

MØTEINNKALLING

Utval: Komite for Helse og omsorg
Møtestad: Møterom Helsesenteret
Dato: 20.03.2014
Tid: 14:00

Melding om forfall til tlf. 70081300.

Forfall til møter i kommunale organer skal vere gyldig i hht. Lov om kommuner og fylkeskommuner § 40, nr. 1.

Varamedlemer som får tilsendt sakliste, skal ikkje møte utan nærare innkalling.

Dersom du ønskjer din habilitet vurdert i ei sak, må du melde skriftleg frå til Fellessekretariatet om dette i god tid før møtet (Forvaltningslova § 8, 3. ledd).

Pleie og omsorgsleiar Ragnhild Velsvik Berge informerar om Norsk Forum – bygging av omsorgsbustadar med heildøgns pleie og omsorg.

Fosnavåg, 13.03.14

Fred Hansen
leiar

SAKLISTE:

Saksnr	Innhold
PS 7/14	Godkjenning av innkalling og sakliste
PS 8/14	Protokoll frå førre møte
PS 9/14	Referatsaker
PS 10/14	Herøy omsorgssenter - gul avdeling - søknad om mellombels godkjenning
PS 11/14	Styrking av kommunalt barnevern 2014.
PS 12/14	Godkjenning av justert Samhandlingsavtale mellom herøy kommune og Helse Møre og Romdal HF
PS 13/14	Reforhandling - legevaktformidling Volda sjukehus.
PS 14/14	Utlysing av konsesjon på brukarstyrt personleg assistanse (BPA)
Referatsaker/orienteringar:	
RS 6/14	Bløtdelskirurgien i helgene ved Volda sjukehus
RS 7/14	Ambulansetilbodet på ytre søre Sunnmøre
RS 8/14	Kartlegging av lønsnivå støttekontakter

PS 7/14 Godkjenning av innkalling og sakliste

PS 8/14 Protokoll frå førre møte

PS 9/14 Referatsaker



HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

Eigedomsavdelinga

SAKSFRAMLEGG

-

Sakshandsamar:	RMY	Arkivsaknr:	2014/29
		Arkiv:	614

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
	Eldrerådet	
	Formannskapet	
	Kommunestyret	
10/14	Komite for Helse og omsorg	20.03.2014

HERØY OMSORGSSENTER - GUL AVDELING - SØKNAD OM MELLOMBELS GODKJENNING

Tilråding frå rådmannen:

1. Kommunestyret godkjenner Sjukeheimvegen 5 B mellombels som sjukeheimsavdeling for Herøy omsorgssenter – gul avdeling – til utgangen av 31.12.2016.

Særutskrift:

Eigedomsavdelinga

Pleie- og omsorgsavdelinga v/ Ragnhild Velsvik Berge

Anlegg- og driftsavdelinga v/ Jon Rune Våge

Herøy brannvern v/ Tore Langvatn

Barn- familie- og helseavdelinga v/ Inger Marie Tofthagen

Kommuneoverlegen

Helse- og omsorgskomiteen

Eldrerådet

Uprenta vedlegg:

1. K-sak 08/2008
2. K-sak 80/09

Prenta vedlegg:

1. Kommuneoverlegens uttale av 21.02.2014
2. Referat frå synfaring med brannvesenet 19.02.2014

Saksopplysningar:

Saka gjeld mellombels godkjenning av Sjukeheimsvegen 5 B som sjukeheimsavdeling for Herøy omsorgssenter – gul avdeling.

Bakgrunn

Kommunestyret godkjente i K-sak 8/2008 Sjukeheimsvegen 5 B som mellombels sjukeheimsavdeling for Herøy omsorgssenter – gul avdeling, sjå uprenta vedlegg 1.

Det er ingen ekstern instans som godkjenner bygg som lokale for sjukeheimsdrift. Det ligg til kommunestyret sjølv å avgjere dette som eigar.

Krav til sjukeheimsbygg

Kommunehelselova § 1-3 slår fast at sjukeheim eller buform for heildøgns omsorg og pleie skal inngå i det tilbodet kommunen skal ha for å løyse oppgåvene innanfor pleie – og omsorgstenestene.

Forskrift for sjukeheimar og buform for heildøgns omsorg og pleie (forskrift av 14.11.1988 nr. 932) er meir utfyllande når det gjeld krav til drift og utforming av sjukeheimar. Særleg fylgjande bestemmelsar i forskrifta er relevante for saka:

Kapittel 1. Virkeområde

§ 1-1. Denne forskrift gjelder sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie som nevnt i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr. 5. Med boform i denne forskrift menes også sykehjem.

Kapittel 3. Godkjenning - Drift

§ 3-2. Boformen skal ha tilknyttet:

1. en administrativ leder
2. en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling
3. en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien
4. det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand.

Kapittel 4. Beboernes rettigheter

§ 4-1. Ved utformingen av bygningen(e) skal det tas nødvendig hensyn til funksjonshemninger og behandling-, pleie- og assistansebehov hos beboerne. Bygninger over en etasje skal ha heis.

Sengerommene skal som hovedregel være enerom. Det kan innredes to-sengsrom for ektefeller og andre som ønsker å bo sammen. Sengerommene skal ha en størrelse og utforming som forenkler stellet av sengeliggende pasienter. Rommene bør ha uttak for telefon. Det skal være et WC-rom i tilknytning til hvert sengerom.

Grupper av sengerom bør ha egne spise- og oppholdsarealer samt kokemuligheter som kan benyttes av beboerne.

§ 4-2. *Boformen skal ha:*

- 1. tilfredsstillende kjøkken- og vaskerifunksjoner*
- 2. nødvendige rom tilrettelagt for å ivareta beboernes hygiene*
- 3. funksjonell møblering og belysning*

§ 4-3. *Beboerne skal kunne medbringe egne møbler og private gjenstander ved permanent opphold.*

§ 4-4. *Beboerne skal ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse som de ønsker i den utstrekning det er forenlig med den medisinske behandling, drift av boformen og av hensynet til andre beboere.*

Kommuneoverlegens vurdering

Kommuneoverlegens uttale til saka fylgjer som prenta vedlegg 1.

Pleie- og omsorgsleiar si vurdering:

Etter ei grundig kartlegging av dåverande tenestetilbod og framtidige behov la Komite 3 fram sin rapport med vidare planar for kommunen si utbygging av framtidige omsorgstenester i K-sak 80/09, sjå uprenta vedlegg 2. I punkt 6 i vedtaket står det at kvileheimsbygget skal rivast når det vert erstatta av ny sjukeheimsavdeling. Ein naturleg konsekvens er at bygget ikkje vore prioritert for anna enn minimalt vedlikehald.

Planen var å avvikle sjukeheimsdrifta i bygget ved opning av blå avdeling. Behovet for kapasitetsauke førte derimot til at ein valde å vidareføre sjukeheimsdrift i første etasje. Det er kritikkverdig at kommunen ikkje har fått på plass eit erstatningstilbod etter så mange år, og det er godt at det no har kome inn i budsjett- og økonomiplanen. Bygget er ikkje egna for sjukeheimsdrift, og pasientane sitt funksjonsnivå må tilpassast etter dette. Kommuneoverlegen var kritisk til vidare drift sist det var gitt dispensasjon, slik han er også i denne saka. Kommuneoverlegen rår frå at det vert gitt vidare dispensasjon, og meiner at pasientane må få erstatningstilbod innan eit halvt år.

Pleie- og omsorgsleiaren deler kommuneoverlegens faglege vurderingar, men har ei litt meir pragmatisk tilnærming til tidsaspektet, sidan planleggingsprosessen no har kome i gang. Dersom det ikkje er slik at bygget må rivast omgåande for å gjere plass til nybygg på same område, må ein spørje seg om ikkje pasientane har det best med å få vere på einarom på gul, i staden for dobbeltrom på ei anna avdeling i påvente av nybygg. Det er då avgjerande viktig å halde sterkt press på framdrift i denne saka, slik at tidsperioden fram mot nybygg vert kortast mulig. At kommuneoverlegen har sett ein så kort frist for avvikling av bygget må ein ta som eit sterkt signal.

Gul avdeling har felles drift med eit heimetenestedistrikt som har lokale i andre etasje. Det er eit ope spørsmål korleis ein skal løyse lokalisering for heimetenestene, og dette må også finne sitt svar i denne prosessen.

Eigedomsleiaren si vurdering:

Sjukeheimsvegen 5 B er eit betongbygg i 4 etasjar der loft og kjellar i hovudsak er nytta til tekniske installasjonar og lager. Byggets 2. etasje har kontor- og lagerlokale for heimesjukepleia, vaskeri og garderober. I byggets 1. etasje er det 10 pasientrom for sjukeheimsdrift, 1 bad og tre toalett.

Allereie i 2008-saka var det ein premiss for kommunestyrets vedtak at bygget har klare bygningsmessige manglar som gjer det utilrådeleg å akseptere anna enn mellombels bruk av bygget. Bygget har i lengre tid heller ikkje vore prioritert for anna enn heilt naudsynt vedlikehald. Bygget vert såleis vurdert som eit saneringsobjekt. Det er difor ikkje tilrådeleg med nye investeringar i bygget utover det som måtte vere strengt naudsynt. Grunngevinga er som følgjer:

Brukarfunksjonalitet

Bygget er ikkje tilpassa dagens krav til sjukeheimsdrift.

Bygget har fire etasjar med mykje gangareal og trange rom, dårleg eigna for sjukesenger og rullestolar. Bygget er såleis ikkje tilpassa behandling, pleie eller assistanse av sengeliggande pasientar. Det er heller ikkje plass nok til naudsynte hjelpemiddel for ei moderne sjukeheimsavdeling.

Pasientromma og sanitærforholda er ikkje akseptable, med berre eitt bad og tre toalett for totalt 10 pasientar. Det er ikkje tilrådeleg i eit kost/nytteperspektiv å tilpasse bygget til kravet om eit WC pr. rom.

Bygget har ikkje tilfredsstillande kjøkken- og vaskerifunksjonar.

Bygget har dårlege lagerfunksjonar. Dette medfører at utstyr er lagra i korridorar og trapperom, noko som ikkje er ønskeleg av omsyn til brannsikkerheit, reinhald og inneklima.

Lokala set grenser for den enkelte pasient med tanke på høve til privatliv. Pasientromma er for små og fellesareala er lite eigna til dette formål.

Brannsikkerheit

Bygget er kategorisert som eit særskilt brannobjekt, kategori A.

Det vart påpeikt ein del branntekniske manglar i samband med godkjenningssaka i 2008 som i hovudsak er utbetra. Eigedomsavdelinga har bede Herøy brannvern om ei ny vurdering i samband med denne godkjenningssaka. Referat frå synfaringa fyl som prenta vedlegg 2 og syner at det er mindre branntekniske avvik i bygget. Desse avvika vil bli utbetra av eigedomsavdelinga som forvaltar og av pleie- og omsorgsavdelinga som leigetakar i løpet av kort tid.

Ein presiserer at ovannemnde referat ikkje er eit fullverdig branntilsyn og at brannvernet har varsla årleg tilsyn i bygget.

Energi

Bygget er, saman med Bergsøy skule Borgia, det einaste kommunale bygget med oljefyr. Oljefyr skal i følgje dagens regjering fasast ut i kommunale bygg innan 2018. Lekkasjar frå nedgravd oljetank gjer at det lukter sterkt av olje i kjellaretasjen.

Vurdering og konklusjon:

Rådmannen rår kommunestyret til å mellombels godkjenne Sjukeheimsvegen 5 B som sjukeheimsbygg for Herøy omsorgssenter – gul avdeling, til utgangen av 2016.

Mellombels godkjenning er tilrådeleg sett i samanheng med den budsjettløyving som kommunestyret har vedteke for 2014 og økonomiplan 2015-2017. Det er såleis avsett kr. 300 000,- til planlegging av nye omsorgsbustadar med heildøgns omsorg i 2014 og kr. 20 mill. til bygging av bustadane i 2015. Med dette vedtaket vel kommunestyret å dreie noko av dagens sjukeheimsdrift over mot heildøgns omsorgsbustadar, eit tilbod kommunen ikkje har i dag. Dette er ei anna driftsform, som er definert som heimeteneste. Dei pasientane som er på gul må enten få tilbod om anna omsorgsnivå eller plass i anna sjukeheimsavdeling.

Det er avgjerande viktig med god framdrift i planleggingsarbeidet for nye omsorgsbustadar. Av omsyn til godkjenningsfristen for gul avdeling bør difor planlegging fullførast i 2014 med byggestart for nye bustadar i 2015. Funksjons- og arealanalyse oversendast difor kommunestyret for handsaming i løpet av hausten 2014. Spørsmålet om lokalisering av bustadane vil i den samanheng måtte avklarast. Parallelt med planleggingsprosessen vil difor rådmannen ta initiativ til ei endeleg avklaring av lokaliseringa av framtidas omsorgstenester og fremme kommunestyresak med mandat for slik utgreiing, ferdigstilt for parallell vedtak saman med vedtak om godkjenning av funksjons- og arealanalyse

Eigedom sleiar og pleie- og omsorgsleiar presiserer at det i planleggingsarbeidet særleg må avklarast byggetomt for nye bustadar samt alternativ lokalisering av dei funksjonar som i dag har tilhald i byggets andre etasje. Desse to leiarane understrekar at val av byggetomt må sjåast i samanheng med den langsiktige eigarstrategien for sjukeheimsbygga i tillegg til dei krav som naturleg fyl av ønsket om effektiv sjukeheimsdrift. Det vert difor eit hovudspørsmål om nye bustadar skal byggast på tomte for dagens sjukeheimsbygg eller om ein skal bygge nytt ein alternativ stad, basert på ein endra strategi for sjukeheimsområdet og sjukeheimsfunksjonane. Likeins er det viktig å løyve midlar til riving av eksisterande bygg.

Konsekvensar for folkehelse:

Funksjonelle og trygge sjukeheimsbygg er viktig for pasientane, dei pårørande og dei tilsette si folkehelse. Dagens drift er viser lågt sjukefråvær, trivsel blant pasientane. Ein mellombels og tidsavgrensa dispensasjon vert difor vurdert til å gi små konsekvensar for folkehelsa.

Konsekvensar for beredskap:

Mellombels godkjenning ut 2016 inneber ingen vesentlige konsekvensar for beredskapen. Ein er, særleg med omsyn til brann, allereie organisert ut frå det risikobilde ei mellombels godkjenning vil innebere.

Konsekvensar for drift:

Mellombels drift ut 2016 medfører fortsatt driftsutfordringar for pleie- og omsorgsavdelinga fordi pasientgruppene og dei tilsette er delt mellom fleire bygg. På grunn av byggets manglande funksjonalitet, må det takast særlege omsyn til dette ved utval av pasientar til avdelinga. For eigedomsavdelinga inneber mellombels godkjenning at det fortsatt må settast av midlar til drift og naudsynt vedlikehald. Bygging av omsorgsbustadar vil betre den økonomiske situasjonen då

husleigeinntekter kompenserer for driftsutgifter i tillegg til at eit nybygg vil krevje mindre vedlikehald.

Fosnavåg, 03.03.2014

Erlend Krumsvik
Rådmann

Robert Myklebust
Eigedomsleiar

Ragnhild Velsvik Berge
Pleie- og omsorgsleiar

Sakshandsamar: Robert Myklebust

NOTAT.

Til: Egedomsleiar.

Frå: Kst kommuneoverlege.

Kopi: Pleie- og omsorgsleiar. Leiar avdeling for barn, familie og helse.

Dato: 21.02.2014.

**HERØY OMSORGSSENTER – GUL AVDELING- SØKNAD OM MELLOMBELS GODKJENNING.
UTTALE FRÅ KOMMUNEOVERLEGEN.**

I samband med sak om søknad om mellombels godkjenning av Sjukeheimsvegen 5B, gul avdeling, som sjukeheimsavdeling bed egedomsleiar i møte den 18.02.14 om uttale frå kommuneoverlegen.

Kommuneoverlegen gir slik uttale:

Krav til bygning og drift av sjukeheimsavdeling framgår av Forskrift for sjukeheimar og buform for heildøgns omsorg og pleie (forskrift av 14.11.1988 nr 932). Som gjort greie for i saksframlegg er det klart at Sjukeheimsvegen 5B, gul avdeling, ikkje tilfredstiller krav i forskrifta Kapittel 4 (Beboernes rettigheter) §§ 4-1 til 4-4.

Det ligg føre to alternative løysingar:

1. Avslutte drifta og gi bebruarane anna tilbod i eksisterande sjukeheimar i påvente av etablering av planlagde omsorgsbustadar med heildøgns drift.
2. Gi ein ny (for tredje gong) tidsavgrensa dispensasjon for drift i påvente av etablering av planlagde omsorgsbustadar med heildøgns drift.

Alt. 1:

I Forskrifta § 4-1 framgår det at "det kan innredes to-sengsrom for ektefeller og andre som ønsker å bo sammen". Etablering av to-sengsrom i eksisterande sjukeheimar for ei viss periode vil såleis kunne vere innanfor regelverket når det er godt planlagt og gjennomført. Denne løysinga vil såleis ikkje krevje dispensasjon når forskrifta sine krav er innfridd.

Vidare vil dette alternativ frigjere bygget og arealet for sanering og opne for å nytte arealet td til omsorgsbustadar med heildøgns drift i nær tilknytning til det etablerte omsorgsmiljø på Eggesbønes. Dette opnar igjen for rasjonell bruk av personell og teknisk drift.

Alt. 2:

Ein dispensasjon vidarefører dagens tilbod for eit ikkje avklara tidsrom. Det er gitt planleggingsløyving for 2014, og i økonomiplan 2015 – 2017 er det reservert investeringsmidlar. Tomtespørsmålet inkl lokalisering er ikkje avklara. Det er såleis grunn til rekne med at ein dispensasjon må strekke seg minst fram til utgangen av 2017 eller lenger.

Med den standard bygget har i dag og med dei sterke avvik som er i forhold til regelverket når det gjeld "Beboernes rettigheter", finn kommuneoverlegen det ikkje fagleg forsvarleg å rå til ein ny dispensasjon.

Konklusjon:

1. Kommuneoverlegen rår frå at Herøy kommunestyre gir dispensasjon for vidare drift av Sjukeheimsvegen 5B som sjukheimsavdeling.
2. Kommuneoverlegen rår til at det vert etablert tilstrekkeleg antal tilleggsplassar i eksisterande sjukeheimar slik forskrifta § 4.1, 2. ledd opnar for. Innanfor disse rammer er det ikkje naudsynt med dispensasjon.
3. Kommuneoverlegen rår til at det vert gitt dispensasjon for drift av Sjukeheimsvegen 5B, gul avdeling, for det tidsrom som er naudsynt for gjennomføring av pkt. 2, avgrensa til 6 mnd frå vedtaksdato.

REFERAT FRÅ SYNFARING PÅ GUL AVDELING 19.02.14

Desse var med:

Robert Myklebust frå eigedomsavdelinga.

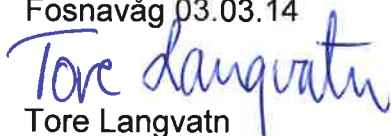
Roger Myklebust, Tore Langvatn og John Normann Pettersen frå Herøy brannvern, førebyggjande avdeling.

Føremålet med synfaringa var å sjå på branntryggleiken på Gul avd.

Herøy brannvern noterte fylgjande punkt som må utbetrast:

1. Merke rømmingsveg 2 i kjellar.
2. Rydde i rømmingsvegar.
3. Merke oksygenlager (2 oksygenflasker står i rømmingsvegen) Utvendig dør må merkast med gult fareskilt.
4. Eigar/drivar må syte for at pasientane/leigetakarane ikkje kan bevege seg i andre delar av bygget enn der dei har sine rom. (andre etasjar må sikrast mot at leigetakarane kan ferdast der)
5. Brannalarmanlegg. Instruksar og tekst må det ryddast opp i. Slik det var på synfaringa så virka det uryddig og tekst var skrive på gule post-it lappar.
6. Eigar må også sjå igjennom vilkåra som vart gitt i sak 20007/20 «Mellombels sjukeheimsdrift – Brannmessig vurdering». Tenker spesielt på: elektriske anlegg og telefoni/kommunikasjon med andre avdelingar, spesielt på natt.
7. Dette er ikkje å sjå på som eit fullverdig branntilsyn, men meir som ei synfaring som gir eit bilde av situasjon under synfaringa 19.02.14.

Fosnavåg 03.03.14



Tore Langvatn
Referent



HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

Avdeling for Barn, Familie og Helse

SAKSFRAMLEGG

-

Sakshandsamar:	LÅS	Arkivsaknr:	2014/401
		Arkiv:	233

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
11/14	Komite for Helse og omsorg	20.03.2014
40/14	Kommunestyret	27.03.2014

STYRKING AV KOMMUNALT BARNEVERN 2014.

Tilråding frå rådmannen:

1. Herøy kommunestyre syner til saksutgreiinga og til utfordringane i barnevernet i Herøy kommune, og nye metoder, og søker om tilskot for dekning av ei 40 % fagstilling i barnevernet.
2. Herøy kommunestyre søker om kompetansemidlar og samhandlingsmidlar kr. 100.000.

Særutskrift:
Fylkesmannen i Møre og Romsdal
Fylkeshuset
6404 MOLDE

Vedlegg:

Saksopplysninger:

Bakgrunn

I Rundskriv frå Det Kongelige Barne –og Likestillings-og Inkluderingsdepartementet Q-31/2014 er retningslinjer for satsing på kommunalt barnevern 2014.

”Målsettingen med satsingen er å styrke barneverntenestene i de mest utsatte kommunene”.

Regjeringen øremerker i 2011 kr 240 millioner til en styrking av det kommunale barnevernet. I statsbudsjettet for 2013 settes det av ytterlegare 205 millioner kroner til styrking av det kommunale barnevernet. I statsbudsjettet for 2014 er 85 millioner kroner øremerka ei ytterlegare styrking av det kommunale barnevernet. Det gjeld søknad til stilling, og kompetanse – og samhandlingstiltak. Hovuddelen av opptrappinga skal gå til nye stillingar. I tillegg skal det kommunale barnevernet styrkast gjennom kompetanse- og samhandlingstiltak. Dei 741 stillingane frå 2011,2012 og 2013 vidareførast. I tillegg øremerkast 150 nye stillingar.

Disse stillingane vil bli fullfinansiert i 2015. I tillegg er det avsett 10 millioner kroner til eittårig kompetanse- og samhandlingstiltak for kommunane.

Fylkesmannen har ansvar for søknadsbehandling og fordeling av midlar i sitt fylke.

Søknadsfrist for kommunane til fylkesmannen om stillinga er 18.februar 2014. Tildeling av midlar til stillinga frå fylkesmannen til kommunane er 25.mars 2014. Søknadsfrist for kommunane til fylkesmannen om kompetanse- og samhandlingstiltak er 11.april 2014. Tildeling av midlar til kompetanse- og samhandlingstiltak frå fylkesmannen til kommunane er 13.mai 2014. Søknadsskjema skal fyllast ut elektronisk.

Søknad frå kommunane til fylkesmannen skal vere behandla av kommunestyret eller av det organ kommunestyret har delegert myndigheit til.

Søknadar om stilling kan både vere saksbehandlingsstillingar (Kostra 244) og stillingar i barneverntenesta knytta til gjennomføring av tiltak (Kostra 251)som bidreg til å sikre lovpålagde oppgåver etter barnevernlova blir ivaretatt. Stillingane skal kome som tillegg til budsjetterte stillingar i 2013 og som tillegg til allereie planlagde nyopprettingar av stillinga i 2014,vedteke i handlingsprogram/budsjett for 2014.

Kriteria for søknadane

Ved vurdering av søknadar om nye stillingar har departementet lagt opp til at fylkesmannen skal ta utgangspunkt i levekårsutfordringar og belastningar i barnevernet. Departementet har utarbeidd ein modell ut frå konkrete levekårsvariablar og belastningsvariablar der kommunane sine halvårsrapportar om situasjonen i barnevernet som er sendt fylkesmannen/departementet er lagt til grunn. I tillegg kan fylkesmannen utøve skjønn på bakgrunn av sin kunnskap om kommunane, risikovurdering og forvaltningstilsyn. Fylkesmannen opplyser at ved vurdering av søknadane vert det lagt positivt vekt på :

- Plan som kommunen har for å styrke tenesta
- Politisk vedtatt interkommunalt samarbeid

BARNEVERN TENESTA I HERØY KOMMUNE SETT UTIFRÅ ULIKE KRITERIA

Belastning i barnevernet:

Fylkesmannen har ved rapporteringar, oversikt over situasjonen i Herøy kommune. Barnevernet i Herøy legg vekt på å auke kompetansen for utføring av primæroppgåvene som er å undersøke meldingar, avdekke omsorgssvikt, sette i verk tiltak. Vi har endra på våre interne rutinar, for å betre kvaliteten på tenesta, ved å opprette undersøkingsteam, tiltaksteam og omsorgsteam. Vi vil prøve ut den modellen for å sjå om vi klarer å gjere ein enda betre jobb, og halde tidsfristane. På denne måten blir oppgåvene meir oversiktlege og metoden skal evaluerast i løpet av våren. Det vi ser til no er at særleg tiltaksteamet har store arbeidsoppgåver, samt aukande utfordringar i omsorgsteamet. Dersom vi får tilført meir ressursar, er det naturleg at desse teama blir styrka.

Barn under omsorg er ressurskrevjande og tunge saker og krev minimum ei stilling til oppfølging. Desse barna har ofte over tid levd under omsorgssvikt og vert for seint oppdaga. Dei fleste barna har forsterka tiltak i fosterheim. Barnevernet har ansvar for tida oppfølging av 8 fosterbarn. Fleire av fosterheimane ligg i andre kommunar slik at ein arbeidsdag går med til oppfølging og reisetid. Biologisk familie skal også følgjast opp. Dette er viktig for å få kvalitet på arbeidet som blir gjort for barna. Særdeles viktig blir det også at arbeidet er gjort på ein kvalitativ god måte når ein skal i nye rundar i rettsapparatet. Vi har tilsynsansvar for 15 barn som bur i fosterheim i kommunen, det er ein auke av slike saker. Vi har tunge og krevjande ettervernssaker, som gjeld barn som har vore under omsorg. Lovendring i barnevernlova i 2014 stiller nye krav til barneverntenesta, spesilt for oppfølging av barn under omsorg.

Barneverntenesta i Herøy kommune står overfor store utfordringar når det gjeld å førebygge omsorgssvikt, hindre utvikling av omsorgssvikt og førebyggje at barn vert flytta frå foreldra. Problematikk som rus, vold, foreldrekonfliktar og psykiatri er særskilt utfordrande og veksande problematikk. Hjelp til barn frå ulike nasjonalitetar er ei stor utfordring og ei gruppe som er i vekst. Forsking viser at barnevernet kan vente ei tripling av saker, det må takast omsyn til i vårt arbeid.

Vi ser at sakene som vert meldt til barnevernet er omfattande og ressurskrevjande, og at fleire barn og unge vert utsett for alvorleg omsorgssvikt. Det er eit omfattande arbeid å i verk sette dei rette tiltaka, og oppfølging slik som lova krev. Det vil sei at barn kan bli gåande utan god nok oppfølging, og i ein omsorgssituasjonen som ikkje er god nok.

Ei stor utfordring i arbeidet med utsette barn og unge er å oppdage omsorgssvikt tidleg, kome inn med tidleg tiltak og kvalitetssikre det tverrfaglege samarbeidet om oppfølging av enkeltindividet. Rapport nr 5/2009 frå Helsetilsynet synleggjer oppsiktsvekkjande avvik i den tverrfaglege oppfølginga. Rundskriv Q 31/10 frå Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet omhandlar også dette, sitat/utdrag:

"For å sikre barn et helhetlig og godt koordinert tilbud, er dessuten samarbeidskompetanse og god kunnskap om tilgrensende tjenester avgjørende. Å styrke disse områdene er viktige ledd i arbeidet for et godt og likeverdig barneverntilbud i hele landet.

Herøy kommune har tatt ansvar og auka innsatsen for tidleg oppdaging ved å styrke innsatsen innan det førebyggjande arbeidet. Dette er viktige mål for å skape trygge oppvekstvilkår. Spesielt styrke innsatsen i samarbeid med skule, barnehage, PPT, helse og andre. Det er m.a oppretta tverrfaglege team i alle skulane og alle barnehagane. Dette er ei prioritert oppgåve for Herøy kommune. Det krev ressursar, men vi ser positive resultat. Samarbeidet har blitt styrka og barn vert tidlegare oppdaga. Dette er politisk forankra i "Handlingsplan for førebyggjande arbeid for barn og unge." Herøy kommune har vedteke samorganisering av barnevern og helse, gjeld legetenesta, førebyggjande einig, rehabilitering og psykiatritenesta, for m.a. å styrke tenestene og innsatsen for barn og unge. Dette er ein modell som vi har tru på, og som vi vil prøve ut over tid. Ny avdeling "Barn,

familie og helse" er etablert i nye lokale. Derfor er ikkje vi med i prosjektet for interkommunalt barnevern, men vi ynskjer å vere med i interkommunalt samarbeid om tiltak. Herøy kommune er med i interkommunalt samarbeid med kommunane Hareid, Ulstein og Sande om PMTO. Tiltaket er organisatorisk forankra i Vertskommunemodellen. Det er politisk semje i kommunane om å halde fram med dette tiltaket.

Levekårsutfordringar:

Det kan sjå ut som at Herøy kommune kjem positivt ut når det gjeld desse kriteria. Det vil sei vi har få fattige og vi har mindre barn i aldersgruppa 0-22 år enn kommunane elles på Sunnmøre. Dette kan tilsynelatande sjå positivt ut, men Fylkesmannen bør merke seg at dei som er fattige skil seg lett ut i slike samfunn og lett kan bli stigmatiserte. Dette er ei utfordring for dei det gjeld og for det kommunale hjelpeapparatet. Det er også slik at barn frå alle samfunnslag treng hjelp frå barnevernet. Herøy kommune er vekstkommune, og har stor arbeidsinnvandring. Vi arbeider med mange ulike nasjonalitetar, eit arbeid som er ekstra utfordrande i høve språkbarrierar og kultur. Kommunen har starta eit prosjekt, "Bulyst", for arbeidsinnvandring. Prosjektleiaren har etablert kontakt med barnevernet for informasjon om den hjelpa som barnevernet kan gi. I følgje prosjektleiaren har Herøy kommune størst arbeidsinnvandring i landet i høve folketalet.

Vurdering og konklusjon:

Det er nødvendig at utsette barn og unge i Herøy får nødvendig hjelp, og at barnevernet følgjer opp krava i barnevernslova.

Herøy kommune oppretta i 2010 ei ny stilling i barnevernet. Stillinga vart oppretta med bakgrunn i framlegget til statsbudsjett om satsing på barnevernet. Kommunen søkte fylkesmannen i 2011 om statlege satsingsmidlar. Herøy kommune kom ikkje med i den tildelinga. Kommunen søkte på nytt om statlege satsingsmidlar i 2013, vi fekk tildelt 60 % stilling, samt kompetansemidlar kr. 40.000.

Auke i arbeidsmengda og tunge omfattande saker gir slitasje. Dette medfører auka belastning på barnevernet som ikkje gjev direkte utslag på dei parametranne som vert målt i offentleg statistikk, men ved at barnevernet ikkje opplever å strekke til i den heilskaplege tenestekjeda innanfor barnevernet sitt arbeidsområde. Lovendringar i barnevernlova i 2014 stiller større krav til barneventenesta, spesielt for oppfølging av barn under omsorg. Barnevernet vert stadig pålagde nye krevjande lovpålagde oppgåver som krev ressursar og kompetanse.

Herøy kommune har særleg styrka det førebyggjande arbeider genereelt, og det tverrfaglege samarbeidet. Ein har danna fundamentet for tidleg oppdaging og tidleg innsats. Herøy kommune har merka seg Fylkesmannen sitt signal om ynske om samanslåing av store barnevernkontor. Det vil alltid vere både fordelar og ulemper med slike samanslåingar. Herøy kommune har brukt mykje tid og ressursar på evaluering og utgreiing av ny organisering. Med inspirasjon frå m.a. Helsetilsynet sin rapport 5/2009 har Herøy kommune valt å gå ein eigen veg med sikte på å etablere eit lokalt hjelpeapparat som skal oppdage tidlegare og organisere og kvalitetssikre tverrfagleg innsats til barnets beste. Herøy kommune vil oppmode Fylkesmannen om å ha takhøgder for å støtte alternative organisasjonsmodellar. Det vil vere verdifullt for å måle ulike erfaringar med sikte på kva som kan gi best kvalitet. Herøy kommune ønskjer å seg til interkommunalt samarbeid om tiltak.

Ut frå kriteriane som er sett ved tildeling av midlar til stilling meiner ein at Herøy kommune oppfyller krav om midlar til styrking av tenesta. Utfordringane er spesielt merkbara på sakshandsamarsida for barn under omsorg, og tiltakssida, det er i samsvar med auken av saker, og ein må også ta omsyn til stor arbeidsinnvandring kva det medfører av utfordringar som skal løysast i kommunen. Barnevernet Herøy kommune har etablert styringssystem som skaper nærleik mellom fagtenesta og den administrative og politiske leiinga om utfordringane i barnevernet. Både den administrative og politiske leiinga er sterkt opptekne

av å følgje opp utfordringane omkring utsette barn og unge. Utfordringane er større i barnevernet i kommunen enn det som kanskje vil verte vekta i tildelingskriteriane for tilskotsfordelinga. Vi vil oppmode Fylkesmannen om å ta omsyn til dette i si skjønsvurdering.

Herøy kommune har i verk sett ei alternativ organisering basert på Helsetilsynet sine erfaringar og nytenking omkring organisering av tenestene for barn og unge. Tidleg oppdaging og innsats i eit heilskapleg perspektiv er grunnleggjande for denne satsinga. Dette er forhold som vi vil oppmode Fylkesmannen om å støtte og vise interesse for erfaringane med modellen.

Det er ei stor utfordring som er lagt på Fylkesmannen når han skal fordele tilskotsmidlane. Det er avgjerande at kommunar som har satsa barnevern og prioritert dette arbeidsområdet på bekostning av andre kommunale oppgåver ikkje vert straffa ved tildeling av tilskot. Ei styrking av stilling vil vere med på å styrke modellen som vi ynskjer å prøve ut og som vi har stor tru på. Vi ser at modellen gir motivasjon og arbeidsglede for tilsette i barnevernet, det kjem barna til gode.

Herøy kommune søker statlege styrkingsmidlar til ei 40 % fagstilling i barnevernet. Stillinga skal primært nyttast til styrking av omsorgsteamet som får nye og krevjande oppgåver, og til oppfølging/iverksetting av hjelpetiltak slik at kommunen stetter lovpålagde oppgåver, samt nytte kompetansen som vi har på tiltakssida m.a. ICDP og PMTO.

Herøy kommune søker om kr. 100.000 på statlege samhandlingsmidlar og kompetansemidlar. Samhandlingsmidlar til styrking/implementering av samhandling i ny organisasjon "Barn- familie og helse". Kompetansemidlar til vidareutdanning av tilsette i barneverntenesta.

Konsekvensar for folkehelse:

Ei fagleg styrka teneste til barn og unge vil ha stor betydning for folkehelsa til mest sårbare barn og unge i kommunen

Konsekvensar for beredskap:

Ingen særlege konsekvensar

Konsekvensar for drift:

Auka bemanning gir betre og styrka teneste

Fosnavåg, 05.03.2014

Erlend Krumsvik
Rådmann

Inger Marie Toftagen
Avd.leiar

Sakshandsamar: Lilly Åse Skogen



HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

Pleie- og omsorgsavdelinga

SAKSFRAMLEGG

-

Sakshandsamar:	RVB	Arkivsaknr:	2012/150
		Arkiv:	G20

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
	Eldrerådet	
6/14	Råd for menneske med nedsett funksjonsevne	25.03.2014
12/14	Komite for Helse og omsorg	20.03.2014
48/14	Formannskapet	18.03.2014
37/14	Kommunestyret	27.03.2014

GODKJENNING AV JUSTERT SAMHANDLINGSAVTALE MELLOM HERØY KOMMUNE OG HELSE MØRE OG ROMDAL HF

Tilråding frå rådmannen:

1. Herøy kommunestyre vedtek Samhandlingsavtalen mellom Herøy kommune og Helse Møre og Romsdal HF slik den ligg føre i vedlegg 1 til denne saka, men med den endring at siste kulepunkt i Vedlegg 12, pkt. 4.3 fell bort.
2. Kommunestyret tek til orientering at tillitsvalde deltek som observatørar i administrative samhandlingsutval slik ein har praktisert til no. Spørsmål kring tillitsvalde sin representasjon i ulike samhandlingsutval skal avklarast i samband med den totale gjennomgangen av vedlegg 12 som skal gjerast i 2014.
3. Herøy kommunestyre viser til ny formulering i hovudavtalen og gir rådmannen fullmakt til å vedta retningslinjer og prosedyrar som følgjer av avtalen, dersom desse ikkje er av vesentleg eller prinsipiell tyding.

Særutskrift:

Barn, familie og helse-leiar

Pleie- og omsorgsleiar

Bu- og habiliteringsleiar

NAV-leiar

HTV NSF

HTV Fagforbundet

HTV Delta

Hovudverneombodet

Vedlegg:

1. 1
2. Dei viktigaste endringsforslaga i samhandlingsavtalen med Helse Møre og Romsdal HF
3. 2
4. Samarbeidsavtale mellom Herøy kommune og Helse Møre og Romsdal HF
5. 3
6. Vedlegg 1: Helse- og omsorgsoppgåver og tiltak som partane skal utføre
7. 4
8. Vedlegg 2: Samarbeid for å sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester
9. 5
10. Vedlegg 3a: Samarbeid om innlegging og behandling av pasientar med behov for somatiske tenester
11. 6
12. Vedlegg 3b: Samarbeid om inntak, innlegging og behandling av pasientar med behov for psykiske helsetenester
13. 7
14. Vedlegg 4: Øyeblikkelig hjelp døgnopphald
15. 9
16. Vedlegg 5a: Samarbeid om utskriving av pasientar med behov for somatiske tenester
17. 10
18. Vedlegg 5b: Samarbeid om utskriving av pasientar med behov for tenester innanfor psykisk helsevern
19. 11
20. Vedlegg 6: Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglege nettverk og hospitering
21. 12
22. Vedlegg 7: Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
23. 13
24. Vedlegg 8: Samarbeid om svangerskaps- fødsels- og barselomsorg
25. 14
26. Vedlegg 9: Samarbeid om IKT og elektronisk samhandling
27. 15
28. Vedlegg 10: Samarbeid om førebygging
29. 16
30. Vedlegg 11: Omforente beredskapsplanar og planar for den akuttmedisinske kjeda
31. 17
32. Vedlegg 12: Samhandlingsstruktur
33. 18
34. Vedlegg 13: Samarbeid om praksiskonsulentordning
35. 18
36. Utskrift frå møteprotokoll 1/14 i Overordna samhandlingsutval

Saksopplysningar:

Som del av Samhandlingsreforma vart kommunar og helseføretak gjennom helse- og omsorgslova pålagde å inngå Samarbeidsavtale med verknad frå 1.1.2012. Lova

stiller krav om at «kommunestyret sjølv» skal vedta Samarbeidsavtalen og at denne minimum skal bestå av 11 punkt. Vidare har ein vedteke ytterlegare 2 vedlegg (nr.12 og 13).

Den to år gamle samarbeidsavtalen mellom Herøy kommune og Helse Møre og Romsdal HF er samansett av ein hovudavtale med 13 vedlegg. Heile avtalen ligg som vedlegg til saka her. I hovudavtalen er det gjort viktige endringar, og i delavtalene er det slike endringar:

Vedlegg	Endring
1	Partenes ansvar mht helse og omsorgsoppgaver
2	Samarbeid for å sikre helhetlige helse – og omsorgstenester
3a	Samarbeid om innlegging og behandling – somatikk
3b	Samarbeid om innlegging i psykisk helsevern
4	Samarbeid om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
5a	Samarbeid om utskriving – somatikk
5b	Samarbeid om utskriving fra psykisk helsevern
6	Retningslinjer for gjensidig kunnskaps- og informasjonsutveksling
7	Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
8	Samarbeid om svangerskap, fødsel og barselomsorg
9	Samarbeid om IKT og elektronisk samhandling
10	Samarbeid om forebygging
11	Omforente beredskapsplaner
12	Samhandlingsstruktur mellom HMR og kommunene
13	Samarbeid om praksiskonsulentordning

Vedlegg 4 inneheld ei særavtale for Herøy kommune, og denne er ikkje endra no. I vedlegg 2 er det gjort greie for dei viktigaste forslaga til endring frå forhandlingsutvalet.

I pkt. 10 i Hovudavtalen er det fastsett at partane kvart år skal ha ein gjennomgang og evaluering av avtalen, og at partane skal sette fram ynskje om endring innan den 1. oktober kvart år. Det vart sett fram nokre ynskje om endring hausten 2012, men partane vart samde om å ikkje gjere endringar då.

Hausten 2013 vart det, særleg frå Sunnmørskommunane, sett fram ei rekke ynskje om endring av avtalane. Det vart sett ned eit forhandlingsutval med fylgjande representantar:

- samhandlingssjef Britt Valderhaug Tyrholm, Helse Møre og Romsdal HF
- spesialrådgiver Robert Giske, Helse Møre og Romsdal HF
- brukarrepresentant Hanne Lilian Søvik, Helse Møre og Romsdal HF
- sekretær Anniken Standal Remseth, Helse Møre og Romsdal HF
- rådmann Olaug Haugen, Tingvoll kommune
- kst. rådmann Arild Kjersem, Fræna kommune
- kommuneadvokat Olav Aarøe, Ålesund kommune
- kommuneoverlege Arne Gotteberg, Volda og Ørsta kommune

Samhandlingskoordinator Ann Sissel M. Nedreberg frå KS Møre og Romsdal var observatør i nokre av møta.

Sunnmøre Regionråd si samhandlingsgruppe og eit arbeidsutval under denne har teke initiativ til dei fleste framlegga til endring i avtalen.

I møte 15.1.2014 gjorde Overordna samhandlingsutval (OSU) i sak 2014/06 (sjå vedlegg 3) vedtak om å tilrå at ein ikkje gjer endringar i vedlegg 12 Samhandlingsstruktur i Møre og Romsdal mellom kommunane og Helse Møre og Romsdal HF no, men at ein skal arbeide vidare med strukturen i 2014.

Med verknad frå 1.1.12 har OSU vedteke, som fast ordning, at tillitsvalde skal delta med fire observatørar både i OSU og i dei to Administrative samhandlingsutvala (ASU). Dette har ikkje vore behandla i dei organa som skal vedta avtalen, men ordninga har vore praktisert. I sak 2014/06 vedtok OSU å tilrå at partane skal vedta at fire tillitsvalde skulle verte fullverdige medlemmar i kvart av dei tre utvala, samstundes som ein som sagt tilrår at ein ikkje skal gjere endringar i samhandlingsstrukturen.

Før 1.1.2014 var den spesialiserte rusbehandlinga samla i eitt helseføretak i heile regionen, Rusbehandling Midt-Norge HF, som kommunane hadde ein separat avtale med. No er desse funksjonane fordelt på dei tre fylkesvise helseføretaka, og Helse Møre og Romsdal HF har gitt beskjed om at dei overtek avtalar som er gjort med rusføretaket. Helse Møre og Romsdal HF har elles ikkje vore i ein slik posisjon at det har vore muleg å arbeide rusområdet inn i den samarbeidsavtalen ein no legg fram. Ein må difor kome attende til dette seinare.

Vurdering og konklusjon:

Rådmannen si vurdering og erfaring når det samhandlingsavtalane i Møre og Romsdal er:

- Samarbeidsavtalane har ført til auka likeverd og betre samhandling mellom partane
- Men avtalane er omfattande dels som fylgje av at dei er juridisk bindande og dels fordi dei omfattar eit område i sterk endring der partane vil sikre seg mot at ein skyv oppgåver/ansvar over på kvarandre.
- Samhandlingsstrukturane er så langt etablert på overordna administrativt nivå, men er lite utvikla på det faglege nivå. Ein manglar enkle sekretariatsfunksjonar, og saksgang, sakstyper og oppgåve-/arbeidsdeling mellom dei ulike samhandlingsutvala, har enno ikkje funne ein god og rasjonell struktur. Rådmannen sluttar seg difor til at det i 2014 må gjerast ein grundig revisjon av vedlegg 12 som så skal vedtakast av kommunestyret.
- Rådmannen er oppteken av at tillitsvalde sine rettar og plikter til medverknad gjennom Hovudavtalen skal takast i vare på ein god måte også i samhandlinga mellom kommunen og helseføretaket. På den andre sida må slik medverknad ikkje føre til overdriven ressursbruk. Rådmannen tilrår difor at tillitsvalde framleis skal ha observatørstatus i dei tre samhandlingsorgana, men at ein vurderer den samla ressursbruken nøye når ein i 2014 skal sjå på ny Samhandlingsstruktur (vedlegg 12).
- I staden for fleire vedlegg som «*kommunestyret sjølv*» skal vedta, ynskjer rådmannen at vidare utvikling av samarbeidet i større grad skal gå gjennom utvikling av administrative retningslinjer og prosedyrar der det er naturleg.

Økonomiske konsekvensar:

Ingen konsekvensar over det som er avtalt før. Men samarbeidet har økonomiske

konsekvensar gjennom forhold som til dømes når ein pasient er definert som utskrivingsklar.

Juridiske konsekvensar:

Ingen større konsekvensar ut over det som er avtalt før.

Konsekvensar for folkehelse:

Ingen som følgje av endringa, men generelt regulerer avtalen samhandling og funksjonsdeling mellom Helseføretak og kommune. Dette er viktig for det samla helsetenestetilbodet til innbyggjarane.

Konsekvensar for beredskap:

Ingen konsekvensar over det som er avtalt før. Vedlegg 11 omhandlar beredskapsmessige konsekvensar

Konsekvensar for drift:

Ingen store konsekvensar, men justeringar vil føre til enklare samhandling på nokre område.

Konklusjon med grunngjeving:

Det er gjort eit grundig og omfattande arbeid ved gjennomgang og reforhandling av avtaleverket. Samhandlingsgruppa som er etablert av Sunnmøre regionråd bidreg til at kommunane er ein likeverdig partner, ved at kommunane står saman og ikkje åleine, når ein går til forhandlingsbordet.

Delar av avtalane er no klarare, men fram mot neste revisjonspunkt må det arbeidast vidare med Vedlegg 12 samhandlingsstrukturen.

Rådmannen meiner det framlagde forslaget til justert Samhandlingsavtale tek i vare Herøy kommune sine interesser på ein god måte.

Fosnavåg, 05.03.2014

Erlend Krumsvik
Rådmann

Ragnhild Velsvik Berge
Avdelingsleiar

Sakshandsamar: Ragnhild Velsvik Berge

Reforhandling av samhandlingsavtalen med Helse Møre og Romsdal: Gjennomgang av, og kommentarar til dei viktigaste forslaga til endring frå Forhandlingsnemnda.

Hovudavtalen

I pkt. 3, siste avsnitt er teksta endra

frå: «Dersom partene inngår avtale på andre områder, vil det følge som vedlegg 13 og videre.»

til: «Dersom partene inngår samarbeid på andre områder, kan det inngås særskilte avtaler som vedlegg til denne avtalen, eller egne retningslinjer og/eller prosedyrer som ikke er vedlegg til avtalen. Velger en alternative retningslinjer og/eller prosedyrer som ikke er vedlegg til avtalen, vil ikke avvik- og sanksjonsreglene i denne avtalen, komme til anvendelse.»

Vedlegg 1: Hvilke helse og omsorgsoppgaver har partene ansvar for – og hvilke tiltak skal partene utføre.

Ikkje endring

Vedlegg 2: Samarbeid for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Tillegg i punkt 4.3 Kommunen, pkt. 1: «Koordinerende enhet skal videreformidle direkte og relevant kontakt for oppfølging av barn og unge.»

Vedlegg 3a – Samarbeid om innleggelse og behandling av pasienter med behov for somatiske helsetjenester

Det har vore behov for å forenkle og tydeleggjere kva dokumentasjon kommunehelsetenesta skal sørge for i samband med innlegging og behandling i sjukehus.

Det har vore røyst kritikk, særleg frå legehald, om at kravet til dokumentasjon frå kommunen må justerast i høve til i kva situasjon innlegga skjer. I det nye forslaget til pkt. 5.1 og 5.2 i dette vedlegget skil ein difor på «henvising» og «innlegging» og på om sjukeheim eller heimesjukepleia er involvert i innlegginga.

Frå:

«5.1 Kommunens ansvar ved innleggelse i HMR

- I henvisningen skal det fremkomme klare problemstillinger som henviser ønsker vurdert utredet eller behandlet, samt at kommunal behandling er vurdert som ikke tilstrekkelig
- I henvisningen skal det foreligge oppdaterte medikamentliste og opplysninger om hvilke kommunale tjenester pasienten mottar

5.2 Dokumentasjon ved innleggelse i HMR

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

- Sykepleieopplysninger
- Oppdatert medikamentsliste
- Informasjon om hvilke hjelpemidler pasienten bruker
- Eventuelt oppdatert individuell plan
- Nødvendige rapporter fra andre behandlere/terapeuter

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

Til:

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

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

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

5.2 Dokumentasjon ved innlegging i HMR

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

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

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

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

Vedlegg 3b – Samarbeid om innleggelse og behandling av pasienter med behov for psykiske helsetjenester

Ingen endring

Vedlegg 4 – Samarbeid om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp tilbud

Ingen endring

Vedlegg 5a – Samarbeid om utskriving av pasienter med behov for somatiske helsetjenester

Tillegg i teksta:

- i pkt. 5 Definisjon av utskrivningsklar pasient, som siste kulepunkt:
«Dokumentasjonskravet nevnt i punkt 7.1 skal være oppfylt.»
- i pkt. 6.3 Prosedyre ved antatt behov for kommunale tjenester, pkt. 4:
«Sykehuset skal ikke legge føringer på hvilke tjenester kommunen skal yte.»

Pkt 6.3 Prosedyre ved antatt behov for kommunale tjenester, pkt. 5 er endra frå: «Helse Møre og Romsdal HF skal varsle om antatt behov for tekniske hjelpemidler fra kommunen eller NAV så tidlig som mulig.

til: «Helse Møre og Romsdal HF skal varsle kommunen så tidlig som mulig, dersom pasientens situasjon er vesentlig endret, slik at det kan være behov for tekniske hjelpemidler e.l. fra kommunen eller NAV.»

Pkt. 7.1 Helse Møre og Romsdal HFs ansvar ved utskriving er endra slik at pkt 1 og 2 er som før, medan punkt 3 er erstatta av tre nye punkt.

frå:

«3. Ved utskriving skal epikrise/orientering til pasient ved utreise, følge pasient i tillegg til å sendes til fastlege, henviser og eventuelt annen oppfølgende instans. Helse Møre og Romsdal HF innhenter samtykke fra pasienten dersom informasjon og/eller epikrise sendes til andre enn fastlegen. Epikrise/orientering til pasient ved utreise skal fortrinnsvis sendes elektronisk.»

til:

«3. Ved utskriving skal forskriftsmessig epikrise eller tilsvarende legedokumentasjon (utskrivningsblankett) inkludert fullstendig medikamentliste følge pasienten. Denne skal også sendes fastlege, henviser og eventuelt annen oppfølgende instans så raskt som mulig.

4. For å sikre forsvarlig oppfølging av pasienter som utskrives til kommunalt tjenestetilbud skal innholdet i dokumentasjonen nevnt i punkt 3 gjøres tilgjengelig for kommunen snarest etter at utskriving er besluttet og senest samtidig med at pasienten utskrives. Punkter som omhandler pasientens tilstand, funksjonsvurdering, antatt hjelpebehov og at kriterier i “Vilkår for utskrivingsklar pasient” er oppfylt, skal være inntatt i dokumentet eventuelt ved bruk av supplerende sjekklister.

5. Helse Møre og Romsdal HF innhenter samtykke fra pasient dersom informasjon og / eller epikrise sendes til andre enn fastlegen. Signerte epikriser/ utskrivingsblankett og eventuelt sjekklister skal fortrinnsvis sendes elektronisk.».

Vedlegg 5b – 8.

Ingen endring

Vedlegg 9: Samarbeid om IKT – løsninger og elektronisk samhandling

Vedlegg 9 totalt revidert ut frå nye krav til standardiserte elektroniske meldingar over Norsk Helsenet mellom legane, andre kommunale helsetenester og helseføretaket. Dette er også kalla Meldingsløftet og skal appliserast i 2014. Målsettinga er at elektronisk kommunikasjon og meldingsutveksling skal vere den ordinære måten å kommunisere i pasientbehandlings-kjedene, og følgje dei kvalitets- og sikkerheitskrav som er myndighetene definerer (“Normen”).

Vedlegg 12: Samhandlingsstruktur i Møre og Romsdal mellom kommunane og Helse Møre og Romsdal HF

Det er knytt store utfordringar til å få til ein god struktur, samansetning og oppgåvefordeling på samarbeidsorgan for samhandling mellom kommunar og helseføretak. Dels handlar dette om at kommunane er sjølvstendige juridiske einingar medan helseføretaket ei samla juridisk eining, og geografisk representasjon spelar difor inn. Vidare ynskjer Helseføretaket ein felles avtale med kommunane, sjølv om kommunane i prinsippet kan gjere sjølvstendige avtalar. Historiske faktorar frå tida før det vart eitt helseføretak i vårt fylke, og den spenninga som knyter seg til sjukehusstrukturen i fylket, er også moment som utfordrar samhandlingsorgana. Ein har difor i desse to åra hatt to Administrative samhandlingsutval (ASU), eitt for Sunnmøre og eitt for Romsdal/Nordmøre.

Det har også vore ein del uro kring arbeidstakarorganisasjonane sin representasjon. Med utgangspunkt i ein sentral avtale gjorde Overordna samhandlingsutval (OSU) vedtak om at tillitsvalde frå 1.1.2012 skulle få fire representantar (to frå kvart partsområde) med observatørstatus i kvart av dei to Administrative samhandlingsutvala (ASU) og det same i OSU, dvs. til saman 12 tillitsvalde observatørar. Dei faste representantane frå både kommune og helseføretak i ASU har gitt uttrykk for at dette er alt for ressurskrevjande.

Forhandlingsutvalet gjorde framlegg om at OSU skulle halde fram med om lag same samansetning som før. Men ein ville redusere talet på representantar i begge ASU med ein representant mindre, frå 7 til 6 frå kvar part. Når det gjeld arbeidstakarorganisasjonane sin representasjon, gjorde forhandlingsutvalet framlegg om at dei berre skulle vere representert i dei to ASU og då med ein frå kommunane og ein frå helseføretaket.

Forhandlingsutvalet har vedteke ei oppmoding om at ein gjennom eit spleiselag mellom helseføretaket og kommunane skulle auke praksiskonsulentordningane i sjukehus med 20 % og etablere/betre sekretariats-/saksbehandlingskapasiteten for samhandlingsutvala.

Vedlegg 13.

Ingen endring

Før 1.1.2014 var den spesialiserte rusbehandlinga samla i eitt helseføretak i heile regionen, Rusbehandling Midt-Norge HF, som kommunane hadde ein separat avtale med. Frå 1.1.2014 er desse funksjonane fordelt på dei tre fylkesvise helseføretaka,

og Helse Møre og Romsdal HF har gitt beskjed om at dei overtek avtalar som er gjort med rusføretaket. Helse Møre og Romsdal HF har elles ikkje vore i ein slik posisjon at det har vore muleg å arbeide rusområdet inn i den samarbeidsavtalen ein no legg fram. Ein vil difor kome attende til dette seinare.

SAMARBEIDSAVTALE

**mellom Herøy kommune
og Helse Møre og Romsdal HF**

1. Innleiing

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

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

Følgjande definisjon for samhandling skal leggjast til grunn for avtalen:

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

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

Samarbeidsavtalen byggjer på:

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

2. Verdigrunnlag og målsetting

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

Samarbeidet skjer ut ifrå en felles forståing av oppgaver og ansvar. Eit godt samarbeid føreset forankring i leiinga, som legg til rette for god og effektiv samhandling mellom Helse

Møre og Romsdal HF og kommunen. Dette gjeld både på politisk, administrativt, fagleg nivå og i den daglege drifta av tenestene.

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

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

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

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

For å nå desse måla skal partane:

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

3. Samhandlingsområde

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

1. Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
2. Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter/ brukere med behov for koordinerte tjenester
3. Retningslinjer for innleggelse i sykehus
4. Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp
5. Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasientersom antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon
6. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering

7. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
8. Samarbeid om jordmortjenester
9. Samarbeid om IKT-løsninger lokalt
10. Samarbeid om forebygging
11. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

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

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

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

4. Samhandlingsformer

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

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

Samhandlingsstruktur blir omtala i vedlegg 12 til avtalen.

5. Plikt til gjennomføring og forankring

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

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

Partane forpliktar seg til å:

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

6. Involvering av pasient- og brukarorganisasjonar

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

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

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

7. Avvikshandtering og forbetningsarbeid

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

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

8. Usemje - Tvisteløyning om avtalens innhald

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

8.1 Dialog og forhandlingar

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

8.2 Lokalt eller nasjonalt tvisteorgan

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

8.3 Ordinær domstolsbehandling

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

9. Misleghald

Avtalen kan ikkje seiast opp på grunn av misleghald.

10. Endring og oppseiing av avtalen

Avtalen er gyldig og gjeld frå det tidspunkt begge partar har underteikna. Kvar av partane har i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5, 2. ledd rett til å seie opp avtalen med eitt års frist.

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

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

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

Dato:

Astrid J. Eidsvik
Adm. direktør Helse Møre og Romsdal

Arnulf Goksøyr
Ordførar

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

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

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

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

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

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

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

- De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder
 - Sykehustjenester
 - Medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester
 - Akuttmedisinsk beredskap

- Medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt
 - Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3
 - Transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten
 - Transport av behandlingspersonell
- De regionale helseforetakene skal peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3
 - Det regionale helseforetaket plikter å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen
 - Tjenester som nevnt i første ledd kan ytes av de regionale helseforetakene selv, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere
 - Departementet kan i forskrift stille krav til tjenester som omfattes av denne loven

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

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

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

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

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

1. Formål

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

2. Virkeområde

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

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

3. Lovgrunnlag

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

4. Oppgaver og ansvar

4.1. Felles ansvar

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

4.2. Helse Møre og Romsdal

1. Ha en koordinerende enhet som har oversikt over tilbud og rutiner på dette området både i helseforetaket og i forhold til kommunene, og ansvar for informasjon både internt i helseforetaket og i forhold til kommunene.
2. Tilby koordinator for pasienter som bare mottar spesialisthelsetjenester
3. Starte rehabiliteringstiltak så snart som mulig under institusjonsopphold
4. Utrede, undersøke og gi rehabiliteringstilbud til pasienter med behov for tverrfaglig spesialisert rehabilitering
5. Melde fra når en ser behov for individuell plan eller kommunal koordinator. Meldingen skal gå fra behandlende enhet til koordinerende enhet i kommunen.
6. Ta initiativ til samarbeidsmøter før utskriving ved behov for svært omfattende kommunale tjenester
7. Bistå til å kartlegge behov for nødvendige hjelpemiddel og ta initiativ til at disse blir anskaffet og klargjort. Gi opplæring i de hjelpemidler som bestilles av spesialisthelsetjenesten og skal brukes av pasienten i hjemkommunen
8. Delta i nødvendig tverrfaglig samarbeid i ansvarsgrupper også etter at pasientene er utskrevet, når det er faglig behov for dette.
9. Gi ambulante tjenester der enkeltpasienter har behov for spesialisthelsetjenester, og der dette av faglige grunner må skje i egen kommune. Dette gjelder både oppfølging av pasienten, og nødvendig kompetanseoverføring (jfr. vedlegg 6). Ambulante tjenester skal gis etter avtale med, og i nært samarbeid med kommunale tjenester.

Kommunale tjenester inklusive fastlegene, skal holdes orientert om det tilbudet som blir gitt og få epikriser fra relevante konsultasjoner.

10. Gi nødvendig råd og veiledning i henhold til lov og forskrift, jfr. § 14 i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
11. Gi tilbud om undervisning og opplæring til pasienter og pårørende for aktuelle kroniske sykdomsgrupper
12. Ha et system for barnekontakt i relevante enheter for å gi nødvendig støtte og oppfølging til barn og ungdom som er pårørende av psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter. Varsle relevante instanser i kommunene så tidlig som mulig.

4.3. Kommunen

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

4.4. Bruk av tvang

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

5. Videre oppfølging

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

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

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

1. Formål

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

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

2. Samarbeidsområdets virkeområde

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

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

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

3. Lovgrunnlag

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

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

4.1 Helse Møre og Romsdals plikter, oppgaver og ansvar

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

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

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

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

4.2 Kommunens plikter, oppgaver og ansvar

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Dokumentasjon ved innlegging i HMR

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

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

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

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

5.3. Helse Møre og Romsdal HF's ansvar ved innlegging

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

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

6. Behandling i Helse Møre og Romsdal HF

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

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

1. Formål

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

2. Samarbeidsområdets virkeområde

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

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

3. Lovgrunnlag

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

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

4.1. Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar

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

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

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

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

4.2. Kommunens plikter, oppgaver og ansvar

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

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

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

5. Henvisning til Helse Møre og Romsdal HF

5.1. Kommunens oppgaver i forbindelse med henvisning

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

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

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

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

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

5.2. Helse Møre og Romsdal HFs ansvar

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

5.3. Ansvar ved øyeblikkelig hjelp/krise

5.3.1. Kommunens ansvar

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

Dokumentasjon:

- Klinisk problemstilling og aktuell medikasjon
- Dersom bruker/pasient bor i kommunal institusjon/bemannet bosted eller har hjemmetjenester/psykisk helsetjeneste, skal aktuell fagrapport primært vedlegges, eller ettersendes neste virkedag dersom relevant personell ikke er tilgjengelig på innleggingstidspunktet

- Opplysning om navn på brukerens koordinator i kommunen
- Individuell plan om pasienten har det
- Ved innlegging med tvang skal oppdaterte opplysninger fra lege med pasientstatus og tilleggskriterier følge med

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

5.3.2. Spesialisthelsetjenestens ansvar

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

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

5.4. Planlagt innleggelse og poliklinisk behandling

5.4.1. Kommunens ansvar

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

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

Dokumentasjon:

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

5.4.2. Spesialisthelsetjenestens ansvar

- Henvisning blir vurdert av spesialist i forhold til gjeldende frister og etter Prioriteringsforskriften. Tilbakemelding til bruker/pasient og henvisende instans skal skje snarest.
- Gjennomføre forvernsamtaler der dette er aktuelt, hjemme hos pasienten der det er tjenlig.

- Innhente nødvendig tilleggsinformasjon utover det som er sendt med, eventuelt gjennom samarbeidsmøte.

6. Behandling i Helse Møre og Romsdal HF

6.1. Spesialisthelsetjenestens ansvar

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

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

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

Planlegging av utskriving starter umiddelbart etter innleggelse:

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

6.2. Kommunens ansvar

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

6.3 Samarbeid om tilbudet til pasienter med de mest alvorlige lidelsene

Partene er enige om at organiseringen av det samlede tilbudet til pasienter med de mest alvorlige lidelsene skal vurderes i partenes vedtatte samhandlingsorgan.

Tilbudet gjennomgås med tanke på justering/ forbedring.



Vedlegg 4

Avtale mellom Helse Møre og Romsdal og Herøy kommune om øyeblikkeleg hjelp døgnopphald i Herøy kommune

Denne avtalen er vedlegg 4 til samarbeidsavtalen mellom Herøy kommune og Helse Møre og Romsdal i samsvar med kapittel 6 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Bakgrunn og lovgrunnlag

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-5 står det: *"Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til"*

Etter rapport frå helsedirektoratet (2/2012) skal tilbudet vere like godt eller betre enn sjukehusopphald for den enkelte pasienten. Dette lovavsnittet vil ikkje gjelde før frå 2016, men det er etablert ei tilskotsordning for kommunar som vil etablere tilbudet før dette. For Herøy kommune har Helsedirektoratet berekna eit plassbehov på 445 liggedøgn per år. Ved å opprette ordninga, vil Herøy kunne få eit årleg tilskot på 1 928 000 kroner. Dette tilskotet vil vedvare inntil 2016. Da vil dette gå inn i det ordinære rammetilskotet.

For å oppnå dette tilskotet, må ein inngå avtale med Helse Møre og Romsdal om øyeblikkeleg hjelp tilbudet som ein del av avtalesystemet mellom kommunen og helseføretaket. Ein må så søke om tilskotet til Helsedirektoratet. Frist for søknad for 2012 er 1. juli, for seinare år er det 1. mars kvart år.

Kva pasientar er aktuelle for tilbudet

Øyeblikkeleg hjelp døgnopphald betyr at ein pasient har behov for behandling eller omsorg på institusjonsnivå, og at dette ikkje kan vente. Tilbudet er aktuelt for pasientar som har ein avklara diagnose og der behandling og forventa forløp er rimeleg klar, og der tilstanden eller omsorgssituasjonen ikkje tillet vidare behandling i heimen. Aktuelle problemstillingar kan til dømes vere diagnostiserte infeksjonar med svekka allmenntilstand og utilfredsstillande omsorgssituasjon hos eldre, nødvendig omsorg etter poliklinisk behandling for brotskadar på sjukehus, innlegging til lindrande behandling eller omsorg ved livets slutt ved kjent sjukdom med forventa forløp. Det må vere ein føresetnad at observasjon og behandling av tilstanden kan skje forsvarleg ved institusjonen.

Pasientar med uavklarte symptom som treng sjukehuset sine diagnostiske ressursar, er ikkje aktuelle for tilbudet. Heller ikkje pasientar med kjent diagnose og behandlingskrav på sjukehusnivå, som til dømes hjerteinfarkt.



Alle som vert lagt inn som øyeblikkeleg hjelp skal vere tilsett av lege. Det skal lagast innleggingsskriv med beskriving av faste medikament, sjukehistorie, funn ved undersøking og diagnostiske prosedyrar (EKG, blodprøver og liknande), diagnose, forordna behandling og instruksar for observasjon og kriterier for ny legekontakt.

Organiseringa av tilbodet

Myrvåg omsorgssenter

Tilbodet blir organisert ved Myrvåg omsorgssenter. Det blir sett av to eigne "øyeblikkelig hjelp plassar". Myrvåg omsorgssenter har god kapasitet og bemanning som har god kompetanse på å ta imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehuset og ha pasientar inne til kortidsopphald.

Sjukepleiebemanning

Det blir sjukepleiar i tilstadevakt heile døgnet. Sjukepleiarane skal kunne beherske prosedyrar som innlegging av intravenøs kanyle, intravenøs væskebehandling og medikamentell behandling, stell av sentralt venekateter, kateterisering av urinvegar, laboratorieprøver som Hb, CRP, urinstix og pulsoksymetri, taking av EKG, handtering av smertepumpe, hjerte- lungeredning.

Før oppstart av ordninga skal det gjennomførast nødvendig opplæring for sjukepleiarane. Ein skal sikre seg at nye sjukepleiarar som vert tilsatt, har nødvendig kompetanse, og eventuelt sørge for opplæring.

Legetilsyn

Omsorgssenteret har tilsynslege. Myrvåg legesenter ligg nært omsorgssenteret og vil kunne yte legehjelp i tilsynslegane sitt fråver på dagtid. Det er etablert vikarordning for omsorgssenteret i tilsynslegen sine fråver.

Det er felles legevakt for Herøy og Sande mellom klokka 15-08 kvardagar og heile døgnet i helger og høgtider. Legevakta er lokalisert i Myrvåg like ved omsorgssenteret.

Det er ambulansestasjon på Eggesbønes og i Ulsteinvik, omlag 20 og 10 minutt utrykningstid til Myrvåg omsorgssenter.

Legevaktslegen er ansvarleg for pasienten til tilsynslegen kan overta ansvaret. Det skal skrivast journal i journalsystemet Gerica. Ved utskriving eller overflytting til anna omsorgsnivå, skal det lagast utskrivingsnotat. Kopi av journalnotat frå opphaldet skal sendast til innleggende lege og fastlegen.

Utstyr

Omsorgssenteret skal ha utstyr for intravenøs væskebehandling og medikamentell behandling, kateterisering, EKG, defibrillator, pulsoksymeter, CRP og Hb-måling, urinstix og oppsett av urindyrkning

Vedtak og betaling

Pasientar innlagt som øyeblikkeleg hjelp, skal ikkje ha eigenbetaling for opphaldet. Opphald som øyeblikkeleg hjelp skal vanlegvis ikkje overskride 3-4 dagar. Dersom



HERØY KOMMUNE



HELSE MØRE OG ROMSDAL

ein pasient etter 3-4 dagar har behov for tenester som sjukeheimplass, heimesjukepleie mm, skal det gjerast formelle vedtak om dette, og pasienten blir overført frå øyeblikkeleg hjelp tilbodet.

Informasjon

Det skal utarbeidast skriftleg informasjon om tilbodet med rutiner for innlegging og krav til dokumentasjon. Dette skal distribuerast til fastlegane, legar som har legevakt i kommunen, AMK-sentralen, legevaktsentralen i Volda, mottaksavdelingane i sjukehusa, kirurgiske og medisinske poliklinikkar.

Ein skal informere om tilbodet i den lokale etterutdanningsgruppa for legar i Herøy og Sande. Det skal utarbeidast skriftleg informasjon til pasientar og pårørande. Det skal informerast om tilbodet gjennom lokalpressa.

Helseforetaket sine oppgåver

Helseforetaket skal tilby hospitering og nødvendig opplæring i prosedyrer.

Helseforetaket skal bistå innleggande legar, tilsynslegane og legevaktlegar som har tilsyn med pasientane ved tilbodet med nødvendige telefonråd.

Helseforetaket skal bidra til at pasientar som er undersøkt som øyeblikkelig hjelp ved sjukehuspoliklikkane, og kan nytte dette tilbodet i staden for sjukehusinnlegging, vert tilvist til Myrvåg omsorgssenter som ø.hj.

Oppstart

Etter nermare avtale.

Evaluering

Det skal utarbeidast ein evalueringsrapport etter eit års drift.

Dato

Ordførar

Herøy Kommune

Adm. direktør

Helse Møre og Romsdal HF



Samarbeid om utskriving av pasienter med behov for somatiske helsetjenester

1. Formål

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

2. Samarbeidsområdets virkeområde

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

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

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

3. Lovgrunnlag

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

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

4.1 Helse Møre og Romsdals plikter, oppgaver og ansvar

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

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

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

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

4.2 Kommunens plikter, oppgaver og ansvar

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

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

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

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

5. Definisjon av utskrivningsklar pasient

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

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

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

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

6.1 Kontaktpunkt i kommune og helseforetak

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

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

6.2 Vurderingsplikten av kommunale tjenester innen 24 timer

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

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

6.3 Prosedyre ved antatt behov for kommunale tjenester

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

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

7. Oppgaver og ansvar i forbindelse med utskriving

7.1. Helse Møre og Romsdal HFs ansvar ved utskriving

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

utskrivningsklar pasient" er oppfylt, skal være inntatt i dokumentet eventuelt ved bruk av supplerende sjekkliste.

5. Helse Møre og Romsdal HF innhenter samtykke fra pasient dersom informasjon og / eller epikrise sendes til andre enn fastlegen. Signerte epikriser/ utskrivingsblankett og eventuelt sjekklister skal fortrinnsvis sendes elektronisk.
 6. Dersom pasienten har behov for det bestiller Helse Møre og Romsdal HF timeavtale hos fastlegen i dialog med pasienten før utskriving.
 7. Ved utskriving skal Helse Møre og Romsdal HF sende med pasient resept, eventuelt medikamenter og annet utstyr slik at pasienten har nødvendig medikamenter og utstyr fram til og med første virkedag etter utskriving. Hva som skal sendes med pasient avklares med mottagende helsepersonell i kommunen, også om det er behov for ekstra medisin utover første virkedag.
 8. Gjennomført varslingsprosedyre og vurdering av om pasienten er utskrivningsklar skal dokumenteres i pasientens journal.
 9. Helseforetaket skal ha rutiner for registrering av dato for når kommunens betalingsansvar inntreffer.
 10. Helse Møre og Romsdal HF kan ikke sende en utskrivningsklar pasient tilbake til kommunen før kommunen har gitt beskjed om at det foreligger et kommunalt tilbud til vedkommende pasient.
 11. Som hovedregel skal varsling om utskrivningsklare pasienter skje tidligst mulig på mandag til fredag kl. 08 -15.
- Unntak fra hovedregelen ovenfor er:
- a) Pasienter som allerede har plass i heldøgns institusjon kan også varsles og utskrives i helg mellom kl. 08 -15.
 - b) Pasienter som etter utskrivning har uendret tjenestebehov fra hjemmetjenesten, kan også varsles og utskrives i helg mellom kl.08 -15.
 - c) Ved større høytider som jul og påske kan varsling og utskrivning også utføres mellom kl. 08 -15 på helligdager.
 - d) Varsling om utskrivningsklare pasienter skal skje pr. telefon og på eget skjema til oppgitt kontaktpunkt i kommunen.

7.2. Kommunens ansvar ved utskriving

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

4. Kommunen beslutter hvilke tjenester pasienten skal ha ut fra kommunens tjenestetilbud, krav til faglig forsvarlighet og egen vurdering.
5. Kommunen har ansvar for å legge til rette for at pasienten kan overføres til kommunen når pasienten er utskrivningsklar.
6. Kommunen har ansvar for bestilling av tekniske hjelpemidler og at midlertidige tekniske hjelpemidler fra kommunens lager er tilgjengelig i bolig.
7. Kommunen har ansvar for å vurdere og planlegge tilrettelegging i pasientens bolig.

8. Kommunens betalingsplikt

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

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

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

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

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

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

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

9. *Plikt til redegjørelse*

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

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

10. *Utsatt betalingsplikt*

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

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

1. Formål

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

2. Samarbeidsområdets virkeområde

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

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

3. Lovgrunnlag

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

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

4.1. Helse Møre og Romsdals plikter og ansvar

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

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

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

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

4.2. Kommunens plikter, oppgaver og ansvar

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

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

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

5. Ansvarsfordeling mellom partene ved utskriving

5.1. Spesialisthelsetjenestens ansvar

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

5.2. Kommunens ansvar

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

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

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

1. Formål

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

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

2. Virkeområde

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

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

3. Lovgrunnlag

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

4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar

4.1. Felles

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

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

4.2. Helse Møre og Romsdal

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

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

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

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

4.3. Kommunen

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

Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

1. Formål

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

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

2. Virkeområde

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

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

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

3. Lovgrunnlag

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Folkehelseloven
- Helseforetaksloven

4. Samarbeid om forskning og utvikling

4.1. Felles ansvar

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

4.2. Helse Møre og Romsdal

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

4.3. Kommunen

1. Delta i forskningsnettverk
2. Bistå i aktuelle forskningsprosjekt

5. Samarbeid om utdanning, internopplæring, praksis og læretid

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

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

Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg

1. Formål

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

Vedlegget omfatter også behov og tiltak for systematisk forebyggende helsearbeid i forbindelse med seksualitet og uønskede svangerskap. Forebyggende helsearbeid i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel er særlig viktig å vektlegge i forhold til rus, psykiatri, sosialmedisin, fedme, fødselsangst etc. Tjenesten skal arbeide for å redusere helserisiko knyttet til disse områdene.

Mål og tiltak basert på de nasjonale retningslinjene er beskrevet i "Helhetlig plan for svangerskap, fødsel og barsel i Midt-Norge", vedtatt HMN RHF november 2010.

2. Virkeområde

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

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

3. Lovgrunnlag

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

4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar

4.1. Felles

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

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

4.2. Helse Møre og Romsdal

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

4.3. Kommunen

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

5. Klinisk samarbeidsutvalg

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

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

Samarbeid om IKT- løsninger og elektronisk samhandling

Samarbeid om IKT-løsninger og bruk av felles plattform lokalt er av stor betydning for å få til god samhandling. Enkel, rask og pålitelig tilgang til pasientinformasjon kan blant annet sikres ved å ta i bruk standardiserte elektroniske meldinger mellom partene. Kommunene og Helse Møre og Romsdal skal legge til rette for og følge opp at informasjonsutveksling foregår elektronisk over Norsk Helsenett.

Informasjonsutvekslingen skal inkludere alle som arbeider med samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

All samhandling skal være med utgangspunkt i de kvalitets- og sikkerhetskrav som er myndighetsdefinerte. Det er utarbeidet veiledende retningslinjer og meldingsstandard på flere samhandlingsområder/ kommunikasjons standarder. Helsedirektoratets retningslinjer anbefales lagt til grunn for lokale samhandlingsrutiner.

Denne avtale omtaler:

- Forventning til elektronisk kommunikasjon og interaktive løsninger, inkludert bruk av konferanser og samordnet kommunikasjon med tale, bilde og tekst som del av felles samhandling
- Organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling.
- Melding og håndtering av avvik
- Krav til responstid for feilretting
- Rutiner for drift, overvåking, oppgradering av felles plattform for elektronisk samhandling

1. Formål

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

2. Virkeområde

IKT-samarbeidet mellom kommunen og Helse Møre og Romsdal skal sikre organisatorisk, teknisk og kunnskapsmessig deling.

Partene organiserer tjenestene både internt og felles for påvirkning og forståelse av felles prosedyrer og rutiner.

3. Lovgrunnlag

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

4. Sentrale plikter, oppgaver og ansvar

Helse Møre og Romsdal og kommunen har gjensidig ansvar for at det organisatorisk og ressursmessig sikres elektronisk samhandling mellom partene over Norsk Helsenett. Hver av partene har ansvar for å tilrettelegge for elektronisk informasjonsutveksling. I dette inngår ansvar for å følge opp system og brukere av disse.

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

5. Etablering av elektronisk samhandling

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

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

6. Oppgaver og ansvar

6.1. Felles ansvar for kommunen og Helse Møre og Romsdal

Det skal avtales egne rutiner / prosedyrer for:

- Responstid på meldinger og feilretting

- Rutiner for felles meldingslogistikk/meldingsflyt
- Felles kontaktpunkt for avvikshåndtering/ brudd i kommunikasjon
 - Kontaktpunkter/ superbrukere - enheter med elektronisk samhandling
- Avvikshåndtering av uønskede hendelser
- Driftsavtaler og Beredskapsavtaler må gjenspeiles hos partene/ felles avtaleverk og fortrinnsvis samordnes med eksisterende tekniske driftsordninger.
- Endringer i driften skal planlegges og bekjentgjøres
- Felles plattform og rutiner for interaktiv samhandling
- Etablere overvåking av meldingstrafikk med definerte oppfølgingsansvar

6.2. Helse Møre og Romsdal

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

6.3. Kommunen

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

6.4. IKT – arbeidsutvalg

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

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

7. Revisjon av vedlegg

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

Samarbeid om forebygging

1. Formål

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

2. Virkeområde

Kommunen har hovedansvaret for folkehelsearbeidet og primærforebyggende arbeid.

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

3. Definisjoner

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

1. *Primærforebyggende* arbeid innebærer å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. Eksempler er levekårsarbeid, strukturell tilrettelegging for sunne levevaner, undervisning og annen helseopplysning, vaksinasjon og ulykkesforebygging.
2. *Sekundærforebyggende* arbeid har som mål å avdekke sykdom eller sykdomsrisiko før det kommer symptomer på sykdom, samt å redusere følgene av sykdom som er blitt diagnostisert. Sekundærforebyggende arbeid er ikke alltid lett å skille fra behandlingsvirksomhet. Det som kalles tidlig intervensjon vil være sekundærforebyggende tiltak. Andre eksempler på sekundærforebyggende arbeid er veiledning om kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt til personer med økt sykdomsrisiko eller etablert sykdom knyttet til levevaner, samt veiledning og oppfølging av personer med risikofyllt alkoholbruk. Medikamentell behandling for å senke kolesterol eller blodtrykk er også sekundærforebygging.
3. *Tertiærforebyggende* arbeid tar sikte på å hindre at konsekvensene av sykdom og funksjonshemninger medfører ytterligere plager for dem det gjelder. Grensene opp mot rehabilitering og pleietiltak, samt lærings- og

mestringstilbud er i praksis ofte uklare. Eksempler på tertiærforebyggende tiltak er fysioterapi etter benbrudd og sosiale støttetiltak ved psykisk sykdom.

4. Lovgrunnlag

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

5. Oppgaver og ansvar

5.1. Felles ansvar

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

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

5.2. Helse Møre og Romsdal

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

5.3. Kommunen

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

Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

1. Bakgrunn

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

Plikten til å utarbeide omforente beredskapsplaner er pålagt i helse- og omsorgstjenesteloven og i spesialisthelsetjenesteloven. I henhold til overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan (2007) skal kommuner og helseforetak samordne sine beredskapsplaner. Fylkesmannen er som sektor- og samordningsmyndighet, tillagt en sentral rolle i samordning og koordinering. Det vises også til forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (2001-07-23).

"Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" (2005-03-18), har som formål å "bidra til å sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus ved behov for øyeblikkelig hjelp, ved at det stilles krav til det faglige innholdet i de akuttmedisinske tjenestene, krav til samarbeid i den akuttmedisinske kjede og krav til samarbeid med brann, politi og hovedredningssentralene."

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

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

2. Formål

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

3. Virkeområde

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

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

4. Samarbeid innenfor krise- og katastrofeberedskap

Partene plikter:

1. Å samordne og dele egne planer for sosial- og helsemessig beredskap for større ulykker, kriser katastrofer. Dette gjelder bl.a.:
 - a) Utarbeide Risiko- og sårbarhetsanalyser som grunnlag for planlegging (ROS-analyser)
 - b) Samarbeide om planlegging og gjennomføring av øvelser
 - c) Samordne og dele planer for forsyning og forsyningssikkerhet for materiell og medisinsk utstyr
 - d) Beskrive varslings- og krisekommunikasjon
 - e) Samarbeide om opplæring og vedlikehold av kunnskap og kompetanse i krisehåndtering
 - f) Innkallingsrutiner for personell
2. Å samarbeide med andre nødetater (som brann/redning og politi, redningstjeneste), samfunnssektorer og frivillige organisasjoner for å sikre helhetlige beredskapsplaner og krisehåndtering, herunder:
 - a) Samarbeide/utarbeide og dele planer for utvikling av akuttmedisinsk beredskap.

5. Samarbeid om planer og samhandling i den akuttmedisinske kjede

1. Partene plikter å samarbeide om utvikling av de akuttmedisinske tjenester slik at tilbudet samlet blir tilgjengelig og av god kvalitet. Dette gjelder bl.a.:
2. Holde hverandre oppdatert om faktiske tilbud i de ulike tjenester i kjeden som sikrer at pasienter så raskt som nødvendig kommer frem til riktig behandlingssted/-nivå
3. Avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp funksjoner, for å unngå overlapping i, og usikkerhet omkring hvilket tilbud som gis hvor

4. Etablere rutiner som sikrer god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner, herunder i planlegging, mottak og bruk av nytt nødnett som er under utbredelse nasjonalt.
5. Avklare og beskrive ansvar, roller og rutiner for utrykning og samhandling i akutte situasjoner (alvorlig sykdom og traumer) i henhold til gjeldende lovverk, avgrenset mot sykefrakt (transport av pasienter som ikke trenger ambulanse) og luftambulanse.
6. Delta i og følge opp nasjonale og regionale satsinger innenfor prehospital akuttmedisin
7. Tilrettelegge for at vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeden har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller
8. Ta initiativ til og delta i trening og øvelser

Partene har som intensjon å videreutvikle dette samarbeidet.

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

1. Samhandlingsforum

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

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

2. Dialogmøte

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

Det skal være minst et møte i året.

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

Møteledelse og møtested går på omgang.

3. Overordnet samhandlingsutvalg

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

3.1. Oppgaver

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

3.2. Sammensetting

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

Representantene blir oppnevnt for 2 år av gangen.

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

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

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

4. Administrative samhandlingsutvalg

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

4.1. Antall utvalg

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

4.2. Oppgaver

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

4.3. Sammensetting

Hvert administrativt samhandlingsutvalg har følgende sammensetting:

- Adm. direktør i Helse Møre og Romsdal HF oppnevner 6 representanter og 6 vararepresentanter
- Styret i respektive regionråd oppnevner 4 representanter og 4 vararepresentanter. Intensjonen er å sikre regional og geografisk balanse. Representantene fra kommunene skal ha overordnet/koordinerende fagansvar i sine kommuner, av disse minst en kommune(over)lege.
- Vertskommunene oppnevner 1 representant og 1 vararepresentant hver
- 1 representant og 1 vararepresentant blir oppnevnt av Brukarutvalget i Helse Møre og Romsdal HF
- 1 av praksiskonsulentene i helseforetaket
- 2 tillitsvalgte fra kommunehelsetjenesten og to tillitsvalgte fra Helseforetaket som representerer ulike fagorganisasjoner. (Dette punkt kom i tillegg til inngått avtaletekst og trådte i kraft fra 01.01.2012).

Representantene blir oppnevnt for 2 år av gangen.

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

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

4.4. Felles møte

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

5. Kliniske samhandlingsutvalg

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

6. Samhandlingskonferanse

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

Samarbeid om praksiskonsulentordninger

1. Formål

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

2. Virkeområde

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

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

Praksiskonsulenten skal forbedre helheten i pasientforløpet, herunder ved å

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

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

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

3. Avtalegrunnlag

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

4. Oppgaver og ansvar

4.1. Helse Møre og Romsdal

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

4.2. Kommunen

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

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

Sak 2014/06 RESULTAT AV REFORHANDLING/EVALUERING AV
SAMARBEIDSAVTALEN MELLOM KOMMUNANE OG HELSE
MØRE OG ROMSDAL HF

Samhandlingssjef Britt Valderhaug Tyrholm informerte om resultat av reforhandling/evaluering av samarbeidsavtalen mellom kommunane og Helse Møre og Romsdal HF.

Utvalet har hatt 3 møter.

Nokre endringar er gjort og eit samrøystes forhandlingsutval stiller seg bak dei forslaga til endringar som i samarbeidsavtala som framgjeng av denne saka.

Protokoll:

Forslag til følgjande endringar:

- Vedlegg 12 til Samarbeidsavtalen:
Samhandlingsstruktur i Møre og Romsdal mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal HF
- Pkt. 3.2 Samansetning:
”Styret i Helse Møre og Romsdal HF oppnevner 4 representanter og 4 vararepresentanter, 2 politiske representanter fra styret og 2 administrative representanter” endras til Styret i Helse Møre og Romsdal HF oppnevner 4 representanter og 4 vararepresentanter, 2 eigaroppnemnte representantar fra styret og 2 administrative representanter.”

Fagforbundet v/Hilde Furnes Johannesen fremma forslag på at tillitsvalte i det overordna samhandlingsutvalet samt dei administrative samhandlingsutvala skal inn med fulle rettigheter, på lik linje med andre.

Det vart delt ut skriv frå KS og organisasjonane, angående felleserklæring vedrørende samarbeid mellom partene i arbeidet med samhandlingsreforma. Skrivet vil bli sendt ut saman med protokoll.

Votering:

Forslag om nytt punkt frå Fagforbundet v/Hilde Furnes Johannesen på at tillitsvalte i det overordna samhandlingsutvalet samt dei administrative samhandlingsutvala skal inn med fulle rettigheter, på lik linje med andre.

Det var 8 stemmeberretigede på møtet. Forslaget vart vedteke med 5 stemmer mot 2 stemmer (1 avstod frå å stemme)

Vedtak:

- Overordna samhandlingsutval Møre og Romsdal sluttar seg til dei endringar og justeringar som er foreslått, men at endringar til pkt 12 vert utsett og strukturen arbeidast vidare med i perioden 2014.

- Overordna samhandlingsutval Møre og Romsdal vedtek forslag om at dei tillitsvalte skal inn med fulle rettigheter i dei reviderte avtalane.
- Utvalet rår til at den reviderte avtalen blir sendt til kommunane i Møre og Romsdal og til helseforetaket for godkjenning.



HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

Avdeling for Barn, Familie og Helse

SAKSFRAMLEGG

-

Sakshandsamar:	IMT	Arkivsaknr:	2012/2467
		Arkiv:	G21

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
13/14	Komite for Helse og omsorg	20.03.2014
46/14	Formannskapet	18.03.2014
35/14	Kommunestyret	27.03.2014

**REFORHANDLING - AVTALE MELLOM HELSE MØRE OG ROMSDAL HF,
VOLDA SJUKEHUS OG HERØY KOMMUNE - DRIFT AV LEGEVAKTSENTRAL
OG NØDNETT HELSE VED HENVENDELSE PÅ NASJONALT
LEGEVAKTNUMMER 116 117**

Tilråding frå rådmannen:

1. Herøy kommunestyre godkjenner ny avtale mellom Helse Møre og Romsdal HF, Volda sjukehus og Herøy kommune, sluttforhandla i januar 2014, om drift av legevaktsentral og nødnett helse ved kontakt på nasjonal legevaktnummer 116 117
2. Det er ein føresetnad for godkjenninga at likelydande vedtak blir gjort i dei øvrige 6 kommunane på Søre Sunnmøre.

Særutskrift: Helse Møre og Romsdal HF, postboks 1600, Ålesund
Kommunane Volda, Ørsta, Hareid, Ulstein, Sande og Vanylven

Vedlegg: Avtaledokument, sluttforhandla i januar 2014
Arbeidsnotat, lokale kostnadselementer ifm. nødnett

Uprenta vedlegg:

Forskrift om krav til akuttmedisinsk tjenester utenfor sjukehus (FOR-2005-03-18-252)

Helsedirektoratet: "Legavaktsentral i døgndrift i samsvar med forskrift" datert 18.07.2012

Helsedirektoratet: "Kostnadselementer" ved Nødnett Helse.

Helsedirektoratet: "Fakta om Nødnett-leveransen

Saksopplysningar:

Samandrag av saka:

Dei 7 kommunane på Søre Sunnmøre har sidan 2003 hatt avtale om legevaktformidling og legevaktsentral med Helse Møre og Romsdal HF, lokalisert til Akuttmottaket ved Volda sjukehus. For m.a. å sikre nye forskriftskrav til LV-sentralar og innføring av felles nasjonalt legevaktnummer 116 117 og nødnett helse frå 2014 av, ba kommunane om reforhandling av avtalen for eit år sidan. Avtalen er no modernisert og tek opp i seg, innanfor same stillings- og kostnadsramme, alle nye forskriftskrav om LV-sentral med døgnbemanning 24/7/356, felles nasjonalt legevaktnummer 116 117 og innføring av digital Nødnett-Helse.

Det er relativt små investerings- og implementeringskostnadar og endring av driftskostnadar i samband med den reforhandla avtalen. Opplæring av eige personell i bruken av det digitale Nød-Nettet vert i tillegg belasta kommunen.

Akuttmottaket ved Volda Sjukehus blir Nødnett-Helsesentral for alle dei 7 kommunane på Søre Sunnmøre , og blir oppgradert både med døgnbemanning og nytt samband- og datautstyr.

Ei velfungerande legevaktformidling, faglege gode vurderingar og handteringar av alle anrop og utvikling av Nødnett-Helse i beredskapssamanheng blir vurdert å vere av største betydning for innbyggjarane si helse og tryggleik. Det er også av stor betydning at ein felles Legevakt- og Nød-Nettsentral ved eit velfungerande lokalsjukehus er med å sikre grunnlaget for Volda Sjukehus som akuttsjukehus.

Det er ein føresetnad for godkjenninga at likelydande vedtak blir gjort i dei øvrige 6 kommunane på Søre Sunnmøre.

Saksopplysningar:

Dei 7 kommunane på Søre Sunnmøre har sidan 2003 hatt avtale om legevaktformidling og legevaktsentral med Helse Møre og Romsdal HF, lokalisert til Akuttmottaket ved Volda sjukehus. Dette er ein avansert telefonsentral for anrop til kommunal legevakt bemanna med sjukepleiar, som tek imot henvendingar frå publikum, gir råd og rettleiing og formidlar kontakt med vakthavande lege i kvar kommune eller med AMK/ambulansenesta ut frå prosedyrar. Ordninga har vore svært velfungerande for den kommunale helsetenesta og beredskapen i distriktet og har vore eit av fundamenta under Volda Sjukehus, som akuttsjukehus. Eit anna kommunalt bidrag til Volda sjukehus som velfungerande akuttsjukehus er at 6 av kommunane på Søre Sunnmøre også har lokalisert den legebemanna nattlegevaktordninga si til eit felles akuttmottak ved sjukehuset.

For m.a. å sikre nye forskriftskrav til LV-sentralar og innføring av felles nasjonalt legevaktnummer 116 117 og nødnett helse frå 2014 av, ba kommunane om reforhandling av avtalen for eit år sidan.

"Sju-stjerna helse og omsorg" utpeika på vegne av kommunane ei forhandlingsnemd beståande av

Kommuneoverlege Inger Lise Kaldhol, Ulstein kommune

Kommuneoverlege Arne Gotteberg, Volda og Ørsta kommunar

Barn, familie og helseleiar Inger Marie Tofthagen, Herøy kommune

Vi har hatt fleire tingingar med Helse Møre og Romsdal HF, representert ved Ass. direktør Helge Ristesund

Klinikkssjef, Volda Sjukehus, Knut Nautvik

Samhandlingssjef i Helse Møre og Romsdal, Britt Rakvåg Roald i første møtet

Avdelingsleiar for akuttmottaket, Britt Juvkam, i siste møtet.

Avtaleutkastet byggjer på den avtalen vi har hatt frå 2003 som ikkje vil oppfylgje dei nye myndigheits- og betjeningskrava.

Avtalen er no modernisert og tek opp i seg, innanfor same kostnadsramme, alle nye forskriftskrav om LV-sentral med døgnbemanning 24/7/356, felles nasjonalt legevaktnummer 116 117 og innføring av digital Nødnett-Helse. Akuttmottaket ved Volda Sjukehus blir Nødnett-Helsesentral for alle dei 7 kommunane på Søre Sunnmøre , og blir oppgradert både med døgnbemanning og nytt samband- og datautstyr. Vi har lagt inn i avtalen meir detaljerte fag- og systemkrav opp mot den nye ordninga , klarare grenseoppgang mellom HF og kommunane sin ansvarsdeling samt betre klarering av juss og økonomi.

Vi har hatt nært samarbeide med Helsedirektoratet, avdeling for medisinsk nødmeldeteneste i.f.m denne prosessen. Dei deltok m a i eit felles møte mellom kommunane og HF Møre og Romsdal, Volda sjukehus og har halde nær kontakt med oss. Dei er vel nøgde med prosessen som har gått føre seg på Søre-Sunnmøre i denne samanhengen.

Staten går inn med ein del midlar ved innføring av Nødnett-Helse. Bl.a blir anskaffing av alle nye digitale radiosamband for personell i vaktberedskap ute i kommunane dekkja av Staten.

HF og kommunane (i fellesskap) deler 50%-50% på investerings- og implementeringskostnadane til sentralen. Dette er ei eingongsutgift i 2014. Ut frå lokal tilpassing av estimat frå Helsedirektoratet vil denne summen bli om-lag kr. 500 000, som skal delast 50%:50% mellom HF og kommunane ut frå folketal. Kommunane må i tillegg betale for opplæring av eige personell i bruken av nytt Nødnett.

Tekniske driftskostnadar er berekna til kr. 200 000, som skal delast på kommunane etter folketal. Dette er om-lag same storeleik som vi betalar i dag kor avtalen berre gjeld for delar av døgnet.

Gjennom forhandlingar har vi oppnådd ein døgnbemanna sentral innanfor same stillingsressurs som kommunane har betalt for til no (0.11 sjukepleiarstilling/1000 innbyggjarar i kommunane. Dette svarar til kr. 85,-/innbyggjar)

Til no har ein ved bruk av ein "telefon-vendar" overført alle anrop på kommunal legevaktnummer direkte til lokale legekontor i dei fleste av kommunane i alminneleg

opningstid for desse. Dersom denne ordninga skulle halde fram, måtte kvart legesenter som skulle ta imot 116 117 anrop oppgraderast med ny Nødnett-sentral og eigen operatørplassar med ny datateknologi og alt personell som skal betene dette, måtte ha særleg opplæring og sertifisering.

Gjennom den nye avtalen får alle kommunane lokalisert dette til ein felles sentral på sjukehuset. Det er ein føresetnad for at ordninga skal fungere, at publikum ringer direkte til det lokale legesenter for alminnelege ting som ikkje hastar. Det vil bli store informasjonskampanjar om ordninga når Nødnett Helse blir innført i.l.a 2014 (jamf. den siste framskriving av prognosane)

Vurdering og konklusjon:

Den reforhandla avtalen ivaretek dei nye forskriftskrava på ein tilfredsstillande måte. Kostnadsramma for drifta av sentralen er ikkje betydeleg. Investeringskostandane er langt lågare enn det ein måtta ha rekna med dersom kommunen ikkje skulle deltatt i dette auka i noko særleg grad vesentleg. Vel utført reforhandling av eldre avtale opp mot nye forskriftskrav, innanfor same kostnadsramme som no. Dette betyr ei standardheving og enno betre kvalitetssikring av ei viktig teneste. Avtalen blir tilrådd godkjent

Konsekvensar for folkehelse:

Ei velfungerande legevaktformidling, fagleg god vurdering og handtering av alle anrop og utvikling av Nødnett-Helse i beredskapssamanheng blir vurdert å vere av største betyding for innbyggjarane si helse og tryggleik. Det er også av stor betyding at ein felles Legevaktssentral ved eit velfungerande lokalsjukehus er med å sikre grunnlaget for Volda Sjukehus som akuttsjukehus.

Konsekvensar for beredskap:

Det har store beredskapskonsekvensar å ha eit velfungerande Nød-Nett og ei velfungerande legevakt og ambulanseteneste som integrert del av totalberedskapen i distriktet.

Når det gjeld innføring og funksjonalitet innanfor Nød-Nett, er dette nytt og ukjent for oss. Det blir framstilt å vere eit vesentleg framsteg i forhold til tilhøva no, men vi er vel kjende med fleire barnesjukdommar og rapportar om mangelfull dekningsgrad einskilte stadar. Dette med funksjonalitet og dekningsgrad blir fortløpande vurdert og evaluert av Direktoratet for sivil Beredskap og av Direktoratet for Nødkommunikasjon (DNK)

Konsekvensar for drift:

Dette er utgreidd i saka med vedlegg. Bortsett frå relativt små investerings- og implementeringskostnader (berekna til om-lag kr. 500 000, som skal delast 50%:50% mellom HF og alle dei 7 kommunane basert på folketal) og opplæring av eige personell i bruken av det digitale Nød-Nettet har ein lukkast å få til den nye avtalen innanfor same kostnads og bemanningsramme som no.

Fosnavåg, 03.03.2014

Erlend Krumsvik

Inger Marie Tofthagen

Rådmann

Avd.leiar

Sakshandsamar: Inger Marie Tofthagen

Avtale mellom
Helse Møre og Romsdal HF, Volda sjukehus
og
XXX kommune
Om drift av legevaktsentral og nødnett helse ved
henvendelse på nasjonal legevaktnummer 116 117

Avtalen er revisjon av tidlegare avtale frå 2003 om drift av legevaktsentral (LV-sentral) og medisinsk nødmeldetjeneste, mellom XXX kommune og Helse Møre og Romsdal HF, Volda sjukehus. Avtalen tek opp i seg nye kvalitetskrav til legevaktsentralar i døgnberedskap, felles nasjonalt legevaktnummer 116 117 og innføring av Nødnett Helse.

Avtalen skal bidra til å sikre rasjonell og koordinert innsats i dei ulike ledda i den akuttmedisinske kjeda mellom helseføretak (HF) og kommunane og sørge for at innhaldet i desse tenestene er samordna med dei øvrige naudetatane.

Jamfør Lov av 2. juli 1999 nr. 61 "Om spesialisthelsetjenesten m.m." Lov av 24. juni 2011 "Om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m" Forskrift av 18.mars 2005 "Om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus" (Akuttforskrifta)

Avtalen føreset at alle dei 7 kommunane i sjukehuset sitt nedslagsfelt inngår tilsvarende avtalar.

Samarbeidet mellom Helse Møre og Romsdal HF, Volda sjukehus og XXX kommune omfattar følgjande:

A. Helse Møre og Romsdal HF, Volda sjukehus sitt ansvar.

Helse Møre og Romsdal HF, Volda sjukehus skal på vegne av kommunane i Volda sjukehus sitt nedslagsområde drifte lokal døgnbemanna LV-sentral for 116 117 anrop som del av Nødnett Helse.

LV-sentralen er samlokalisert med sjukehuset sitt akuttmottak.

LV-sentralen sin funksjon omfattar:

- Mottak, rådgivning i samsvar med Medisinsk Index eller tilsvarende og etter fullmakt, formidling og oppfølging av henvendingar til kommunal legevakttelefon 116 117 heile døgnet.
- Samhandling med AMK/113 ved rødt respons og behov for ambulanse.
- Samhandling med lege og anna helsepersonell i kommunehelsetenesta, AMK og ambulanstenesta slik at ein sikrar god handtering og oppfølging av henvendingane.

- Forskriftsmessig journalføring og oversikt over 116 117 anrop.
- Svartenesta med høg prioritet. LV-sentralen skal ha tilstrekkeleg tal telefonlinjer og yte døgntilgjengeleg kommunikasjonsberedskap.
- Varsling av anna kommunalt helsepersonell i vaktberedskap kan inngå i avtalen. Dette må avtalast særskilt.

1. Instruks for legevaktformidling og bruk av Nødnettet

Instruks for LV-formidling er utarbeidd. Den skal reviderast så ofte det er behov for det av seksjonsleiar for akuttmottaket ved Volda sjukehus i samarbeid med kommuneoverlegane. Alternativt: ein lege utpeika på vegne av alle kommunane (sjå punkt 5).

Bruk av Nødnett Helse skal skje i samsvar med vedtekne prosedyrar. Begge parter er innforstått med at nettet er reservert kommunikasjon for medisinsk nødmeldeteneste.

2. Undervisning og opplæring

Helse Møre og Romsdal HF skal til ei kvar tid gje naudsynt opplæring i bruk av aktuelt utstyr og rutinar for mottak og handtering av legevaktanrop for personell som har teneste i legevaktsentralen.

Helse Møre og Romsdal HF og kommunane kan i felleskap gjennomføre naudsynt opplæring. Opplæringa bør innarbeidast i felles kompetanseplanar.

Før oppstart av Nødnett Helse, omfattar opplæringa felles undervisningsopplegg frå Helsedirektoratet for samtlege tilsette i LV-sentralen og legar i ekstern vaktberedskap.

3. Dokumentasjon og rapportering

Helse Møre og Romsdal HF har ansvar for å dokumentere:

- forskriftsmessig mottak og journalføring av meldingar og aksjonar
- rapportering for erfaringstilbakeføring til kommunane
- avvik
- statistikk

Dokumentasjon og rapportering skal skje i samarbeid med kommunane.

3. Bemanning

Helse Møre og Romsdal HF er ansvarleg for at LV-sentralen er bemanna med medisinsk fagpersonell med naudsynt kunnskap, herunder medisinsk og systemteknisk kompetanse.

LV sentralen skal vere betjent heile døgnet (24/7/365).

4. Juridisk og fagleg medisinsk ansvar

Helse Møre og Romsdal HF har ansvar for at LV-sentralen vert driven i medhald av gjeldande lover, foreskrifter, og i samsvar med denne avtalen.

Helse Møre og Romsdal HF er ansvarleg for dei råd som vert gitt av personall ved LV-sentralen og eventuelt ansvar som følger av svikt ved LV-sentralens drift og personell.

Seksjonsleiar/overlege i Anestesi er medisinsk fagleg rådgjevar for akuttmottaket.

Kommuneoverlegen har det medisinsk faglege ansvaret for legevakttenesten ute i kommunen.

Det skal arbeidast for å utpeike ein felles lege for dei 7 kommunane som medisinsk rådgjevar og bindeledd mellom kommunhelsetenesta og LV-sentralen.

6. Driftsteknisk ansvar

LV-sentralen skal ha utstyr i samsvar med "Forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetenesta sin kommunikasjonsberedskap".

Helse Møre og Romsdal HF skal ha "Avtale om Drift- og brukerstøtte", og servicenivåavtale (SLA) med HDO (Helsetjenestens driftsorganisasjon)

B. Kommunen sitt ansvar:

1. Kostnad – bærbart radioutstyr

XXXXXX er ansvarleg for bærbart og mobilt utstyr for eigne brukargrupper.

2. Driftstryggleik og val av radioutstyr

Kommunen skal sjå til at alt mobilt og evt. anna kommunikasjonsutstyr som blir nytta, til ei kvar tid tilfredsstiller "Forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetenesta sin kommunikasjonsberedskap" og er i ein slik stand at vanlege krav til driftstryggleik for slike system i vaktberedskap, blir teken i vare.

3. Vaktberedskap i Nødnett Helse

Legevakslege i kommunen skal til ei kvar tid vere tilgjengeleg i Nødnett Helse. Det same gjeld anna kommunalt helsepersonell som det er inngått særleg avtale for.

4. Undervisning og opplæring

Kommunane har ansvar for opplæring av eige personell inkludert fastlegar i vaktberedskap. Legevaktansvarleg i den enkelte kommune kan delta i opplæring og rutinearbeid ved legevaktssentralen. Ein bør så langt muleg tilstrebe felles undervisningsopplegg for fleire kommunar i samarbeid med LV sentralen. Kommunen dekkjer utgifter for opplæring av eige personell.

5. Varsling ved ekstraordinær beredskap

Kommunen må etablere ordning for utvida varsling av eigne ressursar i samband med katastrofar/større ulykker. Varslingsplanar for slike situasjonar

skal vere tilgjengeleg for LV-sentralen. Vedlikehald av desse er XXXXXXX sitt ansvar.

Slik beredskapsplan skal koordinerast med Helse Møre og Romsdal HF/Helse Midt-Norge RHF sine prehospitale beredskapsplanar.

6. Informasjon til publikum

XXXXXX pliktar å syte for informasjon til publikum om rett bruk av legevakt og anna akutt helseteneste.

Kommunane skal saman med Volda sjukehus, Akuttmottaket gjennomføre det nasjonale informasjonsprogrammet om innføring av nytt felles nasjonalt legevaktnummer 116 117 og Nødnett.

Ved utforming av lokal informasjon skal XXXXXX ta Helse Møre og Romsdal HF /Volda sjukehus med på råd.

7. Juridisk/medisinsk ansvar

XXXXXX er juridisk og medisinsk ansvarleg for dei retningslinjer som blir gitt av kommunen sin oppnemnde legevaktsjef.

XXXX eller det aktuelle helsepersonellet sjølv er ansvarleg for dei avgjerder som blir teke etter at varsling er gjennomført.

C. Samarbeid

XXXXXX og Helse Møre og Romsdal HF /Volda sjukehus løyser samarbeidsspørsmål på basis av etablert ansvarsstruktur og arbeidsfordeling, jamfør samhandlingsavtalen.

Kommunane skal saman med Helse Møre og Romsdal HF, Volda sjukehus arbeide for å etablere eit fagleg/administrativt samarbeidsorgan for drifta av LV-sentralen.

D. Økonomi

a) Investerings- og implementeringskostnadar

Eingongskostnad for ny felles LV-sentral for nasjonalt legevaktnummer 116 117 og Nødnett Helse ved Volda sjukehus, blir å fordele 50%:50% mellom Helse Møre og Romsdal HF og dei 7 kommunane. Fordelinga mellom kommunane skal baserast på folketal pr. 01.01.14 i den aktuelle kommune. (jamf. Vedlegg om lokale kostnadselementer ift. Nødnett, basert på Helsedirektoratets sine berekningar)

b) Driftskostnadar

• Lønskostnadar

For dei tenestene som går fram av denne avtale, dekkjer XXXXX eit årleg beløp svarande til 0,11 stilling sjukepleiar/spesialsjukepleiar per 1000 innbyggjarar i kommunen og i samsvar med aktuell bemanningsplan i

akuttmottaket. Ein tek her utgangspunkt i kommuna sitt folketal pr. 01.01. kvart år. Helse Møre og Romsdal fakturerer kvar månad 1/12 av beløpet.

- **Tekniske driftskostnader**

For dei tenester som går fram av denne avtale, dekker XXXXX sin andel av tekniske driftskostnader samt utgifter til telefoni og datasamband. Også her tek ein utgangspunkt i kommunen sitt folketal pr. 01.01. kvart år. Helse Møre og Romsdal HF fakturerer den enkelte kommune årleg og etterskuddsvis for dette.

Justering og dokumentering

Beløpa er gjenstand for årlege justeringar avhengig av løns –og kostnadsutviklinga. Fakturabilag som viser berekningsgrunnlaget og endring av utgifter for løn- og tekniske driftskostnader, skal vedleggast årleg.

E. Revisjon og oppseiing

Revisjon av avtalen i avtaleperioden kan krevjast av begge partar dersom drifta eller føresetnaden for drifta blir endra vesentleg. Utstyr for to operatørplassar er kommunane sin eigedom og kan trekkast ut av akuttmottaket ved oppseiing av avtalen.

Avtalen kan seiast opp med 6 mnd. varsel.

Denne avtalen trer i kraft den, 2014 (seinast før innføringa av nasjonalt nødnett)

I overgangsfasen fram til ny avtale trer i kraft, prolongerast noverande samarbeidsavtale frå 2003.

Ålesund ,

xxxxx,

.....

.....

.....

Helse Møre og Romsdal HF

XXXXX kommune

Adm. Direktør

Rådmann

Lokale kostnadselementer ifm nødnett.

Med utgangspunkt i Helsedirektoratet sine kostnadsoverslag, presenteres følgende lokale overslag:

1. Investeringskostnader/implementeringskostnader avgrenset til 2014

A. Administrasjon

- Prosjektleder
- Instruktører/superbrukere
- Sluttbrukeropplæring

B. Bygning/teknisk

- Evt. ombygging/tilpasning
- Tekniske forberedelser

Type kostnad	Helsedir. estimat	Lokalt estimat	Helsedirektoratets presiseringer og forklaringer <i>Våre kommentarer i kursiv</i>
Prosjektleder	50'	60'	Lokal prosjektleder 20 % <i>Helsedirektoratet har senere angitt muntlig 8 mnd i 20 % stilling for prosjektleder.</i>
Lokal instruktør	50'	50'	Konfigurasjon, test, innføringsprosjekt <i>Tas ut av ordinær drift. Vikarinnleie, evt. overtidsbetaling ikke inkludert</i>

Sluttbruker- opplæring	Avhenger av antall	75`	1 dag + 2 timer e – læring pr. bruker 31 ansatte x 10 timer. <i>Vikarinnleie, evt. overtid er ikke inkludert.</i>
Kabling, strøm, nødstrøm, UPS Lydlogg	70`	70`	Helsedirektoratets estimat gjelder kun kabling, strøm for to operatørplasser Andre vesentlige momenter er batteribackup, nødstrøm, ombygging. Hva eksisterer pr. i dag lokalt?
Personalkostnader		150`	<i>Vikarinnleie, overtid, kurs</i>
Uforutsette utgifter tekniske forhold		50`	
SUM		455`	

2. Driftskostnader fra iverksettelse av nødnett (estimert primo 2015):

Type kostnad	Helsedir. estimat	Helsedirektoratets presiseringer og forklaringer <i>Våre kommentarer i kursiv</i>
Telefoni tellerskritt		Erfaringsbasert
DNK brukerbetaling pr. operatørplass	84	DNK = Direktoratet for nødkommunikasjon 42 i avgift pr. år pr operatørplass, 2 plasser
Datalinje DNK	35	
HDO kostnader <u>servicenivåavtaler</u> brukerstøtte	80	HDO = Helsetjenestens driftsorganisasjon. Beløp pr operatørplass ikke avklart.
SUM	199	Helsedirektoratets estimat inkluderer ikke sentralisert lydlogg – løsning, estimert til 30.

Investerings-/implementeringskostnader:

- Helseforetak – kommuner, fordelingsnøkkel 50 -50?

- Fordele 455'?
- VS.
- Etterfakturering ved impementeringsslutt?
- VS.
- Innbetaling av estimert sum med avstemming mot reelle kostnader?

Driftskostnader:

Stor usikkerhet – haster ikke mtp. kommunale budsjetter for 2015.

Stor usikkerhet knyttet til driftskostnadene da sentrale avtaleverk knyttet til service/brukerstøtte ikke er ferdigstilte, lydloggløsning er uavklart, og antall operatørplasser ikke er bestemt.

- Etterskuddsfakturering?

Kommunar	Folketal	Stillingar	Kostnad
Ørsta	10503	1,5	892.755
Volda	8889	1	755.565
Ulstein	8084	0,9	687.140
Hareid	5029	0,6	427.465
Herøy	8825	1	750.125
Sande	2638	0,3	224.230
Vanylven	3308	0,4	281.180
Totalt	47276	5,7	4.018.46

Stillingar er rekna etter dagens fordeling med 0,11 stilling pr. 1000 innbyggjarar
 Totalkostand 85,- pr innbyggjar



HERØY KOMMUNE
HERØY KOMMUNE

Bu- og habiliteringsavdelinga

SAKSFRAMLEGG

-

Sakshandsamar:	RRK	Arkivsaknr:	2014/73
		Arkiv:	F22

Utvalsaksnr	Utval	Møtedato
14/14	Komite for Helse og omsorg Eldrerådet	20.03.2014
7/14	Råd for menneske med nedsett funksjonsevne	25.03.2014
47/14	Formannskapet	18.03.2014
36/14	Kommunestyret	27.03.2014

UTLYSING AV KONSESJON PÅ BRUKARSTYRT PERSONLEG ASSISTANSE (BPA)

Tilråding frå rådmannen:

1. Herøy kommune innfører fritt brukarval i høve BPA-ordninga i Herøy.
2. Det vert lyst ut tenestekonsesjon for BPA-ordninga jf. grunnleggjande krav i EØS avtalen om ikkje-diskriminering, objektive kriterium og ein transparent prosess som kan etterprøvast.

Særutskrift:

Bu- og habiliteringsleiar

Pleie- og omsorgsleiar

Innkjøpsansvarleg for Søre Sunnmøre innkjøpssamarbeid

Vedlegg:

Eksempel på utlysning av tenestekonsesjon på brukarstyrt personleg assistanse (BPA).

Saksopplysningar:

Herøy kommune er oppdragsgjevar for brukarstyrt personleg assistanse (BPA) til innbyggjarar i kommunen og vil innføre tenestekonsesjon for dei som skal drifte tenester etter helse- og omsorgstenestelova av 24.06.2011. Per i dag har Herøy kommune 2 brukarar som er omfatta av ordninga. Tenestetilbodet utgjer samla 132 timar pr. veke.

BPA er ein alternativ måte å organisere tenester på, der brukaren sjølv får høve til å organisere tenesta si og tilsette eige personell. BPA-ordninga har som intensjon at brukaren skal ha større fridom og val i høve til si eiga teneste. Med det som bakgrunn vil Herøy kommune legge til rette for fritt brukarval. Brukarar med enkeltvedtak om BPA kan drifte tenesta si sjølv, velje ein privat aktør eller kommunen som leverandør av tenesta.

Tenestekonsesjon er einaste form for anskaffing som gjer fritt brukarval mogleg, samstundes som den oppfyller kommunen si plikt i høve regelverket om offentlig anskaffing. Ved å innføre tenestekonsesjon kan Herøy kommune få betre kontroll over og mål for omsorgstenesta til den einskilde leverandør, ved at det vert stilt krav og vilkår til dei som skal drifte ordningane.

Tenestekonsesjon sikrar at leverandørane har dei naudsynte kvalifikasjonar til å utføre oppdraget og gir einsarta rammevilkår for konkurranse mellom leverandørane. Det er den einskilde brukar som vel kva leverandør han/ho ønskjer skal levere teneste. Leverandørane (konsesjonshavarane) konkurrerer då om å levere den beste tenesta innanfor desse rammevilkåra som er best tilpassa brukaren sine individuelle behov. Dette sikrar at brukaren får den tenesta som er best for seg, og ei sunn konkurranse mellom leverandørane i ein marknad der ein konkurrerer på kvalitet og ikkje direkte på utføre ein teneste til lågast pris. Dette sikrar også ein bredde i leverandørmarknaden på lang sikt.

Sidan dei ulike BPA-ordningane er så ueinsarta, er BPA ei komplisert teneste å skaffe ved ordinær tilbodskonkurranse. I ein ordinær tilbodskonkurranse får ein i utgangspunktet kun ein leverandør som best kan oppfylle kommunen sine tildelingskriterium og ikkje den enkelte brukar sine behov. Ved å innføre tenestekonsesjon vil ein få ei ordning som er hensiktsmessig både for kommunen, brukarane og leverandørane. Dette er også i samsvar med anbefalinga frå RO (Ressurssenter for omstilling i kommunane) og konklusjonane KS-rapporten om temaet.

Reglane som gjeld for tenestekonsesjonar følgjer av praksis frå EU-domstolen, som stiller opp nokre grunnleggjande prinsipp og prosessuelle forpliktingar for etablering av tenestekonsesjonar. Ein pliktar å lyse ut konsesjonen og dei alminnelege prinsippa om likebehandling, ikkje-diskriminering og transparens gjeld for prosessen.

Utlysning av tenestekonsesjon skjer normalt via DOFFIN eller annen portal for anskaffing.

Vurdering og konklusjon:

Herøy kommune vil invitere leverandører til å søkje om tildeling av konsesjon i samband med levering av assistansetimar i ordninga brukarstyrt personleg assistanse (BPA), jfr. Helse og omsorgstenesteloven av 24.06.2011 og pasient og brukarrettighetsloven av 02.07.1999

Målet med tenestekonsesjon er å legge til rette for at brukarar med enkeltvedtak på BPA skal få eit reelt val i høve til kven som skal levere tenestene (fritt brukarval). Samstundes skal ordninga sikre at brukaren får dei tenestene som dei har rett på etter lova.

Tenestekonsesjon for Herøy kommune vert lyst ut på Doffin ved positivt vedtak i Herøy kommunestyre.

Brukarar som vel å vere sjølvstendige arbeidsgivarar vert ikkje omfatta av tenestekonsesjon.

Konsekvensar for folkehelse: Fritt brukarval kan for den einskilde ha betyding for opplevd folkehelse/livskvalitet.

Konsekvensar for beredskap: Ingen

Konsekvensar for drift: Herøy kommune følgjer lov og regelverk.

Fosnavåg, 05.03.2014

Erlend Krumsvik
Rådmann

Renathe Rossi Kaldhol
Bu- og habiliteringsleiar



Ulstein kommune

KONSESJONSGRUNNLAG

**For søknad om tjenestekonsesjon
for å levere brukerstyrt personlig
assistanse til brukere i
Ulstein kommune**

INFORMASJONSBREV

Mai 2013

Søknad om tjenestekonsesjon for å levere brukerstyrt personlig assistanse til brukere i Ulstein kommune.

For tildeling av tjenestekonsesjon gjelder ikke lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Tildelingen vil skje i tråd med de grunnleggende krav som stilles i EØS-avtalen til ikke-diskriminering, objektive kriterier og en transparent og etterprøvbar prosess.

Tildeling av tjenestekonsesjon forutsetter at leverandørene oppfyller tjenestekonsesjonsvilkårene som fremgår av konsesjonsgrunnlaget. Leverandører som oppfyller vilkårene kan og plikter å tilby disse tjenestene til kommunens innbyggere.

Kontrakten skal inngås ut fra de opplysninger som oppdragsgiver gir i sitt konsesjonsgrunnlag.

Det vil ikke være mulig å endre søknaden etter søknadsåpningen. Siden endringer ikke er tillatt, er det viktig at konsesjonsgrunnlaget leses nøye, slik at det ikke oppstår misforståelser.

Omkostninger som tilbyder pådrar seg ved utarbeidelse av søknaden vil ikke bli refundert av oppdragsgiver.

Tilleggsopplysninger kan vedlegges på eget ark.

Eventuelle forbehold skal komme klart frem som et eget punkt i besvarelsen. Søknader som inneholder vesentlige forbehold mot konsesjonsgrunnlaget med vedlegg vil kunne bli avvist.

Med hilsen

Marit Botnen
Kommunalsjef helse- og omsorg

SØKNADSBREV

(Skal fylles ut og leveres som første dokument i søknaden)

Søknad om tjenestekonsesjon for å levere brukerstyrt personlig assistanse til brukere i Ulstein kommune.

Til:

Ulstein kommune
Rådhuset
Postboks 143
6067 Ulsteinvik

Undertegnede bekrefter at jeg på vegne av

.....
(Leverandørens firmanavn)

.....
Leverandørens organisasjonsnummer

har gjennomgått konsesjonsgrunnlag med vedlegg.

Vi bekrefter herved at søknaden har en vedståelsesfrist til og med 14.09. 2013.

Kontaktperson for kontraktsignering:	Kontaktperson i avtaleperioden:
Navn	Navn
Tittel	Tittel
Postadresse	Postadresse
Besøksadresse	Besøksadresse
Telefon	Telefon
Telefaks	Telefaks
E-post	E-post

Med vennlig hilsen

.....
Dato

.....
Sign. (for leverandøren)

KONSESJONSGRUNNLAG

1. Generelle opplysninger

Søknad om:	Tjenestekonsesjon for å levere brukerstyrt personlig assistanse til brukere i Ulstein kommune.
Prosedyrevalg:	For tildeling av tjenestekonsesjon gjelder ikke lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Tildelingen vil skje i tråd med de grunnleggende krav som stilles i EØS-avtalen til ikke-diskriminering, objektive kriterier og en transparent og etterprøvbar prosess.
Avtaleperiode:	<u>01.09. 2013 – 31.8.2017</u> (opsjon 1 + 1 år)
Frist for innlevering av søknad er:	Fredag 14.juni 2013, klokken 12.00. <u>For sent innkomne søknader vil ikke bli behandlet.</u>
Søknad skal sendes/leveres:	Søknaden skal være mottatt innen ovennevnte frist på Ulstein kommune Rådhuset Postboks 143 6067 Ulsteinvik
Vedståelsesfrist:	13. 09. 2013
Søknadsåpning:	Ulstein kommune, Rådhuset Fredag 14. juni 2013, kl. 13.00. Det vil ikke være offentlig åpning. Åpning av søknader vil kun være en registrering av innkomne søknader, og vil ikke ha noen avtalerettslige føringer.
Tilleggsopplysninger, Rettelser, endringer etc:	Innen innleveringsfristens utløp har oppdragsgiver rett til å foreta rettelser, suppleringer eller endringer av konsesjonsgrunnlaget. Opplysninger om rettelser, suppleringer og endringer vil kunngjøres på www.doffin.no
Spørsmål til Konsesjonsgrunnlaget:	Alle spørsmål til konsesjonsgrunnlaget og dets vedlegg skal sendes skriftlig på e-post til denne adrse: heidi.strand@ulstein.kommune.no . Spørsmål i anonymisert form, med svar fra oppdragsgiver vil kunngjøres på Doffin, inntil 4 dager før innleveringsfristen.

Søknaden skal sendes/leveres i lukket konvolutt/forsendelse, og SKAL være tydelig merket med: "Søknad brukerstyrt personlig assistanse."

Søknaden skal leveres i et eksemplar i ringperm, samt leveres i elektronisk format på minnepenn som legges ved søknaden.

2. Konesjonen omfatter følgende

Ulstein kommune har vedtatt å innføre brukervalgsordning (fritt brukervalg), for brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Dette innebærer at brukere som har vedtak om BPA kan velge mellom:

- a) privat leverandør (blant de som innehar konsesjon gitt av kommunen)
- b) være arbeidsgiver selv
- c) kommunen som leverandør

Ulstein kommune (som Oppdragsgiver) inviterer derfor leverandører til å søke om tildeling av konsesjon i forbindelse med levering av assistenttimer i BPA-ordningen til brukere i kommunen. BPA er hjemlet i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester av 24.06.2011 nr. 30.

Konsesjon tildeles av Ulstein kommune (Oppdragsgiver), og gir konsesjonshaver rettighet som leverandør for/til brukere med vedtak om BPA innen kommunen, ref. pkt. 2.1.

Det leveres pr d.d ca 13.000 årstimer brukerstyrt personlig assistanse til 7 brukere. Den enkelte bruker har mellom 10 og 90 timar pr uke og størstedelen av timene er i turnus.

2.1 Om tjenestekonsesjonsordningen / forbehold:

Formålet med tjenestekonsesjonsordningen er å legge til rette for at brukere av BPA skal få en reell valgmulighet i henhold til hvilke leverandører de ønsker skal utføre tjenestene (fritt brukervalg). Samtidig skal ordningen bidra til å sikre at brukerne får den hjelpen de har krav på etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester.

En tjenestekonsesjonsordning er en forvaltningsmessig tildeling der oppdragsgiver stiller vilkår for å godkjenne leverandører. Vilkårene, angitt nedenfor i punkt 3.1 og 3.2, må oppfylles gjennom hele avtaleperioden.

Ordningen fungerer slik at leverandører som oppfyller tjenestekonsesjonsvilkår gis rett til å tilby BPA i Ulstein kommune.

Følgende retningslinjer/ forbehold gjelder for ordningen:

- Enhver leverandør som oppfyller Kvalifikasjonskravene (jf. punkt 3) og konsesjonsvilkårene (jf. Vedlegg 2), får sin søknad om konsesjon innvilget.
- Kun de leverandørene som får innvilget sin søknad om konsesjon, vil kunne levere tjenester til brukere i Ulstein kommune.
- En leverandør som har fått innvilget konsesjon vil kunne levere tjenester til de brukere som velger vedkommende leverandør gjennom brukervalg.
- Det foreligger ingen kjøpslikt for Ulstein kommune.
- Det gjelder like vilkår for leverandørene både i prosessen frem mot og i selve tjenestekonsesjonsordningen.
- Kommunen betaler kun for de timene som brukeren har vedtaksfestet. Brukeren må selv betale for timer som overstiger dette, eller eventuelle tilleggstjenester som leverandøren kan tilby. Det er leverandørens ansvar å følge opp og informere brukeren om at han er i ferd med å overstige vedtaksfestede timer.

Tildeling av tjenestekonsesjon kan skje en gang årlig, første gang med virkning fra 2. halvår 2013.

Revisjon av konsesjonsvilkår vil kunne skje samtidig med ny tildeling av konsesjoner.

2.2 Om Brukerstyrt personlig assistanse

BPA reguleres av lov om kommunal helse og omsorgstjenester jf. § 3-2. Det fremkommer av pkt. 6 B at "de sosiale tjenester skal omfatte praktisk bistand og opplæring herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker".

Tildeling av BPA skal vurderes på samme måte og innenfor de samme rettslige rammene som de andre tjenestene i lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-2,

BPA omtales i rundskriv I-20/2000 til lov om sosiale tjenester mv. og Rundskriv I-15/2005. Det fremkommer av I-20/2000 at "brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ organisering av praktisk og personlig hjelp for sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Brukeren har rollen som arbeidsleder og påtar seg større ansvar for organisering og innhold i forhold til sine behov. Innen de timerammer som kommunens vedtak om praktisk bistand angir, kan brukeren i prinsippet styre hvem han/hun vil ha som hjelper(e), hva assistenten(e) skal gjøre, hvor og til hvilke tider hjelpen skal gis. Brukerstyringen vil være et middel til å bidra til bedre ressursutnyttelse, fleksibilitet og kvalitetssikring. Målet er å bidra til at brukeren får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for sterk funksjonshemming".

3. Oppdragsgivers krav til leverandøren,

3.1 kvalifikasjonskrav:

Det vises til eget skjema, **vedlegg 1**, som skal fylles ut og signeres, og leveres som en del av søknaden.

Kvalifikasjonskrav er absolutte basiskrav som må oppfylles for å kunne bli tildelt konsesjon. Relevante kvalifikasjonsdokumenter skal leveres oppdragsgiver sammen med søknaden.

Søknader som ikke oppfyller kvalifikasjonskravene kan bli avvist.

3.2 Generelle krav/ minimumskrav:

Det vises til eget skjema, **vedlegg 2** - Konsesjonskrav, som skal signeres og leveres som en del av søknaden. Krav som er beskrevet her er absolutt krav. Dette innebærer at søknader som inneholder avvik fra disse kravene kan bli avvist fra videre behandling.

Oppdragsgivers krav til leverandøren skal være oppfylt gjennom hele kontraktens og det enkelte oppdrags løpetid. Den enkelte bestilling på kontrakten kan ha lenger løpetid enn konsesjonsperioden. Mangelfullt oppfylte krav under pkt. 3 vil anses som vesentlig mislighold av kontrakt.

4. Kriterier som blir lagt til grunn for tildeling av tjenestekonsesjon:

Leverandører som har levert søknad innen fristen og oppfyller vilkårene for å få tjenestekonsesjon for BPA og kravene i pkt. 3 i dette grunnlaget, vil bli tildelt konsesjon for å tilby tjenestene til kommunens innbyggere.

5. Avvisning:

- Søknader som ikke er i samsvar med vilkårene i konsesjonsgrunnlaget, vil kunne bli avvist.
- Oppdragsgiver forbeholder seg retten til å akseptere eller forkaste en hver søknad.
- Oppdragsgiver forbeholder seg retten til å avvise søknader fra leverandører som er kjent skyldig i straffbare forhold som angår den yrkesmessigeandel, eller i sitt yrke har gjort seg skyldig i alvorlige forsømmelser mot faglige og etiske krav i vedkommende bransje. Dette vil også gjelde systematiske brudd på bestemmelsene i arbeidsmiljøloven.
- Leverandører som ikke får tildelt tjenestekonsesjon vil få en skriftlig tilbakemelding med begrunnelse for avslaget på søknaden, en frist for å påklage beslutningen, samt opplysninger om hvilke leverandører oppdragsgiver har tildelt konsesjon.

6. Kontrakt:

- Det opprettes skriftlig kontrakt med valgt leverandør.
- Kontraktsforholdet blir regulert av NS 8435 Alminnelige kontraktsbestemmelser for brukerstyrt personlig assistanse (BPA) med tilhørende blanketter A og B (se vedlegg 5 og 7 for blankettene). 6
- NS 8435 Alminnelige kontraktsbestemmelser for brukerstyrt personlig assistanse (BPA) må kjøpes fra Standard Norge (www.standard.no)
- Dette konsesjonsgrunnlaget med dets vedlegg vil inngå som en del av kontrakten.

7. Tilbakekalling av tjenestekonsesjon:

- Mislighold fra leverandørens side gir oppdragsgiver rett til å heve avtalen uten kostnad.
- Tjenestekonsesjon kan tilbakekalles dersom forutsetningen for å bli innvilget konsesjon ikke lenger er til stede, og dette skyldes forhold på leverandørens side.
- Dersom ordningen med tjeneste konsesjon blir avvirket som følge av beslutning av kompetent organ i Ulstein vil kommunen ta over BPA-ordningen. Den videre prosess vil i slikt tilfelle foregå i henhold til relevante lovbestemmelser.

8. Opsjon:

Oppdragsgiver har ensidig rett til å prolongere avtalen med to perioder à 1 år på uendrede vilkår. En eventuell utløsning av opsjonen skal skje senest 3 måneder før avtalens utløp.

9. Søknaden skal inneholde:

Søknaden leveres i papirversjon, i ringperm med skilleark og følgende inndeling:

- 1) Søknadsbrev utfylt datert og signert (side 3 i konsesjonsgrunnlaget).
- 2) Utfylt og signert skjema, Kvalifikasjonskrav vedlegg 1, inkl. aktuelle vedlegg/dokumentasjoner, (husk skjema HMS-egenerklæring – vedlegg 3).
- 3) Signert kravspesifikasjon, vedlegg 2.
- 4) Utfylt og signert skjema, egenerklæring etiske krav, vedlegg 4.
- 5) Eventuelt tilbyders spesifikke forbehold. Forbehold skal være konkrete og gi opplysning om forbeholdets økonomiske betydning i forhold til konkurransegrunnlagets beskrivelser.
- 6) Eventuell annet informasjonsmateriell.
- 7) Søknad (unntatt kataloger etc.) skal også leveres på minnepenn, og da arkivert i tilsvarende mapper.

Ved avvik mellom papirversjon og elektronisk versjon, vil alltid papirversjon legges til grunn som den korrekte søknaden.

10. Kontaktperson

Kontaktperson for gjennomføring av konsesjonstildeling:

Soneleiar: Heidi Strand, tlf 98230640

mailadresse: heidi.strand@ulstein.kommune.no

11. Oversikt over vedlegg til konkurransegrunnlaget

VEDLEGG 1 – Kvalifikasjonskrav.

Skal fylles ut og signeres.

VEDLEGG 2 – Konsesjonskrav

Skal signeres.

VEDLEGG 3 – HMS – egenerklæring.

Skal fylles ut og signeres

VEDLEGG 4 – Egenerklæring etiske krav.

Skal fylles ut og signeres.

VEDLEGG 5 – Blankett 8435 A

VEDLEGG 6 – Blankett 8435 B

KVALIFIKASJONSKRAV

Kvalifikasjonskrav er absolutte basiskrav som må oppfylles for å kunne innvilges konsesjon.

Formålet med å stille krav til tilbyderens kvalifikasjoner er å sikre at avtaleleverandøren er i stand til på oppfylle kontrakten i hele perioden. Konsesjonssøker vil bli avvist hvis dokumentasjon og referanser viser at dette ikke er sannsynlig.

Relevante kvalifikasjonsdokumenter skal leveres oppdragsgiver sammen med søknaden. Der hvor det ikke er satt krav om type dokumentasjon skal kravet bekreftes fra leverandør med svar ja/ nei.

Hvis tilbyderen er klar over at dokumentasjonen som skal leveres etter kvalifikasjonskravene kan gi usikkerhet om hans evne til å oppfylle kontrakten, bør relevant tilleggsinformasjon legges ved tilbudet.

Fyll ut skjema og legg ved dokumentasjon i henhold til denne listen.

KVALIFIKASJONSKRAV		
Juridiske betingelser for deltagelse		
	AKSEPTERT	DOKUMENTASJON - SE VEDLEGG
Det kreves at leverandøren har et lovlig etablert foretak. <u>Dokumentasjon:</u> firmaattest eller attest for registrering i faglige register som bestemt ved lovgivning i det land hvor leverandøren er etablert.		
Tilbyder må ha levert sine oppgaver og betalt merverdiavgift. <u>Dokumentasjon:</u> MVA-attest (skjema RF-1244) ikke eldre enn 6 mnd		
Leverandøren må ha levert sine oppgaver og betalt skatt og arbeidsgiveravgift. <u>Dokumentasjon:</u> skatteattest (skjema RF-1244 B) ikke eldre enn 6 mnd		
HMS - egenerklæring skal leveres, <u>skjema - vedlegg 3</u> skal benyttes		
Leverandøren skal ha økonomisk og finansiell kapasitet til å gjennomføre oppdraget		
	AKSEPTERT	DOKUMENTASJON - SE VEDLEGG

Leverandøren skal ha økonomisk og finansiell kapasitet til å gjennomføre oppdraget <u>Dokumentasjon:</u> fremleggelse av foretakets regnskap for det siste året & Kredittrating. En rating skal være utført av offentlig godkjent kredittvurderingsinstitusjon, for eksempel Lindorff, D&B, etc. Denne dokumentasjonen må være av siste mulige oppdaterte versjon. Rating med Decision score 1 og 2 kan innebære at tilbyder ikke ansees som kvalifisert.		
Teknisk kapasitet - krav til dokumentasjon		
	AKSEPTERT	DOKUMENTASJON - SE VEDLEGG
Det kreves at leverandøren har et internkontrollsystem som er i overensstemmelse med kravene i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og forskrift om Helse-Miljø-og Sikkerhet (HMS) for de ansatte. <u>Dokumentasjon:</u> innholdsfortegnelsen over internkontrollsystemet i virksomheten, og en beskrivelse av hvordan internkontrollsystemet implementeres i virksomheten For små og nystartede bedrifter som ikke har en egen kvalitetshåndbok må det vedlegges en oversikt over de rutiner som er etablert for å ivareta kvalitet i bedriften. Dette i stedet for det overnevnte. Dersom tilbyder er kvalitetssertifisert etter ISO 9001 standarden, eller tilsvarende, kan gyldig sertifikat vedlegges i stedet for det ovennevnte.		
Krav om erfaring fra tilsvarende oppdrag og god gjennomføringsevne		
	AKSEPTERT	DOKUMENTASJON - SE VEDLEGG
Leverandør skal ha erfaring fra tilsvarende oppdrag med leveranse til større oppdragsgivere. <u>Dokumenteres</u> ved å liste opp utførte tjenester de siste tre år, herunder opplysninger om verdi, tidspunkt, samt navnet på oppdragsgiver. For nystartede selskaper må de ansattes erfaring dokumenteres på tilsvarende måte.		

Oppdragsgiver krever fast kontaktperson. Tilbyder skal oppgi navn på den kontaktperson som er tiltenkt ansvaret for oppdraget ved kontraktsinngåelse. Ved bytte av kontaktperson i avtaleperioden skal oppdragsgiver informeres om dette.		
Kontaktperson må beherske norsk skriftlig og muntlig.		
Det kreves at leverandøren har en organisasjon som har kapasitet til å utføre tjenestene. <u>Dokumentasjon:</u> beskrivelse av hvordan leverandøren skal sikre tilgang på personell og bygge opp sin organisasjon for å kunne utføre tjenester opp til det angitte kapasitetstaket (jf. vedlegg 2, konsesjonskrav, punkt 2, på antall timer pr. uke) <u>Dokumentasjon:</u> oversikt over opplærings-/kursopplegg som leverandøren har, eller vil benytte.		
Generelle betingelser		
	AKSEPTERT	DOKUMENTASJON - SE VEDLEGG
Leverandøren skal legge til rette for at tjenesten utføres i overensstemmelse med til enhver tid gjeldende lover og forskrifter. I tillegg skal forhold som følger av rundskriv og veiledninger fra statlig eller kommunal myndighet ivaretas som forutsatt.		
Leverandøren skal sikre at de kravene som stilles til opplæring av arbeidsledere i Rundskriv I-20/2000 og I-15/2005 oppfylles. Følgende tema skal minst være dekket: - Rekruttering av personlige assistenter. - Intervju og ansettelsesspørsmål. - Brukerens ansvar for opplæring av assistenter. - Personalpolitikk. - Forhold til lovverk, herunder Helse- og omsorgstjenesteloven, forvaltningsloven og arbeidsmiljøloven. - Arbeidsgiveransvaret. Alle krav til opplæring av arbeidsledere som kreves for at kommunen skal få tildelt BPA stimuleringsstøtte skal til enhver tid oppfylles.		
Bekreft at tilbyder har ordnede arbeidsavtaler		

med sine ansatte, og at arbeidstakerne har lønns- og arbeidsvilkår uavhengig av nasjonalitet – i tråd med ILO-94, som ikke er dårligere enn det som følger av landsomfattende tariffavtale eller det som ellers er normalt for vedkommende sted og yrke. Kravet gjelder både for ansatte hos leverandører og eventuelle underleverandører som direkte medvirker til å oppfylle kontrakten med kommunen. Oppdragsgiver har rett til å be om at leverandøren og eventuelle underleverandører på forespørsel må dokumentere lønns- og arbeidsvilkårene til sine ansatte. Brudd på denne klausul i avtaleperioden, vil kunne medføre oppsigelse av avtalen.		
Bekreftelse på gyldig ansvarsforsikring relatert til utførelse av arbeidet. <u>Dokumentasjon:</u> vedlagt forsikringsbevis.		
Bekreftelse etisk og profesjonell forretningsførsel. <u>Dokumentasjon:</u> Egenerklæring etiske krav skal leveres, skjema, vedlegg 4 skal benyttes.		

Dato:...../.....2013 Sign:.....

KONSESJONSKRAV

**Tjenestekonsesjon for å levere
brukerstyrt personlig assistanse
til brukere i
Ulstein kommune.**

Dette dokument skal signeres, og leveres som en del av søknaden. Krav som er beskrevet her er absolutt krav. Dette innebærer at søknader som inneholder avvik fra disse kravene kan bli avvist fra videre behandling.

1. Kompetanse og bemanning

1.1 Leverandørens arbeidsgiveransvar

Det er leverandør som har arbeidsgiveransvaret for assistentene i BPA-ordningen.

Leverandøren skal ha rutiner som sikrer assistentenes arbeidsforhold i henhold til arbeidsmiljølovens bestemmelser, herunder system for HMS og internkontroll, jf. Punkt 12.3 i NS 8435. Videre skal leverandør ha et system for å ivareta rådgivning og veiledning ovenfor arbeidstakerne.

Oppdragsgiver gjør leverandør særlig oppmerksom på følgende:

- Leverandør plikter å sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten for å sikre hensynet til arbeidstakernes helse, miljø og sikkerhet, jf. Arbeidsmiljøloven § 3-1. Dette innebærer blant annet at leverandør må kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risikoforholdene i virksomheten, utarbeide planer og iverksette tiltak for å redusere risikoen.
- Leverandør plikter å knytte virksomheten til en bedriftshelsetjeneste godkjent av Arbeidstilsynet og i samarbeid med bedriftshelsetjenesten utarbeide en periodevis plan for bedriftshelsetjenestens arbeid i virksomheten jf. Arbeidsmiljøloven § 3-3, forskrift om at virksomheter innen visse bransjer skal ha godkjent bedriftshelsetjeneste (FOR 2009-09-11 nr. 162) og forskrift om arbeidsgivers bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste og om godkjenning av bedriftshelsetjeneste (FOR 2009-09-10 nr. 1173).
- Leverandør plikter å etablere en verneombudsordning, og gjennomføre valg av verneombud og hovedverneombud, jf. Arbeidsmiljøloven kapittel 6. Leverandør må bekjentgjøre hvem som til enhver tid fungerer som verneombud i virksomheten, påse at verneombudene får avsatt nødvendig tid til å utføre vernearbeidet på forsvarlig måte og sørge for at verneombudene får den opplæring som er nødvendig for å kunne utføre vernearbeidet.
- Leverandør plikter å etablere et arbeidsmiljøutvalg som skal virke for gjennomføring av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø for hele virksomheten, jf. Arbeidsmiljøloven kapittel 7. Arbeidsgiverrepresentantene og arbeidstakerrepresentantene skal velges/utpekes i samsvar med bestemmelsen i forskrift om verneombud og arbeidsmiljøutvalg.
- Leverandør plikter å følge arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid, jf. Arbeidsmiljøloven kapittel 10.
- Leverandøren skal avlønne i henhold til lønns- og arbeidsvilkår som er gjeldende norm i bransjen. Oppdragsgiver har rettighet til å foreta innsyn i ansattes lønnsvilkår. Dersom oppdragsgiver avdekker at assistenter er feil avlønnet kan dette medføre tilbakekalling av konsesjon.

Oppdragsgiver forutsetter at leverandør vil ha et særlig fokus på assistentenes arbeidsmiljø, jf. Arbeidsmiljølovens kapittel 4.

Oppdragsgiver vil i kontraktperioden kontrollere at leverandørene oppfyller sine forpliktelser i henhold til arbeidsmiljøloven.

Leverandøren skal ha rutiner for opplæring av nyansatte og hvordan de sikrer veiledning av ansatte og arbeidsleder. Det stilles ingen spesielle krav til formell kompetanse hos ansatte som skal fungere som assistenter utover krav som følger av til enhver tid gjeldende lover og forskrifter.

Leverandøren må ha kjennskap til prinsippene som ligger til grunn for BPA. Leverandørens ansatte som skal fungere som assistenter skal:

- Vise høflig, respektfull og livssynsnøytral fremferd overfor bruker
- Arbeidet skal utføres med faglig god standard
- Ha gode nok språkkunnskaper til at dialog med bruker/ arbeidsleder ikke blir preget av misforståelser
- Være fylt 18 år
- Ikke være pårørende eller andre nærstående til bruker.

1.2 Vikardekning

Leverandøren skal ha rutiner for å bistå arbeidsleder med å skaffe nødvendig vikardekning. Leverandøren bes beskrive sin rutine som sikrer dette.

1.3 Personopplysninger

Leverandøren skal ha rutiner som overensstemmer med lover og forskrifter om innsamling, registrering og oppbevaring av sensitive personopplysninger. Leverandøren skal ha egen journalansvarlig.

1.4 Politiattest

De som skal tjenestegjøre som assistenter for barn og personer med psykisk utviklingshemming skal ikke være siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller være dømt for brudd på straffeloven §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 (2), 201 bokstav c, 203 eller 204a.

Dette innebærer at leverandøren skal sørge for at alle som skal tjenestegjøre som assistenter for barn og personer med psykisk utviklingshemming forelegger politiattest før tjenesten settes i gang. Dette gjelder uansett assistentens stillingsmessige tilknytning til leverandøren.

2. Kapasitetstak

Leverandøren skal tilby tjenester det er tildelt tjenestekonsesjon for til brukere bosatt i Ulstein kommune. Leverandøren må i sin søknad oppgi hvor mange timer BPA som maksimalt kan bli tilbudt pr. uke, omtalt som kapasitetstak. Kapasitetstaket kan ikke settes lavere enn 250 timer pr. uke. Levering av tjenester forutsetter at brukerne velger tjenester fra leverandøren.

Kapasitetstaket kan ikke reduseres i konsesjonsperioden.

En leverandør kan ikke si nei til en ny bruker med mindre leverandøren har nådd sitt oppgitte kapasitetstak.

Bruker som leverandøren allerede leverer tjenester til kan få vedtak om utvidelse av tjenesten. Leverandøren skal da utvide sin leveranse til bruker i henhold til nytt vedtak, uavhengig av om kapasitetstak er nådd. Dette kan medføre at leverandøren i perioder må levere tjenester ut over det avtalte kapasitetstaket. Leverandøren kan i slike situasjoner ikke ta imot oppdrag fra nye brukere før det igjen er ledig kapasitet.

3. Markedsføring

3.1 Markedsføring av tjenestene

Leverandør gis tillatelse til å markedsføre sine tjenester utover den informasjon som gis fra Oppdragsgiver/kommunen. Markedsføringen skal skje i henhold til norsk lov.

Markedsføringen skal ikke foretas når leverandøren utfører de bestilte tjenestene hos bruker. Alle brukere med BPA tjenester i kommunen vil bli informert om hvilke leverandører som har fått innvilget konsesjon. Oppdragsgiver/kommunen kan formidle leverandørens informasjon til bruker.

3.2 Markedsføring av tilleggstjenester

Leverandør gis anledning til å markedsføre tilleggstjenester utover vedtakets rammer, overfor bruker. Det må da klart fremkomme at tjenestene fullt ut må betales av bruker, og at det er frivillig å kjøpe disse tjenestene.

3.3 Forbud mot å motta gaver

Ansatte og andre enkeltpersoner som leverandøren svarer for kan bare ta imot gaver og lignende av ubetydelig verdi fra bruker.

Ansatte og andre enkeltpersoner leverandøren har ansvar for plikter å gi avkall på testamentariske gaver i tilknytning til tjenesteforholdet. Ulstein kommunes etiske retningslinjer er til enhver tid gjeldende for denne kontrakten.

4. Eventuelt

Eventuelle forbehold skal komme klart frem i eget vedlegg fra leverandøren. Vesentlige forbehold i søknaden kan resultere i avvisning.

Samtlige av oppdragsgivers krav i dette vedlegg (vedlegg 2 - Konsesjonskrav) er lest og akseptert:

.....

Dato

Signatur for leverandøren

HMS-egenerklæring

Egenerklæring om helse, miljø og sikkerhet (HMS)

Denne bekreftelsen gjelder:

Virksomhetens navn		Organisasjonsnr/ Fødselsnr	
Adresse		Land*	
Postnummer		Poststed	

Jeg bekrefter med dette at denne virksomheten arbeider systematisk for å oppfylle kravene i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen og ved det tilfredsstiller kravene i forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheten (internkontrollforskriften).¹

Jeg bekrefter at virksomheten er lovlig organisert i henhold til gjeldende skatte- og arbeidsmiljøregelverk når det gjelder ansattes faglige og sosiale rettigheter. Jeg aksepterer at oppdragsgiver etter anmodning vil bli gitt rett til å gjennomgå og verifisere virksomhetens system for ivaretagelse av helse, miljø og sikkerhet.

Dato

Daglig leder

Jeg bekrefter med dette at det er iverksatt systematiske tiltak for å oppfylle ovennevnte krav i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.

☐ Ingen ansatte

Dato

Representant for de ansatte

*For utenlandske oppdragstakere gjelder følgende: Jeg bekrefter med dette at det ved utarbeidelse av tilbudet er tatt hensyn til helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen som følger av forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften), fastsatt ved kgl. res. 6. desember 1996 i medhold av lov 17. juni 2006 nr. 62 om og arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. Jeg aksepterer at oppdragsgiver etter anmodning vil bli gitt rett til å gjennomgå og verifisere virksomhetens system for ivaretagelse av helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

¹ Fastsatt ved kgl.res. 6. desember 1996 nr. 1127 i medhold av lov 17. juni 2006 nr. 62 om og arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v.

Egenerklæring etiske krav

Leverandører som har gjort seg skyldig i alvorlige brudd på etiske krav i bransjen, vil kunne bli avvist fra konkurransen, jf. forskrift om offentlige anskaffelser § 20-12 (2) bokstav d). Som dokumentasjon på at det ikke foreligger forhold som kan gi grunnlag for avvisning, krever vi at leverandører som inngir tilbud fyller ut vedlagte egenerklæring.

Vi gjør spesielt oppmerksom på at dersom egenerklæringen inneholder grovt misvisende eller feilaktige opplysninger, eller det er unnlatt å oppgi opplysningene det er bedt om, vil dette medføre avvisning etter forskriften § 20-12 (2) bokstav g).

Leverandørene bes tilsvarende bekrefte at de ikke vil benytte underleverandører til oppfyllelse av vesentlige deler av kontrakten, som man kjenner til har begått alvorlige brudd på etiske krav i bransjen.

Denne bekreftelsen gjelder:

Virksomhetens navn		Organisasjons nr/ Fødselsnr	
Adresse		Land*	
Postnummer		Poststed	

Jeg bekrefter med dette at vi ikke kjenner til at denne virksomheten har begått alvorlige brudd på etiske krav i bransjen de siste tre år. Dette inkluderer, men er ikke begrenset til, brudd på regler om arbeidsmiljø, forurensningslov og straffelov. Videre bekrefter vi at vi ikke har vært involvert i noen form for forsøk på bestikkelser, korrupsjon, tilbud om utilbørlige fordeler til tjenestemenn, bedrageri eller hvitvasking av penger.

Jeg kjenner heller ikke til at noen av våre ansatte har begått alvorlige brudd på etiske krav i bransjen som nevnt ovenfor.

Jeg bekrefter videre at vi ikke er kjent med at noen av våre underleverandører som skal utføre en vesentlig del av arbeidet knyttet til denne kontrakten, har begått slike alvorlige brudd på etiske krav i bransjen som nevnt ovenfor.

Jeg er kjent med at uriktig erklæring om kjennskap til slike forhold kan gi grunnlag for avvisning av tilbud, og etter omstendighetene også være straffbart.

Dato:.....

Sign. Daglig leder:.....

Blankett 8435 A

Kontrakt om levering av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Blanketten er utarbeidet av en komité oppnevnt av Standard Norge med medlemmer fra Adecco Norge, Attendo Care, CityMaid, Forbrukerrådet, HSH, JAG Assistanse AS, NHO Service, Omsorgsspesialisten AS, Oslo kommune, RO-senteret og ULOBA BA.

1. Partene

Oppdragsgiver		
Navn	Organisasjonsnr.	
Ulstein kommune	964979456	
Adresse	Postnr.	Poststed
Helse- og omsorgsetaten, Sjukeheimsvegen 18	6065	Ulsteinvik
Telefon	E-post	

Leverandør		
Navn	Organisasjonsnr.	
Adresse	Postnr.	Poststed
Telefon	E-post	

Mellom partene er det inngått denne kontrakt om levering av brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

2. Partenes representanter

Oppdragsgiveren representeres av:

Etternavn	Fornavn	
Adresse	Postnr.	Poststed
Telefon	Mobil	E-post

Leverandøren representeres av:

Etternavn	Fornavn	
Adresse	Postnr.	Poststed
Telefon	Mobil	E-post

3. Kontraktsbestemmelser

For denne kontrakten gjelder NS 8435 *Alminnelige kontraktsbestemmelser for brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*, med mindre annet følger av bestemmelsene nedenfor.

For denne kontrakten gjelder dessuten (fylles ut dersom spesielle dokumenter skal gjelde):

Konsesjonsgrunnlaget med vedlegg
Leverandørens søknad om tjenestekonsesjon

Dokumentene skal ha følgende kontraktsrang, dette overstyrer pkt. 3:

- Avtaledokumentet (Blankett 8435 A)
- Norsk standard NS 8435
- Konsesjonsgrunnlaget
- Leverandørens søknad

4. Beskrivelse av oppdraget

Jf. konsesjonsgrunnlaget

5. Kontraktperiode

Kontrakten gjelder for 01.09.2013 til 31.08.2017, med opsjon 1 + 1 år.

6. Pris

Avtalt pris for tjenesten er kroner 377,- pr. time faktisk utført assistanse.

Prisen skal være bindende for 1 år fra kontraktsinngåelse.

7. Faktura

Fakturaen skal sendes til:

Ulstein kommune
Fakturamottak
Postboks 143
6067 Ulsteinvik

Eller elektronsik faktura: fakturamottak@ulstein.kommune.no

8. Særlige bestemmelser

Pkt 15 Lønns- og arbeidsvilkår, 3. avsnitt skal lyde: Dersom leverandøren ikke etterlever klausulen, har oppdragsgiver rett til å holde tilbake deler av betalingen til det er dokumentert at forholdet er brakt i orden. Er ikke annet avtalt, skal det tilbakeholdte beløpet tilsvare ca. 2 ganger innsparingen for leverandøren.

Pkt 18.1 Pris for tjenestene, andre avsnitt skal lyde: Oppdragsgiver skal regulere prisen i samsvar med SSBs indeks for helse- og sosialtjenester for 2. kvartal, avrundet til nærmeste hele krone. Prisen reguleres fra 15. august, første gang med virkning fra 15.8.2014.

Presisering pkt. 10:

- I avtaleperioden skal det minimum holdes ett statusmøte pr år. Partene stilles fritt til å avtale hyppigere møter. Oppdragsgiver vil innkalle til statusmøter. På statusmøter skal:
 - avtalen evalueres
 - status hittil i avtaleperioden – aktiviteter.
 - leveranser skal presenteres og gjennomgås
 - Endringer i konsesjonsgrunnlag – Nye konsesjonskrav vil også gjøres gjeldende for løpende konsesjoner.
 - eventuelt.

9. Underskrifter

Dette kontraktsdokumentet er utferdiget i to eksemplarer, med ett eksemplar til hver av partene.

Sted og dato	Sted og dato
Underskrift oppdragsgiver	Underskrift leverandør

Blankett 8435 B

Individuell kontrakt om brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Blanketten er utarbeidet av en komité oppnevnt av Standard Norge med medlemmer fra Adecco Norge, Attendo Care, CityMaid, Forbrukerrådet, HSH, JAG Assistanse AS, NHO Service, Omsorgsspesialisten AS, Oslo kommune, RO-senteret og ULOBA BA.

1. Partene

Arbeidsleder		
Navn	Fødselsnummer	
Adresse	Postnr.	Poststed
Telefon	E-post	

Kommune/bydel		
Navn		
Adresse	Postnr.	Poststed
Kontaktperson	Telefon	E-post

Leverandør		
Navn	Organisasjonsnr.	
Adresse	Postnr.	Poststed
Telefon	E-post	

Mellom partene er det inngått denne individuelle kontrakten om brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Leverandøren kan ikke overdra sine forpliktelser etter denne kontrakten til andre uten skriftlig samtykke fra kommune og arbeidsleder.

2. Formål

Brakerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ organisering av praktisk og personlig hjelp for sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet.

Målsettingen med BPA-ordningen er at den som har et assistansebehov skal få et så selvstendig liv som mulig. Denne kontrakten skal bidra til at dette målet oppfylles.

Denne kontrakten regulerer forholdet mellom arbeidsleder, kommune, og leverandør i de tilfeller der kommunen i samråd med den som har et assistansebehov, har valgt at leverandøren skal være kontraktspart.

3. Kontraktperiode

Kontrakten gjelder fra(dato) og inntil den sies opp av en av partene.

4. Oppsigelse og heving

Det gjelder en gjensidig oppsigelsesfrist på tre kalendermåneder, men ikke lenger enn fram til det tidspunktet hvor leverandøren har fått avsluttet sine arbeidsgiverforpliktelser overfor arbeidslederens personlige assistenter.

Oppsigelsen skal være skriftlig, og oppsigelsesfristen løper fra første dag i måneden etter mottakelsen av oppsigelsesbrevet.

Ved vesentlig mislighold kan partene heve den individuelle kontrakten.

5. Tjenestene - assistansens omfang

BPA er innvilget ved vedtak. Antall innvilgede timer til bruk framkommer av eget brev som bekrefter omfanget av assistanseordningen.

6. Arbeidsleders rolle, ansvar og forpliktelser

Arbeidsleder skal organisere ordningen med BPA og har ansvar for rekruttering, opplæring og oppfølging av arbeidstakerne.

Arbeidsleder skal informere kommunen om endringer som kan påvirke behovet for BPA.

7. Heldøgns opphold i institusjon

Ved heldøgns opphold i institusjon består den individuelle kontrakten. Det forutsettes imidlertid kontakt mellom partene for å avklare det videre assistansebehovet, herunder hvorvidt det er grunnlag for å justere omfanget i institusjonsperioden. En eventuell justering skal foretas i samme omfang som leverandøren kan iverksette endringer overfor sine ansatte i henhold til arbeidslivets regler.

Ved heldøgns opphold i institusjon skal arbeidsleder varsle oppdragsgiver og leverandør snarest mulig. Dersom innleggelsen er planlagt, skal oppdragsgiver og leverandør varsles senest tre uker før innleggelse, dersom dette er mulig.

Dersom arbeidsleder ikke er i stand til å ivareta varslingsplikten og leverandøren eller oppdragsgiveren er kjent med oppholdet, skal partene varsle hverandre.

8. Bruk av nærstående som assistenter

Familie og andre nærstående av arbeidsleder skal generelt ikke ansettes som arbeidstakere. Oppdragsgiver kan likevel i det enkelte tilfellet skriftlig tillate bruk av familie og andre nærstående.

Familie og andre nærstående kan unntaksvis benyttes som tilkallingsassistent i enkelttilfeller der en arbeidstaker ikke kan møte i henhold til arbeidsplan.

9. Leverandørens ytelser og forpliktelser

Leverandørens ytelser og forpliktelser framkommer av kontrakten mellom kommunen og leverandøren.

Leverandøren skal informere kommunen om endringer som kan påvirke behovet for BPA.

10. Gjensidig informasjonsplikt

Partene skal gjensidig informere hverandre om forhold som har betydning for arbeidsleders assistanseordning.

11. Rapportering

Arbeidslederen skal gi leverandøren nødvendig dokumentasjon for utbetaling av lønn til arbeidstakere.

Arbeidsleder skal straks rapportere til leverandøren og kommunen dersom arbeidsleder ikke lenger mottar assistanse.

12. Pris og betaling

Avtalt pris for tjenesten er p.t. kr 377,00 per time faktisk utført assistanse. Prisen reguleres i henhold til kontrakten mellom kommunen og leverandøren. Kommunen er ansvarlig for betaling av de timer som framkommer i eget brev som bekrefter omfanget av assistanseordningen.

13. Særlige bestemmelser

--

14. Underskrifter

Dette kontraktsdokumentet er utferdiget i tre eksemplarer, med ett eksemplar til hver av partene.

Kontraktens gyldighet forutsetter underskrift av alle tre kontraktsparter.

Sted og dato	Sted og dato
Underskrift arbeidsleder	Underskrift kommune
Sted og dato	
Underskrift leverandør	

Referatsaker

Referatsaker



VOLDA KOMMUNE Interkommunal nattlegevakt

Styret v/Helse Møre og Romsdal HF
Postboks 1600

6026 ÅLESUND

BET

HERØY KOMMUNE RÅDMANNEN	
Rej.nr. 2014/155	Saksbeh. IMT
17 JAN. 2014	
Ark kode P	G21
Ark kode S	
J.nr.	
Kassasjon	Dok.nr. 1

Arkivsak nr.
2014/113

Løpenr.
492/2014

Arkivkode
G01

Avd/Sakshandsamar
INV/ JORKIP

Dato
16.01.2014

BLØTDELSKIRURGIEN I HELGENE I VOLDA SJUKEHUS

Samarbeidsorganet for nattlegevakta i Volda meiner det er svært uheldig at ein ikkje får nytte beredskapen for bløtdelskirurgi ved Volda sjukehus i helgene.

Nattlegevakta i Volda er eit samarbeid mellom Volda, Ørsta, Sande, Herøy, Ulstein og Hareid kommuner lokalisert i mottaksavdelinga til Volda sjukehus. Ordninga har eit samarbeidsutval med representantar frå alle deltakarkommunene. Dette utvalet har drøfta situasjonen etter at styret for helse Møre og Romsdal vedtok at det ikkje lenger skulle vere beredskap for bløtdelskirurgi i helgene ved sjukehuset i Volda.

Dette vedtaket har vore svært uheldig både av omsyn til legevakta sitt faglege arbeid, og ut frå eit brukarperspektiv.

Det normale er at ein legevaktlege tar pasientar til ei sjølvstendig undersøking og vurdering, før ein tar stilling til om ein pasient må bli henvist til sjukehus for tilstanden. Når ein nå får henvendingar frå Ytre Søre Sunnmøre, må ein ut frå telefonopplysingar ta stilling til om pasienten bør henvisast til Ålesund direkte uten undersøking, eller om ein skal ta pasienten til legevakta i Volda først, noke som vil innebere ei forseinking på eit par timar. Dette fører til dårlegare fagleg legevaktarbeid som grunnlag for portvaktfunksjonen inn mot sjukehusa.

Ut frå eit brukarperspektiv er det også svært uheldig at pasientar må fraktast unødvendig fram og tilbake mellom sjukehusa i Volda og Ålesund. Dette aukar også utgiftene til ambulansetenesta unødige. Transporttida er så lang at det reduserer beredskapen og fører til auka fare for samtidighetskonflikter, noke som også har vore opplevd.

Samarbeidsorganet har spurt nattlegevaktlegane om deira erfaring med ordninga. Samtlege av dei som har gitt tilbakemelding opplever ordninga som svært negativ. Dei viser også til fleire konkrete uheldige episoder.

Vi veit at der er ein bløtdelskirurg i vaktberedskap ved sjukehuset i Volda i helgene. Etter ei periode uten slik vakt, viste det seg at det var fagleg naudsynt av omsyn til inneliggande pasientar på sjukehuset, både pasientar ved kirurgisk avdeling og for nødvendig tilsyn ved medisinsk og gynekologisk avdeling. Det er likevel ikkje blitt åpna for at denne kirurgen kan ta imot nyinnleggingar ved kirurgisk avdeling i helga. Vi veit at der er beredskap ved både anesthesiavdeling og operasjonsavdeling heile helga av omsyn til gynekologiske og ortopediske pasientar.

Vi finn det uforståeleg at vakthavande kirurg ikkje kan ta nødvendige vurderingar av pasientar henvist frå legevakta, og om nødvendig utføre operasjonar i helgene.

I tillegg til dei faglege ulempene og dei unødvendige belastningane for pasientane, må det også vere svært uheldig økonomisk å la vere å bruke ei beredskapsordning som er på plass. Forutsetningane for styrevedtaket synes derfor ikkje vere til stade, og vi oppmoder styret om å gjere om vedtaket umiddelbart.

Volda 14/1 2014

for samarbeidsorganet ved nattlegevakta i Volda

Ottar Grimstad
leiar

Jørn Tunheim Kippersund
nattlegevaktsjef

Kopi til:

Jørn Tunheim Kippersund

Ørsta kommune	Dalevegen 6	6150	ØRSTA
Sande kommune		6084	LARSNES
Ulstein kommune	Postboks 143	6067	ULSTEINVIK
Hareid kommune	Rådhuset, Rådhusplassen 5	6060	HAREID
Herøy kommune	Postboks 274	6099	FOSNAVÅG



Ambulanse Midt-Norge HF

Strandveien 1
7502 STJØRDAL

HERØY KOMMUNE RÅDMANNEN	
Reg. nr. 2014/372	Saksbeh. IMT
27 FEB. 2014	
Ark.kode P	H06
Ark.kode S	
J.nr.	Dok.nr. 1
Kassasjon	

Saksnr
2014/263

Løpenr.
1565/2014

Klassering
G02

Avd / sakshandsamar
SVEL/ OG

Dato
24.02.2014

AMBULANSETILBODET PÅ YTRE SØRE SUNNMØRE

Viser til styresak 12/14 Budsjettoppfølging 2014 - tiltakspakke kostnadsreduksjon som skal handsamast på styremøte i Ambulanse Midt-Norge HF

Kommunane Hareid, Ulstein, Herøy og Sande er alvorleg bekymra for dei tiltaka som er skissert. Vi ber styret Ambulanse Midt-Norge HF om å avvise forslaget frå administrasjonen og starte prosessen på nytt i dialog med kommunane, næringslivet, tilsette og brukarane.

Det er ikkje gjennomført ROS-analyse av konsekvensar av vedtaket. Likevel forslår administrasjonen at styret skal vedta: «Styret i Ambulanse Midt-Norge HF vedtar at alle listede tiltak i tiltakspakken iverksettes for å sikre et budsjett i balanse for 2014. Dette til tross for de negative konsekvenser og risiko dette utgjør mtp drift, utvikling og overføring av tjenesten.»

Dette er uforsvarleg og uakseptabelt å vedta noke som medfører betydeleg svekking av beredskapen, utan ei skikkeleg vurdering av kva konsekvensane vil bli.

Forslaget om reduksjon av tilbodet ved basen i Hareid-Ulstein, vil få store konsekvensar for beredskapen i vårt område, men og i regionen som heilheit. Ambulansen i Ulstein har ei betydeleg mengde oppdrag i Herøy og Sande også. Det er samstundes forslag om reduksjonar i Vanylven kommune, noko som medfører at ambulansen i Sande må dekke ekstra beredskap i Vanylven. Med ein reduksjon i både Vanylven og Ulstein vil heile ambulanskapasiteten på Søre Sunnmøre bli dramatisk endra. Ein vil få dårlegare beredskap og reelt tilbod ved alvorlege hendingar og sjukdom i ein region med sterk folketalsvekst.

Vi minner og om dei demografiske utfordringane som syner ein sterk auke av personar over 80 år dei neste 10 åra. Dette er største brukargruppa av ambulanse.

Ytre Søre Sunnmøre har svært store og viktige industri arbeidsplassar med fleire tusen arbeidarar på arbeidsplassar der ein kan risikere massetraumer ved større ulykker.

Volda sjukehus har beredskap for bløtdelskirurgi berre kvardagane. I helgene skal alle desse pasientane til Ålesund, med den ekstra transporttida det tar med ferjesamband. Vi har felles nattlegevakt i Volda. Utan beredskap for bløtdelskirurgi 3 netter i veka, vil nokre pasientar blir frakta frå ytre Sunnmøre til legevakt i Volda før transport til Ålesund, noke som vil



innebere at ei ambulanse er oppteken mange timar. Auke i transportar frå Ørsta/Volda til Ålesund vil også gi mindre reservekapasitet på Indre Søre Sunnmøre.

I løpet av året skal funksjonsfordeling mellom sjukehusa opp. Signala frå administrasjonen i Helse Møre og Romsdal er heilt tydelege på at dei ikkje vil gjeninnføre beredskap i bløtdelskirurgi i helgene i Volda, og truleg fjerne dette fagområdet heilt. Dette vil medføre betydeleg auka transportbehov mellom Søre Sunnmøre og Ålesund, både frå indre og ytre. I denne situasjonen vil det vere behov for AUKA ambulansekapasitet, og da må ein ikkje starte NEDBYGGING av kapasiteten no.

Ein saknar i saka både analyse av trafikktalet og vurderingar av ambulansebehovet i forhold til dei planane det lokale helseforetaket no arbeider med.

Det vil om få veker vere avklart om E39 skal leggst om til å gå over kommunane Hareid og Ulstein. Dersom det skjer, vil det medføre behov for å halde på eller auke ambulanseberedskapen i vårt område.

Vi meiner forslaget bryt med samhandlingsreforma og drøftingsplikta Helse Midt Norge RHF har med kommunane i saker som direkte vedkjem kommunane. Vi meiner framlegget også bryt med styrevedtaket i sak 4/14 der det mellom anna står: «Styret forutsetter at utredning og planlegging av endringer skjer i tett dialog med aktuelle sykehusforetak og kommuner, og at faglige og beredskapsmessige kriterier legges til grunn for arbeidet.»

Forslaget bryt med tidlegare vedtak og føresetnadar gjort av styret i RHF et. Syner her til saksutgreiing og vedtak gjort i sak 62/10 HMN, 80/10 HMN, 21/11 HMN, 50/11 HMN og 59/11 HMN der det er slått fast at dagens ambulansestructur og kapasitet ikkje skal endrast. Ein kan ikkje sjå at styret for Ambulanse Midt-Norge har heimel til å gjere desse strukturelle endringane.

Dette framlegget til vedtak synes vere basert berre på økonomiske vurderingar, utan omsyn til vurderingar knytta til demografi, risiko og behov.

Det står i saka at tiltaka krev dialog med berørte kommuner. Dialog etter at bindande vedtak er gjort, er ikkje dialog.

Med helsing

Ottar Grimstad
Kommuneoverlege
Hareid kommune
(sign)

Inger Lise Kaldhol
Kommuneoverlege
Ulstein kommune
(sign)

Bjørn Martin Aasen
kst. Kommuneoverlege
Herøy kommune
(sign)

Torstein Vattøy
kommuneoverlege
Sande kommune
(sign)

NOTAT

Til: Helse og omsorgskomiteen

Frå: Bu- og habiliteringsleiar

Saksnr
2014/416

Arkivkode
520

Dato
07.03.2014

KARTLEGGING AV LØNSNIVÅ TIL STØTTEKONTAKTAR

Med bakgrunn i evalueringssak om køyregodtgjersle i støttekontakttenesta, vart det stilt spørsmål kring lønsnivå til støttekontaktar. Helse og omsorgskomiteen i Herøy, ba bu- og habiliteringsleiar i møte den 06.02.14 om å kartlegge kva kommunane i 7-stjernenettverket betalar i løn til støttekontaktar, for på den måten kunne vurdere Herøy sitt lønsnivå.

Kommunane har svart følgjande:

Hareid: 136,- (over 18 år), 122,- (over 16 år) og 108,- (under 16 år).

Ulstein: 115,- per time (ikkje presisert om det er standardsats).

Ørsta: 136,- per time (ikkje presisert om det er standardsats).

Volda: 116,- per time (ikkje presisert om det er standardsats).

Vanylven: 136,- per time. Standardsats.

Sande: 136,- (over 18 år), 122,- (over 16 år) og 108,- (under 16 år).

Herøy: 115,- per time. Standardsats.

Konklusjon:

Det er noko ulik praksis i kommunane. 4 av 7 nyttar høgare betalingssats enn Herøy kommune. Kommunestyret har bedt rådmannen sjå på timeløna til støttekontaktane, og kome med ei sak til kommunestyret.

Renathe Rossi-Kaldhol

Bu- og habiliteringsleiar



Adr: Pb. 274 6099 FOSNAVÅG Tlf: 700 81 300 Fax: 700 81 301 Bank: 8647.11.04800 Org.nr 964978840
E-post: postmottak@heroy.kommune.no www.heroy.kommune.no