sundelin, Helse Sør-Øst RHF Fagdirektør Baard-Christian Schem / plansjef Hans Stenby, Helse Vest RHF
Helsedirektoratet	Seniorrådgiver Bjørg Halvorsen, div. spesialisthelsetjenester Seniorrådgiver Ingvild Svendsen, div. primærhelsetjenester Prosjektkoordinator Anne Grethe Slåtten, koordineringsprosjektet for samhandlingsreformen Seniorrådgiver Helga Katharina Haug, div primærhelsetjenester Seniorrådgiver Olaug Pauline Kråkmo, div. spesialisthelsetjenester
HOD	Ekspedisjonssjef Petter Øgar, leder av arbeidsgruppen Seniorrådgiver Aina Strand

innhentet uttalelse fra arbeidstakerorganisasjoner i forhold til involvering av de ansatte, jf kap. 4.2, og utkast til veileder er drøftet i den nasjonale koordineringsgruppen for samhandlingsreformen før Helse- og omsorgsdepartementet har fattet endelig beslutning om veilederens utforming.

Sekretariatet for arbeidsgruppen har bestått av representantene fra HOD og Helsedirektoratet.

Oppbygging av veilederen
Arbeidet med de nye samarbeidsavtalene mellom kommune og foretak bør bygge videre på de avtalene som allerede er inngått mellom partene, og de erfaringene man har fra dette samarbeidet. Denne veilederen er ment som et praktisk hjelpemiddel i utformingen av nye avtaler i henhold til helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 6

Kapittel 5 har samme struktur som teksten i helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2. Kapittel 6 omhandler enkelte tema som anbefales tatt med i avtalene. Disse områdene er ikke lovpålagt. Forslag til mal for avtalen er tatt inn som vedlegg i veilederen.

Endringer som kan kreve revisjon av veilederen
Veilederen er relativt generell og overordnet. Sentrale forskrifter i forhold til tema avtalene skal omhandle er ennå ikke vedtatt. Veilederen vil bli publisert elektronisk på www.regjeringen.no/HOD Samhandlingsreformen. Den vil bli oppdatert og revidert ved behov, for eksempel når det kommer relevante regelverksendringer. Det vil også kunne være aktuelt med ytterligere og mer detaljert informasjon og veiledning av kommuner og helseforetak på et senere tidspunkt.

Helsedirektoratet vil i samarbeid med Fylkesmannen få i oppdrag å forestå ytterligere opplæring i og informasjon om bruk av samarbeidsavtaler og veilederen.

1 Lovgrunnlaget for samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak

Plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak er fastsatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

Under gjengis lovteksten i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 "Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv".

§ 6-1. *Plikt til å inngå samarbeidsavtale*

Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

§ 6-2. *Krav til avtalens innhold*

Avtalen skal som et minimum omfatte:

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

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

§ 6-3. *Frist for inngåelse av avtale*

Departementet kan fastsette en frist for når avtale som nevnt i § 6-1 skal være inngått. Det kan settes ulik frist for de forskjellige kravene etter § 6-2.

§ 6-4. *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet*

De regionale helseforetakene skal sende avtaler som nevnt i § 6-1 til Helsedirektoratet innen en måned etter at de er inngått, og senest en måned etter utgangen av frist fastsatt med hjemmel i § 6-3.

§ 6-5. *Endring og oppsigelse av avtaler*

Avtalepartene skal årlig gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser.

Avtalen kan sies opp med ett års frist. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.

§ 6-6. *Samarbeid mellom kommuner*

Departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Tilsvarende forpliktelser for de regionale helseforetak følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e, Bestemmelsen vil tre i kraft fra 1.1.2012 og vil lyde

Det regionale helseforetakets ansvar etter § 2-1 a første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven.
De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Det regionale helseforetaket kan beslutte at ett eller flere av helseforetakene det eier, skal inngå og være part i slike avtaler.

Per september 2011 er forslag til forskrifter til ny helse- og omsorgstjenestelov på høring. Høringsfristen er 6. oktober 2011. Flere av forskriftene vil ha direkte relevans for tema avtalene skal omtale. Forskrifter som er under utarbeidelse eller endring omhandler blant annet kommunal medfinansiering og kommunenes betalingsansvar for pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, og som trenger oppfølging fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det samme gjelder forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og forskrift om fastlegeordning i kommunene. I forskrift om individuell plan og koordinator foreslås det nye bestemmelser om koordinator, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten og i forskrift om habilitering og rehabilitering omhandles nødvendig kontakt mellom koordinerende enhet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Veilederen forutsetter at avtalene bygger på de nye og/eller reviderte forskriftene, og at partene legger disse til grunn etter hvert som de ferdigstilles.

2 Formålet med samarbeidsavtaler

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvarsplasseringen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Samarbeidsavtalene forventes å ha betydning for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten fremover og bidra til å sikre trygge helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

Det er viktig at avtalene forankres på tilstrekkelig høyt beslutningsnivå og følger etablerte rammer for henholdsvis kommunens og helseforetakets ansvar i samsvar med gjeldende lovverk.

Samarbeidsavtalene skal bidra til å;

- Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.
- Sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).
- Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere.
- Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet.
- Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur.
- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.

2.1 Lovpålagte og forpliktende avtaler

Partene må inngå samarbeidsavtaler innen den fristen som departementet setter. Loven fastsetter minimumskrav til avtalenes innhold. Partene kan bli enige om å ta inn annet innhold i avtalen i tillegg til det loven pålegger som et minimum. Når samarbeidsavtalene er inngått, har partene bundet seg til å oppfylle dem i samsvar med innholdet i avtalen.

Partene må sørge for at avtalen er i samsvar med gjeldende lovverk. Partene kan ikke avtale seg bort fra pliktene de har etter lov og forskrift.

Avtalen forplikter kommunene og helseforetakene og har som konsekvens at en av partene kan kreve at den andre parten oppfyller sine forpliktelser etter avtalen. De viktigste konsekvensene av at den ene parten ikke overholder sine avtalte plikter, er at den andre kan fastholde sine rettigheter etter avtalen og kreve den oppfylt, også ved dom, med mindre partene uttrykkelig har avtalt noe annet. Selv om den ene parten unnlater å oppfylle sine forpliktelser, vil det ikke nødvendigvis føre til at den andre parten kan unnlate å oppfylle sin del av avtalen. Pasient- og brukerrettigheter legger her begrensninger på hvilke reaksjoner som kan tas i bruk overfor en part som misligholder

sine avtaleforpliktelser. I tillegg kan konsekvensene av avtalepartenes mislighold av sine forpliktelser være regulert i forskrifter på området. Det er for eksempel foreslått i forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 2 at "kommunen skal betale det regionale helseforetaket for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstilbud i sin bostedskommune".

Samhandlingsavtalene som tidligere har vært inngått mellom forvaltningsorganer, har stort sett vært utformet som intensjonsavtaler. En intensjonsavtale er en avtale som har en målsetting uten at den forplikter partene. Når partene nå skal inngå *forpliktende* avtaler i samsvar med lovens pålegg, må kommunene og helseforetakene derfor ha oppmerksomhet rettet mot ordbruken i avtalene som inngås. En forpliktende avtale vil inneha ord som fremstår som bindende for eksempel: "Partene skal sørge for...., "partene er enige om.....", partene forplikter seg til.....". Når det gjelder innholdet som skal oppfylle minimumskravene loven stiller til avtalene, må disse punktene formuleres slik at det er klart at de er rettslig bindende for partene.

Når det gjelder annet innhold i tillegg til minimumskravene, er det opp til avtalepartene å bli enige om de skal være rettslig bindende eller ikke. Det bør fremgå tydelig om partene har ment å forplikte seg til slike tillegg i avtalen, eller om det bare er beskrivelser av hva partene har en intensjon om å realisere. For eksempel kan dette formuleres slik dersom partene ønsker å gjøre punktet rettslig bindende: "Partene er enige om at retningslinjer, rutiner, prosedyrer og andre vedlegg til denne avtalen, skal være bindende mellom partene". Typisk ordbruk som medfører at avtalen må anses som en intensjonsavtale er ordbruk som:, "partene har til hensikt å...", "partene ønsker å.....", partene vil tilstrebe å....".

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller ikke krav om tvisteløsningsform. Kommunen og helseforetaket anbefales å avtale en ordning som løser tvister på lavest mulig nivå, jfr. ellers pkt. 4.4.

Kommuner og foretak vil begge ha samme interesse i å utarbeide avtaler som kommer pasientene til gode. Som følge av at kommuner og helseforetak har ulike ansvars- og virkeområder, kan det likevel oppstå interessemotsetninger og uenighet om hvilke bestemmer som er formålstjenlige. Det er derfor viktig at både foretakene og kommunene i forkant av forhandlingene om innholdet i avtalene, grundig analyserer sine behov og vurderer gode/dårlige erfaringer i tidligere samarbeid. Dette bør danne grunnlaget for å komme frem til en felles forståelse om hva avtalen skal inneholde.

2.2 Virkeområde for samarbeidsavtalene

Lovverket fastsetter ansvars- og oppgavefordelingen i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter angir hvilke oppgaver kommunene skal sørge for overfor innbyggerne sine, mens foretakenes ansvar følger av spesialisthelsetjenesteloven med tilhørende forskrifter. Pasient- og brukerrettighetsloven omtaler pasienters og brukeres rettigheter, herunder retten til nødvendig helsehjelp.

Helsepersonelloven regulerer helsepersonellets plikter. Loven omfatter alt helsepersonell som yter helsehjelp. Både helsepersonelloven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven stiller krav til forsvarlige tjenester.

Relevant er også spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene, slik den fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. I vedtektene for de regionale helseforetakene er dette utdypet med at RHF'ene *"skal sørge for at det etableres nødvendig samarbeid med veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud."*

I en konkret situasjon vil det ikke alltid være mulig å finne svar direkte i lov- og forskriftsteksten på spørsmålet om hvem som har ansvaret for tilbudet til en pasient. Når kommuner og foretak skal samarbeide, må den lovfestede ansvarsfordelingen ligge til grunn for avtalen. For å unngå at det oppstår tolkningstvil om det er kommunen eller foretaket som skal gi tilbud om en konkret tjeneste eller deltjeneste til en gitt gruppe pasienter, er det viktig at partene i forbindelse med avtaleinngåelsene arbeider med å etablere en felles forståelse av eventuelle overlappende ansvarsområder eller tolkningstvil når det gjelder ansvarsfordelingen.

3 Avtalens parter og avtalestruktur

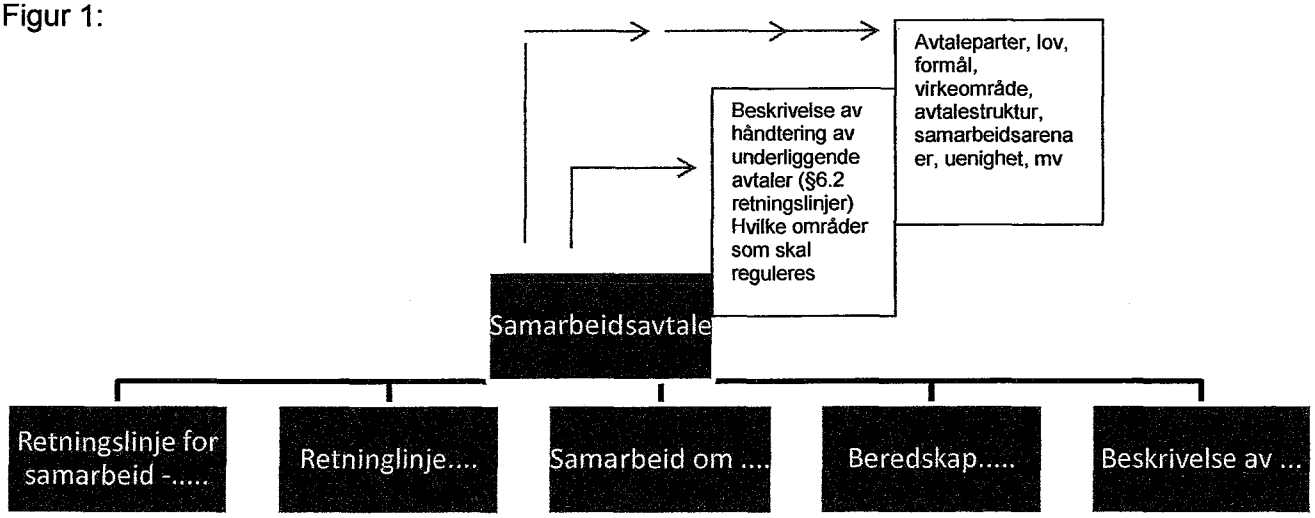
Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet ble inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS 21. juni 2007. Formålet med rammeavtalen var at den skulle understøtte inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler, og danne grunnlag for samhandling mellom kommuner og regionale helseforetak og helseforetak som likeverdige parter. Videre var formålet med denne rammeavtalen at den skulle bidra til systematisk oppfølgning av samhandling på nasjonalt nivå, inkludert vurdering av om rammebetingelsene for samhandling bør legges bedre til rette

Mange samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner er inngått på grunnlag av den eksisterende rammeavtalen. I Prop. 91 L (2010–2011) forutsettes det at de lovpålagte avtalene bygger videre på de avtalene som allerede eksisterer mellom partene.

Det anbefales at det videreføres /utarbeides en intensjonsavtale mellom de regionale helseforetakene og KS, selv om en slik avtale ikke er lovpålagt.

Samarbeidsavtalene gjelder for alle fagområdene (somatikk, psykisk helse og rus). Det anbefales en struktur på den lovpålagte avtalen hvor det utarbeides en generell del og spesifikke deler som ivaretar de temaene loven krever skal inngå, jf helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, og eventuelle andre tema partene ser behov for å avtalefeste. Se figur 1.

Figur 1:



Det er kommunestyret som skal inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket i helseregionen, eller med det helseforetak som det regionale helseforetak bestemmer. Det anbefales at de regionale helseforetakene overlater til helseforetakene å inngå samarbeidsavtaler med kommunene.

Kommunestyrets ansvar for å inngå avtalene, er ikke til hinder for at kommunestyret delegerer til administrasjonen å forhandle, utarbeide og fornye avtalene. Ordføreren som kommunens rettslige representant etter kommuneloven § 9 nr. 3, underskriver avtalen etter at den er godkjent av kommunestyret. Det kan delegeres til andre (for eksempel administrasjonssjefen) å skrive under på avtalen, men myndigheten til å godkjenne avtalen kan ikke delegeres. Det er også mulig for kommunestyret å delegere til et IKS eller en vertskommune å signere avtalen. Delegasjonen er ikke begrenset til kun å gjelde innenfor kommunen som eget rettssubjekt.

Når det gjelder spørsmålet om kommunestyret kan delegere til andre organer i kommunen å godkjenne *endringer* i avtalen, bør det inntas bestemmelser om hvilke deler av avtalen som anses å ha slik vesentlig betydning at endringer krever kommunestyrets godkjenning. Kommunestyret kan deretter delegere til andre folkevalgte organer i kommunen, til administrasjonen, til et IKS eller en vertskommune å godkjenne endringer i avtalen som ikke har vesentlig betydning.

Som eksempel kan følgende tekst brukes: "*Pkt. (.....) i denne avtale kan ikke endres uten etter godkjenning fra kommunestyret selv. Endringer av andre deler av avtalen kan gjennomføres etter godkjenning av det organ kommunestyret har delegert slik godkjenningsmyndighet til.*" På denne måten blir kommunestyret ved (første gangs) godkjenning av avtalen kjent med hvilke deler man ser for seg kan godkjennes av andre enn kommunestyret selv, og kan deretter selv avgjøre om det ønsker å delegere slik myndighet.

Det bør tilstrebes at samarbeidsavtalene mellom det enkelte helseforetak og kommunene som det er naturlig at helseforetakene samarbeider med, i størst mulig grad er likelydende. Standardisering er med på å sikre kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester. Dette er ikke til hinder for at avtalene kan avvike fra malen, der partene finner det formålstjenlig. Noen kommuner har behov for avtale med flere helseforetak for å sikre et helhetlig spesialisthelsetjenestetilbud til sine innbyggere. Flere kommuner kan også i felleskap inngå avtale med ett helseforetak.

3.1 Interkommunalt samarbeid – partsforhold i avtalen med helseforetakene

Der kommuner i felleskap inngår avtale med et helseforetak, vil dette i praksis skje gjennom et interkommunalt samarbeid. Det interkommunale samarbeidet kan eventuelt begrense seg til forhandlingsfasen, ved at et interkommunalt organ fremforhandler et avtaleutkast hvor den enkelte kommune deretter inngår separat avtale med foretaket og blir selvstendig part i avtalen med foretaket.

Det interkommunale samarbeidet kan også bestå av et interkommunalt organ, som ikke bare forhandler frem en avtale, men også er part i avtalen med foretaket. De kommunene som deltar i det interkommunale samarbeidet, blir da ikke selv direkte part i avtalen med helseforetaket. En forutsetning for at en interkommunal enhet kan være selvstendig part, er at den interkommunale enheten er et eget rettssubjekt – en juridisk

person. En vertskommune etter kommunelovens regler om vertskommunesamarbeid vil være en juridisk person og kan dermed være avtalepart med helseforetaket. En eventuell lovfesting av samkommunemodellen vil etter all sannsynlighet også fastslå at samkommunen som sådan vil være en egen juridisk person, og dermed kan være selvstendig part i avtale med helseforetaket. Videre vil et interkommunalt selskap (IKS) kunne være part i avtale med helseforetak. For et interkommunalt styre etter kommuneloven § 27 vil det bero på en konkret vurdering om styret som sådan kan være avtalepart med foretaket; noen av disse styrene er egne rettssubjekter, noen er det ikke.

Felles for alle interkommunale ordninger er at det enkelte kommunestyret må godkjenne avtalen med helseforetaket før den inngås. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. En slik godkjenning av avtalen behøver ikke bety at kommunen selv blir avtalepart. En interkommunal enhet som nevnt ovenfor, kan være avtalepart vis à vis helseforetaket. Kommunen anses her for å oppfylle sin plikt etter § 6-1 ved at den sørger for at det inngås en avtale "*sammen med andre kommuner*" gjennom en interkommunal enhet hvor kommunen inngår som eier/deltaker.

4 Organisering av arbeidet

Veilederen vil ikke anbefale spesielle organisatoriske løsninger, men peke på noen prinsipper det er viktig å ivareta:

- Avtalene bør forankres på relevant nivå. Det vil si både hos ansvarlige for de tema avtalen omhandler, og de som faktisk utfører aktivitetene avtalen regulerer. Forankring i organisasjonen skjer ved tilstrekkelig informasjon og involvering av de ansatte.
- Avtalene gjøres kjent for alle de angår. Dette innebærer både at avtalene er lett tilgjengelige, for eksempel på intranett, og at de er gjenstand for daglig oppmerksomhet hos ledere og ansatte.
- Etablering av formålstjenlige samarbeidsorganer og samarbeidsformer for utarbeidelse, gjennomføring, oppfølging og videreutvikling av avtalen. Pasient- og brukerrepresentanter er viktige deltagere i disse samarbeidsorganene.
- Utarbeidelse av evalueringsrutiner og rutiner for tilbakemeldinger av gode og dårlige erfaringer og håndtering av uenighet.
- Samarbeidet må være basert på likeverd og gjensidig respekt.
- Ivareta involvering av brukere og ansatte, som er beskrevet i denne veilederens punkt 4.1 og 4.2.

Mange kommuner og helseforetak har erfaringer fra ulike måter å organisere dette arbeidet på med etablering av ulike samarbeidsorganer. Eksempler på dette ligger som vedlegg 2.

4.1 Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 tredje ledd, pålegger avtalepartene en særlig plikt til å sørge for at pasienters og brukeres erfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalene. I tillegg skal pasientenes og brukernes organisasjoner få anledning til å medvirke i avtaleprosessen.

Alle kommuner har egne eldreråd og råd for funksjonshemmede, men ikke et samlet brukerorgan som tilsvarer helseforetakenes *brukerutvalg*, som på representativ måte skal sikre at alle pasienters og brukeres erfaringer blir hørt. Siden pasientene kommer fra og skal tilbake til sin kommune, kan en modell være at helseforetakenes brukerutvalg gis et utvidet mandat, slik at utvalget får ansvar for å overvåke og fremme samhandlingen mellom avtalepartene. Brukerutvalget bør i så fall få opplæring i kommunal organisering av helse- og omsorgstjenesten. I tråd med dette vil det være hensiktsmessig at brukerutvalget involveres i arbeidet med avtalene og behandler avtaleutkastet før avtalene vedtas i kommunestyret og i styret for helseforetaket. Pasient- og brukere skal også være representert i samarbeidsorganer mellom kommune og foretak. En utvidet rolle til helseforetakenes brukerutvalg er selvsagt ikke til hinder for at kommunene også involverer egne brukerorgan på en formålstjenlig måte eller etablere egnede brukerutvalg.

4.2 Involvering av ansatte

Ved inngåelsen av samarbeidsavtalene er det viktig at de ansattes organisasjoner blir tatt med i prosessen. De ansattes organisasjoner skal involveres i den grad hovedtariffavtalen og hovedavtalen for det aktuelle området stiller krav om dette.

I tillegg følger det av "Felleserklæring vedrørende samarbeid mellom partene i arbeidet med Samhandlingsreformen", undertegnet av partene innenfor Spekters og KS' tariffområde, at det anbefales at når det etableres samarbeidsutvalg/arbeidsgrupper på tvers skal arbeidstakerorganisasjonene være representert.

4.3 Tidsfrister

I helse- og omsorgstjenesteloven § 6-3 heter det at *"Departementet kan fastsette en frist for når avtale som nevnt i § 6-1 skal være inngått. Det kan settes ulik frist for de forskjellige kravene etter § 6-2."*

Departementet har besluttet at det innen 31.01.2012 skal foreligge samarbeidsavtaler som omfatter følgende lovpålagte elementer i § 6-2:

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
3) Retningslinjer for innleggelse i sykehus
5) Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon
11) Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede

Dette er de mest sentrale punktene i forhold til gjennomføringen av de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen. Ved å sette fristen til 31.01.2012, vil de nye kommunesyrene ha anledning til å behandle avtalene i januar måned. Departementet har videre besluttet at de lovpålagte avtalene i sin helhet senest skal være inngått innen 01.07.2012. Det innebærer at innen denne fristen skal avtalene omfatte *alle* minimumskravene i helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2.

Det anbefales også at det utarbeides en intensjonsavtale mellom KS og de regionale helseforetakene. En slik avtale bør være klar til 1.januar 2012.

4.4 Håndtering av uenighet

Det kan tenkes å oppstå uenighet mellom avtalepartene både før og etter at avtale er inngått. Det kan også oppstå uenighet om utarbeidelsen av samarbeidsavtalen og senere om hvordan avtalen skal forstås. I og med at avtalene nå er en lovfestet plikt, er det nødvendig å komme frem til en ordning for håndtering av uenighet mellom avtalepartene.

Partene bør i forbindelse med avtaleinngåelsen tilstrebe å etablere en felles forståelse for hverandres ansvar og oppgaver for å avdekke eventuell uenighet, misforståelser og ulike oppfatninger eller tolkningstvil når det gjelder oppgavefordelingen.

Partene oppfordres til å beskrive i avtalen prosesser for hvordan de frivillig kan håndtere uenighet, og om struktur for frivillig mekling. Det bør etableres systemer som løser uenighet på lavest mulig nivå.

Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å oppnevne et nasjonalt organ for håndtering av uenighet som skal stå til partenes disposisjon. Departementet vil i samarbeid med KS fastsette regler for organets sammensetning, oppnevning og virkeområde. Det vil også bli utarbeidet retningslinjer for saksbehandlingen. Partene bestemmer selv om de vil legge uenighet om avtaleinngåelse og om fortolkning av inngått avtale fram for det nasjonale organet.

Partene kan be en tredje part, som begge har tillit til, om å mekle mellom avtalepartene. Partene kan eventuelt bringe tvister som gjelder tolkning av eksisterende avtaler inn for domstolene. Partene kan også avtale at den løsning det nasjonale tvisteløsningsorganet kommer frem til skal være bindende for partene.

4.5 Varighet, revisjon og oppsigelse av samarbeidsavtalen

I og med at samarbeidsavtalene nå er lovpålagte, vil det ikke være aktuelt å si opp en avtale for å fortsette uten avtale. Strukturelle endringer kan imidlertid medføre at partsforholdene må endres, derfor er det jf. helse- og omsorgstjeneste loven § 6-5, gitt mulighet til at partene kan si opp samarbeidsavtalen med ett års frist.

Avtalen bør gjennomgås årlig og revideres ved behov, jf helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 første ledd.

4.6 Innsending av avtaler til Helsedirektoratet

Fordi det er knyttet sterke nasjonale interesser til at avtalesystemet blir landsdekkende innen den fastsatte tidsfristen og for å få en oversikt over inngåtte avtaler, ble det gjennom helse- og omsorgstjenesteloven § 6-4 vedtatt å pålegge de regionale helseforetakene å sende inngåtte avtaler til Helsedirektoratet.

Avtalen skal sendes innen en måned etter at den er inngått og senest en måned etter utgangen av frist fastsatt med hjemmel i § 6-3.

Innsendingen medfører ikke at Helsedirektoratet skal godkjenne eller kontrollere innholdet av avtalene.

5 Krav til avtalens innhold

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav til hva avtalene som et minimum skal inneholde, jf § 6-2. For flere av delpunktene i § 6-2 er det lov og forskrifter som regulerer området. Arbeidet med nye og revidering av eksisterende forskrifter pågår samtidig med utarbeidelse av denne veilederen. Det kan av den grunn være behov for å utdype veilederen når alle aktuelle forskrifter er vedtatt.

Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven regulerer oppgaver som kommuner og regionale helseforetak skal utføre. Lover og forskrifter vil aldri kunne klargjøre alle gråsoner, og det vil være behov for lokale tilpasninger på flere områder. Innenfor ulike fagområder foregår det arbeid for å tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og helseforetak. Dialog mellom partene er nødvendig for å avklare eventuelle gråsoner. Et lovpålagt lokalt avtalesystem er et viktig og godt tiltak for å redusere *eventuelle* problemer som kan oppstå som følge av overlappende ansvarsflater mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

De mest relevante forskriftene knyttet til områdene som avtalen skal regulere, er gjengitt i tekstbokser. Hvert delpunkt i lovteksten omtales i et eget underkapittel. Unntaket er delpunkt 11 i § 6-2, som i denne veilederen er delt i to, henholdsvis omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede.

På generelt grunnlag sier helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 andre ledd følgende når det avtales samarbeidstiltak.

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

5.1 Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 1)

Partene kan ikke avtale en annen ansvarsfordeling enn den som fremkommer av lovgivningen. Det kan for eksempel ikke avtales at en kommune skal ha ansvaret for oppgaver som spesialisthelsetjenesteloven legger til foretakene. Derimot kan partene avtale at de utfører tjenester for hverandre, men da uten at det overordnede ansvaret endres. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hva som er helse- og omsorgstjenester og hva som er spesialisthelsetjeneste etter henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

Ved enhver overføring av oppgaver eller aktiviteter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene eller fra kommunene til spesialisthelsetjenesten skal overføringen være forsvarlig. Partene må sikre at den som skal utføre en oppgave har faglig kompetanse og nødvendige ressurser og utstyr til å utføre tiltaket. I forsvarlighetsvurderingen er det viktig at det etableres et nært samarbeid mellom personell med allmennkompetanse og spesialkompetanse.

Avtalen bør beskrive:

- Enighet om grenseflater og gråsoner, for eksempel hvor det er mangler og hvor det er overlappinger. Dette kan være forskjellig hos ulike pasientgrupper, behandlingskjeder eller i faser av pasientforløpet.
- Arenaer og prosesser som skal benyttes hvis det oppstår tvil eller uenighet om ansvars- og oppgavefordeling.

5.2 Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 2)

Dette punktet vil i stor grad dreie seg om pasienter og brukere som har rett til individuell plan, koordinator og tjenester fra koordinerende enhet, jf helse- og omsorgstjenesteloven kap. 7.

Avtalen bør beskrive:

- Informasjonsutveksling og dialog i forbindelse med innleggelse, opphold og utskrivning for pasienter med behov som strekker seg ut over ordinære rutiner for inn- og utskrivning herunder rutiner for å ivareta mindreårige barn som pårørende.
- Rutiner for samhandling med fastlegen, samt hvordan praksiskonsulentene kan brukes for å systematisere samarbeidet.
- Samarbeid mellom koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommune og helseforetak.
- Ambulant virksomhet knyttet til brukere med langvarig behov for spesialisert behandling.
- Ansvar for individuell plan, herunder melding fra spesialisthelsetjenesten til koordinerende enhet i kommunen og utpeking av koordinator.
- Habiliterings-/ rehabiliteringstilbud herunder tilrettelegging av hjelpemidler og lærings- og mestringstilbud, m.m.
- Hvordan og når regelverket om tilbakehold uten eget samtykke overfor personer med rusmiddelproblemer og andre pasienter der bruk av tvang kan være aktuelt skal anvendes.

Særlige relevante forskrifter:
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2000-04-14)
- Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering (høringsfrist 6. oktober)
- Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen (høringsfrist 6. oktober 2011)

5.3 Retningslinjer for innleggelse i sykehus

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 3)

Det er et etablert prinsipp at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå (LEON- prinsippet). Det vil i praksis si at dersom allmennlegetjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient, skal fastlegen ikke henvise vedkommende til spesialisthelsetjenesten. Henviste pasienter tilbakeføres til primærhelsetjenesten så snart behovet for spesialisthelsetjenesten er oppfylt.

I de aller fleste tilfellene vil det være en fastlege eller legevaktslege som henviser pasienten for innleggelse på sykehus. Kommunen må derfor i tilstrekkelig grad trekke allmennlegetjenesten med og ansvarliggjøre den når retningslinjer for innleggelse utformes, gjennomføres og evalueres.

Avtalen bør beskrive:
- Hvordan sykehuset kan kontaktes; hvordan sykehuslege med adekvat kompetanse kan konsulteres, og hvordan det kan søkes råd om hvorvidt innleggelse er nødvendig. Hvilke pasientopplysninger som forventes å følge med pasienten og hvordan disse kan formidles. Informasjonsutvekslingen bør fortrinnsvis skje elektronisk.
- Retningslinjer for henvisning til helseforetaket. Her bør det skilles mellom elektive - og øyeblikkelig hjelp henvisninger. Rutiner for når spesialisthelsetjenesten selv viderehenviser pasienter innenfor spesialisthelsetjenesten bør også beskrives.
- System for pasienttransport.
- System for tilbakemelding til innleggende lege der sykehuset mener innleggelsen kunne vært unngått.
- Hvordan praksiskonsulentordningen kan brukes i dette arbeidet.
- Hvordan kommunen kan kontaktes; hvordan kan fastlegen eller legevaktslegen få kontakt med det kommunale hjelpeapparatet for å sikre dialog om mulige kommunale alternative tjenester til innleggelse i sykehus.

Særlige relevante forskrifter:
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2000-04-14)
- Forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (høringsfrist 6. oktober 2011)

5.4 Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 tredje ledd

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 4)

Kommunen skal utvikle et kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp innen 1.1.2016, da dette blir en lovpålagt oppgave. Nasjonale helsemyndigheter vil utarbeide veiledere eller retningslinjer knyttet til denne oppgaven.

Avtalen bør beskrive samarbeidet om det døgnbaserte øyeblikkelig hjelp tilbudet fram til etablering av et kommunalt tilbud om døgnopphold. Videre bør avtalen beskrive hvordan pasienten sikres en fullverdig tjeneste mens tilbudet bygges opp i kommunen. Helseforetakene kan ikke bygge ned tilbudet før tilbudet i kommunen er tilstrekkelig etablert.

5.5 Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 5)

Et viktig mål i samhandlingsreformen er å etablere gode pasientforløp. Et kritisk punkt i pasientforløpet er utskrivning fra spesialisthelsetjenesten når pasienten trenger videre oppfølging av det kommunale tjenesteapparatet.

Ny forskrift regulerer kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter innen somatikk i påvente av et kommunalt tilbud. Forskriften gjelder ikke for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og rusmiddelavhengige. Samarbeidsavtalen skal omhandle alle pasienter som utskrives fra sykehus, og som har behov for kommunale tjenester.

Avtalen bør beskrive:

- Samarbeid om utskrivning av pasienter som trenger et kommunalt tilbud, herunder gjensidige varslingsrutiner til fastlegen og andre relevante instanser i kommunen.
- Kriterier som må være oppfylt for at en pasient eller bruker innen psykisk helsevern og rusmiddelavhengige vurderes å være utskrivningsklar.
- Nødvendig klargjøring av pasientforløp og ansvarsforhold i den videre oppfølgingen.
- Nødvendig informasjonsoverføring til pasient og eventuelt pårørende, fastlegen og øvrig involvert kommunalt tjenesteapparat.
- Vurdering av behov for og eventuell bestilling av hjelpemidler.
- Hvordan partene vil innfri krav til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Særlige relevante forskrifter:
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2000-04-14)
- Forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (høringsfrist 6. oktober 2011)
- Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering (høringsfrist 6. oktober 2011)
- Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen (høringsfrist 6. oktober 2011)

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

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 6)

Gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling er sentrale samhandlingselementer og helt avgjørende for å sikre gode tjenester og pasientforløp. Spesialisthelsetjenesten har også en lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunene, jf § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven.

Avtalen bør beskrive:
- Hvordan informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring knyttet til innleggelser, utskrivninger, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten er sikret.
- Hvordan begge parter bidrar til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring, for eksempel gjennom faglige nettverk, hospiteringsordninger, felles møteplasser og bruk av ambulerende team og praksiskonsulentordningen.
- Hvordan begge parter bidrar til evaluering og kvalitetsutvikling av tjenestene. Rutiner for tilbakemeldinger og avviksrapportering er en viktig del av dette.
- Informasjon og dialog om endringer i driftsforhold og planer for partenes fremtidige virksomhet.

5.7 Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 7)

Samarbeidsavtalen skal legge til rette for at det utvikles felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging hos helse- og omsorgspersonell, forskning og innovasjon som understøtter samhandlingsreformens intensjoner.

Nytt i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3 er at "*kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten*". Medvirkningsansvaret innebærer ikke at kommunene selv skal initiere eller finansiere forskning. Helse- og omsorgsdepartementet vil utarbeide en strategi for samhandlingsforskning som vil konkretisere hva medvirkningsansvaret innebærer.

Kommunene har plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning. Helse- og omsorgstjenestens ansvar og medvirkning er knyttet til praksisdelen av aktuelle utdanninger.

Samarbeid mellom arbeidslivet og utdannings- og forskningsinstitusjoner er viktig for å oppnå mange av målene med Samhandlingsreformen. En avtale mellom kommunen og helseforetak kan ikke binde opp aktivitet eller virksomheten ved utdannings- og forskningsinstitusjonene. Det er heller ikke hensiktsmessig å inkludere for eksempel universiteter, høgskoler eller videregående opplæring i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetakene ettersom disse avtalene har et langt bredere virkeområde som ikke er relevant for disse institusjonene. Samarbeidsavtalen bør derfor henvise til eventuelle separate samarbeidsavtaler mellom kommuner, helseforetak og relevant opplærings-, utdannings- og forskningsinstitusjoner.

Avtaler mellom kommuner/helseforetak og de separate avtalene bør beskrive:

- Etablering av forskernettverk/samarbeidsfora for forskning og eventuelt innovasjon mellom aktuelle aktører.
- Oppgave- og ansvarsfordeling for eventuelle felles forskningsprosjekter.
- System for rapportering, formidling og implementering av forskningsresultater og ny kunnskap.
- Hvordan utdanningsbehovet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten kan sees i sammenheng, herunder særlig følge og sikre at behovet for samhandling vektlegges i utdanning.
- Praksisplasser og praksisopplæring til studenter fra ulike utdanningstyper, inkludert samarbeid med definerte utdanningsinstitusjoner.
- Utdanningstilbud slik som felles etterutdanning, internopplæring og tilbud til lærlinger.

5.8 Samarbeid om jordmortjenester

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 8)

Samarbeidsavtalen bør understøtte intensjonene i samhandlingsreformen og Stortingsmelding nr. 12 (2008-2009) "En gledelig begivenhet, om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg", samt Helsedirektoratets anbefalinger i veilederen "Kvalitetskrav til fødselsomsorgen" (2010). Her beskrives kravet til kvalitet på områdene innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Avtalen bør beskrive:

- Hvordan anbefalingene i "Kvalitetskrav til fødselsomsorgen" skal innfris.
- Hvordan tverrfaglig samarbeid og utveksling av informasjon mellom nivåene skal ivaretas.
- Hvordan utviklingen av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels og barselomsorg skal gjennomføres.
- Følgetjenesten, herunder organisering av beredskap for følgetjeneste.
- Samarbeidsarenaer.

5.9 Samarbeid om IKT- løsninger lokalt

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 9)

Samarbeid om IKT-løsninger og utviklingen av IKT-systemer lokalt er av stor betydning for å få til god samhandling. Enkel og rask tilgang til pålitelig pasientinformasjon kan sikres ved å ta i bruk standardiserte elektroniske meldinger mellom partene. Partene bør legge til rette for og følge opp at informasjonsutveksling foregår elektronisk over Norsk Helsenett. Informasjonsutvekslingen bør omfatte alle relevante parter, inkludert fastlege, fysioterapi, pleie- og omsorgstjenester, habilitering og rehabilitering, private spesialister og apotek.

Det er utarbeidet veiledende retningslinjer av KITH for bruk av pleie- og omsorgsmeldinger (ELIN-k meldinger). Disse retningslinjene anbefales lagt til grunn for lokale samhandlingsrutiner, http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____2733.aspx
Avtalen bør beskrive:

- Forventning til elektronisk kommunikasjon og telemedisinske løsninger, inkludert bruk av videokonferanser.
- Organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling.
- Mulighet for bruk av telestudio og hvordan telemedisin og telestudio utnyttes til veiledning og konsultasjoner mellom aktuelle fagmiljø.
- Fremdriften for å legge til rette for elektronisk informasjonsutveksling basert på standarder og bruk av Norsk Helsenett.
- Melding og håndtering av avvik.
- Rutiner for responstid.
- Rutiner for drift, forvaltning, oppgradering, prioritering ved implementering av nye løsninger og endringsønsker.

Særlige relevante forskrifter:

- Forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens kommunikasjonsberedskap. (2000-12-20)
- Norsk pasientregisterforskriften, NPR. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften) (2007-12-07)

5.10 Samarbeid om forebygging

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 10)

For å møte fremtidens helse- og omsorgsutfordringer er det blant annet behov for større innsats for å forebygge og fremme helse. Avtalene skal derfor omfatte samarbeid om forebyggende tiltak.

Avtalen bør beskrive:

- Hvilke forebyggende områder det er aktuelt å samarbeide om og ansvars- og oppgavefordelingen på disse områdene.

- Lærings– og mestringsarenaer.
- Helseovervåkning, herunder analyse av befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer.
- Råd og bistand vedrørende miljø- og grupperettede tiltak, herunder bistand ved miljøhendelser med helsemessige konsekvenser. Samhandling i smittevern og beredskapsarbeid med kommunesektoren er en del av dette.

Særlige relevante lover og forskrifter:
- Lov om folkehelsearbeid (Prop. 90 L (2010-2011)
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2000-04-14)
- Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering (høringsfrist 6. oktober)
- Forskrift om miljørettet helsevern (2003-04-25)
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (2001-07-23)

5.11 Samarbeid om omforente beredskapsplaner

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 11)

Plikten til å utarbeide omforente beredskapsplaner er slått fast i helse- og omsorgstjenesteloven og i spesialisthelsetjenesteloven. Lov om helsemessig og sosial beredskap (lov 23. juni 2000 nr 56) pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten å utarbeide beredskapsplaner for de virksomheter som tilbyr helse- og sosiale tjenester. Flere særlover og forskrifter regulerer ansvaret nærmere på ulike områder. I henhold til overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan (2007) skal kommuner og helseforetak samordne sine beredskapsplaner.

I den nasjonale beredskapsplanen er fylkesmannen tillagt en sentral rolle i samordning og koordinering. Fylkesmannen har som sektor- og samordningsmyndighet ansvar for å legge til rette for samhandling og samordning av beredskapsforberedelsene mellom kommunene og andre virksomheter i fylket. Ved å innlemme beredskap i den overordnede samarbeidsavtalen får en synliggjort og forsterket et forpliktende samarbeid på viktige områder innenfor beredskap.

Avtalen bør beskrive:
- Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) som grunnlag for planer.
- Planlegging og gjennomføring av øvelser.
- Kompetanseutvikling og opplæring.
- Løsning av konkrete beredskapsutfordringer.
- Forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr.

Særlige relevante forskrifter:
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (2001-07-23)

5.12 Samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 11)

I samarbeidsavtalene skal det inngå et eget punkt som beskriver tilbudet om øyeblikkelig hjelp i kommunene. På den måten oppfordres partene til å se tilbudene om øyeblikkelig hjelp i sammenheng og bli enige om løsninger som er gode og hensiktsmessige både for pasientene, kommunene og helseforetakene. Samtidig unngår man at det opparbeides en dobbeltkapasitet. Det er et grunnleggende prinsipp at hele befolkningen skal ha tillit til at de får kompetent hjelp når de trenger det i akutte situasjoner. For å sikre et helhetlig og likeverdig tilbud, må kommuner og helseforetak samarbeide om utviklingen av de akuttmedisinske tjenestene slik at tilbudet samlet sett blir tilgjengelig og av god kvalitet.

Avtalen bør beskrive:

- Hvordan partene vil samarbeide om å utvikle en sammenhengende akuttmedisinsk kjede.
- Hvordan partene legger til rette for at personellet får trening i samhandling.
- Hvordan de øvrige kravene i forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus skal innfris.

Særlige relevante forskrifter:

- Forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus. (2005-03-18)
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2000-04-14)

6 Andre tema avtalene kan inneholde

I tillegg til de lovpålagte tema som skal inngå i avtalene, anbefales det å formalisere et samarbeid på noen flere områder. Disse områdene er omtalt i dette kapittelet.

6.1 Samarbeid om lokalmedisinske sentre

Dersom det er aktuelt med samarbeid om å etablere og/eller utvikle lokalmedisinsk senter eller andre samarbeidstiltak, jf. ny helse- og omsorgstjenestelov § 6-2 siste ledd, jf. kap. 5 i denne veilederen, bør partene beskrive dette i samarbeidsavtalen. Det kan være aktuelt med ulike typer samarbeid; organisatorisk, faglig, økonomisk m.m.

Etablering og utvikling av lokalmedisinske sentre er en måte å organisere helse- og omsorgstjenester på som vil bidra til å realisere samhandlingsreformens intensjoner. Begrepet brukes når en eller flere kommuner samarbeider om tjenester til pasienter før, etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus. Spesialisthelsetjenesten kan også være en del av dette samarbeidet. Stortingsmelding nr. 16 (2010–2011) om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) fastslår at utbyggingen av lokalmedisinske sentre eller andre kommunale tilbud, kan komme i tillegg til, og ikke til erstatning for lokalsykehusene.

Det vises også til at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide veiledende materiell om lokalmedisinsk sentre.

6.2 Samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet er en lovpålagt oppgave, jf § 4-2 i helse- og omsorgstjenesteloven og § 3-4a og § 3-11 i spesialisthelsetjenesteloven.

En avtale om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet kan inneholde:

- Målsetting for og organisering av arbeidet, inkludert ansvars- og oppgavefordeling.
- Temaer man spesielt ønsker å fokusere på.
- Beskrive møteplasser for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- Beskrive roller og oppgaver, og hvordan man i fellesskap skal koordinere tiltak for bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Rutiner for læring og spredning av de erfaringene man får i kvalitetsforbedrings- og sikkerhetsarbeidet.

6.3 Rutine for håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringssløyfer

For å sikre god samhandling og kontinuerlig læring og kvalitetsutvikling, bør partene etablere et system for tilbakemeldinger og håndtering av avvik på de avtaler og retningslinjer som er inngått.

Rutine for avvikshåndtering og systematisk forbedringsarbeid bør inneholde beskrivelser om:

- Beskrivelse om hva som skal meldes.
- Fremgangsmåte for hvordan melding av avvik eller positive erfaringer skal skje, herunder ivaretakelse av taushetsplikt ved behandling av avvik og positive erfaringer.
- Intern behandling av meldingene og tilbakemelding til melder.
- Gjennomgang og evaluering av meldeordningen.

6.4 Øvrige temaer det kan lages avtale på

Det kan også være aktuelt å ta inn en rekke andre tema i avtalene. Det bør være opp til en lokal vurdering når dette er en formålstjenlig løsning.
Målene i samhandlingsreformen kan vanskelig nås uten et løpende samarbeid med andre aktører, som for eksempel

- Fastleger og avtalespesialister er viktige samarbeidspartnere for både kommune og helseforetak. Arbeidet med forbedret samhandling med disse to gruppene bør ha høy prioritet, og kan være et tema som beskrives i avtalen.

- NAV vil være en sentral samarbeidspartner. Samhandlingsreformen har flere samhandlingsflater med NAVs ansvarsområder, som satsing på forebygging, inkluderende arbeidsliv, sykefraværsoppfølging, habilitering og rehabilitering. Pasientforløp bør ses i et videre perspektiv hvor samarbeid om rehabilitering og arbeid inngår. Mange av brukerne av kommunale og statlige helsetjenester er avhengige av at ulike offentlige aktører evner å samhandle – ikke minst rundt viktige virkemidler som individuelle planer. Det anbefales derfor å ta inn relevante samarbeidspunkter knyttet til sammenhengen mellom helse- og arbeid i avtalene.

LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

DATO:	LOV-2011-06-24-30
DEPARTEMENT:	HOD (Helse- og omsorgsdepartementet)
PUBLISERT:	I 2011 hefte 6
IKRAFTTREDELSE:	2012-01-01, 2012-07-01, Kongen bestemmer.
ENDRER:	LOV-1982-11-19-66 , LOV-1991-12-13-81 , LOV-1999-07-02-61 , LOV-2001-06-15-53
SYS-KODE:	BG09b, BG10a, D02
NÆRINGSKODE:	911, 9124, 933
KUNNGJORT:	24.06.2011 kl. 14.50
KORTTITTEL:	Helse- og omsorgstjenesteloven

INNHOLD

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Kapittel 1. Formål og virkeområde
- § 1-1. Lovens formål
- § 1-2. Lovens virkeområde

Kapittel 2. Forholdet til andre lover
- § 2-1. Forholdet til helsepersonelloven
- § 2-2. Forholdet til forvaltningsloven

Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester
- § 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester
- § 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester
- § 3-3. Helsefremmende og forebyggende arbeid
- § 3-4. Kommunens plikt til samhandling og samarbeid
- § 3-5. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp
- § 3-6. Omsorgslønn
- § 3-7. Boliger til vanskeligstilte
- § 3-8. Brukerstyrt personlig assistanse
- § 3-9. Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen
- § 3-10. Pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet
- § 4-1. Forsvarlighet
- § 4-2. Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Kapittel 5. Særlige plikter og oppgaver
- § 5-1. Transport av behandlingspersonell
- § 5-2. Beredskapsarbeid
- § 5-3. Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner
- § 5-4. Politiattest
- § 5-5. Kommunelege – medisinskfaglig rådgivning
- § 5-6. Sprøyterom
- § 5-7. Registrering av meldinger

§ 5-8. Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen
§ 5-9. Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen
§ 5-10. Journal- og informasjonssystemer

Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv.
§ 6-1. Plikt til å inngå samarbeidsavtale
§ 6-2. Krav til avtalens innhold
§ 6-3. Frist for inngåelse av avtale
§ 6-4. Innsending av avtaler til Helsedirektoratet
§ 6-5. Endring og oppsigelse av avtaler
§ 6-6. Samarbeid mellom kommuner

Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet
§ 7-1. Individuell plan
§ 7-2. Koordinator
§ 7-3. Koordinerende enhet

Kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning
§ 8-1. Undervisning og praktisk opplæring
§ 8-2. Videre- og etterutdanning
§ 8-3. Forskning

Kapittel 9. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning
§ 9-1. Formål
§ 9-2. Virkeområde
§ 9-3. Rett til medvirkning og informasjon
§ 9-4. Krav til forebygging
§ 9-5. Vilkår for bruk av tvang og makt
§ 9-6. Særlige grenser for bruk av enkelte tiltak
§ 9-7. Kommunens saksbehandling
§ 9-8. Fylkesmannens overprøving
§ 9-9. Krav til gjennomføring og evaluering
§ 9-10. Plikt til å føre journal
§ 9-11. Klage
§ 9-12. Overprøving i tingretten
§ 9-13. Spesialisthelsetjenesten
§ 9-14. Forskrift

Kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige
§ 10-1. Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende
§ 10-2. Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke
§ 10-3. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige
§ 10-4. Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.
§ 10-5. Bruk av fylkesnemnda i saker etter §§ 10-2 og 10-3
§ 10-6. Innledning til sak etter §§ 10-2 og 10-3
§ 10-7. Overprøving i tingretten
§ 10-8. Ansvaret for å reise tvangssak

Kapittel 11. Finansiering og egenbetaling
§ 11-1. Kommunens ansvar for utgifter
§ 11-2. Vederlag for helse- og omsorgstjeneste
§ 11-3. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester
§ 11-4. Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter
§ 11-5. Tilskudd fra staten

Kapittel 12. Forskjellige bestemmelser
§ 12-1. Taushetsplikt
§ 12-2. Legefordeling til kommunens helse- og omsorgstjeneste
§ 12-3. Statlig tilsyn
§ 12-4. Særlige bestemmelser ved opphold i institusjon
§ 12-5. Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Kapittel 13. Ikrafttredelse, overgangsbestemmelser og endringer i andre lover
§ 13-1. Ikrafttredelse
§ 13-2. Eldre forskrifter mv.
§ 13-3. Endringer i andre lover

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Kapittel 1. Formål og virkeområde

§ 1-1. *Lovens formål*

Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

§ 1-2. *Lovens virkeområde*

Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen eller private som har avtale med kommunen, når ikke annet følger av loven her.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven her.

Kongen kan gi forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold. Kongen kan bestemme om og i hvilken utstrekning bestemmelser gitt i loven her skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen.

Kapittel 2. Forholdet til andre lover

§ 2-1. *Forholdet til helsepersonelloven*

Helsepersonelloven gjelder tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen, herunder om at enkelte bestemmelser i helsepersonelloven ikke skal gjelde for personell som yter bestemte tjenester etter loven her.

§ 2-2. *Forholdet til forvaltningsloven*

Forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av loven her og av pasient- og brukerrettighetsloven.

Kapittel 3. Kommunenes 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.

§ 3-2. *Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester*

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
   a. helsetjeneste i skoler og
   b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
   a. legevakt,
   b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
   c. medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
   a. helsetjenester i hjemmet,
   b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
   c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
   d. avlastningstiltak.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastlegeordningen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav og om adgangen til suspensjon av fastlegeordningen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.

§ 3-3. *Helsefremmende og forebyggende arbeid*

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5.

Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

§ 3-4. *Kommunens plikt til samhandling og samarbeid*

Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.

Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

§ 3-5. *Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp*

Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter første ledd inntrer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide.

[Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.][1]

Kongen i statsråd kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om innholdet i plikten etter første til tredje ledd, herunder hvilke pasient- og brukergrupper som skal omfattes av tilbudet.

1 Tredje ledd er ikke satt ikr., se § 13-1.

§ 3-6. *Omsorgslønn*

Kommunen skal ha tilbud om omsorgslønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

§ 3-7. *Boliger til vanskeligstilte*

Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemning eller av andre årsaker.

§ 3-8. *Brukerstyrt personlig assistanse*

Kommunen skal ha tilbud om personlig assistanse etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, i form av praktisk bistand og opplæring, organisert som brukerstyrt personlig assistanse.

§ 3-9. *Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen*

I de kommunene hvor det ligger fengsler i kriminalomsorgen skal kommunen ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte.

§ 3-10. *Pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner*

Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Kommuner innenfor forvaltningsområdet for samisk språk, jf. sameloven § 3-1 nr. 1, skal i tillegg til det som fremgår av første og andre ledd, sørge for at samiske pasienters eller brukeres behov for tilrettelagte tjenester blir vektlagt ved utforming av tjenesten. Dette gjelder også den enkeltes utvidede rett til bruk av samisk språk i helse- og omsorgstjenesten etter sameloven § 3-5.

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

§ 4-1. *Forsvarlighet*

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,
b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens plikt etter første ledd bokstav d.

§ 4-2. *Kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om plikten etter første ledd, herunder krav til politisk behandling av kvalitetskrav i kommunestyret eller annet folkevalgt organ.

Kapittel 5. Særlige plikter og oppgaver

§ 5-1. *Transport av behandlingspersonell*

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for transport av behandlingspersonell til pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet.

§ 5-2. *Beredskapsarbeid*

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med helseberedskapsloven. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

§ 5-3. *Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner*

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunen pålegge personell som i kommunen utfører oppgaver etter loven her, å utføre nærmere tilvist arbeid.

Dersom forholdene tilsier det, skal kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet.

Den kommunen som mottar bistand etter andre ledd, skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre noe annet er avtalt.

§ 5-4. *Politiattest*

Kommunen eller annen arbeidsgiver som yter tjenester etter loven her, skal ved tilbud om stilling eller oppdrag, kreve politiattest fra personell som skal yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemning. Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemning.

Politiattesten skal vise om vedkommende er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller er dømt for brudd på straffeloven §§ 192 til 197, 199, 200 andre ledd, 201 bokstav c, 203 eller 204 a. Attesten skal være uttømmende og ikke eldre enn tre måneder.

Den som er ilagt forelegg eller dømt for overtredelse som nevnt i andre ledd, er utelukket fra å utføre arbeid eller oppgaver som omhandlet i første ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av kravet om politiattest.

§ 5-5. *Kommunelege – medisinskfaglig rådgivning*

Kommunen skal ha en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunen kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege. Kommunelegen plikter på anmodning fra departementet å delta i lokal redningssentral.

Kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen.

§ 5-6. *Sprøyterom*

Sprøyteromsordninger etablert i medhold av sprøyteromsloven er å anse som en kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kommunen avgjør om den vil etablere en sprøyteromsordning. Kommunen kan ikke inngå avtale med private om drift av sprøyteromsordning.

§ 5-7. *Registrering av meldinger*

Kommunen skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i kommunen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis og hvordan de skal registreres og formidles videre til et sentralt register.

§ 5-8. *Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen*

Kommunen kan pålegge personell som yter tjenester etter denne lov å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utlevering av taushetsbelagte opplysninger etter første punktum kan bare skje etter samtykke fra den opplysningene angår, hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov.

Pålegg etter denne bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet.

§ 5-9. *Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen*

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid som omfattes av denne loven, skal på anmodning gi Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen opplysninger som tilsynsorganet finner nødvendige for å kunne utføre sine oppgaver i medhold av lov, forskrift eller instruks. Den som skal gi opplysninger etter første punktum, skal også gi Statens helsetilsyn og Fylkesmannen adgang til virksomheten.

Den som skal gi opplysninger etter første ledd, eller som ønsker å gi opplysninger til Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen av eget tiltak, kan gjøre det uten hinder av taushetsplikt, dersom det antas å være nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver etter lov, forskrift eller instruks.

Opplysninger som er gitt Statens helsetilsyn eller Fylkesmannen i henhold til denne bestemmelsen, kan uten hinder av taushetsplikten forelegges sakkyndige til uttalelse eller departementet til orientering.

§ 5-10. *Journal- og informasjonssystemer*

Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. De skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv.

§ 6-1. *Plikt til å inngå samarbeidsavtale*

Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

§ 6-2. *Krav til avtalens innhold*

Avtalen skal som et minimum omfatte:

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

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

§ 6-3. *Frist for inngåelse av avtale*

Departementet kan fastsette en frist for når avtale som nevnt i § 6-1 skal være inngått. Det kan settes ulik frist for de forskjellige kravene etter § 6-2.

§ 6-4. *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet*

De regionale helseforetakene skal sende avtaler som nevnt i § 6-1 til Helsedirektoratet innen en måned etter at de er inngått, og senest en måned etter utgangen av frist fastsatt med hjemmel i § 6-3.

§ 6-5. *Endring og oppsigelse av avtaler*

Avtalepartene skal årlig gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser.

Avtalen kan sies opp med ett års frist. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.

§ 6-6. *Samarbeid mellom kommuner*

Departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

§ 7-1. *Individuell plan*

Kommunen skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og stille krav til planens innhold.

§ 7-2. *Koordinator*

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilken kompetanse og hvilke oppgaver koordinatoren skal ha.

§ 7-3. *Koordinerende enhet*

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha.

Kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning

§ 8-1. *Undervisning og praktisk opplæring*

Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.

§ 8-2. *Videre- og etterutdanning*

Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning.

Kommunen skal medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning.

Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om videre- og etterutdanningen.

§ 8-3. *Forskning*

Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kapittel 9. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

§ 9-1. *Formål*

Formålet med reglene i dette kapitlet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt.

Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med brukerens eller pasientens selvbestemmelsesrett.

Ingen skal behandles på en nedverdigende eller krenkende måte.

§ 9-2. *Virkeområde*

Reglene i kapitlet her gjelder bruk av tvang og makt som ledd i tjenester etter § 3-2 nr. 6 bokstavene a til d til personer med psykisk utviklingshemning.

Som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her regnes tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i kapitlet her. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt.

§ 9-3. *Rett til medvirkning og informasjon*

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med brukeren eller pasienten.

Brukeren, pasienten, pårørende, verge eller hjelpeverge, skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i kapitlet her og gis informasjon om adgangen til å uttale seg i saker som skal overprøves, klageadgang og adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og tingretten.

Dersom verge eller hjelpeverge ikke allerede er oppnevnt der kommunen anser det aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i kapitlet her, skal hjelpeverge oppnevnes. Kommunen skal begjære oppnevning av hjelpeverge dersom ikke oppnevning er begjært av andre som kan fremsette slik begjæring, jf. vergemålsloven § 90 a. Opplysninger om personlige forhold som hjelpevergen mottar, kan bare gis videre dersom det er nødvendig for å utføre hjelpevergeoppdraget.

Som pårørende regnes den som er definert som pårørende i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

§ 9-4. *Krav til forebygging*

Kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. I tillegg til å tilrettelegge tjenestetilbudet i overensstemmelse med reglene i § 9-1 andre

ledd, jf. også § 9-5 første ledd, plikter kommunen å gi nødvendig opplæring etter § 8-1, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter kapitlet her.

§ 9-5. *Vilkår for bruk av tvang og makt*

Andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før tiltak etter kapitlet her settes i verk. Kravet kan bare fravikes i særlige tilfeller, og det skal i så fall gis en begrunnelse.

Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte bruker eller pasient. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade.

Det kan anvendes tvang og makt i følgende tilfeller:

a. skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner
b. planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødssituasjoner
c. tiltak for å dekke brukerens eller pasientens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

§ 9-6. *Særlige grenser for bruk av enkelte tiltak*

Mekaniske tvangsmidler som hindrer brukerens eller pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer, skadeforebyggende spesialklær og liknende kan bare brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at brukeren eller pasienten skader seg selv. I alle tilfeller må vilkårene i § 9-5 være oppfylt.

Dersom en nødssituasjon etter § 9-5 tredje ledd bokstavene a og b gjør det nødvendig å skjerme brukeren eller pasienten fra andre personer, skal skjermingen foregå i et ordinært beboelsesrom med ulåst dør. Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsi at døren låses. Vedkommende skal i alle tilfeller holdes under oppsyn, og skjermingen skal avbrytes straks situasjonen er brakt under kontroll.

Det er ikke tillatt med opplærings- og treningstiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c som påfører brukeren eller pasienten smerte eller psykisk eller fysisk skade, herunder all form for fysisk refselse, eller som innebærer betydelig fysiske og psykiske anstrengelser for brukeren eller pasienten eller medfører fysisk isolering.

§ 9-7. *Kommunens saksbehandling*

Beslutning om bruk av tvang og makt etter § 9-5 tredje ledd bokstav a treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, eller – dersom det ikke er tid til dette – av tjenesteyteren. Beslutningen skal nedtegnes straks etter at tiltaket er gjennomført. Reglene i tredje ledd bokstavene a til e og bokstav i om hva som skal nedtegnes, gjelder tilsvarende. Det skal straks sendes melding om beslutningen til den faglig ansvarlige for tjenesten, Fylkesmannen, verge eller hjelpeverge og pårørende, eller på den måten Fylkesmannen beslutter. Meldingen skal opplyse om adgangen til å klage etter § 9-11 første ledd.

Vedtak i medhold av § 9-5 tredje ledd bokstav b og c treffes av den som har det overordnete faglige ansvaret for tjenesten. Vedtak kan treffes for inntil tolv måneder om gangen. Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene.

Vedtaket skal settes opp skriftlig og inneholde:

a. brukerens eller pasientens navn og tid og sted for vedtaket,
b. beskrivelse av brukerens eller pasientens situasjon og en faglig vurdering av denne,
c. beskrivelse av de tiltakene som skal settes i verk og den faglige begrunnelsen for disse,
d. fastsettelse av tidsramme for tiltakene,
e. bekreftelse på at vilkårene i kapitlet er oppfylt, herunder begrunnelse etter § 9-5 første ledd annet punktum,
f. opplysning om hvilken holdning brukeren eller pasienten og dennes representant har til tiltaket,
g. angivelse av faglig ansvarlig for gjennomføringen av tiltaket,
h. opplysning om Fylkesmannens overprøvingsmyndighet og adgang til å uttale seg i saker som skal overprøves etter § 9-8, og
i. opplysning om tilsynsmyndighet.

Vedtaket skal sendes Fylkesmannen til overprøving etter § 9-8. Vedtaket skal samtidig sendes spesialisthelsetjenesten, verge eller hjelpeverge og pårørende som kan avgi uttalelse til Fylkesmannen. Frist for å avgi slik uttalelse er en uke fra vedtaket er mottatt. Vedtaket kan ikke iverksettes før det er godkjent av Fylkesmannen. Dersom vedtaket er påklaget etter § 9-11 andre ledd, kan vedtaket ikke iverksettes før fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har godkjent vedtaket.

§ 9-8. *Fylkesmannens overprøving*

Fylkesmannen skal overprøve vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c, jf. § 9-7 fjerde ledd. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Fylkesmannen skal gi vergen eller hjelpevergen og pårørende opplysning om klageadgangen etter § 9-11 andre ledd.

§ 9-9. *Krav til gjennomføring og evaluering*

Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c.

Brukeren eller pasienten har rett til kvalifisert personale ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c. Ved gjennomføringen av disse tiltakene skal det være to tjenesteytere til stede dersom dette ikke er til ugunst for brukeren eller pasienten.

Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høgskolenivå. Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring. Fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet.

Tiltaket skal vurderes kontinuerlig, og avbrytes straks, dersom vilkårene for vedtaket ikke lenger er til stede eller det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvenser eller å ha uforutsette, negative virkninger.

§ 9-10. *Plikt til å føre journal*

Reglene i helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal gjelder.

§ 9-11. *Klage*

Beslutning etter § 9-5 tredje ledd bokstav a kan påklages av brukeren eller pasienten, verge eller hjelpeverge og pårørende til Fylkesmannen. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c som er overprøvd av Fylkesmannen etter § 9-8, kan påklages av brukeren eller pasienten, vergen eller hjelpevergen og pårørende, til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Klageadgangen gjelder også hvis Fylkesmannen har nektet å godkjenne kommunens vedtak, forutsatt at kommunen fortsatt ønsker å gjennomføre tiltaket. Fylkesnemnda skal prøve alle sider av saken.

Det kan oppnevnes et eget utvalg av fagkyndige for saker som etter reglene i dette kapitlet skal behandles av fylkesnemnda. Forhandlingsmøte for saker etter denne bestemmelsen, skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og §§ 7-11 til 7-21. Kongen kan gi forskrift om at disse reglene skal gjelde helt eller delvis.

Klagesaken skal forberedes av Fylkesmannen etter bestemmelsene i forvaltningsloven § 33 første til fjerde ledd. Fylkesmannen skal redegjøre for de omstendigheter som ligger til grunn for vedtaket. De skriftlige uttalelser og forklaringer som vedtaket bygger på, skal vedlegges. Det skal opplyses om hvilke personer som skal gi forklaring for fylkesnemnda.

Klagefristen er tre uker fra vedtaket eller melding om beslutning er kommet frem til den som har klagerett etter første og andre ledd.

§ 9-12. *Overprøving i tingretten*

Vedtak i klagesak etter § 9-11 andre ledd kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Søksmålsadgangen gjelder ikke hvis fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har nektet å godkjenne kommunens vedtak.

Saksøker er den som tvangsinngrepet er rettet mot. Saksøker kan reise sak på egen hånd dersom vedkommende har evne til å forstå hva saken gjelder. Søksmål kan også reises av pårørende, verge eller hjelpeverge. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5.

Fristen til å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket.

§ 9-13. *Spesialisthelsetjenesten*

Reglene i dette kapitlet gjelder tilsvarende for spesialisthelsetjenesten når den deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 9-7.

Som ledd i spesialisthelsetjenestens utførelse av oppgaver etter §§ 9-7 og 9-9, kan det treffes vedtak om bruk av tvang og makt i medhold av reglene i dette kapitlet. Saksbehandlingsreglene i dette kapitlet gjelder så langt de passer.

Regionalt helseforetak plikter å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i dette kapitlet.

§ 9-14. *Forskrift*

Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av reglene i dette kapitlet.

Kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige

§ 10-1. *Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende*

Kommunene skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 10-2 eller 10-3. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette.

En persons pårørende etter første ledd er den som er definert som pårørende i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

§ 10-2. *Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke*

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

Vedtak etter første ledd skal treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av pasienten under institusjonsoppholdet.

Fylkesnemndas vedtak etter første ledd kan bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen. Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen seks uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal et forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 10-3. *Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige*

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet.

Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom kommunen treffer avgjørelse om det innen denne fristen.

Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen to uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 10-4. *Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.*

Når en rusmiddelavhengig på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a andre ledd, kan institusjonen sette som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket.

Ved opphold i en institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder kan det også settes som vilkår at den rusmiddelavhengige kan holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake. Tilbakehold kan bare skje opptil tre ganger for hvert opphold. Dersom den rusmiddelavhengige rømmer, men blir brakt tilbake innen tre uker, regnes utgangspunktet for tilbakeholdsfristen fra det tidspunkt den rusmiddelavhengige er brakt tilbake til institusjonen.

Samtykket skal være skriftlig og skal gis til institusjonsledelsen senest når oppholdet begynner. Slikt samtykke kan også gis ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i §§ 10-2 og 10-3. Før den rusmiddelavhengige gir sitt samtykke, skal han eller hun gjøres kjent med eventuelle vilkår som nevnt i første og andre ledd.

Institusjonen kan sette som vilkår for oppholdet at den rusmiddelavhengige før oppholdet begynner, gir samtykke til at det kan tas urinprøver under institusjonsoppholdet.

Et barn over 12 år med rusproblemer kan tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er barnets samtykke tilstrekkelig.

§ 10-5. *Bruk av fylkesnemnda i saker etter §§ 10-2 og 10-3*

Barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og §§ 7-11 til 7-23 gjelder tilsvarende for saker etter §§ 10-2 og 10-3 i den utstrekning annet ikke fremgår av loven her.

Forhandlingsmøte for saker etter §§ 10-2 og 10-3 skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14.

§ 10-6. *Innledning til sak etter §§ 10-2 og 10-3*

En sak etter §§ 10-2 og 10-3 innledes ved at kommunen utarbeider begjæring om tiltak etter vedkommende bestemmelse.

Dersom begjæringen skal forelegges et folkevalgt organ, skal begjæringen, dersom organet er enig, med eventuelle merknader omgående sendes til fylkesnemnda. Haster saken, kan den sendes til nemnda uten at den er forelagt det folkevalgte organet på forhånd.

§ 10-7. *Overprøving i tingretten*

Nemndas vedtak kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36 av den private part eller av kommunen. Kommunen er part i saken. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 6-5.

Fristen for å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket. Det kan gis oppfriskning etter tvisteloven mot oversittelse av fristen.

Kommunen dekker sine egne omkostninger i saken.

§ 10-8. *Ansvaret for å reise tvangssak*

Ansvaret for å reise sak etter §§ 10-2 og 10-3 har den kommunen der den rusmiddelavhengige oppholder seg. Ved avtale mellom de berørte kommunene kan ansvaret overføres til en annen kommune som den rusmiddelavhengige har tilknytning til.

Den kommunen som har reist saken, har ansvaret for iverksetting av vedtaket. Endring i den rusmiddelavhengiges tilknytning til kommunen medfører ingen endring i ansvarsforholdet hvis det ikke blir inngått avtale som nevnt i første ledd andre punktum.

Kapittel 11. Finansiering og egenbetaling

§ 11-1. *Kommunens ansvar for utgifter*

Kommunen skal sørge for bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester og sette i verk tiltak kommunen har ansvaret for etter loven her. Utgifter til bedriftshelsetjeneste dekkes ikke av kommunen. Dette gjelder også når slik tjeneste organiseres av kommunen.

Kostnadene ved de tjenester og tiltak som er nevnt i første ledd, skal dekkes av den kommunen som etter § 3-1 og § 10-8 er ansvarlig for å yte tjenesten eller sette i verk tiltaket. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner der en pasient eller bruker får tjenester av en annen kommune enn der vedkommende har fast bosted eller fast opphold, og om behandling av tvister mellom kommuner om utgiftsfordeling i slike tilfeller.

Utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen, skal helt eller delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen.

Kommunen dekker reiseutgifter for behandlingspersonell som gir helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5. Det samme gjelder for kommunalt ansatt helsepersonell eller helsepersonell som har avtale med kommunen for å yte helsehjelp, herunder helsepersonell ansatt ved familievernkontor. Det er et vilkår at pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om dekning av reiseutgifter for behandlingspersonell og for andre tilfeller enn nevnt i fjerde ledd. Videre kan det gis forskrifter med nærmere bestemmelser om fast skyssgodtgjørelse til behandlingspersonell.

I den utstrekning helsetjenester som omhandlet i § 3-2 gir rett til stønad etter forskrift fastsatt i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal kommunen dekke utgifter til helsetjenester som personer bosatt i kommunen har mottatt i et annet EØS-land. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

§ 11-2. *Vederlag for helse- og omsorgstjeneste*

For hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, herunder privat virksomhet som driver etter avtale med kommunen, kan kommunen kreve vederlag av pasient og bruker når dette følger av lov eller forskrift.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om vederlag for helse- og omsorgstjenester.

§ 11-3. *Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester*

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder fastsette kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal omfattes, og hvilken kommune som skal ha finansieringsansvaret.

§ 11-4. *Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter*

Kommunen skal fra og med dag én dekke utgifter for pasienter som er utskrivningsklare, men som oppholder seg i privat eller offentlig institusjon i spesialisthelsetjenesten i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

Kommunen skal inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter, jf. § 6-1.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, betalingssatser etter første ledd og om hvilken kommune som skal ha ansvaret for utgiftene for utskrivingsklare pasienter.

§ 11-5. *Tilskudd fra staten*

Staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Tilskuddene fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene etter regler gitt av Kongen. Til de berørte kommuner yter dessuten staten årlig et særskilt tilskudd til fengselshelsetjenesten, jf. § 3-9.

Folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til helsetjenester etter de regler som er fastsatt i og i medhold av folketrygdloven.

Kapittel 12. Forskjellige bestemmelser

§ 12-1. *Taushetsplikt*

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Overtredelse straffes etter straffeloven § 121.

Taushetsplikten gjelder også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til helse- og omsorgstjenesten å gi slik opplysning.

Opplysninger til andre forvaltningsorganer etter forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 kan bare gis når dette er nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter loven her, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse.

Dersom et barns interesser tilsier det, kan Fylkesmannen eller departementet bestemme at opplysninger skal være undergitt taushetsplikt selv om foreldrene har samtykket i at de gjøres kjent.

§ 12-2. *Legefordeling til kommunens helse- og omsorgstjeneste*

Departementet fastsetter hvert år en samlet ramme for

1. antall nye legestillinger som kan opprettes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og
2. antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om innhold og gjennomføring av legefordeling til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

§ 12-3. *Statlig tilsyn*

Fylkesmannen skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter pålagt i kapitlene 3 til 10 og §§ 11-2, 11-3 og 11-4. Ved tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c skal det også føres stedlig tilsyn. I forbindelse med tiltak etter kapittel 9 kan tilsynet gjennomføre tilsynsbesøk uten beboerens samtykke.

Kommuneloven kapittel 10 A gjelder tilsvarende for tilsynsvirksomheten etter første ledd, med unntak av § 60 d. Statens helsetilsyn kan gi pålegg etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 5.

§ 12-4. *Særlige bestemmelser ved opphold i institusjon*

En institusjon skal drives slik at beboerne selv kan bestemme i personlige spørsmål og ha det samkvem med andre som de selv ønsker, så langt det er forenlig med formålet ved oppholdet og med institusjonens ansvar for driften.

Beboerne skal gis adgang til å bevege seg både i og utenfor institusjonen med de begrensninger som institusjonen fastsetter av hensyn til behovet for trygghet og trivsel.

Det er ikke tillatt å bruke innelåsing i enerom, andre tvangstiltak eller å føre kontroll med beboernes korrespondanse, med mindre det er tillatt ved lov eller forskrifter som nevnt i fjerde ledd.

Kongen kan gi forskrift til utfylling av bestemmelsene i første til tredje ledd, herunder om bruk av tvangsmidler, om urinprøvetaking, om kontroll med beboernes korrespondanse med sikte på å hindre at rusmidler eller farlige gjenstander bringes inn i institusjonen og om forvaltning av beboernes midler.

§ 12-5. *Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer*

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelig.

Kapittel 13. Ikrafttredelse, overgangsbestemmelser og endringer i andre lover

§ 13-1. *Ikrafttredelse*

Loven trer i kraft fra det tidspunkt Kongen bestemmer.[1] Kongen kan sette de enkelte bestemmelser i loven i kraft til forskjellig tid.

1 Iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252 trer loven ikr. fra 1 jan 2012 med unntak av § 3-5 tredje ledd og § 13-3 andre ledd nr. 23, endringen i pasientskadeloven § 1 første ledd, mens § 13-3 andre ledd nr. 15 om endringer i spesialisthelsetjenestloven, ny § 3-3, trer ikr. 1 juli 2012.

§ 13-2. *Eldre forskrifter mv.*

Forskrifter, vedtekter og instrukser gitt med hjemmel i lov som oppheves eller endres når loven her trer i kraft, gjelder også etter denne lov er satt i kraft, med mindre de strider mot loven her eller forskrift i medhold av loven.

§ 13-3. *Endringer i andre lover*

Fra det tidspunktet loven trer i kraft, oppheves lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Fra samme tidspunkt gjøres følgende endringer i andre lover:

15. I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

– – –

Ny § 3-3 skal lyde:

§ 3-3. *Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen.

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal straks sende melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Meldingen skal ikke inneholde personidentifiserende opplysninger.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal behandle meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å forbedre pasientsikkerheten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal sikre at opplysninger om enkeltpersoner ikke kan tilbakeføres til den det gjelder.

Ved mistanke om alvorlig systemsvikt skal Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten varsle Statens helsetilsyn.

Melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kan ikke i seg selv danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon i medhold av helsepersonelloven kapittel 11. Det samme gjelder for begjæring om påtale etter helsepersonelloven § 67 annet ledd.

Departement kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om meldinger som nevnt i annet ledd, herunder om innholdet i meldingene. Departementet kan bestemme at meldeplikten også skal gjelde for spesialisthelsetjenester som ikke er omfattet av annet ledd.

23. I lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. gjøres følgende endringer:

§ 1 første ledd, bokstav a skal lyde:

i institusjon under spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Databasen sist oppdatert 7. jan 2012