

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 utskrivning 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 begrensning 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 Olaus 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 ansvars plasseringen 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 oppfylder 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 interessekonflikter 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

Loverket 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 helsepersonellens 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

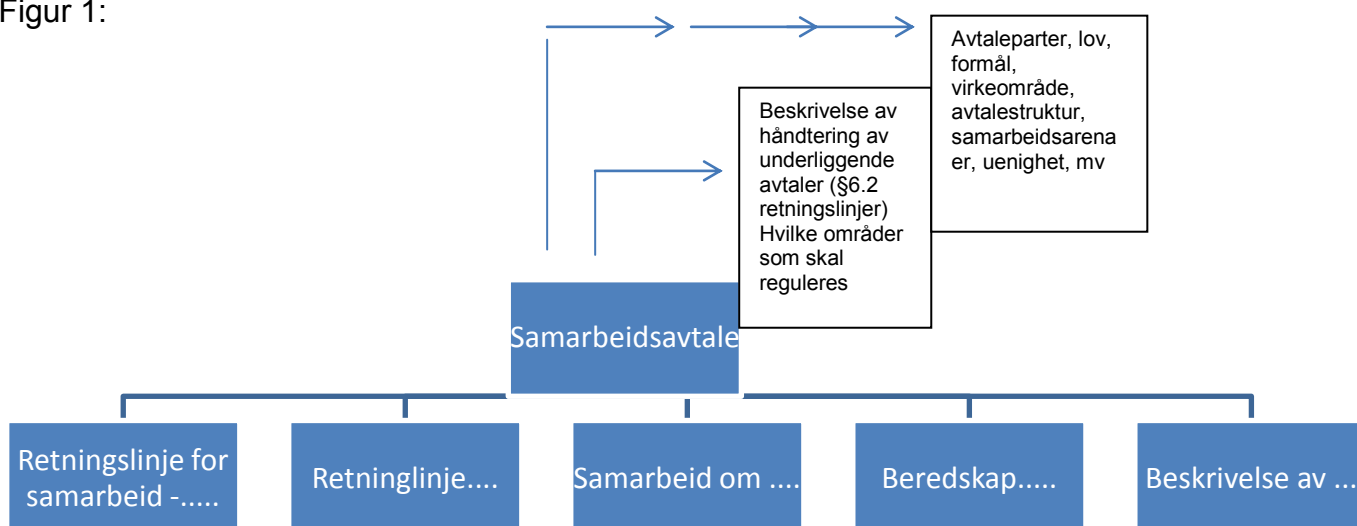
Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet ble inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS 21. juni 2007. Formålet med rammeavtalen var at den skulle understøtte inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler, og danne grunnlag for samhandling mellom kommuner og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

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 tolkningstil 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.

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, behandlingsskjedder 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 legevakslege 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 legevakslegen 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 utskrivning 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, høyskoler 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)

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 ivaretagelse 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, inkludering 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 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64.

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.

Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven). LOV-2001-05-18-24.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV 1999-07-02 nr 61.

Lov om helsemessig og sosial beredskap [helse- og sosialberedskapsloven]. LOV-2000-06-23-56. § 2-2.

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

Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Prop. 91 L (2010-2011). Kap. 28, 31 og 32.

Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Prop. 90 L (2010-2011). Kap. 12.3.1.8 og 12.3.4.2.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2000-04-14-328.

Forskrift om miljørettet helsevern. FOR 2003-04-25 nr 486.

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap. FOR-2001-07-23-881.

Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften). FOR-2007-12-07-1389.

Forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens kommunikasjonsberedskap. FOR-2000-12-20-1556.

Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. FOR 2005-03-18 nr 252.

Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering. I: Høringsnotat: samhandlingsreformen: forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Høringsfrist 6. oktober 2011. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. s. 109-13. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/pages/16779064/hoeringsnotat_samhandlingsreform.pdf

Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen. I: Høringsnotat: samhandlingsreformen: forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Høringsfrist 6. oktober 2011. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. s. 89-92. Tilgjengelig fra:
http://www.regjeringen.no/pages/16779064/hoeringsnotat_samhandlingsreform.pdf

Forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. I: Høringsnotat: samhandlingsreformen: forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Høringsfrist 6. oktober 2011. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. s. 115-6. Tilgjengelig fra:
http://www.regjeringen.no/pages/16779064/hoeringsnotat_samhandlingsreform.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. En gledelig begivenhet: om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. St.meld. nr. 12 (2008-2009). Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-12-2008-2009-.html>

Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Meld. St. 16 (2010-2011). Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011. St.prp. nr. 1 (2007-2008) kapittel 9. Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/S%C3%A6rtrykk%20av%20St.prp.nr.1%20kapittel%209.pdf>

Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet: mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Oslo: Departementet og KS; 2007. Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Rammeavtale.pdf>

Veileder: for inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007. Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/veileder.pdf>

Veileder i organisering av samarbeid mellom helseforetak og kommuner om elektronisk samhandling. Oslo: KS og Nasjonal IKT; 2010. Tilgjengelig fra:
http://www.nasjonalikt.no/Publikasjoner/Veileder_elektronisk_samhandling_KS_NIKT_v2.pdf

Et trygt fødetilbud: forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra:
http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/et_trygt_f_detilbud_forslag_til_kvalitetskrav_for_f_deinstitusjoner_701224

Veileder for kommunale frisklivssentrales: etablering og organisering. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/veileder_for_kommunale_frisklivssentrales_etablering_og_organisering_791454

Habiliteringstjenesten for voksne: i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/habiliteringstjenesten_for_voksne_i_spesialisthelsetjenesten_448774

Kalseth B, Paulsen B. Strategisk samarbeid - på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008. Oslo: SINTEF Helse; 2008. SINTEF rapport A8640. Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/Rapport%20A8640%20Samhandling.pdf>

Møller G, Flermoen S. Samhandling mellom kommuner og helseforetak: erfaringer fra Midt-Telemark. Bø: Telemarksforskning; 2010. TF-rapport nr. 266. Tilgjengelig fra: <http://www.tmforskbo.no/publikasjoner/filer/1809.pdf>

SAMARBEIDSAVTALE

1. Parter

Avtalen er inngått mellom X-kommune og X-foretak.

2. Bakgrunn

Partene er etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 § 6-1 mfl. pålagt å inngå samarbeidsavtale Ved inngåelse av samarbeidsavtalen og vedtakelse av retningslinjer/tjenesteavtaler, oppfyller partene sin lovpålagte plikt til å inngå samarbeidsavtale.

Når partene i denne samarbeidsavtalen bruker uttrykket "avtale" omfatter det både samarbeidsavtalen og de fastsatte retningslinjer/tjenesteavtaler som omtalt nedenfor.

Partene erkjenner at dialog er et viktig fundament for gjennomføring og samhandling knyttet til avtalen.

3. Formål

Formålet er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og helseforetaket, samt å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Samarbeidsavtalen skal angi overordnede bestemmelser om samarbeidsformer, generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenesteområder mv, samt fastsette en prosess for vedtakelse av retningslinjer/tjenesteavtaler mellom partene.

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

Retningslinjene/tjenesteavtalene skal inngå som vedlegg til samarbeidsavtalen, og er på samme måte som samarbeidsavtalen rettslig bindende mellom partene med mindre annet fremgår.

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

Det er partenes intensjon at samarbeidet skal preges av en løsningsorientert tilnærming og prinsippet om at avgjørelser tas så nært brukeren som mulig. Det er partenes intensjon at pasientene/ brukerne som følge av partenes etterlevelse av avtalen skal oppleve at tjenestene:

- er faglig gode
- er samordnet og helhetlige
- preges av kontinuitet
- blir utført på en god måte på tvers av kommunegrensene og forvaltningsnivåene

Samarbeidet skal bygge på likeverdighet mellom partene.

4. Virkeområdet

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

5. Prosess for vedtakelse av retningslinjer/tjenesteavtaler

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 oppstiller et 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 retningslinjer/ tjenesteavtaler, og etter hvert som de utarbeides, inntas som vedlegg til samarbeidsavtalen. Partene skal selv fastsette form, arbeidsmåte, innhold, herunder organisering av samarbeidet i retningslinjene/tjenesteavtalene ut fra de krav loven til en hver tid oppstiller.

Retningslinjene/tjenesteavtalene skal, etter frist fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, være vedtatt mellom partene innen de tidspunkt som fremgår av punkt 4.3 i veilederen.

6. Samarbeidsformer

Partene er enige om at følgende samarbeidsformer skal etableres;

(Det skal til dette punktet angis nærmere hvilke samarbeidsorganer partene er enige om å etablere, sammensetning, ledelse, mandat, herunder hvem som har avgjørelsesmyndighet, eventuell arbeidsform/saksbehandlingsregler, møtehyppighet. Dette må sees i sammenheng med avtalen punkt 9. Det må herunder vurderes hva som er hensiktsmessig å fastsette i denne avtalen, og hva som bør reguleres under de enkelte tjenesteavtalene)

7. Plikt til gjennomføring og forankring

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

Partene forplikter seg til å holde hverandre informert og sørge for gjensidig veiledning innenfor det enkelte ansvarsområdet. Prosedyre for dette skal beskrives nærmere i retningslinjer/tjenesteavtaler innenfor det enkelte ansvarsområde.

Partene forplikter seg til å:

- gjøre avtalens innhold/konsekvenser og beslutninger/ vedtak kjent og iverksatt innenfor eget ansvarsområde
- orientere hverandre om endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalen omfatter.
- gjennomføre konsekvensutredninger ved planlegging av tiltak som berører den annen part
- involvere den annen part før det treffes vedtak om tiltak som berører den annen part
- opprette én klar adressat i egen virksomhet som har et *overordnet* ansvar for å veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne

Partene skal ha etablert ordninger for god forvaltning av avtalen.

8. 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, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.

Partene er enige i at kravet til brukermedvirkning normalt skal oppfylles ved at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser,

13. Innsending av avtaler til Helsedirektoratet

Etter avtale er signert av begge parter, skal XX 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.

Dato,

Dato,

XX kommune

XX HF

9 Vedlegg 2: Eksempler på samarbeidsorganer og former

De samarbeidsorganer og former som er gjengitt i tekstboksene under, er eksempler som er hentet fra eksisterende avtaler som er mellom helseforetak og kommuner i dag. Disse er tatt med for å vise en måte å løse samarbeidet på. Som det fremgår i veilederen er det helt opp til partene å finne frem til egne varianter på dette.

Overordnet samarbeidsutvalg

Overordnet samarbeidsutvalg er et partssammensatt, overordnet strategisk og utviklingsorientert utvalg mellom XX HF og de kommunene som har inngått denne samarbeidsavtalen.

Utvalget har innstillende myndighet overfor kommunene og XX HF.

Administrerende direktør i XX HF og styret i KS XX (fylke) oppnevner X representanter hver.

Utvalget møtes minimum X ganger pr. år.

Leder for administrativt samarbeidsutvalg er sekretær for utvalget. Leder og nestlederfunksjonen alternerer årlig mellom XX HF og kommunene (er leder fra kommunene skal leder i adm. samarbeidsutvalg være fra helseforetaket og motsatt for nestleder). Partene bærer selv egne kostnader

Administrativt samarbeidsutvalg

Administrativt samarbeidsutvalg er et partssammensatt samarbeidsutvalg mellom helseforetak XX og de kommunene i XX som har inngått denne samarbeidsavtalen.

Oppgaver

Administrativt samarbeidsutvalg har ansvar for å

- følge opp og vedlikeholde denne samarbeidsavtalen
- avgjøre saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter vedrørende samhandling om pasienter/ brukere
- opprette kliniske samarbeidsutvalg og fagråd for ulike områder
- avgjøre uenighetssaker som ikke kan løses på annet nivå
- godkjenne rutiner og prosedyrer vedrørende samhandling om felles pasienter etter forslag fra kliniske samarbeidsutvalg eller en eller flere av partene
- arrangere samhandlingsforum, en felles arena for samhandling i XX
- fokusere på erfaringsutveksling, kompetanseoverføring og felles møteplasser
- bidra til utvikling og spredning av gode modeller for samhandling
- ha en oppdatert oversikt over ulike samhandlingsprosjekter i XX

Sammensetning

Utvalget består av X representanter fra kommunene og X representanter fra XX HF. Det oppnevnes vararepresentanter. Utvalgets medlemmer oppnevnes av og representerer henholdsvis kommunenes administrative/politiske ledelse og administrerende direktør i XX HF. Medlemmene er selv ansvarlig for kontakten med dem man representerer.

Fylkesmannen i XX fylke har møte- og talerett.
KS i XX fylke har møte- og talerett.
Representantene oppnevnes for x år av gangen.

Arbeidsform

Utvalget konstituerer seg selv. Leder og nestlederfunksjon alternerer årlig mellom XX HF og kommunene. Funksjonsperiode for utvalget er fra XX (måned) – XX (måned).

Saker fremmes av partene gjennom representantene, som har et selvstendig ansvar for å bringe fram temaer/ saker til behandling. Vedtak forutsetter enstemmighet og forplikter partene.

Den administrative ledelse i henholdsvis XX HF og den enkelte kommunen har ansvar for at vedtak gjennomføres.

Utvalget møtes minimum X ganger pr. år og møteplan for funksjonsperioden avtales. Utvalget legger frem årsrapport i 1. kvartal.

Sekretærfunksjonen tillegges XX HF. Partene bærer ellers egne kostnader.

Samarbeidsforum

Samarbeidsforum har som formål å skape en arena for drøfting av ulike tema som omhandler samhandling, fag- og tjenesteutvikling, elektronisk meldingsutveksling, telemedisin, forskning, undervisning og veiledning.

Forumet avholdes X ganger per år. (evt. i høstsemesteret for helseforetakets ledelse og kommunenes administrative og politiske toppledelse, i vårsemesteret for fagpersonell/ andre ledere)

Partene har selv et ansvar for å melde inn temaer, og bærer selv sine kostnader for samlingen.

Kliniske samarbeidsutvalg/Fagråd

Administrativt samarbeidsutvalg kan opprette faste eller midlertidige kliniske samarbeidsutvalg og fagråd for aktuelle faglige og/ eller administrative utfordringer, eksempelvis vedrørende elektronisk meldingsutveksling og telemedisin eller fagråd innenfor utdanning og forskning.

Mandat og tidsramme for arbeidet fastsettes. De kliniske samarbeidsutvalg rapporterer til administrativt samarbeidsutvalg, og gir tilrådninger til vedtak ved behov.

Kliniske samarbeidsutvalg er partssammensatt og følger som hovedregel de samme prinsippene for representasjon og arbeidsform som administrativt samarbeidsutvalg. Oppnevning skjer etter forslag fra partene og det bør tilstrebes brukerrepresentasjon.