

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2012/4977 - 13444/2012		012	01.06.2012

Innkalling til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 13. juni 2012

Det kalles med dette inn til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 13. juni 2012 kl. 1200.

NB! Merk møtetidspunkt.

Møtet finner sted på Sykehuset Namsos, møterom i Psykiatrisk klinikk v/kantina

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 20/2012 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 23.05.12 |
| Sak 21/2012 | Langtidsbudsjett 2013- -2018 |
| Sak 22/2012 | Godkjenning av avtaler mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene i Nord-Trøndelag ved innføring av Samhandlingsreformen |
| Sak 23/2012 | Godkjenning av særavtale Værnesregionen DMS, mellom Helse Nord-Trøndelag og Stjørdal kommune |
| Sak 24/2012 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 31.05.122. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 11.06.123. Driftsrapport for mai 20124. Andre orienteringer |

Alf Daniel Moen
Styreleder
sign.

Arne Flaatt
Adm.direktør
sign

Kopi:

Styrets varamedlemmer

Administrativt samarbeidsutvalg v/leder

Brukerutvalget v/leder

Helse Nord-Trøndelag
Saksnr. 2012.13084
Mottatt: 18 APR. 2012
Arkiv: 112 Unnt.off.:

Mottakere i henhold til liste

Vår ref.
2012/200 - 2397/2012

Deres ref.

Saksbehandler
Reidun Martine Rømo, 74 83 99 17

Dato
16.04.2012

Langtidsplan og budsjett 2013-2018 - Forutsetninger og prinsipper

Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet den 21. mars 2012 sak 21/12 *Langtidsplan og budsjett 2013-2018 – Prinsipper og forutsetninger*. Saken og protokoll med endelig vedtak følger vedlagt.

Vi ber om styret i helseforetaket sin vurdering av de føringer som er vedtatt og innspill til endelig budsjettvedtak for langtidsperioden, som vil skje i det regionale styrets møte 21. juni.

Når det gjelder eventuelle behov for informasjon og kvalitetssikring knyttet til fremskrivning av tallmaterialet for langtidsperioden, så vil dette bli avklart administrativt.

Utviklingsplaner bygg

Vi viser til protokoll av 30. juni 2011 fra foretaksmøte med Helse Møre og Romsdal HF hvor foretaket fikk i oppdrag å utarbeide en samlet plan for utviklingen av sykehusene i foretaket – herunder utviklingsplan for bygningsmassen. For å kunne utarbeide et godt grunnlag for styrets prioritering av bygningsmessige investeringer, jf sak 21/12 vedtak pkt. 5, ber vi om at St. Olavs Hospital, Helse Nord-Trøndelag og Rusbehandling Midt-Norge oversender foreliggende planer for bygningsmassen med tilhørende plan for finansiering og konsekvenser for drift.

Styret kommer tilbake til prioritering av bygningsmessige investeringer når Utviklingsplan i Helse Møre og Romsdal HF er ferdig, dvs tidligst primo 2013.

Vi ber om at tilbakemelding på begge punkter over er HMN RHF i hende innen 1. juni 2012. Svar sendes elektronisk til postmottak med kopi til Reidun Martine Rømo.

Med vennlig hilsen

Anne-Marie Barane

Anne-Marie Barane
Økonomidirektør

Reidun M. Rømo
Reidun Martine Rømo
økonomisjef

Vedlegg: Sak 21/12 Langtidsplan og budsjett 2013-2018 - prinsipper og forutsetninger
Protokoll av møte 21. mars 2012

Adresseliste (mottakere av dette brev)

Helse Møre og Romsdal HF	Åschaugen 1	6017	ÅLESUND
St. Olavs Hospital HF	Olav Kyrres gt. 17	7006	Trondheim
Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Levanger, Postboks 333	7601	LEVANGER
Rusbehandling Midt-Norge HF	Strandveien 1	7500	Stjørdal
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Prof. Brochs gt. 6	7488	TRONDHEIM
Ambulanse Midt-Norge HF HEMIT	Postboks 2833 Elgeseter	7432	Trondheim

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 21/12 Langtidsplan og budsjett 2013-2018 - Prinsipper og forutsetninger

Saksbehandler Reidun Martine Rømo

Ansvarlig direktør Anne-Marie Barane

Saksmappe 2011/601

Dato for styremøte 22. mars 2012

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.
2. Gjennomføring av Strategi 2020, generell effektivisering og en bedre struktur av tjenestetilbudet er en forutsetning for:
 - å møte pasientenes fremtidige behov med tjenester av høy faglig kvalitet
 - å frigjøre tilstrekkelige midler til investeringer
 - å gi ressursmessig handlingsrom for regionens satsingsområder
 - å sikre bærekraftige fagmiljøer med riktig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet
3. Helse Midt-Norge skal ha en bærekraftig drift med høy kvalitet. For å oppnå dette legger styret i langtidsperioden vekt på tilstrekkelige investeringer i IKT og medisinsk teknisk utstyr (MTU)
4. Styret peker på behov for bygningsmessig opprustning i Nordmøre og Romsdal, og viser til prosjekt som gjennomføres i Helse Møre og Romsdal. Styret vil ta stilling til prosjektet og fremdrift når anbefaling foreligger. Også i andre helseforetak er det behov for bygningsmessige investeringer og styret vil komme tilbake til prioritering av dette.
5. Styret ser behov for å gjennomføre ambisjonen i opptrapping av særskilte satsingsområder som forskning, rusbehandling samt behovet for vedlikehold av bygningsmassen
6. HMN skal i langtidsperioden stimulere helseforetakenes arbeid med å finne gode faglige og effektive samarbeidsløsninger med kommunene
7. Strategiske planer og handlingsplaner med konsekvenser for langtidsperioden, innarbeides i årlige budsjett og i det videre arbeidet med langtidsplan og budsjett for perioden 2013-2018

Stjørdal 15.03.2012

Gunnar Bovim
Administrerende direktør

SAKSUTREDNING:

Langtidsplan og budsjett 2013-2018 – Prinsipper og forutsetninger

Saken er utarbeidet av en tverrfaglig arbeidsgruppe

GJELDENDE FORUTSETNINGER

I forbindelse med behandling av Sak 110/07 Langtidsbudsjett 2008-2013 vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF at det skal utarbeides rullerende langtidsbudsjett basert på konsernprinsipper og felles forutsetninger og maler. Foretaksgruppens evne til å bære kostnader knyttet til tidligere vedtak og planlagte investeringer skal analyseres.

HELHETLIG DRØFTING

1. Innledning

Helse Midt-Norge skal forvalte ressursene i spesialisthelsetjenesten på best mulig måte for pasientene og befolkningen. Regjeringen har for 2012 fokusert særlig på kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg gjennomføres første del av Samhandlingsreformen i år. Høy faglig kvalitet sammen med en bærekraftig drift er grunnleggende prinsipper i kommende langtidsperiode.

Strategi 2020, langtidsplan og -budsjett for foretaksgruppen har vist at det er behov for betydelige omstillinger for å frigjøre kapital fra drift til investeringer. Dette er nødvendig for å kunne vedlikeholde og utvikle bygg og anlegg, men også for å ta i bruk ny medisinsk teknologi, samt utnytte de mulighetene som IKT gir. I tillegg skal det satses på kompetansebygging og forskning. Det er en forutsetning at alle oppgaver skal løses innenfor den rammen som foretaksgruppen samlet og hvert enkelt foretak får stilt til rådighet. Med denne bakgrunn står Helse Midt-Norge også i langtidsperioden 2013-2018 overfor utfordringer som vil bety streng prioritering og gjennomføring av tiltak.

Foretaksgruppen gjennomfører hvert år en rullering av langtidsplan og – budsjett for å fange opp nye krav og signaler fra eier samt eventuelle konsekvenser i langtidsperioden av de vedtak som styret gjør gjennom året. Det regionale styret vedtar først prinsipper og forutsetninger som legges til grunn i det videre arbeidet. Styrene i de underliggende helseforetakene vil, basert på vedtatte prinsipper, bli bedt om å gi innspill på overordnede prioriteringer og strategi for langtidsperioden. Basert på dette blir langtidsplan og – budsjett for kommende langtidsperiode utarbeidet og lagt frem for styret i juni.

I forbindelse med LTP-LTB 2012-2017 ble det lagt til grunn betydelige omstillinger både i 2012 og resten av langtidsperioden. Det ble også lagt til grunn at nødvendige omstillinger skal bygge på vedtakene i Strategi 2020 samt sikre god gjennomføring av Samhandlingsreformen. Samtidige ble opptrapping innen medisinsk teknisk utstyr, forskning og vedlikehold redusert i langtidsperioden i forhold til tidligere vedtak.

2. Grunnleggende prinsipper

Helse Midt-Norge RHF skal sørge for god og likeverdig spesialisthelsetjeneste, forskning, utdanning og opplæring innenfor gitte økonomisk rammer. Langtidsplan og – budsjett for kommende periode utarbeides ut fra høy faglig kvalitet og god økonomisk bærekraft som grunnleggende prinsipper.

2.1 Høy faglig kvalitet

Helse Midt-Norge skal sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. Strategi 2020 er retningsgivende for hvordan dette skal oppnås i årene som kommer.

I Strategi 2020 er utfordringsbildet sammenfattet i fire hovedpunkter:

- Befolkningens sammensetning og behov endres
- Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

På bakgrunn av utfordringsbildet er det fastsett 5 strategiske mål:

- I Styrket innsats for de store pasientgruppene
- II Kunnskapsbasert pasientbehandling
- III En organisering som underbygger trygge pasientforløp
- IV Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- V Økonomisk bærekraft

I høringsutkastet til Strategi 2020 heter det:

”Helsevesenet vil i økende grad stå overfor pasienter som vet mer, kan mer og forventer mer, og som har svært lav toleranse for at det gjøres feil i behandlingsprosesser. Pasientene vil kreve at kvalitet synliggjøres på en måte som er forståelig og lettfattelig også for folk uten medisinsk kompetanse. Pasientene vil i større grad velge sykehus som kan dokumentere behandlingsmetoder og resultater. På sikt kan vi få en utvikling der sykehus som ikke kan dokumentere kvalitet ikke godkjennes som behandlingsinstitusjon.”

Styret i Helse Midt-Norge sitt vedtak i Strategi 2020 viser at det er behov for å gjøre relativt store endringer for å imøtekomme utfordringsbildet.

- Kravet til bærekraft gjør at midler til vedlikehold av bygningsmassen, investering og forskning må prioriteres.
- Det skal legges til rette for et desentralisert helsetjenestetilbud til de store pasientgruppene.
- God og forutsigbar kvalitet forutsetter robuste vaktordninger.
- Det skal tas i bruk indikatorer for behandlingskvalitet og pasienttilfredshet.
- Tilgjengelig kompetanse skal i størst mulig grad nyttes til aktiv pasientbehandling. De overordnede behovsanalyser som er gjort vedrørende fremtidig kompetansebehov skal følges opp med løpende kompetanseplanlegging og tiltak som sikrer tilgang på kompetent personell. Investering i kompetanseutvikling og utdanning må prioriteres.
- De prehospitale tjenestene skal tilpasses nye behandlingsmetoder og endret oppgavedeling.

- Det skal utvikles helhetlige pasientforløp for de som har behov for sammensatte tjenester fra rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.
- Foretakene i regionen må gjennomføre sin del av samhandlingsreformen i tett dialog med kommunene.
- Det skal legges til rette for aktiv brukermedvirkning i behandling av den enkelte og på systemnivå.

2.2 Bærekraftig drift

En bærekraftig drift, som ikke forringer verdien av realkapital, er en forutsetning og bærebjelke i langtidsplan og –budsjett. Strategi 2020 beskriver driftsendringer som er riktige ut fra målet om å ha et tilbud av bedre kvalitet, ikke dårligere kvalitet. Det beskrives endringer som samlet sett vil gi et bedre tilbud til pasientene, ikke et dårligere tilbud. Tjenestene skal samlet sett være mer tilgjengelig for pasientene, ikke dårligere. Slike driftsendringer skal skje innenfor tilgjengelige økonomiske rammer og faglig kapasitet.

3. Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 og har fokus på en bedre og mer integrert helsetjeneste. Pasientene skal sikres bedre kvalitet i behandlingstilbudet gjennom tidligere oppfølging på riktig nivå. Det er innført plikt for kommuner og sykehus om å inngå samarbeidsavtaler på en rekke områder, bl.a. retningslinjer for samhandlingen ved innleggelse og utskrivning av pasienter, samarbeid om beredskap og planer for kommunenes tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Avtalene skal være ferdige framforhandlet innen 1. juli 2012.

Kommunene overtok fra nyttår det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehus fra første dag. Innføring av betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter gjør at kommunene er tjent med å etablere tilbud for disse. Ny folkehelselov styrker kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i kommunene. Samtidig skal kommunal medfinansiering øke kommunenes bevissthet på betydningen av å fremme helse, forebygge sykdom og bygge opp lokale tilbud. Kommunene er også pålagt å etablere døgnplasser for øyeblikkelig hjelp innen 2016.

Når kommunene tar over oppgaver som i dag utføres av sykehusene, vil det frigjøre kapasitet i helseforetakene. Vår vurdering er at det vil ta noe tid før alle kommuner har etablert tilbud som alternativ til sykehusinnleggelse, bortsett fra å etablere tilbud til utskrivningsklare pasienter. Noe av den lediggjorte kapasiteten vil sette oss i stand til å møte økt etterspørsel på spesialisthelsetjenester som følge av økt antall eldre og økt sykkelighet i befolkningen.

Samhandlingsreformen skal gi befolkningen et bedre og mer helhetlig helsetilbud. Det er samtidig fokus på en bærekraftig utvikling gjennom en friskere befolkning og mer effektive helsetjenester ved å øke innsatsen i kommunehelsetjenesten. For å sikre pasientene tjenester av god kvalitet må helseforetakene bidra til å bygge kompetanse i kommunene. Både helseforetakene og kommunene må derfor ha fokus på dette. Helseforetakene må konkretisere og vektlegge dette arbeidet i sine langtidsplaner.

4. Strategi 2020 - Utvikle gode tilbud innenfor gitte rammer

Strategi 2020 innebærer at utviklingen av spesialisthelsetjenesten skal skje innenfor en drift som sikrer bærekraftig utvikling. Bedre samhandling, overgang fra døgn til dagbehandling og bedre

utnyttelse av ressursene ved den enkelte enhet, gjør at oppgaven kan løses med færre ansatte per pasient.

4.1 Samhandle bedre

Ressursene må utnyttes bedre:

- a) mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste
- b) innad i helseforetakene
- c) innad i spesialisthelsetjenesten

ad a) mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 har som mål en bedre integrert helsetjeneste der pasienten får riktig behandling på riktig nivå til rett tid, noe som vil sikre bedre kvalitet i behandlingstilbudet. Dette vil gi en bedre utnyttelse av ressursene.

Reformen vil sikre et bedre desentralisert tilbud ved å gi flere pasienter tilbud nærmere sitt bosted. Kapasiteten ved sykehusene vil nyttes i større grad til aktiv pasientbehandling mellom annet gjennom å overføre utskrivingsklare pasienter til kommunene i rett tid.

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene må utvikles gjennom å utvikle flere gjennomgående pasientforløp, der mer av oppfølging og kontroll kan foretas av fastlegene. Omfanget av kontroller ved poliklinikkene på sykehusene kan dermed reduseres og frigjøre behandlingsskapasitet for å redusere ventelistene.

ad b) innad i helseforetakene

I henhold til Strategi 2020 skal ressursene brukes til mer aktiv pasientbehandling. Det skal bygges god og forutsigbar kvalitet gjennom robuste vaktordninger.

Utredningen om kompetanse og rekruttering av personell viser at det er flere sårbare vaktssystem. Kravet til arbeidsmiljøloven skal ivaretaes. Strategi 2020 legger opp til at færre sykehus skal ha vaktssystem innefor enkelte fagområder.

Det nye helseforetaket, Helse Møre og Romsdal HF, har igangsatt et prosjekt "Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF" som skal beskrive det framtidige tjenestetilbudet i fylket. Sentralt i dette arbeidet vil være tallet på akuttenheter innen de ulike fagområdene. Det er et mål å samle vaktfunksjoner eller utvikle samarbeidsrelasjoner om vakt samarbeid.

Det elektive tilbudet i sykehusene skal vurderes med tanke på endringer til mer rasjonell drift.

ad c) innad i spesialisthelsetjenestene

Bruken av avtalespesialister er ulik i foretaksgruppen. Dette gjelder både fordelingen av avtalespesialister, hvilke fagområder de representerer og hvilke pasienter de tar seg av. I fremtiden skal bruken av avtalespesialister vurderes og planlegges på en bedre måte. Gjennom prosjektet "små fag" er målsetningen å utvikle samarbeidet mellom sykehusene og avtalespesialistene. Desentraliserte avtalespesialisthjemler vil gi et bedre tilbud nærmere der pasientene bor.

Gjennom prosjektet "trøndelagsfunksjoner" skal en gjennomgå tjenestetilbudet i St Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag for å oppnå mer effektiv bruk av den samlede ressursen i de to helseforetakene. Prosjektet skal vurdere sterkere styring av pasientstrømmer mellom HFene (innenfor de krav som stilles i Pasientrettighetsloven om fritt sykehusvalg). Prosjektet skal videre vurdere fellesfunksjoner for enkelte pasientgrupper/funksjoner i de to foretaksområdene som kan gi bedre kvalitet og eller bedre ressursutnyttelse. Prosjektet skal spesifikt vurdere traumesystemet for pasienter fra alle deler av trøndelagsfylkene.

Prosjekt "trøndelagsfunksjoner" skal gjennomføres slik at det ikke gir forfordeling av regionale ressurser som er lokalisert til helseforetakene i Trøndelag.

Prosjekt trøndelagsfunksjoner er analogt til det arbeidet som er iverksatt i Helse Møre og Romsdal HF. Oppdraget til Helse Møre og Romsdal HF er gitt i foretaksprotokollen fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. juni 2011. Arbeidet med en helhetlig utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal er i gang. Planen skal levere modeller for samarbeid mellom sykehusene i det nye helseforetaket, en vurdering av samlet funksjons- og oppgavedeling og en utviklingsplan for bygningsmassen. Arbeidet skal være basert på føringer i Nasjonal helse- og omsorgsplan og Strategi 2020, og vil bygge på fremskrivninger av behov fram til 2030.

Arbeidet er organisert som et prosjekt med egne arbeidsgrupper for rekruttering og sikring av robuste fagmiljø, utviklingsplan for bygningsmassen, og dimensjonering av behovet.

4.2 Utnytte ressursene bedre ved den enkelte enhet

Ressursene kan fortsatt nyttes bedre ved den enkelte enhet gjennom å utvikle organisasjoner som er i utvikling, som legger vekt på å tilegne seg "beste praksis" og som er endringsvillige og fleksible. Helseforetakene og fagmiljøene er til dels sterke på hver sine felt. Men helsetjenesten har åpenbart mye forbedringsarbeid med hensyn til samhandling, koordinering av innsats og ressurser. Dette har betydning for ventetid, fristbrudd og strykninger. Det er flere muligheter som kan tas i bruk:

- a) Nye behandlingsmetoder
- b) Jobbglidning
- c) Bedre ressursstyring

ad a) Nye behandlingsmetoder

Eksempler fra mange sykehus viser at behandlingsskapiteten i noen tilfeller kan økes betydelig uten bruk av mer personell. "Bedre flyt" i operasjonsstuene og "Fast track surgery" gjør at flere pasienter kan opereres innenfor den samme tiden og uten økt ressursbruk.

Det er ulikheter i liggetid og innholdsmessig ulike pasientforløp for flere av pasientgruppene ved sykehusene. Fagnettverk og aktiv styring skal bidra til at forløp med høy kvalitet raskere tas i bruk i hele regionen.

ad b) Jobbglidning

Oppgaver som utføres av en profesjon vil i noen tilfeller overtas og utføres av en annen profesjon. Dette kan skje fordi behandlingen har blitt enklere å gjennomføre på grunn av tekniske nyvinninger, eller det kan skje fordi opplegget rundt behandlingen er blitt standardisert og innebærer lav risiko. Jobbglidning skjer over tid på en naturlig måte i alle fagmiljø. Gjennom systematisk leting og utforskning kan mulighetene for ressursutnyttelse i forbindelse med jobbglidning økes. Dette er et arbeid som bør skje i alle fagområder og mellom alle profesjoner. Helse Midt-Norge har gjennom utlysning av midler i 2012 ønsket å stimulere denne prosessen.

ad c) Bedre ressursstyring

Forekomsten av feil bruk av medisiner er for høy. Korrekt legemiddelforskrivning og – håndtering har stor betydning for kvalitet og pasientsikkerhet. Gjennom bedre rutiner, bedre kontroll og bedre oppfølging kan forekomsten av feilmedisinering reduseres betydelig. I tillegg til at dette er positivt for pasientene, er det kostnadseffektivt. Helse Midt-Norge skal videreutvikle klinisk farmasi i alle foretak for å sikre riktig legemiddelbruk.

Helse Nord-Trøndelag har god effekt av en bedre årsplanlegging som sikrer bedre koordinert kompetanse på sykehusene. Koordinert planlegging av personalressursen gir bedre flyt i arbeidet, mindre ventetid og lavere kostnader og skal gjennomføres i alle helseforetak.

Tidsperspektiv og fremdrift når det gjelder utvikling av kvalitativt gode tilbud innenfor økonomiske rammer vil bli drøftet i styresak om langtidsplan og –budsjett 2013-2018 fremlagt i juni. Styrene i underliggende helseforetak vil behandle overordnede prinsipper og prioriteringer i sine styremøter i mai.

4.3 Status Strategi 2020

Strategi 2020 er godt implementert som rammeverk for endringer på stabs- og klinikkledernivå i foretaksgruppen. Strategien refereres ofte både eksternt og internt, og utfordringsbildet som er formulert i strategien er førende for de endringsaktiviteter som settes i gang i foretaksgruppen.

Strategi 2020 er en strategi for endring av virksomheten i foretaksgruppen. Måloppnåelse avhenger både av at beslutninger som skjer i helseforetakene bygger opp under målene i strategien, og at foretaksgruppen lykkes i de større omstillingsprosessene som er nødvendige for å nå målsettingen i strategien.

Data fra sykehusene viser at driften i foretaksgruppen på mange områder styres i den retningen som er beskrevet Strategi 2020. Ressurser flyttes fra døgntil behandling til poliklinisk behandling. Dette effektiviserer driften og øker kapasiteten i sykehusene. Det jobbes kontinuerlig med fagutvikling. Fagnettverkene skal sikre harmonisering mellom HFene. Hittil er i overkant av 100 standardiserte pasientforløp enten tatt i bruk eller under utvikling i foretaksgruppen. Dette er viktige virkemiddel for å sørge for gode og likeverdige pasientforløp, og for å sørge for oppdatert og kunnskapsbasert pasientbehandling.

Strategi 2020 deler utfordringsbilde med samhandlingsreformen. Mange av tiltakene knyttet til samhandlingsreformen understøtter målene i Strategi 2020. Tilsvarende gjelder for flere andre områder der statlige initiativ forsterker og underbygger våre egne strategier. Dette gjelder for eksempel prioritering av enkelte tjenesteområder (rus, kreft), innføring av retningslinjer, tydeliggjøring av kvalitetskrav (fødselsomsorg, kreftbehandling, barn og unge med psykiske lidelser og rusavhengighet), og økt fokus på synliggjøring av kvalitet gjennom stadig flere kvalitetsindikatorer. Den landsomfattende pasientsikkerhetskampanjen skal målrette ressurser på prioriterte områder med kvalitetsutfordringer. Alt dette er eksempler på at gjennomføring av pålegg fra eier er med på å styrke gjennomføringen av Strategi 2020.

Foretaksgruppen har en særskilt utfordring knyttet til målet om økonomisk bærekraft. Foretaksgruppen har kontroll på økonomistyring, men endringene i daglig drift er så langt ikke tilstrekkelig omfattende til at HFene klarer å skape et handlingsrom for investering og opptrapping på strategiske satsingsområder. Bemanningen i foretaksgruppen øker.

5 Kompetanse og kapasitet

Hovedprosjektet om kompetanse og kapasitet innenfor Strategi 2020 analyserte behov/tilgang på personellressurser og ble ferdigstilt våren 2011. Prosjektet fant at Helse Midt-Norge i store trekk har balanse mellom behov for og tilgang på, personell i strategiperioden. Unntaket er kraftig mangel på helsefagarbeidere i hele helsetjenesten, hvor Helse Midt-Norge i langt større grad må ivareta sitt "sørge-for"-ansvar på utdanningssiden. Når det gjaldt legeressursene, ble det i prosjektet vist til at regionen har en relativt lav dekning innenfor indremedisinske fag, onkologi

og psykiatri og en relativt høy dekning innenfor ortopedi, sammenlignet med øvrig regioner. Det ble også konkludert med at framtidig behov for legeressurser skulle vurderes nærmere, både med henblikk på bærekraft i dagens driftsstruktur og hvorvidt kompetanseprofilen for legespesialistene er riktig sett i forhold til utfordringsbildet som er beskrevet i strategien (store og voksende pasientgrupper). Det ble derfor gjennomført et utredningsprosjekt høsten 2011 som bl.a. gikk nærmere inn på dette. Resultatene fra utredningsprosjektet er beskrevet i rapporten "Kompetanse og kapasitet – Kompetansestyring – legespesialister", som presenteres for styret i løpet av våren.

Dagens legebemanning

Siden 2005 har vi hatt en økning i bruk av legeressurser totalt (inkl. turnuskandidater) med 18,5 %. Dette utgjør i gjennomsnitt en økning i legestaben på 39 årsverk pr. år. Av dette er det tildelt i snitt 26 nye hjemler pr. år (eksklusive turnuskandidater). Det er i dag 1420 legestillinger i HMN, fordelt på 892 overleger og 528 LIS. I tillegg kommer 57 årsverk for avtalespesialister.

Nasjonale og regionale føringer

I tillegg til Nasjonal Helseplan, foreligger en rekke nasjonale plandokumenter for ulike fagområder, men få av dem inneholder konkrete føringer knyttet til dimensjoneringen av legeressurser framover. Unntaket her er "Et trygt fødetilbud" som tar til orde for at vaktbemanningen knyttet til fødeavdelinger bør være 6 spesialister (minimum 4). I tillegg skisserer opptrappingsplanen for psykisk helse og rusbehandling, samt nasjonal strategi for kols - området opptrappinger innenfor respektive områder. Oppdragsdokumentet for 2012 gir føringer knyttet til økt kapasitetsbehov innenfor onkologi og patologi.

Samhandlingsreformen vil naturlig virke inn på legebehovet ved våre helseforetak på noe lengre sikt. Dette knytter seg til forventningen om færre henvisninger, men også behovet for opptrapping av legestillinger i kommunene. Samhandlingsreformen tilsier en restriktiv holdning, når det gjelder å øke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten

Strategi 2020 legger klare føringer for en vridning av ressursinnsats og kompetanse for å møte utfordringene med de store og voksende pasientgruppene, herunder flytte ressurser fra passiv beredskap til aktiv behandling og fra døgnetil dag/poliklinikk.

Vekst grunnet økende befolkning

En enkel fremskrivning av befolkningen i ulike aldersgrupper viser at det frem mot 2020 blir behov for 17-18 nye legestillinger per år. Dette er under forutsetning av at legeproduktiviteten og forbruket av spesialisthelsetjenestene i forhold til befolkningen holder seg på dagens nivå. Disse forholdene er det vanskelig å si noe eksakt om, slik at det er usikkerhet knyttet til anslaget. I tillegg til dette kommer behovet for erstatningsrekruttering på noenlunde samme nivå. Til sammen kan det derfor forventes et årlig behov for nye leger på om lag 35-40 stillinger. Som nevnt ovenfor økte legebemanningen i perioden fra 2005 til 2011 med i underkant av 40 årsverk per år. Dersom erstatningsrekrutteringen i perioden var som nevnt ovenfor, betyr dette at tilgangen av legestillinger i perioden 2005-2011 var høyere enn det veksten krever fram mot 2020.

Framskrivning av legebehov, gitt ulike forutsetninger for bærekraftige fagmiljøer

Bærekraftige fagmiljøer framover er betinget av følgende forutsetninger når det gjelder kapasitet:

1. Vaktordninger som baserer seg på at faglige og arbeidsmiljømessige kvalitetskrav overholdes.
2. Fagmiljøer som til enhver tid har tilstrekkelig kontinuitet og stabilitet i sin kompetansesammensetting og ikke er basert på innleie og "vikarstafetter"

3. En dimensjonering av utdanningsstillinger som sikrer bærekraftig rekruttering med tanke på langsiktige behov og erstatningsrekruttering.

Når det gjelder vurdering av pkt. 1, vil dette avhenge av de normkrav som settes. Det er ganske åpenbart at det i Helse Midt-Norge er mange fagmiljøer som baserer seg på vaktssystemer med for få spesialister til å opprettholde framtidig bærekraft. Dette gir seg også utslag i mange brudd på arbeidstidsbestemmelser, regulert i lov og avtaler, som i seg selv er uakseptabelt.

Det er naturlig å legge forutsetningene i "Et trygt fødetilbud" til grunn for å analysere behovet framover. I analysene skisseres flere scenarier for fremtidige vaktordninger og konsekvensene av dem. Her trekkes følgende to scenarier frem:

Alternativ 1: En fullskalaløsning med 6 overlegestillinger og 4 LIS-stillinger i alle hovedspesialiteter ved alle sykehus

Alternativ 2: En fullskalaløsning med 6 overlegestillinger og 4 LIS-stillinger i alle hovedspesialiteter ved alle HF

I begge alternativene forutsettes en samlet regional vaktordning for grenspesialitetene. Forskjellene på de to alternativene er altså om ordningene etableres ved alle sykehusene, eller om det etableres ved alle HF-ene. Alternativ 2 krever dermed intern samordning av vaktordningene innenfor HF-et.

Analysene viser at ved alternativ 1 vil det være behov for en bemanningsstyrking på legesiden med 430 stillinger i tillegg til dagens bemanning. En slik stor opptrapping på kort sikt vil innebære oppbygging av en betydelig overkapasitet i forhold til forventet aktivitetsbehov. Dette betyr at legeproduktiviteten reduseres betydelig i forhold til dagens nivå, og med forutsetningene for vekst presentert ovenfor, vil dagens produktivitetsnivå først bli nådd rundt 2030. I tillegg til at denne løsningen gir ytterligere tilvekst til utfordringsbildet i LTB-perioden, vil det heller ikke være tilgang på leger i et slikt omfang på kort og mellomlang sikt. Alternativ 1 må derfor betraktes som urealistisk.

Alternativ 2 er isolert sett realistisk, både innenfor det som kan forventes av tilgang på leger, og basert på en opptrapping som samsvarer med vekst i aktivitetsbehov/produksjon. Alternativet innebærer en bemanningsstyrking på 160 leger i forhold til dagens nivå. Det er imidlertid viktig å understreke at dette forutsetter gjennomføring av de strukturelle endringer som det er lagt føringer for i Strategi 2020, nemlig samling/samkjøring av vakt for hovedspesialitetene i det enkelte helseforetak, eventuelt andre strukturelle endringer med god utnytting av legeressursene (eks. samarbeid med kommunene). Dagens struktur er ikke bærekraftig når det gjelder forvaltning av legeressurser.

Et regneeksempel

Det understrekes at alternativ 2 vil redusere legeproduktiviteten isolert sett dersom økningen skjer raskt. Dersom det antas at alle 160 stillingene kunne rekrutteres i 2012 ville det ta en periode på 6-7 år før legeproduktiviteten var på dagens nivå igjen. Dette er under forutsetning av at veksten tilsvarer fremskrivningsberegningen nevnt ovenfor. Dette betyr at dersom potensialer for vaksamarbeid innen og mellom HF ikke utnyttes i kommende langtidsperiode, er det stor sannsynlighet for at dette vil komme som en tilleggsutfordring. Alternativ 2 ville gitt en akkumulert tilleggsutfordring på om lag 630 millioner i LTB-perioden dersom legestaben ble økt med 160 stillinger i 2012.

Kompetanseutvikling

Den faglige utviklingen går raskere og raskere og behovet for kompetanseutvikling øker. Parallelt med dette har helsesektoren strammet inn på mulighetene for å få ekstern støtte til kompetanseheving. Helse Midt-Norge vil jobbe med å kartlegge behovet og bidra til utvikling av hensiktsmessige kompetanseutviklingstiltak.

6 Investeringer - behov for reinvesteringer og nyinvesteringer

For lavt nivå på den årlige gjenanskaffelse av kapital (bygninger, MTU, IKT) både i perioden før 2001 og etter at helseforetakene ble etablert, har ført til et økende behov for både å ta igjen etterslep og å komme opp på et årlig bærekraftig nivå. Det har siden våren 2010 vært lagt til grunn et tydelig budskap om behov for å vri bruk av virksomhetens ressurser fra drift til investeringer.

IKT

Helse Midt-Norge er nå i startfasen på et arbeid med en IKT-strategi som vil bidra til å operasjonalisere Strategi 2020. De strategiske målene som adresseres i Strategi 2020 må understøttes av gode IKT-løsninger innen flere felt hvor det pr i dag er gap mellom våre løsninger og beste praksis. IKT-strategien vil belyse viktige områder knyttet til både pasientsikkerhet, medarbeidertilfredshet, brukertilfredshet og sikring av likeverdig kvalitet i behandlingstilbudet. Den vil bl.a. beskrive behovet for IKT-støtte til sentrale kliniske og administrative arbeidsprosesser, behov for å aggregere og analyserer data samt effektivisering og automatisering av manuelle arbeidsrutiner m.m. Automatisering ved hjelp av IKT innen ressursstyring og pasientbehandling vil bidra til å håndtere volumutfordringer når ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor. Effektivisering og kvalitetsutvikling i helseforetakene har frem til nå kun i begrenset grad vært basert på IKT som en muliggjør. I de kommende årene må slik effektivisering i større grad inkludere IKT, på samme måte som i næringslivet for øvrig. Videre vil IKT støtte kunnskapsbasert praksis ved at neste generasjons journalsystemer med strukturerte databaser egner seg bedre til kunnskapsutvikling enn dagens journalsystemer som i hovedsak er tekstbasert.

På tross av at det er gjort IKT-investeringer i tilknytning til nytt universitetssykehus kan det bli behov for store systeminvesteringer innen elektronisk pasientjournal (EPJ), stabs-/støttefunksjoner m.m.

Konsekvenser av styrets vedtak knyttet til IKT-strategi vil bli innarbeidet i arbeidet med langtidspan- og budsjett løpende.

Medisinsk teknisk utstyr (MTU)

Helse Midt-Norge har i dag stor ulikhet mellom foretakene når det gjelder medisinsk teknisk utstyr. Det er investert i mye nytt utstyr i forbindelse med bygging av nye St. Olavs Hospital. Dette har som konsekvens at det er ulikt nivå og standard mellom helseforetakene. Det må tilstrebes at alle øvrige foretak skal ha samme nivå og standard uten at nivået på St. Olavs Hospital reduseres. Endringer i struktur i tjenestetilbudet vil kunne medføre at ikke alt medisinsk teknisk utstyr skal reinvesteres.

I tillegg til utskifting av nedskrevet utstyr, er det behov for å investere i utstyr til ny teknologi, f. eks PET-CT. Det vil med all sannsynlighet komme flere nye behandlingsmetoder og teknologiske nyvinninger de kommende årene.

Analysen som ble utført i tilknytning til LTP-LTB 2011-2016 viste at årlig avskrivingsbeløp til MTU i årene som kommer vil være rundt 250 mill kroner. Helseregionen har fortsatt et nivå på reinvesteringer som ligger betydelig bak årlige avskrivninger, dvs. at vi opparbeider et etterslep i forhold til å opprettholde dagens nivå. Ny teknologi og utvidelse av kapasitet vil medføre behov for investeringer i tillegg. I 2012 har HMN startet utskifting av strålemaskinene ved St Olavs Hospital og Ålesund sjukehus. Det skal utarbeides en plan for samlet utskifting av strålemaskiner som forventes å utgjøre rundt 100 mill kroner i de kommende årene.

Dersom etterslepet ikke skal bli større må investeringene til MTU økes betydelig. Det å ta igjen etterslepet som er opparbeidet og sikre midler til nye behandlingstilbud forutsetter en vesentlig økning i investeringsnivået de nærmeste årene.

Bygg

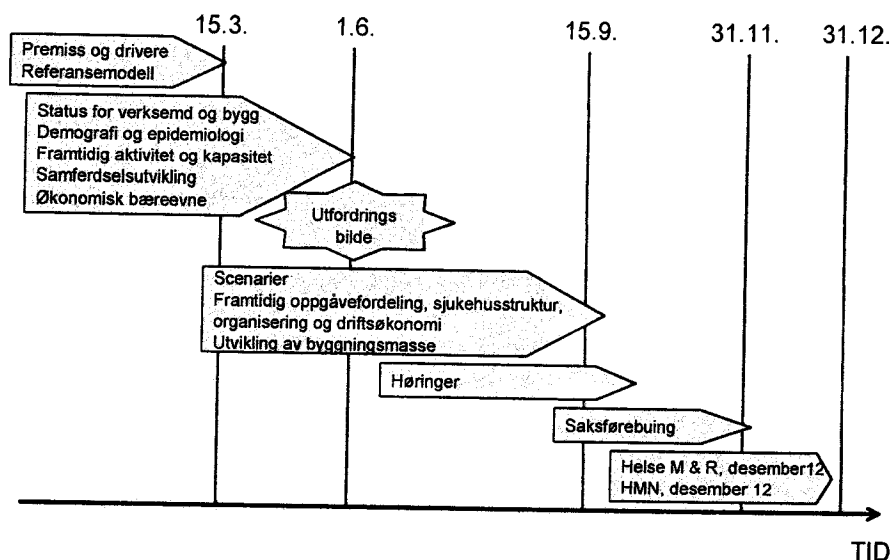
Helse Møre og Romsdal HF er i tråd med kravene fra Foretaksprotokollen fra HOD 8. juni 2011, i gang med å utarbeide en helhetlig utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal. Planen skal levere modeller for samarbeid mellom sykehusene i det nye helseforetaket, en vurdering av samlet funksjons- og oppgavedeling og en utviklingsplan for bygningsmassen. Arbeidet skal være basert på føringer i Nasjonal helse- og omsorgsplan og Strategi 2020, og vil bygge på fremskrivninger av behov fram til 2030.

Arbeidet er organisert som et prosjekt med egne arbeidsgrupper for rekruttering og sikring av robuste fagmiljø, utviklingsplan for bygningsmassen, og dimensjonering av behovet.

Arbeidet med utviklingsplanen vil reise spørsmål blant annet knyttet til

- Hva er fremtidig økonomisk bæreevne HF Møre og Romsdal?
- Hva er et sykehus, og hvordan utvikler innholdet i sykehusene seg utover i perioden?
- Samhandlingsreformen
- Hva og hvordan blir omlegginga?
- Samferdselstiltak – hvor og når?

Helse Møre og Romsdal har lagt opp til en fremdrift som skissert under:



Administrerende direktør i HMN ser behov for å få en samlet oversikt også over planlagte investeringer ved St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag, slik at det kan legges frem en samlet oversikt som grunnlag for styrets prioriteringer. Administrasjonen vil komme tilbake til styret med hensyn til prioritering av store byggeprosjekter når Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal er ferdig.

7. Satsingsområder

På lik linje med behov for økte investeringer i IKT og MTU for å sikre en bærekraftig drift, så er det også behov for økt satsing på særskilte områder innen drift. HMN har i tillegg etablert et eget helseforetak for insourcing av ambulansedriften. Dette arbeidet er godt i gang men det er ennå for tidlig å si om dette vil påvirke kostnader til drift og investering på området utover det som ble skissert i LTP-LTB 2012-2017.

Rusbehandling

Helse Midt-Norge har en regional opptrappingsplan for området rusbehandling som går frem til år 2014. Analyser fra Magnussenutvalget beregner at befolkningen i Midt-Norge har et behov for tverrfaglig spesialisert rusbehandling tilsvarende 92 % av landsgjennomsnittet. Tall fra Samdata viser at HMN fortsatt ligger under dette, men at opptrappingsplanen medfører at vi nærmer oss nivået. Administrasjonen ser likevel ikke bort fra at det kan være behov for at opptrappingsperioden forlenges ut over år 2014.

Forskning

Forskning er en av hovedoppgavene til helseforetakene. Forskningsresultater i HMN har gitt en lavere innsatsfinansiering fra HOD enn det øvrige RHF får.

Styret i Helse Midt-Norge vedtok i 2009, sak 72/09 - "Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge. I vedtaket heter det at Helse Midt-Norge skal avsette 3 % av total

inntekt til forskning og innovasjon innen 2014, av dette skal 2 % avsettes på regionalt nivå, mens 1 % skal avsettes på HF nivå. Videre heter det at Helse Midt-Norges andel av eksterne forskningsmidler skal utgjøre 1 % av total inntekt.

I 2012 er det budsjettet med 288 mill kroner samlet over det regionale budsjettet og det er fortsatt et stykke igjen for å nå styret i Helse Midt-Norge sitt vedtak om nivået på regionale midler til forskning. Sett i lys av de utfordringer foretakene står over er det imidlertid krevende å samtidig øke nivået på forskning i den takt opptrappingsplanen tilsier. Administrerende direktør ser det derfor som mest realistisk at vedtatt plan for opptrapping legges til grunn for midler som disponeres gjennom samarbeidsorganet mens opptrappingen på HF nivå skjer over noen flere år.

Innovasjon

I henhold til oppdragsdokumentet er Helse Midt-Norge pålagt å følge opp regjeringens satsing på innovasjon innenfor helse.

I begrepet innovasjon ligger både en mulighet for å skape nytt og å forbedre eksisterende produkter eller tjenester. Gjennom anskaffelser kan spesialisthelsetjenesten være innovativ både i selve anskaffelsen, ved å sikre seg at man ikke anskaffer "gårsdagens" produkter og tjenester, og ved å være pådrivere for å skape nye produkter og tjenester.

Helse Midt-Norge har egne innovasjonskoordinatorer i alle HF. Disse skal ha et særskilt fokus på arbeidet med innovasjon og bidra til bredding av innovasjoner. Fokus på innovasjon og bredding er et viktig virkemiddel for å oppnå omstilling i foretaksgruppen.

Vedlikehold

I protokoll fra foretaksmøte med eier i januar 2012 har HMN fått i oppdrag å sørge for at hvert helseforetak, som del av en økonomisk langtidsplan, inkluderer plan for forbedring av minimumstilstand for bygg.

Administrerende direktør vurderer det som sentralt at vedlikehold av bygningsmassen raskest mulig kommer på et nivå som ikke medfører forringelse av realkapitalen og på sikt medfører større behov for investeringer. Samtidig har regionen et stort etterslep relatert til at vedlikeholdet over lengre tid har vært lavere enn behovet skulle tilsi. Det vil i løpet av våren 2012 foreligge en oppdatert rapport om teknisk tilstand av bygningsmassen i regionen. Resultater av denne vil bli lagt til grunn ved utarbeidelse av sak om langtidsplan og – budsjett som legges frem for styret i juni 2012.

8 Adm. direktørs oppsummering/anbefaling

Målet om en helsetjeneste av høy kvalitet og god tilgjengelighet for alle - uavhengig av bosted, kjønn, alder, etnisk bakgrunn og sosial klasse er godt forankret i nasjonal helsepolitikk, og er også førende for vår Strategi 2020. For å kunne svare opp dette også i kommende langtidsperiode, vil spesialisthelsetjenesten stå overfor betydelige omstillingsbehov. Strategi 2020 er vår viktigste veileder i hvordan spesialisthelsetjenesten må utvikles for å møte befolkningens behov.

Den viktigste begrunnelse for omstillingene er endringene vi nå får i befolkningens sammensetning og behov.

- Vi blir flere eldre, og behovet for helse- og omsorgstjenester vil derfor øke

- Tilgangen til arbeidskraft vil bli mindre, og vi må derfor bruke mindre personell til døgn tjenester der et like godt tilbud kan gis som dagbehandling eller poliklinikk. For å utnytte legeressursene bedre, ser vi at færre må bindes opp i "passive" vaktordninger.

Bærekraftige fagmiljøer må være basert på kontinuitet, stabilitet, sikkerhet for rekruttering og ikke minst at faglige og arbeidsmiljømessige kvalitetskrav overholdes. Analyser, knyttet til legeressursene, har vist at det i Helse Midt-Norge er flere sårbare fagmiljøer som over tid ikke vil ha tilstrekkelig bærekraft, når disse forutsetningene legges til grunn. En økning av legeressursene for å sikre dette innenfor dagens struktur og oppgavedeling er ikke realistisk, både fordi det vil gi en overkapasitet og fordi det ikke vil være nok tilgang på leger. Det er derfor helt nødvendig å gjennomføre endringer i oppgavedelingen mellom sykehusene i tråd med Strategi 2020 for å sikre bærekraftige fagmiljøer framover.

En viktig helsepolitisk føring er å utvikle spesialisthelsetjenesten på en bærekraftig måte innenfor tilgjengelige rammer. Etter administrerende direktørs vurdering, vil det innebære en fortsatt omprioritering fra drift til investering. En økt investeringsramme kan gi oss handlingsrom til å bygge nytt, utvikle og vedlikeholde bygningsmassen samtidig som vi kan sikre nødvendige investeringer innen IKT og medisinsk teknisk utstyr (MTU).

Våre fagmiljø er i stand til å ta i bruk ny kunnskap for å endre våre behandlingsmetoder på en slik måte at det gir bedre kvalitet og langt mer rasjonell drift. Ny slagbehandling og omlegging til såkalt "Fast track surgery" for kne- og hofteproteser er begge driftsomlegginger som samlet sett vil spare samfunnet for betydelige summer. Derfor er praksisnær forskning viktig, og administrerende direktør vil anbefale at den planlagte opptrappingen videreføres mot et mål på 3 % av vår bruttoramme.

Samhandlingsreformen er et virkemiddel for å møte endrede behov i befolkningen. Gjennom endret oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og økt innsats på folkehelse og forebyggende arbeid, ønsker en å oppnå en friskere befolkning. Får vi Samhandlingsreformens intensjon til å virke, vil behovet for helsetjenester øke mindre enn det vi har sett til nå, og spesialisthelsetjenesten kan konsentrere innsatsen om de mer spesialiserte tjenestene. Kommunene i Midt-Norge er kommet godt i gang, og mange kommunegrupper ligger i front når det gjelder utvikling av de nye kommunale tjenestene. Som region bør vi derfor ha de beste forutsetninger for å lykkes med reformarbeidet.

Styret inviteres i denne saken til å vedta en del førende prinsipper for det videre arbeidet. Dette ligger til grunn for den innstillingen som legges fram. Styret for Helse Midt-Norge vil få Langtidsplan og budsjett 2013-2018 til behandling i juni.

Helse Midt-Norge RHF
Postboks 464

7501 STJØRDAL

Vår ref.:
2012/3084 - 13936/2012

Deres ref.:

Arkiv:
112

Dato :
01.06.2012

LANGTIDSPLAN OG BUDSJETT 2013 – 2018 – Forutsetninger og prinsipper

1. Grunnlag

Vi viser til sak 21/12 i styret for HMN 22.03.12; Langtidsplan og budsjett 2013 – 2018, Prinsipper og forutsetninger, og til HMNs brev av 16.04.12 med ytterligere konkretisering.

HMN har bedt oss følge opp følgende to forhold knyttet til arbeidet med langtidsbudsjettet:

1. Sitat: *"Vi ber om styret i heleforetaket sin vurdering av de føringer som er vedtatt (av HMN-styret) og innspill til endelig budsjettvedtak for langtidsperioden."*
2. Sitat: *"For å kunne utarbeide et godt grunnlag for (HMN-) styrets prioritering av bygningsmessige investeringer, jf. sak 21/12 vedtak pkt. 5, ber vi om at St. Olavs Hospital, Helse Nord-Trøndelag HF og Rusbehandling Midt-Norge oversender foreliggende planer for bygningsmassen med tilhørende plan for finansiering og konsekvenser for drift."*

Begge punkt har frist for tilbakemelding innen 1. juni 2012.

Med utgangspunkt i fastsatte frister oversendes dette brevet til HMN i dag. Helse Nord-Trøndelag HF har styremøte 13. juni. Saksframlegg til styret og resultat av styrebehandlingen ettersendes så snart dette foreligger.

Forslag til LTB for HMN for perioden 2013 – 2018 forutsettes behandlet i regionstyret 21. juni. Vedtatt langtidsbudsjett vil gi retningslinjer for prioriteringer knyttet til framtidige investeringer og vil danne grunnlag for fastsettelse av foretakenes aktivitet og økonomiske rammevilkår for 2013.

2. HMNs prinsippvedtak om LTB 2013 – 2018

Styret i HMN fattet 22.03.12 følgende vedtak i sak 21/12 Langtidsplan og budsjett 2013 – 2018 – Prinsipper og forutsetninger:

1. *Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.*
2. *Gjennomføring av Strategi 2020, generell effektivisering og en bedre struktur av tjenestetilbudet er en forutsetning for:*
 1. *å møte pasientenes fremtidige behov med tjenester av høy faglig kvalitet*
 2. *å frigjøre tilstrekkelige midler til investeringer*
 3. *å gi ressursmessig handlingsrom for regionens satsingsområder*
 4. *å sikre bærekraftige fagmiljøer med riktig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet*
3.
 - a. *Det legges til grunn at samfunnsperspektivet skal vektlegges ved gjennomføring av Strategi 2020.*
 - b. *Styret i Helse Midt-Norge RHF vektlegger at innbyggerne i Midt-Norge skal ha likeverdige helsetilbud.*
 - c. *Overordnede analyser vedrørende fremtidig kompetansebehov skal følges opp med løpende kompetanseplanlegging og kompetanseutviklingstiltak.*
4. *Helse Midt-Norge skal ha en bærekraftig drift med høy kvalitet. For å oppnå dette legger styret i langtidsperioden vekt på tilstrekkelige investeringer i IKT og medisinsk teknisk utstyr (MTU).*
5. *Styret peker på behov for bygningsmessig opprustning i Nordmøre og Romsdal, og viser til prosjekt som gjennomføres i Helse Møre og Romsdal. Styret vil ta stilling til prosjektet og fremdrift når anbefaling foreligger. Også i andre helseforetak er det behov for bygningsmessige investeringer og styret vil komme tilbake til prioritering av dette.*
6. *Styret ser behov for å gjennomføre ambisjonen i opptrapping av særskilte satsingsområder som forskning, rusbehandling samt behovet for vedlikehold av bygningsmassen.*
7. *HMN skal i langtidsperioden stimulere helseforetakenes arbeid med å finne gode faglige og effektive samarbeidsløsninger med kommunene.*
8. *Strategiske planer og handlingsplaner med konsekvenser for langtidsperioden innarbeides i årlige budsjett og i det videre arbeid med langtidsplan og budsjett for perioden.*

3. Kommentarer til prinsippvedtaket

Ovennevnte styrevedtak gir generelle retningslinjer for strategiske prioriteringer i årene framover. Vedtaket bygger på og viser til regionens vedtatte plan for Strategi 2020 herunder krav til generell effektivisering og omprioritering av økonomiske ressurser fra drift til investering.

I motsetning til tidligere år gir ikke LTB-prinsippene denne gang konkrete føringer med hensyn til forventet omfang av årlig effektivisering. Fjorårets LTB opererte med forventning om 1 – 1,5 % årlig effektivisering av foretakets drift.

Fjorårets arbeid med utforming av ny finansieringsmodell i HMN, basert på Magnussen-utvalgets modell, viste at HNT har et effektivitetsnivå fullt på høyde med de andre foretakene i regionen når en tar hensyn til fastsatte kostnadskomponenter.

HNT har i egen strategiplan vurdert og fastsatt et krav/mål om årlig/løpende effektivisering av driften tilsvarende 1,5 % av samlede driftskostnader, dvs. om lag 30 mill kroner pr. år. Dette omstillingskravet er bl.a. begrunnet ut fra ny teknologi og nye behandlingsformer som gir mulighet for mer effektive driftsformer. Samtidig vil frigjorte driftsmidler fra slike effektiviseringstiltak kunne benyttes til å forbedre og utvikle behandlingstilbudet til eksisterende og nye pasientgrupper, jf. prioriteringer i foretakets strategiplan for perioden fram til 2016.

Selv om det er stadig vanskeligere å finne gode effektiviseringstiltak, mener direktøren av det fortsatt er mulig å effektivisere løpende drift med 1 – 1,5 % pr. år. For å kunne dekke et stadig økende behov for spesialisthelsetjenester (p.g.a. økt befolkning, lengre levetid og endrede sykdomsbilder) forutsettes det imidlertid at noe av innsparingene gjennom mer effektiv drift kan benyttes til å dekke disse økte behandlingskostnadene.

Det er viktig å ha tilgang til nødvendige investeringsmidler slik at rammevilkårene i form av bygninger og utstyr kan gi mulighet for en mest mulig effektiv drift. HNT har de senere år hatt begrensede investeringsmidler fra HMN, men har i tillegg bidratt med likviditet fra eget driftsoverskudd. Med disse relativt små investeringsmidlene har foretaket prioritert investeringer som har hatt positiv avkastning i form av lavere årlige driftskostnader. Det er imidlertid en utfordring å finne den riktige balansen mellom tilstrekkelige midler til løpende drift og midler til investeringer for å sikre en god og effektiv drift i årene framover.

I tillegg til "avskrivningsmidler" gis det etter gjeldende regler anledning til delvis lånefinansiering av større sykehusutbygginger. Dessuten kan driftsoverskudd benyttes til investeringer. Krav til årlig effektivisering bør ikke settes høyere enn 1 – 1,5 % for å bidra med ytterligere likvide midler til investeringer i sykehusbygg og MTU.

4. Prioritering av investeringer i Helse Nord-Trøndelag

HMN har bedt om innspill til bygningsmessige investeringer i LTB 2013 – 2018.

HNT støtter HMNs prioritering av MTU og bygningsmessige vedlikeholds-investeringer. Investeringer knyttet til medisinsk teknisk og teknisk utstyr og

bygningmessige vedlikeholdsinvesteringer er nødvendige for foretakets løpende basisvirksomhet og er derfor ikke egnet til å problematiseres ved saldering av budsjettet.

Basert på nasjonal veileder utarbeidet HNT i 2011 en utviklingsplan for å få et bedre grunnlag for framtidig disponering og utvikling av arealer. I planen har en søkt å ta hensyn til endringer i befolkningsgrunnlag, sykdomsbilde og nasjonale og regionale strategier, herunder realisering av Strategi 2020 og strategi 2010 – 2016 for HNT.

Med utgangspunkt i denne planen starter foretaket nå arbeidet med en plan for bygningmessig utvikling av sykehusbyggene i Levanger og Namsos. Det forventes at denne planen vil være ferdig vinteren 2013, slik at den kan danne grunnlag for innspill til prioritering av bygningmessige tiltak i langtidsbudsjettet for perioden 2014 – 2019. Det forventes at en god del av tiltakene vil innebære ombygging av eksisterende bygningssmasse, men det må også påregnes behov for noe nybygg der dette ut fra et helhetshensyn vil være mer hensiktsmessig og kostnadseffektivt.

HNT har behov for investeringer for å opprettholde kvalitet og kapasitet i løpende drift og for å tilpasse bygningssmassen slik at årlige driftskostnader blir så lave som mulig. Med dette som utgangspunkt foreslår foretaket i langtidsperioden å legge opp til et investeringsnivå minimum tilsvarende årlige avskrivninger og driftsoverskudd. HNT har i mange år hatt investeringsrammer som har vært lavere enn foretakets avskrivningskostnader. Det er ikke bærekraftig i forhold til å opprettholde foretakets realkapital.

HNT mener at MTU må fornyes fortløpende i takt med årlige avskrivninger/utraninger. MTU er nødvendig ”basisverktøy” som må være på plass til enhver tid for å opprettholde nødvendig akutt og elektiv drift. Vi mener derfor at det ikke er noe alternativ til 100 % gjenanskaffelse av MTU, og at dette må ivaretas med jevne årlige bevilgninger. Ved videreføring av dette prinsippet ned på klinikknivå vil en slik forutsigbar strategi ansvarliggjøre foretakets kliniske enheter og motivere til effektiv utnyttelse og fornyelse av nødvendig utstyr.

Etter gjeldende retningslinjer har det enkelte foretak ansvar for å avsette midler til MTU med enhetspris inntil 5 mill kroner. Midler til MTU med enhetspris over 5 mill kroner avsettes av HMN og fordeles til de enkelte foretak på grunnlag av innmeldte behov og prioriteringer. HNT har i nær framtid behov for ny MR (evt. ombygging) til Sykehuset Levanger til en kostnad på om lag 14 mill kroner. Videre er det ønskelig å anskaffe en da vinci robot for å kunne videreutvikle det kirurgiske behandlingstilbudet i foretaket.

Bygningmessig vedlikehold kan, på kort sikt, utsettes uten at det trenger å få umiddelbare konsekvenser for pasientbehandling og langsiktige økonomisk resultat. Hvis vedlikeholdet utsettes over lang tid, vil det imidlertid få betydelige økonomiske konsekvenser i form av behov for omfattende rehabilitering eller nybygg. Av denne grunn bør også bygningmessig vedlikehold gjennomføres etter en plan med jevne årlige bevilgninger for å opprettholde tilnærmet opprinnelig standard. Det er viktig at en nå minimum legger seg på et nivå som dekker dette gjennomsnittlige vedlikeholdsbehovet (200 kroner pr. kvm pr. år). Bevilgning ut over dette nivået for å kunne ta igjen etterslep, bør kunne vurderes etter en mer detaljert plan og tilpasses øvrige investeringsbehov.

På dette grunnlag har HNT gruppert sine investeringer i følgende prioriterte grupper:

1. Obligatoriske finansinvesteringer (som økt EK-innskudd i KLP).
2. Nødvendige reinvesteringer i medisinsk teknisk og teknisk utstyr (for å opprettholde kvalitet og kapasitet i løpende drift).
3. Rehabilitering av eksisterende bygningsmasse for å opprettholde kvalitet i og hensiktsmessige sykehusbygg (herunder forebygge/utbedre pålegg i forhold til HMS, brannsikring m.v.)
4. Mindre nybygg/tilbygg for å effektivisere løpende drift, prioritert slik at investeringer med høyest internrente blir prioritert først.

Med utgangspunkt i denne prioriteringen fremmes følgende innspill til investeringsbudsjett for HNT for de nærmeste årene:

Prioritet	Investeringer (i 1000 kroner)	2012	2013	2014	2015	2016
	Finansielle anleggsmidler					
1	Egenkapitalinnskudd KLP	6 420	6 420	6 420	6 420	6 420
	Utstyr m.v.					
2	Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr	33 700	35 000	35 000	35 000	35 000
	Prosjekter og bygningsmessige investeringer					
3	Div. ombygging/rehabilitering, inkl. HMS	19 700	20 000	20 000	20 000	20 000
4	Hjerteovervåking/intensiv, Levanger	25 300				
5	Utviklingsplan HNT (ombygging og nybygg)		50 000	50 000	50 000	50 000
HNT	Sum totale investeringer	85 120	111 420	111 420	111 420	111 420

5. Videre prosess

HNT vil invitere eget styre til å drøfte dette innspillet til LTB 2013 – 2018 i sitt møte 13.06.12. Resultatet av styrets drøftinger vil bli ettersendt til HMN.

HNT vil med sitt innspill til LTB 2013 – 2018 vise at foretaket fortsatt har stort fokus på effektivisering av driften og at dette også ligger til grunn ved prioritering av investeringstiltakene. Forutsatt tilstrekkelige driftsrammer og likviditet for å kunne gjennomføre disse tiltakene vil derfor foretaket være i en situasjon der vi skal kunne opprettholde kvaliteten i behandlingen og kunne gi et forbedret tilbud til enkelte pasientgrupper i årene som kommer.

Med hilsen

Arne Flaath
adm. dir.

Saksbehandler: Tormod Gilberg

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 21/2012 Langtidsplan og budsjett for HNT 2013 – 2018

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret i Helse Nord-Trøndelag HF	13.06.12	21/2012

Saksbeh: Tormod Gilberg

Arkivkode: 012

Saksmappe: /2012

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF støtter i hovedsak foreslåtte prinsipper og forutsetninger for LTB 2013 – 2018. Ved prioritering mellom investeringer og drift bør driftsrammene fastsettes lik at krav til årlig effektivisering ikke blir høyere enn 1 – 1,5 %.
2. Styret støtter foreslåtte forslag til prioritering av investeringer i foretaket. Styret anbefaler at investeringsrammen for HNT i årene framover økes og legges på et nivå som minimum tilsvarer foretakets avskrivninger tillagt driftsoverskudd og inntekter ved salg av egne bygg.

SAKSUTREDNING:

Sak 21/2012 Langtidsplan og budsjett for HNT 2013 – 2018

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. HMNs brev av 16.04.12 om forutsetninger og prinsipper for utarbeidelse av langtidsplan og budsjett 2013 – 2018
2. Sak 21/12, Langtidsplan og budsjett 2013 – 2018 – Prinsipper og forutsetninger, behandlet i styret for HMN 22.03.12.
3. HNTs brev av 01.06.12 til HMN med kommentarer og innspill til langtidsplan og budsjett 2013 – 2018.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Protokoll fra styremøte i HMN 22.03.12

1. GRUNNLAG

Styret for HMN vedtok i sak 21/12 prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsplan og budsjett 2013 – 2018. Med brev av 16.04.12 har HMN oversendt nevnte styresak og bedt om kommentarer og innspill knyttet til følgende to forhold:

1. Sitat: *"Vi ber om styret i heleforetaket sin vurdering av de føringer som er vedtatt (av HMN-styret) og innspill til endelig budsjettvedtak for langtidsperioden."*
2. Sitat: *"For å kunne utarbeide et godt grunnlag for (HMN-) styrets prioritering av bygningsmessige investeringer, jf. sak 21/12 vedtak pkt. 5, ber vi om at St. Olavs Hospital, Helse Nord-Trøndelag HF og Rusbehandling Midt-Norge oversender foreliggende planer for bygningsmassen med tilhørende plan for finansiering og konsekvenser for drift."*

Begge punkt hadde frist for tilbakemelding innen 1. juni 2012.

Med utgangspunkt i fastsatt frist oversendte HNT administrativt et svarbrev til HMN 01.06.12 med kommentarer til nevnte problemstillinger. Samtidig ble det opplyst at foretakets styre har møte 13. juni og at saksframlegg og resultat av styrebehandlingen ville bli ettersendt så snart dette forelå.

2. DRØFTING AV PROBLEMSTILLINGER

HNT har i vårt svarbrev av 01.06.12 til HMN (se vedlegg) kommentert noen av de forutsetninger og prinsipper som regionstyret har vedtatt. En hovedproblemstilling i saken er fordeling av ressurser mellom investering og drift og forventninger om ytterligere effektivisering av foretakenes drift i årene framover.

Videre er foretaket invitert til å komme med innspill til prioritering av investeringer i langtidsbudsjettperioden 2013 – 2018.

I det vi viser til direktørens kommentarer til nevnte forhold i vedlagte brev av 01.06.12 til HMN, inviteres styret til å komme med innspill til det videre arbeidet med langtidsplan og budsjett 2013 – 2018.

3. VIDERE PROSESS

Styrets behandling av innspill til LTB 2013 – 2018 for HNT vil bli ettersendt til HMN.

Forslag til LTB for HMN for perioden 2013 – 2018 forutsettes behandlet i regionstyret 21. juni. Vedtatt langtidsbudsjett vil gi retningslinjer for prioriteringer knyttet til framtidige investeringer og vil danne grunnlag for fastsettelse av foretakenes aktivitet og økonomiske rammevilkår for 2013.

Levanger, 01.06.12

Arne Flaatt
Adm. dir.
(sign.)

Oversikt over Samarbeidsavtalen og de 12 tjenesteavtalene mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF

Samarbeidsavtalen og tjenesteavtale 1,2,3,5 og 11 ble inngått fra 01.02.2012, og tjenesteavtale 2,4,6,7,8,9,10 og 12 fra 01.07.2012.

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak er fastsatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.		2
Tjenesteavtalene:		
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. (ferdig 01.02.2012)	9
2.	Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud - for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. (01.07.2012)	11
3 og 5	Retningslinjer for innleggelse i sykehus og retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon (01.02.2012)	15
4	Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 tredje ledd (01.07.2012)	20
6	Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring (01.07.2012)	25
7	Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid (01.07.2012)	28
8	Samarbeid om jordmortjenester (01.07.2012)	30
9	Samarbeid om IKT-løsninger lokalt (01.07.2012)	32
10	Samarbeid om forebygging (01.07.2012)	36
11	Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden (01.02.2012)	38
12	Samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid (01.07.2012)	41

Samarbeidsavtale

mellom

Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)

og

..... kommune

Gjeldende fra 31.01.2012

1 Parter

Avtalen er inngått mellom kommunen og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT), heretter nevnt kommunen og HNT.

2 Bakgrunn

Partene er etter lov 24.6.2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester §§ 6-1 følgende og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e) pålagt å inngå samarbeidsavtale. Øvrig helselovgivning ligger også til grunn for avtalene.

Ved inngåelse av samarbeidsavtale og tjenesteavtaler, oppfyller partene sin lovpålagte plikt til å inngå samarbeidsavtale.

Når partene i denne samarbeidsavtalen bruker uttrykket *avtale* omfatter det både *samarbeidsavtalen* og *de fastsatte tjenesteavtaler og retningslinjer* som omtalt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2.

Særavtaler er avtaler mellom enkeltkommuner eller grupper av kommuner og helseforetak, som kommer i tillegg til avtalene og retningslinjene i minimumskravene.

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

I tilfelle motstrid mellom denne avtalen og tjenesteavtalene, skal denne avtalen ha forrang.

3 Formål

Formålet er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og HNT, samt å etablere gode samarbeidsrutiner slik at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

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

Partene skal i tjenesteavtalene gi mer detaljerte bestemmelser.

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

- a) er faglig forsvarlige
- b) er samordnet og helhetlige
- c) preges av kontinuitet
- d) blir utført på en god måte på tvers av kommunegrensene og forvaltningsnivåene

- e) ivaretar pasientenes og brukernes rett til informasjon og medvirkning
- f) tjenestene er utformet slik at samiske pasienters språklige og kulturelle behov blir ivaretatt

Samarbeidet og avtalene skal bygge på likeverdighet mellom partene, og dialog skal være et viktig fundament for samhandlingen.

4 Virkeområdet

Kommunen og HNT er gjennom lovverket tillagt hver sine kompetanse- og ansvarsområder.

Virkeområdet for samarbeidsavtalen er de områder hvor loven pålegger partene å inngå samarbeidsavtale, områder hvor partenes ansvar overlapper hverandre, og hvor det er behov for samordning mellom partene.

5 Prosess for vedtak av tjenesteavtaler

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd oppstiller minimumskrav til hva en avtale mellom partene skal inneholde. Minimumskravene er:

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

Partene er enig om at ovennevnte punkter skal fastsettes i tjenesteavtaler.

Det skal inngås egen tjenesteavtale vedrørende håndtering av avvik. Slik avtale skal inngås innen 01.07.2012.

Partene skal selv fastsette form, arbeidsmåte, innhold, herunder organisering av samarbeidet i tjenesteavtalen ut fra de krav loven til en hver tid oppstiller.

Partene kan selv ved behov anbefale at det inngås tjenesteavtaler på andre områder.

De 11 tjenesteavtalene som er nevnt over, skal være inngått mellom partene innen det tidspunkt som er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

6 Samarbeidsformer

Partene er kjent med at det ble inngått intensjonsavtale mellom Helse Midt-Norge RHF og KS Midt-Norge den 10.10.11. Dagens regionale samarbeidsutvalg mellom Helse Midt-Norge RHF og KS i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord Trøndelag videreføres med ambisjon om minst 3 møter pr. år.

Partene er enige om at følgende samarbeidsformer skal etableres;

6.1 Politisk samarbeidsutvalg

Det etableres et samarbeidsutvalg på politisk nivå, der partene gis mulighet til å drøfte strategiske og politiske spørsmål av betydning for implementering av samhandlingsreformen.

6.1.1 Oppgaver

Politisk samarbeidsutvalg skal være en arena for å sikre og utvikle samhandlingsklimaet mellom partene slik at kommunene og helseforetaket ivaretar sitt felles ansvar for helhetlige behandlingsforløp, og sikre tilbud om og kvalitet på nødvendige helsetjenester.

6.1.2 Sammensetning

Utvalget består av 4 representanter fra kommunene (fortrinnsvis ordførere) oppnevnt av fylkesstyret i KS, og 4 representanter oppnevnt fra styret i HNT.

Representantene oppnevnes for 4 år av gangen.

6.1.3 Arbeidsform

Utvalget konstituerer seg selv og fastsetter sin egen møteplan.

Administrasjonen ved helseforetaket og KS deltar i møtene og skifter på å være tilretteleggere og sekretariat for møtene i dette utvalget. Leder og nestleder i ASU har møterett i det politiske samarbeidsutvalget.

6.2 Administrativt samarbeidsutvalg (ASU)

Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) er et partssammensatt samarbeidsutvalg mellom HNT og de kommunene i Nord-Trøndelag som har inngått samarbeidsavtale med HNT.

6.2.1 Oppgaver

ASU har ansvar for

- a) følge opp og vedlikeholde samarbeidsavtalen og de inngåtte tjenesteavtaler
- b) drøfte saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter vedrørende samhandling om pasienter/ brukere
- c) opprette fagråd/kliniske samarbeidsutvalg/ad-hoc utvalg for ulike områder
- d) drøfte uenighetssaker som ikke kan løses på annet nivå
- e) drøfte rutiner og prosedyrer vedrørende samhandling om felles pasienter etter forslag fra fagråd/kliniske samarbeidsutvalg/ad-hoc utvalg eller en eller flere av partene
- f) Ansvar for å arrangere årlig samhandlingskonferanse og folkehelsekonferanse, og eventuelt andre felles konferanser
- g) fokusere på erfaringsutveksling, kompetanseoverføring og felles møteplasser
- h) bidra til utvikling og spredning av gode modeller for samhandling
- i) ha en oppdatert oversikt over ulike samhandlingsprosjekter i Nord-Trøndelag
- j) utarbeide forslag til tiltak basert på politisk samarbeidsutvalgs strategier

- k) ansvar for en felles overordnet informasjons- og kommunikasjonsstrategi i forhold til avtalene

6.2.2 Sammensetning

- a) Utvalget består av 6 representanter fra kommunene og 6 representanter fra HNT.
- b) Det oppnevnes vararepresentanter.
- c) Utvalgets representanter oppnevnes av KS Nord-Trøndelag og HNT v/direktøren og representerer kommunenes administrative ledelse og administrerende direktør i HNT. Representantene som er oppnevnt av KS Nord-Trøndelag er selv ansvarlig for kontakten med den kommuneregionen de representerer. Kommunene vil sikre at kommuneregionene er representert. Kommuneregionene er Indre Namdal, Ytre Namdal, Midtre Namdal Samkommune, Invest og Snåsa, Innherred Samkommune og Frosta samt Værnesregionen. Medisinskfaglig kompetanse bør tilstrebes å være representert fra begge parter.
- d) Brukerrepresentant har møte og talerett
- e) Ansattrepresentanter, en fra kommunesektoren og en fra spesialisthelsetjenesten med møte og talerett.
- f) Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har møte- og talerett.
- g) KS i Nord-Trøndelag har møte- og talerett

6.2.3 Arbeidsform

- a) Utvalget konstituerer seg selv.
- b) Leder ivaretas av kommunene, og HNT har sekretærfunksjon.
- c) Saker fremmes av partene gjennom representantene, som har et selvstendig ansvar for å bringe fram temaer/saker til saksutredning og drøfting.
- d) Vedtak om opprettelse av fagråd/kliniske samarbeidsutvalg/ad-hoc utvalg forutsetter kvalifisert flertall
- e) Utvalget møtes minimum 6 ganger pr. år og møteplan for funksjonsperioden avtales.
- f) Utvalget legger frem årsrapport i 1. kvartal
- g) Partene bærer selv sine egne kostnader
- h) Partsrepresentantene oppnevnes for 4 år. For å sikre kontinuitet skal halvparten av partsrepresentantene skiftes ut hvert annet år.

6.3 Fagråd / kliniske samarbeidsutvalg / ad-hoc utvalg

- a) Det kan opprettes fagråd/kliniske samarbeidsutvalg/ad-hoc utvalg etter behov på ulike tjenesteområder.
- b) Mandat og tidsramme for arbeidet fastsettes av ASU.
- c) Fagråd/kliniske samarbeidsutvalg/ad-hoc utvalg rapporterer til ASU.
- d) Fagråd/kliniske samarbeidsutvalg/ad-hoc utvalg er partssammensatte og følger som hovedregel de samme prinsippene for representasjon og arbeidsform som ASU.
- e) Oppnevning skjer etter forslag fra partene, og det skal være brukerrepresentasjon.
- f) Partene bærer selv sine egne kostnader.

7 Plikt til gjennomføring og forankring

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

Partene forplikter seg til å holde hverandre informert og sørge for gjensidig veiledning innenfor det enkelte ansvarsområdet. Partene skal også bidra til forpliktende samhandling mellom helsepersonell, for å ivareta forpliktelsene i avtalen. Prosedyre for dette skal beskrives nærmere i tjenesteavtaler innenfor det enkelte ansvarsområde.

Partene forplikter seg til å:

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

8 Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner

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

Partene er enige i at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalget ved HNT, eldrerådet og rådet for mennesker med funksjonshemming i kommunen skal tas med i vurderingen.

9 Avvik

Det skal inngås egen tjenesteavtale vedrørende håndtering av avvik innen 1.7.2012, jf punkt 5. Frem til ny avtale foreligger, videreføres punkt 6 om avviksbehandling i basisavtalen mellom HNT og kommunen.

10 Håndtering av uenighet - tvisteløsning

Uenighet mellom partene etter denne avtalen gir ingen av partene rett til å holde igjen ytelser som er pålagt partene etter lov og/eller forskrift, jf. punkt 3.

Partene er enige om følgende prinsipper for håndtering av uenighet knyttet til denne avtalen:

- a) Uenighet mellom partene om tolkingen eller rettsvirkningen av denne avtalen skal først søkes løst gjennom forhandlinger.
- b) Dersom uenighet/tvist ikke blir løst gjennom forhandlinger innen 2 måneder, kan partene bringe tvist inn for Nasjonal Tvisteløsningsnemnd. Ved innsending av sak til

tvisteløsningsnemnda skal partene bli enige om hvorvidt nemndas avgjørelse skal være endelig.

- c) Dersom partene ikke ønsker at avgjørelse av Nasjonal Tvisteløsningsnemnd skal være bindende mellom partene, kan tvist reises for de ordinære domstoler.
- d) Inntrøndelag tingrett er verneting for tvist etter denne avtalen.
- e) Dersom partene er enige om det kan tvist løses ved voldgift etter bestemmelsene i lov 14.5.2004 nr 25 om voldgift.
- f) Partenes kontaktpersoner ved spørsmål omkring samarbeidet og avtalens bestemmelser er rådmann fra kommunen og direktør fra HNT

11 Mislighold

Alminnelige erstatningsrettslige og kontraktsrettslige regler gjelder.

Avtalen kan ikke sies opp på grunn av mislighold.

12 Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra 01.02.2012, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen årlig. Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres.

Basisavtalen punkt 6 gjelder inntil ny tjenesteavtale om avvik er inngått som vedlegg til denne samarbeidsavtalen.

13 Innsending av avtaler til Helsedirektoratet

Etter avtale er signert av begge parter, skal HNT sende kopi av samarbeidsavtalen og tjenesteavtale jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-4 til Helsedirektoratet, med kopi til Helse Midt-Norge RHF. Dette skal skje innen en måned etter at avtalen er inngått, og senest en måned etter utgangen av frist fastsatt med hjemmel i samme lov § 6-3.

Dato,

Dato,

XX kommune

Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)

Tjenestavtale 1

er hjemlet i lov 24.6.2011nr 30 om helse- og omsorgstjeneste med mer § 6-2 nr 1og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

Enighet mellom kommunen og Helse Nord-Trøndelag HF om partenes ansvar for helse- og omsorgsoppgaver og tiltak partene skal utføre

1 Parter

Avtalen er inngått mellom **XX** kommune og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT). Heretter benevnt kommunen og HNT, i felleskap nevnt som partene.

2 Formål

Kommunen og HNT har som mål å utvikle en effektiv samhandling for å bidra til at den enkelte pasient får et helhetlig tjenestetilbud. Diagnostikk, øvrig kartlegging, behandling, habilitering/rehabilitering, pleie og omsorg skal skje slik at enkelttiltak forberedes og iverksettes i et samarbeid mellom pasient, nærmeste pårørende, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i en sammenhengende tiltakskjede. Avtalen omfatter alle omsorgsnivå og tjenesteområder.

3 Generelt om lovgrunnlaget

Ansaret mellom tjenestenivåene må fortolkes på bakgrunn av de lovbestemmelser og tilhørende forskrifter som er gitt.

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

4 Oppgavefordeling

Oppgavefordelingen slik den praktiseres ved avtaleinngåelsen, skal legges til grunn i denne avtale og eventuelt være retningsgivende for tvistebehandling.

4.1 Endring i oppgavefordelingen

Dersom kommunen og HNT skal avtale å endre oppgavefordelingen skal følgende oppfylles i henhold til faglig forsvarlighet:

- a) Partene skal være likeverdige.
- b) Dialog og høringer skal være gjennomført og endringer planlagt i god tid.

- c) Helhetlige pasientforløp skal være utviklet mellom partene på forhånd for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.
- d) Oppgavedelingen skal avspeile likhet i tjenestetilbudet til hele befolkningen.
- e) Ressurser skal følge endringer i oppgavefordelingen i form av kompetanse, utstyr og økonomi.
- f) Det skal være enighet mellom partene.

5 Områder for samarbeid

Helhetlige pasientforløp skal være en metode for å beskrive forløp og oppgavefordeling mellom de involverte samarbeidsparter. Pasientforløp skal bidra til felles forståelse av hvordan behandlingen gis, hva som er gjeldende ansvars- og rollefordeling, og ulike samarbeidsformer.

Enkelte pasientgrupper kan profitere på en annen oppgavefordeling mellom HNT og kommunen; disse gruppene har jevnlig behandling i HNT og kommunen. Partene tar initiativ til å få beskrevet helhetlige forløp til pasientgrupper som krever stor grad av samarbeid og koordinering, for å kunne gi et helhetlig og fleksibelt tilbud til pasientene.

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

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

6 Avvik

Innen 1.7.2012 skal det inngås egen tjenesteavtale vedrørende håndtering av avvik. Frem til ny avtale foreligger, videreføres Basisavtalens punkt 6, mellom HNT og kommunen.

7 Andre bestemmelser

Punktene 10 *Håndtering av uenighet - tvisteløsning*, 11 *Mislighold*, 12 *Varighet, revisjon og oppsigelse* og 13 *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet* i Samarbeidsavtalen mellom kommunen og HNT gjelder for denne tjenesteavtalen.

Dato,

XX kommune

Dato,

Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)

Tjenestavtale 2

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

er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 3-5 tredje ledd, § 6-2 siste ledd og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1 Parter

Tjenesteaftalen er inngått mellom XX kommune og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT). Heretter benevnt kommunen og HNT, i fellesskap nevnt som partene.

2 Formål

Formålet med tjenesteaftalen er å sikre at:

- a) pasienter og brukere som har en tilstand og/eller en funksjonsnedsettelse innenfor psykisk helse, rus og/eller somatikk med behov for koordinerte tjenester får et helhetlig, sammenhengende og faglig forsvarlig tjenestetilbud innbefattet en forsvarlig beslutningsprosess, herunder brukermedvirkning,
- b) det alltid er tydelig hvem som skal yte tjenestene,
- c) tjenestene skal stimulere til egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

Formålet skal oppnås gjennom å konkretisere ansvars- og oppgavefordelingen mellom HNT og kommunen, samt å etablere samarbeidsrutiner for å ivareta en forsvarlig beslutningsprosess og nødvendig informasjonsflyt.

3 Virkeområde

Tjenesteaftalen gjelder alle pasienter og brukere som har en tilstand og/eller en funksjonsnedsettelse med behov for koordinerte tjenester som strekker seg ut over ordinære rutiner for inn- og utskrivninger, jf tjenesteaftale 3 og 5.

Tjenesteaftalen omfatter også informasjonsutveksling i forbindelse med:

- a) mindreårige barn som pårørende
- b) pasient/bruker som ivaretar bistands- og omsorgsbehov hos pårørende, og ikke er i stand til å ivareta behovene.

4 Samhandlingsverktøy og informasjonsutveksling

4.1 Forsvarlig beslutningsprosess

Partene er enig om å sette fokus på bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven om informasjon, medvirkning, samtykke, samtykkekompetanse og vedtak om helsehjelp, dette på system- og individnivå.

4.2 Individuell plan

Tjenesteyterne skal samarbeide med hverandre om individuell plan (IP) for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte pasient/bruker, jf pasientrettighetsloven § 2-5, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1, helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og forskrift om habilitering og rehabilitering.

Partene arbeider videre med å utvikle gode samhandlingsverktøy gjennom arbeidet med konkretisering av helhetlige pasientforløp.

Kommunen og HNT skal avklare bruk av felles elektronisk verktøy, for å sikre at IP benyttes, jf tjenesteavtale 9.

4.3 Samarbeid om komplekse pasientsaker

HNT og kommunen skal foreta skriftlige ansvarsavklaringer i komplekse pasientsaker, jf Tjenesteavtale 1, punkt 5.

4.4 System for informasjonsutveksling om pasienter som er til dagbehandling og polikliniske konsultasjoner i sykehus

Når pasienter som er til dagbehandling / poliklinisk konsultasjon får endrede behov for kommunale tjenester, skal kommunen varsles muntlig.

4.5 Informasjonsutveksling når mindreårige barn er pårørende

HNT og kommunen har ansvar for å avklare om pasient/bruker har mindreårige barn som pårørende, og om barnets situasjon er vurdert og ivaretatt.

Partene skal 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. Relevante instanser skal varsles så tidlig som mulig om bistands-/omsorgsbehov som mindreårige barn har.

4.6 Informasjonsutveksling når pasients/brukers pårørende trenger bistand

HNT og kommunen har ansvar for å avklare om pasient/bruker har pårørende som trenger bistand/omsorg når pasienten/brukeren mottar behandling i HNT og/eller kommunen.

Partene skal ha et system for å gi nødvendig støtte til pårørende som trenger bistand/omsorg når pasienten/brukeren mottar behandling i HNT og/eller kommunen. Relevante instanser skal varsles så tidlig som mulig om bistands-/omsorgsbehov som pårørende har.

4.7 Ambulant virksomhet

Partene er enige om følgende definisjon av ambulant virksomhet:

"Ambulant virksomhet er tverrfaglig behandling på spesialisert nivå gitt av et team i eller nært hjemmet."

Ambulant virksomhet kan gis pasienter med langvarige behov for spesialisert behandling når det av faglige grunner bør skje i egen kommune. Dette gjelder både oppfølging av pasienten, og ved nødvendig kompetanseoverføring. Ambulant virksomhet gis i nært samarbeid med kommunen. Etter avklaring med pasienten skal kommunen informeres om tilbudet som gis, og motta poliklinisk notat fra relevante konsultasjoner.

5 Ansvarsavklaringer

5.1 Felles ansvar

- a) Partene er enig om å avholde samarbeidsmøter for å planlegge nødvendige tiltak etter utskriving.
- b) Partene har ansvar for at nødvendige hjelpemidler installeres og tilpasses før utskriving.
- c) Partene er enig om å utarbeide felles retningslinjer for IP, og for koordinator på systemnivå. Koordinatoransvaret og samarbeidet mellom koordinator i kommunen og HNT skal avklares. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i HNT og i kommunen har ansvar for å initiere dette arbeidet. Det skal tilstrebes at partene koordinerer sine tjenester. Pasienten skal ha et kontaktpunkt både i HNT og i kommunen.
- d) Partene er enig om å legge rapport IS-1947 2011 fra Helsedirektoratet til grunn i arbeidet med å utvikle felles forståelse av habilitering og rehabilitering på individ og systemnivå. Det vises også til tjenesteavtale 1.
- e) Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i HNT og i kommunen skal ha oversikt over pasientforløp i egen organisasjon for å oppnå samhandling på system- og individnivå.
- f) Partene er enig om å etablere fast møtестruktur for å sikre samarbeid og kompetanseutvikling i koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i HNT og i kommunen, jf tjenesteavtale 6 punkt 4.

5.2 HNTs ansvar:

HNT skal:

- a) utrede, undersøke og gi habiliterings- og rehabiliteringstilbud til pasienter med behov for tverrfaglig spesialisert habilitering og rehabilitering,
- b) starte habiliterings- og rehabiliteringstiltak så snart som mulig under institusjonsopphold,
- c) melde fra til koordinerende enhet i kommunen ved behov for individuell plan og/eller kommunal koordinator,
- d) innkalle til samarbeidsmøter før utskriving når pasient/bruker har behov for omfattende kommunale tjenester,
- e) kartlegge pasienten/brukerens behov for nødvendige hjelpemidler etter utskriving, bestille hjelpemidlene og gi opplæring i bruken av dem,
- f) delta i ansvarsgrupper både før, under og etter pasient/brukers sykehusopphold når det er faglig behov for dette,

- g) i samsvar med helsepersonelloven, gi relevant informasjon til helsepersonell i kommunen i forbindelse med pasienter/brukere som har behov for koordinerte tjenester.

5.3 Kommunens ansvar:

Kommunen skal:

- a) etablere koordinerende enhet, og gi kontaktinformasjon om denne til HNTs koordinerende enhet,
- b) sørge for å utarbeide individuell plan, tilby og utnevne koordinator og vurdere å opprette ansvarsgrupper, der det er behov for dette,
- c) ha habiliterings- og rehabiliteringstilbud,
- d) i samsvar med helsepersonelloven, gi nødvendig og relevant informasjon til helsepersonell i HNT i forbindelse med pasienter/brukere som har behov for koordinerte tjenester.

5.4 Lærings- og mestringstilbud

Partene skal samarbeide om:

- a) lærings- og mestringstilbud der dette er hensiktsmessig,
- b) å etablere møteplasser for samhandling, kompetanseutvikling og brukerrepresentasjon.

5.5 Bruk av tvang og makt

Følgende lover regulerer bruk av tvang og makt:

- ... Lov om psykisk helsevern
- ... Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og 10
- ... Lov om pasient- og brukerrettigheter kapittel 4A

Kommunen og HNT erkjenner at det er behov for kompetanseheving når det gjelder dette regelverket. Partene er enig om å ta initiativ til å videreføre og utvide samarbeidet i nettverket pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4a som er initiert av fylkesmannen i Nord-Trøndelag, jf tjenesteavtale 6 punkt 4.

6 Avvik

Tjenesteavtale 12 om Avvik gjelder.

7 Andre bestemmelser

Punktene 10 *Håndtering av uenighet - tvisteløsning*, 11 *Mislighold*, 12 *Varighet, revisjon og oppsigelse* og 13 *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet* i Samarbeidsavtalen mellom kommunen og HNT gjelder for denne tjenesteavtalen.

Dato,

XX kommune

Dato,

Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) HF

Tjenesteavtale 3 og 5

er hjemlet i lov 24.6.2011nr 30 om helse- og omsorgstjeneste med mer § 6-2 nr 3 og 5 og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

Tjenesteavtale om innleggelse i sykehus og om samarbeid om utskrivingsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester.

1 Parter

Avtalen er inngått mellom **XX** kommune og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT), heretter nevnt kommunen og HNT.

2 Formål

Avtalen skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom helse og omsorgstjenesten i kommunen og HNT.

Kommunen og HNT skal tilrettelegge tjenestene slik at helsepersonell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og har tilstrekkelig opplæring i, og er kjent med disse.

3 Samarbeid om pasientforløp ved innleggelse i HNT.

3.1 Henvisning til HNT ved øyeblikkelig hjelp

3.1.1 Kommunens ansvar:

- Vurdering av hastegrad ved henvisning til HNT, skal skje på grunnlag av vurdering gjort av helsepersonell med henvisningsrett.
- Henvisning til HNT skal inneholde nødvendige og relevante opplysninger. Dette skal sikre riktig vurdering og et forsvarlig behandlingstilbud i HNT. Opplysninger om pasientens funksjonsnivå og nåværende kommunale tjenester, kan i en øyeblikkelig hjelp situasjon ettersendes.
- Pasienten skal sikres forsvarlig transport til HNT ut fra en helhetsvurdering gjort av henvisende instans. Behov for ambulansetransport meldes til AMK.
- Ved livstruende situasjoner kan ambulansepersonell i samarbeid med henvisende instans og AMK, transportere pasienten direkte til HNT. Melding til HNT for klargjøring av mottak med relevant personell, skal gjøres uten ugrunnet opphold.

- e) Helsepersonell skal sikre at informasjon om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som ytes, blir gitt til nærmeste pårørende dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det. Barn som pårørende skal ivaretas og få relevant informasjon og oppfølging.

3.1.2 HNTs ansvar:

- a) Bistå når henvisende instans ringer for råd og veiledning om behandling.
- b) Pasienten er definert innlagt fra det tidspunkt avgjørelsen om innleggelse er journalført i pasientens journal.
- c) Innhente supplerende opplysninger fra pasient, nærmeste pårørende, og kommunal helse og omsorgstjeneste, når dette er nødvendig
- d) Helsepersonell skal sikre at informasjon om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som ytes, blir gitt til nærmeste pårørende dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, og hvis dette ikke allerede er gjort av henvisende instans. Barn som pårørende skal ivaretas og få relevant informasjon og oppfølging.
- e) Når pasientforløpet krever avtale om åpen retur til HNT, kan pasienten selv eller helse- og omsorgstjenesten avtale innleggelse direkte med oppfølgende klinikk. Kommunens kontaktperson skal være informert.

3.2 Henvisning til HNT ved planlagte innleggelser

3.2.1 Kommunens ansvar:

- a) Henvisning til aktuell klinikk i HNT skal skje på grunnlag av vurdering gjort av helsepersonell med henvisningsrett.
- b) Henvisning til HNT skal inneholde nødvendige og relevante opplysninger. Dette sikrer riktig vurdering og et forsvarlig behandlingstilbud i HNT. Fagspesifikke henvisningsmaler eller innhold tilsvarende disse, bør benyttes der slike finnes.
Opplysninger om pasientens funksjonsnivå, gjennomførte utredninger, nåværende kommunale tjenester og spesiell tilrettelegging, skal fremgå av henvisningen eller ettersendes i god tid før innleggelse.
- c) Henvisende instans avgjør om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport.

3.2.2 HNT's ansvar:

- a) Når pasienten får behandlingsdato, skal HNT ved behov kontakte kommunen for videre samarbeid.
- b) Ved behov skal det innhentes supplerende opplysninger fra pasient, nærmeste pårørende og kommunal helse og omsorgstjeneste.

4 Behandling i HNT

- a) HNT foretar utredning og behandling med utgangspunkt i problemstillingene i henvisningen.
- b) Planlegging av utskriving starter så snart som mulig når den kliniske situasjonen er avklart.
- c) Begge parter kan ta initiativ til dialog og deltar i møter ved behov. Ansvarlige representanter for kommunen og HNT avklarer videre oppfølging i samarbeid med pasient og nærmeste pårørende. Det skal tilrettelegges for dialog uavhengig av geografiske avstander.
- d) Ved behandling skal HNT ta initiativ til og være i dialog med den kommunale helse- og omsorgstjenesten når den er involvert i behandlingen.

- e) Dersom pasienten viderehenvises i spesialisthelsetjenesten skal dette fremgå av epikrisen. Dette gjelder også kontrollpasienter.

5 Samarbeid om pasientforløp ved utskriving fra HNT

5.1 Vurdering av pasient som legges inn på sykehus

For å sikre faglig forsvarlige pasientforløp mellom HNT og helse- og omsorgstjenesten i kommunen, er det viktig med tidlig varsling og samarbeid mellom nivåene.

Når en pasient legges inn på sykehus, skal spesialisthelsetjenesten gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp av den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskriving fra sykehuset. Vurderingen skal gjøres innen 24 timer etter innleggelsen. Gjennomført vurdering dokumenteres i pasientens journal.

5.2 Varsling til kommunen om innlagt pasient med antatt kommunalt hjelpebehov etter utskriving

5.2.1 HNTs ansvar:

Dersom det antas behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskriving, skal følgende prosedyrer følges av HNT:

- a) Innen 24 timer etter innleggelse skal kommunens kontaktperson varsles telefonisk om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt. Skriftlig melding ettersendes med e-post.
- b) Dersom det antas en langvarig behandling i HNT, eller det på grunn av pasientens tilstand ikke er mulig å foreta en vurdering innen 24 timer etter innleggelse, skal kommunen varsles så snart det foreligger en avklaring. Gjennomført varsling til kommunen dokumenteres i pasientens journal.
- c) Pasientens antatte hjelpebehov etter utskriving varsles til kommunen så snart dette er avklart. Dette varslet omfatter også antatt behov for tekniske hjelpemidler. Gjennomført varsling til kommunen dokumenteres i pasientens journal.
- d) HNT bistår pasienten ved søknad om kommunale tjenester. HNTs rolle er å vurdere, beskrive pasientens funksjonsnivå og forventet hjelpebehov. HNT skal sørge for at det i tide sendes søknad om tekniske og medisintekniske hjelpemidler som er nødvendige ved utskriving, og at kommunale instanser informeres om dette.
- e) HNT skal ikke gi løfter eller tilsagn om tjenester på kommunens vegne. Det er kommunens ansvar å beslutte hvilke tjenestetilbud pasienten skal ha.
- f) Dersom hjelpebehovet endrer seg i løpet av sykehusoppholdet, så vil 24 timers fristen for varsling av endret hjelpebehov starte fra det tidspunkt det blir klart at et slikt endret behov foreligger. Endring i utskrivningsklar dato registreres i pasientens journal.
- g) Ved dødsfall informeres kommunen umiddelbart når pasienten mottar kommunale tjenester.

5.2.2 Kommunens ansvar

- a) Kommunen skal rapportere til spesialisthelsetjenesten om hvem som er kommunens kontaktperson til enhver tid. Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar.
- b) Kommunen har ansvar for å legge til rette for at pasienten skal overføres til kommunen til avtalt utskrivningstidspunkt.

5.3 Når pasienten er utskrivningsklar

Definisjon av utskrivningsklar pasient:

En pasient er utskrivningsklar når lege i HNT vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. En individuell helsefaglig vurdering skal ligge til grunn, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a) Problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert i henvisningen, skal være avklart.
- b) Øvrige problemstillinger som har fremkommet, skal være avklart
- c) Dersom enkelte spørsmål ikke avklares, skal dette redegjøres for
- d) Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- e) Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.
- f) HNTs syn på hva som kan forventes oppfulgt av helse og omsorgstjenesten i kommunen skal fremgå tydelig. Dette skal gjøres individuelt og ta høyde for eventuelle forandringer som kan oppstå.

5.3.1 HNTs ansvar:

- a) Utskriving av pasient med behov for kommunale tjenester skal planlegges sammen med pasienten og kommunen, og pasienten skal til enhver tid være informert og kunne medvirke til planen for utskrivning.
- b) Når en pasient er definert utskrivningsklar, skal HNT varsle kommunen så tidlig som mulig telefonisk, og skriftlig melding ettersendes med e-post. Varsling skal tilstrebes på dagtid mellom 08.00 og 15.00 (mandag – fredag).
- c) HNT kan ikke skrive ut en pasient med behov for hjelp av kommunen, før foretaket har fått tilbakemelding fra kommunen om at det foreligger et kommunalt tilbud til pasienten.
- d) For utskrivningsklare pasienter som får behov for spesialisert behandling i ventetiden for utskrivning, informeres kommunen uten ugrunnet opphold. Beregningen av antall utskrivningsklare døgn stoppes inntil pasienten er utskrivningsklar igjen. Dette dokumenteres i pasientens journal.

5.3.2 Kommunens ansvar:

- a) Når HNT har varslet om at pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, skal kommunen forberede og iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten.
- b) Kommunen beslutter hvilke tjenester pasienten skal ha.
- c) Når kommunen har mottatt varsel fra HNT om en utskrivningsklar pasient, skal kommunen straks gi telefonisk beskjed om kommunen kan ta imot pasienten, og ettersende kvittering på e-post.

5.4 Utskriving av pasient fra spesialisthelsetjenesten til kommunens helse- og omsorgstjeneste.

5.4.1 Utskrivningsdokumenter

Når pasienten skrives ut fra HNT, skal det følge med epikrise med nødvendig tilleggsinformasjon:

- a) Informasjon fra lege eller klinisk farmasøyt med medikamentopplysninger, og det skal spesifiseres hvilke medisiner som er endret/seponert med begrunnelse.
- b) Informasjon med anbefalinger om videre forløp.
- c) Ved utskriving til hjemmet skal melding til pasient inkludere medikamentopplysninger.
- d) Ved utskriving skal HNT sende med pasient resept, eventuelt medikamenter og annet utstyr slik at pasienten har nødvendig medikamenter og utstyr inn til dette kan skaffes, eller der annen avtale er inngått med helsepersonell i kommunen.
- e) Epikriser sendes fra HNT i tråd med forskrift om pasientjournal. HNT skal sørge for nødvendige rekvisisjoner til pasienten i forhold til transport, når HNT innkaller til innleggelser og kontroller.

Kommunenes ansvar:

Kommunen har ansvar for å legge til rette for at pasienten kan overføres til kommunen ved utskrivningstidspunkt.

6 Kommunes betalingsplikt

Det vises til forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

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

7 Elektronisk meldingsutveksling

Tjenester som spesialisthelsetjenesten distribuerer elektronisk, tilbys via Norsk Helsenet. Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom kommunen og HNT er innført, skal denne benyttes.

8 Avvik

Innen 1.7.2012 skal det inngås egen tjenesteavtale vedrørende håndtering av avvik. Frem til ny avtale foreligger, videreføres Basisavtalens punkt 6, mellom HNT og kommunen.

9 Andre bestemmelser

Punktene 10 *Håndtering av uenighet - tvisteløsning*, 11 *Mislighold*, 12 *Varighet, revisjon og oppsigelse* og 13 *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet* i Samarbeidsavtalen mellom kommunen og HNT gjelder for denne tjenesteavtalen.

Dato,
XX kommune

Dato,
Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)

Tjenesteavtale 4

Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd.

Retningslinjer for videre samarbeid om opprettelse av særavtale om døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunen

er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 3-5 tredje ledd, § 6-2 siste ledd og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1 Parter

Tjenesteavtalen er inngått mellom kommune og Helse Nord-Trøndelag HF. Heretter benevnt kommunen og HNT, i felleskap nevnt som partene.

2 Formål

Tjenesteavtalen beskriver samarbeidet om døgnbasert øyeblikkelig hjelp tilbudet fram til etablering av et kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp innen 1.1 2016. Videre beskriver tjenesteavtalen hvordan pasienten sikres en fullverdig tjeneste mens tilbudet bygges opp i kommunen. HNT skal ikke bygge ned tilbudet før tilbudet i kommunen er tilstrekkelig etablert. På dette grunnlag skal tjenesteavtalen bidra til:

- a) at partene samarbeider om å gi pasienten et helhetlig, koordinert og forsvarlig helse- og omsorgstilbud på riktig sted og uten forsinkelser
- b) en effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene
- c) å redusere risikoen for uheldige hendelser
- d) å registrere i hvilken grad ordningen fører til ønskede og målbare effekter

3 Virkeområde

Tjenesteavtalen gjelder retningslinjer for planlegging og forberedelse av etablering av tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.

Partene er enige om at begrepet "øyeblikkelig hjelp" forstås som:

"Henvising av pasient som har antatt hjelpebehov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller pleie innen 24 timer fra første kontakt med helsetjenesten".

Kommunens plikt til å tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp skal kun gjelde de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle og/eller yte omsorg til. Pasienten skal henvises til HNT om de ikke kan behandles forsvarlig på kommunalt nivå.

Kommunen står fritt m.h.t. hvordan tilbudet om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp blir organisert av kommunen. Krav til forsvarlighet innebærer konkret at HNT ikke kan redusere sine tjenester før tilsvarende tilbud er etablert i kommunen. Jf også tjenesteavtale 1 punkt 4.

4 Samarbeid om opprettelse av døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunen

Partene er enige om at etablering av døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunen omfatter 3 faser:

- a) et forberedende arbeid
- b) iverksetting av ordningen
- c) et oppfølgende arbeid

4.1 Videre planlegging og forberedelser

I det forberedende arbeidet skal partene internt i egne organisasjoner og gjensidig ha kartlagt og drøftet:

- a) hva som allerede finnes av tjenester
- b) hvilke tilbud det er mulig og forsvarlig å opprette
- c) hvilke opplysninger som er tilgjengelige for beskrivelse av nåsituasjonen, og utviklingstrekk som grunnlag for å avklare fremtidige behov
- d) behovet for kompetanse, tilgang til veiledningstjenester og utstyr ved opprettelse av tilbudet, herunder definerte planer for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening
- e) hvilke praktiske rutiner (organisering, kommunikasjon m.v.) som skal gjelde for samhandling mellom kommunen og HNT i tilknytning til innføring av kommunalt døgnopphold som øyeblikkelig hjelp
- f) hvilke indikatorer som skal anvendes for å evaluere målsettingen om bedre pasientforløp for aktuelle pasientgrupper, og målet om en reduksjon av antall innleggelser som øyeblikkelig hjelp i HNT

4.2 Kommunalt døgntilbud om øyeblikkelig hjelp og aktuelle pasientgrupper

Partene er enig om at Vedlegg til tjenesteavtale 4 Retningslinje for samarbeid og opprettelse av kommunalt døgntilbud om øyeblikkelig hjelp, utarbeidet 10.5.2012 til denne tjenesteavtalen, skal være grunnlaget for de kommende forhandlinger om særavtale om døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunen.

5 Informasjonsstrategi

God kommunikasjon og informasjon om innføringen av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, både innad i egne organisasjoner og utad mot brukere og befolkning som helhet, er en avgjørende forutsetning for å oppnå ønsket effekt. Detaljer om dette skal framgå i særavtalen om etablering og drift av døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunen.

6 Framdrift om etablering av døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunen

Partene er enige om å bidra til en framdrift som gjør at etablering og drift skjer innenfor de lovbestemte tidsfrister. Partene er innforstått med at videre planlegging om etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud i kommuner og kommuneregioner i Nord-Trøndelag, legges fram for samordning i ASU.

7 Avvik

Tjenesteavtale 12 Avvik gjelder.

8 Andre bestemmelser

Punktene 10 Håndtering av uenighet - tvisteløsning, 11 Mislighold, 12 Varighet, revisjon og oppsigelse og 13 Innsending av avtaler til Helsedirektoratet i Samarbeidsavtalen mellom kommunen og HNT gjelder for denne tjenesteavtalen.

Dato,

..... kommune

Dato,

Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)

Vedlegg til tjenesteavtale 4

Retningslinje for samarbeid og opprettelse av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp utarbeidet 10.5.2012

1 Aktuelle pasientgrupper

Pasienter/pasientgrupper som kan være aktuelle for å benytte kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, er:

- a) akutt forverring av kjent tilstand med avklart diagnose
- b) midlertidig opphold av mennesker som trenger akutt omsorg og ivaretagelse
- c) medikamentjustering hos pasienter med kjent smerteproblematikk
- d) palliasjon og terminal omsorg
- e) videre observasjon av uavklarte tilstander (forutsatt at innleggelse i sykehus ikke er funnet nødvendig etter forutgående konferanse med relevant lege i HNT).

2 Pasientgrupper som ikke er aktuelle

- a) akutt forverring av en kjent kronisk sykdom, der en vurdering av alvorlighetsgrad, komorbiditet (flere tilleggsykdommer til primær sykdom) og funksjonssvikt tilsier innleggelse i sykehus
- b) akutt funksjonssvikt hos eldre med kroniske sykdommer, hvor det kan være vanskelig å finne årsaksforhold, og hvor det er fare for rask forverring
- c) traumer med uavklart alvorlighetsgrad
- d) pasienter som ut fra definerte pasientforløp (for eksempel hjerneslag eller hjerteinfarkt) skal innlegges i sykehus
- e) hvor det foreligger en mulighet for at behandlingen kan bli forringet, eller at pasienten blir påført vesentlig mer eller forlenget lidelse

3 Føringer for tjenestens innhold vedrørende kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

Partene er enig om at følgende føringer er gjeldende for tjenestens innhold. Det vises bl.a. til Helsedirektoratets rapport 02/2012 Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold.

Veiledningsmaterieell, kapittel 4.

Føringene er:

- a) tilstedeværelse av sykepleier 24 timer i døgnet
- b) bemanning, kompetanse, sengerressurser og pasientkategorier skal være avpasset i forhold til kommunens vurdering av behov
- c) kommunalt døgnoophold som øyeblikkelig hjelp forutsetter tilsyn av lege forut for innleggelsen
- d) kommunen har en utarbeidet plan for tilgjengelighet av medisinsk faglig kompetanse
- e) tilgang til laboratorietjenester skal være avklart
- f) oppholdets varighet bestemmes av kommunen. Partene er enige om at kommunens beslutning tas inn i særavtalen om etablering og drift av døgnbasert kommunal øyeblikkelig hjelp.

Det er fastlegen, legevaktslegen eller sykeheimslegen som foretar konkret vurdering av hvor pasienten bør få sin behandling, og dersom det er tvil om pasienten vil få forsvarlig behandling i kommunen, skal pasienten henvises til HNT.

Dersom det er tvil om pasienten vil få forsvarlig behandling i kommunen, skal pasienten henvises videre til HNT.

4 Dokumentasjons- og kartleggingssystemer

Partene forplikter seg til å følge anvisningene i Helsedirektoratets rapport kap. 4.6, side 13 når det gjelder dokumentasjon og kartleggingssystemer. De konkrete elementene som omfattes, tas inn i særavtalen om etablering og drift av døgnbasert kommunal øyeblikkelig hjelp.

Partene er enige om at informasjonen i slike kartleggingssystemer skal brukes til evaluering av behov/etterspørsel og analyse av hvordan tjenestene gjensidig påvirker hverandre. Det er enighet om at slike kartleggingssystemer senest skal være konkretisert og implementert innen 01.01.2016.

5 Konferanserutiner mellom allmennlege og sykehuslege

Kommunen og HNT forplikter seg gjennom denne tjenesteavtalen til å sørge for at en konferanseordning mellom aktuelle leger er innarbeidet, før ordningen trer i kraft. Detaljer om dette skal framgå i særavtalen om etablering og drift av døgnbasert kommunal øyeblikkelig hjelp.

5.1 Oppfølging av risikoutsatte pasientgrupper med langvarige og sammensatte behov

Eldre pasienter med kroniske og sammensatte lidelser utgjør en hovedgruppe innenfor begrepet øyeblikkelig hjelp. Partene er enige om å gjennomføre et samarbeid om å innføre egne rutiner ved oppfølging av risikoutsatte pasienter, for å redusere faren for tilbakefall og forverring og derved *forebygge øyeblikkelig hjelpsituasjoner*. Detaljer om dette skal framgå i særavtalen om etablering og drift av døgnbasert kommunal øyeblikkelig hjelp.

Tjenestavtale 6

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

er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 3-5 tredje ledd, § 6-2 nr 6 og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1 Parter

Tjenesteavtalen er inngått mellom xx kommune og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT), heretter nevnt som kommunen og HNT, i fellesskap nevnt som partene.

2 Formål

Hensikten med denne tjenesteavtalen er å oppnå helhetlige pasientforløp som er forsvarlig.

3 Virkeområde

Tjenesteavtalen gjelder gjensidig kunnskapsoverføring, kompetanseheving, dialog og informasjonsutveksling mellom partene for eksempel gjennom avtalte rutiner, faglige nettverk, hospiteringsordninger, felles møteplasser, bruk av ambulante team og praksiskonsulentordningen.

4 Tiltak for gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering

4.1 Gjensidig kunnskapsoverføring

- a) Partene skal utvikle handlingsstrategier for kompetanseoverføring som en følge av oppgave og ansvarsforskyvning.
- b) Det skal i løpet av 2012 utarbeides en felles forståelse av hva veiledning skal innebære, med avgrensninger mot:
 - ... Den enkelte pasient
 - ... Grupper av pasienter
 - ... Behov for overføring av ny kunnskap, metoder og prosedyrer
- c) Systematisk vedlikehold av kunnskap til grupper av helsepersonell
- d) Partene plikter å gjøre kjent for hverandre ulike kurs og fagdager som avholdes.
- e) Partene er enig om å bruke et lett tilgjengelig og forståelig språk i alle former for dokumenter og informasjonsmateriell som har betydning for pasienter, pårørende og helsepersonell.

HNT har veiledningsplikt overfor kommunal helse- og omsorgstjenester. Plikten er både generell og klinisk rettet mot individuelle pasientforløp, jf. spesialisthelsetjenesteloven §6.3. Form, innhold, omfang og vilkår for veiledningen avtales mellom partene.

4.2 Informasjonsutveksling

Partene er enig om å bruke det avtalte avvikssystemet som grunnlag for kvalitetsforbedring av informasjonsutveksling, slik at forsvarlig informasjonsutveksling sikres i alle helhetlige pasientforløp. Jf tjenesteavtale 12

4.3 Partsammensatte faglige nettverk

Partene er enig om:

- a) å kartlegge og evaluere eksisterende faglige nettverk, og dette arbeidet følges opp av ASU, jf Samarbeidsavtalen pkt 6,
- b) å videreføre faglige nettverk som er i samsvar med Samarbeidsavtalen,
- c) å vurdere om det er behov for å supplere med nye faglige nettverk,
- d) at alle nettverk skal ha et avklart mandat i samsvar med Samarbeidsavtalen,
- e) å etablere fast møtestruktur for de koordinerende enhetene i habilitering og rehabilitering for å sikre samarbeid og kompetanseutvikling, jf tjenesteavtale 2 punkt 5.1. HNT har sekretariatsfunksjon,
- f) å ta initiativ til å videreføre og utvide samarbeidet i nettverket pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 a, som er initiert av fylkesmannen i Nord-Trøndelag, jf tjenesteavtale 2 punkt 5.3.
- g) å gi *Personalnettverket* et nytt mandat i løpet av 2012,
- h) å videreføre det partssammensatte kliniske samarbeidsutvalget for jordmortjenesten i Nord-Trøndelag som skal konkretisere og påse implementering av "Helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Midt-Norge", jf tjenesteavtale 8 punkt 4.
- i) å etablere et kontaktpunkt mellom kommunen, HNT og Helse Midt-Norge IT – Hemit, jf tjenesteavtale 9 punkt 7.2,
- j) å videreføre og videreutvikle "Kompetansenettverket i forebyggende og helsefremmende arbeid", jf tjenesteavtale 10 punkt 4,
- k) å opprette fagråd for beredskap, jf tjenesteavtale 11 punkt 4 underpunkt 2,
- l) å opprette fagråd for den akuttmedisinske kjede, jf tjenesteavtale 11 punkt 5 underpunkt 1,
- m) å opprette fagråd for kvalitetsforbedring og sikkerhetsarbeid, jf tjenesteavtale 12 punkt 4.

4.4 Hospitering

Partene skal beskrive hvordan hospitering kan gjennomføres. Arbeidet påbegynnes i 2012. Et hospiteringsprogram skal avklare aktuelle områder og mål for hospiteringen. Partene dekker egne utgifter ved hospitering.

4.5 Andre tiltak

Partene utarbeider konkrete handlingsstrategier for arbeid med kompetanseheving og kunnskapsoverføring på ulike områder:

- a) Rekrutteringsbehov
 - ... Muligheter for kombinerte stillinger
 - ... Behov og muligheter for samarbeid mellom flere arbeidsgivere
- b) Partenes eierskap til praksiskonsulentordningen må i løpet av 2012 defineres og avklares. Praksiskonsulentordningen er en ordning som er nasjonalt forankret, og som har sitt virkeområde i samhandlingsrommet mellom kommunen og HNT.
- c) Partene skal utvikle en mer omforent forståelse av funksjonsvurdering for å oppnå helhetlige pasientforløp som er forsvarlig.

5 Avvik

Tjenesteavtale 12 om Avvik gjelder.

6 Andre bestemmelser

Punktene 10 *Håndtering av uenighet - tvisteløsning*, 11 *Mislighold*, 12 *Varighet, revisjon og oppsigelse* og 13 *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet* i Samarbeidsavtalen mellom kommunen og HNT gjelder for denne tjenesteavtalen.

Dato og underskrift

Dato,

Xx kommune

Dato,

Helse Nord-Trøndelag HF

Tjenesteavtale 7

Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 3-5 tredje ledd, § 6-2 nr 7 og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1 Parter

Tjenesteavtalen er inngått mellom **xx** kommune og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT), heretter nevnt som kommunen og HNT, i fellesskap nevnt som partene.

2 Formål

Hensikten med tjenesteavtalen er å legge til rette for å utvikle felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanseheving hos helse- og omsorgspersonell, forskning og innovasjon som understøtter samhandlingsreformens intensjoner.

3 Virkeområde

Tjenesteavtalen gjelder helse- og omsorgspersonell og annet personell ansatt hos partene.

Tjenesteavtalen gjelder partenes deltakelse i forskernettverk/samarbeidsfora for forskning (innovasjon), oppgave- og ansvarsfordeling, rapporteringssystemer, utdanningsbehov, praksis og utdanningstilbud.

4 Tiltak for samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

4.1 Forskning

Partene er enige om:

- a) å etablere samarbeidsfora for forskning,
- b) å bidra til innovasjon mellom aktuelle aktører,
- c) å beskrive hvordan samarbeide om FOU tiltak skal foregå, og å påbegynne arbeidet i løpet av 2012,
- d) å utarbeide system for anvendelse av forskningsresultater og ny kunnskap
- e) å utvikle og samarbeide om aktuelle forskningsprosjekter,
- f) å definere et felles utviklings- og forskningsprosjekt i løpet av 2012
- g) å evaluere utviklings- og forskningsprosjekter,
- h) å arrangere felles informasjon, forskningsdager mv

4.2 Utdanning, praksis og læretid

Partene er enig om:

- a) å se utdanningsbehovet i kommunen og HNT i sammenheng,
- b) å sikre at samhandling vektlegges i utdanning,
- c) å ta initiativ til at dagens tre samarbeidsorgan mellom kommunene, HNT og HINT organiseres til ett samarbeidsorgan, som sikrer representasjon tilsvarende dagens tre samarbeidsutvalg, samt å ta initiativ til å invitere Nord-Trøndelag fylkeskommune til å delta i samarbeidsutvalget.
- d) å ta i bruk ny teknologi og nye pedagogiske virkemidler for å sikre tilgang til framtidige utdanningstilbud i regionen,
- e) å samarbeide om utdanningstilbud og felles etterutdanning, internopplæring og tilbud til lærlinger,
- f) å utveksle kunnskap om hverandres kompetanseplaner, for å samordne forespørsler til utdanningsinstitusjonene om aktuelle etter- og videreutdanninger.

5 Avvik

Tjenesteavtale 12 Avvik gjelder.

6 Andre bestemmelser

Punktene 10 Håndtering av uenighet - tvisteløsning, 11 Mislighold, 12 Varighet, revisjon og oppsigelse og 13 Innsending av avtaler til Helsedirektoratet i Samarbeidsavtalen mellom kommunen og HNT gjelder for denne tjenesteavtalen.

Dato og underskrift

Dato,

Xx kommune

Dato,

Helse Nord-Trøndelag HF

Tjenesteavtale 8

Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barseltilbud

er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 3-5 tredje ledd, § 6-2 nr 8 og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1 Parter

Tjenesteavtalen er inngått mellom XX kommune og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT). Heretter benevnt kommunen og HNT, i felleskap nevnt som partene.

2 Formål

Formålet med tjenesteavtalen er at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf "En gledelig begivenhet", St.meld. 12, 2009.

3 Virkeområde

Avtalen gjelder samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barseltilbud.

4 Kvalitetskrav i fødselsomsorgen

Ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunen og HNT skal videreføres på samme måte som i dag, jf tjenesteavtale 1.

4.1 Prioriteringer

Begge parter skal videreutvikle tjenestene med basis i "helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg" med særlig vekt på følgende områder:

- a) systematisk oppfølging av gravide med risiko for psykiske, rus og sosialmedisinske problemstillinger,
- b) tverrfaglig samarbeid om å gå i en behovsbasert og helhetlig oppfølging,
- c) felles plan for utvikling av kompetanse.

4.2 Samarbeid

Partene er enig om å videreføre det partssammensatte kliniske samarbeidsutvalget for jordmortjenesten i Nord-Trøndelag, jf tjenesteavtale 6 punkt 4.

Partene er enig om at følgende mandat gjelder for dette utvalget:

- a) hvordan anbefalingene i "Kvalitetskrav til fødselsomsorgen" skal innfris,
- b) hvordan tverrfaglig samarbeid og utveksling av informasjon mellom tjenestene og nivåene skal ivaretas, herunder tilgang og bruk av felles prosedyrer,

- c) hvordan utviklingen av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels og barselomsorg skal gjennomføres, herunder obligatorisk hospiteringstjeneste,
- d) følgetjenesten, herunder organisering av beredskap for følgetjeneste og utvikling av standarder,
- e) samarbeidsarenaer, herunder faglig samarbeidsarenaer for utveksling av kompetanse og prosedyrer.

4.3 Oppgave og ansvarsfordeling

HNTs oppgaver:

HNT skal:

- a) bidra til kompetanseutvikling for kommunalt helsepersonell, herunder å legge til rette for hospitering av kommunale jordmødre ved fødeavdelingene,
- b) sørge for følge- og beredskapstjenesten for kommuner som har krav på det, jf. St.Prop. nr.67 2008-2009.

Kommunens oppgaver:

Kommunen skal:

- a) organisere systemet for svangerskaps- og barselomsorg,
- b) sørge for nødvendig opplæring av eget personell.

5 Avvik

Tjenesteavtalen 12 Avvik gjelder.

6 Andre bestemmelser

Punktene 10 *Håndtering av uenighet - tvisteløsning*, 11 *Mislighold*, 12 *Varighet, revisjon og oppsigelse* og 13 *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet* i Samarbeidsavtalen mellom kommunen og HNT gjelder for denne tjenesteavtalen.

Dato,

Xx kommune

Dato,

Helse Nord-Trøndelag HF

Tjenestavtale 9

Samarbeid om IKT-løsninger lokalt

Hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr.9 og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1 Parter

Tjenesteaftalen er inngått mellom **XX** kommune og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT). Heretter benevnt kommunen og HNT, i felleskap nevnt som partene.

2 Bakgrunn

Samarbeid om informasjons-, kommunikasjons- og teknologiløsninger (IKT-løsninger) 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. Partene skal legge til rette for å følge opp at informasjonsutveksling foregår elektronisk over Norsk Helsenett.

All samhandling skal være i samsvar med kravene i helsepersonelloven, helseregisterloven, personopplysningsloven, kvalitets- og sikkerhetskrav i norm for informasjonssikkerhet i helsevesenet og "Krav til elektronisk meldingsutveksling versjon 1.0". Det er utarbeidet veiledende retningslinjer og sikkerhetsstandarder på flere kommunikasjons- og samhandlingsområder. Disse retningslinjene legges til grunn for lokale samhandlingsrutiner.

3 Formål

Hensikten med tjenesteaftalen er å oppnå økt bruk av lokale elektroniske systemløsninger for å sikre helhetlige pasientforløp, slik at elektronisk kommunikasjon over Norsk Helsenett blir den ordinære måten å kommunisere på mellom tjenesteytere.

Elektronisk kommunikasjon mellom tjenesteytere antas å ha følgende effekter:

- a) Økt sikkerhet på forsendelse og oppbevaring av pasientdata
- b) Økt hastighet på informasjonsutvekslingen
- c) Økt kvalitet i arbeid som utføres
- d) Forenkling og effektivisering av arbeidsprosesser
- e) Bedre funksjonalitet og kompatibilitet basert på pasients/brukers behov
- f) Utveksling av kunnskap og kompetanseutvikling
- g) Forenkle arbeidsprosessene mellom partene
- h) Sikre kostnadseffektiv drift i HNT og kommunen

4 Virkeområde

Denne tjenesteavtalen gjelder:

- a) forventning til elektronisk kommunikasjon og interaktive løsninger, inkludert bruk av konferanser og samordnet kommunikasjon med tale, bilde og tekst som del av felles samhandling,
- b) organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling,
- c) mulighet for bruk av telestudio eller interaktive løsninger for veiledning og konsultasjoner mellom aktuelle fagmiljø,
- d) fremdrift for å legge til rette for elektronisk informasjonsutveksling basert på standarder og bruk av Norsk Helsenett,
- e) elektronisk melding og håndtering av avvik,
- f) rutiner for drift, overvåking og oppgradering av en felles plattform for elektronisk samhandling herunder krav til responstid for feilretting.

5 Sentrale plikter, oppgaver og ansvar i forhold til lov

HNT og kommunen skal i fellesskap sørge for at det legges til rette for elektronisk samhandling mellom partene, herunder plattform for bruk av fagsystemer, henvisninger, rekvisisjoner og utveksling av meldinger.

6 Forløp ved etablering av elektronisk samhandling

Partene er enig om at etablering av elektronisk samhandling omfatter 3 faser:

- a) et forberedende arbeid,
- b) iverksetting av ordningen,
- c) et oppfølgende arbeid

7 Oppgaver og ansvar

7.1 Felles ansvar

I forbindelse med utbredelse av elektronisk samhandling mellom partene skal det avtales egne rutiner/prosedyrer for:

- a) akseptert responstid på meldinger og feilretting,
- b) felles kontaktpunkt for avvikshåndtering,
- c) driftsavtaler,
- d) felles opplæringsprogram ved felles funksjonalitet,
- e) felles plattform for interaktiv samhandling klinisk (videokonferansesystem, Mowi/ Lync eller annet),
- f) videreutvikling av elektronisk velferdsteknologi,
- g) felles meldingstjener lagt til Norsk Helsenett.

7.2 HNTs ansvar

HNT skal forberede og utvikle egne fagsystemer slik at alle meldinger er tilrettelagt for elektronisk samhandling med kommunen, herunder:

- a) eMeldinger
- b) epikriser, brev og notat
- c) rekvisisjoner
- d) røntgensvar
- e) laboratoriesvar
- f) generelle forespørsel og da spesielt "Melding om utskrivningsklar pasient".

HNT skal ha nødvendig kvalitets- og sikkerhetsrutiner knyttet til:

- a) tjenestelig adressering av meldinger,
- b) kommunikasjon mellom partene gjennom Norsk Helsenett,
- c) verifikasjon og godkjenningsrutiner i meldingstjener,
- d) overvåking av meldingstrafikk med definert oppfølgingsansvar,
- e) et avvikssystem for oppfølging av uønskede hendelser.

Se tjenesteavtale 6 punkt 4.3 om fremtidig kontaktpunkt mellom kommunen, HNT og Helse Midt-Norge IT – Hemit.

7.3 Kommunens ansvar

Kommunen skal forberede og utvikle egne fagsystemer slik at alle meldinger er tilrettelagt for elektronisk samhandling med HNT, herunder:

- a) eMeldinger,
- b) henvisninger med vedlegg,
- c) rekvisisjoner,
- d) generelle forespørsler.

Kommunen skal ha nødvendige kvalitets- og sikkerhetsrutiner knyttet til:

- a) tjenestelig adressering av meldinger,
- b) kommunikasjon mellom partene gjennom Norsk Helsenett,
- c) verifikasjon og godkjenningsrutiner i meldingstjener,
- d) overvåking av meldingstrafikk med definert oppfølgingsansvar,
- e) et avvikssystem for oppfølging av uønskede hendelser.

Norsk Helsenett er oppdragsgiver for Værnesregionen IT. Værnesregionen IT har i oppdrag å sikre at alle interkommunale sammenslutninger i Nord-Trøndelag iverksetter utbredelse av elektroniske meldinger (PLO-meldinger). De øvrige interkommunale sammenslutninger i Nord-Trøndelag skal etablere en tilsvarende organisering basert på rutinene i Værnesregionen IT.

Inntil et fremtidig kontaktpunkt er etablert, jf tjenesteavtale 6 punkt 4.3, skal Værnesregionen IT forholde seg til HNTs prosjektorganisering i tilknytning til Meldingsløftet.

7.4 Etablering av IKT – arbeidsutvalg

Partene er enige om at ASU skal opprette og gi mandat til et parts sammensatt IKT – arbeidsutvalg, jf tjenesteavtale 6 punkt 4.3.

8 Avvik

Tjenesteavtale 12 om avvik gjelder.

9 Andre bestemmelser

Punktene 10 *Håndtering av uenighet - tvisteløsning*, 11 *Mislighold*, 12 *Varighet, revisjon og oppsigelse* og 13 *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet* i Samarbeidsavtalen mellom kommunen og HNT gjelder for denne tjenesteavtalen.

Dato,

XX kommune

Dato,

Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)

Tjenesteavtale 10

Samarbeid om forebygging.

er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 3-5 tredje ledd, § 6-2 nr 6 og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1 Parter

Tjenesteavtalen er inngått mellom **xx** kommune og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT), heretter nevnt som kommunen og HNT, i fellesskap nevnt som partene.

2 Formål

Tjenesteavtalens hensikt er å fremme forebygging for å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester.

Tjenesteavtalen skal sikre god samhandling på områder innen forebygging, hvor både kommunen og HNT har et ansvar for tiltak. Samarbeidet skal også sikre kunnskapsutvikling og kunnskapsdeling, og at partene i størst mulig grad legger kunnskapsbasert praksis til grunn for egen forebyggende innsats. Dette skal danne grunnlaget for helhetlige pasientforløp som er forsvarlig.

3 Virkeområde

Tjenesteavtalen gjelder samarbeid om forebyggende aktiviteter/tiltak på definerte områder for alle befolkningsgrupper.

Tjenesteavtalen omfatter forebyggende aktivitet som skjer i regi av partene, og hvor samarbeid mellom partene vil styrke tiltakets forebyggende effekt, og mulighet for å lykkes med tiltaket.

4 Ansvars og oppgavefordeling

4.1 Samarbeidsområder

Partene skal i samarbeid forebygge sykdom, og begrense følgetilstander av sosial-, psykososial- og medisinske årsaker.

4.2 Lærings- og mestringstilbud

Kommunen og HNT skal utvikle lokale lærings- og mestringstilbud.

Kommunene og HNT skal samarbeide om lærings- og mestringstilbud på individ- og gruppenivå der dette er hensiktsmessig.

Konkrete samarbeidstiltak er:

- a) Bruker- og pårørende erfaring skal trekkes inn i forbindelse med lærings- og mestringstilbud på individ- og systemnivå
- b) Samarbeide om opplæringstiltak i forhold til pasient og pårørende (Helsepedagogikk).
- c) Videreføre og videreutvikle "Kompetansenettverket i forebyggende og helsefremmende arbeid", jf tjenesteavtale 6 punkt 4.
- d) "Kompetansenettverket i forebyggende og helsefremmende arbeid" arrangerer årlig Folkehelsekonferansen i Nord-Trøndelag.

4.3 Helseovervåking

Kommunen er pålagt å holde oversikt over helsetilstanden i befolkningen og positive og negative faktorer som kan påvirke denne. Oversikten er grunnlaget for folkehelsearbeid og forebyggende virksomhet. I oversikten inngår også data om forbruk av helsetjenester. Oversikten skal baseres på innhenting av informasjon fra en rekke kilder, inklusive fra spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende trenger HNT informasjon og data fra kommunen for å kunne dimensjonere, utvikle og tilpasse tjenestene til befolkningens behov.

4.4 Råd og bistand

HNT har et særlig ansvar for å gi kommunen råd og bistand når det oppstår behov for miljø- og grupperettede tiltak som har helsemessige konsekvenser.

5 Avvik

Tjenesteavtale 12 Avvik gjelder.

6 Andre bestemmelser

Punktene 10 *Håndtering av uenighet - tvisteløsning*, 11 *Mislighold*, 12 *Varighet, revisjon og oppsigelse* og 13 *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet* i Samarbeidsavtalen mellom kommunen og HNT gjelder for denne tjenesteavtalen.

Dato og underskrift

Dato,

Xx kommune

Dato,

Helse Nord-Trøndelag HF

Tjenestavtale 11

er hjemlet i lov 24.6.2011 nr 30 om helse- og omsorgstjeneste med mer § 6-2 nr 11 og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

Samarbeid om omforente beredskapsplaner og om planer for den akuttmedisinske kjede

1. Parter

Avtalen er inngått mellom **xx** kommune og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT), heretter nevnt som kommunen og HNT, i fellesskap nevnt som partene.

2. Formål

Formålet med loven er å verne befolkningens liv og helse og bidra til nødvendig helsehjelp, helse og omsorgstjenesten og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og kriser og katastrofer i fredstid. (Lov om helsemessig og sosial beredskap, Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og Sivilbeskyttelsesloven)

Avtalen forplikter partene til i å utvikle samarbeidet innenfor omforente beredskapsplaner og planer for utvikling av den akuttmedisinske kjede.

Fylkesmannen er som sektor- og samordningsmyndighet, tillagt ansvaret for å legge til rette for samordning og koordinering.

3. Virkeområde

Avtalen omfatter partenes ansvar, oppgaver og samhandling i krise- og katastrofeberedskap herunder i den akuttmedisinske kjeden.

Beredskapsplaner skal sikre nødvendige tjenesteytelser ved:

1. Interne og eksterne hendelser som vesentlig reduserer virksomhetens evne til å yte varer og tjenester
2. Eksterne hendelser som vil innebære en ekstraordinær belastning på virksomheten og som kan kreve en generell omstilling av den ordinære driften for å kunne øke kapasiteten

Den akuttmedisinske kjede omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevakt og ambulansetjenester.

4. Samarbeid om omforente beredskapsplaner

1. Beredskapsplanarbeidet skal baseres på regionalt samarbeid og samhandling med HNT om beredskapen mellom kommunene og HNT. Det opprettes et fagråd (jf. Samarbeidsavtalen punkt 6.3) for beredskap mellom kommunene og HNT, og det er ønskelig å involvere fylkesmannen i dette fagrådet. Formålet er å utarbeide og samordne arbeidet med ROS-analyser, tiltaksplaner og beredskapsøvelser. Ledelsen av fagråd for beredskap går på omgang mellom kommunene og HNT. Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) skal etablere et slikt fagråd i 2012.
2. Fagråd for beredskap skal:
 - a. Avklare hvilke roller og ansvar kommunene og HNT har i ulike krise og katastrofesituasjoner. Planene går gjennom i fellesskap, og gjøres tilgjengelig for alle berørte parter.
 - b. Sikre helhetlige beredskapsplaner og krisehåndtering.
 - i. Utarbeide omforente planer for forsyning og forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr.
 - ii. Planlegge å gjennomføre beredskapsøvelser i fellesskap mellom partene. Hver av partene bærer egne kostnader til øvelsen.
 - iii. Utarbeide en oversikt over alle beredskapsøvelser som skal gjennomføres i en fireårs periode.
 - iv. Kompetanseoverføring skal skje gjennom at øvelsene gjennomføres i fellesskap i forhold til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende tiltak
3. Begge parter skal informere hverandre så tidlig som mulig om situasjoner som endrer virksomhetens evne til å yte varer og tjenester, samt situasjoner som gjør det nødvendig for omstilling av ordinær drift for å kunne øke kapasiteten.

5. Samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede

Partene plikter å samarbeide om utvikling av de akuttmedisinske tjenester slik at tilbudet blir helhetlig, tilgjengelig og av god kvalitet, uavhengig av bosted.

1. ASU skal opprette et fagråd for den akuttmedisinske kjede i 2012, hvor kommunene og HNT er representert.
2. Fagrådet for akuttmedisinsk kjede skal innen 01.11.2012 framlegge for ASU forslag til:
 - a) samarbeidsmøter,
 - b) utvikling av de akuttmedisinske tjenester,
 - c) avklaring / beskrivelser av ansvar, roller og rutiner for utrykning og samhandling mellom partene i akutte situasjoner, i henhold til gjeldende lovverk,
 - d) utvikling av rutiner som sikrer god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner,
 - e) samarbeidsprosedyrer,
 - f) opplæring og øvelser i samarbeid med etablerte aktører,

3. Partene skal drøfte strukturelle endringer som angår den akuttmedisinske kjede før endringer besluttet
4. Viktige rolle/oppgaveavklaringer som skal være kjent hos begge parter:
 - a) kommunen plikter å opprette pårørendesenter på anmodning fra politiet,
 - b) kommunen oppretter evakueringssenter der det er nødvendig
 - c) HNT oppretter pårørendemottak for pårørende til innlagte pasienter,
 - d) kommunene kan ved behov be om bistand fra HNT. Dette kan gjelde skadested og i det psykososiale arbeid.
5. Kommunen og HNT må ha god kommunikasjon også i det videre forløpet av krisen/katastrofen, etter at nødetatene avslutter sin deltakelse i katastrofen

6. Avvik

Innen 1.7.2012 skal det inngås egen tjenesteavtale vedrørende håndtering av avvik. Frem til ny avtale foreligger, videreføres Basisavtalens punkt 6, mellom Helse Nord- Trøndelag HF og kommunen.

7 Andre bestemmelser

Punktene 10 *Håndtering av uenighet - tvisteløsning*, 11 *Mislighold*, 12 *Varighet, revisjon og oppsigelse* og 13 *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet* i Samarbeidsavtalen mellom kommunen og HNT gjelder for denne tjenesteavtalen.

Dato og underskrift

Dato,

Xx kommune

Dato,

Helse Nord-Trøndelag HF

Tjenestavtale 12

Samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid

(Nasjonal veileder pkt 6.2 og 6.3)

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a og § 3-11)

1 Parter

Avtalen er inngått mellom **XX** kommune og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT). Heretter benevnt kommunen og HNT, i felleskap nevnt som partene.

2 Formål

Hensikten med avtalen er å sikre kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i overgangene mellom kommunen og HNT, gjennom å etablere rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid mellom partene.

3 Virkeområde

Avtalen gjelder avvikshåndtering og forbedringsarbeid i forhold til etterlevelsen av de øvrige avtaler som partene har inngått med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2 jf spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e).

4 Rutiner for arbeid med kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet, avvikshåndtering og systematisk forbedringsarbeid

4.1 Opprette fagråd

Partene er enig om å opprette et fagråd for kvalitetsforbedring og sikkerhetsarbeid, hvor også brukerne er representert, jf tjenestavtale 6 punkt 4.3.

4.2 Møteplasser for arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

- a) Fagråd
- b) ASU
- c) Regelmessige møter mellom kommunen og HNT
- d) Årlig samhandlingskonferanse

4.3 Rutiner for kvalitetsforbedring- og sikkerhetsarbeid

Rutine for avvikshåndtering og systematisk forbedringsarbeid:

- a) uønskede samhandlingshendelser og forbedringsforslag skal meldes etter rutinebeskrivelse (vedlegg 1) og på eget meldingsskjema (vedlegg 2),
- b) fagrådet skal sikre en systematisk gjennomgang av uønskede samhandlingshendelser og forbedringsforslag, og legge dette frem for medlemmene i ASU for videre oppfølging,
- c) medlemmene i ASU skal spre kunnskapen i egne organisasjoner gjennom referat fra ASU-møtene og annen virksomhet,
- d) meldingsordningen skal evalueres i forbindelse med revisjon av denne tjenesteavtalen.

Læring og spredning av kvalitetsforbedring og sikkerhetsarbeid skal foregå som:

- a) tema internt hos partene,
- b) tema i faste møter mellom kommunen og HNT,
- c) meldingsstatistikk som legges ut på felles nettsted.

5 Avvik

Det vises til denne tjenestavtale.

6 Andre bestemmelser

Punktene 10 *Håndtering av uenighet - tvisteløsning*, 11 *Mislighold*, 12 *Varighet, revisjon og oppsigelse* og 13 *Innsending av avtaler til Helsedirektoratet* i Samarbeidsavtalen mellom kommunen og HNT gjelder for denne tjenesteavtalen.

Dato,

XX kommune

Dato,

Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)

Vedlegg 1 (til tjenesteavtale 12)

Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser og forbedringsforslag mellom kommunen og HNT

1. Uønskede samhandlingshendelser

Det vises til tjenesteavtale 12, og punkt 9 i Samarbeidsavtalen mellom HNT og kommunen. Hendelser som avviker fra bestemmelsene i tjenesteavtalene, skal meldes skriftlig og sendes til kvalitetsutvalget i HNT. Kvalitetsutvalget i HNT videregir dette til det aktuelle tjenestested (kommune / HNT). Deretter behandles meldingen av leder ved det aktuelle tjenestested, og gir tilbakemelding til mottaker via HNTs kvalitetsutvalg.

Hensikten er å sikre at uønskede hendelser blir behandlet, at sårbare områder kartlegges, at gjentakelser forebygges og at antall avvik reduseres. Innsendte avvik og forbedringsforslag skal brukes i kvalitetsforbedring og sikkerhetsarbeid.

2. Hva skal meldes

Hendelser som avviker fra bestemmelsene i Samarbeidsavtalen og tjenesteavtalene skal meldes som avvik.

3. Rutiner for melding

Melding om uønsket samhandlingshendelse eller forebyggende tiltak medles på følgende måte:

1. *Medarbeideren* fyller ut skjema
"Meldingsskjema – uønskede samhandlingshendelser mellom kommunen og HNT"
(www.hnt.no/samhandling/avviksskjema.) Utfylt skjema sendes nærmeste overordnede.
2. *Leder* gjennomgår meldingen og sender skjema videre til kvalitetsutvalget i HNT. - merk sendingen "uønsket samhandlingshendelse"
3. Kvalitetsutvalget i HNT registrerer den uønskede samhandlingshendelsen / forbedringsforslag og sender skjemaet videre til påklaget instans for behandling. Meldingene skal behandles av partene fortløpende, og skal være ferdigbehandlet i løpet av 4 uker.
4. Berørte avdelinger/enheter må sørge for å involvere ansatte i egen organisasjon slik at årsaksforhold blir klarlagt og informasjon gitt for å forebygge gjentakelse.
5. Oversikt over samhandlingsavvik og forbedringsforslag presenteres regelmessig for medlemmene i administrativt samarbeidsutvalg (ASU).

Vedlegg 2 Meldingsskjema (til tjenesteavtale 12)

Melding av uønskede samhandlingshendelser og forbedringsforslag mellom kommunene og HNT. Tjenesteavtale 12 "Samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid" mellom Helse Nord-Trøndelag HF og kommunene.		
Utfylt skjema sendes til Kvalitetsutvalg HNT v/ Helsefaglig rådgiver, Helse Nord-Trøndelag HF		☐ Uønsket samhandlingshendelse ☐ Forbedringsforslag
Navn på melder: kommune/ DMS / DPS / sykehus og avdeling:		
1. Fylles ut av den som melder, og leverer nærmeste leder:		
Pasientens navn:	Fødselsdato:	Dato / kl.slett for hendelsen:
Beskriv kort hendelsen og årsak:		
Forbedringsforslag:		
Dato	Navn melder:	
2. Fylles ut av nærmeste leder og sendes kvalitetsutvalget i HNT		
Leders vurdering / kommentar:		
Brudd på Samarbeidsavtalen, tjenesteavtale nr.: punkt.:		
Dato:	Navn leder:	Navn kommune / DMS / DPS /sykehus og avdeling:

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 22/2012 Godkjenning av avtaler mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene i Nord-Trøndelag ved innføring av Samhandlingsreformen

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	13.06 2012	22/2012

Saksbeh: Trond G. Skillingstad

Arkivkode:

Saksmappe:

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag godkjenner følgende framlagte avtaleforslag, under forutsetning av godkjenning av avtalene hos avtalemotpartene:

- Tjenesteavtale 2:

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

- Tjenesteavtale 4:

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

- Tjenesteavtale 6:

”Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring”

- Tjenesteavtale 7:

”Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid”

- Tjenesteavtale 8:

”Samarbeid om jordmortjenester

- Tjenesteavtale 9:

”Samarbeid om IKT-løsninger lokalt”

- Tjenesteavtale 10:

”Samarbeid om forebygging”

- Tjenesteavtale 12:

”Samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid”

SAKSUTREDNING:

Sak 22/2012 Godkjenning av avtaler mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene i Nord-Trøndelag ved innføring av Samhandlingsreformen

VEDLEGG

- Oversikt over Samarbeidsavtalen og de 12 tjenesteavtalene mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF

GJELDENDE FORUTSETNINGER

- Lov 24.6.2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesteloven
- Øvrig helselovgivning
- Inngåtte avtaler i tråd med styresak 02/2012 *Godkjenning av avtaler mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene i Nord-Trøndelag ved innføring av Samhandlingsreformen.*

BAKGRUNN

Administrerende direktør viser til styresak 02/2012 *Godkjenning av avtaler mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene i Nord-Trøndelag ved innføring av Samhandlingsreformen.* Med vedtak i helseforetakets styre og i den enkelte kommune ble det inngått en overordnet avtale for samhandling, samt fire tjenesteavtaler (1, 3, 5 og 11). Avtalene trådte i kraft fra februar 2012.

I foreliggende sak legges resterende tjenesteavtaler fram for styret. Dette gjelder følgende tjenesteavtaler:

- Tjenesteavtale 2:

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

- Tjenesteavtale 4:

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

- Tjenesteavtale 6:

"Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring"

- Tjenesteavtale 7:

"Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid"

- Tjenesteavtale 8:

"Samarbeid om jordmortjenester"

- Tjenesteavtale 9:

"Samarbeid om IKT-løsninger lokalt"

- Tjenesteavtale 10:

"Samarbeid om forebygging"

- Tjenesteavtale 12:

"Samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid"

Avtalene er framforhandlet av partssammensatte forhandlingsutvalg for Helse Nord-Trøndelag og kommunene. Relevant fagpersonell har gitt innspill knyttet til den enkelte tjenesteavtale.

Helse Nord-Trøndelag og kommunene legger med dette fram åtte omforente avtaleforslag til behandling i styrer, råd og utvalg.

Ikrafttredelse

Avtalene i denne styresaken skal behandles i Helse Nord-Trøndelags styre og i den enkelte kommune som Helse Nord-Trøndelag samhandler med. Det forutsettes vedtak i alle instanser innen utløpet av juni. Avtalene trer i kraft fra 01.07 2012.

Konklusjon

Administrerende direktør anbefaler at styret i Helse Nord-Trøndelag godkjenner framlagte avtaleforslag, under forutsetning av godkjenning av avtalene hos avtalemotpartene.

Særavtale

Værnesregionen DMS

mellom

Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)

og

Stjørdal kommune (Vertskommune)

Gjeldende fra 1. juni 2012

Innhold

1. Parter	3
2. Bakgrunn	3
3. Formål	3
4. Virkeområde	3
5. Organisering av interkommunalt samarbeid.	4
6. Vertskommunens plikter	4
7. HNTs plikter	6
8. Utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til Værnesregionen DMS.....	6
9. Koordineringsansvar	7
10. Finansiering	7
11. Rapportering.....	7
12. Endrede forutsetninger	8
13. Kontaktutvalg.....	8
14. Tvister	8
15. Kontaktpersoner	9
16. Evaluering, Ikrafttredelse og varighet	9
17. Mislighold	9
18. Oppsigelse.....	9
19. Vedlegg	10
20. Underskrift	10

1. Parter

Stjørdal kommune (vertskommunen) – organisasjonsnummer 939958851
og
Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) – organisasjonsnummer 983 974 791

2. Bakgrunn

Denne særavtalen er en videreføring av tidligere avtale om DMS Stjørdal mellom Stjørdal kommune og HNT av 11.12.2006. Kommunene Meråker og Stjørdal i Nord-Trøndelag fylke og kommunene Selbu og Tydal i Sør-Trøndelag fylke, er sammen med Helse Nord-Trøndelag HF, St Olavs Hospital HF og Helse Midt-Norge RHF, enig om å gå inn i en 5-årig særavtale om det interkommunale samarbeidet Værnesregionen DMS.

I det interkommunale samarbeidet om Værnesregionen DMS er Stjørdal kommune vertskommune for kommunene Meråker, Selbu og Tydal. Se også avtalens punkt 5.

Særavtalen regulerer ikke det interne forholdet mellom deltakerkommunene i Værnesregionen DMS. Dette forholdet er HNT uvedkommende.

Helse Nord-Trøndelag HF representerer i denne avtalen også Helse Midt-Norge RHF og St Olavs Hospital HF i forhold til alle fire deltakerkommunene.

Særavtalen regulerer ikke det interne forholdet mellom Helse Nord-Trøndelag, Helse Midt-Norge og St. Olavs Hospital.

3. Formål

Formålet med avtalen er:

- at Værnesregionen DMS skal være en effektiv og nyskapende interkommunalt drevet helseenhet
- å videreutvikle en helhetlig og forbedret behandlingskjede for pasienter som utskrives tidligere fra spesialisthelsetjenesten, til videre etterbehandling ved Værnesregionen DMS.
- å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- å oppnå bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, vertskommunen og samfunnet for øvrig.

4. Virkeområde

Denne særavtalen regulerer partenes rettigheter og plikter i samarbeidet om finansiering, innhold og utvikling av Værnesregionen DMS. Denne særavtalen skal ses i sammenheng med de øvrige avtalene som regulerer samarbeidet mellom HNT og vertskommunen, og mellom HNT og de øvrige deltakerkommunene; herunder avtalene;

- Samarbeidsavtale og tilhørende tjenesteavtaler mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Værnesregionen ved kommunene Selbu, Stjørdal, Meråker og Tydal
- Overordnet samarbeidsavtale og tilhørende tjenesteavtaler/retningslinjer mellom St. Olavs Hospital HF og Værnesregionen ved kommunene Selbu, Stjørdal, Meråker og Tydal
- Husleieavtale mellom vertskommunen og HNT.
- Avtale(r) om innleie av personell fra vertskommunen til HNT
- Avtale om røntgenutstyr og mellom vertskommunen og HNT
- Særavtale om kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud mellom HNT og hver enkelt deltakerkommune

Særavtalen regulerer bruken av 16 senger i den intermediære sengeposten ved Værnesregionen DMS, hvorav 4 senger er øremerket til kommunal øyeblikkelig hjelp og 12 senger (spleiselagssenger) er øremerket til pasienter som etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten har behov for videreføring av påbegynt behandling-/etterbehandling-/rehabilitering. (Etterbehandlingspasientene er utskrevet fra spesialisthelsetjenesten til VR DMS tidligere enn hva som er normen for utskrivningsklare pasienter til kommune med samme diagnose og pasientforløp).

Kommunale korttidssenger er ikke omfattet av denne særavtalen.

Særavtalen gjelder pasienter bosatt i deltakerkommunene som har behov for videre behandling-/etterbehandling-/rehabilitering og som utskrives fra spesialisthelsetjenesten. Retten til å skrive ut pasienter til de 12 etterbehandlingssengene (spleiselagssengene) i den intermediære sengeposten ved Værnesregionen DMS er forbeholdt spesialisthelsetjenesten.

5. Organisering av interkommunalt samarbeid.

Værnesregionen DMS er organisert etter kommunelovens § 28 c med felles folkevalgt nemnd. Stjørdal kommune er vertskommune for kommunene Meråker, Selbu og Tydal. HNT er kjent med vertskommuneavtalen, og den myndighet/kompetanse som er lagt til den felles folkevalgte nemnda.

6. Vertskommunens plikter

6.1 Vertskommunen stiller til disposisjon lokalene i DMS-bygget gnr 102 bnr 10 i Stjørdal kommune som har besøksadresse Breidablikkveien 1, 7500 Stjørdal.

6.2 Vertskommunen driver den intermediære sengeposten i lokalene i DMS-bygget.

6.3 Det skal være minst 16 senger i den intermediære sengeposten ved Værnesregionen DMS, hvorav 4 senger er øremerket til kommunal øyeblikkelig hjelp og 12 senger (spleiselagssenger) er øremerket til pasienter som er utskrivningsklar til DMS. Det er behov for stor grad av fleksibilitet og sengekapasiteten må utnyttes best mulig uavhengig av hva som er avtalt dimensjonering for den enkelte pasientkategori. Disponering av senger til kommunal øyeblikkelig hjelp skal ha 1. prioritet.

- 6.4 Dersom Værnesregionen DMS ved vertskommunen ikke kan ta i mot en pasient fra spesialisthelsetjenesten for etterbehandling i etterbehandlingsseng (spleislagsseng) i den intermediære sengeposten, skal Værnesregionen DMS ved vertskommunen omgående begrunne hvorfor det ikke er mulig. Dersom årsaken er at det ligger utskrivningsklar pasient i etterbehandlingsseng (spleislagsseng), vil vertskommunen bli fakturert for kr 4000,- pr døgn frem til utskrivningsklar pasient fra spesialisthelsetjenesten blir tatt i mot ved den intermediære sengeposten i Værnesregionen DMS.
- 6.5 Vertskommunen leier ut lokaler til HNT i DMS-bygget gnr 102 bnr 10 i Stjørdal kommune som har besøksadresse Breidablikkveien 1, 7500 Stjørdal, til spesialistpoliklinikkvirksomhet og dialyseenhet. Se nærmere beskrivelse i husleieavtale mellom vertskommunen og HNT.
- 6.6 Vertskommunen har ansvaret for daglig drift, ledelse og koordinering av intermediær sengepost og annen kommunal virksomhet ved Værnesregionen DMS.
- 6.7 Vertskommunen har medisinsk faglig systemansvar i henhold til helse- og omsorgstjenestelovens bestemmelser når det gjelder ansvar for drift og pasientbehandling ved den intermediære sengeposten og annen kommunal virksomhet ved Værnesregionen DMS.

Vertskommunen har arbeidsgiveransvar og inngår og avvikler arbeidsavtaler med leger og annet helsepersonell og personell som tjenestegjør i den intermediære sengeposten og annen kommunal virksomhet ved Værnesregionen DMS. Bemanning og kompetanse herunder legedekning skal være forsvarlig.

HNT har inngått arbeidsavtaler med enkelte leger som leies ut til vertskommunen for å tjenestegjøre i den intermediære sengeposten. Inntil disse arbeidsavtalene blir avsluttet, forvalter HNT det formelle arbeidsgiveransvaret for disse legene. Vertskommunen har instruksjonsmyndigheten over disse legene og systemansvaret for tjenesten som disse legene utfører i den intermediære sengeposten ved Værnesregionen DMS.

Etter inngåelse av denne særavtalen skal vertskommunen rekruttere og inngå alle arbeidsavtaler med leger som skal tjenestegjøre i den intermediære sengeposten.

Helse Nord - Trøndelag bidrar så langt det er mulig å bidra i rekrutteringen av leger til Værnesregionen DMS

- 6.8 Vertskommunen plikter i samarbeid med HNT å utrede opprettelsen av tilbud om kommunal øyeblikkelig hjelp (døgnplasser), med planlagt oppstart senest innen utgangen av 2012. Vertskommunen har ansvar for å ta initiativ til evaluering av samarbeidet.

7. HNTs plikter

- 7.1 HNT etablerer og driver spesialistpoliklinikker i Værnesregionen DMS. I tillegg drives dialyseenhet. HNT tar forbehold om pasientgrunnlag og tilgjengelige ressurser hva gjelder omfanget av tilbud i avtaleperioden.
- 7.2 HNT har ansvar etter spesialisthelsetjenesteloven for virksomheten i spesialistpoliklinikkene og dialyseenheten.
- 7.3 HNT har opplærings- og veiledningsansvar overfor vertskommunen etter spesialisthelsetjenesteloven.
- 7.4 HNT har det medisinske faglige ansvaret for leger, legespesialister og annet helsepersonell som skal tjenestegjøre i spesialistpoliklinikkene inkl. dialyse. Selve bemanningen kan være helt eller delvis dekket gjennom innleie av helsepersonell som formelt er ansatt i Stjørdal kommune.
- 7.5 HNT skal medvirke til at utvikling av elektronisk meldingsutveksling blir intensivert.
- 7.6 HNT skal legge til rette for at det fortsatt skjer forskningsaktivitet innenfor Værnesregionen DMS.
- 7.7 HNT forplikter seg til å samarbeide med vertskommunen om å etablere døgnplasser for kommunal øyeblikkelig hjelp (innen utgangen av 2012)

8. Utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til Værnesregionen DMS

Pasienter kan skrives ut tidligere fra spesialisthelsetjenesten til den intermediære sengeposten ved Værnesregionen DMS enn ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til tradisjonelle kommunale tjenester. Dette begrunnes ut fra en høyere kompetanse og kompetansesammensetning inkl. legedekning i den intermediære sengeposten ved Værnesregionen DMS enn det som er vanlig i forhold til tradisjonelle kommunale tjenester.

En pasient er utskrivningsklar når lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. En individuell helsefaglig vurdering skal ligge til grunn, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a) Problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert i henvisningen, skal være avklart.
- b) Øvrige problemstillinger som har fremkommet, skal være avklart
- c) Dersom enkelte spørsmål ikke avklares, skal dette redegjøres for
- d) Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r),
- e) Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.
- f) Videre plan for oppfølging av pasienten i den intermediære sengeposten ved Værnesregionen DMS.

9. Koordineringsansvar

Leder ved Værnesregionen DMS har et koordineringsansvar for spesialisthelsetjenesten som HNT driver i leide lokaler ved Værnesregionen DMS. Koordineringsansvaret innebærer også ivaretagelse av HNTs rettigheter og plikter i henhold til avtalen. Leder ved Værnesregionen DMS skal sørge for at begge avtaleparters målsettinger blir ivaretatt i henhold til avtalen, jf punkt 2.

10. Finansiering

HNT skal bidra med 2/3 av budsjetterte utgifter til driften av avtalt antall etterbehandlingssenger(spleiselagssenger) i den intermediære sengeposten ved Værnesregionen DMS. Utstyr som vertskommunen disponerer og som er funksjonelt og brukbart skal benyttes i Værnesregionen DMS. HNT mottar refusjon fra Helse Midt-Norge RHF på 50 % av sin budsjetterte finansiering i avtaleperioden.

Når det gjelder tilbud om kommunal øyeblikkelig hjelp som skal etableres ved Værnesregionen DMS, så vises det til egen særavtale.

Arealet i sengeposten som benyttes til avtalt antall etterbehandlingssenger (spleiselagssenger) er på 1044 m², og husleiekostnadene (hvor m² prisen er avtalt i husleieavtalen) til dette konkrete arealet inngår i HNTs bidrag til finansieringen av budsjetterte utgifter ved sengeposten ved Værnesregionen DMS.

For øvrig anskaffer og finansierer vertskommunen utstyr til sitt ansvarsområde i Værnesregionen DMS. HNT anskaffer og finansierer utstyr til sitt ansvarsområde i Værnesregionen DMS.

Værnesregionen DMS benytter de samme innkjøpsavtalene som HNT har i forhold til medisinteknisk utstyr, medikamenter, forbruksmaterialer samt service (MTA).

HNT og vertskommunen utarbeider i fellesskap tydelige rutiner for bestilling og utgiftsdekning, slik at unødig omfakturering mellom partene unngås.

HNT og vertskommunen skal inngå ny avtale om røntgenlaboratorium mellom partene. Ny avtale avløser någjeldende avtale fra det tidspunkt avtalen går ut.

Finansieringsbidragene fra HNT utbetales fra HNT i månedlige rater den 1ste i hver måned.

11. Rapportering

Det skal utarbeides kvartalsvise rapporter som skal danne grunnlag for evalueringen av samarbeidet mellom vertskommunen og HNT. Rapportene skal også danne grunnlag for rapportering til administrativt og politisk nivå i vertskommunen og tilsvarende til administrerende direktør og styret i HNT.

Rapporten skal inneholde følgende:

HNT skal utarbeide følgende statistikk:

- Antall pasienter som ligger i HNTs sykehus etter at de er utskrivningsklare.
- Antall liggedøgn for pasienter som utskrives til intermediær sengepost i Værnesregionen DMS.
- Antall liggedøgn for pasienter som utskrives til andre tjenesteytere i kommunehelsetjenesten i Nord-Trøndelag.
- Antall pasienter behandlet i dialyseenheten og spesialistpoliklinikkene.
- Gjennomsnittlig liggetid i Værnesregionen DMS sammenliknet med gjennomsnittlig liggetid i sykehuspost.
- Re - innleggelser etter opphold på Værnesregionen DMS.

Vertskommunen skal utarbeide oversikt over:

- Liggedøgn ved Værnesregionen DMS.
- Liggedøgn utskrivningsklare pasienter, fra DMS til kommuner.
- Liggedøgn ved Værnesregionen DMS fra andre helseforetak.
- Hvilket tjenestetilbud som pasientene ved DMS Værnesregionen skrives ut til.
- Re - innleggelser til HNTs sykehus i løpet av oppholdsperioden ved Værnesregionen DMS.
- Beskrivelse av diagnoser og pasientantall.
- Personellbruk, ressursbruk og utviklingstrekk.

Ansvar for å samle inn opplysninger og statistikk i forbindelse med driften av intermediær sengepost og andre kommunale tjenester i Værnesregionen DMS tilligger daglig leder ved Værnesregionen DMS.

12. Endrede forutsetninger

Ny lovgivning, forskrifter, eller andre sentrale føringer eller forhold av betydning for drift og finansiering av tilbudene ved Værnesregionen DMS går ved motstrid foran denne avtalen.

13. Kontaktutvalg

Det etableres et kontaktutvalg med administrative representanter fra vertskommunen, HNT, St Olavs Hospital HF og Helse Midt-Norge RHF. Kontaktutvalget skal ha en hensiktsmessig størrelse. Ledelsen av kontaktutvalget skal gå på omgang mellom vertskommunen og HNT. Vertskommunen skal inneha sekretæriatsfunksjonen. Kontaktutvalget har ikke beslutningsmyndighet, men uttalerett i spørsmål som angår sentrale områder vedrørende driften av intermediær sengepost på systemnivå, herunder fastsettelse av budsjett. Kontaktutvalget organiserer for øvrig selv sitt arbeid. Mandat for kontaktutvalget utarbeides og godkjennes av partene.

14. Tvister

Dersom det oppstår tvist mellom partene om tolkningen eller rettsvirkningen av denne avtalen skal tvisten først søkes løst ved forhandlinger. Fører forhandlingene ikke frem innen 2 måneder, kan hver av partene forlange tvisten avgjort med endelig virkning ved de ordinære domstoler. Partene kan alternativt avtale at tvisten blir avgjort med endelig virkning ved voldgift i Norge. Hver av partene oppnevner en voldgiftsmann. Formannen skal være jurist, og oppnevnes av lagmannen i Frostating Lagmannsrett. For øvrig gjelder bestemmelsene i lov 14.5.2004 nr 25 om voldgift.

Som vernetting vedtas Inntrøndelag Tingsrett.

15. Kontaktpersoner

Partenes kontaktpersoner ved spørsmål omkring samarbeidet og avtalens bestemmelser er:

Vertskommunen: Enhetsleder for Værnesregionen DMS

HNT: Klinikleder medisinsk klinikk Sykehuset Levanger.

16. Evaluering, Ikraftttredelse og varighet

Denne særavtalen gjelder fra signering og utløper den 31.12.2017.

Evaluering av samarbeidet i 2013 skal være sluttført innen 31.12.2013. Deretter skal samarbeidet evalueres en gang hvert år. Vertskommunen har ansvar for å ta initiativ til evaluering av samarbeidet.

Antallet etterbehandlingssenger (spleiselagssenger i den intermediære sengeposten) evalueres innen 1.september 2013.(HNT sin oppfatning pr mai 2012 er at 10 etterbehandlingssenger er tilstrekkelig hensyntatt kriteriegrunnlaget. HNT aksepterer i avtalen 12 etterbehandlingssenger fram til gjennomført evaluering).

Evalueringen baseres på erfaringer fra denne avtalens første driftsår ut fra kriteriene befolkningsgrunnlag, beleggsprosent, forbruksrate, liggetid, antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter, finansieringselementer i samhandlingsreformen og bruk av personell til dagbehandling.

Vertskommunen har ansvaret for å igangsette evalueringsprosessen.

17. Mislighold

Begge parter kan si opp avtalen med 30 dagers varsel dersom det foreligger mislighold fra den annen parts side. Oppsigelsen skal skje skriftlig. Ingen av partene kan kreve erstatning for tap som følge av oppsigelse av denne kontrakten. Den parten som har misligholdt kontrakten er likevel ansvarlig for den annen parts utgifter, slik at oppdraget kan få en rimelig avslutning i forhold til lov- og avtaleforpliktelser som foreligger på en eller begge parters hånd.

18. Oppsigelse

Dersom deltagerne er enige om det kan samarbeidet oppløses med øyeblikkelig virkning.

Den enkelte avtalepart kan med 2 års skriftlig varsel si opp sitt deltakerforhold i denne avtalen.

Ved uttreden eller oppløsning vil den enkelte avtalepart selv overta ansvaret for de oppgaver som omfattes av samarbeidsordningen.

19. Vedlegg

- Utskrivningskriterier fra Sykehuset Levanger til Værnesregionen DMS
- Utskrivningskriterier fra Værnesregionen DMS til kommunene.

20. Underskrift

Avtalen er utferdiget i 2 eksemplarer hvorav partene beholder hvert sitt.

Dato.....

.....
For Helse Nord-Trøndelag HF

.....
For Stjørdal kommune

Husleieavtale

Værnesregionen DMS

mellom

Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)

og

Stjørdal kommune (Vertskommune)

Gjeldende fra 1. juni 2012

HNTs initialer

Vertskommunens initialer

Innhold

1. Parter	3
2. Leieobjekt.....	3
3. Leieformål	3
4. Husleie.....	4
5. Innflytting, bruk og vedlikehold av lokalene	4
6. Skilt	5
7. Forsikring og brann	5
8. Fraflytting.....	5
9. Tinglysing.....	5
10. Pantsettelse	5
11. Husleieloven.....	5
12. Tvister.....	5
13. Kontaktpersoner	6
14. Avtalens varighet.....	6
15. Mislighold/avtalebrudd	6
16. Underskrift	7

1. Parter

Stjørdal kommune (kommunen) – organisasjonsnummer 939 958 851

og

Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) – organisasjonsnummer 983 974 791

2. Leieobjekt

Leie av nærmere definerte lokaler i gamle Stjørdal sykeheim, gnr 102 bnr 10, som har besøksadresse: Breidablikkveien 1, Stjørdal.

Det vises til partenes hovedavtale vedrørende etablering og drift av Værnesregionen DMS.

Denne avtalen legger også styrende føringer for hvilke prinsipper som legges til grunn for beregning av husleie i den intermediære sengeposten.

Leieobjektet ligger i både 1ste og 2dre etasje

3. Leieformål

Lokalene som HNT leier skal brukes til kontorer/behandlingsrom for HNTs poliklinikker og dialyseenhet, og omfatter følgende arealer:

3.1 Poliklinikker og dialyseenhet

Plan	Rom betegnelse	Areal m2
Sokkel	IT rom	9,4
Plan 1	Ekspedisjon	21,4
Plan 1	Poliklinikk	66,0
Plan 1	Røntgen	36,1
Plan 1	Skyllerom (rent + urent)	29,6
Plan 1	Vannrenseanlegg	12,2
Plan 2	Lager	42,3
Plan 2	Dialyse	86,4
Plan 2	Dagbehandlingsrom	20
Sokkel	Andel Fellesareal	48,5
Plan 1	Andel Fellesareal	105,9
Plan 2	Andel Fellesareal	0
Sum areal inkl fellesareal		477,8

3.2 Intermediær sengepost – areal for spleiselagssenger

Arealet som brukes til det avtalte antallet etterbehandlingssenger (spleiselagssenger) i den intermediære sengeposten er på 1044 m2 (pt ved 12 etterbehandlingssenger) og inngår ikke i denne leieavtalen. Arealet er derfor ikke med i tabellen.

HNTs initialer

Vertskommunens initialer

Husleiekostnadene til arealet som brukes til etterbehandlingssenger (spleiselagssenger) inngår i HNTs bidrag til finansieringen av budsjetterte utgifter ved denne virksomheten.

HNT tar forbehold om pasientgrunnlag og tilgjengelig ressurser hva gjelder omfanget av poliklinisk tilbud og dialyse i leieperioden.

Adkomst til leieobjektet skjer via trapp og heis.

4. Husleie

Leien er fastlagt til kr 764480 pr. år. Kvadratmeterpris er kr 1600,-. Arealet utgjør 477,8 m² og er i overensstemmelse med arealangivelsen under punkt 3.1.

Kvadratmeterpris for arealer som er tatt i bruk er kr. 1.600,- pr. m² pr år i perioden 01.03.12 - 31.12.17. For arealer som ikke er i bruk er kvadratmeterprisen kr. 1.000,- pr. m² pr år.

Husleien inkluderer alle typer fellesutgifter som for eksempel elde og slitasje, renhold, vaktmestertjenester, strøm, oppvarming, offentlige utgifter og gebyrer, vedlikehold av utearealer som snørydding, strøing m.m.

Dersom offentlige myndigheter i perioden skulle forby leieregulering, skal kommunen straks forbudet er opphevet, kunne regulere leien opp til det nivå leien ville hatt ved normal leieregulering etter denne kontrakt.

Leien betales forskuddsvis den 1. i hver måned.

Ved forsinket betaling av leie eller avtalte tilleggsytelser belastes lovens til enhver tid gjeldende forsinkelsesrenter tillagt 3 % p.a. Leien reguleres 01.10. hvert år med 60 % av SSBs konsumprisindeks. Første gangs regulering 1.3.2013, deretter årlig.

5. Innflytting, bruk og vedlikehold av lokalene

Kommunen forplikter seg til å stille utleieobjektet til disposisjon i henhold til avtale.

Øvrige innredning, utstyr- og installasjoner for HNTs spesialistpoliklinikker skal utføres og bekostes av HNT. (Kommunal etablering og drift av konvensjonelt røntgenlaboratorium reguleres gjennom egen særskilt avtale mellom partene).

Kommunen overleverer arealet i lov- og forskriftsmessig stand. Kommunen har ansvaret for å følge opp eventuelle endringer i lov- og forskriftskrav og pålegg fra tilsynsmyndigheter uten at det innebærer kostnadsmessige uttelling for HNT.

HNT må skriftlig gi tilbakemelding om mulige skader og mangler.

Kommunen er berettiget til å foreta alle arbeider som måtte være nødvendig for eiendommens forsvarlige vedlikehold og likeledes å foreta ethvert forandringsarbeid så vel i som utenfor de leide lokaler i den utstrekning det anses nødvendig. Leietaker informeres i god tid før oppstart av vedlikeholdsarbeid.

Utvendig og innvendig vedlikehold ivaretas og bekostes av kommunen som en del av husleien.

6. Skilt

Skilter bekostes av HNT og blir HNTs permanente eiendom. HNTs originalsilt kan brukes, dog skal permanente fasadeskilters utforming og fargesetning godkjennes av kommunen før oppsetting. Skilting skal være iht offentlig godkjent skiltplan.

7. Forsikring og brann

Kommunen forplikter seg til å holde eiendommen fullverdiforsikret. HNT må selv tegne forsikring for eget utstyr, innbo og løsøre.

Blir de leide lokaler ødelagt ved brann eller annen hendelig begivenhet, faller leieavtalen bort, likegyldig om dette skjer før eller etter HNTs overtagelse av leieobjektet.

8. Fraflytting

Ved fraflytting skal HNT levere lokalene tilbake til utleier i tilnærmet samme stand som ved etablering av leieforholdet. Lokalene skal være ryddiggjort og rengjort med hele vindusruter. Leietaker og utleier anser det som påregnelig med både elde og slitasje av lokalene i tråd med bruk og det tidsrommet lokalene er leiet.

Hvor annet ikke er avtalt i forbindelse med HNTs innredningsarbeider, skal delevegger, lysarmaturer, ledninger og lignende ikke fjernes ved fraflytting, men tilfalle kommunen etter nærmere avtale.

9. Tinglysing

HNT har rett til å tinglyse leiekontrakten. Leiekontrakten skal til enhver tid, uten særskilt påtegning, ha prioritet etter de pengeheftelser som kommunen har påheftet eller måtte påhefte eiendommen. Tinglysningsgebyr betales av HNT.

10. Pantsettelse

HNT har rett til å pantsette leiekontrakten med kommunens forutgående skriftlige godkjenning. Såfremt leieretten blir pantsatt etter denne kontrakt, skal panthaveren ha rett til og tre inn i leieforholdet på kontraktens betingelser dersom HNT misligholder sine forpliktelser overfor ham. Kommunen forbeholder seg dog retten til å godkjenne den nye leietaker. Slik godkjenning kan kommunen ikke nekte uten saklig grunn.

11. Husleieloven

Husleieloven gjelder i sin helhet.

HNT betaler ikke depositum, da eier av helseforetak i henhold til helseforetaksloven § 7 første ledd hefter ubegrenset for foretakets forpliktelser.

12. Tvister

Dersom det oppstår tvist mellom partene om tolkingen eller rettsvirkningen av denne avtalen, skal tvisten først søkes løst ved forhandlinger. Fører forhandlinger ikke frem innen 2 måneder, kan hver av partene forlange tvisten avgjort med endelig virkning ved norske domstoler.

HNTs initialer

Vertskommunens initialer

Partene kan alternativt avtale at tvisten blir avgjort med endelig virkning ved voldgift i Norge. Hver av partene oppnevner en voldgiftsmann. Formannen skal være jurist, og oppnevnes av Lagmannen i Frostating Lagmannsrett. Forøvrig gjelder bestemmelsene i lov 14.05.2004 nr 25 om voldgift.

Som verneting vedtas Inntrøndelag tingrett.

13. Kontaktpersoner

Partenes kontaktpersoner ved spørsmål omkring samarbeidet og avtalens bestemmelser er:

Kommunen: Enhetsleder Værnesregionen DMS

HNT: Klinikkleder medisinsk klinikk Sykehuset Levanger

14. Avtalens varighet

Avtalen gjelder fra signering og utløper uten oppsigelse den 31.12.2017.

HNT har en opsjon på en forlengelse av avtalen på tilnærmet samme vilkår i nye 4 x 5 år, 1. gang fra og med den 01. 01. 2018.

Avtalen evalueres første gang innen 01.09.2013 og deretter en gang hvert år. Vertskommunen har ansvaret for å igangsette evalueringsprosessen.

15. Mislighold/avtalebrudd

Det foreligger mislighold dersom en av partene ikke leverer ytelser i henhold til avtalen.

Begge parter har rett til å si opp avtalen med 30 dagers varsel dersom det foreligger mislighold fra den annen parts side. Oppsigelsen skal skje skriftlig.

HNT godtar at utkasting (tvangsfravikelse) kan kreves hvis husleien ikke blir betalt innen 14 dager etter at skriftlig varsel etter tvangsfullbyrdsloven § 4-18 er sendt på eller etter forfallsdag, jf samme lov § 13-2 tredje ledd (a). Det skal i varselet informeres om at utkasting vil bli krevd dersom kravet ikke blir oppfylt og at utkasting kan unngås dersom leien med renter og kostnader blir betalt før utkasting gjennomføres. Leietaker godtar at utkasting kan kreves når leietiden er løpt ut, jf tvangsfullbyrdsloven § 13-2 tredje ledd (b).

Ved utkasting eller flytting etter krav fra kommunen på grunn av mislighold, plikter HNT å betale leie for den tid som måtte være igjen av leietiden, med fradrag av det kommunen måtte få inn ved ny utleie. HNT må også betale de omkostninger som utkastelse, søksmål og rydding/ rengjøring av lokalene fører med seg, samt utgifter til ny utleie. I tilfelle av fraflytting pga. mislighold, får § 15 tilsvarende anvendelse.

Ingen av partene kan kreve erstatning for tap som følge av oppsigelse av denne kontrakten. Den parten som har misligholdt kontrakten er likevel ansvarlig for den andre partens utgifter, slik at oppdraget kan få en rimelig avslutning i forhold til lov- og avtaleforpliktelser som foreligger på en eller begge parter hånd.

HNTs initialer

Vertskommunens initialer

16. Underskrift

Denne kontrakt er utferdiget i 2 - to - eksemplarer, ett for hver av partene.

Stjørdal 1.... 2012

Stjørdal 1. 2012

.....
for
Helse Nord-Trøndelag HF

.....
for
Stjørdal kommune

HNTs initialer

Vertskommunens initialer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

**Sak 23/2012 Godkjenning av særavtale Værnesregionen DMS mellom
Helse Nord-Trøndelag og Stjørdal kommune**

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret i Helse Nord-Trøndelag HF	13.06.12	23/2012

Saksbeh: Paul Georg Skogen

Arkivkode: 012

Saksmappe: /2012

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord- Trøndelag HF godkjenner fremlagt avtale vedrørende Værnesregionen DMS mellom Helse Nord- Trøndelag HF og Stjørdal kommune som vertskommune.

SAKSUTREDNING:

Sak 23/2012

**Godkjenning av særavtale Værnesregionen DMS mellom
Helse Nord-Trøndelag og Stjørdal kommune**

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1: Særavtale Værnesregionen DMS og Helse Nord- Trøndelag HF

2: Husleieavtale Værnesregionen DMS

BAKGRUNN

I avtalens punkt 2 står følgende:

"Denne særavtalen er en videreføring av tidligere avtale om DMS Stjørdal mellom Stjørdal kommune og HNT av 11.12.2006. Kommunene Meråker og Stjørdal i Nord-Trøndelag fylke og kommunene Selbu og Tydal i Sør-Trøndelag fylke, er sammen med Helse Nord-Trøndelag HF, St Olavs Hospital HF og Helse Midt-Norge RHF, enig om å gå inn i en 5-årig særavtale om det interkommunale samarbeidet Værnesregionen DMS."

Værnesregionen DMS har siden oppstart vært et nært samarbeidsprosjekt mellom Stjørdal kommune som vertskommune for Værnesregionkommunene (Stjørdal, Meråker, Selbu og Tydal kommuner) og Helse Nord- Trøndelag HF og Helse Midt- Norge RHF. Det har vært stor interesse både lokalt, regionalt og nasjonalt for løsningen som her er valgt for drift av DMS.

Med bakgrunn i tidligere avtale med tidsbegrensning 1.3.2012 og innføring av Samhandlingsreformen med tilhørende avtaler mellom kommunene og helseforetaket i 2012, var det behov for gjennomgang av avtalen og utarbeiding av ny avtale. Forhandlingene har foregått i perioden januar- mai 2012.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Værnesregionen DMS er et spleiseprojekt der kommunene og helseforetaket i fellesskap har dekket utgiftene og drevet behandling av pasienter som har kunnet utskrives tidligere fra sykehuset på grunn av kompetansen på DMS. Værnesregionen sine kommuner bidrar med 1/3 medfinansiering, HNT HF bidrar med 1/3 og i ny avtale er også St Olavs Hospital inkludert i finansieringsordningen. HMN RHF dekker 50 % av utgiftene til HNT HF og St Olavs Hospital.

Avtalen med Værnesregionen DMS er tredelt. Hovedavtalen er en særavtale mellom Stjørdal kommune som vertskommune og HNT HF som representant for spesialisthelsetjenesten (HMN RHF, St Olavs Hospital, HNT HF). I tillegg er det med bakgrunn i denne, utarbeidet Husleieavtale og det foreligger fra tidligere en gjeldende avtale om røntgenutstyr.

Særavtalen avklarer sengetallet i DMS. Her er beregninger fra Helsedepartementet og HMN RHF og erfaringene en har hatt så langt fra driften, brukt som grunnlag. Behovene ved at St Olavs Hospital og Tydal og Selbu kommuner skal inn i bruken av DMS har også blitt tatt hensyn til. Avtalen som er fremforhandlet gir 12 spleiselagssenger (senger for viderebehandling) og et krav til DMS om å opprette 4 senger for kommunal øyeblikkelig hjelp.

Sengetallet for etterbehandlingssenger skal evalueres før 1.9.2013. Evalueringen baseres på erfaringer fra denne avtalens første driftsår ut fra kriteriene befolkningsgrunnlag, beleggsprosent, forbruksrate, liggetid, antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter, finansieringselementer i samhandlingsreformen og bruk av personell til dagbehandling.

HNT HF har til nå hatt ansvar for legestillingene gjennom veilednings- og opplæringsansvar og godkjenning av tjeneste. Overføring av ansvar til kommunene for disse stillingene har vært en sentral del av forhandlingene, for å klargjøre ansvarsforholdene mot lovverk og avtaler. Avtalen er ved underskriving gyldig til 31.12.2017.

Samtidig med avtalen med Værnesregionen DMS, gjennomføres reforhandling av avtalen med Inntrøndelag DMS, Steinkjer, med INVEST- kommunene. Det vil bli tilstrebet like avtaler med begge DMS'ene.

HELHETLIG DRØFTING

Værnesregionen DMS er viktig samarbeidsarena for HNT HF opp mot kommunene i Værnesregionen og mot St Olavs Hospital. Et velfungerende Værnesregionen DMS med tilhørende spesialistpoliklinikk, gir HNT HF mulighet til å møte de økende behovene i Værnesregionen og gi et godt spesialisthelsetjenestetilbud og tilknytning til HNT HF for regionens befolkning. Strategisk er Værnesregionen DMS en viktig satsning for HNT HF.

HMN RHF har gitt klare føringer for å skape gode, fleksible DMS- løsninger til det beste for pasientene i Nord- Trøndelag. Dette har vært viktige føringer ved vurdering av sengetall for spleiselagssenger/ viderebehandlingssenger og senger til kommunal øyeblikkelig hjelp.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Forhandlingene har gitt en løsning der St Olavs Hospital dekker sin del av utgiftene for pasientene de skriver ut til DMS for kommunene Tydal og Selbu. HMN RHF dekker 50 % av utgiftene til St Olavs Hospital og HNT HF.

HNT HF har i budsjett 2012 lagt inn innsparing på 5 mill NKR for DMS- ene. Slik forhandlingsutvalget vurderer det, vil innsparingen ligge på 0,5- 1 mill NKR for Værnesregionen DMS. Evalueringen før 1.9.2013 vil avklare det videre sengetallet og med det HNT HF sitt økonomiske bidrag i Værnesregionen DMS. Endelig avklaring av budsjettmessige forhold, vil ikke kunne vurderes nærmere før forhandlingene med Inntrøndelag DMS er avsluttet. For kommunal øyeblikkelig hjelp- ordningen, gjelder annen finansieringsordning enn for DMS spleiselagssenger/viderebehandlingssenger.

Levanger, 01.06.12

Arne Flaot
Adm. dir.
(sign.)

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 31.05.12 kl. 10.00 – 14.00
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer
Saksnr.: 14/2012 - 19/2012
Arkivsaksnr: 2012/1084

Møteleder: Hege Sørle

Møtende medlemmer:

Hege Sørle
Håkon Kolstrøm
Gudrun Fossem
Jacob Br. Almlid (fratrådte kl. 11.50)
Ragnhild Holmberg Aunsmo
Paul Georg Skogen (tiltrådte kl. 11.00)
Hilde Ranheim
John Ivar Toft
Kari Bratland Totsås
Øystein Sende
Inge Falstad

Forfall:

Arne Flaatt

Møtende repr. med møte og talerett:

Øystein Bjørnes, Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag
Laila Steinmo, KS
Torgeir Skevik, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
Sølvi Sæther, ansattrepresentant Helse Nord-Trøndelag

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag møtte:

Rådgiver Marit Røvik Skjerve (referent)

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Innkalling utsendt pr. e-post

Saksframlegg publisert på internettløsningen for styreadministrasjon: <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Sakspapirer/Forms/Tidligere%20r.aspx>

Presentasjonene publiseres på styreadministrasjonen:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Presentasjoner1/Forms/AllItems.aspx>

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Sak 14/2012 Godkjenning av protokoll fra møte 26.04.12****Protokoll:**

Møteleder viste til protokollen.

Vedtak:

Protokoll fra møte 26.04.12 godkjennes.

Sak 15/2012 Samhandlingsreformen – gjennomgang av forhandlingsutvalgets forslag til nye tjenesteavtaler pr. 26 mai 2012**Protokoll:**

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås orienterte om at forhandlingsutvalget har ferdigforhandlet tjenesteavtalene innen fristen og oppsummerte innholdet i avtalene, med en nærmere gjennomgang av enkelte punkter i tjenesteavtale 2, 4, 6 og 7, 8, 9, 10 og 12.

Totsås informerte også om at man er i gang med gjennomføring av dialogmøter mellom Helse Nord-Trøndelag og kommuneregionene med formål å avklare utfordringer i Samhandlingsrommet når det gjelder allerede inngåtte avtaler. En sammenfatning av dette arbeidet vil bli fremlagt i neste ASU-møte.

Administrativt samarbeidsutvalg berømmet kvaliteten på avtalene som er fremforhandlet. Avtalene vil være et godt grunnlag for det videre arbeid med samhandlingsreformen.

Administrativt samarbeidsutvalg ber om at det utarbeides en oversikt over områder som Administrativt samarbeidsutvalg skal følge opp.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar orienteringen til etterretning med følgende tillegg:
Til neste møte utarbeides en oversikt over områder som Administrativt samarbeidsutvalg skal følge opp.

Sak 16/2012 Oppnevning av program- og arrangementskomite til Samhandlingskonferansen 2013**Innstilling/tilråding:**

Administrativt samarbeidsutvalg oppnevner følgende program- og arrangementkomite:

Nancy Haugan (Helse Nord-Trøndelag) (leder)

Arne Okkenhaug (Helse Nord-Trøndelag)

John Ivar Toft (Helse Nord-Trøndelag)

Svenn Morten Iversen (Helse Nord-Trøndelag) (praksiskoordinator)

Ragnhild Holmberg Aunsmo (KS)

Eva Fiskum (KS)

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)

MØTEPROTOKOLL

Inge Falstad (KS)
Bente Eidesmo (KS)
Hilde Tyldum Stordahl (representant fra Brukerutvalget)

Sekretariat for konferansen: Marit Røvik Skjerve (Helse Nord-Trøndelag)

- Administrativt samarbeidsutvalg gir innspill til programkomiteen dersom spesiell fokus/tema ønskes satt på dagsorden
- Administrativt samarbeidsutvalg orienteres om framdrift i komiteens arbeid og godkjenner programskisse for konferansen i utvalgets neste møte 4.oktober 2012.
- Samhandlingssjefen sørger for at program/ arrangementkomiteen konstituerer seg og setter opp møteplan for arbeidet så raskt som praktisk mulig.

Protokoll:

Laila Steinmo fremmet nytt forslag fra KS: Bente Eidesmo erstattes med Ivar Kvalø
Torgeir Skevik ba om at det vurderes representasjon fra Fylkesmannen.
Leder Hege Sørli ba om innspill til tema. Forslagene behandles i neste møte.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg oppnevner følgende program- og arrangementkomite:
Nancy Haugan (Helse Nord-Trøndelag) (leder)
Arne Okkenhaug (Helse Nord-Trøndelag)
John Ivar Toft (Helse Nord-Trøndelag)
Svenn Morten Iversen (Helse Nord-Trøndelag) (praksiskoordinator)
Ragnhild Holmberg Aunsmo (KS)
Eva Fiskum (KS)
Inge Falstad (KS)
Ivar Kvalø (KS)
Hilde Tyldum Stordahl (representant fra Brukerutvalget)
Torgeir Skevik (Fylkesmannen i Nord-Trøndelag)

Sekretariat for konferansen: Marit Røvik Skjerve (Helse Nord-Trøndelag)

- Administrativt samarbeidsutvalg gir innspill til programkomiteen dersom spesiell fokus/tema ønskes satt på dagsorden
- Administrativt samarbeidsutvalg orienteres om framdrift i komiteens arbeid og godkjenner programskisse for konferansen i utvalgets møte 4. oktober 2012
- Samhandlingssjefen sørger for at program/ arrangementkomiteen konstituerer seg og setter opp møteplan for arbeidet så raskt som praktisk mulig.

Administrativt samarbeidsutvalg behandler innkomne forslag til tema på konferansen i møte 30. august.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Sak 17/2012 "Akuttplasser i sykeheim" - Informasjon om et pågående prosjekt i MNS med utprøving ved Overhalla sykeheim****Protokoll:**

Fagsjef Bente Eidesmo ved helse- og omsorg i Overhalla kommune orienterte om mål for prosjektet "Akuttplasser i sykeheim", og gikk igjennom sammensetning av arbeidsgruppe, gjennomførte tiltak, status på erfaringer og plan for videre arbeid.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar orienteringen til etterretning.

Sak 18/2012 Orienteringer**Protokoll:**

Det ble gitt følgende orienteringer:

- Torgeir Skevik orienterte om mulighet for søknad på skjønnsmidler for oppstart av prosjekt med målsetting å styrke kvalitetsarbeidet i kommunene.
Administrativt samarbeidsutvalg er positiv til etablering av et slikt prosjekt.
- Kari Bratland Totsås orienterte om at styret i Helse Nord-Trøndelag oppnevnte representanter fra styret i Helse Nord-Trøndelag til Politisk samarbeidsutvalg. Styrets vedtak i sak 18/12 ble referert:
"Alf Daniel Moen, Inger Marit Eira Åbrøn, Siv Bleikvassli og Bjørn Arild Gram oppnevnes som representanter i politisk samarbeidsutvalg fra Helse Nord-Trøndelag. Torgeir Schmidt-Melbye og Margrete Mære Husby oppnevnes som vararepresentanter. Politisk oppnevnte medlemmer i Helse Nord-Trøndelag er på valg hvert annet år. Dette kan medføre behov for suppleringsvalg for organet."
- Hege Sørli orienterte om mottatt brev fra Fosen DMS med anmodning om deltakelse i Administrativt Samarbeidsutvalg i Nord-Trøndelag.
Brevet er besvart av KS med informasjon om at søknaden vil bli vurdert i tilknytning til reforhandling av tjenesteavtalene.
- Hege Sørli orienterte om at det har gått ut skriftlig informasjon til tillitsvalgte fra forhandlingsutvalget mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene i Nord-Trøndelag om ansattrepresentasjon i Administrativt samarbeidsutvalg. Partene har i fremforhandlet Samarbeidsavtale blitt enige om to ansattrepresentanter, en fra kommunesektoren og en fra spesialisttjenesten, med møte og talerett. Eventuelle endringer i Administrativt samarbeidsutvalg sin sammensetning, begrunnet i innspill fra tillitsvalgte, vil bli vurdert i tilknytning til første revidering av samarbeidsavtalen.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)

MØTEPROTOKOLL

- Paul Georg Skogen orienterte om styrets behandling av høringsuttalelse fra Helse Nord-Trøndelag til Regional kreftplan 2012 – 2020. Laila Steinmo opplyste at KS sin uttalelse ble behandlet i Fylkestyret 30. mai.
-
- Kari Bratland Totsås orienterte om mottatt søknad om etablering av et formelt og ledernettverk i sørdelen av fylket. Planlagt aktivitet i ledernettverket videreføres. For øvrig vil videreføring og videre mandat sees i sammenheng med tjenesteavtale 6. 4.3.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar orienteringene til etterretning.

Sak 19/2012 Eventuelt

Saker til møte 30. august, meldes til arbeidsutvalget innen 13. august.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 24/2012 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	13.06.12	24/2012

Saksbeh: Trond G. Skillingstad

Arkivkode:

Saksmappe:

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 24/2012 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 31.05.12
2. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 11.06.12
3. Driftsrapport for mai 2012
4. Andre orienteringer

Driftsrapport for mai 2012 legges fram i møtet