

OVERORDNET SAMARBEIDSAVTALE

1. Parter

Avtalen er inngått mellom [] kommune og Sykehuset Østfold.

2. Bakgrunn

Partene er etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e pålagt å inngå samarbeidsavtale.

3. Formål

Formålet med denne avtalen er å sikre en tydelig og hensiktsmessig fordeling av oppgaver og ansvar mellom kommunen og Sykehuset Østfold, herunder forutsigbarhet for partenes planlegging og budsjettering av de oppgavene som hver har ansvaret for.

Avtalen skal videre sikre trygge helse- og omsorgstjenester av god kvalitet og tilrettelegge for at pasientene opplever at helsetjenestene

- a) er faglig gode
- b) er samordnede og helhetlige
- c) er preget av kontinuitet, og
- d) blir utført på en god måte på tvers av kommunegrensene og forvaltningsnivåene

4. Avtalens virkeområde

Virkeområdet for samarbeidsavtalen vil primært være de områder hvor loven pålegger partene å inngå samarbeidsavtale. Partene er gjennom lovverket tillagt hver sine kompetanse- og ansvarsområder. Områder hvor partenes ansvar overlapper hverandre og hvor det slik er behov for samordning mellom partene skal også inkluderes.

Samarbeidsavtalen har to nivåer – overordnet samarbeidsavtale og retningslinjene i punkt 6.

Partene kan velge andre områder for samarbeid ut over det som beskrives i forskrift, og i den forbindelse inngå bindende avtale formulert gjennom ny retningslinje (punkt 6). I tillegg til dette kan det inngås særavtaler mellom SØ og en eller flere kommuner. Disse skal være forenlig med intensjonene i denne avtalen.

I tilfelle uoverensstemmelse mellom overordnet samarbeidsavtale og retningslinjer, er bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale styrende.

5. Grunnleggende prinsipper for samarbeidet mellom partene

Partene er enige om at følgende prinsipper skal gjelde for samarbeidet:

- a) Tjenestene som ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven skal være forsvarlige
- b) Partene kan avtale at de utfører oppgaver for hverandre. Ansvaret den enkelte part har etter lov og forskrift vil likevel ikke endres

- c) Samarbeidet skal bygge på likeverdighet mellom partene
- d) Samarbeidet mellom partene skal være preget av dialog og en løsningsorientert tilnærming. Avgjørelser skal tas så nært brukeren som mulig
- e) Samarbeid mellom partene må skje i samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt

6. Retningslinjer

Retningslinjer i oppstillingen nedenfor er en del av denne avtalen og rettslig bindende for partene, med mindre annet fremgår.

- 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 **(ny og vedlagt)**
- 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 **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**
- 3) retningslinjer for innleggelse i sykehus, med rutine **(retningslinje ny/ ellers revidert og vedlagt)**
- 4) beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 3. ledd **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**
- 5) retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon, med rutine **(retningslinje ny/ ellers revidert og vedlagt)**
- 6) retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**
- 7) samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**
- 8) samarbeid om jordmortjenester **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**
- 9) samarbeid om IKT- løsninger lokalt **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**
- 10) samarbeid om forebygging **(utarbeides og vedtas innen 01.07.12)**
- 11) omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden **(ny og vedlagt)**
- 12) retningslinje for samarbeidsformer **(ny rutine/revidert tekst og vedlagt)**
- 13) individuell plan – felles rutiner **(videreføres)**
- 14) hospiteringsordning **(videreføres)**
- 15) følgepersonell ved innleggelse i SØ **(videreføres)**

16) håndtering av avvik fra godkjente retningslinjer og rutiner (**videreføres**)

17) hjelpemiddelhåndtering når pasient er innlagt i SØ (**videreføres**)

Første gang retningslinje 1-12 skal vedtas gjøres dette av kommunestyret/ styret i SØ. Retningslinje 13-17 er vedtatt av partene tidligere og videreføres. Nye retningslinjer og senere endringer i vedtatte retningslinjer uten store økonomiske konsekvenser og/ eller prinsipielle endringer for partene, kan tas inn i avtalen gjennom vedtak i administrativt samarbeidsutvalg.

7. Samarbeidsformer

Partene har vedtatt retningslinje nr. 12 som beskriver følgende samarbeidsformer:

- Overordnet samarbeidsutvalg
- Administrativt samarbeidsutvalg
- Kliniske samarbeidsutvalg
- Samhandlingsforum

8. Plikt til gjennomføring og forankring

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

Partene forplikter seg til å

- Gjøre avtalens innhold kjent og iverksatt innenfor egen virksomhet (ansatte og brukere)
- Involvere hverandre tidlig i prosessen om endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalen omfatter
- Opprette en samhandlingskontakt i egen virksomhet som har et særskilt ansvar for å veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom partene

9. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av avtaler og retningslinjer. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.

Synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalget ved Sykehuset Østfold, eldrerådet, rådet for funksjonshemmede i kommunen og andre instanser skal tillegges vekt.

10. Håndtering av avvik fra godkjente retningslinjer

Partene skal håndtere avvik fra godkjente retningslinje iht. retningslinje 16 i kap. 7

11. Håndtering av uenighet - tvisteløsning

Partene er enig om følgende prinsipper for håndtering av uenighet knyttet til overordnet avtale med retningslinjer:

a) Pasientrelaterte enkeltsaker

Pasient skal ikke bli skadelidende ved uenighet mellom partene. Partenes intensjon er å løse uenighet så nært pasient som mulig.

Ved fortsatt uenighet opprettes en uenighetsprotokoll (mal vil bli utarbeidet) og saken løftes til overordnet myndighetsnivå i sykehus/ kommune. Partene skal selv definere og beskrive hvilke personer som har ansvar på dette nivået.

I saker hvor det ikke oppnås enighet lokalt sendes uenighetsprotokollen til Nasjonalt tvisteløsningsorgan for uttalelse dersom en av partene krever det.

Ferdigbehandlede saker der det er opprettet uenighetsprotokoll sendes til administrativt samarbeidsutvalg til orientering.

b) Uenighet knyttet til retningslinjer, rutiner eller øvrig tolkning av avtalen

Dette meldes til administrativt samarbeidsutvalg. Saker kan sendes Nasjonalt tvisteløsningsorgan hvis det ikke er mulig å komme til enighet lokalt.

For a) og b) gjelder:

Partene kan i hver enkelt sak avtale at uttalelsen fra Nasjonalt tvisteløsningsorgan skal være bindende. I saker hvor partene ikke er enige om at uttalelsen fra Nasjonalt tvisteløsningsorgan skal være bindende, kan hver av partene bringe saken inn for de ordinære domstoler med Sarpsborg tingrett som verneeting.

12. Mislighold

Dersom en av partene misligholder sin del av avtalen, og dette påfører den annen part dokumenterte tap, kan tapet kreves dekket av den som misligholder avtalen.

13. Varighet, revisjon og oppsigelse av avtalen

Avtalen trer i kraft fra 1. januar 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 innen 30. november hvert år og sørge for jevnlig rapportering og evaluering. Overordnet samarbeidsutvalg har ansvar for å evaluere avtalen ved innhenting av erfaringer gjennom Administrativt samarbeidsutvalg. Første virkeår (2012) skal avtalen revideres og suppleres med manglende retningslinjer i kapittel 6 innen 1. juli.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres.

Retningslinje nr. 1 - Oppgavedeling

Formål

Retningslinjen regulerer/ omhandler oppgaver og tiltak som kommunen og sykehuset skal eller kan samarbeide om, jf. blant annet helse- og omsorgstjenestelovens § 3-4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e.

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

Generelt om lovgrunnlaget

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

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61, og senere endringer
- Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63, og senere endringer
- Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr 64, og senere endringer
- Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr 29
- Lov om helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000 nr 56

Listen er ikke uttømmende, og også bestemmelser i annet lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver etter nevnte lover. Dette gjelder blant annet bestemmelser om bruk av tvang i psykisk helsevern og overfor rusmiddelavhengige.

Videre arbeid

Partene forplikter seg til, i løpet av 2012, å starte arbeidet med å kartlegge og definere gråsoner og grenseflater. Videre skal følgende ansvarsområder avklares:

- Rus og psykiatri
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- Lærings- og mestringstilbud
- Helsehus/lokalmedisinsk senter

Fastlegene er en viktig samarbeidspartner i dette arbeidet.



Retningslinje nr. 3 – Innleggelse i Sykehuset Østfold (SØ)

(Gjelder innenfor somatikk og psykisk helsevern)

Formål

Formålet med denne avtalen er å:

- a) sørge for at pasienten opplever en best mulig sammenhengende helsetjeneste og unngå at det oppstår feil gjennom å klargjøre SØ og kommunens ansvar og oppgaver der pasienten henvises sykehuset
- b) sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene (elektronisk når dette er mulig)
- c) sikre at pasienten mottar tjenester på beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet),

Øyeblikkelig hjelp

Kommunens ansvar og oppgaver:

- a) Innleggende lege konsulterer sykehuslege med adekvat kompetanse om hvorvidt innleggelse i sykehus er nødvendig. Kommunal behandling skal være vurdert som ikke tilstrekkelig. Avgjørelse tilligger i endelig instans innleggende lege
- b) Innleggende lege henviser som øyeblikkelig hjelp og sender kopi av innleggelseskrivet inklusive medikamentopplysninger med pasienten. Ved innleggelse på tvang i psykisk helsevern skal krav til dokumentasjon i forskrift følges
- c) Innleggende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med tilpasset transport/ ledsager til sykehuset
- d) Innleggende lege melder fra til kommunal instans at pasient som mottar kommunal helse- og omsorgstjeneste innlegges i sykehus
- e) Kommunen sender innleggelsesrapport/ meldeskjema, inklusive pasientopplysninger og navn på kontaktpersoner. Hvis skriftlige pasientopplysninger ikke følger pasienten gis dette i tillegg pr. tlf. Gjelder pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester fra tidligere
- f) Kommunen bistår pasienten med å informere pårørende om sykehusinnleggelsen hvis situasjonen tilsier dette (skal dokumenteres)

SØs ansvar og oppgaver:

- a) Stiller adekvat kompetanse til rådighet for telefonkonsultasjon ved tvil om innleggelse er nødvendig eller ved spørsmål om ø-hjelpspoliklinikk kan benyttes neste dag
- b) Innhenter supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, fastlege, sykehjemslege og pårørende ved behov
- c) Sikrer at nødvendig informasjon er gitt til pårørende, hvis dette ikke allerede er utført av kommunen
- d) Vurderer om det er medisinsk nødvendig med tilstedeværelse av kommunal ledsager under behandling. Se retningslinje 15 *Følgpersonell ved innleggelse i SØ*
- e) Informerer fastlege om innleggelse av pasient

Planlagt behandling

Kommunens ansvar og oppgaver:

- a) Innleggende lege sender henvisning, inklusive medikamentopplysninger
- b) Innleggende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med tilpasset transport/ ledsager til sykehuset
- c) Kommunen sender innleggelsesrapport/ meldeskjema, inklusive pasientopplysninger og navn på kontaktpersoner. Gjelder pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester fra tidligere



Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

SØs ansvar og oppgaver:

- a) Vurderer henvisningen etter gjeldende forskrifter og prioriteringsveiledere
- b) Foreslår eventuelt forebyggende helsetjenester, behandlingsmuligheter og oppfølgingsplan utenfor sykehus som alternativ til innleggelse der dette er relevant
- c) Innhenter supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, lege og pårørende ved behov
- d) Vurderer om det er medisinsk nødvendig med tilstedeværelse av kommunal ledsager under behandling. Se retningslinje15 *Følgepersonell ved innleggelse i SØ*

Vedlegg

- Rutine ved innleggelse



Retningslinje nr. 5 – Utskrivning av pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester

Gjelder somatikk. For psykisk helsevern gjelder egen prosedyre, i tillegg benyttes meldeskjema 1, 3 og 4b tilhørende denne retningslinjes rutine.

Formål

Formålet med denne avtalen er å:

- a) Sørge for at pasienten opplever en best mulig sammenhengende helsetjeneste og unngå at det oppstår feil
- b) Sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt
- c) Sikre at pasienten mottar tjenester på beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet)
- d) Sikre enighet om definisjon for utskrivningsklar pasient og kommunal betalingsplikt (betalingsplikt gjelder kun somatikk, ikke psykisk helsevern)

Vilkår for når en pasient er utskrivningsklar

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

- a) Problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart
- b) Øvrige problemstillinger som har framkommet 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) Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives
- g) Epikrise eller tilsvarende informasjon inkludert medikamentliste skal følge pasienten ved utskrivelse

SØ er forpliktet, mot betaling fra kommunen, til å gi et tilbud til pasienten i påvente av at kommunen finner et forsvarlig tilbud. Dersom det oppstår uenighet om pasienten er utskrivningsklar, forsøkes saken løst gjennom dialog (se overordnet sam.avtale, kap. 11a)

Kommunal betalingsplikt

Kommunen skal betale det regionale helseforetaket for utskrivningsklare pasienter som er innlagt i SØ i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Betalingsplikten gjelder til enhver tid de pasientgrupper som i lov eller forskrift er beskrevet til å være omfattet av denne plikten. Betaling skjer etter den døgnpris som til enhver tid er fastsatt i statsbudsjettet.

Følgende meldingsrutiner om utskrivningsklar pasient gjelder dersom betalingsplikten skal inntre:

- a) SØ gir melding senest innen 24 timer etter innleggelse om innlagt pasient, dvs. status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt, dersom pasienten antas å ha behov for tiltak fra kommunehelsetjenesten etter utskrivning. Dersom vurderingen tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp etter utskrivning, men dette endrer seg i



Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

løpet av oppholdet, skal fristen løpe fra det tidspunktet det blir klart at et slikt behov foreligger

- b) Melding om utskrivningsklar pasient skal gis kommunen i tidsrommet 08.00 -15.30 alle dager, inkl. helge- og høytidsdager. Kommunen er forpliktet til å ha ett telefonnummer for meldingsutveksling som betjenes i samme tidsrom
- c) Kommunene gir så raskt som mulig tilbakemelding om pasienten kan mottas, senest innen 2 timer (i tidsrommet 08.00 – 15.30) fra kommunen mottok melding fra SØ. Dersom slik tilbakemelding ikke gis, inntreer betalingsplikten
- d) For pasienter som meldes utskrivningsklare på utreisedagen før kl. 12.00 inntreer betalingsplikten samme dag. Meldes pasienten etter kl. 12 (og før 15.30) inntreer betalingsplikten neste dag. Gjelder alle dager, inkl. helge- og høytidsdager. Uavhengig av betalingsplikten skal kommunen motta utskrivningsklar pasient så raskt som mulig
- e) Kommunal betalingsplikt inntreer ikke når SØ avstår fra å skrive ut pasienten, dersom pasienten er definert som utskrivningsklar og kommunen har akseptert å motta pasienten

Plikt til redegjørelse

Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger SØ har foretatt slik at det kan etterprøves at vurderingene er i tråd med denne retningslinje og forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

Evaluerings

Punktet om kommunal betalingsplikt i denne retningslinjen avviker (positivt) fra forskriften som sier at varsling kan gjøres 24 timer i døgnet. Varslingsrutinen må derfor vurderes spesielt ifm. revisjon 01.07.2012

Vedlegg

- Rutine ved utskrivning

Retningslinje nr. 11 – Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

Formål

Retningslinjen skal sikre en videreføring og utvikling av samarbeidet innenfor krise- og katastrofeberedskap på det akuttmedisinske området.

Bakgrunn

Plikten til å utarbeide omforente beredskapsplaner er slått fast i helse- og omsorgstjenesteloven og i spesialisthelsetjenesteloven. I henhold til overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan (2007) skal kommuner og helseforetak samordne sine beredskapsplaner. Fylkesmannen er, som sektor- og samordningsmyndighet, tillagt en sentral rolle i samordning og koordinering. Det vises også til forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (2001-07-23). Jfr. *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* (2005-03-18)

Virkeområde

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

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

Samarbeid innenfor krise- og katastrofeberedskap

Partene forplikter seg til å:

- a) samordne og dele egne planer for sosial- og helsemessig beredskap for større ulykker, kriser og katastrofer, samt pandemier, basert på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser), herunder planer for:
 - forsyning og forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr
 - varsling og innkalling av personell
 - krisekommunikasjon
- b) samarbeide om opplæring og vedlikehold av kunnskap og kompetanse i krisehåndtering
- c) samarbeide om planlegging og gjennomføring av øvelser

Samarbeid knyttet til den akuttmedisinske kjede

Partene forplikter seg til å:

- a) videreføre samarbeidet i *Utvalg for akuttmedisinsk beredskap (UFAB)* med representasjon fra SØ og legevaktene i fylket
- b) holde hverandre oppdatert om tilbudet i de ulike tjenester i kjeden som sikrer at pasienter så raskt som nødvendig får behandling på rett behandlingssted/-nivå
- c) etablere rutiner som sikrer god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner
- d) avklare og beskrive ansvar, roller og rutiner for utrykning og samhandling i akutte situasjoner i henhold til gjeldende lovverk
- e) tilrettelegge for og bidra til at vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeden har nødvendig akuttmedisinsk kompetanse, herunder kunnskap om system, ansvar og roller

Videre arbeid

Partene forplikter seg til, i løpet av 2012, å nedsette et klinisk utvalg som skal utvikle forpliktende samarbeidsrutiner knyttet til krise- og katastrofeberedskap.

Retningslinje nr. 12 - Samarbeidsformer

Partene er enige om at følgende samarbeidsformer videreføres fram til 1. Juli 2012. Overordnet samarbeidsavtale og retningslinjen revideres våren 2012, og samarbeidsformene videreutvikles i tråd med ny samarbeidsavtale og nytt lovverk.

Overordnet samarbeidsutvalg

Overordnet samarbeidsutvalg er et partssammensatt, overordnet strategisk og utviklingsorientert utvalg mellom Sykehuset Østfold (SØ) og kommune i Østfold.

Utvalget skal utrede økonomiske, formelle og andre problemstillinger som følge av ny sykehusstruktur i Østfold (SØ 2015) og samhandlingsreformen. Utvalget er rådgivende overfor kommunene i Østfold og SØ.

Administrerende direktør i SØ og styret i KS Østfold oppnevner 3 representanter hver. Utvalget møtes minimum 2 ganger pr. år. Leder for administrativt samarbeidsutvalg, jf. pkt. 2.2, er sekretær for utvalget. Leder og nestleder- funksjonen alternerer årlig mellom SØ og kommunene (er leder fra kommunene her skal leder i adm. samarbeidsutvalg, jf. pkt. 2.2) være fra sykehuset og motsatt for nestleder). Partene bærer selv egne kostnader.

Administrativt samarbeidsutvalg

Administrativt samarbeidsutvalg er et partssammensatt samarbeidsutvalg mellom SØ og kommunene i Østfold.

Oppgaver

Administrativt samarbeidsutvalg har ansvar for å

- a) følge opp og ha ansvar for vedlikehold av denne samarbeidsavtalen
- b) avgjøre saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter vedrørende samhandling om pasienter/ brukere
- c) opprette kliniske samarbeidsutvalg for ulike områder, jf. pkt. 2.3
- d) drøfte uenighetssaker og anbefale løsning, jf. Overordnet samarbeidsavtale kap.11b
- e) godkjenne rutiner og prosedyrer vedrørende samhandling om felles pasienter etter forslag fra kliniske samarbeidsutvalg eller en eller flere av partene
- f) arrangere samhandlingsforum, en felles arena for samhandling i Østfold, jf. pkt. 2.4
- 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 Østfold

Sammensetning

Utvalget består av 5 representanter fra kommunene og 5 representanter fra SØ. Det oppnevnes vararepresentanter. Utvalgets medlemmer oppnevnes av og representerer henholdsvis kommunenes rådmenn og administrerende direktør i SØ. Medlemmene er ansvarlig for å etablere faste samarbeidsmøter med de kommuner som de representerer. Kommunenes 5 medlemmer representerer regionene/ kommunene slik:

Fredrikstad – Fredrikstad, Hvaler

Halden – Aremark, Halden

Indre Østfold – Askim, Eidsberg, Hobøl, Marker, Skiptvet, Spydeberg, Trøgstad

Moss – Moss, Rygge, Råde, Våler

Sarpsborg – Rakkestad, Sarpsborg

I tillegg deltar 2 observatører med tale- og forslagsrett:

- a) Brukerrepresentant utpekt av Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
- b) Praksiskoordinator (fastlege) i SØ – lege med koordinerende ansvar for praksiskonsulentene (fastleger)

Arbeidsform

Utvalget konstituerer seg selv, leder og nestlederfunksjon alternerer årlig mellom SØ og kommunene (funksjonsperiode for utvalget er fra september – september). Saker fremmes av partene gjennom representantene, som har et selvstendig ansvar for å bringe fram temaer/ saker til behandling. Vedtak forutsetter enstemmighet og forplikter partene. Den administrative ledelse i henholdsvis SØ og den enkelte kommune har ansvar for at vedtak gjennomføres.

Utvalget møtes minimum seks ganger pr. år og møteplan for funksjonsperioden avtales. Utvalget legger frem årsrapport i 1. kvartal. Sekretærfunksjonen tillegges SØ. Partene bærer ellers egne kostnader.

Kliniske samarbeidsutvalg

Administrativt samarbeidsutvalg kan opprette faste eller midlertidige kliniske samarbeidsutvalg for aktuelle faglige og/ eller administrative utfordringer. Mandat og tidsramme for arbeidet fastsettes. Kliniske samarbeidsutvalg er partssammensatt og følger som hovedregel de samme prinsippene for representasjon og arbeidsform som administrativt samarbeidsutvalg. Oppnevning skjer etter forslag fra partene og det bør tilstrebes brukerrepresentasjon, jf. kap. 9 i Overordnet samarbeidsavtale. Kliniske samarbeidsutvalg rapporterer til administrativt samarbeidsutvalg.

Samhandlingsforum

Samhandlingsforum har som formål å skape en arena for drøfting av ulike tema som omhandler samhandling, fag- og tjenesteutvikling, undervisning og veiledning. Forumet avholdes to ganger per år – i høstsemesteret for sykehusets ledelse og kommunenes administrative og politiske toppledelse, og i vårsemesteret for fagpersonell og mellomledere. Partene har selv et ansvar for å melde inn temaer.