

# **REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2011-2015) d. 10-01-2012**

**Møtedato** Tirsdag d. 10. januar 2012 kl. 14:00

**Møtested**

## **Indholdsfortegnelse**

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 6. desember til godkjenning.....	3
Lovpålagte samarbeidsavtaler med Sørlandets sykehus HF ifm. samhandlingsreformen og nytt rege	5

# **Sak 1/12: Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 6. desember til godkjenning**

## **Vedlegg**

Møteprotokoll. HELSOS, 06122011 1400, Helse- og sosialstyret.



Dato: 13. desember 2011  
Saksnr.: 201115169-1  
Arkivkode E: 033  
Saksbehandler: Carol Reinertsen

**Saksgang**  
Helse- og sosialstyret

**Møtedato**  
10.01.2012

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 8. desember til godkjenning

Forslag til vedtak:

Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 6. desember godkjennes.

Tor S. Utsogn  
leder

Carol Reinertsen  
hovedutvalgsekr

Vedlegg: Helse- og sosialstyrets protokoll fra møtet 6. desember 2011

# **Sak 2/12: Lovpålagte samarbeidsavtaler med Sørlandets sykehus HF ifm. samhandlingsreformen og nytt regelverk**

## **Vedlegg**

Saksprotokoll

Saksprotokoll

Samarbeidsavtale

Delavtale 11 - akuttmedisinsk kjede og omforente beredskapsplaner

Delavtale 5- om retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon

Delavtale 3 - retningslinjer for innleggelse i sykehus

Delavtale 1 oppgave- og ansvarsfordeling



Dato: 22.12.11  
Saksnr.: 201113078-4  
Arkivkode E: 024  
Saksbehandler: Tor Ø. Kydland

### **Saksgang**

Helse- og sosialstyret  
Formannskapet  
Bystyret

### **Møtedato**

10.01.2012  
11.01.2012  
18.01..2012

## **Lovpålagte samarbeidsavtaler med Sørlandets sykehus HF ifm. samhandlingsreformen og nytt regelverk**

### **Sammendrag:**

I forbindelse med gjennomføringen av samhandlingsreformen ble det ved Stortingets vedtakelse av ny helse- og omsorgstjenestelov etablert en plikt for helseforetakene og kommunene å inngå samarbeidsavtaler innenfor en rekke områder. Helseforetaket og kommunene i Agder har i høst arbeidet sammen for å løse dette i henhold til de frister departementet har gitt. Fristene har vært korte og ikke alle problemstillinger er rullet å bli belyst fullt ut, men slik avtalepartene ser det, vil de dekke de mest umiddelbare behov for avklaringer. I henhold til ny helse- og omsorgstjenestelovs kapittel 6 er det bystyret selv som må godkjenne avtalene. Dette kan ikke i henhold til lovgivningen delegeres. En overordnet samarbeidsavtale, samt tilknyttede delavtaler som regulerer gråsoneproblematikk, innskrivning- og utskrivning til/fra helseforetaket, samt akuttmedisinsk kjede og omforente beredskapsplaner legges med dette frem for bystyret for godkjenning. Det bes samtidig om at bystyret delegerer til rådmannen å vedlikeholde, revidere og videreutvikle disse avtalene og at det gis adgang til videredelegasjon av denne myndigheten.

## **1. Reformens avtalestruktur**

Samhandlingsreformen er en retningsreform som skal gjennomføres over tid med start fra 1.januar 2012. Realiseringen bygger på et bredt sett av virkemidler, herunder en rekke avtaler mellom kommunene og helseforetakene.

14. juni 2011 vedtok Stortinget ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven). Loven forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler og stiller minimumskrav til innholdet i avtalene, jf lovens kapittel 6. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 at det er innført en lovpålagt plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Loven og den nevnte bestemmelsen trer i kraft fra 1.januar 2012.

Samarbeidsavtalen er en del av en avtalestruktur som bygger på anbefalinger fra nasjonal veileder for inngåelse av avtaler mellom kommune og helseforetak.

Intensjonsavtale er inngått på overordnet nivå i helseforetaket mellom Helse – Sør – Øst og KS Agder. I intensjonsavtalen heter det at *partene har som mål at samhandlingsreformen skal kunne gjennomføres i et nært samarbeid mellom stat og kommunesektor som likeverdige parter, slik at målene med reformen oppnås, i henhold til Stortingets vedtak. Partene vil samarbeide om et gjennomføringsprosjekt for reformen*

Samarbeidsavtalen regulerer samarbeid mellom SSHF og den enkelte kommune. Den er lovpålagt, og ansees som et bindende juridisk dokument mellom foretak og den enkelte kommune. Samarbeidsavtalen forutsettes supplert med delavtaler.

Formålet med samarbeidsavtaler er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Den overordnede hensikten med avtaler er å bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og av god kvalitet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.

Forpliktende samarbeidsavtaler vil være et sentralt verktøy i gjennomføringen og oppfølgingen av samhandlingsreformen for de lokale aktørene, hvor partene legger til rette for samarbeid om utviklingsoppgaver og håndtering av ulike spørsmål.

## 2. Lovgrunnlag

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6 sier blant annet følgende:

### **§ 6-1. Plikt til å inngå samarbeidsavtale**

*Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer.*

*Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.*

*Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.*

*Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen.*

*Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.*

### **§ 6-2. Krav til avtalens innhold**

*Avtalen skal som et minimum omfatte:*

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

*Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.*

I tillegg til lovens minimumskrav har partene blitt enige om å inngå delavtaler på følgende områder innen 31.12.2012:

12. *Delavtale om håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringssløyfer*

13. *Delavtale om uenighet og konflikthåndtering*

14. *Delavtale om analyse/styringsdata ang. bruk av helsetjenester på begge nivå*

For å sikre at delavtalene gjennomføres på en kvalitativ god måte, må disse understøttes av prosedyrer. Prosedyrene er et viktig verktøy for å utvikle og sikre kvalitet og pasientsikkerhet i pasientforløpene.

I lovens § 6-3 er det gitt departementet en mulighet til å fastsette en frist for når den lovpålagte avtalen skal være inngått, og det kan settes ulik frist for oppfyllelse av de forskjellige kravene til avtalen som fremgår av § 6-2.

Departementet opplyste i brev av 30.september til kommuner og helseforetak at fristen for å inngå samarbeidsavtaler som omfatter punkt 1, 3, 5 og 11 i paragraf 6-2 ble satt til 31.01.2012

Departementet har videre besluttet at de lovpålagte avtalene i sin helhet senest skal være inngått innen 01.07.2012. Det innebærer at innen denne fristen skal avtalene omfatte alle minimumskravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 6

### **3. Regional organisering av arbeidet med Samarbeidsavtaler**

Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS) oppnevnte i møte 31. august en koordinerende arbeidsgruppe som skulle utarbeide et forslag til rammeavtale mellom SSHF og kommunene på Agder. Arbeidsgruppen er sammensatt av representanter fra SSHF, alle fem kommuneregionene på Agder og brukerrepresentanter. Arbeidsgruppen har vært ledet av representant fra Kristiansand kommune utnevnt av OSS, og som også var utnevnt til å representere Knutepunkt sør kommunene inn i arbeidet.

Det ble i oktober nedsatt fire arbeidsgrupper sammensatt av fagpersoner fra SSHF, de fem kommuneregionene og brukerrepresentanter. Arbeidsgruppene har utarbeidet forslag til supplerende delavtaler på de områdene som er lovpålagt å inngå i avtalesettet pr 31.01.2012. Den koordinerende arbeidsgruppen har ledet dette arbeidet på vegne av OSS.

Den regionale koordineringen av arbeidet med avtaler har bidratt til å fordele arbeidsbyrden mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak, samt at innbyggerne er sikret at de avtalene som regulerer samarbeidet mellom kommuner og helseforetak er mest mulig likelydende. I utgangspunktet er hver av de 30 kommunene på Agder selvstendig part i dette arbeidet, men man har gjennom langsiktig relasjonsbygging og bevisste og gjennomtenkte samhandlingsfora klart å samordne til dels svært komplekse prosesser på en slik måte at agderkommunene har funnet en felles plattform (og fellesløsninger) med hensyn til de aller fleste forhold knyttet til avtalesettet. Dette gjør det også langt mindre resurskrevende for helseforetaket å samhandle på en god måte med kommunene i Agder.

### **4. Organisering av arbeidet med avtaler og forhandlinger i**

#### **Knutepunkt sør samarbeidet**

Som nevnt ovenfor har det i hele Agder, til tross for svært korte frister, vært jobbet målrettet for å skape størst mulig grad av fellesløsninger for kommunene på Agder. I egen region har dette arbeidet vært forankret i Knps helsenettverk. Det har deltatt resurspersoner fra hver

kommune inn i referansegrupper og faggrupper for å komme i mål, og få fremmet Knutepunkt-kommunenes syn på aktuelle prosesser og handlingsvalg. Dette arbeidet har også vært krevende, men det eksisterer stor grad av tillit og trygghet mellom kommunene innen nettverket, og prosessene har gjenspeilet dette.

## **5. Videre arbeid, utvikling og revisjon av avtalene**

Det videre arbeid med utvikling og revisjon av samhandlingsavtalene vil delvis skje i regi av hele agderregionen, delvis i regi av Knutepunkt sør, og noen problemstillinger vil måtte initieres og styres lokalt av den enkelte kommune. En helhetlig plan for dette videre arbeidet vil bli utarbeidet i Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS). I planen vil man måtte skissere arbeidet med videreutvikling av den overordnede samarbeidsavtalen, de ovenfor nevnte prioriterte delavtaler, samt de resterende lovpålagte delavtalene som skal være ferdigstilt i løpet av juni 2012. Det videre arbeidet vil være komplekst og krevende, men også relasjonsbyggende og øke samhandlingskompetansen i regionen ytterligere.

## **6. Avtalens gyldighet og revisjon**

Avtalen trer i kraft fra 31.01.2012, og gjelder frem til ny samarbeidsavtale inngås (oppsigelsesfrist, jf helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd.)

Partene skal evaluere avtalen, og ved eventuelt behov reforhandle, første gang i 4. kvartal 2012, Avtalen evalueres deretter årlig innen utgangen av desember og revideres ved behov, jf helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 første ledd.

Begge parter er inneforstått med at delavtaler og prosedyrer for pasientforløp regulerer et samarbeidsforhold som er, og skal være i utvikling. Delavtalene, retningslinjer og prosedyrer for pasientforløp kan derfor bli endret for å tilpasse utviklingen i samarbeidsforholdet.

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

Etter avtale er signert av begge parter, skal SSHF sende kopi av avtalen jf helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 til Helsedirektoratet. Dette skal skje innen en måned etter at de er inngått, og senest en måned etter utgangen av frist fastsatt med hjemmel i § 6-3.

I løpet av vår/sommer 2012 vil ytterligere syv delavtaler fremlegges for godkjenning av bystyret. Alt dette i henhold til regjeringens frister for gjennomføring.

## **7. Omstrukturingsbehov som følge av nye og endrede virksomhetskrav**

Sektoren står foran store utfordringer med å sikre og utvikle kompetanse og robuste fagmiljøer relatert til utfordringsbildet og nye oppgaver for kommunen. Det vil satses spesielt på lederutvikling for mellomledere og kompetanse i forhold til å drive fram og gjennomføre endringer som blir nødvendige med de utfordringer sektoren skal møte.

Et av samhandlingsreformens viktigste elementer er å forsterke kommunalt ansvar for forebygging og rehabilitering. Kommunen vil få større ansvar for å hindre innleggelse på sykehus, samt være i stand til på best mulig måte å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Kompetansen på personalet i hjemmetjenesten og i institusjon må styrkes. Det blir behov for basiskompetanse på alle utdanningsnivå, særlig i forhold til

hjemmerehabilitering. Et annet viktig og prioritert område i forbindelse med dette vil være volum og utnyttelse av kommunens institusjonsplasser med spesiell fokus på korttidsplasser, samtidig som en forbedrer den kvalitative tilnærmingen til behandling og rehabilitering. Dette vil innebære stort fokus på pasientforløp, kvalitet, kompetanse medisinskfaglig samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Bruk av teknologi blir stadig med sentralt for å effektivisere samhandling og å få bedre tjenester. Det er svært lite kunnskap om dette blant ansatte og ledere i dag. Kommunen må samarbeide med regionale aktører for å utvikle målrettede og hensiktsmessige kompetansetiltak.

Sektoren vil også prioritere styrket kompetanse i metoder og virkningsfulle tiltak som kan bidra til at risikoutsatte barn fanges opp tidlig. Det gjelder for eksempel ICDP (International Child Development Training), PMTO og koordinatoropplæring i tverretatlige samarbeidsgrupper, ansvarsgrupper og tverretatlige team. Sektoren prioriterer deltakelse fra barnevernstjenesten og helsetjenesten i kursrekken "Ta opp uroen", som er et delprosjekt i "tidlig innsats".

Det er økende etterspørsel blant ansatte og ledere etter kompetanse om kulturforståelse og arbeid med innvandrergrupper. Det er ikke avklart om dette blir en gjennomgående satsing for flere tjenester eller sektorer.

Det må fortsatt satses på tett samarbeid med sykehuset om kompetanseutvikling. I tillegg skal samarbeid Universitet i Agder prioriteres i tråd med anbefalingene i universitetsbymeldingen. Det innebærer blant annet styrket samarbeid om praksis og innhold i grunnutdanning, økt bruk av masterstudenter i forbindelse med samarbeid om forsknings- og utviklingsprosjekt og mer systematisk samarbeid om etter- og videreutdanning.

Helse- og sosialsektoren har i lys av de ovenfor nevnte forhold og utfordringer initiert en grundig gjennomgang av måten vi organiseres oss i dag, målt opp mot morgendagens virkelighetsbilde. Dette er et krevende og gjennomgripende arbeid, som har den tydelige målsetting å ruste organisasjonen på best mulig måte for å optimalisere resursutnyttelsen inn i de neste tiår. Konsulentfirma Kaupangen er engasjert for å være prosessrådgivere.

## **8. Økonomi**

Samhandlingsreformen inneholder også økonomifordelingsmekanismer som er konstruert med tanke om å styre utviklingen av samhandlingen i ønsket retning. Kristiansand kommune er i denne sammenheng overført noe over 89 millioner kroner totalt for å dekke opp for nye finansieringsordninger. Som det fremgår av delavtale 3 og 5, som omhandler inn- og utskrivning av pasienter i og fra sykehus, blir nå kommunene ansvarlig for en medfinansiering av sykehusoppholdet. For å kompensere for denne merutgiften er Kristiansand kommune tilført noe over 80 millioner kroner. De resterende 9 millionene av den totale overføringen er beregnet som kompensasjon for det økonomiske ansvaret kommunene nå er pålagt i forhold til pasienter på sykehus som defineres som utskrivningsklare. Fra 1. januar 2012 vil altså kommunen måtte betale 4000 kroner/døgn for pasienter som blir liggende på sykehuset etter at de er definert som utskrivningsklare.

Forarbeidene til reformen understreker at der er intet ved det nye regelverket som tilsier at oppgaver flyttes fra sykehuset til kommunene uten at dette er klargjort mellom partene. Man kan altså forvente at der ikke kommer tilpasninger fra partene ved at for eksempel utskrivningspraksisen endrer seg, eller at oppgaver overføres til kommunene uten at dette er avtalt. Kristiansand kommune har sett at der vil være et behov for å overvåke utviklingen her nøye i tiden som kommer, og har i den forbindelse etablert kontrollrutiner på individnivå som vil avdekke eventuelle avvik fra forutsetningene i reformen.

Historiske data viser at de totalt ca 89 millionene vil dekke Kristiansand kommunes medfinansieringsplikt og de tilfeller kommunen ikke er i stand til umiddelbart å ta imot

utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Dette under forutsetning at avtalepartene forholder seg lojalt til inngåtte avtaler, eksisterende regelverk og bakgrunnen for reformen. Den delen av kommunens oppgjør til sykehuset som gjelder medfinansiering vil håndteres sentralt. Det vil si at oppgjøret foretas etterskuddsvis. Første oppgjør vil skje i juni 2012, og således være grunnlaget for interne rapporteringer. Når det gjelder betalingsoppgjøret i forhold til utskrivningsklare pasienter skal det foregå lokalt mellom avtalepartene.

**Forslag til vedtak:**

1. Bystyret godkjenner inngått samarbeidsavtale med Sørlandets sykehus HF, samt de tilhørende delavtalene benevnt som delavtale 1, 3 og 5 og 11.
2. Bystyret delegerer til rådmann å vedlikeholde, revidere og videreutvikle samarbeidsavtalene som nevnt i vedtakets pkt 1.
3. Det åpnes for videredelegasjon av rådmannens myndighet etter pkt 2.

Tor Sommerseth  
Rådmann

Lars Dahlen  
Helse- og sosialdirektør

Trykte vedlegg: Samarbeidsavtale med Sørlandets sykehus HF  
Delavtale 1 om oppgavefordelig og gråsoner  
Delavtale 3 og 5 om innskrivning og utskrivning inn/ut av sykehus  
Delavtale 11 omforente beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede

## Bakgrunn for saken:

Samhandlingsreformen er en retningsreform. Den viser retning på en langsiktig omstilling i helse- og omsorgstjenestene som anses nødvendig for å sikre fremtidig bærekraftige tjenester av god kvalitet. Reformen er således tuftet på god samfunnsnyttig resursforvaltning og sikring av god kvalitet på tjenestene gjennom god samhandling, og da særlig gjennom gjennomtenkte og helhetlige pasientforløp.

Innfasingen av reformens mange aspekter vil altså skje gradvis og over tid, og trolig endre på mange eksisterende oppgavefordelinger mellom helseforetakene og kommunene, og mellom kommuner i form av utvidet bruk av samarbeid på tvers. Det vil eksempelvis danne seg utfordringer som omhandler samarbeid, kompetanse, utvikling av bedre forebyggende tjenester, egenmestringsmetodikk, mer kommunal pasientbehandling, nytenkning om omsorgstjenestenes form og innhold, og rehabilitering.

De lovpålagte samarbeidsavtalene er ett av virkemidlene som er funnet nødvendige for å nå målene med reformen. Disse er lovpålagte, og vil i det videre i stor grad være bestemmende for forholdet mellom tjenestenivåenes tjenesteproduksjon og den nødvendige resurstilgangen som følger av dette.

Samarbeidsavtalen er en del av en avtalestruktur som bygger på anbefalinger fra en nasjonal veileder for inngåelse av avtaler mellom kommune og helseforetak.

Intensjonsavtale er inngått på overordnet nivå i helseforetaket mellom Helse – Sør – Øst og KS Agder.

Samarbeidsavtalen regulerer samarbeid mellom SSHF og den enkelte kommune. Den er lovpålagt, og ansees som et bindende juridisk dokument mellom foretak og den enkelte kommune.

Samarbeidsavtalen forutsettes supplert med delavtaler.

### Delavtalene:

1. regulerer rutiner for samhandling for pasientforløp (eks. innleggelse og utskrivning til/fra sykehus),
2. konkretiserer arbeidsfordeling knyttet til ulike pasientgrupper (pasientforløp)
3. beskriver samarbeidsprosjekter mellom foretak og en kommuneregion/kommune.

### Følgende delavtaler supplerer samarbeidsavtalen per 31.1.2012:

1. Delavtale om felles forståelse av hvilke helse – og omsorgsoppgaver SSHF og kommunene er pålagt, og med en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
3. Delavtale om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon i helseforetaket.
5. Delavtale om innleggelse i sykehus.
11. Delavtale planer for akuttmedisinsk kjede, og omforente beredskapsplaner med mer harmonisering av kommunale beredskapsplaner

### Følgende delavtaler skal inngås og vedlegges samarbeidsavtalen innen 30.06.2012:

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
4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 tredje ledd
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. forebygging

I tillegg til lovens minimumskrav har partene blitt enige om å inngå delavtaler på følgende områder innen 31.12.2012:

12. Delavtale om håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringssløyfer
13. Delavtale om uenighet og konflikthåndtering
14. Delavtale om analyse/styringsdata ang. bruk av helsetjenester på begge nivå

Prosedyrer: For å sikre at delavtalene gjennomføres på en kvalitativ god måte, må disse understøttes av prosedyrer. Prosedyrene er et viktig verktøy for å utvikle og sikre kvalitet og pasientsikkerhet i pasientforløpene.

### **Bakgrunn , formål og prinsipper for samarbeidsavtalen (og delavtalene)**

Plikt til å inngå samarbeidsavtale mellom den enkelte kommune og helseforetak er fastsatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e. De er altså som tidligere omtalt lovpålagte. Ved inngåelse av samarbeidsavtalen og vedtakelse av retningslinjer/delavtaler, oppfylder partene sin lovpålagte plikt til å inngå samarbeidsavtale.

Samarbeidsavtalen bygger på følgende lover:

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

Formålet med avtalen er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen og etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder.

Samarbeidsavtalen og delavtalene skal bidra til å:

- Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og på tjenesteytende nivå for utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.
- Sikre "behandling på lavest effektive omsorgsnivå" (LEON-prinsippet) gjennom hele behandlingsskjeden.
- Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode helhetlige pasientforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere.
- Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet
- Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur.
- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.

Samarbeidsavtalen beskriver hvordan det overordnede samarbeidet mellom SSHF og Kristiansand kommune er organisert. Samarbeidet skal utvikles gjennom dialog og likeverdighet, og ha fokus på forbedring og god ressursutnyttelse.

Delavtalene/retningslinjene skal inngå som vedlegg til samarbeidsavtalen, og er på samme måte som samarbeidsavtalen rettslig bindende mellom partene med mindre annet fremgår av avtale eller regelverk.

Pasientene/ brukerne skal oppleve at tjenestene:

- er faglig gode
- er samordnet og helhetlige
- preges av kontinuitet

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

### **Kort om de enkelte avtalene**

Den overordnede samarbeidsavtalen er ment som en avtale på organisatorisk nivå med størst mulig grad av fellesbestemmelser. Den inneholder forankring til lovverket, organisatoriske bestemmelser, også i forhold til regional samhandling, tvistebestemmelser og tilsvarende regelsett. For det alt vesentligste er denne avtalen lik for alle agderkommunene i forhold til struktur opp mot sykehuset. Kun små lokale tilpasninger er gjort for å møte kommunenes variasjon i størrelse og geografi.

Som ovenfor beskrevet vil det utspringe 11 delavtaler fra den overordnede samarbeidsavtalen, og som også er lovpålagte. Fire av disse delavtalene er man pålagt av departementet å ha på plass senest innen utgangen av januar 2012. Av den grunn er arbeidet med disse blitt prioritert og også disse avtalene har blitt til under bred regional samhandling. Variasjonene kommunene imellom er for noen av disse avtalene tydeligere enn for den overordnede samarbeidsavtalen, og av samme grunn. Det gjelder særskilt delavtale 5 som regulerer utskrivning av ferdigbehandlede pasienter. Det henger for det vesentligste sammen med ulik mottakorganisering i kommunene og volum på utskrivningene fra sshf. Delavtale 1 om oppgavefordeling og delavtale 3 om innskrivning/innleggelse i sykehus vil i disse førstegenerasjonsavtalene være relativt like for kommunene på Agder, men i det videre arbeid må en forvente flere lokale tilpasninger i disse avtalene. Kommer noe mer inn på dette nedenfor.

#### *Delavtale 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*

Det viktigste prinsippet det var nødvendig å få på plass med hensyn til arbeidet med denne delavtalen, var å sikre at ingen endringer i oppgavefordelingen med den enkelte kommune skal skje uten at dette på forhånd er utredet og avtalt. I den videre prosess er der en lang rekke gråsonepoppgaver som må utredes i forhold til om enkelte kommuner kan overta disse, på kort eller lengre sikt. Dette handler blant annet om kommunenes kompetanse i forhold til mer spesialiserte oppgaver. Oppgavefordeling som tema er en av samhandlingsreformens viktigste virkemidler for å nå hovedmålsettingen.

#### *Delavtale 3: retningslinjer for innleggelse i sykehus.*

Kommunenes innleggelsespraksis er svært viktig for å kunne utnytte sykehussengene optimalt. Her kan kommunene på sikt bli bedre, ved å finne alternative behandlingsskjeder for enkeltpasienter eller diagnosegrupper. En annen utfordring er at kommunene må komme i en forpliktende dialog med fastlegene da disse står for en vesentlig del av de kommunale innleggelsene. En annen gruppe er legevakslegene. Her må man nok i større grad vurdere hvilke leger som bemanner legevakten og dens øyeblikkelig hjelp funksjon. På landsbasis har det vist seg at mange innleggelse fra uerfarne legevaksleger kunne vært unngått. Arbeidet med dette er også en viktig forutsetning for å nå de samfunnsmessige gevinstene som ligger i samhandlingsreformen. Som tidlige omtalt har kommunen fått overført rundt 80 millioner for å delfinansiere innleggelse fra Kristiansand kommune.

Delavtale 5: retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.

Delavtale 5 baserer seg på ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehuset i påvente av kommunalt tilbud. Forskriften definerer hva en utskrivningsklar pasient er, varsling mellom partene, og betalingspliktens rammer. Den er såkalt preseptorisk lovgivning, noe som betyr at partene ikke kan avtale seg bort fra reglene i forskriften. Det som er kjernepunktet i denne delavtalen er hvordan man i praksis forestår utskrivninger til kommunen, og når i denne prosessen betalingsplikten oppstår. Blant annet volder det kommunene en utfordring at forskriften i seg selv ikke setter noen begrensninger for når på døgnet en utskrivning kan finne sted. Der er heller ikke gjort noen avgrensninger mot helgedager eller helligdager. I prinsippet kan da sykehuset skrive ut pasienter til enhver tid. Å legge opp rutiner som tar opp i seg den praktiske hverdag for begge parter er det mest sentrale punkt for begge parter. I forarbeidene til forskriften tas det til ordet for at utskrivningene i det vesentligste skal skje på dagtid, og følgende enighet knyttet til dette er oppnådd med sykehuset i forhandlinger :

Delavtale 11: omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

Denne delavtalen regulerer og beskriver status på disse to områdene. Arbeidet med å kartlegge fremtidig struktur er i sin start og vil bli videreutviklet. Når det gjelder den akuttmedisinske kjede har kommunene et krav på seg om innen 01012016 å ha etablert et kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud med døgnbemanning/døgnopphold. Oppbyggingen av dette tilbudet vil være krevende og skal bygges opp ved hjelp av midler fra sykehuset og departementale tilskuddsmidler.