

Samarbeidsavtale

mellom kommunane i Møre og Romsdal
og Helse Møre og Romsdal HF
Gjeldande frå 01.01.2025



Innhold

Innhold.....	2
Hovudavtalen.....	5
1. Partar	5
2. Bakgrunn og definisjonar	5
3. Formål og verkeområde	5
4. Ansvars- og oppgåvedeling.....	6
5. Samarbeidsstruktur– «Helsefellesskap Møre og Romsdal».....	7
5.1 Partnerskapsmøte (PM) - nivå 1 i helsefellesskapet	8
5.1.1 Samansetting.....	8
5.1.2 Organisering	8
5.1.3 Oppgåver	9
5.2 Strategisk samarbeidsutval (SSU) – nivå 2 i helsefellesskapet.....	9
5.2.1 Samansetting.....	9
5.2.2 Organisering	9
5.2.3 Oppgåver	10
5.3 Lokale samarbeidsutval (LSU) – nivå 2 i helsefellesskapet.....	10
5.3.1 Samansetting.....	10
5.3.2 Organisering	10
5.3.3 Oppgåver	11
5.4 Faglege samarbeidsutval (FSU) – nivå 3 i helsefellesskapet.....	11
5.4.1 Samansetting.....	11
5.4.2 Organisering	11
5.4.3 Oppgåver	12
5.5 Samarbeidssekretariat.....	12
5.5.1 Samansetting.....	12
5.5.2 Organisering	13
5.5.3 Oppgåver	13
6. Plikt til gjennomføring og forankring	13
6.1 Partane er samde om følgande prinsipp	13
6.2 Involvering av pasient- og brukarorganisasjonar	13
7. Avvikshandtering og forbetningsarbeid.....	14
8. Handtering av usemje om forståing av avtalen.....	14
8.1 Dialog og forhandlingar	14
8.2 Tvisteløysingsnemnd for helse- og omsorgssektoren	14
8.3 Ordinær domstolsbehandling.....	14

9.	Misleghald	14
10.	Avtaletid, revisjon og oppseiing av avtalen	15
10.1	Forhandlingsutval	15
10.1.1	Samansetting	15
1	Delavtale 1 – Samarbeid om koordinering av tjenester, samt innleggelse og utskrivning fra sykehus	16
1.1	Formål og virkeområde	16
1.2	Samarbeid om individuell plan og koordinering av tjenester	16
1.3	Samarbeid ved innleggelse i sykehus	17
1.4	Samarbeid om utskrivning fra sykehus	18
1.5	Kommunens betalingsplikt	19
2	Delavtale 2 – Samarbeid om kunnskapsoverføring, forskning, utdanning og samhandlingslegar .	20
2.1	Formål og verkeområde	20
2.2	Informasjonsutveksling, rettleiing og kunnskapsoverføring	20
2.3	Samarbeid om forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling	20
2.3.1	Helseføretaket sitt ansvar:	20
2.3.2	Kommunen sitt ansvar.....	21
2.3.3	Felles ansvar og tiltak	21
2.4	Samarbeidsordning mellom spesialisthelsetenesta og kommunal legeteneste	22
3	Delavtale 3 – Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg	23
3.1	Formål og verkeområde	23
3.2	Ansvar og samarbeid	23
3.2.1	Felles ansvar for kommunar og helseføretaket.....	23
3.2.2	Helseføretaket sine oppgåver og ansvar	24
3.2.3	Kommunen sine oppgåver og ansvar	24
4	Delavtale 4 – Samarbeid om utvikling av digitale helsetenester og e-helse.....	25
4.1	Formål og verkeområde	25
4.2	Utvikling av nye tenester	25
4.2.1	Felles plikter og ansvar knytt til utvikling av nye tenester	25
4.2.2	Helseplattformen	25
4.3	Arbeid med e-meldingar	26
4.3.1	Formål og verkeområde	26
4.3.2	Plikter, ansvar og samarbeid	26
4.3.3	Felles ansvar for kommunen og helseføretaket	26
5	Delavtale 5 – Samarbeid om helsefremjande og førebyggjande helsearbeid	27
5.1	Formål og verkeområde	27

5.1.1	Definisjonar	27
5.2	Plikter, ansvar og samarbeid	28
5.2.1	Felles ansvar for kommunen og helseføretaket.....	28
5.2.2	Helseføretaket sine plikter og ansvar.....	29
5.2.3	Kommunen sine plikter og ansvar	29
6	Delavtale 6 – Samarbeid om helseberedskap og akuttmedisinsk kjede	30
6.1	Formål og verkeområde	30
6.2	Samarbeid innanfor helseberedskap og samfunnssikkerheit	30
6.2.1	Felles ansvar for kommunen og helseføretaket.....	30
6.3	Samarbeid om planar og samarbeid i den akuttmedisinske kjede	31
6.3.1	Felles ansvar for kommunen og helseføretaket	31
6.4	Samarbeid om kommunalt døgntilbod for ø-hjelp (ØHD=KAD)	31
6.4.1	Helseføretaket sine plikter og ansvar	32
6.4.2	Kommunen sine plikter og ansvar.....	32

Hovudavtalen

1. Partar

Denne samarbeidsavtalen er inngått mellom den enkelte kommune i Møre og Romsdal (heretter også kalla kommunen) og Helse Møre og Romsdal HF (heretter også kalla helseføretaket), i fellesskap også omtala som partane.

Avtalen gjeld med verknad frå 01.01.2025 og erstattar samarbeidsavtale av 01.01.2021.

2. Bakgrunn og definisjonar

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

Denne samarbeidsavtalen (heretter også kalla avtalen) inneheld ein hovudavtale med tillegg av delavtalar. Ved inngåing av avtalen oppfyller partane si lovpålagde plikt til å inngå samarbeidsavtale.

Delavtalane inngår som vedlegg til hovudavtalen, og er på same måte som hovudavtalen rettsleg bindande.

Retningslinjer³ som er vedtatt i helsefellesskapet har rettleiande formål og har ikkje verknad som avtaleføresegner. Ved motstrid mellom avtalens føresegner og retningslinjer går avtalen framfor.

Med pasient meiner ein i avtalen pasient eller brukar, [jf. pasient- og brukerrettighetsloven \(pbrl.\)⁴ § 1-3 bokstav a og f.](#)

Med helsehjelp meiner ein i avtalen "handlingar som har forebyggjende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell", [jf. pbrl. § 1-3 bokstav c.](#)

3. Formål og verkeområde

Formålet med avtalen er at partane skal planlegge og utvikle heilskaplege og likeverdige helse- og omsorgstenester til pasienten. Tenestene skal ha gode overgangar mellom helseføretak og kommunen uavhengig av kvar ein bur. Samarbeidet skal sikre klar ansvarsdeling og god utnytting av ressursane.

¹ [Lov om helse- og omsorgstjenester](#)

² [Lov om spesialisthelsetjenesten](#)

³ [Samarbeidsavtale og retningslinjer - Helse Møre og Romsdal \(helse-mr.no\)](#)

⁴ [Pasient og brukerrettighetsloven](#)

Hovudavtalen skal klargjere strukturen i samarbeidet, tydeleggjere ansvarsdeling og medverke til framtidretta samarbeid ved planlegging og utvikling av tenestene.

Delavtalane skal gi føringar for pasientforløp, fordeling av ansvar og roller, partane sitt ansvar for å gje informasjon og rettleiing, finansiering, organisering og eventuelt behov for avklaring av arbeidsgjevaransvar mv.

Avtalen sitt verkeområde er samarbeid om helse- og omsorgstenester som pasienten tek imot frå helseføretaket og kommunen.

Avtalen støttar opp om [helsefellesskap](#)⁵ som samlande felles samarbeidsplattform og skal vere retningsgivande for prioriterte satsingsområde som regjering og KS er einige om.

Målet er at pasienten skal oppleve at tenestene:

- er fagleg forsvarlege, trygge og føreseielege
- er samordna og samanhengande
- vert utforma etter involvering av pasienten
- er utforma etter ei tydeleg ansvarsdeling mellom pasient, helseføretaket og kommunen

4. Ansvars- og oppgåvedeling

Partane er gjennom spesialisthelsetenestelova og helse- og omsorgstenestelova pålagt kvar sine ansvarsområde som på fleire område har innverknad på kvarandre. Avtalen skal særskilt gå inn på dei områda partane er pålagt å samarbeide om, der tenestene overlappar eller det er behov for samordning for å sikre gjennomgåande pasientforløp. Helse- og omsorgstenestelova [§ 6-2](#)⁶ gjer klart kva samarbeidsavtalen minimum skal innehalde.

Helse- og omsorgstenestelova § 6-2 pkt. 12 og 13 vert sikra gjennom organisering av samarbeidet i helsefellesskap med felles handlingsplan⁷ som definerer felles tiltak og satsingar for helsetenestene. Vidare vert tenester for barn og unge med samansette vanskar og lidingar varetatt gjennom eige fagleg samarbeidsutval, eigen handlingsplan for barn og unge og ei felles satsing i fylket på barn og unges helseteneste.

Når anna ikkje er særskilt avtalt skal helseføretak og kommune yte tenester slik dette er nedfelt i spesialisthelsetenestelova og i helse- og omsorgstenestelova.

Der det vert avtalt samarbeidstiltak skal ansvarsforholda, medrekna arbeidsgjevaransvaret, gjerast klart mellom partane. Samarbeid om tenester skal også vise til korleis tiltaket er organisert og skal finansierast. Der det er formålstenleg kan det utarbeidast felles handlingsplanar/retningslinje(r) for praktisering av avtalen. Handlingsplanar/retningslinjer skal reviderast og vedtakast i tråd med mandat for det enkelte samarbeidsorgan.

⁵[Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefellesskap](#)

⁶[Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, krav til kva avtalen skal innehalde](#)

⁷[Lenke til samleside for samarbeidsavtale, felles handlingsplan og retningslinjer](#)

Det kan og avtalast at partane utfører oppgåver for kvarandre. Dette endrar ikkje på det lovfesta ansvaret for oppgåva. Som hovudprinsipp skal kostnadane for tiltak ligge til den som har ansvar for tenestetilbodet, uavhengig av kven av partane som etter avtale står for gjennomføringa.

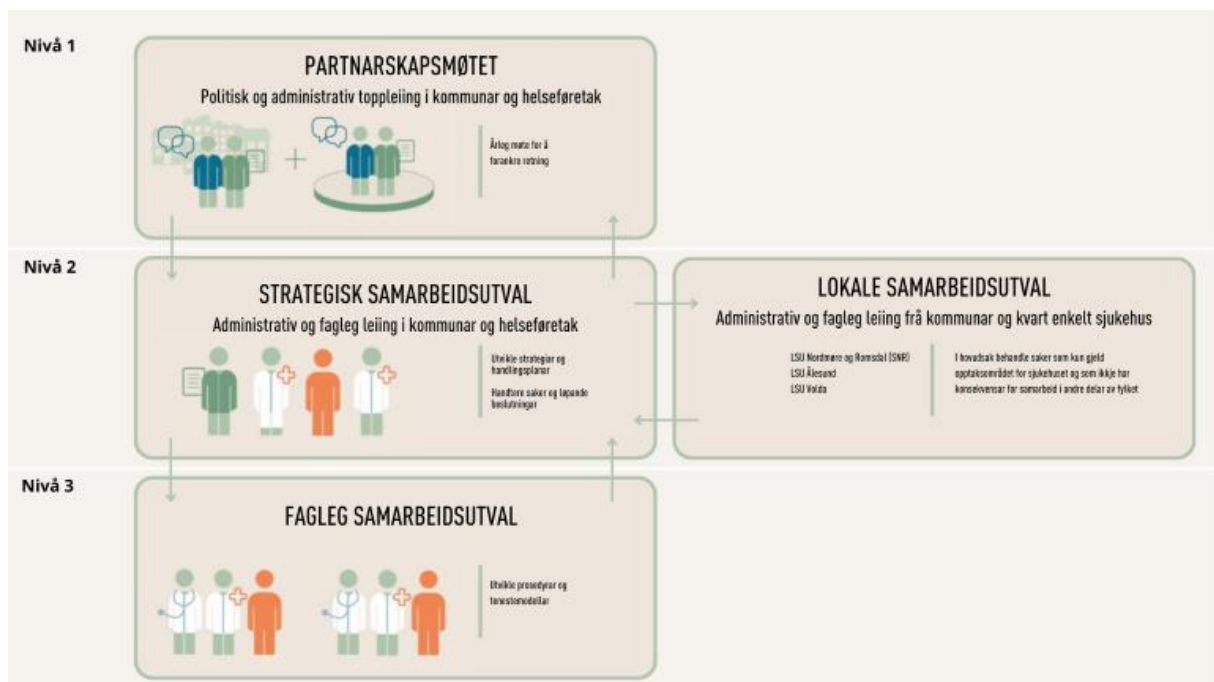
5. Samarbeidsstruktur– «Helsefellesskap Møre og Romsdal»

Helsefellesskap Møre og Romsdal er ein samhandlingsarena der kommunehelsetenesta, spesialisthelsetenesta, brukarrepresentantar og fastlegane møtast for å vidareutvikle helsetenestene i Møre og Romsdal.

Helsefellesskapet skal bidra til at helseføretaket og kommunane gjennom likeverdig samarbeid, i fellesskap planlegg og utviklar gode helse- og omsorgstenester til pasientar som treng tenester frå både spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta. Helsefellesskapet skal følgje prinsipp gitt i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstenesta⁸ og vert konkretisert i felles handlingsplan⁹.

Følgande samarbeidsstruktur er avtalt:

Brukarrepresentantar og representant frå fastlegar deltek på alle nivå.



Figur 1 – struktur samarbeidsstruktur – Helsefellesskap Møre og Romsdal

Partane dekker egne kostnader knytt til deltaking i samarbeidsstruktur og samarbeidssekretariat.

⁸ [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

⁹ [Lenke til samleside for samarbeidsavtale, felles handlingsplan og retningslinjer](#)

5.1 Partnerskapsmøte (PM) - nivå 1 i helsefellesskapet

Formålet til partnerskapsmøtet er å vere ein møtestad for å utvikle helsetenestene til det beste for innbyggjarane i Møre og Romsdal, ved å informere om utfordringar, skape felles forståing og forankre strategi for å løyse felles utfordringar.

5.1.1 Samansetting

- a) Partane stiller med 12 representantar kvar.
- b) Helseføretaket møter minst med styreleiar og nestleiar i styret, administrerande direktør, fagdirektør og klinikksjefar.
- c) Dei interkommunale politiske råda i Nordmøre og Romsdal utnemner kvar sin ordførar, kommunedirektør og kommunalsjef/kommuneoverlege. Sunnmøre interkommunale politiske råd utnemner, frå nordre og søre Sunnmøre, kvar sin ordførarar, kommunedirektør og kommunalsjef/kommuneoverlege. Av dei 12 skal både kommuneoverlege og kommunalsjef vere representert.
- d) Helseføretaket og dei interkommunale politiske råda utnemner vararepresentantar som møter ved forfall.
- e) Ein brukarrepresentant for helseføretaket vert utnemnt av brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal HF, og ein brukarrepresentant frå kommunane vert utnemnt av brukarorganisasjonane.
- f) Leiar av «samarbeidsordninga for spesialisthelsetenesta og fastlegane» og ein samhandlingslege stiller som representant for fastlegane.
- g) Statsforvaltaren kan delta som observatør med møte- og talerett.

I tillegg møter samarbeidssekretariatet (sjå punkt 5.5).

5.1.2 Organisering

- a) Det skal vere eitt årleg møte og eventuelt ekstramøte ved behov.
- b) Leiar og nestleiar skal veljast mellom representantar frå helseføretaket og kommunane, men kan byte roller i perioden.
- c) Representantane skal veljast for fire år om gongen.
- d) Medlemmane er sjølve ansvarlege for å kalle inn vara ved forfall.
- e) Når nokon sluttar, har interkommunale politiske råd eller helseføretaket ansvar for å utnemne ny representant. Endringar skal meldast til felles samarbeidssekretariat

I tillegg til partnerskapsmøtet skal det gjennomførast eit utvida samarbeidsmøte/dialogmøte der alle kommunar med ordførar, kommunedirektør og kommunalsjef/kommuneoverlege vert invitert. Tillitsvalde i arbeidstakarorganisasjonar på fylkesnivå, Statsforvaltaren, NAV Møre og Romsdal, Møre og Romsdal Fylkeskommune, Pasient- og brukarombodet, KS og utdanningsinstitusjonane i fylket vert invitert til å delta i møtet.

5.1.3 Oppgåver

- a) Drøfte utfordringsbildet og forankre felles utviklingsretning og innsatsområde for helsetenestene i Møre og Romsdal.
- b) Fremme utvikling og innovasjon av det heilskaplege helse- og omsorgstenestetilbodet.
- c) Godkjenne felles årsrapport for Helsefellesskap Møre og Romsdal.
- d) Delegere oppgåver til Strategisk samarbeidsutval.
- e) Fastsette tidspunkt og tema for Partnerskapsmøte og utvida samarbeidsmøte/dialogmøte.
- f) Årleg gjennomgå samarbeidsavtalen med sikte på nødvendige oppdateringar eller utvidingar, jf. helse- og omsorgstjenestelova § 6-5 første ledd.

5.2 Strategisk samarbeidsutval (SSU) – nivå 2 i helsefellesskapet

Formålet til strategisk samarbeidsutval er å behandle saker om utvikling og samarbeid innan helse- og omsorgstenester som gjeld heile fylket.

Strategisk samarbeidsutval rapporterer til partnerskapsmøtet.

5.2.1 Samansetting

- a) Leiar og nestleiar for kvart av dei lokale samarbeidsutvala (LSU). LSU Ålesund og LSU Volda stiller kvar med leiar og nestleiar. LSU Nordmøre og Romsdal stiller med leiar og nestleiar + to representantar. Dei lokale samarbeidsutvala vel sine vararepresentantar som møter ved forfall.
- b) Leiar av «samarbeidsordning for spesialisthelsetenesta og fastlegar» og ein samhandlingslege, stiller som representant for fastlegane.
- c) Statsforvaltaren kan delta som observatør med møte og talerett.
- d) Ein brukarrepresentant frå helseføretaket vert utnemnt av brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal HF, og ein brukarrepresentant frå kommunane vert utnemnt av brukarorganisasjonane.

I tillegg møter samarbeidssekretariatet (sjå punkt 5.5).

5.2.2 Organisering

- a) Strategisk samarbeidsutval skal ha minst fire møter kvart år. Møta vert organisert som fysiske eller digitale møte.
- b) Leiar og nestleiar skal veljast høvesvis mellom representantar frå helseføretaket eller kommunane for fire år, men kan byte roller i perioden.
- c) Representantane skal veljast for fire år om gongen.
- d) Medlemmane er sjølve ansvarlege for å kalle inn vara ved forfall.
- e) Når nokon sluttar, har interkommunale politiske råd eller helseføretaket ansvar for å utnemne ny representant. Endringar skal meldast til felles samarbeidssekretariat.

5.2.3 Oppgåver

- a) Overordna ansvar for oppfølging av samarbeidsavtalen.
- b) SSU skal definere mål og utvikle strategiar for framtidens helseteneste.
- c) SSU har ansvar for å vedta og evaluere felles handlingsplan i helsefellesskap Møre og Romsdal.
- d) SSU skal mot slutten av året prioritere mål og tiltak i felles handlingsplan for neste år.
- e) Delegere og følge opp oppgåver gitt til Faglege samarbeidsutval og Lokale samarbeidsutval.
- f) Arbeidet med avvikshandtering og forbetningsarbeid skal vere høgt prioritert hos partane og særleg vere tema i Strategisk samarbeidsutval.
- g) Fremme saker ein ønsker behandla i Partnerskapsmøtet og Utvida samarbeidsmøte.
- h) Ansvarleg for at det vert utnemnd representantar til det partssamansette forhandlingsutvalet. Behandle forslag frå forhandlingsutvalet, og gi tilråding til kommunane og helseføretaket som gjer vedtak om eventuelle endringar i samarbeidsavtalen på sjølvstendig grunnlag, jf. Samarbeidsavtalens punkt 10.1.

5.3 Lokale samarbeidsutval (LSU) – nivå 2 i helsefellesskapet

Formålet til lokale samarbeidsutval er å vere eit forum for forbetningsarbeid og samarbeid mellom kommunen og det enkelte sjukehus. LSU skal i hovudsak behandle saker som gjeld det enkelte opptaksområdet for sjukehus og som ikkje har konsekvensar for samarbeid i andre deler av fylket.

LSU rapporterer til strategisk samarbeidsutval.

5.3.1 Samansetting

- a) Fem representantar frå helseføretaket.
- b) Ein representant frå kvar kommune i sjukehuset sitt opptaksområde.
- c) Representantane skal ha eit overordna/koordinerande ansvar i sine verksemdar.
- d) Ein representant for samarbeidsordning for spesialisthelsetenesta og fastlegane i kvart LSU, men to samhandlingslegar i LSU SNR.
- e) Ein brukarrepresentant for helseføretaket vert utnemnd av brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal HF, og ein brukarrepresentant frå kommunane vert utnemnd av brukarorganisasjonane.
- f) Det enkelte LSU kan sjølv invitere andre aktuelle observatørar med møte- og talerett.

5.3.2 Organisering

- a) Det skal vere eitt LSU ved kvart sjukehus. Kommunar som ligg i grensesona vel sjølv kva for samarbeidsutval dei vil høyre til.
- b) LSU skal ha minst 4 møter kvart år. Møta kan organiserast som fysiske eller digitale møter. LSU Volda og LSU Ålesund skal ha minst to felles møter kvart kalenderår. LSU organiserer sjølv sekretariatsressursar til eigne oppgåver.

- c) Leiar og nestleiar skal veljast høvesvis mellom representantar frå helseføretaket eller kommunane for fire år, men kan byte roller i perioden.
- d) Representantane skal veljast for fire år om gongen.
- e) Medlemmane er sjølve ansvarlege for å kalle inn vara ved forfall.
- f) Når nokon sluttar har kommunane eller helseføretaket ansvar for å utnemne ny representant. Endringar skal meldast til felles samarbeidssekretariat.

5.3.3 Oppgåver

- a) Følgje opp felles handlingsplan for Helsefellesskapet i Møre og Romsdal og implementere forbetringar med mål om gode samhandlingsløysingar og standardiserte pasientforløp.
- b) Arbeidet med avvikshandtering og forbetningsarbeid skal vere høgt prioritert hos partane og særleg vere tema i LSU.
- c) Skal i samarbeid med Lærings- og meistringssenteret, pasientorganisasjonar, frisklivssentralar og ev. andre relevante i kommunar og sjukehus bidra til utvikling og bruk av lærings- og meistringstiltak for å førebygge og utsette behov for helsetenester.

5.4 Faglege samarbeidsutval (FSU) – nivå 3 i helsefellesskapet

Formålet til faglege samarbeidsutval er å fungere som eit rådgjevande organ og styrke samarbeid og kunnskapsdeling innanfor prioriterte område med fokus på forbetningsarbeid og gode pasientforløp.

FSU rapporterer til strategisk samarbeidsutval.

5.4.1 Samansetting

- a) Fire kommunale representantar
 - Ein frå kvart av dei fire interkommunale politiske råda (to frå Sunnmøre).
- b) Fire representantar frå helseføretaket.
- c) Ein representant frå fastlegetenesta, fortrinnsvis samhandlingslege.
- d) Ein brukarrepresentant frå helseføretaket skal utnemnast av brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal HF, og ein brukarrepresentant frå kommunane skal utnemnast av brukarorganisasjonane.
- e) Det enkelte faglege utval kan ved behov sjølv invitere andre aktuelle observatørar med møte- og talerett.

5.4.2 Organisering

Følgande samarbeidsutval vidareførast/etablerast:

- FSU for barn og unge
- FSU for psykisk helse og rus
- FSU for kronisk multisjuka og skrøpelege eldre

- FSU for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg
- FSU for behandlarsamarbeid og samarbeidsordning for spesialisthelsetenesta og fastlegane
- FSU for akuttmedisinsk kjede og helseberedskap

Andre faglege samarbeidsutval kan ved behov etablerast av strategisk samarbeidsutval.

- Utvala konstituerer seg sjølve og organiserer sekretariatsressursar til eigne oppgåver.
- Leiar og nestleiar skal veljast høvesvis mellom representantar frå helseføretaket eller kommunane for fire år, men kan byte roller i perioden.
- Representantane skal veljast for fire år om gongen.
- Medlemmane er sjølve ansvarlege for å kalle inn vara ved forfall.
- Når nokon sluttar har kommunane eller helseføretaket ansvar for å utnemne ny representant. Endringar skal meldast til felles samarbeidssekretariat.

5.4.3 Oppgåver

- Utvikle framtidens helseteneste innan sitt fagområde.
- Utarbeide og prioritere mål og tiltak som skal inn i felles handlingsplan for helsefellesskap Møre og Romsdal. Handlingsplanen skal høyrast og forankrast i dei lokale samarbeidsutvala og vedtakast i strategisk samarbeidsutval.
- Ved behov utarbeide framlegg til retningslinjer for god samhandling.
- I arbeid med handlingsplan, pasientforløp og retningslinjer for samarbeid, der det er relevant, ha fokus på:
 - førebygging og helsefremming
 - diagnostisering
 - behandling
 - rehabilitering/habilitering
 - IKT- løysingar og digital samhandling
 - kompetanse og opplæring
 - forskning og utdanning
 - lærings- og meistringstilbod
 - medverknad frå pasient, brukar og pårørande
- Ansvar for formidling av informasjon til kommunane og helseføretaket for implementering av tiltak.
- Samarbeide med tilsvarande fagråd i Midt-Norge.

5.5 Samarbeidssekretariat

Formålet til samarbeidssekretariatet er å vere kontaktpunkt i samarbeidsspørsmål, koordinere partnerskapsmøter og møter i strategisk samarbeidsutval.

5.5.1 Samansetting

- To representantar frå helseføretaket.

- b) Fire kommunale representantar, ein frå Nordmøre, Romsdal, Søre Sunnmøre og Nordre Sunnmøre.

5.5.2 Organisering

- a) Sekretariatet vert leia i to-årsperiodar av representant frå høvesvis helseføretaket eller kommunen.
- b) Sekretariatet konstituerer seg sjølv.

5.5.3 Oppgåver

- a) Forberede PM og utvida samarbeidsmøte og møte i SSU i samarbeid med respektive leiarar og nestleiarar.
- b) Skrive referat, publisere saksdokument og koordinere oppfølging av vedtak.
- c) Koordinere arbeid med årsrapport inkludert rapport for samhandlingsavvik.
- d) Koordinere utnemning av representantar til dei ulike samarbeidsutvala.
- e) Starte arbeidet med revisjon av samarbeidsavtalen.

6. Plikt til gjennomføring og forankring

Partane forpliktar seg til å gjere avtalen kjend og verksett i eiga verksemd, også for fastlegar og pasientar.

6.1 Partane er samde om følgande prinsipp

- a) Tenester skal utførast på lågast effektive omsorgsnivå i samråd med pasienten og slik at den ikkje påfører pasient, helsetenesta eller andre unødvendig tidstap eller utgift.
- b) Omsyn til berekraft skal leggest til grunn i all verksemd partane samarbeider om, t.d. ved at digitale møter kan veljast framfor fysiske møter.
- c) Kommunen og helseføretaket skal avklare ansvars- og oppgåvedeling i fellesskap.
- d) Partane kan ikkje endre avtalt praksis for ansvars- og oppgåvedeling utan at partane er samde.
- e) Partane skal så tidleg som råd orientere kvarandre om planlagde endringar i organisering av tenester, som kan ha verknad på dei områda avtalen omhandlar.
- f) Partane skal gjensidig involvere kvarandre ved planlegging av tiltak, m.a. ved å gjennomføre konsekvensutgreiing for partane.

6.2 Involvering av pasient- og brukarorganisasjonar

Pasient- og brukarorganisasjonar¹⁰ skal medverke ved utarbeiding, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.

¹⁰ [Avtale mellom regjering og KS om innføring av helsefellesskap](#)

7. Avvikshandtering og forbetningsarbeid

Formålet med avvikshandteringa skal vere kontinuerleg læring, forbetring og erfaringsutveksling.

Arbeidet med avvikshandtering og forbetningsarbeid skal vere høgt prioritert hos partane og særleg vere tema i SSU og LSU.

Dersom partane ikkje følger avtalen ligg det føre eit avvik. Brot på retningslinjer som fører til dårleg samarbeid er også eit avvik.

Partane har etablert system for å melde avvik innan alle samarbeidsområda som er omfatta av avtalen jf. prosedyre for melding og håndtering av avvik mellom kommunen og helseforetaket¹¹

8. Handtering av usemje om forståing av avtalen

Partane har plikt til å søke løysing av usemje om forståing av avtalen i samsvar med prosessar omtala under punkt 8.1 og 8.2 før ei sak vert sendt til domstolane jf. punkt 8.3.

8.1 Dialog og forhandlingar

Ved usemje om innhaldet i avtalen skal partane først prøve å finne løysing gjennom dialog og forhandling.

8.2 Tvisteløysingsnemnd for helse- og omsorgssektoren

Dersom ein ikkje kjem til semje gjennom dialog mellom partane, kan saka sendast til nasjonal tvisteløysingsnemnd for råd om løysing.

8.3 Ordinær domstolsbehandling

Dersom partane ikkje klarer å løyse usemja gjennom dialog og forhandlingar, eller etter rådgivande avgjersle frå Tvisteløysingsnemnda, kan kvar av partane sende saka til dei ordinære domstolane. Den kommunale parts tingrett er verneting.

9. Misleghald

Dersom ein av partane mislegheld sin del av avtalen, og dette påfører den andre parten dokumenterte tap, kan tapet bli kravd dekkja av den som mislegheld avtalen. Slike krav skal settast fram og behandlast i samsvar med den saksgangen som er omtalt ved usemje under punkt 8.

¹¹ [Prosedyre for melding og handtering av avvik mellom kommunane og helseforetaket](#)

10. Avtaletid, revisjon og oppseiing av avtalen

Avtalen trer i kraft ved signering og gjeld fram til ein av partane seier opp avtalen. Oppseiingstida er på eitt år¹². Det er kommunestyret sjølv og/eller styret i helseføretaket som har mynde til å seie opp avtalen.

Kvar av partane kan krevje at heile eller delar av avtalen skal reviderast, dersom vesentlege føresetnader for avtalen vert endra.

Partane skal i PM årlig gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringar eller utvidingar¹³.

Avtalen skal reviderast kvart fjerde år med mindre partane vert einige om å vidareføre avtalen for ein ny periode.

10.1 Forhandlingsutval

Forhandlingsutvalet har ansvaret for å revidere samarbeidsavtalen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunane i Møre og Romsdal.

Forhandlingsutvalet skal veljast for ei periode på fire år.

10.1.1 Samansetting

- a) Fire representantar frå kommunane og fire representantar frå helseføretaket
- b) Leiar for samhandlingslegane skal delta som representant for fastlegane.
- c) To brukarrepresentantar.
- d) Ein representant frå KS med talerett.

Kommunane sine representantar i forhandlingsutvalet vert valde av dei interkommunale politiske råda.

Ein brukarrepresentant frå helseføretaket vert utnemnt av brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal HF, og ein brukarrepresentant frå kommunane vert utnemnt av brukarorganisasjonane.

Dei endringane som forhandlingsutvalet foreslår, skal behandlast av SSU. Vedtak om endringane gjerast av kvar enkelt kommune og helseføretaket etter tilråding frå SSU.

Dato,

Dato,

.....kommune

Helse Møre og Romsdal HF

¹² [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-5, andre ledd](#)

¹³ [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-5, første ledd](#)

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

1.1 Formål og virkeområde

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

Denne delavtalen regulerer samarbeid om:

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

Med sykehus menes helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven¹⁴.

1.2 Samarbeid om individuell plan og koordinering av tjenester

- a) Partene skal sørge for at pasienten opplever et helhetlig tilbud, og partene skal sikre brukermedvirkning på system- og individnivå.
- b) Begge parter skal ha egen koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringstjenester¹⁵.
- c) Dersom pasienten har behov for/endret behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehuset, skal pasienten informeres om at det kan sendes søknad til kommunen om dette. Sykehuset plikter å bistå pasienten med å søke om slike tjenester, dersom pasienten ønsker dette. Kommunen avgjør hvilke tjenester som skal tilbys.
- d) Helseforetaket skal, dersom pasienten har samtykket, så snart som mulig varsle kommunen når en ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. Helseforetaket skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan¹⁶.
- e) Kommunen skal sørge for at det utarbeides individuell plan i samarbeid med helseforetaket, tilby og oppnevne koordinator og vurdere å opprette ansvarsgrupper, der det er behov for dette¹⁷.

¹⁴ [Jf. lov om spesialisthelsetjenester § 2-1 bokstav a](#)

¹⁵ [Jf. lov om spesialisthelsetjenester § 2-5 bokstav b](#), [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-3](#), [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)

¹⁶ [Jf. lov om spesialisthelsetjenester § 2-5](#)

¹⁷ [Jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §§ 7-1 og 7-2](#)

- f) Helseforetaket kan gi ambulante tjenester der enkeltpasient har behov for spesialisthelsetjenester, og der dette av faglige grunner må skje utenfor sykehus. Habiliterings- og rehabiliteringstjenester i sykehus skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon¹⁸. Ambulante tjenester gis i samarbeid med kommunen. Kommunen inklusive fastlegene, skal holdes orientert om det tilbudet som blir gitt og få epikriser¹⁹ fra relevante konsultasjoner.
- g) Helseforetaket skal oppnevne kontaktlege/-psykolog for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet²⁰.
- h) Helseforetaket skal bistå med å kartlegge behov for tverrfaglig oppfølging (rehabilitering) og kartlegge behov for nødvendige hjelpemiddel. Helseforetaket skal ta initiativ til at disse blir anskaffet og klargjort, samt gi opplæring i de hjelpemidler som bestilles av spesialisthelsetjenesten og skal brukes av pasienten i kommunen.
- i) Helseforetaket og kommunen skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom og skade²¹. Helseforetaket skal ha barneansvarlige i relevante enheter.²²

1.3 Samarbeid ved innleggelse i sykehus²³

- a) Når helseforetaket blir kjent med at pasient som innlegges i sykehus mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, skal helseforetaket så snart som mulig sende elektronisk «melding om innlagt pasient» til pasientens bostedskommune.
- b) Kommunen sender «innleggelsesrapport» elektronisk til helseforetaket på innleggelsestidspunktet, eller senest innen fire timer fra mottak av «melding om innlagt pasient», i den grad opplysningene er nødvendig og relevante:
 - a) Sykepleieopplysninger.
 - b) oppdatert legemiddelliste.
 - c) informasjon om hjelpemidler.
 - d) oppdatert individuell plan og/eller palliativ plan.
 - e) annen journaldokumentasjon.
- c) Dersom helseforetaket vurderer at det kan være behov for hjelp fra kommunal helse- og omsorgstjeneste etter utskrivning, skal de varsle kommunen elektronisk med «Helseopplysninger» om dette innen 24 timer etter innleggelsen.²⁴ Hvis det ikke er mulig

¹⁸ [Jf. forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)

¹⁹ [Jf. lov om helsepersonell § 45 bokstav a tredje ledd](#)

²⁰ [Jf. lov om spesialisthelsetjenester § 2-5c, Lov om pasient og brukerrettigheter § 2-5 bokstav a](#)

²¹ [Jf. lov om helsepersonell § 10 bokstav a](#)

²² [Jf. lov om spesialisthelsetjenester § 3-7 bokstav a](#)

²³ [Flytskjema for bruk av e-meldingar mellom HF og kommune](#)

²⁴ [Jf. forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter § 8](#)

å gi en slik vurdering innenfor tidsfristen, gjelder fristen fra det tidspunkt det blir klart at et slikt behov foreligger. Varselet skal inneholde pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.

- d) Helseforetaket skal i samarbeid med kommunen vurdere om det er behov for følgeperson under innleggelsen²⁵.

1.4 Samarbeid om utskrivning fra sykehus²⁶

- a) Helseforetaket skal straks varsle kommunen når en pasient med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester er utskrivningsklar i henhold til vilkårene og dokumentasjonskravene i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 9.
- b) Varsling om utskrivningsklare pasienter skal skje med elektronisk melding tidligst mulig mandag til fredag kl. 08:00 -15:00. Unntak fra hovedregelen ovenfor er:
1. Pasienter som allerede har plass i heldøgns institusjon kan også varsles og utskrives i helg mellom kl. 08 -15.
 2. Pasienter som etter utskrivning har uendret tjenestebehov fra hjemmetjenesten, kan også varsles og utskrives i helg mellom kl.08 -15.
 3. Ved større høytider som jul og påske kan varsling og utskrivning også utføres mellom kl. 08 -15 på helligdager.
- c) Pasientens antatte funksjonsnivå etter utskrivning formidles til kommunen så snart dette er avklart, fortrinnsvis via elektronisk melding senest 24 timer før utskrivning. Dette gjelder for eksempel ved vesentlige endringer i pasientenes helsesituasjon, som kan tilsi behov for tekniske hjelpemidler e.l. fra NAV eller kommunen. For pasienter med behov for omfattende eller langvarig behandling i helseforetaket (f.eks. multitraume, behov for respiratorbehandling), skal varsel uansett gis senest en uke før pasienten antas å være utskrivningsklar.
- d) Dersom pasienten har behov for nye eller endrede kommunale tjenester etter utskrivning, kan helseforetaket bistå pasientene med å søke om slike tjenester. Ved endret utskrivningsplan eller ved dødsfall informeres kommunen straks og endringer registreres i pasientjournalen.
- e) Kommunen skal innen 3 timer innenfor kl. 08 – 15, gi beskjed om kommunen kan ta imot pasient og fra hvilket tidspunkt²⁷. Kommunen skal forberede og iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasient.
- f) Epikrise sendes ved elektronisk melding snarest etter at utskrivning er besluttet og senest innen utskrivningstidspunktet.

²⁵ [Samarbeidsavtale og retningslinjer - Helse Møre og Romsdal \(helse-mr.no\)](#)

²⁶ [Flytskjema for bruk av e-meldingar mellom HF og kommune](#)

²⁷ [Jf. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 10](#)

- g) Dersom pasienten motsetter seg slik melding jf. helsepersonelloven § 45a²⁸, skal kommunen få beskjed om dette og dialog opprettes for å ivareta videre oppfølging av pasienten.
- h) Ved utskrivning skal helseforetaket sende med pasienten resept og nødvendige legemidler og utstyr fram til og med første virkedag etter utskrivning. Hva som skal sendes med avklares med kommunen, herunder om det er behov for ekstra legemidler utover første virkedag.

1.5 Kommunens betalingsplikt

- a) Kommunal betalingsplikt omfatter pasienter som trenger kommunale pleie- og omsorgstjenester etter utskrivning fra sykehus.
- b) Kommunal betalingsplikt inntreer fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar (i henhold til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 13, jf. § 8-10)²⁹ og kommunen har gitt beskjed om at de ikke kan motta pasienten, eller ikke har svart på varselet om utskrivningsklar pasient.
- c) For utskrivningsklare pasienter er det et vilkår for betalingsplikt at helseforetaket har sendt epikrise eller tilsvarende dokumentasjon i samsvar med punkt 1.4 f.
- d) Betalingsplikten gjelder for hvert døgn til og med døgnet før kommunen faktisk overtar pasienten.
- e) Betalingsplikten bortfaller dersom pasienten legges inn igjen på sykehus for samme problemstilling innen 48 timer etter utskrivning.
- f) Helseforetaket skal ha rutiner for registrering av dato for når kommunens betalingsansvar inntreer.

²⁸ [Jf. lov om helsepersonell § 45a](#)

²⁹ [Jf. forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 13](#)

2 Delavtale 2 – Samarbeid om kunnskapsoverføring, forskning, utdanning og samhandlingslegar

2.1 Formål og verkeområde

Delavtalen skal regulere samarbeid mellom partane om:

- gjensidig kunnskapsoverføring, rettleiing og informasjonsplikt
- forskning og innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling
- Samarbeidsordninga mellom spesialisthelsetenesta og fastlegane (tidlegare praksiskonsulentordninga)

2.2 Informasjonsutveksling, rettleiing og kunnskapsoverføring

Partane skal gjennom gjensidig involvering i forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling legge til rette for ei heilskapleg, kostnadseffektiv og kunnskapsbasert helse- og omsorgsteneste til det beste for pasienten.

Partane skal sikre rutinar og ta i bruk tilgjengelege verktøy for informasjonsutveksling, rettleiing og kunnskapsoverføring for å sikre gode og samanhengande helsetenester.

Kommune og spesialisthelsetenesta har gjensidig rettleiings- og informasjonsplikt ovanfor kvarandre. Det vil seie at tilsette som er omfatta av lovverket for spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, skal gi kvarandre råd, rettleiing og opplysningar om helsemessige forhold som er nødvendig for å kunne løyse oppgåver etter lov og forskrift^{30 31 32}.

Rettleiingsplikta omfattar både generell rettleiing og rettleiing knytt til pasientgrupper og enkeltpasientar. Det er særleg aktuelt ved overføring av pasientar mellom kommune- og spesialisthelsetenesta og ved utforming av individuell plan for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester.³³

2.3 Samarbeid om forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling

2.3.1 Helseføretaket sitt ansvar³⁴:

- a) Helseføretaket har ei lovfesta plikt til å drive utdanning og forskning i eige helseføretak.
- b) Helseføretaket skal stille praksisplassar til disposisjon for studentar frå universitet og høgskular, og tilby kunnskapsbasert praksisopplæring og rettleiing av god kvalitet.

³⁰ [Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3, Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten](#)

³¹ [Helse- og omsorgstjenesteloven, Veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten](#)

³² [Rundskriv fra HOD; Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunal helse- og omsorgstjenesten](#)

³³ [Rundskriv fra HOD; Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunal helse- og omsorgstjenesten](#)

³⁴ [Spesialisthelsetjenesteloven §3-8, Sykehusenes oppgaver](#)

Det skal stillast læreplassar til disposisjon for vidaregåande fagopplæring og praksisplassar for studentar frå høgare yrkesfagleg utdanning (tidlegare fagskule).

- c) Helseføretaket pliktar å oppfylle krav til utdanning av helsepersonell på alle nivå, medrekna praksisplassar og stillingar for legar i spesialisering innan allmenmedisin³⁵.
- d) Helseføretaket skal drive klinisk pasientnær forskning.
- e) Helseføretaket bør medverke i relevante forskingsprosjekt som er initiert av kommunen.

2.3.2 Kommunen sitt ansvar

- a) Kommunen skal medverke til og legge til rette for forskning for den kommunale helse- og omsorgstenesta³⁶. Ansvar for medverknad inneber ikkje eit krav om at kommunen sjølv skal initiere eller finansiere forskning.
- b) Kommunen har plikt til å medverke til kunnskapsbasert praksisopplæring og rettleiing av god kvalitet til helsepersonell under grunn-, vidare- og etterutdanning. Kommunen sitt ansvar og medverknad er knytt til praksisdelen av aktuelle utdanningar³⁷.
- c) Kommunen pliktar å oppfylle krav til utdanning av helsepersonell og etablere praksisplassar³⁸.

2.3.3 Felles ansvar og tiltak

Partane skal samarbeide om å fremje forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling innan helsetenesta. Partane skal:

- a) Utvikle og etablere faglege møteplassar mellom helseføretaket og kommunane.
- b) Sørge for formidling og implementering av ny kunnskap.
- c) Arbeide for tidleg og gjensidig involvering i aktuelle samarbeidsprosjekt.
- d) Utvikle framtidretta helsetenester som fremjar kvalitet, pasientflyt og berekraft.
- e) Samarbeide med universitet, høgskular, vidaregåande skular, fagskular og andre aktuelle aktørar om praksisstudiar og utvikling av etter- og vidareutdanningar.

³⁵ [Spesialisthelsetjenesteloven §3-10](#)

³⁶ [Helse- og omsorgstjenesteloven §8-3](#)

³⁷ [Helse- og omsorgstjenesteloven §8-1](#)

³⁸ [Helse- og omsorgstjenesteloven §8-2](#)

- f) Samarbeide og legge til rette for gjensidig hospitering for helsepersonell.
- g) Kontinuerlig utveksle erfaringar for å rekruttere og behalde helsepersonell i Møre og Romsdal.

2.4 Samarbeidsordning mellom spesialisthelsetenesta og kommunal legeteneste³⁹

Samarbeidsordninga er regulert i rammeavtale⁴⁰ mellom regionale helseføretak og Legeforeningen. Samhandlingslegane skal bidra til godt samarbeid og utnytting av ressursane. Samhandlingslegane skal utføre oppgåver i samsvar med rammeavtalen, blant anna:

- a) Bidra til hensiktsmessige retningslinjer for informasjonsutveksling.
- b) Bidra til hensiktsmessig praksis for innlegging og oppfølging av pasientar ved utskriving.
- c) Delta i utarbeiding av retningslinjer i pasientforløp for pasientar med behov for koordinerte tenester.
- d) Formidle informasjon som er av betydning for partane og partane sitt arbeid.

Utgiftene til samhandlingslegane skal fordelast mellom partane på følgande måte:

50 % skal dekkast av helseføretaket og 50 % av kommunen fordelt etter folketal per 1. januar gjeldande år. Kommunen pliktar å gi fastlegar som har stilling som samhandlingslege fritak for plikt for kommunal deltidstilling, dersom samla stillingsandel blir større enn 20 %.

³⁹ [Samhandlingslegar - Helse Møre og Romsdal \(helse-mr.no\)](#)

⁴⁰ [Avtale om samhandlingslege \(tidligere praksiskonsulentordningen\) \(legeforeningen.no\)](#)

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

3.1 Formål og verkeområde

Delavtalen skal bidra til forsvarlege, likeverdige og heilskapleg tenester. Avtalen skildrar fordeling av oppgåver og ansvar mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Mål og tiltak er basert på dei til ei kvar tid gjeldande nasjonale retningslinjer^{41 42 43 44}.

3.2 Ansvar og samarbeid

3.2.1 Felles ansvar for kommunar og helseføretaket

Kommunar og helseføretaket skal utvikle tenestene vidare med utgangspunkt i dei til ei kvar tid gjeldande nasjonale retningslinjer med særleg vekt på følgande område:

- a) Ivareta og vidareutvikle det tenestetilbodet ein har i dag ved å utarbeide felles prosedyre med tydeleg ansvarsfordeling.
- b) Bidra til tryggleik gjennom god og fagleg forankra informasjon/kunnskapsdeling til framtidige foreldre, fødande og den nye familien.
- c) Partane skal legge til rette for far eller medmor si deltaking under svangerskap, fødsel og barseltid.
- d) Tilby kunnskapsbasert barselomsorg med fokus på tidleg tilknytning og god amnestart.
- e) Partane skal identifisere og systematisere oppfølging av risikogravide. Det er særleg viktig å legge vekt på førebyggjande helsearbeid i samband med svangerskap, fødsel og barsel knytt til risikoutsette grupper. Partane skal arbeide for å redusere helserisiko knytt til desse.
- f) Sørge for at tilsette har tilstrekkeleg kompetanse om rett og plikt til utlevering av opplysningar til barnevernstenesta⁴⁵ og politi⁴⁶.
- g) Legge til rette for felles kompetanseutvikling gjennom gjensidig hospitering og årlege felles fagdagar/fagmøte.

⁴¹ [Svangerskapsomsorgen - Helsedirektoratet](#)

⁴² [Fødselsomsorgen - Helsedirektoratet](#)

⁴³ [Nytt liv og trygg barseltid for familien – Nasjonal faglig retningslinje \(fullversjon\).pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

⁴⁴ [Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom - Helsedirektoratet](#)

⁴⁵ [Lov om barnevern \(barnevernsloven\) - Kapittel 13. Taushetsplikt, opplysningsplikt og adgang til å gi opplysninger - Lovdata](#)

⁴⁶ [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Kapittel 6. Opplysningsplikt m.v. - Lovdata](#)

- h) Samarbeide for å utvikle modellar som legg til rette for at helsepersonell kan ha kombinerte stillingar i kommunar og helseføretak (t.d. pilotprosjekt kombinert stilling for jordmor).

3.2.2 Helseføretaket sine oppgåver og ansvar

- a) Sørge for føreseieleg og forsvarleg svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg for gravide og fødande i Møre og Romsdal.
- b) Sørge for at status som «Mor-barn-vennlege sjukehus» vert vidareført⁴⁷.
- c) Skal utnemne forløpskoordinator for gravide som har utfordringar med rusmiddel⁴⁸.
- d) Sørge for følge- og beredskapsteneste gjennom eigne avtalar med kommunar dette er aktuelt for, anten som kontinuerleg eller behovsuttøyst følge- og beredskapsteneste.

3.2.3 Kommunen sine oppgåver og ansvar

- a) Etablere gode rutinar for tverrfagleg samarbeid i kommunen som gir den gravide og familien ei behovsbasert og heilskapleg oppfølging i kommunen.
- b) Bidra til utvikling og vidareføring av ammekyndige helsestasjonar⁴⁹.
- c) Utnemne barnekoordinator etter ønske og behov frå familiar som har eller ventar barn med alvorleg sjukdom, skade eller nedsett funksjonsevne⁵⁰.
- d) Kan utnemne forløpskoordinator for gravide som har utfordringar med rusmiddel⁵¹.

⁴⁷ [Mor-barn-vennlig sykehus - FHI](#)

⁴⁸ [Gravide og rusmidler - Helsedirektoratet](#)

⁴⁹ [Mor-barn-vennlig helsestasjon - FHI](#)

⁵⁰ [Helse- og omsorgstjeneste loven §7-2a, barnekoordinator](#)

⁵¹ [Gravide og rusmidler - Helsedirektoratet](#)

4 Delavtale 4 – Samarbeid om utvikling av digitale helsetenester og e-helse

4.1 Formål og verkeområde

Delavtalen har som formål å regulere den digitale samhandlinga mellom partane. Digitalisering og teknologi er viktige verktøy i utvikling av framtidens helsetenester jf. nasjonal e-helse strategi⁵².

Avtalen femner om arbeidet med digitalisering og teknologi i følgende kategoriar:

- Drift og forvaltning av eksisterande tenester
- Samarbeid om utvikling av nye tenester

For samarbeid om utvikling av nye tenester er informasjonsdeling og involvering sentralt. Aktuelle samhandlingsområde i regionen er til dømes: Helseplattformen, velferdsteknologi, HMR Nær⁵³, samarbeid mellom HMR HF og Digi Møre og Romsdal (KS)⁵⁴ og e-meldingar.

4.2 Utvikling av nye tenester

4.2.1 Felles plikter og ansvar knytt til utvikling av nye tenester

- a) Partane skal vurdere om utviklinga av nye tenester har konsekvens for andre aktørar lokalt og regionalt, og i så fall informere og involvere desse.
- b) Partane skal informere og involvere kvarandre i utvikling av nye tenester der det er naturleg, og søke det beste for innbyggjarar og tilsette sett i eit heilskapsperspektiv.
- c) Dersom ein av partane har ei teneste i drift som kan vurderast utvida til ei samarbeidsteneste, vert parten oppmoda til å innleia dialog med relevante aktørar i helsefellesskapet og vurdere vidareutvikling i fellesskap.
- d) Digitalisering og teknologi er eit verkemiddel i utvikling av nye helsetenester. I val av teknologi skal partane skal søkje meirverdi for pasientar og tilsette i utvikling av tenestene.

4.2.2 Helseplattformen

Helseplattformen er ei journalløysing og eit digitalt samhandlingsverktøy i helsefellesskapet som partane må ta omsyn til. Avtaleverket knytt til Helseplattformen er regulert i tenesteavtalar og anna avtaleverk. Samhandlingsaspekt knytt til Helseplattformen vert handtert utanfor denne avtalen.

⁵² [Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren - ehelse](#)

⁵³ [HMR Nær - Helse Møre og Romsdal \(helse-mr.no\)](#)

⁵⁴ [Digi Møre og Romsdal \(digimr.no\)](#)

4.3 Arbeid med e-meldingar

4.3.1 Formål og verkeområde

E-meldingar skal sikre informasjonsoverføring mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

4.3.2 Plikter, ansvar og samarbeid

Informasjonsoverføring mellom partane skal skje over Norsk HelseNett.

Kvar av partane har ansvar for å leggja til rette for elektronisk informasjonsutveksling. I dette inngår ansvar for å følgje opp system og brukarar av desse.

Forskrift for IKT standarder i helse- og omsorgstjenesten⁵⁵ og «*norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse og omsorgssektoren*»⁵⁶ regulerer det elektroniske samarbeidet og krav til personvern og informasjonssikkerheit.

4.3.3 Felles ansvar for kommunen og helseføretaket

Partane skal sørge for at fagsystem kan ta i bruk alle godkjende elektroniske meldingar. I tillegg skal partane ha nødvendige kvalitets- og tryggingrutinar knytt til desse meldingane.

Forvalte/utarbeide rutinar/prosedyrar for:

- responstid på meldingar og feilretting
- rutinar for felles regional meldingslogistikk/meldingsflyt
- felles kontaktpunkt for avvikshandtering/ brot i kommunikasjon
- kontaktpunkt/ superbrukarar - einingar med elektronisk samarbeid
- avvikshandtering av uønskte hendingar
- endringar i drifta skal planleggjast og kunngjerast
- felles plattform og rutinar for inter aktivt samarbeid
- overvaking av meldingstrafikk med definerte oppfølgingsansvar
- medverknad til harmonisering med regionale og nasjonale IKT-løysingar
- evaluering av felles rutinar for digitalt samarbeid

⁵⁵ [Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsningar - Lovdata](#)

⁵⁶ [Normen – Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren - ehelse](#)

5 Delavtale 5 – Samarbeid om helsefremjande og førebyggande helsearbeid

5.1 Formål og verkeområde

Delavtalen skal bidra til:

- samarbeid om helsefremjande og førebyggande tiltak for å redusere behovet for helsetenester
- oversikt over befolkninga sin helsetilstand og påverknadsfaktorar
- samarbeid mellom kommunen og helseføretaket om overvaking av helsetilstand i befolkninga⁵⁷
- å ha særskild fokus på førebyggande tiltak knytt til dei fire prioriterte pasientgruppene; barn og unge, kronisk sjuke, eldre og personer med alvorlig psykiske lidingar og rus

5.1.1 Definisjonar

I Prop.91L (2011) er det skilt mellom tre nivå av førebygging⁵⁸:

- a) *Primærførebyggjande* arbeid inneber å styrke helsa og hindre at sjukdom, skade eller lyte oppstår. Eksempel er levekårs arbeid, strukturell tilrettelegging for sunne levevanar, undervisning og anna helseopplysning, vaksinasjon og førebygging av ulykker.
- b) *Sekundærførebyggjande* arbeid har som mål å avdekke sjukdom eller sjukdomsrisiko før det kjem symptom på sjukdom og redusere følgene av sjukdom som er blitt diagnostisert. Sekundærførebyggjande arbeid er ikkje alltid lett å skilje frå behandlingsverksemd. Det som kallast tidlig intervensjon vil vere sekundærførebyggjande tiltak. Andre eksempel på sekundærførebyggjande arbeid er rettleiing om kosthald, fysisk aktivitet og røykeslutt til personer med økt sjukdomsrisiko eller etablert sjukdom knytt til levevanar og rettleiing og oppfølging av personer med risikofylt alkoholbruk. Medikamentell behandling for å senke kolesterol eller blodtrykk er også sekundærførebygging.
- c) *Tertiærførebyggjande* arbeid tar sikte på å hindre at konsekvensane av sjukdom og funksjonshemmingar medfører ytterlegare plagar for dei det gjeld. Grensene opp mot rehabilitering, pleietiltak og lærings- og mestringstilbod er i praksis ofte uklare. Eksemplar på tertiærførebyggjande tiltak er fysioterapi etter beinbrot og sosiale støttetiltak ved psykisk sjukdom.

⁵⁷ [Lov om folkehelsearbeid §5](#)

⁵⁸ [Prop. 91 L \(2010-2011\): proposisjon til stortinget. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.](#)

5.2 Plikter, ansvar og samarbeid

5.2.1 Felles ansvar for kommunen og helseføretaket

- a) Samarbeide om å auke helsekompetansen i befolkninga⁵⁹.
- b) Sikre brukarmedverknad på system-, teneste- og individnivå.
- c) Samarbeide om førebygging av ikkje-smittsame sjukdomar.
- d) Tilby lærings- og meistringstilbod. Kommunen skal primært arbeide med diagnoseuavhengige tilbod og helseføretaket med diagnosespesifikke tilbod.
- e) Samarbeide om helsepedagogisk kompetansehevande tilbod for tilsette og brukarrepresentantar.
- f) Samarbeide med ideelle og frivillige lag og organisasjonar.
- g) Samarbeide om tidleg intervensjon for å førebygge rus og psykiske lidingar hos barn og unge.
- h) Ha eit system for å gi nødvendig støtte og oppfølging til vaksne og barn som er pårørande.
- i) Bidra til å ta vare på barn og unge som er etterlatne etter foreldre eller søsken.
- j) Ha godt samarbeid innanfor smittevern mellom kommunar og helseføretaket, for eksempel ved å opprette felles møteplassar ved behov.
- k) Ha infeksjonskontrollprogram i institusjonar⁶⁰.
- l) Gjere smitteverns plan tilgjengeleg for kvarandre ved behov.
- m) Ha gjensidige møtepunkt for å utvikle, oppretthalde og dele kompetanse innan helsefremjing og førebygging gjennom faglege nettverk, hospitering, fagdagar og eventuelt sam lokalisering. Aktuelle område kan vere innan palliasjon, rehabilitering og demens.

⁵⁹ [Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023 \(regjeringen.no\)](#)

⁶⁰ [Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten - Kapittel 2. Infeksjonskontrollprogram, organisering og overvåking - Lovdata](#)

5.2.2 Helseføretaket sine plikter og ansvar

- a) Gi tilbud om undervisning og opplæring til pasientar og pårørande for aktuelle diagnosegrupper. Helseføretaket skal informere om kommunale frisklivs- eller rehabiliteringstilbud⁶¹
- b) Identifisere behov for førebyggjande tiltak hos pasienten og/eller pårørande, starte nødvendige tiltak og gi råd og rettleiing til fastlegar og/eller kommunale tenesteytarar.
- c) Samarbeide med kommunar i utvikling av lærings-, meistring- og frisklivstiltak i kommunehelsetenesta.
- d) Ha ein smitteverns ansvarleg lege som også fattar eventuelle vedtak saman med kommuneoverlegen etter § 5-8 i smittevernloven⁶².
- e) Bidra aktivt med informasjon for overvaking av helsetilstand i kommunane i nødvendige situasjonar og ved konkrete førespurnader.
- f) Varsle kommuneoverlegen ved sjukdomar der det er behov for omgåande smittevernarbeid i kommunen.
- g) Gi smittevern rettleiing til pasientar og pårørande.

5.2.3 Kommunen sine plikter og ansvar

- a) Ha oversikt over helsetilstanden i befolkninga og identifisere faktorar som påverkar folkehelsa.
- b) Ha mål og tiltak for å fremje helse og førebygge skade og sjukdom.
- c) Tilby tidleg innsats til utsette barn og unge og samarbeide med spesialisthelsetenesta der det er relevant.
- d) Sørge for diagnoseuavhengige frisklivs- og meistringstilbud og tilbud retta mot store grupper med kronisk sjuke (døme kan vere KOLS, diabetes, lettare psykiske lidingar)⁶³.

⁶¹ [Spesialisthelsetjenesteloven §3-8 Sykehusenes oppgaver](#)

⁶² [Lov om vern mot smittsomme sykdommer \[smittevernloven\] - Lovdata](#)

⁶³ I følge [Veileder](#) for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinering kan dette organiseres gjennom et samarbeid mellom koordinerende enhet, frisklivssentraler og rehabiliteringstjenester, gjerne i samarbeid med helseføretaket, jf. pkt. 6.3. Viser også til [helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1](#)

6 Delavtale 6 – Samarbeid om helseberedskap og akuttmedisinsk kjede

6.1 Formål og verkeområde

Gjennom denne delavtalen forpliktar partane seg til å vidareføre og utvikle samarbeidet innanfor samfunnssikkerheit og helseberedskap^{64 65}, i utvikling av den akuttmedisinske kjede⁶⁶, og i bruken av kommunalt akutt døgn tilbod KAD/ØHD.

Avtalen omfattar helseføretaket og kommunane sitt ansvar og oppgåver i den akuttmedisinske kjeda, herunder helseberedskap og samfunnssikkerheit, og er avgrensa mot redningstenester som ligg under Justis- og Politidepartementet v/ Hovudredningssentralen (HRS). Samvirkeprinsippet medfører at ressursane ved behov vert stilt til rådighet for HRS.

6.2 Samarbeid innanfor helseberedskap og samfunnssikkerheit

6.2.1 Felles ansvar for kommunen og helseføretaket

Partane pliktar å samordne og dele eigne planar for sosial og helsemessig beredskap for større ulykker, kriser og katastrofar. Dette gjeld mellom anna:

- a) Utarbeide risiko- og sårbarheits analyser som grunnlag for planlegging (ROS-analyser).
- b) Samarbeide om planlegging og gjennomføring av øvingar.
- c) Samordne og dele planar for forsyning og forsyningssikkerheit for materiell og medisinsk utstyr.
- d) Skildre varslings- og krisekommunikasjon.
- e) Samarbeide om opplæring og vedlikehald av kunnskap og kompetanse i krisehandtering.
- f) Innkallingsrutinar for personell.
- g) Samarbeide med andre naudetatar, samfunnssektorar og frivillige organisasjonar. Dette skal sikre heilskaplege beredskapsplanar og krisehandtering til dømes samarbeide om å utarbeide og dele planar for utvikling av akuttmedisinsk beredskap.

⁶⁴ [Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 5-2](#)

⁶⁵ [Lov om spesialisthelsetjenester § 2-1 bokstav b](#)

⁶⁶ [Akuttmedisinforskriften § 2](#)

6.3 Samarbeid om planar og samarbeid i den akuttmedisinske kjede

6.3.1 Felles ansvar for kommunen og helseføretaket

Partane pliktar å samarbeide om utvikling av dei akuttmedisinske tenester slik at tilbodet samla vert tilgjengeleg og av god kvalitet. Dette gjeld blant anna:

- a) Halde kvarandre oppdatert om faktiske tilbod i dei ulike tenester i kjeda som sikrar at pasienten så raskt som nødvendig kjem fram til riktig behandlingsstad/-nivå.
- b) Avklare innhald og kvalitet i døgntilbod for ø-hjelp-funksjonar.
- c) Etablere rutinar som sikrar god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjonar.
- d) Avklare og skildre ansvar, roller og rutinar for utrykking og samarbeid i akutte situasjonar i samsvar med gjeldande lovverk, avgrensa mot sjuketransport (transport av pasientar som ikkje treng ambulanse) og luftambulanse.
- e) Delta i og følge opp nasjonale og regionale satsingar innanfor prehospital akuttmedisin.
- f) Legge til rette for at vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeda har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller.
- g) Planlegge og gjennomføre felles trening og øvingar.

6.4 Samarbeid om kommunalt døgntilbod for ø-hjelp (ØHD=KAD)

Fastlege, legevakt, lege i akuttmottaket og poliklinikk kan etter avtale med ansvarlig lege, eller stedfortreder, ved ØHD tilbod, tilvise pasienten i tråd med lokale rutinar til ØHD. Akutt heimebehandlingsteam kan tilvise pasientar med psykiatriske problemstillingar etter vurdering når det ved aktuelt ØHD tilbod er etablert tilbod for aktuelle pasientgrupper.

Avtale mellom innleggande instans og ØHD skal vere inngått før pasienten kjem til institusjonen.

Pasienten skal tilvisast til spesialisthelsetenesta dersom det ikkje kan gjevast forsvarleg behandling på kommunalt nivå. I tvilstilfelle bør pasientar tilvisast spesialisthelsetenesta. Partane skal sikre at det kommunale ØHD tilbodet vert koordinert med tenester og tiltak i den akuttmedisinske kjeda. Det er eit mål å få utarbeidd felles retningslinjer og rutinar for tilvising og bruk av ØHD så langt det let seg gjere.

6.4.1 Helseføretaket sine plikter og ansvar

- a) Medverke til utforming av retningslinjer for ØHD/KAD tilbodet.
- b) Tilby kommunen nødvendig kompetanseoppbygging for å ivareta ØHD/KAD funksjonen.
- c) Gi råd til kommunen ved behov om behandling av pasientar ved augnebliekeleg hjelp tilbodet. Supplerande opplysningar av betydning for behandling av pasienten skal gis av anna helsepersonell.
- d) Sørge for nødvendig opplæring og vedlikehald av kompetanse hos eigne medarbeidarar.

6.4.2 Kommunen sine plikter og ansvar

- a) Etablere ØHD/KAD tilbod i samsvar med lov og regelverk. Plikta gjeld berre dei pasient- og brukargruppene som kommunen sjølv har moglegheit til å utgreie, behandle og/eller yte omsorg til.
- b) Utarbeide retningslinjer for tilbodet som mellom anna omfattar kriterier for innlegging, faglege krav til verksemda som organisering av lege- og sjukepleiarteneste, kontaktinformasjon og framgangsmåte ved innlegging.
- c) Gi helseføretaket høve til å uttale seg om innhaldet i retningslinjene.
- d) Gjere retningslinjene kjent på kommunen og helseføretaket si nettside.
- e) Sørge for nødvendig opplæring og vedlikehald av kompetanse hos eigne medarbeidarar.