

Møteinnkalling nr. 2/2016

Utvalg: Formannskapet
Møtested: Tinbua, Rådhuset
Møtedato: 19.01.2016
Tid: 14:00

NB! Mrk. møtetidspunkt!

Forfall meldes til utvalgssekretær Solfrid Lund, som sørger for innkalling av varamedlem.
Varamedlemmer møter kun ved spesiell innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Ogne Undertun	ORD	AP
Hans Eide	VARAORD	SP
Sissel Eide Fremstad	MEDL	AP
Anne Torill Rødsjø	MEDL	AP
Mette Mari Leseth-Holm	MEDL	SV
Walter Braa	MEDL	FRP
Einar Aaland	MEDL	H



Saksnr	Innhold	Lukket
Referatsaker:		
RS 16/1	Svar søknad om startlån og tilskudd til tilpasning av bolig	X
RS 16/2	Svar søknad om startlån	X
RS 16/3	Svar på søknad startlån	X
RS 16/4	Ad. søknad om tilskudd fra næringsfondet	X
RS 16/5	Høring av søknad om endring av installert effekt i vindkraftverk på Fosen - uttalelse	
RS 16/6	Godkjenning av stedfortreder for serverings- og skjenkebevillingen ved Dellis Restaurant AS	
RS 16/7	Godkjenning utvidelse lokaliteter	
RS 16/8	Offentlig skjenkebevilling i Varden forsamlingshus 26.12.15	
RS 16/9	Offentlig skjenkebevilling på Mølnargården 30.11.15	
RS 16/10	Offentlig skjenkebevilling i Elveng Forsamlingshus 29.12.2015	
RS 16/11	Offentlig skjenkebevilling i Bjugn kulturhus vår 2016	
Saker til behandling:		
PS 16/3	Samarbeidsavtale mellom Bjugn kommune og St Olavs Hospital	
PS 16/4	Forespørsel fra Ørland kommune om å utrede felles jordmortjeneste	
PS 16/5	Revidering vedtekter for Fosen Regionråd	
PS 16/6	Årsrapport kommunalt næringsfond 2015	

Orienteringer/drøftingssaker:

- Gang- og sykkelveier i Bjugn
- Samferdselsstrategi Fosen

Det kan også bli en orientering om erstatningssak i Fosen Tingrett hvis endelig rettsavgjørelse foreligger innen møtedato.

Referatsaker:

RS 16/1 Svar søknad om startlån og tilskudd til tilpasning av bolig

RS 16/2 svar søknad om startlån

RS 16/3 Svar på søknad startlån

RS 16/4 Ad. søknad om tilskudd fra næringsfondet

RS 16/5 Høring av søknad om endring av installert effekt i vindkraftverk på Fosen - uttalelse

RS 16/6 Godkjenning av stedfortreder for serverings- og skjenkebevillingen ved Dellis Restaurant AS

RS 16/7 Godkjenning utvidelse lokaliteter

RS 16/8 Offentlig skjenkebevilling i Varden forsamlingshus 26.12.15

RS 16/9 Offentlig skjenkebevilling på Mølnargården 30.11.15

RS 16/10 Offentlig skjenkebevilling i Elveng Forsamlingshus 29.12.2015

RS 16/11 Offentlig skjenkebevilling i Bjugn kulturhus vår 2016

Saker til behandling:

Saker til behandling:

SAKSFRAMLEGG

<i>Saksnr</i>	<i>Utvalg</i>	<i>Motedato</i>
16/3	Formannskapet	19.01.2016
	Kommunestyret	

Saksbehandler: Siv Iren Stormo Andersson

Samarbeidsavtale mellom Bjugn kommune og St Olavs Hospital

Vedlegg:

- 1 Samarbeidsavtale utkast 10 12 2015
- 2 Avtale 2 Koordinerte tjenester 10.12.
- 3 Avtale 3 og 5 Retningslinje for inn- og utskriving - redigert pr 10 12 2015
- 4 Avtale 6 Kunnskapsutveksling utkast 10.12.
- 5 Avtale 7 Forskning og utdanning utkast 10.12.
- 6 Avtale 8 om jordmortjenester utkast 10.12.2015
- 7 Avtale 9 samarbeid om IKT versjon 10 12 2015
- 8 Avtale 10 om forebygging utkast 10 12 15
- 9 Avtale 11 omforente beredskapsplaner utkast 10.12.15
- 10 Avtale 11 Tjenesteavtale om planer for den akuttmedisinske kjeden utkast 10.12.15
- 11 Avtale 12 om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring utkast 10 12 2015

Til vedleggene: Merk at kommunestyret nå bes om å behandle og godkjenne Samarbeidsavtalen og to nye retningslinjer, henholdsvis den om innleggelse, utskriving og overføring av pasienter og den om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring. Rådmannen foreslår at de øvrige retningslinjene prolangeres

Saksframlegget er i sin helhet ført i pennen av KS Sør-Trøndelag v/ Tor Langvold

Sakens bakgrunn og innhold:

Samhandlingsreformen trådte i kraft fra 01.01.2012.

Høsten 2011 ble det avholdt forhandlingsmøter mellom regionene og St. Olavs Hospital. Overordnet samarbeidsavtale ble godkjent av kommunene og St. Olavs Hospital primo 2012.

I tillegg til en overordnet samarbeidsavtale ble det utarbeidet og vedtatt følgende tjenesteavtaler (nå retningslinjer), jf § 6.2. i helse- og omsorgstjenesteloven som krevde minimum 11 tjenesteavtaler (retningslinjer).

- 1 Overordnet samarbeidsavtale
- 2 Tjenesteavtale om tilbud til pasienter med behov for koordinerte tjenester
- 3 og 5 Praktiske retningslinjer for samhandling vedr. innleggelse og utskriving av pasienter
- 4 Avtaler om drift av KAD senger
- 6 Avtale om gjensidig kunnskapsutveksling
- 7 Avtale om samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
- 8 Avtale om Svangerskapsomsorg, fødselshjelp og barselomsorg
- 9 Avtale om IKT-løsninger og elektronisk samhandling
- 10 Avtale om helsefremmende og forebyggende helsearbeid

- 11 Tjenesteavtale om omforente beredskapsplaner
- 11 Tjenesteavtale om planer for den akuttmedisinske kjeden

Partene har reforhandlet avtalene og endringene legges nå frem til politisk behandling / godkjenning i samtlige kommunestyre. Kommunestyret skal godkjenne den reviderte samarbeidsavtalen og to nye retningslinjer, henholdsvis :

- Praktiske retningslinjer for samhandling vedr. innleggelse, utskriving og overføring av pasienter mellom Bjugn kommune og St. Olavs Hospital HF
- Samarbeid om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

Faktiske opplysninger

Avtalen oppfylder partenes lovpålagte plikt i hht lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999.

Forhandlinger om revidering av avtalene ble påbegynt våren 2015 med sikte på å revidere Samarbeidsavtalen basert på de erfaringer man har høstet siden første generasjons avtale ble iverksatt. Det er kommunestyret selv som skal inngå samarbeidsavtalen med det regionale helseforetaket. Avtalene skal være juridisk bindende.

Partene i avtalen er kommunene og det regionale helseforetaket.

Det er opprettet et forhandlingsutvalg som har ført forhandlingene.

Fra kommunene deltok:

Helge Garåsen, Trondheimsområdet (forhandlingsleder)

Tor Langvold, Fosenregionen

Marius Jermstad, Fjellregionen

Torgeir Aarvåg/Arild Risvik, Orkdalsregionen

Runar Asp, Værnesregionen

KS og St. Olavs delte på sekretariatsoppgaven.

Forhandlingsutvalget har gjennomgått alle gjeldende avtaler og retningslinjene på nytt. For den overordnede samarbeidsavtalen, (avtale 1, heretter kalt Samarbeidsavtale) og avtale om inn -og utskriving (avtale 3/5) er det foreslått omfattende endringer. Forhandlingsutvalget foreslår også at det inngås en ny: «Retningslinje om samarbeid om kvalitetsforbedring og rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid», (avtale 12). Utkast til overordnet samarbeidsavtale og de nevnte retningslinjene legges fram for behandling i styret for St. Olavs Hospital og kommunestyrene. I de øvrige retningslinjene er det kun foretatt redaksjonelle endringer. Disse vil bli lagt med som vedlegg og anbefales prolongert.

Drøftinger

Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er et av virkemidlene som skal bidra til å realisere målsetningene med samhandlingsreformen;

- Bedre folkehelsen
- Skape bærekraftige, koordinerte helsetjenester med god kvalitet.

Samarbeidsavtalene skal fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen, og etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. På denne måten skal avtalene legge grunnlaget for at sykehuset og kommunene skal bedre koordinering og øke pasientsikkerheten i vekslingsfeltet mellom kommune og sykehus.

Samhandling, samarbeid, kommunikasjon og interaksjon er stikkord som kan brukes på den nye hverdagen. Poenget med samhandlingsreformen er å skape sømløse tjenester til beste for pasienten. Rett pasient på rett sted til rett tid.

Noen erfaringer med avtaler og samarbeid:

- ASU med medlemmer og observatører er for stort (24 medlemmer og observatører)
- Det er for få møter i ASU (ca 4 ganger pr. år)
- Det har vært for lite dialog og for stort fokus på vedtakssaker i ASU
- Innfallsvinkelen til dialogen har ofte vært juridisk ift hvem som har ansvar for hva og i for liten grad på hvordan vi ønsker å utvikle tjenestene
- Noen tiltak som er avtalt er ikke fulgt opp
- Sekretariatsfunksjon og saksforberedelser har vært mangelfull

Samarbeidsavtale

Faglige samarbeidsutvalg (FSU)

Det er foreslått å opprette ett nytt FSU. For øvrig er det ikke foreslått endringer i gjeldende FSU struktur.

Politisk utvalg:

Det foreslås å reetablere et samarbeidsutvalg på politisk / styrenivå, der partene gis mulighet til å drøfte strategiske og politiske spørsmål av betydning for samhandling. Det politiske samarbeidsutvalget konstitueres som en del av møtet i Fylkestyret i KS. Styreleder, 2 styremedlemmer og administrerende direktør ved St. Olavs Hospital deltar.

Det politiske samarbeidsutvalget skal medvirke til å forankre samarbeidet på politisk nivå.

Sekretariatsfunksjon

Det opprettes en permanent koordinerings- og sekretariatsfunksjon med fast bemanning. Sekretariatet skal ivareta løpende koordinering og saksbehandling for ASU. Koordinering mellom ASU og FSU-er, koordinering av felles planlegging, kommunikasjon med aktører og interessenter, sekretariat for politisk arbeidsutvalg.

Samarbeidet på kommunesiden

Samarbeidet på kommunesiden organiseres primært med basis i 5 regioner Trondheimsområdet, Fjellregionen, Orkdalsregionen (SiO), Fosen og Værnesregionen. Dette gjelder både representasjon i utvalg og løpende arbeid.

Det skal avholdes dialogmøtet mellom St. Olav og den enkelte region.

Brukerorganisasjoner og tillitsvalgte

Brukerorganisasjoner og tillitsvalgte skal være observatører i ASU med samme representasjon som nå.

Gjennomføring og forankring

Partene forplikter seg til å gjøre avtalen kjent for egne ansatte og brukere.

Avtale om inn og utskrivning av pasienter.

I avtaleforslaget legges det opp til at sykehuset normalt skal sende nødvendig informasjon elektronisk i perioden 8-15 mandag til fredag når sykehuset ønsker at pasienten skal mottas samme dag. Når sykehuset sender nødvendig informasjon etter kl. 15 på hverdager eller i helger/høytider, så kan konsekvensen være at pasienten ikke mottas samme dag.

Når utreise av pasient skal skje samme dag, skal det etter anmodning fra kommunen sendes medikamenter og nødvendig utstyr fra helseforetaket, som regel fram til første virkedag eller der annet er avtalt, for å unngå brudd i behandlingsforløpet.

Kommunen skal innen 3 timer etter mottatt elektronisk varsel om utskrivningsklar pasient, svare på:

- om de kan ta imot pasienten
- eventuelt når de kan ta imot pasienten, samt hvilket tilbud pasienten skal få ved hjemkomst
- gi beskjed om det er behov for at helseforetaket sender med medikamenter evt sykepleieartikler (f.eks. utstyr til sårskift etc.)

Kommunene skal normalt ta i mot pasienter samme dag (dag 0) på ettermiddag eller kveld så sant de har fått nødvendig informasjon i perioden 8-15 mandag til fredag.

Kommunene har som ambisjon å øke tilgjengeligheten herunder motta varsel og øke mottak av pasienter på ettermiddag og helg.

Helseforetaket kan ikke skrive ut en pasient før kommunen har gitt tilbakemelding om at pasienten kan tas imot.

Kommunen må innen 3 timer etter mottatt varsel, 24/7 og alle kalenderdager, gi tilbakemelding til helseforetaket. Dersom kommunen ikke gir tilbakemelding til helseforetaket eller varsler at de ikke kan ta imot pasienten, kan helseforetaket ta betalt for døgn 0.

Avtale om samarbeid om kvalitetsforbedring og rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid, (avtale 12).

Det er enighet om at alt samarbeid mellom partene samordnes i et helhetlig kvalitetssystem. Faglig utvikling av tjenestene skal være et grunnleggende prinsipp i kvalitetssystemet. Det foreslås å opprette en nytt FSU for samarbeid om kvalitetsforbedring og rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid. Det faglige samarbeidsutvalget skal sikre en systematisk gjennomgang av meldte uønskede hendelser og forbedringsforslag og legge dette fram for medlemmene i ASU.

Saksbehandling:

Etter at forhandlingsutvalget sendte ut sine avtaleutkast tidlig desember 2015, har avtalene vært innom rådmannsutvalget og styret i KS, Sør-Trøndelag. Før avtalene kommer til de respektive kommunestyre/bystyre/styret i St. Olavs Hospital, er de også forelagt brukerorganisasjoner og organisasjoner for arbeidstakerne til uttalelse.

Når avtalene er godkjent av alle parter, skal hver enkelt part gjøre avtalen kjent for sine ansatte, jf pkt 7 om plikt til gjennomføring og forankring.

Kommunene og St. Olavs Hospital må vedta samme ordlyd.

Rådmannens innstilling:

1. Bjugn kommune godkjenner Samarbeidsavtalen datert 02.12.2015.
2. Bjugn kommune godkjenner retningslinje 3 og 5 datert 02.12.2015, – praktiske retningslinjer for samhandling vedr. innleggelse, utskrivning og overføring av pasienter mellom xx kommune og St. Olavs Hospital HF.
3. Bjugn kommune godkjenner retningslinje 12 datert 02.12.2015 – avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.
4. Øvrige retningslinjer prolongeres

SAMARBEIDSAVTALE

Utkast 02.12.2015

1. Parter

Avtalen er inngått mellom kommune (heretter kalt kommunen) og St. Olavs Hospital HF (heretter kalt helseforetaket).

Denne samarbeidsavtalen erstatter tidligere Overordnet samarbeidsavtaler av dato....

2. Bakgrunn

Ved inngåelse av samarbeidsavtalen oppfyller partene sin lovpålagte plikt i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 § 6-1 mfl. og lov om spesialisthelsetjenester av 2.juli 1999 § 2 -1 e til å inngå samarbeidsavtale.

Når partene i denne samarbeidsavtalen bruker uttrykket "avtale" omfatter det både samarbeidsavtalen og retningslinjer som omtalt i § 6.2. i Helse- og omsorgstjenesteloven.

- Med retningslinjer menes mer detaljerte beskrivelser, blant annet om konkrete pasientforløp, ansvars- og rollefordeling, partenes informasjons -og veiledningsansvar, finansiering, organisering, eventuelt behov for avklaring av arbeidsgiveransvar, mv.
- Særavtaler er avtaler mellom kommuner og helseforetak, som kommer i tillegg til avtalene og retningslinjene i minimumskravene. (Jmfør. pkt. 5.3)

Kommunen og helseforetaket er gjennom lovverket tillagt hver sine kompetanse- og ansvarsområder. Virkeområdet for samarbeidsavtalen er de områder hvor det er behov for et samarbeid om tilbudet til pasienter.

Løpende dialog om samarbeidsområdene er nødvendig for gjennomføring av avtalen.

3. Formål

Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig, forutsigbart og faglig godt tilbud i helse- og omsorgstjenestene. Avtalen skal konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og helseforetaket. Avtalen skal etablere gode samhandlingsarenaer som sikrer at partene videreutvikler og implementerer omforente samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder.

Målet er at pasientene skal oppleve at tjenestene:

- er faglig gode
- er samordnede og helhetlige

- er trygge og forutsigbare
- er preget av kontinuitet
- blir utført på en god måte på tvers av kommunegrense og forvaltningsnivå
- er kostnadseffektive

Samarbeidet bygger på likeverdighet mellom partene.

Samarbeidsavtalen angir overordnede bestemmelser om samarbeidsformer, generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenesteområder, samt prosess for vedtak av tjenesteavtaler og retningslinjer mellom partene.

I tilfelle motstrid mellom denne avtalen og retningslinjer og tjenesteavtaler skal denne avtalen ha forrang.

Det er partenes intensjon at samarbeidet skal preges av en løsningsorientert tilnærming og prinsippet om at avgjørelser tas så nært brukeren som mulig.

4. Ansvars- og oppgavefordeling

Kommunen har ansvar for å gi nødvendig helsehjelp etter Lov om helse- og omsorgstjenester og helseforetaket har ansvar for å yte nødvendig helsehjelp etter Lov om spesialisthelsetjenesten.

Partene er enige om følgende prinsipper for ansvars- og oppgavefordelingen:

- Saker av prinsipiell og/eller økonomisk karakter behandles av de organer som har beslutningsmyndighet på det enkelte forvaltningsnivå.
- Tjenester skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå.
- Ansvars- og oppgavefordeling skal ivaretas gjennom helhetlige pasientforløp utviklet i fellesskap.
 - Retningslinjene for tjenesteområdene skisserer ansvars- og oppgavefordeling i samarbeidsprosedyrer i et helhetlig forløp.
 - Pasientforløp ved inn og -utskrivning av pasienter, som trenger kommunale tjenester, skal omfatte tydelig beskrivelse av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, der arbeidsprosesser, informasjonsflyt og gjennomføring fremkommer.
- Ingen av partene kan alene definere hva som er kommunens eller helseforetakets ansvar.
 - Partene kan ikke endre egen praksis som får konsekvenser for ansvars- og oppgavefordeling mellom partene uten at partene er kommet til enighet.
 - Det kan avtales særskilt at partene utfører oppgaver for hverandre som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Det overordnede prinsipielle ansvaret vil ikke endres. Partene skal foreta en forsvarlighetsvurdering ved overføring av oppgaver.

5. Retningslinjer for faglig samarbeid, tjenesteavtaler og særavtaler.

5.1 Minimumskrav

Partene er enig om at minimumskravet fastsettes i egne retningslinjer som vedlegg til samarbeidsavtalen. Partene har selv fastsatt form, arbeidsmåte, innhold og organisering av samarbeidet i retningslinjene ut fra de krav loven til en hver tid stiller.

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

Første gangs retningslinje 1-11 er vedtatt av kommunestyrene og styret for St. Olavs Hospital og videreføres. Nye retningslinjer vedtas av kommunene og St. Olavs Hospital. Utfyllende rutiner/prosedyrer knyttet til retningslinjene kan vedtas i Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU).

5.2 Samarbeid ut over minimumskravet

I tillegg til områdene som følger av minimumskravene i helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2 er partene enige om at det etableres felles retningslinjer for registrering og behandling av avvik i tråd med partenes kvalitetssystem.

- Partene er pliktig å gjøre sine ansatte kjent med avtale- og avvikssystemet slik at avvik blir registrert.
- Partene har en intensjon om at det skal utvikles et felles elektronisk avvikssystem, primært bør dette skje på nasjonalt nivå.
- Politisk samarbeidsutvalg og Administrativt Samarbeidsutvalg skal holdes løpende orientert om avvik.

5.3 Særavtaler

Særavtaler kommer i tillegg til retningslinjene i minimumskravene.

- Særavtaler kan for eksempel gjelde mer detaljerte bestemmelser for avgrensede tjenesteområder, blant annet om konkrete pasientforløp, ansvars- og rollefordeling, partenes informasjons- og veiledningsansvar, finansiering, organisering, eventuelt behov for avklaring av arbeidsgiveransvar. Særavtalene skal ha referanse til øvrig avtaleverk. ASU skal være orientert om særavtaler.

6. Samarbeidsformer og samarbeidsorgan

Det etableres samarbeidsorganer på 3 nivå, hhv politisk, overordnet administrativt og faglig nivå.

6.1 Politisk samarbeidsutvalg

Det etableres et samarbeidsutvalg på politisk / styrenivå, der partene gis mulighet til å drøfte strategiske og politiske spørsmål av betydning for samhandling om helse og sosialtjenester. Det politiske samarbeidsutvalget konstitueres som en del av møtet i Fylkesstyret i KS. Styreleder for St. Olavs Hospital, 2 styremedlemmer og administrerende direktør ved St. Olavs Hospital deltar.

Det politiske samarbeidsutvalget skal medvirke til å forankre samarbeidet på politisk nivå.

Arbeidsform for utvalget utformes i eget mandat.

Tema i møtene bør være gjennomgang og status for sentrale områder i avtaleverket.

Utvalget konstituerer seg selv og fastsetter sin egen møteplan.

Administrasjonen for Administrativt samarbeidsutvalg er sekretariat og deltar i møtene. Leder og nestleder i Administrativt samarbeidsutvalg har møterett i det politiske samarbeidsutvalget.

6.2 Administrativt samarbeidsutvalg

Det etableres et Administrativt Samarbeidsutvalg på overordnet administrativt nivå mellom St. Olavs Hospital HF og kommunene som er part i avtalen. Formålet er å etablere en samarbeidsarena for utvikling av helsetjenestene.

6.2.1. Mandat

- ASU har ansvar for å følge opp samarbeidsavtalen, drøfte og gi anbefalinger i saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter.
 - ASU forbereder og bistår i gjennomgang og eventuell revisjon av samarbeidsavtalen hvert annet år.
 - ASU kan i den enkelte sak anbefale hvordan uenighet om evt. økonomisk løsning/ fordeling av påløpte utgifter mellom partene som det tvistes om kan løses.
- Vedtak i ASU skal være basert på enighet mellom partene.
- ASU skal behandle uenighetssaker som ikke lar seg avklare i de faglige utvalgene. Ved uenighet kan partene, eller en av partene, bestemme at saken oversendes partenes forhandlingsutvalg.
- ASU sørger for at det blir utarbeidet retningslinjer som omtalt i § 6.2. i Helse- og omsorgstjenesteloven i henhold til punkt 5 i denne avtalen.
- ASU godkjenner faglige retningslinjer for samhandling. Utvalget oppretter og avvikler faglige samarbeidsutvalg etter behov. Utvalget oppnevner medlemmer og ledere til disse utvalgene.
- Partene kan på selvstendig grunnlag fremme saker for ASU. Sakene skal fremmes via felles sekretariat innenfor gitte frister.

- ASU vedtar i desember hvert år en helhetlig plan for neste års arbeid innenfor samarbeidsområdene. 6.2.2. Sammensetning og størrelse

ASU skal bestå av følgende representanter:

- En representant fra hver av kommunegruppene:
 - Fjellregionen
 - Fosenregionen
 - Orkdalsregionen
 - Trondheimsområdet
 - Værnesregionen
 - En representant fra Trondheim kommune.
- St. Olavs Hospital oppnevner 6 representanter.
- Representanter med observatørstatus:
 - Representant fra Fylkesmannen
 - Representant fra KS
 - 2 brukerrepresentanter
 - 2 representanter fra tillitsvalgte
- Observatører har tale -og forslagsrett

6.2.2 Valgt periode:

Medlemmene velges for en periode på 2 år, med personlig vararepresentant. For å sikre kontinuitet bør ikke hele utvalget skiftes ut samtidig.

6.2.3. Arbeidsform:

Utvalget konstituerer seg selv. Ledelse alternerer hvert annet år mellom St. Olavs Hospital HF og kommunene.

Saksliste og saksdokumenter med forslag til vedtak sendes medlemmene senest 1 uke før møtet. Saker som ikke er sendt ut innen denne fristen, kan som hovedregel ikke sluttbehandles.

Referat godkjennes av ASU. Medlemmene i ASU har ansvar for å videreformidle referatet til sine organer.

Utvalget kan opprette eget arbeidsutvalg/arbeidsgrupper og kan innkalle andre representanter ved behov.

Utvalget har møter 6 -8 ganger i året, og ellers ved behov.

Partene bærer selv sine kostnader.

6.2.4. Sekretariatsfunksjon for AU/ ASU

Det opprettes et felles sekretariat med samhandlingskoordinator. Til sekretariatet legges ansvaret for saksbehandling, administrative funksjoner, koordinering mellom FSU og FSU og ASU.

Koordineringsfunksjonen er en felles ressurs mellom sykehuset og kommunene. Kostnadene deles likt mellom partene.

6.3. Faglige samarbeidsutvalg (FSU)

ASU kan opprette faglige samarbeidsutvalg etter behov. Retningslinjer og prosedyrer for disse utvalgene bør være mest mulig lik.

Faglige retningslinjer utarbeides av de faglige samarbeidsutvalgene og godkjennes av administrativt samarbeidsutvalg.

6.3.1. Sammensetning:

ASU vedtar sammensetning av faglige samarbeidsutvalg.

6.3.2. Arbeidsform:

Leder av utvalget bestemmes av ASU. Ledelses- og sekretariatsfunksjonen alternerer hvert annet år mellom St. Olavs Hospital HF og kommunene.

Partene bærer selv sine kostnader.

De faglige samarbeidsutvalgene evalueres hvert annet år.

6.4. Andre samarbeidsformer

Forhandlingsutvalg:

Partene oppnevner et forhandlingsutvalg. Forhandlingsutvalget skal framforhandle og reforhandle overordnet samarbeidsavtale. Forhandlingsutvalget skal søke å løse saker der partene er uenige i spørsmål som får økonomiske eller prinsipielle konsekvenser.

Møter mellom kommunegrupperinger og St. Olavs Hospital:

Det etableres dialogmøter mellom foretaket og kommunegrupperingene. Det kan etter avtale mellom foretaket og grupperingene avholdes ett eller flere møter årlig med hver gruppering. ASU orienteres fortløpende om møtene.

6.5 Brukermedvirkning

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.

Partene er enige i at kravet til brukermedvirkning normalt skal oppfylles ved at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalget ved St. Olavs hospital HF, kommunalt eldreråd og kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne skal tillegges vekt.

Brukermedvirkning er ivarettatt gjennom representasjon i ASU.

Det forutsettes at de faglige samarbeidsutvalgene trekker med brukerrepresentanter i saker det vurderes som hensiktsmessig, for eksempel ved utarbeidelse av retningslinjer for sine områder.

6.6 Arbeidstakermedvirkning

Arbeidstakermedvirkning ivaretas gjennom representasjon som observatører i ASU.

De faglige samarbeidsutvalgene skal ivareta ansattemedvirkning når det behandles saker som kommer inn under hovedavtalens virkeområder.

7. Plikt til gjennomføring og forankring

Partene forplikter seg til å gjøre avtalen kjent for egne ansatte 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. Prosedyre for dette beskrives nærmere i retningslinjer/tjenesteavtaler innenfor det enkelte ansvarsområde.

Partene forplikter seg til å:

- gjøre avtalens innhold/konsekvenser og beslutninger/vedtak kjent og iverksatt innenfor eget ansvarsområde
- orientere hverandre om endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalen omfatter.

8. Håndtering av uenighet - tvisteløsning

- Partenes intensjon er å løse uenighet så nært pasient/bruker som mulig og i en dialog mellom partene. Oppnås ikke enighet, opprettes det en uenighetsprotokoll som sendes til det faglige samarbeidsutvalget for relevant tjenesteområde for drøfting og anbefaling av løsning.

8.1 Faglig samarbeidsutvalg

- Prinsipielle pasientrelaterte enkeltsaker søkes løst i faglige samarbeidsutvalg.
- Oppnås det ikke enighet i faglig samarbeidsutvalg, sendes saken til ASU. Oppstår det uenighet om tolkning av avtalen skal uenigheten drøftes i ASU.

8.2 Administrativt samarbeidsutvalg(ASU)

- Oppnås ikke enighet om en tolkning som aksepteres av partene, og partene finner det hensiktsmessig, sendes saken til forhandlingsutvalget.

- Hvis partene ikke blir enige etter forhandlinger kan, partene løfte uenigheten til det nasjonale tvisteløsningsutvalget og/eller videre til rettslig avgjørelse.

8.3 Tvisteløsning

- Sør-Trøndelag tingrett er vernet for partene i avtalen.
- Dersom en tvist ikke blir løst ved forhandlinger eller mekling, kan hver av partene forlange tvisten avgjort med endelig virkning ved norske domstoler jf. lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) 17. juni 2005 nr. 90.

9. Mislighold

Ved mislighold gjelder alminnelige kontraktrettslige og erstatningsrettslige prinsipper, med mindre annet er særskilt avtalt.

10. Varighet, revisjon og oppsigelse

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

- Ordningen med ASU og dets mandat evalueres etter 2 år.

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

Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen utgangen av oppsigelsestiden.

11. Innsending av avtaler til Helsedirektoratet

Etter at avtalen er signert av begge parter, skal St. Olavs Hospital HF sende kopi av avtalen, herunder også retningslinjer og tjenesteavtaler iht. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1, til Helsedirektoratet. Dette skal skje innen en måned etter at avtalen er inngått, og senest en måned etter utgangen av frist fastsatt med hjemmel i § 6-3.

Dato,

..... kommune

Dato,

St. Olavs Hospital HF

Redigert 10.12.

Retningslinje for samarbeid mellomkommune, St. Olavs Hospital HF om tilbud til pasienter med behov for koordinerte tjenester

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 PARTENE, FORMÅL, MÅLGRUPPE

1.1 Parter

Avtalen er inngått mellom XX..... kommune og St. Olavs Hospital HF. Vedtatt overordnet samarbeidsavtale mellom partene, er styrende for denne avtalen.

1.2 Formål

Formålet med tjenesteavtalen 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 St. Olavs Hospital HF og kommunen, samt å etablere samarbeidsrutiner for å ivareta en forsvarlig, beslutningsprosess og nødvendig informasjonsflyt.

1.3 Målgruppe, virkeområde

Tjenesteavtalen omfatter pasienter med behov for koordinerte tjenester, både barn og voksne. Den skal utdype overordnet samarbeidsavtale og praktiske retningslinjer for samhandling vedrørende innleggelse og utskrivning av pasienter.

2 REHABILITERING OG HABILITERING, LÆRING OG MESTRING

Både Stortingsmelding om Samhandlingsreformen (nr. 47 - 2008-2009) og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011) legger vekt på å fremme helse, forebygge sykdom og redusere utvikling av kronisk sykdom. Helsetjenesten utfordres til å finne nye løsninger for å møte framtidens behov. Nasjonal helse- og omsorgsplan skisserer et behov for oppgavefordeling mellom helseforetakene og kommunene.

For å avklare ansvars og oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten må det i videre arbeid utvikles felles forståelse for bruk av følgende punkter når det vurderes rehabilitering på individnivå (rapport IS-1947 2011 fra Helsedirektoratet):

Kommune:

- Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensinger i nærmiljø
- Behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Behov for tverrsektoriell samhandling

Spesialisthelsetjeneste:

- Behov for spesialisert kompetanse
- Behov for kompleksitet
- Behov for intensitet

Partene er enige om å videreutvikle samarbeidet på individnivå samt å videreutvikle tiltakskjeden på områdene rehabilitering, habilitering, læring og mestring.

Læring og mestring omtales også i tjenesteavtale 10.

3 RETNINGSLINJER OG INTENSJONER FOR SAMARBEID

3.1. Ansvar for individuell plan på individnivå.

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommune og/eller helseforetak tilby en Individuell plan, jfr. *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.

3.2 Ansvar for mestringsplan på individnivå.

Som en del av en individuell plan, eller for pasienter som ikke ønsker individuell plan, skal det vurderes å utarbeide en felles mestringsplan.

Mestringsplan skal beskrive samspillet mellom bruker og aktørene i helsetjenesten med konkrete mål og tiltak som rettes mot at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjon/egen mestring i størst mulig grad, og minske risiko for tilbakefall.

Mestringsplanen beskriver også roller og ansvarsfordeling mellom involverte parter, og bør inneholde en plan for håndtering av forverring av medisinsk tilstand.

Partene er enige om å utvikle mestringsplan som verktøy.

3.3 Samarbeid om komplekse pasientsaker

St. Olavs Hospital HF og kommunen skal foreta skriftlige ansvarsavklaringer i komplekse pasientsaker, jfr samarbeidsavtalen, punkt 5.

3.4. Innleggelse utenom vanlig henvisningsrutiner:

Som en del av en mestringsplan kan det avtales at pasienter får behandling fra helseforetaket uten å gå veien om vanlige henvisningsrutiner. Avtalen må beskrive hvilke kriterier som kan utløse behandling.

Partene er enige om å utarbeide felles retningslinjer for innleggelse utenom vanlige henvisningsrutiner.

3.5 Samarbeid om pasientforløp på system og individnivå

- 1) Ingen av partene kan alene definere hva som er kommunens eller helseforetakets ansvar.
- 2) Partene kan ikke endre egen praksis som får konsekvenser for ansvars- og oppgavefordeling mellom partene uten at partene er kommet til enighet.
- 3) Det kan avtales særskilt at partene utfører oppgaver for hverandre som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.
- 4) Ansvar for individuell plan er forankret i kommunen såfremt det kommunale tjenesteapparatet er involvert.
- 5) Partene har en intensjon om at det ikke skal være ventetid på tjenester i overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

3.6. Samarbeid mellom koordinerende enhet i hhv kommune og helseforetak

Det vises til Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, som benytter begrepene koordinator og koordinerende enhet i kommune og helseforetak.

Partene utvikler retningslinjer for samarbeid mellom koordinerende enhet i helseforetak og kommunen.

Partene er enige om å tydeliggjøre begrepet koordinator og koordinators roller i kommuner og helseforetak, samt utvikle felles retningslinjer for bruk av Individuell plan og mestringsplan.

3.7 Rutiner for samhandling med fastlegen og praksiskonsulent

3.7.1 Fastlegen skal være involvert i planlegging av pasientforløp for pasienter med behov for koordinerte tjenester. Partene skal utvikle felles retningslinjer for samarbeid med fastlegene.

3.7.2 Praksiskonsulenter: Partene i Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) skal evaluere og vurderer videreføring av ordningen med praksiskonsulenter. Ordningen omtales også i retningslinje 6.

4 BRUKERMEDVIRKNING

Partene vil legge til rette for brukermedvirkning for å sikre god koordinering jamfør pkt 6.5 i samarbeidsavtalen.

5 MINDREÅRIGE BARN SOM PÅRØRENDE

Både spesialisthelsetjenesten og kommune har ansvar for å avklare om barn er pårørende.

Barnet bør ha tilpasset informasjon om pasient/bruker. Når det gjelder barnets krav på informasjon om sine pårørende vises det til helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Hvis det er tvil om barnet ivaretas forsvarlig skal man rådføre seg med barnevernet i kommunen, og det vurderes å sende bekymringsmelding.

6 BRUK AV TVANG

Partene skal sikre god kompetanse og utvikle felles forståelse av gjeldende regelverk for å redusere bruken av makt og tvang. Partene er enige om å vurdere om det er behov for å utvikle felles retningslinjer for samhandling.

7 UTVIKLING AV TJENESTETILBUDET

Partene skal samarbeide om å videreutvikle tjenester i fellesskap nærmest mulig pasientens arena.

8 OPPFØLGING AV RETNINGSLINJEN

Partene er enige om å realisere samarbeid om tilbud til pasienter med behov for koordinerte tjenester gjennom en oppdatert handlingsplan, vedtatt av ASU.

I henhold til samarbeidsavtalen kan ASU opprette faglige samarbeidsutvalg etter behov som skal følge opp intensjonene i handlingsplanen gjennom et samarbeid mellom kommuner og HF.

9 ØKONOMI OG RESSURSER

Partene skal i det videre arbeidet avtale grensesnitt og ressursbruk innenfor avtalens virkeområde.

10 AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinje om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

11 IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjen trer i kraft ved signering, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd.

Dersom retningslinjen sies opp, skal ny retningslinje avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

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

Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

Dato:

.....

.....kommune

Dato:

.....

St. Olavs Hospital HF

Praktiske retningslinjer for samhandling vedr. innleggelse, utskrivning og overføring av pasienter mellom kommune og St. Olavs Hospital HF.

1: PARTER

Avtalen er inngått mellom XX kommune og St. Olavs Hospital HF heretter nevnt kommunen og helseforetaket.

2: FORMÅL

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

Kommunen og helseforetaket 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.

Utskriving skal planlegges godt sammen med kommunen. Pasient og pårørende skal til enhver tid være informert og kunne medvirke til plan for utskrivning.

Praktiske retningslinjer for samhandling vedr. innleggelse, utskrivning og overføring av pasienter bygger på Samarbeidsavtalens punkt 3.

Lenke til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>

3: SAMARBEID OM PASIENTFORLØP VED INNLEGGELSE I HELSEFORETAK

3.1. Henvisning ved øyeblikkelig hjelp

Kommunens ansvar og oppgaver:

- Kommunen skal legge til rette for at legen kan vurdere andre aktuelle muligheter enn innleggelse før pasienten henvises helseforetaket for vurdering.
- Henvisende lege beslutter i samråd med AMK hvilken transport pasienten trenger til helseforetaket, samt hastegrad (jfr. Medisinsk index)
- Henvisende lege sender med henvisning som inneholder alle relevante opplysninger som er nødvendig ved innleggelse for å kunne starte videre utredning/behandling så raskt som mulig. Henvisningen sendes og utformes iht. til gjeldende rutine, fortrinnsvis elektronisk.
- Henvisende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport til helseforetaket.

- Helsepersonell skal sikre at informasjonen om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som ytes, blir gitt til nærmeste pårørende hvis forholdene tilsier det. Barn som pårørende skal ivaretas og få relevant informasjon og oppfølging.
- **For øyeblikkelig hjelp-pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester:**

Kommunen skal gi nødvendige opplysninger om tjenester, medikamenter, sykehistorie og funksjonsnivå innen 4 timer etter mottatt informasjon om innleggelsen, tilsvarende elektronisk innleggelsesrapport. Supplerende opplysninger sendes innen 24 timer etter innleggelsen.

For Psykisk helsevern:

- Alle henvendelser om akutt- og øyeblikkelig hjelp går til sentralbordet i helseforetaket ved St. Olavs Hospital.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

- Helseforetaket tilbyr konferansemulighet ved alle øyeblikkelig hjelp innleggelser.
- Helsepersonell skal sikre at informasjonen om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som ytes, blir gitt til nærmeste pårørende når forholdene tilsier det. Barn som pårørende skal ivaretas og få relevant informasjon og oppfølging.
- Avklare om pasienten har helse – og omsorgstjenester i egen kommune og varsle så snart som mulig om innleggelsen.
- Innhente supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, fastlege, tilsynslege og pårørende ved behov.
- Behandlende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med tilstedeværelse av ledsager under oppholdet, jamfør felles rutine: "Og Innleie av kommunalt ansatte i St. Olavs Hospital - fastvakt – ekstravakt»
- Om det vurderes at pasienten ikke har behov for spesialisthelsetjeneste, men helsetilbud i kommunen, tar helseforetaket kontakt med henvisende lege i kommunen og det vurderes i fellesskap videre behandling. Hvis pasient overføres til KAD skal diagnose være stilt, og det skal være med en plan for observasjon og behandling. Beslutning om innleggelse i KAD fattes av henvisende lege, fastlege eller legevaktslege i kommunen. Dersom poliklinikktime kan erstatte innleggelse, sørger foretaket for en avtale for pasienten. Dersom poliklinisk konsultasjon utløser behov for tiltak i pasientens hjemkommune, skal kommunen varsles om dette. Diagnose(r) skal være stilt, og videre plan for oppfølging av pasienten skal foreligge.

3.2. Henvisning til planlagt vurdering for innleggelse.

Kommunens ansvar og oppgaver:

- Lege sender elektronisk henvisning om vurdering til aktuell avdeling. I akutte situasjoner kan henvisning gjøres telefonisk.

- Henvisende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport for innleggelse.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

- Henvisning vurderes etter gjeldende retningslinjer og prioriteringsveiledere.
- Pasient og henvisende lege skal varsles om resultat etter vurdering av henvisningen, og gis dato for innleggelse, evt. ukenummer for innleggelse.

Helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver:

- Informasjonsutveksling mellom St. Olavs Hospital HF og kommune skal fortrinnsvis skje elektronisk.
- I tilfelle der det haster med rask respons bør telefon benyttes. Det samme gjelder ved evt. stans i meldingsutvekslingen.
- Begge parter tar initiativ til dialog og evt. deltakelse i møter der det er spesielle behov for kompetanseoverføring og videre oppfølging. Ansvarlige representanter for helseforetaket og kommunen avklarer videre oppfølging i samarbeid med pasient og pårørende.

4: SAMARBEID OM PASIENTFORLØP FRA HELSEFORETAKET VED UTSKRIVNING. GJELDER PASIENTER DER KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER ER EN FORUTSETNING

4.1. Varsling innen 24 timer etter innleggelse:

Vurdering av pasient som legges inn på sykehus:

Når en pasient legges inn på sykehus, skal spesialisthelsetjenesten gjøre en vurdering om pasienten har behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskriving fra helseforetaket. Det er viktig med tidlig varsling for å sikre faglig forsvarlig pasientforløp mellom St. Olavs Hospital HF og helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Varsling gjøres innen 24 timer etter innleggelsen.

Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus, eller det på grunn av pasientens helsetilstand ikke er mulig å foreta vurderingene innen 24 timer etter innleggelsen, skal vurderingene foretas fortløpende og kommunen varsles så snart det lar seg gjøre.

Dersom det i løpet av sykehusoppholdet avklares behov for kommunale tjenester, skal fristen løpe fra det tidspunkt det blir klart at slikt behov foreligger.

Varslets innhold:

Varslet etter første ledd skal inneholde:

a) pasientens status

b) antatt forløp

c) forventet utskrivningstidspunkt.

Helseforetaket skal varsle kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov. Ved dødsfall skal kommunen informeres umiddelbart.

Definisjon av utskrivningsklar pasient:

Jamfør Forskrift om utskrivningsklar pasient § 9, vilkår for at 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 innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, 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.

4.2. Helseforetakets ansvar og oppgaver:

- Når en pasient har behov for kommunalt helse – og omsorgstjenestetilbud og er definert som utskrivningsklar, jf. § 9 i Forskriften, skal helseforetaket straks varsle kommunen.
- Ved behov for rehabilitering skal helseforetaket vurdere om pasienten har behov for spesialistrehabilitering før en pasient defineres som utskrivningsklar.
- Det skal være faglig og etisk forsvarlig å skrive ut pasienten når denne meldes som utskrivningsklar. Det skal tas hensyn til pasientens funksjon, alder og avstand til hjemmet når forsvarlighet vurderes. Det skal også tas spesielle hensyn til døende pasienters og eventuelt deres pårørendes ønsker og behov.
- Pasienten er utreiseklar når disse meldinger er sendt elektronisk;
 - Helseforetaket har sendt varsel om utskrivningsklar pasient
 - Epikrise eller tilsvarende informasjon inklusive medisinsopplysninger er sendt
 - Utskrivingsrapport fra sykepleietjenesten/eventuelt rapport fra andre faggrupper er sendt
 - Helseforetaket har mottatt elektronisk svar fra kommunen innen 3 timer om og når pasienten kan mottas.
- Helseforetaket skal normalt sende nødvendig informasjon (jfr pkt 4.2.1) i perioden 8-15 mandag til fredag når helseforetaket ønsker at pasienten skal

mottas samme dag. Om helseforetaket sender nødvendig informasjon etter kl. 15 på hverdager eller i helger/høytider så kan konsekvensen være at pasienten ikke mottas samme dag.

- Når utreise av pasient skal skje samme dag, skal det etter anmodning fra kommunen sendes med medikamenter og nødvendig utstyr fra helseforetaket, som regel fram til første virkedag eller der annet er avtalt, for å unngå brudd i behandlingsforløpet.
- Helseforetaket kan ta betalt for døgn 0 når nødvendig informasjon er sendt ut elektronisk 24/7 alle dager om kommunen innen 3 timer etter mottatt varsel ikke svarer eller varsler at de ikke kan ta i mot pasienten.
- Ved force majeure kan helseforetaket på grunn av en krisesituasjon skrive ut utskrivningsklare pasienter 24/7. Dette forutsetter avtale mellom partene i hvert enkelt tilfelle.
- Helseforetaket skal ikke gi løfter eller tilsagn om type tjenester på kommunens vegne.
- Ved behov for hjelpemidler tar helseforetaket kontakt med Koordinerende enhet eller tilsvarende funksjon i kommunen. Koordinerende enhet bestiller de nødvendige hjelpemidler.
- Ved omfattende behov utredes utstyrskbehov som en del av behandlingsplanen/individuell plan og settes i bestilling fra helseforetaket før utreise.
- Helseforetaket rekvirerer transport tilpasset pasientens situasjon. Behandlende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport. Tidspunkt for avreise med ambulanse er avhengig av pasientens tilstand og tilgjengelig kapasitet hos ambulansene.
- Helseforetaket er forpliktet til å gi behandling og til å ivareta den utskrivningsklare pasienten i påvente av at kommunen kan gi et faglig forsvarlig tilbud.
- I tillegg til nødvendig informasjon sendt til kommunen skal pasienten få med seg tilpasset skriftlig informasjon om oppholdet og videre plan.

4.2.1 Innhold i nødvendig informasjon til helse og omsorgstjenesten

Epikrise/ eller tilsvarende informasjon fra innleggelse, fra poliklinisk konsultasjon og dagbehandling:

- Sendes det helsepersonell som trenger opplysningene, innleggende lege, fastlege og den kommunale helse og omsorgstjenesten
- Medikamentopplysninger med praktisk legemiddelhåndtering. Det skal spesifiseres hvilke medisiner som er endret/seponert med begrunnelse, og dosering av spesielle medisiner, for eksempel Marevan og insulin.
- Anbefalinger til kommunen og fastlege om videre oppfølging.

Utskrivningsrapport/sykepleiesammenfatning som skal inneholde:

- Funksjonsbeskrivelse
- Evt. anbefalte videre tiltak

Eventuelle rapporter fra andre faggrupper skal følge med til aktuelle kommunale instanser.

4.3. Kommunens ansvar og oppgaver:

- Kommunen skal innen 3 timer etter mottatt elektronisk varsel om utskrivningsklar pasient, svare på:
 - om de kan ta imot pasienten
 - eventuelt når de kan ta imot pasienten, samt hvilket tilbud pasienten skal få ved hjemkomst
 - gi beskjed om det er behov for at helseforetaket sender med medikamenter evt sykepleieartikler (feks. utstyr til sårskift etc.)
- Kommunene skal normalt ta i mot pasienter samme dag (dag 0) på ettermiddag eller kveld så sant de har fått nødvendig informasjon i perioden 8-15 mandag til fredag jvf. punkt 4.2
- Kommunene har som ambisjon å øke tilgjengeligheten herunder motta varsel og øke mottak av pasienter på ettermiddag og helg.

5: Krav på redegjørelse

Jamfør § 14 i forskriften:

Kommunen har krav på redegjørelse for de vurderinger foretaket har gjort, jamfør § 9 Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve vurderingene foretatt av foretaket.

Betaling for utskrivningsklare pasienter

Jamfør § 13 i forskriften:

Betaling for utskrivningsklare pasienter på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

6: AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinje om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

7: IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjen trer i kraft ved signering, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd.

Dersom retningslinjen sies opp, skal ny retningslinjen avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

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

Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

Dato:

.....

.....kommune

Dato:

.....

St. Olavs Hospital HF

Revidert 10.12.15

Retningslinje om gjensidig kunnskapsutveksling mellomkommune og St. Olavs Hospital HF

Hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 6-2.

1. PARTER

Avtalen er inngått mellomkommune, heretter nevnt som kommunen, og St. Olavs Hospital HF i felleskap, nevnt som partene.

2. BAKGRUNN

Retningslinje for gjensidig kunnskapsoverføring er utarbeidet i henhold til samarbeidsavtalen pkt. 6.2.1.

3. FORMÅL

Gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling og dialog er sentrale elementer i samhandling og skal skje gjennom bruk av ulike metoder og være preget av gjensidig respekt og med en god ledelsesforankring.

Retningslinjen skal bidra til at pasienter mottar et helhetlig, forutsigbart og godt faglig tilbud. Den skal sikre en gjensidig, god og kontinuerlig kunnskapsoverføring mellom kommunen og helseforetaket om nye behandlingsmetoder, medikamenter, utstyr, hjelpemidler og prosedyrer. Den skal sikre overføring av oppdatert kunnskap som ivaretar helsefremming, forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering i samarbeid med pasienter og pårørende.

4. VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen gjelder partenes ansatte og tjenesteytere.

5. GJENSIDIG KUNNSKAPSOVERFØRING – PARTENES FORPLIKTELSER

5.1 Virkemidler for gjensidig kunnskapsoverføring.

- **Systemer for informasjonsutveksling**

Systemer for informasjonsutveksling er rutiner, prosedyrer og kommunikasjonskanaler for å utveksle gjensidig informasjon.

- **Faglige samarbeidsutvalg og nettverk**

Faglige samarbeidsutvalg består av virtuelle og ikke-virtuelle nettverk.

Virtuelle nettverk (*fagnett*) er en møteplass innenfor et spesielt fagområde eller innenfor ei spesiell faggruppe. Fagnett kan være åpent eller lukket og etableres ved hjelp av internett- og/eller videokonferanseteknologi.

Faglige nettverk er en felles møteplass for utveksling av kunnskap og erfaringer. Deltakelse i slike nettverk gir helsearbeidere rom for faglig refleksjon og mulighet for kompetansebygging og styrket tverrfaglig samarbeid.

- **Hospitering**

Hospitering defineres som et tidsavgrenset opphold på en annen arbeidsplass.

Den som hospiterer skal oppdatere sin fagkompetanse eller lære seg noe nytt om arbeidsmåter, teknologi osv¹.

- **Ambulerende team**

Ambulerende team er fagfolk fra spesialisthelsetjenesten som møter fagfolk fra primærhelsetjenesten i forhold til enkeltpasienter eller pasientgrupper.

- **Forskning**

Resultater av forskning er et viktig virkemiddel for å sikre kunnskapsbasert praksis og gjensidig kunnskapsutveksling.

6 OPPFØLGING AV RETNINGSLINJEN

Partene er enige om å utarbeide en oppdatert handlingsplan for å videreføre samarbeid om gjensidig kunnskapsutveksling.

I henhold til samarbeidsavtalen kan ASU opprette faglige samarbeidsutvalg etter behov.

7 AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinje om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

¹ Definisjon hentet fra Fafo-rapport 2010:16, Andersen et al. Kompetanseutvikling gjennom hospitering.

8 IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjen trer i kraft ved signering, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd.

Dersom retningslinjen sies opp, skal ny retningslinjen avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

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

Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

Dato:

.....

.....kommune

Dato:

.....

St. Olavs Hospital HF

RETNINGSLINJER OM SAMARBEID MELLOMKOMMUNE OG ST. OLAVS HOSPITAL HF OM FORSKNING, UTDANNING, PRAKSIS OG LÆRETID.

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

Retningslinjen er inngått mellomkommune og St. Olavs Hospital HF.

2. BAKGRUNN

Denne retningslinjen retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring er utarbeidet i henhold til samarbeidsavtalen punkt 6.2.1.

3. FORMÅL

Retningslinjen skal bidra til gode systemer for samhandling mellom kommunen og HF for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging hos helse- og omsorgspersonell, utdanning av studenter og lærlinger, forskning og innovasjon. Hensikten er å sikre kunnskapsbaserte helsetjenester og trygge og gode pasientforløp. Den skal ivareta forskning, utvikling og formidling av ny kunnskap om helsefremming, forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering i samarbeid med pasienter og pårørende.

Retningslinjen skal sikre dialog preget av gjensidig respekt og med en god ledelsesforankring.

4. VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen gjelder partenes ansatte og tjenesteytere.

5. SAMARBEID OM UTDANNING, PRAKSIS OG LÆRETID

5.1 Forskning og utvikling

Forskning i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenestene må foregå i nær sammenheng med praksisfeltet. Interaksjonen mellom praksis og forskning gir gjensidig nytte i form av gode forskningsspørsmål, bedre forskning og bedre implementering av forskningsresultater i praksis.

Partene skal:

- Etablere felles arenaer for samarbeid mellom FOU- miljøer i helseforetak og kommuner, samt mot høyskoler og universitet
- Utvikle felles satsingsområder for FOU arbeid.
- Utarbeide et system for formidling og implementering av forskningsresultater og ny kunnskap
- Utnytte allerede etablerte FOU- nettverk.
- Samarbeide om nye organisatoriske løsninger som fremmer helse, forebygging, rehabilitering og behandling.

5.2 Utdanning, praksis og læretid

Tiltak:

- Utvikle modeller for kombinasjonsstillinger som er tydelig forankret og sikret finansiering
- Følge opp samarbeidsavtaler med utdanningsinstitusjoner, og involvere disse på et tidlig stadium ved behov for endring innen utdanning og praksis
- Utnytte etablerte samarbeidsorgan med utdanningsinstitusjoner, og formidle et felles utdanningsbehov knyttet til prioriterte satsningsområder
- Utvide etablerte samarbeidsorgan mellom helseforetak og utdanningsinstitusjoner til å omfatte kommunene, skape felles møteplasser
- Arrangere felles internundervisning og fagdager

5.3. Praksisplasser og praksisopplæring til studenter og lærlinger fra ulike utdanningstyper, inkludert samarbeid med definerte utdanningsinstitusjoner

Tiltak:

- Utvikle nye praksismodeller i samarbeid med utdanningsinstitusjonene
- Sikre at praksisarenaer utnyttes ut fra faglig relevans
- Øke veiledningskompetansen hos helsepersonell
- Skape kobling mellom FoU og praksisopplæring
- Samarbeide om lærlingeløp

5.4 Felles etterutdanning, internopplæring og tilbud til lærlinger

Tiltak:

- Utarbeide felles kompetanseutviklingsplaner basert på en analyse av framtidig behov for kompetanse
- Utvikle et felles kompetanseutviklingsprogram som bygger på prinsippene om kurs, veiledning, ferdighetstrening, hospitering og teoretisk fordypning.

6 OPPFØLGING AV RETNINGSLINJEN

Partene er enige om å oppdatere og prioritere tiltak i en handlingsplan for å realisere samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid. I henhold til samarbeidsavtalen kan administrativt samarbeidsutvalg (ASU) opprette faglige samarbeidsutvalg etter behov som skal følge opp intensjonene i retningslinjen.

7 ØKONOMI OG RESSURSER

Partene skal i det videre arbeidet avtale grensesnitt og ressursbruk innenfor retningslinjens virkeområde.

8 AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinje om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

9 IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjen trer i kraft ved signering, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd.

Dersom retningslinjen sies opp, skal ny retningslinjen avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

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

Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

Dato:

Dato:

.....

.....

.....kommune

St. Olavs Hospital HF

Revidert 10.12.

RETNINGSLINJE MELLOMKOMMUNE, ST. OLAVS HOSPITAL OM TJENESTER INNEN SVANGERSKAPSOMSORG, FØDSELSHJELP OG BARSELSOMSORG. RETNINGSLINJEN OMFATTER SAMARBEIDET MELLOM PARTENE I HELE DENNE KJEDEN

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 PARTENE, FORMÅL, MÅLGRUPPE

1.1 Parter

Avtalen er inngått mellom XX..... kommune og St. Olavs Hospital HF. Vedtatt samarbeidsavtale mellom partene , er styrende for denne avtalen.

1.2 Formål

Målet er at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg som en gledelig begivenhet (St.meld. 12 2008-09).

Både helseforetaket og kommunen har ansvar for helheten. Dette omfatter både et helsetilbud av høy faglig kvalitet, en helhetlig og trygg svangerskaps- og fødselsopplevelse og en familievennlig barselomsorg. Helhetlig ansvar og organisering skal ivareta kapasitet, kvalitet, kontinuitet, trygghet og samlet ressursutnyttelse. Gode samhandlingstiltak skal bidra til dette.

Helhetsperspektivet omfatter også andre tjenester som familien kan ha behov for, for eksempel fra NAV eller barnevernet.

1.3 Mål og ambisjoner med avtalen

Det tilstrebes at samme person i tjenesten har kontakt med den enkelte kvinne, for å gi en god kontinuitet i omsorgen.

Retningslinjen for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal bidra til helhetlig omsorg, så den gravide opplever sammenhengende tjenester, hvor personalet kommuniserer og samarbeider godt på tvers av profesjonsgrenser og forvaltningsnivå. Omsorgen skal være kunnskapsbasert og tilpasset den enkeltes behov. Begge parter skal videreutvikle tjenestene med basis i "Helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels – og barselomsorg" i Midt – Norge.

Hensikten med svangerskapsomsorg er å definere friske gravide ("grønne" svangerskap) og kvinner med risiko for komplikasjoner ("røde" svangerskap). De nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorgen (2005) anbefaler at kvinner bør tilbys kontinuitet gjennom svangerskap,

fødsel og barseltid. Det anbefales også at omsorgen er kulturtilpasset og skreddersydd til den enkelte kvinne og familiens behov i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger. Det er anbefalt en mindre vektlegging av fysiske parametere, med en dreining mot veiledning og informasjon som gjør kvinner i stand til å ta informerte beslutninger. Tilbudet til gravide rusmisbrukere utvikles slik dette er beskrevet i planen.

2 ANSVAR

Både helseforetaket og kommunen har ansvar for helheten i forløpet i svangerskap, fødsel og barsel.

De aller fleste svangerskap og fødsler forløper uten komplikasjoner med helsemessige konsekvenser. Derfor er svangerskapsomsorgen et kommunalt ansvar. Ved økt risiko for komplikasjoner eller sykdom hos den gravide, skal svangerskapsomsorgen tilpasses den aktuelle situasjon på faglig forsvarlig måte.

- St. Olavs Hospital er henvisningsinstans ved behov for spesialisthelsetjenester.
- Ansvaret for fødselshjelp og beredskap for følgetjeneste er lagt til St. Olavs Hospital.
- Ansvaret for helsetjenester i barseltiden er delt mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

2.1 Kommunen

Kommunens svangerskapsomsorg er en del av lovpålagte helsefremmende og forebyggende tiltak, og utøves ved fastlegekontoret og på helsestasjonen. Kommunen har et ansvar for å legge til rette for et forsvarlig helsetilbud for den enkelte, og herunder et godt samarbeid mellom faggruppene. Både fastlege og jordmor skal sikre faglig god og trygg helseoppfølging med tanke på det normale svangerskapets utvikling og kvinnens helse under svangerskapet. Ved avdekket risiko skal jordmor og fastlege samarbeide om oppfølgingen. Fastlegen er hovedansvarlig for medisinsk behandling for den enkelte pasient i kommunen.

Kommunen skal legge til rette for at kvinnene i et normalt svangerskap følges opp av jordmor, fastlege, eller en kombinasjon av disse. Ved behov kan andre faggrupper inkluderes i oppfølgingen, for eksempel helsesøster, fysioterapeut eller sosialfaglige. Innen svangerskapsomsorgen tilbys normalt fødsel- og foreldreforberedende kurs eller tilsvarende tiltak. Dette for å styrke foreldrenes kunnskaper og trygghet om graviditet, fødsel og barseltid.

Jordmor yter tjeneste innenfor ordinær arbeidstid. Ved akutte situasjoner i forbindelse med svangerskap er fastlegen, og utenom ordinær arbeidstid legevakt, kommunens medisinske beredskap.

Helsestasjonen skal ta tidlig kontakt med den nye familien og bidra med råd og veiledning i barselperioden, om amming, barnets forventede vektøkning, mors helse og samspill mellom foreldre og barn. Fastlegen kan også bidra i dette.

2.2 St. Olavs Hospital

St. Olavs Hospital tilbyr rådgivning og veiledning, polikliniske konsultasjoner, observasjon i avdeling, transport ved behov for ambulanse eller ekstraskyss, ultralydscreening, fødselshjelp i fødeavdeling, og barselomsorg i avdeling og poliklinikk. Henvising til tjenestene mottas i hovedsak fra jordmor, fastlege eller legevaktlege.

Barselpoliklinikken kan også ved særlige behov bidra med veiledning omkring amming, ernæringsproblem eller sykdomstegn i den første tiden etter fødsel.

2.3 Helhetlige forløp ved risikosvangerskap

Et helhetlig forløp for risikosvangerskap er et felles ansvar mellom kommunen inklusive fastlegen og St. Olavs Hospital. Nasjonale føringer legger særlig vekt på behov for å sikre helhet og kontinuitet for grupper med påvist risiko og spesielle behov. Det krever en oppfølging som er tettere enn et normalt svangerskap. Fordeling av ansvar og oppgaver må avtales tydelig.

Ved definert risikosvangerskap skal fastlege og jordmor og eventuelt andre i kommunen og nødvendige spesialisthelsetjenester ved St. Olavs Hospital samarbeide særskilt om oppfølgingen av den gravide.

Både jordmor og lege kan underveis i samarbeidet henvise til svangerskapspoliklinikk og fødeavdeling, og skal informere hverandre om det som iverksettes. Helsekort for gravide benyttes også av personalet i St. Olavs Hospital.

2.4 Informasjonsutveksling

Foruten Helsekort for gravide er det nødvendig å ha gode rutiner for viktig medisinsk informasjon.

Både henviser og fastlege skal få epikrise eller rapport fra poliklinikken eller avdelingen.

Fødselsrapport inneholder informasjon om fødsel, eventuelle intervensjoner og komplikasjoner med fokus på oppfølging av barnet. Epikrise fra Fødeavdelingen og eventuelt Barne- og ungdomsklinikken inneholder mer utfyllende opplysninger om behandling av mor og barnet.

St. Olavs Hospital og kommunen har en intensjon om at rapporter og epikriser skal sendes elektronisk så snart teknisk løsning er på plass.

3 HANDLINGSPLAN

3.1 Brukermedvirkning

Fødeavdelingen skal etablere et samarbeid med St. Olavs Brukerutvalg. Kommunen og St. Olavs Hospital har som intensjon å utarbeide en brukerundersøkelse i fellesskap.

3.2 Særavtaler

Det er inngått særavtale med aktuelle kommuner om beredskap for følgetjeneste i tråd med Nasjonal veileder "Et trygt fødetilbud".

4 ØKONOMI OG RESSURSER

Partene skal i det videre arbeidet avtale grensesnitt og ressursbruk innenfor avtalens virkeområde.

5 AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinje om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

6 IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjen trer i kraft ved signering, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd.

Dersom retningslinjen sies opp, skal ny retningslinjen avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

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

Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

Dato:

.....

.....kommune

Dato:

.....

St. Olavs Hospital HF

RETNINGSLINJE FOR SAMARBEID MELLOMKOMMUNE OG ST. OLAVS HOSPITAL OM IKT- LØSNINGER OG ELEKTRONISK SAMHANDLING

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 PARTENE, FORMÅL, MÅLGRUPPE OG VIRKEOMRÅDE

1.1 Parter

Avtalen er inngått mellom kommune, benevnt som kommunen og St. Olavs Hospital HF. Vedtatt overordnet samarbeidsavtale mellom partene, er styrende for denne avtalen.

1.2 Formål

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

Tiltakene antas å ha følgende effekter;

Økt kvalitet i utført arbeid

Bedre sikkerhet på forsendelse/ oppbevaring av pasientdata

Forenkling og effektivisering av arbeidsprosesser

Funksjonalitet basert på brukernes behov

Kompetansebygging og utveksling av kompetanse

Mer utveksling av informasjon mellom organisasjoner

Forenklede arbeidsprosesser i samhandlingen

1.3 Målgruppe

Samarbeid om IKT-løsninger og bruk av felles plattform lokalt er av stor betydning for å få til god samhandling. Enkel, rask og pålitelig tilgang til pasientinformasjon kan blant annet sikres ved å ta i bruk standardiserte elektroniske meldinger mellom partene. Kommunen og St. Olavs Hospital og skal legge til rette for og følge opp at informasjonsutveksling foregår elektronisk over Norsk Helsenett. Informasjonsutvekslingen skal inkludere alle som arbeider med samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten; herunder fastlege, fysioterapi, pleie- og omsorgstjenester, habilitering og rehabilitering, helsestasjon, skolehelsetjeneste, jordmortjeneste, private spesialister og apotek.

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

Helseforetaksgruppen har en IKT strategi som er fokusert på å understøtte pasientbehandlingen og sikre IKT løsninger som bidrar til bedre kvalitet og sikkerhet i pasientforløpet.

1.4 Virkeområde (Bør dette punktet tas ut?)

IKT-samarbeidet i samhandlingen mellom kommunen og Helse Midt-Norge vil påvirke arenaene for organisatorisk, teknisk og kunnskapsmessig deling. Det er viktig at partene i gjensidighet og forståelse utvikler kulturelle og faglige ferdigheter i samspillet og i den elektroniske utbredelsen.

Partene beslutter selv hvordan de internt organiserer tjenestene. Samtidig vil felles plattformer for samhandling påvirke rutiner og prosedyrer hos partene – noe som må vektlegges i utbredelse av aktivitetene.

IKT-samarbeidet mellom partene vil bli påvirket av at Helse og omsorgsdepartementet i 2012 legger frem egen Stortingsmelding om ” Helse- og omsorgstjenestene i en digital hverdag ”. Meldingen legges frem i månedsskiftet november/ desember 2012 – og skal behandles av Stortinget våren 2013. Innholdet forventes å få direkte konsekvenser for innholdet i dette vedlegget – med deltakelse i Norsk helsenett/ utvikling av standarder i programvare/ teknologisk plattform for samhandling/ anvendelse av elektroniske løsninger/ personvern/ nasjonal strategisk styring og nasjonale fellesløsninger.

Departementet påpeker i Prop.91 L (lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.) i kapittel 26 Understøtting av elektronisk samhandling – at

”...det vil være hensiktsmessig og nødvendig å ta i bruk pålegg i lov og forskrift som virkemiddel for å kunne oppnå effektiv elektronisk samhandling innen rimelig tid.”
(kap. 26.4.6 side 400)

Det antas at den planlagte St.melding vil avklare tidspunkt for pliktig deltakelse i en elektronisk plattform mellom aktørene i sektoren. I forhold til dette vedlegget bør derfor revisjon skje etter planlagt vedtak våren 2013.

2 SENTRALE PLIKTER, OPPGAVER OG ANSVAR

St. Olavs Hospital og kommunen skal i fellesskap sørge for at det organisatorisk og ressursmessig legges til rette for elektronisk samhandling mellom partene. Partene skal ha etablert en felles plattform for bruk av fagsystemer, henvisninger/ rekvisisjoner og utveksling av meldinger mellom partene etter at stortingsmelding med elektronisk samhandling blir vedtatt av stortinget.

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

3 ANBEFALT FORLØP FOR ETABLERING AV ELEKTRONISK SAMHANDLING (dette punktet bør utgå)

Både St. Olavs Hospital og kommunen er enige om at meldingsløftet, slik det er utprøvd gjennom flere år med pilotkommuner også i Midt – Norge, skal være prioritert for innføring både internt mellom driftsenheter i kommunen og som redskap for meldingsflyt mellom HF og kommuner.

Partene vil anbefale at standardiserte løp for etablering av elektronisk samhandling anvendes. Dette skal detaljeres i henhold til "Norm for informasjonssikkerhet" og kan kort beskrives slik;

Planlegging

- Lage avtale mellom partene
- Kartlegge behov/ kompetanse/ interesser
- Risikovurdering ved innføring/ drift
- Aktivitets-/milepæls-/ ressursplan

Introduksjon

- Kartlegge tekniske forutsetninger
- Bestille tilgang helsenett/ sertifikater og identiteter Norsk helsenett
- Innhente/ installere og teste programvare
- Etablere nettverk for ressursgruppe

Organisatorisk forberedelser

- Definere nettverk/ arbeidsgrupper
- Beskrive prosedyrer/ rutiner og nye roller
- Definere kontaktpersoner/ "help-desk"
- Intern opplæring for ressurs-/ kontaktpersoner

Gjennomføring

- Hovedplan for gjennomføring utarbeides
- Installasjon og kontroll
- Internopplæring systemdrift inkl plan for nye rutiner
- Kvalitetskontroll på plan

Pilotering og drift av elektronisk plattform

- Pilotering av valgte områder for samhandling
- Breeding/ utrulling til alle enheter
- Drifte kvalitetsoppfølging/ meldingsovervåking
- Avvikssystem etableres
- Systematisk oppfølging av resultater / korrektive tiltak

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

4 OPPGAVER OG ANSVAR

4.1 Felles ansvar for kommunen og St. Olavs Hospital

Det må i forbindelse med utbredelse av elektronisk samhandling mellom partene avtales egne rutiner/ prosedyrer for;

Akseptert responstid på meldinger og feilretting
Felles kontaktpunkt for avvikshåndtering/ brudd i kommunikasjon
Driftsavtaler - gjensidige krav hos partene/ felles avtaleverk
Endringer i driften skal planlegges og bekjentgjøres
Felles opplæringsprogram ved felles funksjonalitet
Felles plattform for interaktiv samhandling klinisk (Mowi/ Lync el. a.)
Videreutvikle elektronisk velferdsteknologi mellom kommune og sykehus

Kontaktpunkter/ superbrukere - enheter med elektronisk samhandling

4.2 St. Olavs Hospital

Helseforetakene skal forberede og utvikle sine fagsystemer slik at alle meldinger er tilrettelagt for elektronisk samhandlingen med kommunen, herunder;

eMeldinger
Epikriser/ brev og notat
Rekvisisjoner
Røntgensvar
Laboratoriesvar
Generelle meldinger med forespørsel

Dessuten skal foretaket ha nødvendig kvalitets- og sikkerhetsrutiner knyttet til;

Tjenestelig adressering av meldinger
Kommunikasjon mellom partene gjennom Norsk helsenett
Verifikasjon og godkjenningsrutiner i meldingstjener
Overvåking av meldingstrafikk med definert oppfølgingsansvar
Avvikssystem for oppfølging av ikke ønsket hendelser

4.3 Kommunen

Kommunen skal forberede og utvikle sine fagsystemer slik at alle meldinger er tilrettelagt for elektronisk samhandlingen med foretaket, herunder;

eMeldinger
Innleggelseshenvisninger/ faglige sammendrag og funksjonsopplysninger
Rekvisisjoner
Generelle meldinger med forespørsel

Kommunen skal ha nødvendige kvalitets- og sikkerhetsrutiner knyttet til;

Tjenestelig adressering av meldinger
Kommunikasjon mellom partene gjennom Norsk helsenett
Verifikasjon og godkjenningsrutiner i meldingstjener (server)

Overvåking av meldingstrafikk med definert oppfølgingsansvar
Avvikssystem for oppfølging av ikke ønsket hendelser

Partene er enig om at innføringshastighet og omfang skal tilpasses realistiske rammer. I dette ligger også et forbehold om at leverandørene av de ulike fagsystemene i helsevesenet fortløpende er i stand til å levere nødvendig funksjonalitet i henhold til avtalt tid.

4.4 Oppfølging av avtalen

Partene er enige om å utarbeide en handlingsplan bygd på punkt 4, for å realisere samarbeid om utvikling av IKT løsninger.

I henhold til Overordnet samarbeidsavtale kan administrativt samarbeidsutvalg (ASU) opprette faglige samarbeidsutvalg etter behov som skal følge opp intensjonene i handlingsplanen gjennom et samarbeid mellom kommuner og HF.

5. ØKONOMI OG RESSURSER

Partene skal i det videre arbeidet avtale grensesnitt og ressursbruk innenfor avtalens virkeområde.

6. AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinje om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

7. IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjen trer i kraft ved signering, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd.

Dersom retningslinjen sies opp, skal ny retningslinjen avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

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

Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

Dato:

.....

.....kommune

Dato:

.....

St. Olavs Hospital HF

REDIGERT 1012.2015

RETNINGSLINJE FOR SAMARBEID OM HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE HELSEARBEID MELLOM

.....KOMMUNE OG ST. OLAVS HOSPITAL

Retningslinjen inngår som et obligatorisk element i lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommunen og St. Olavs Hospital HF, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-1 og Lov om spesialisthelsetjenester § 2-1e.

1 PARTENE, BAKGRUNN, FORMÅL, VIRKEOMRÅDE

1. 1. Parter

Retningslinjen er inngått mellom XX..... kommune og St. Olavs Hospital HF. Vedtatt Samarbeidsavtale mellom partene er styrende for denne avtalen.

1.2 Bakgrunn

Denne del avtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 6 første avsnitt nr. 10, samarbeid om forebygging. Et hovedfokus i samhandlingsreformen er å styrke forebyggende innsats og folkehelsearbeid. Folkehelsearbeid er et ansvar for alle sektorer. Det er behov for større innsats for å fremme helse og forebygge sykdom, for å møte dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer. Helsefremmende og forebyggende innsats må rettes mot befolkningen generelt, mot definerte risikogrupper og mot enkeltindivider.

1.3 Formål

Retningslinjen skal sikre god samhandling på områder innen helsefremming og forebygging, hvor både kommunen og helseforetaket har et ansvar for tiltak. Samarbeidet skal også sikre kunnskapsutvikling og kunnskapsdeling og at avtalepartene i størst mulig grad legger kunnskapsbasert praksis og brukermedvirkning til grunn for sin helsefremmende og forebyggende innsats. Dette skal danne grunnlag for gode pasientforløp mellom partene.

1.4 Virkeområde

Retningslinjen regulerer samarbeid mellomkommune og St. Olavs Hospital innen området helsefremmende og forebyggende arbeid.

Retningslinjen omfatter tiltak rettet mot befolkningen generelt, mot definerte risikogrupper og mot enkeltindivider. Samarbeid med avtalepartner vil styrke tiltakenes helsefremmende og forebyggende effekt og muligheten for å lykkes med tiltakene.

Avtalen gjelder for tjenesteområder i kommunen og St. Olavs Hospital som er nevnt under denne avtalens pkt. 4- 6.

2. DEFINISJONER

Folkehelse: Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (ref. Lov om folkehelsearbeid)

Folkehelsearbeid: Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (ref. Lov om folkehelsearbeid)

Helsefremmende tiltak: Tiltak som setter befolkningen i stand til i økt grad å kontrollere og forbedre egen helsetilstand. "Helsefremmende arbeid innebærer «å fylle på » med ting som er gode og positive, og som gjør at vi får det bedre" (ref.NOU 1988:18 Det er bruk for alle)

Forebyggende tiltak: Tiltak for å fjerne, hindre eller stenge for faktorer som kan føre til sykdom, skade eller andre problemer.

Primærforebygging – aktivitet/tiltak/innsats med formål å forhindre at problem, skade eller sykdom oppstår i befolkningen.

Sekundærforebygging – aktivitet/tiltak/innsats med formål å redusere omfang, alvorlighet eller varighet av sykdom/problem som har oppstått. Tidlig diagnostikk inngår her.

Tertiærforebygging – aktivitet/tiltak/innsats med formål å hindre eller begrense følgetilstander av et problem, en skade eller en sykdom som har oppstått.

Lærings- og mestringstilbud er kursvirksomhet som er etablert i tråd med arbeidsmåten innen lærings- og mestringstjenesten (standard metode), hvor tilbudet planlegges, gjennomføres og evalueres i et likestilt samarbeid mellom fagpersoner og brukerrepresentanter. Tilbudet er gruppe- eller kursbasert, avgrenset i tid og kan være diagnosespesifikt eller diagnoseuavhengig med mestring som fellesnevner.

Lærings- og mestringstjenester legger til rette for at personer som har langvarige helseutfordringer og deres pårørende, får økt innsikt og opplever styrket mestring av egen livssituasjon. Langvarige helseutfordringer betegner her utfordringer knyttet til kronisk sykdom, vedvarende psykisk eller fysisk belastning eller nedsatt funksjonsevne.

Frisklivstjeneste tilbyr hjelp til å endre levevaner, primært innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Målgruppen er personer som har behov for støtte til å endre levevaner på grunn av økt risiko for eller begynnende utvikling av sykdom eller lidelse som kan relateres til levevaneområdene.

Frisklivstilbud er strukturert oppfølging, primært gjennom individuell helsesamtale og ulike gruppetilbud innen de nevnte levevaneområdene med fokus på helsefremmende faktorer og mestring av egen helse

Samarbeidsområder innen forebygging som omfattes av denne retningslinje, beskrives i punktene 4- 6.

3. LIVSSTIL OG LEVEVANER

Partene utvikler i fellesskap målrettede levevaneintervensjoner der endring av levevaner er forventet å bedre livskvalitet og prognose. Dette omfatter problemstillinger knyttet til både psykiatri, rus og somatikk. Pasienter kan bli henvist til tiltakene både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Kommunen kan inngå samarbeid med en eller flere andre kommuner om etablering av frisklivssentral eller tilsvarende tiltak.

Den lokale samhandlingsarenaen vil være kommunens frisklivssentral eller tilsvarende tiltak. Dette skal fungere som kommunens kompetansesenter for veiledning og oppfølging når det gjelder levevaner.

Partene skal gjøre slike tilbud kjent for potensielle brukere og for samarbeidspartnere, gjennom lett tilgjengelig informasjon på egne nettsider og ellers på annen måte som finnes hensiktsmessig. Partene skal også sørge for at ulike tiltak er gjort kjent og koordinert i egen organisasjon.

St. Olavs Hospital bidrar inn i kommunens frisklivssentral eller tilsvarende tiltak, med kompetanse og eventuelt ambulerende virksomhet av fagpersoner fra relevante spesialområder

Kommunen og St. Olavs Hospital skal samarbeide om forskning og fagutvikling innen de områdene som avtalen omhandler.

Tidlig intervensjon er vesentlig for god effekt av forebyggende tiltak. Partene skal sammen utvikle gode pasientforløp for å sikre helhetlig oppfølgingen av personer under risiko for utvikling av sykdom.

4. LÆRINGS-OG MESTRINGSTILBUD

Kommunen utvikler lærings- og mestringstilbud. Slike tilbud sees i sammenheng med kommunens utvikling av frisklivssentral eller tilsvarende.

Kommunen kan inngå samarbeid med en eller flere andre kommuner om etablering av lærings- og mestringstilbud.

St. Olavs Hospital videreutvikler sine lærings- og mestringstilbud i tråd med tilsvarende oppbygging i kommunene, slik at partenes tilbud utfyller hverandre på en hensiktsmessig måte.

Kommunen og St. Olavs Hospital skal samarbeide om utvikling og gjennomføring av sine lærings- og mestringstilbud.

Lærings- og mestringstilbud utvikles som sentrale elementer i kommunens helsefremmende og forebyggende innsats. Lærings- og mestringstiltak inngår i så vel primærforebygging, som i sekundær- og tertiærforebygging og er et sentralt element i habilitering og rehabilitering.

5. HELSEOVERVÅKNING OG ANALYSE AV BEFOLKNINGENS HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER

Som grunnlag for sitt folkehelsearbeid og sin forebyggende virksomhet skal kommunen holde oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan påvirke denne. I oversikten inngår også data om forbruk av helsetjenester. Oversikten må baseres på innhenting av informasjon fra en rekke kilder, inklusive fra spesialisthelsetjenesten.

Tilsvarende trenger helseforetaket informasjon og data fra kommunehelsetjenesten for å kunne dimensjonere, utvikle og tilpasse sine tjenester til befolkningens behov.

Brukererfaringer vil være en viktig informasjonskilde når helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal kartlegges og vurderes.

Partene skal bistå hverandre med anonymiserte data for helseovervåkning, fra sine respektive pasientadministrative systemer og eventuelt andre registre, for eksempel skaderegister.

Partene vil sammen arbeide for å videreutvikle datagrunnlag for helseovervåkning og analyse av befolkningens helsetilstand og dennes påvirkningsfaktorer.

6. SAMARBEID OM MILJØ- OG GRUPPERETTEDE FOREBYGGINGSTILTAK INNEN SMITTEVERN, MILJØRETTET HELSEVERN OG BEREDSKAP

Smittevern

Arbeid med smittevern i så vel kommuner som helseforetak, reguleres gjennom smittevernloven og tilhørende forskrifter. Det regionale helseforetaket er pålagt å sørge for tilbud om nødvendig smittevern bistand til kommunale institusjoner, herunder bistand til utarbeidelse og revisjon av infeksjonskontrollprogram, dersom kommunene ønsker det.

Oppklaring og håndtering av utbrudd av smittsom sykdom i kommunen koordineres av kommunens smittevernlege. St. Olavs Hospital bistår i arbeidet med kompetanse innen mikrobiologi, infeksjonsmedisin og smittevern. Bistand fra andre aktører vil også kunne være aktuelt, for eksempel Nasjonalt folkehelseinstitutt, Mattilsynet og Veterinærinstituttet. Ved større hendelser vil avtale om beredskap kunne komme til anvendelse.

Som et ledd i det forebyggende arbeidet forplikter partene seg til samarbeid mellom respektive smittevernleger (sykehus /kommune(r)) om potensielle felles utfordringer. For eksempel gjelder dette smittetilfelle(r) som blir oppdaget i befolkningen eller i institusjoner.

Partene skal sammen se på muligheter for kunnskapsformidling, formalisert samarbeid og eventuell prosjektarbeid innen smittevern. Dette arbeidet organiseres fortrinnsvis som et samarbeid mellom flere kommuner i regionen og med bistand fra St. Olavs Hospital.

Miljørettet helsevern

St. Olavs Hospital vil med sin avdeling for arbeidsmedisin bistå kommunen med råd og veiledning på sammenfallende kompetanseområder.

St. Olavs Hospital vil arbeide for å videreutvikle sin kompetanse innen miljømedisin og miljørettet helsevern, med tanke på økt bistand overfor kommunene i regionen.

St. Olavs Hospital bistår kommunen med råd og veiledning innen relevante fagområder ved uønskede hendelse som truer miljø og befolkning.

7. OPPFØLGING AV AVTALEN

Partene er enige om å utarbeide en oppdatert handlingsplan.

I henhold til samarbeidsavtalen kan ASU opprette faglige samarbeidsutvalg etter behov som skal følge opp intensjonene i handlingsplanen gjennom et samarbeid mellom kommuner og HF.

8. BRUKERMEDVIRKNING

Brukermedvirkning skal ivaretas ved utvikling og gjennomføring av konkrete tiltak beskrevet i denne retningslinje. Brukerrepresentanter rekrutteres ut fra hva som vurderes hensiktsmessig i det enkelte tilfelle og lokal tilhørighet tilstrebes.

9. ØKONOMI

Økonomiske forhold knyttet til partenes bidrag overfor hverandre i helsefremmende og forebyggende tiltak må avklares nærmere. Økonomisk kompensasjon må vurderes opp mot partenes gjensidige veiledningsplikt knyttet til oppfølging av enkeltpasienter/enkeltbrukere.

10 AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinje om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

11 IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjen trer i kraft ved signering, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd.

Dersom retningslinjen sies opp, skal ny retningslinjen avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

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

Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

Dato:

.....

.....kommune

Dato:

.....

St. Olavs Hospital HF

Retningslinje for omforente helseberedskap mellom kommune og St. Olavs Hospital HF.

1 BAKGRUNN

Partene er etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 pålagt å inngå samarbeidsavtale som skal omfatte omforente beredskapsplaner.

Styrende dokumenter:

Lov om Folkehelsearbeid (2012)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011)

Lov om spesialisthelsetjenesten

Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (2010)

Lov om helsemessig og sosial beredskap (2000) med forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv.

Lov om vern mot smittsomme sykdommer (2001/ revidert 2015)

Lov om vern mot brann, eksplosjon og ulykker med farlig stoff og om brannvesenets redningsoppgaver (2002)

Forskrift om kommunal beredskap (7.10.2011)

Systematisk samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeid i kommunene (2009)

NOU nr. 6 2006 - Når sikkerhet er viktigst, beskyttelse av landets kritiske infrastrukturer og kritiske samfunnsfunksjoner

Nasjonalt risikobilde (2014)

ROS Trøndelag 2014 – gitt av fylkesmennene i Sør- og Nord Trøndelag

2 FORMÅL

Retningslinjen forutsetter at tidligere ansvar og arbeidsoppgaver for kommunen og helseforetaket skal videreføres. Denne tjenesteavtale er ment å være et dokument for økt samhandling mellom kommunen og helseforetaket knyttet til oppgaver og ansvarsområder innen samfunnssikkerhet og helseberedskap.

Retningslinjen skal:

Klargjøre ansvar og oppgaver for helseforetaket og kommunen relatert til selvstendige og sammenfallende ansvar og oppgaver knyttet til samfunnssikkerhet.

Bidra til at relevante risiko- og sårbarhetsanalyser blir jevnlig oppdaterte og oppfattet som dekkende for avtalepartenes egne og sammenfallende behov og at de danner grunnlaget for beredskapsplaner.

Sikre at det blir etablert et samarbeid om planlegging og gjennomføring av øvelser på ulike nivå, og at disse som hovedprinsipp tar utgangspunkt i relevante ROS-analyser.

Bidra til at aktuelle områder og tema for kompetanseutvikling og opplæring blir beskrevet og ivarettatt som grunnlag for å sikre at samhandling blir ivarettatt.

Bidra til at sammenfallende beredskapsutfordringer blir utredet og beskrevet løsninger for.

Sikre forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr.

3 VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen omfatter partenes ansvar og oppgaver mht helserelatert kriseberedskap.

3.1 Avgrensninger

Retningslinjen berører ikke ulikheter mellom kommunene hva angår mengde og type beredskapsressurser, responstid etc. Retningslinjen er bindende for hvilke aktiviteter avtalepartene skal velge med sikte på eksempelvis kompetanseheving.

4 DEFINISJONER

4.1 Definisjon av risiko og sårbarhetsanalyse (ROSanalyse)

I tilknytning til analyser av partenes ulike risiko- og sårbarhetsforhold (ROS-analyser), har partene lagt følgende forståelse til grunn for begrepene risiko og sårbarhet;

Risiko uttrykker den fare som uønskede hendelser representerer for mennesker, miljø, økonomiske verdier og samfunnsfunksjoner.

Risiko er et resultat av sannsynligheten/frekvensen for og konsekvensene av uønskede hendelser.

Sårbarhet er et uttrykk for et systems evne til å fungere når det utsettes for en uønsket hendelse, samt de problemer systemet får med å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet. Systemene som vurderes kan være både et overordnet (stort) system, og et underordnet (mindre) system. (NOU 2000:24)

Partene er enige om nødvendigheten av å ha en kvalifisert oppfatning og dokumentasjon av henholdsvis kommunens og helseforetakets risikobilde. I tillegg fremstår det som påkrevd en gang pr år eller oftere hvis særlige risikoforhold tilsier det, i fellesskap å foreta en vurdering av risiko- og sårbarhetsforhold som eventuelt antas å påvirke partenes interesse - og ansvarsområder.

4.2 Definisjon av beredskapsplan

I retningslinjen legger partene følgende forståelse/definisjon av beredskapsplan til grunn;

- Beredskapsplanen skal inneholde en oversikt over hvilke tiltak kommunen/ helseforetaket har forberedt for å håndtere uønskede hendelser. Som et minimum skal beredskapsplanen inneholde en plan for strategisk kriseledelse, varslingslister, ressuroversikt, evakueringsplan og plan for informasjon til befolkningen og media.
- Beredskapsplanen skal være oppdatert og revideres minimum én gang per år. Hver av partene har et selvstendig ansvar for at beredskapsplanen blir jevnlig øvet. For å sikre en best mulig samhandling, er partene enige om minimum årlig å dele beredskapsplaner på strategisk/overordnet nivå med hverandre.

4.3 Definisjon av beredskapsøvelser

I retningslinjen legger partene følgende forståelse/definisjon av beredskapsøvelser til grunn; ”Med beredskapsøvelser forstås avtalepartnerne både planlagte treninger og øvelser på ledernivå som har som hovedformål å sette virksomhetens operative og strategiske ledelse i stand til å håndtere en beredskapshendelse. Beredskapsøvelser skal som hovedprinsipp gjennomføres med forankring til egen og/eller avtalepartners ROS-analyser”.

5 HOVEDOMRÅDER FOR SAMARBEIDET

5.1 Risiko og sårbarhetsanalyser (ROS)

Retningslinjen forutsetter at kommunen og helseforetaket skal legge systematiske og helhetlige ROS-analyser til grunn for utøvelse av retningslinjen. I dette ligger at avtalepartene må ta hensyn til følgende;

- Regionale ROS-analyser utarbeidet av fylkesmannen og/eller fylkeslegen samt RHF
- Lokale ROS-analyser foretatt av kommunen eller det aktuelle helseforetaket

For det regionale perspektivet vil det ved inngåelse av retningslinjen i 2011/212 være med henvisning til ROS - Trøndelag revidert 2014.

Kommunens ansvar relatert til ROS - analyser fremgår dette bl.a. av «Forskrift om kommunal beredskap».

Helseforetakets ansvar framgår av § 3 i forskrift av 23. juli 2001 om Beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid.

Partene er enige om å forplikte seg til jevnlig å oppdatere hverandre om resultatet av ROS-analyser. For kommunen gjelder dette både kommunens overordnede ROS-analyse, og tilsvarende analyser fra relevant kommunal sektor eller tjenestoområde.

Partene enige om gjensidig oppdatering av aktuelle ROS-analyser, og at dette kan skje gjennom regelmessig aktivitet i den enkelte kommunes beredskapsråd, alternativt i fora hvor flere kommuner samarbeider om regionale beredskapsråd.

5.2. Omforente beredskapsplaner

Avtalepartene har i fellesskap identifisert følgende referanser knyttet til lov- eller forskriftskrav til beredskapsarbeid;

Felles lov- og forskriftskrav;

Lov om helsemessig og sosial beredskap, § 2

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. (etter lov om helsemessig og sosial beredskap) § 1 – 6

Smittevernloven § 7-2 og -3

I tillegg gjelder følgende særlover/forskrifter for kommunens arbeid med beredskap;

Sivilbeskyttelseslovens §§ 14 og 15

Forskrift om kommunal beredskap

Brann- og eksplosjonsvernloven kap. 3

Partene er enige om at gjensidig oppdatering av partenes beredskapsplaner kan skje gjennom den enkeltes kommunes beredskapsråd, alternativt fora hvor flere kommuner samarbeider om Regionale beredskapsråd.

Partene er enige om at omforente beredskapsplaner deles fortløpende, og at de bygger på kjente og eventuelle felles ROS-analyser.

5.3. Planlegging og gjennomføring av øvelser

For å oppnå en god samfunns- og ressursutnyttelse, vil felles planlegging, gjennomføring og evaluering av beredskapsøvelser være en forutsetning.

Kommunens ansvar relatert til planlegging og gjennomføring av øvelser fremgår av Beredskapsforskriften § 7 og 8, hvor kommunens beredskapsplan skal øves hvert annet år.

Helseforetakets ansvar angir at virksomheten skal sørge for at personell som er tiltenkt oppgaver i beredskapsplanen er øvet og har nødvendig beskyttelsesutstyr og kompetanse.

Partene er enige om at planlegging og gjennomføring av øvelser som involverer strategisk ledelse i størst mulig grad skal samordnes.

I avtaleperioden har partene blitt enige om å gjennomføre beredskapsøvelse minimum hvert annet år hvor kommunens og helseforetakets strategiske ledelse blir øvd.

Øvelser avtales nærmere. Øvelsesaktivitet ses i sammenheng med lokale øvelsessentra og Fylkesmannens øvelser i kommunene. Kommunene og St. Olavs Hospital forplikter seg til å delta i Fylkesmannens øvelser.

5.4 Kompetanseutvikling og opplæring

Partene har en felles målsetting relatert til å lære av daglig drift samt simulerte og reelle hendelser, og på denne måten utvikle en robust og trygg organisasjon som er i stand til å samhandle med avtalepartner og andre relevante aktører.

5.5 Løsning av konkrete beredskapsutfordringer

Koordinering av informasjon, beslutninger og ressurser vil alltid være krevende ved større hendelser.

Partene er enige om at en av flere løsninger for denne beredskapsutfordringen er at partene anvender kriseverktøyet CIM som hovedverktøy for de beskrevne aktiviteter, og aktivt deler dette med avtaleparten.

CIM som samhandlingsplattform mellom partene antas også å gi rom for forbedret koordinering med eksempelvis lokalt politidistrikt og fylkesmannen.

5.6 Forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr

Partene har i fellesskap erkjent at omforent beredskap med sikte på god forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr er direkte relatert både til sentrale myndigheters politikk, men også eventuelle utenrikspolitiske forhold.

Partene forplikter seg like fullt til å samarbeide om å utvikle koordinerte og eventuelt felles beredskapsplaner med tanke på best mulig å ivareta slike utfordringer lokalt.

Partene vil utforme en felles, eventuelt omforent(e) beredskapsplan(er) som beskriver løsninger for disse utfordringene.

6 AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinje om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

7 IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjen trer i kraft ved signering, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd.

Dersom retningslinjen sies opp, skal ny retningslinjen avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

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

Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

Dato:

.....

.....kommune

Dato:

.....

St. Olavs Hospital HF

Retningslinje om planer for den akuttmedisinske kjeden mellom kommune og St. Olavs Hospital HF.

1 Bakgrunn

Partene er etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 pålagt å inngå samarbeidsavtale som skal omfatte omforente planer for den akuttmedisinske kjeden

Styrende dokumenter:

Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene

Lov om spesialisthelsetjenester

Lov om helsepersonell

Lov om pasient - og brukerrettigheter

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) (2015)

Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2000-14.4 – endret 5.12. 14)

2 Formål

Retningslinjen skal forplikte partene til å videreføre og utvikle samarbeidet innenfor den akuttmedisinske kjede. Når det gjelder samarbeid om akutthjelp til enkeltpasienter vises også til andre retningslinjer (pkt. nr. 3 og nr.5, retningslinjer for innleggelse).

3 Virkeområde

Retningslinjen omfatter partenes ansvar og oppgaver i forhold til den akuttmedisinske kjeden

3.1 Avgrensninger

Retningslinjen berører ikke ulikheter mellom kommunene hva angår hvilken legevaktsentral eller beredskapsordning på dagtid som er valgt i den enkelte kommune.

4 Definisjoner

Den akuttmedisinske kjede

Den sammenhengende kjede av prosesser som skal omfatte kommunikasjon, roller og kvalifisert helsemessig innsats for å avklare, transportere og behandle pasienter med plutselig oppstått behov for medisinsk hjelp, dvs. fra helsetjenesten varsles til pasient er blitt mottatt i sykehuset.

Den akuttmedisinske kjede omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunalt helsepersonell i vakt, bil-, båt, og luftambulanser, nødmeldetjenesten og mottak for øyeblikkelig hjelp innleggelser i kommuner og helseforetak.

5 Plan for den akuttmedisinske kjede

Kommunen har ansvar for:

1. en døgnåpen legevaktordning / legevaktsentral med fast telefonnummer som er lett tilgjengelig/bekjentgjort for befolkningen og AMK, og som bygger på allmennmedisinsk kunnskap.
2. at lege i beredskap er kjent med plikten til å være tilgjengelig i, har fått opplæring i og behersker bruk av helsetjenestens nødnett.
3. å påse at lege i beredskap i legepraksis eller legevakt er tilgjengelig på radio og via Legevaktsentralen
4. at legene har kontaktinformasjon (kjennskap til relevante tlf nr) om AMK-sentralen og de retningslinjer som er avtalt vedrørende innleggelser/henvisning for vurdering, samt gjeldende melde- og konferanserutiner vedrørende øyeblikkelig hjelp pasienter.

Helseforetaket har ansvar for:

1. et godt bemannet og utstyrt mottakssted (akuttmottak) der pasienten raskt blir vurdert og evt behandlet, og henvises videre dit det er hensiktsmessig
2. at mottaksstedets personell har nødvendig kjennskap til nødvendige logistiske rutiner
3. ambulanseberedskap i kommunen, samt alarmering og koordinering av ambulanse ved behov
4. opplysning om mottakssted ved kontakt mellom henvisende lege og AMK-sentralen
5. å videreføre ordningen med tilgjengelige erfarne leger/bakvakter for evt avklaring av hensiktsmessige behandlingsforløp
6. å drive AMK sentral som raskt kan motta og videreformidle meldinger og rekvirere ambulanse, politi og andre ressurser som kreves
7. alarmering og involvering av legevaktlegen i akutte situasjoner som oppstår i kommunen

Partene plikter å:

1. drøfte strukturelle endringer som angår legevaktordning eller ambulanseberedskap med hverandre før endringer besluttet
2. benytte samsvarende system for fastsetting av hastegrad ved mottak av telefonhenvendelser og rekvirering av ambulanse (vanlig-haste-akutt, jmf Medisinsk Index)
3. informere hverandre om faktiske tilbud i de ulike tjenester i kjeden som sikrer at pasienter så raskt som nødvendig kommer frem til riktig behandlingssted/-nivå
4. informere hverandre om beredskap ut over det normale ved større arrangement
5. avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp funksjoner, for å unngå overlapping i, og usikkerhet om hvilket tilbud som gis hvor
6. i fellesskap utarbeide samarbeidsrutiner som skal godkjennes i henhold til samarbeidsavtalen. Dette skal trygge pasientforløpet i den akuttmedisinske kjeden og sikre god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner
7. delta i planlegging, mottak og bruk av nytt nødnett som er under utbredelse nasjonalt
8. avklare og beskrive ansvar, roller og rutiner for utrykning og samhandling i akutte situasjoner (alvorlig sykdom og traumer) i henhold til gjeldende lovverk
9. identifisere og beskrive behov for teoretisk kunnskapsøkning og praktiske øvelser innenfor området akuttmedisinske kjede og samhandling, inklusive nødnett
10. tilrettelegge for kurs, eventuelt i samarbeid med andre aktuelle aktører
11. tilrettelegge for opplæring og trening til personell som inngår i lokale akuttmedisinske team, herunder kurs som for eksempel Kommune-BEST (bedre og systematisk traumetrening i kommunehelsetjenesten)
12. ta initiativ til og delta i tilrettelagt opplæring og øvelser, herunder å ivareta sin forholdsvis andel av kostnadene
13. gjøre retningslinjen kjent i respektive organisasjoner

6 AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinje om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

7 IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjen trer i kraft ved signering, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd.

Dersom retningslinjen sies opp, skal ny retningslinjen avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

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

Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

Dato:

.....

.....kommune

Dato:

.....

St. Olavs Hospital HF

Retningslinje 12

Samarbeid om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring

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

1 Parter

Retningslinjen er inngått mellom xxx kommune og St. Olavs Hospital HF, heretter benevnt kommunen og helseforetaket.

2 Formål

Partene er enige om å etablere felles retningslinjer for registrering, behandling og oppfølging av avvik i tråd med partenes kvalitetssystem. Hensikten er å sikre kvalitet, gjensidig læring, pasient- og brukersikkerhet i overgangen mellom kommunen og helseforetaket.

3 Virkeområde

Retningslinjen gjelder avvikshåndtering og kvalitetsforbedring i forhold til etterlevelse av avtaler partene har inngått med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

4 Systematisk avvikshåndtering og kvalitetsforbedring

Partene er pliktig å gjøre sine ansatte kjent med avtale- og avvikssystemet slik at avvik blir registrert.

Partene har en intensjon om at det skal utvikles et felles elektronisk avvikssystem, primært bør dette skje på nasjonalt nivå.

4.1 Rutiner for avvikshåndtering og kvalitetsforbedring

ASU sørger for utarbeidelse av rutiner for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser og forbedringsforslag mellom kommunene og helseforetaket. Rutinene skal sikre:

- Felles prinsipper om hva skal melde og prosedyrefeste dette.
- Felles system for kategorisering av hendelsene, inkludert alvorlighetsgrad.
- Avklare intern saksgang før avviket oversendes.
- Rutiner for læring og erfaringsdeling

ASU godkjenner forslag til rutiner, sikrer implementering og sørger for årlig gjennomgang av rutinene. Rutiner for kvalitetsforbedring og avvikshåndtering skal evalueres i forbindelse med revisjon av denne retningslinjen.

4.2 Opprette faglig samarbeidsutvalg

Partene er enige om å opprette et faglig samarbeidsutvalg for avvikshåndtering og kvalitetsforbedring for oppfølging av rutinene som vedtas.

ASU vedtar mandat og sammensetning av utvalget og holdes løpende orientert om arbeidet.

Utvalget skal sørge for at informasjon fra utvalgets arbeid formidles til ansatte i egne organisasjoner.

5 AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinje om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

6 IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjen trer i kraft ved signering, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd.

Dersom retningslinjen sies opp, skal ny retningslinjen avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

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

Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

Dato:

.....

.....kommune

Dato:

.....

St. Olavs Hospital HF

SAKSFRAMLEGG

<i>Saksnr</i>	<i>Utvalg</i>	<i>Motedato</i>
16/4	Formannskapet	19.01.2016

Saksbehandler: Siv Iren Stormo Andersson**Forespørsel fra Ørland kommune om å utrede felles jordmortjeneste**

Vedlegg:

1 VS: Forespørsel til Bjugn kommune ang jordmortjenesten

Sakens bakgrunn og innhold:

Da kommunestyret i Ørland behandlet budsjett 2016 og økonomiplan 2016-2019, fattet de vedtak om blant annet følgende:

«Det er behov for styrket jordmortjeneste og vi foreslår at Ørland kommune tar initiativ overfor Bjugn kommune og får organisert en felles jordmortjeneste for Ørland og Bjugn. Vi vil styrke jordmortjenesten med 30 % stilling under forutsetning av at Bjugn kommune bidrar med tilsvarende ressurs. Dette utgjør ca 300 000 kr og dekkes over økte frise inntekter».

Rådmannen legger nå saken frem til foreløpig behandling i formannskapet før man starter en mer omfattende prosess med utredning.

Vurdering:

Historisk så har Bjugn og Ørland lange tradisjoner på å samarbeide om jordmortjeneste. Fagmiljøet, i den grad man kan benevne en medarbeider som et miljø, både i Ørland og i Bjugn, har ved gjentatte anledninger tatt til orde for at det bør være en felles jordmortjeneste i Bjugn og Ørland. Dette for å kunne etablere et faglig fellesskap og bidra til at en sårbar tjeneste kan bli litt mindre sårbar.

Rådmannen ønsker initiativet fra Ørland velkommen.

Samtidig skylder rådmannen å gjøre oppmerksom på at styret i Fosen Helse IKS har vedtatt å utrede en felles jordmortjeneste for hele Fosen. Denne utredningen vil bli startet opp på nyåret. Rådmannen legger ikke opp til at vi skal trekke oss fra denne utredningen, men i stedet tilstrebe å se på utredningene som to alternativ.

Hva er jordmortjenesten?

Vi kan grovt sett dele inn jordmortjenesten som ytes i distriktet i to:

1. Svangerskapsomsorgen og for vår del; ammeveiledning. Dette er kommunens ansvar og er hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven. Slik formannskapet er klar over, har Bjugn en 60 % stilling til dette formålet.
2. Følge og beredskapstjenesten. Dette er en ordning som gjelder for kommuner som har >1,5 time reisevei til sykehus, (beregnet fra kommunesentret) den er et spesialisthelsetjenesteansvar. Ordningen finansieres fullt ut av St Olavs Hospital HF. Sykehuset har inngått en avtale med Fosen kommunene via fosen Helse IKS om å

bemanne og administrere to vakt distrikt på Fosen, der Ørland og Bjugn er ett av disse.

Vårt vaktdistrikt er beregnet til 3x 40 % stillingsressurs. I tillegg er det avsatt en 10 % stilling fra hvert vaktdistrikt til å dekke ressursen til å koordinere ordningen på Fosen.

Bjugn og Ørland har hatt ansvar for hver sin 40 % i vaktordningen. Den resterende 40 % har vært dekket ved at Fosen har vært slått sammen til ett vaktdistrikt, og fødende har fått bistand av jordmor fra Åfjord eller Rissa. Tilsvarende har vært gjort motsatt vei når det av ulike årsaker har vært ledige vakter i det andre vaktdistriktet.

Vår egen jordmor har altså en stillingskombinasjon med 60 % + 40 %.

I den senere tid har vi sett at det er uro knyttet til følge og beredskapstjenesten. Dette skyldes to forhold:

Jordmor i Ørland har rettmessig fått innvilget permisjon fra halvparten av sine vakter.

Åfjord og Rissa har sagt at de ikke lenger vil bære belastningen det er å ha vakt for hele Fosen når vårt vakt distrikt har ledige vakter.

Både Bjugn og Ørland har en sårbar jordmortjeneste all den tid det kun er ett menneske med jordmors kompetanse i hver kommune.

Rådmannen har merket seg at vedtaket gjort i Ørland kommunestyre forutsetter en tilsvarende økning i Bjugn. Til dette er det verdt å merke seg at Bjugn som sagt har 60% stillingsressurs til tjenesten, mens Ørland har 40% tilsvarende stillingsressurs. Rådmannens vurdering er at vi i Bjugn har tilstrekkelig ressurs til svangerskapsomsorg i den eksisterende 60%.

En utredning om felles jordmortjeneste vil måtte si noe om hvor og hvordan jordmortjenesten skal organiseres.

Folkehelsevurdering:

God svangerskapsomsorg er en grunnleggende helsetjeneste og vi i Bjugn har grunn til å være stolte av eget tjenestenivå og tjenestekvalitet. Tilbakemeldinger fra kvinner som går hos jordmor tilsier det. Opprettholdelse av nivået vil sørge for at kommende bjugninger og deres mødre får en god start på livet.

Oppsummering:

Saken handler først og fremst om at Ørland kommune inviterer til å utrede muligheten for en felles jordmortjeneste i Bjugn og Ørland. Rådmannen mener at initiativet er riktig.

Rådmannen mener også at den gode erfaringen vi har i Bjugn med vår jordmortjeneste taler for at Bjugn kan være vertskommune for ordningen, men avventer naturligvis hva utredningen kommer frem til.

Etter nærmere avklaring med St Olavs Hospital HF, vil rådmannen anbefale at Ørland og Bjugn utlyser en 40% stilling (alternativt 60%stilling) til å dekke vakanser i følge og beredskapstjenesten for vårt vaktdistrikt. Dette finansieres i så fall i sin helhet av St Olavs hospital HF.

Rådmannens innstilling:

Rådmannen utreder felles jordmortjeneste med Ørland og kommer tilbake med en sak om dette til kommunestyret for behandling 1.mars 2016.

Bjugn kommune
Rådmannen
Postmottak
7160 BJUGN

Deres ref.

Vår ref.
156/2016/150/MARERV

Dato
07.01.2016

FORESPØRSEL OM JORDMORTJENESTEN

På bakgrunn av vedtak i kommunestyret i Ørland kommune 17.12.15 som gjelder jordmortjenesten kommer denne forespørselen til Bjugn kommune om organisering av felles jordmortjeneste, og en styrking av ressurs på jordmortjenesten.

Vedtaket i sak 15/108 Ørland kommune – Budsjett 2016 og økonomiplan 2016-2019, som gjelder jordmortjenesten er som følger:

«Det er også behov for styrket jordmortjeneste og vi foreslår at Ørland kommune tar initiativ overfor Bjugn kommune og får organisert et felles jordmortjeneste for Ørland og Bjugn. Vi vil styrke jordmortjenesten med 30 % stilling under forutsetning av at Bjugn kommune bidrar med tilsvarende ressurs. Dette utgjør ca 300.000 kr og dekkes over økte frie inntekter.»

Det er ønskelig med en snarlig tilbakemelding fra Bjugn kommune om dette kan være av interesse.

Med hilsen
Marit Knutshaug Ervik
kommunalsjef helse og velferd

Dette er et elektronisk godkjent dokument og har derfor ingen underskrift.

SAKSFRAMLEGG

<i>Saksnr</i>	<i>Utvalg</i>	<i>Motedato</i>
16/5	Formannskapet	19.01.2016
	Kommunestyret	

Saksbehandler: Solfrid Lund

Revidering vedtekter for Fosen Regionråd**Vedlegg:**

1 Brev til kommunene ang politisk behandling - Revidering av vedtekter

Sakens bakgrunn og innhold:

I skriv av 05.01.16 anmoder Fosen Regionråd om politisk behandling av forslag til reviderte vedtekter for Fosen Regionråd. Skrevet vedlagt forslag til nye vedtekter vedligger..

Vurdering:

Forslaget kommer som et følge av et ønske om endring av vedtektenes § 5 pkt. 7 for utvidelse av arbeidsutvalget med et medlem. Bakgrunnen for dette er de konstellasjoner som nå er på gang i regionen når det gjelder kommunestruktur.

Vedtektene er ikke endret siden 2004, og det foreslås at det samtidig tas med noen mindre korrigeringer av §§ 1 og 3 som følge av at tidligere Mosvik kommune ikke lenger er medlem.

Folkehelsevurdering:

Ingen relevans.

Oppsummering:

Rådmannen anbefaler at foreslåtte endringer i vedtektene for Fosen Regionråd godkjennes slik de er framlagt.

Rådmannens innstilling:

Bjugn kommunestyre godkjenner framlagte forslag til endrede vedtekter for Fosen Regionråd dat. 18.12.15.



Medlemskommunene i Fosen Regionråd
v/ordfører

VÅR REF.: Vidar

DERES REF.:

DATO: 05.01.16

Anmodning om politisk behandling

Styret i Fosen Regionråd har i sitt møte den 18.12.15, behandlet

Sak 24/15 Revidering av vedtektene for Fosen Regionråd

Styrets vedtak:

1. *Styret i Fosen Regionråd foreslår at medlemskommunene fatter vedtak om revidering av vedtektene for Fosen Regionråd, sist endret 31.08.04 slik det fremgår av saksfremlegget og vedlagte korrigererte forslag til vedtekter.*
2. *Saken oversendes medlemskommunene for kommunestyrebehandling og snarlig tilbakemelding om vedtak.*

Vi ber med dette om at kommunene behandler saken i kommunestyrene, slik det fremgår av § 9, og gir tilbakemelding til Fosen Regionråd med utskrift av vedtak.

Med vennlig hilsen
Fosen Regionråd

Vidar Daltveit
daglig leder

Vedlegg: Særutskrift av styresak 24/15
Vedtekter for Fosen Regionråd, vedtatt i styret i sak 24/15

*Fantastiske
Fosen*



Behandlet av:	Saks-nr.:	Møte-dato:	Saks-beh.:	Navn på saken
Rådmannsgruppa	25/15	27.11.15	VD	Revidering av vedtektene for Fosen Regionråd
Arbeidsutvalget	24/15	08.12.15	VD	
Styret	24/15	18.12.15	VD	

Vedlegg:

1. Sak fra rådsmøte 13.11.15, sak 06/15
2. Gjeldende vedtekter for Fosen Regionråd m/forslag til korrigeringer (*eget Pdf-dokument*)

Saksfremstilling:

Vedtektene for Fosen Regionråd ble sist revidert 31. august 2004.

Med bakgrunn i rådsmøtets vedtak i sak 06/15 *Utvidelse av Arbeidsutvalget i Fosen Regionråd (ekstrasak)* legges det nå frem forslag til revidering av vedtektene.

Rådets enstemmige vedtak:

1. Rådet vil anbefale at styret foreslår endringer av vedtektene slik det fremkom i debatten og oversender forslag til endringer for behandling i medlemskommunene.
2. Med forbehold om kommunestyrenes godkjenning av vedtektsendringene vil Rådet anbefale at ordfører Tom Myrvold velges som ekstra medlem i Arbeidsutvalget.

I rådets møte fremkom følgende:

I forbindelse med arbeidet i valgmennda foran valget av styreleder og nestleder har det kommet frem et ønske om å utvide Arbeidsutvalget (styreleder, nestleder og leder i rådmannsgruppen) med ett styremedlem i tillegg til styreleder og nestleder. Grunnen til dette er at det i forbindelse med arbeidet med kommunereformen ser ut til å kunne bli en «tredeiling» av medlemskommunene; Rissa og Leksvik, Ørland og Bjugn og sannsynligvis en konstellasjon der i alle fall Åfjord og Roan inngår. Det vil da være ønskelig med ett styremedlem fra hver av disse «kommunegruppene» i Arbeidsutvalget. En slik endring av sammensetningen av Arbeidsutvalget vil kreve endringer av Fosen Regionråd sine vedtekter, § 5, pkt 7.

Sekretariatet opplyser at dersom vedtektene skal endres så bør det også tas med noen mindre korrigeringer av §§ 1 og 3 som følge av at tidligere Mosvik kommune ikke er medlem i Fosen Regionråd lenger.

§ 9 sier at: «Endring av vedtektene kan foreslås av styret eller av de deltagende kommuner og vedtas gjennom kommunestyrebehandling i deltakerkommunene.»

Dette er ikke en fullstendig gjennomgang av vedtektene men kun en korrigering. Når vi først er inne og gjør endringer bør vi rette opp åpenbare feil og mangler med det gjeldende vedtektsettet.

Ut fra rådets vedtak vil sekretariatets fremme følgende forslag til vedtak:

1. Styret i Fosen Regionråd foreslår at medlemskommunene fatter vedtak om revidering av vedtektene for Fosen Regionråd, sist endret 31.08.04 slik det fremgår av saksfremlegget og vedlagte korrigerende forslag til vedtekter.
2. Saken oversendes medlemskommunene for kommunestyrebehandling og snarlig tilbakemelding om vedtak.

Rådmannsgruppens enstemmige innstilling:

1. Styret i Fosen Regionråd foreslår at medlemskommunene fatter vedtak om revidering av vedtektene for Fosen Regionråd, sist endret 31.08.04 slik det fremgår av saksfremlegget og vedlagte korrigerende forslag til vedtekter.
2. Saken oversendes medlemskommunene for kommunestyrebehandling og snarlig tilbakemelding om vedtak.

Arbeidsutvalgets behandling:

Arbeidsutvalget gjennomgikk det utsendte forslaget og vil anbefale noen språklige korrigeringer i §5, pkt 7. Disse korrigeringene er tatt inn i det vedlagte forslag til vedtekter.

Arbeidsutvalgets innstilling:

1. Styret i Fosen Regionråd foreslår at medlemskommunene fatter vedtak om revidering av vedtektene for Fosen Regionråd, sist endret 31.08.04 slik det fremgår av saksfremlegget og vedlagte korrigerende forslag til vedtekter.
2. Saken oversendes medlemskommunene for kommunestyrebehandling og snarlig tilbakemelding om vedtak.

Styrets vedtak:

1. Styret i Fosen Regionråd foreslår at medlemskommunene fatter vedtak om revidering av vedtektene for Fosen Regionråd, sist endret 31.08.04 slik det fremgår av saksfremlegget og vedlagte korrigerende forslag til vedtekter.
2. Saken oversendes medlemskommunene for kommunestyrebehandling og snarlig tilbakemelding om vedtak.



TIL:
Rådet i Fosen Regionråd

FRA:
Sekretariatet/ VD
Møtedato: 13.11.15

SAK:

Sak 06/15 Utvidelse av Arbeidsutvalget i Fosen Regionråd (ekstrasak)

Vedlegg:

Ingen

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt):

Ingen

Saksframstilling:

Ovennevnte sak ble satt på dagsorden i rådets møte.

Behandling i møtet:

I forbindelse med arbeidet i valgmennda foran valget av styreleder og nestleder har det kommet frem et ønske om å utvide Arbeidsutvalget (styreleder, nestleder og leder i rådmannsgruppen) med ett styremedlem i tillegg til styreleder og nestleder. Grunnen til dette er at det i forbindelse med arbeidet med kommunereformen ser ut til å kunne bli en «tredeling» av medlemskommunene; Rissa og Leksvik, Ørland og Bjugn og sannsynligvis en konstellasjon der i alle fall Åfjord og Roan inngår. Det vil da være ønskelig med ett styremedlem fra hver av disse «kommunegruppene» i Arbeidsutvalget.

En slik endring av sammensetningen av Arbeidsutvalget vil kreve endringer av Fosen Regionråd sine vedtekter, § 5, pkt 7.

Sekretariatet opplyser at dersom vedtektene skal endres så bør det også tas med noen mindre korrigeringer av §§ 1 og 3 som følge av at tidligere Mosvik kommune ikke er medlem i Fosen Regionråd lenger.

§ 9 sier at: «Endring av vedtektene kan foreslås av styret eller av de deltakende kommuner og vedtas gjennom kommunestyrebehandling i deltakerkommunene.»

Med bakgrunn i valgmenndas innstilling og rådets vedtak i saken 04/15 og 05/15 vil valgmennda fremme følgende forslag:

Valgmennda tillater seg i tillegg å foreslå at arbeidsutvalget utvides med ett medlem, og at vedtektene endres i samsvar med dette.

Rådets enstemmige vedtak:

1. Rådet vil anbefale at styret foreslår endringer av vedtektene slik det fremkom i debatten og oversender forslag til endringer for behandling i medlemskommunene.
2. Med forbehold om kommunestyrenes godkjenning av vedtektsendringene vil Rådet anbefale at ordfører Tom Myrvold velges som ekstra medlem i Arbeidsutvalget.

VEDTEKTER

FOR

FOSEN REGIONRÅD

Vedtatt: 13.06.88
Revidert: 14.08.89, 20.03.92, 08.04.94,
09.12.94, 03.11.03 med tillegg av § 13 den 31.08.04.
18.12.15

- § 1. Fosen regionråd er et samarbeidsorgan for kommunene Bjugn, Osen, Rissa, Roan, Ørland og Åfjord i Sør-Trøndelag fylke samt Leksvik kommune i Nord-Trøndelag fylke.
- § 2. Virksomheten i rådet skal ha som formål å bidra til en positiv utvikling av næringsliv og offentlig service i regionen. Regionrådet skal ta hånd om arbeidsoppgaver som med fordel kan løses for kommunene i fellesskap.

Etter anmodning eller på eget initiativ kan regionrådet avgi uttalelser samt fungere som rådgivende organ i saker av regional karakter.

Dersom regionrådet finner det hensiktsmessig, kan det påta seg oppdrag for en eller et begrenset antall kommuner. Regionrådet kan også påta seg oppgaver for bedrifter/organisasjoner.

- § 3. Regionrådet (Rådet) skal bestå av ordførerne i hver av de 7 deltakerkommunene. Kommunestyrene velger i tillegg en tilleggsrepresentant samt to personlige varamedlemmer. Oppnevningen skjer for kommunevalgperioden. Rådmennene i deltakerkommunene, samt sekretariatets leder, deltar på rådets møter med tale- og forslagsrett.
- § 4. Regionrådet skal innen utgangen av november avholde møte for å diskutere arbeidsplan for kommende års virksomhet, samt årsmøte hvert år innen utgangen av juni. Ekstraordinært årsmøte kan avholdes dersom styret vedtar det, eller når minst to av de deltakende kommuner forlanger det. Til årsmøtet skal medlemmene innkalles med minst 2 ukers varsel. Med innkallingen skal følge forslag til årsmelding og regnskap. Innkalling til andre møter i rådet skjer med minst 1 ukes varsel.

Styret skal bestå av ordførerne fra de deltakende kommuner med varaordfører som personlig varamedlem. Rådmennene fra kommunene møter med tale- og forslagsrett. Rådet velger leder og nestleder blant styrets medlemmer med funksjonstid på 2 år. Styret utpeker en valgnemnd bestående av 2 av styrets medlemmer til å forberede valg av leder, nestleder og medlem av arbeidsutvalget, jf. §5 pkt 7..

Lederen i styret leder rådets møter.

Alle saker blir avgjort ved simpelt flertall (med unntak av §§10, 11 og 12). Ved likt stemmetall avgjør lederens stemme utfallet, unntatt ved valg som i så fall blir avgjort ved loddtrekning.

- § 5. Regionrådets styre har følgende oppgaver:
1. Iverksette vedtak i samsvar med retningslinjer gitt av rådet.
 2. Ta opp til behandling saker som er framlagt av sekretariatet, kommuner eller interessegrupper i regionen.
 3. Nedsette utvalg eller engasjere konsulenter til konkrete utredningsoppgaver innenfor rammen av vedtatt budsjett.

4. Arrangere møter og lignende samt skaffe aktuelle foredragsholdere.
 5. Legge fram årsmelding, regnskap, budsjettforslag og arbeidsplan.
 6. Tilsette daglig leder og annet personell ved sekretariatet samt fastsette lønn og arbeidsvilkår for disse.
 7. Dersom styret finner det hensiktsmessig kan det opprettes et arbeidsutvalg bestående av styrets leder, nestleder og ett styremedlem , samt en representant fra rådmannsgruppen (utpekt av rådmannsgruppen).
- §6. Den daglige virksomhet ledes av en sekretariatsleder. Sekretariatet skal ha kontorsted sentralt på Fosen.
- Vertskommunen bærer utgiftene til husleie, lys, varme og renhold.
Vertskommunens revisor fungerer som regionrådets revisor.
- Sekretariatslederen, som skal påse at det føres protokoll over alle rådets beslutninger, deltar i styrets møter med tale- og forslagsrett.
- Sekretariatet skal, i den utstrekning styret finner det hensiktsmessig, også fungere som sekretariat for andre permanente eller midlertidige interkommunale organ og utvalg som arbeider innen regionrådets virkefelt.
- §7. Innen utgangen av september utarbeider styret budsjett for virksomheten for det kommende år. Budsjettets nettoutgift fordeles på de deltakende kommuner på grunnlag av en vedtatt fordelingsnøkkel som bla. bygger på innbyggertall pr. 01.01. året før budsjettet trer i kraft. Budsjettet forelegges kommunene med anbefaling om å bevilge sine bidrag etter denne fordelingsnøkkel.
- Kommunens tilskott betales i to rater henholdsvis 15. januar og 15. juni.
- §8. Større prosjekter og utredningsoppgaver som blir tillagt regionrådet søkes primært finansiert gjennom distriktpolitiske virkemidler og statlige/fylkeskommunale tilskottsordninger.
- Utgifter tilknyttet prosjekter som er klart avgrensbare til færre enn regionrådets 8 kommuner, skal dersom de ikke lar seg dekke ved ekstern finansiering, dekkes av de kommuner, eventuelt bedrifter/organisasjoner prosjektet berører. I de tilfeller hvor folketallet ikke anvendes som fordelingsnøkkel for utgiftsfordelingen i forbindelse med prosjektene, kan regionrådets styre i samråd med oppdragsgiver fastsette annen fordelingsnøkkel.
- §9. Endring av vedtektene kan foreslås av styret eller av de deltakende kommuner og vedtas gjennom kommunestyrebehandling i deltakerkommunene.
- §10. Utreden skjer i henhold til § 27 pkt. 3 i Kommune-loven.
- §11. Oppløsning kan skje når alle deltakerkommunene er enige om dette.
Kommune-lovens § 27 legges til grunn for oppløsning så langt disse bestemmelsene er relevante.
- §12. Tolking av disse vedtekter og tvister om hvordan de skal forstås kan ikke prøves ved de sivile domstoler. Saker av denne art forutsettes avgjort av styret med ankeadgang til rådet som endelig avgjørende instans.
- §13 Som vedlegg til disse vedtekter følger ”Ansvars- og arbeidsfordeling i Fosen Regionråd”, vedtatt i styret i sak 31/04

18.desember -15

Ansvars- og arbeidsfordeling i Fosen Regionråd

Vedtatt i styret i sak 31/04, 31.08.04

§ 1 Formål

Fosen Regionråd er et samarbeidsorgan for de åtte kommunene i Fosen. Bjugn, Osen, Rissa, Roan, Ørland og Åfjord i Sør-Trøndelag og Leksvik i Nord-Trøndelag.

Virksomheten i rådet skal:

1. Bidra til å gi bedre og rimeligere løsninger på kommunale tjenester i regionen.
2. Bidra til en positiv samfunnsutvikling i Fosenregionen og i Midt-Norge.

§ 2 Nærmere definisjoner

1. §1.1 er praktisk samarbeid så som økonomisamarbeid, IKT, kart osv, stort sett tjenester som i mindre grad berører innbyggerne i kommunen *direkte*.
2. § 1.1 omfatter også praktisk utvikling og samarbeid innen f.eks. kultur, landbruk, næringsutvikling og andre kommunale oppgaver som berører innbyggerne direkte eller inndirekte.
3. § 1.2 er strategisk politisk og administrativ arbeid i regionale og rikspolitiske prosesser ved politiske initiativ, høringsuttalelser, nettverksbygging, lobbyvirksomhet m.v. på alle områder som er viktige for utviklingen av regionen og Midt-Norge.

§ 3 Om samarbeidsutvikling

1. Tjenestesamarbeid kan inngås av alle kommunene, men kan også inngås av et begrenset antall kommuner så lenge tiltaket har egen finansiering.
2. Forpliktende kommunesamarbeid bygger på enstemmighet. Fosen regionråd kan ikke handle på egen hånd mot enkeltkommuners vilje. Enkeltkommuner som har avvikende syn i strategisk politikk har rett til å fremme sitt eget syn overfor rette myndigheter.
3. Der er avgjørende at samarbeidet er preget av åpenhet slik at ulike meninger og interesser klart blir belyst.

§ 4 Ansvarsdeling og arbeidsmåter

1. Styret er ansvarlig for Fosen regionråds arbeid, vedtak gjøres i styremøtene.
2. Rådmannsgruppen sammen med sekretariatet lager forslag til rullerende 2-års handlingsplan for regionrådet, den behandles av styret innen utgangen av året.
3. Rådmannsgruppen forbereder og legger fram saker i henhold til §1.1 i samarbeid med sekretariatet.
4. Sekretariatet forbereder og legger fram saker i henhold til § 1.2 i samarbeid med rådmannsgruppen.
5. Rådmennene har møte- og talerett i styremøtene.

§ 5 Prosjektarbeid og utredninger

1. Innspill til regionrådet tas opp i styret av sekretariatet. Styret vurderer videre arbeid med innspillet. Vedtar styret å starte et nytt prosjekt eller en større utredning, lager styret mandat for arbeidet.
2. Styret gir rådmannsgruppen i oppdrag å organisere og gjennomføre prosjekter, utredninger eller lignende og fremme sak for behandling i styret.
3. Samarbeidet mellom sekretariatet og rådmannsgruppen blir som beskrevet i § 4.
4. Faste faggrupper rapporterer til rådmannsgruppen.

SAKSFRAMLEGG

<i>Saksnr</i>	<i>Utvalg</i>	<i>Motedato</i>
16/6	Formannskapet	19.01.2016
	Kopparn Utvikling AS	

Saksbehandler: Solfrid Lund**Årsrapport kommunalt næringsfond 2015****Vedlegg:**

- 1 Tilsagn midler kommunalt næringsfond 2015
- 2 Mottatte søknader 2015
- 3 Rapport 2015

Sakens bakgrunn og innhold:

Kommunen får hvert år tildelt statlige midler til næringsfond, fordelt av fylkeskommunen. Kommunen har også et eget fond kalt Nebbfondet, men dette er uten midler av betydning pr. i dag.

I h.h.t. kommunens reglement er formannskapet styre for Nebbfondet. Formannskapet har også vært styre for næringsfondet, men styret for Kopparn Utvikling AS overtok denne funksjonen etter et kommunestyrevedtak i 2012.

Kopparn Utvikling AS og rådmann (etter delegert myndighet) behandler søknader fortløpende fram til midlene er oppbrukt i tråd med reglementet.

I og med at fylkeskommunen krever behandling av en skriftlig rapport i formannskap eller kommunestyre, jf. vedlegg 1, legges saken fram både for formannskapet og styret i Kopparn Utvikling AS, og det brukes samme årsrapport for begge fond.

Saksbehandler har et eget program fra departementet for forvaltning av næringsfondet, som vi er pålagt å benytte. Den elektroniske rapporteringsfristen er satt til 01.02.16, mens fristen for pålagt skriftlig rapport er satt til 01.03.16, jf. vedlegg 1.

Kommunalt næringsfond (statsmidler):

Tildeling av næringsfondsmidler gikk betydelig ned fra 2013 til 2014, og de to siste årene har vi mottatt 550 000 kr pr. år. Tildelingen i 2015 sammen med renter, inndratte tilsagn og en mindre rest fra 2014, utgjorde 588 826 kr i disponible midler, jf. vedlegg 3.

Det ble gitt tilsagn på/bevilget 585 000 kr i 2015, og vi har således stående kun 3 826 kr i rest på fondet ved årsskiftet. I tillegg kommer rente for 2015, men den blir ikke godskrevet før den elektroniske rapporteringen er avlagt og lagt til grunn for denne rapporten.

Kopparn Utvikling AS har fordelt midlene på ca.60 % til strategisk næringsutvikling og 40 % til enkelt søknader. Formannskapet vedtok imidlertid i sak 6/2015 å delta i **regionalt næringsfond** med 250 000 kr pr. år med dekning i næringsfondet (i 2015), noe som utløser 100 000 kr ekstra fra fylkeskommunen til den regionale satsingen pr. år. Dette blir å betrakte som tilskuddet til den strategiske næringsutviklingen i 2015.

Søknaden fra Skjetlein Grønt Kompetansesenter til desentralisert videreutdanning, som ble innvilget i 2015, må følges opp i 2016 da det er et 2-årig prosjekt. Vi har en søknad liggende over fra 2015 for behandling i 2016.

Utenom tilskuddet til regionalt næringsfond ble det i 2015 bevilget 335 000 kr i tilskudd fra næringsfondet til 10 søkere, jf. vedlegg.

Seks saker dreide seg om nyetableringer, og alle disse har startet opp. Flere av disse dreier seg om unge etablerere, herunder kvinner, som er en prioritert gruppe i retningslinjene for bruk av fondet. De øvrige sakene dreide seg om utvikling av eksisterende bedrifter samt tiltaksarbeid i kommunal/interkommunal regi.

Med bakgrunn i de tilbakemeldinger vi får i forbindelse med utbetaling av tilskudd samt kjennskap til bedriftene, er det etablert flere nye arbeidsplasser.

I firmaer som har mottatt støtte fra næringsfondet, er det/blir det trolig opprettet 6-10 arbeidsplasser på hel- eller deltid. To søknader ble avslått, to ble avvist da de ikke oppfylte kriteriene, og en ble trukket.

Nebbfondet:

Vedtektene for Nebbfondet ble endret i kommunestyresak 15/96 den 22.03.96. I h.h.t. § 6 skal det avlegges årlig melding om virksomheten.

Beholdningen i Nebbfondet står med en plussaldo i det kommunale regnskapet på i underkant av 32 000 kr, mens det i h.h.t. vedtektene skal stå minst 100 000 på fondet til enhver tid.

Konkurser/opplysninger:

Ved oppslag i Brønnøysundregisteret, er det registrert 5 konkurser og 3 tvangsavviklinger i 2015. Det er også registrert 32 nyregistreringer og 19 slettinger i enhetsregisteret.

Oppsummering:

De største uttellingene i næringssammenheng for kommunen, både arbeidsmessig og økonomisk, har gått utenom næringsfondssystemet.

Bjugn har som målsetting å bli en god bokommune. Utvidelsen av Ørland Hovedflystasjon og bygging av fiskeforfabrikk på Valsneset i regi av Marine Harvest, har krevd betydelige arbeidsressurser fra kommunen. Det samme gjelder også tilrettelegging for ny virksomhet i Gullvika.

Kommunen har en viktig rolle som utviklingsagent, ikke bare ved å stimulere til nye etableringer, men også i servicesammenheng, ikke minst når det gjelder rask og god byggesaksbehandling og oppmåling.

En av de største utfordringene kommunen står foran nå, er å opprettholde den positive folketallsutviklingen. I løpet av de 3 første kvartalene av 2015 har folketallet økt med 44.

Arbeidsledigheten er fortsatt lav. En pressemelding fra NAV i desember 2015 viser følgende tall:

Arbeidsledige	Antall pr. des. 2015	% av arbeids- styrken	Endring fra des. 2014
Landet totalt	80 846	3,0	9 112
Sør-Trøndelag	4 150	2,5	776
Fosen (Sør-Trøndelag)	266		35
Bjugn	49	2,2	3

Lav arbeidsledighet kan være et drawback med tanke på rekruttering av arbeidskraft ved evt. nyetableringer, men det er likevel svært positivt at flest mulig er i arbeid. Bjugn kommune er imidlertid i en krevende økonomisk situasjon og har varslet at flere vil bli overtallige.

Rådmannen anbefaler at styret i Kopparn Utvikling AS og formannskapet godkjenner saksframlegget som årsrapport for det kommunale næringsfondet og for Nebbfondet.

Rådmannens innstilling:

Saksframlegg dat. 08.01.16 godkjennes som årsrapport 2015 for det kommunale næringsfondet og for Nebbfondet.



Se mottakerliste nederst i brevet

Dette brevet er elektronisk signert, og sendes bare som vedlegg på e-post til postmottak i kommunene.

Vår referanse
201505688-1

Deres referanse

Dato
19.02.2015

Regionale utviklingsmidler 2015 -tilsagn til kommunale næringsfond

MERK: Nye vilkår for 2015

Fylkesutvalget vedtok 27.01.2015 sak 21/15, fordeling av regionale utviklingsmidler 2015.

I samme sak ble fordeling til kommunale/regionale næringsfond vedtatt.

Beløp pr. kommune*	Samlet beløp	Merknad
Kr 550.000	8.250.000	Hemne, Snillfjord, Hitra, Frøya, Agdenes, Bjugn, Åfjord, Roan, Osen, Oppdal, Rennebu, Meldal, Røros, Holtålen, Tydal
Kr 350.000	700.000	Ørland, Selbu
Kr 225.000	450.000	Rissa og Midtre-Gauldal, <u>tillegg</u> til bevilgning direkte til Trondheimsregionen
Regionalt næringsfond Tr. heimsregionen	1.700.000	Trondheim, Melhus, Klæbu, Malvik, Skaun, Orkdal, Rissa og Midtre-Gauldal
Reg. næringsfond Holtålen-Røros	200.000	Holtålen, Røros
Stimulering til regionale næringsfond	700.000	Kr 100' til øvrige kommuner ved etabl. av reg. næringsfond
SUM kommunale næringsfond	12.000.000	

* Prioritering innenfor det distriktspolitiske virkeområde

Dette gir følgende fordeling for 2015:

Tilsagnsnr.	Kommuner:		Beløp
KNF 15.01	Hemne	kr	550.000
KNF 15.02	Snillfjord	kr	550.000
KNF 15.03	Hitra	kr	550.000
KNF 15.04	Frøya	kr	550.000
KNF 15.05	Agdenes	kr	550.000
KNF 15.06	Bjugn	kr	550.000
KNF 15.07	Åfjord	kr	550.000

Saksbehandler: Ole Harris Hanssen, ole.harris.hanssen@stfk.no,

Postadresse:
Postboks 2350
sluppen
7004 TRONDHEIM

Besøksadresse:
Fylkeshuset
Erling Skakkesgt. 14
7004 TRONDHEIM

Telefon: +47 73 86 60 00
Bankkonto: 8601.27.27277
Org.nr.: 938 634 556

E-postadresse:
Postmottak@stfk.no
Internett:
www.stfk.no

KNF 15.08	Roan	kr	550.000
KNF 15.09	Osen	kr	550.000
KNF 15.10	Oppdal	kr	550.000
KNF 15.11	Rennebu	kr	550.000
KNF 15.12	Meldal	kr	550.000
KNF 15.13	Røros	kr	550.000
KNF 15.14	Holtålen	kr	550.000
KNF 15.15	Tydal	kr	550.000
KNF 15.16	Selbu	kr	350.000
KNF 15.17	Ørland	kr	350.000
KNF 15.18	Rissa	kr	225.000
KNF 15.19	Midtre Gauldal	kr	225.000
KNF 15.20	Trondheimsregionen	kr	1.700.000
KNF 15.21	Holtålen-Røros		200.000
	Stimuleringsmidler	kr	700.000
	SUM	kr	12.000.000

Stimuleringsmidlene gjelder for kommuner som går sammen om å etablere regionale næringsfond. Det er avsatt kr 100.000,- som en bonus pr. kommune dersom kommunene legger inn minst 50% av de kommunale fondene i et felles regionalt fond. Informasjon om dette ble utsendt i eget brev til kommunene 23.02.2011 og beskrivelsen i brevet gjelder også for 2015. Ta gjerne kontakt så tidlig som mulig dersom det er aktuelt å vurdere etablering av regionale næringsfond. Så langt er dette etablert i Trondheimsregionen og i Røros/Holtålen kommuner.

Trondheimsregionen og Røros/Holtålen vil for øvrig motta separate tilsagnsbrev vedr. de regionale næringsfondene.

Midlene skal brukes i tråd med innsatsområdene i Regionalt handlingsprogram for innovasjon og verdiskaping 2015¹

Det forutsettes at kommunene prioriterer mobiliserende og bedriftsrettede tiltak med det formål å utvikle arbeidsplasser og å bidra til verdiskaping i fylket. Innsatsen skal særlig spisses mot entreprenørskap og innovasjon og tiltak rettet mot næringsrettet kompetanse, næringsrettet infrastruktur og nærings- og innovasjonsmiljøer.

Det må også settes økt fokus på kommunens rolle i forhold til førstelinjetjenesten for næringsutviklingsarbeidet, herunder vurdere behov for kompetanseheving. Videre forutsettes det et aktivt samarbeid med næringshagene og Innovasjon Norge. I den grad det gis støtte til enkeltprosjekt skal nyskapende prosjekt med framtidig vekstpotensial prioriteres.

I bedriftssaker, forutsettes det følgende arbeidsdeling:

- Kommunene behandler alle saker som kun har et lokalt marked.
- Innovasjon Norge behandler alle saker for potensielle vekstetablerere og for bedrifter med regionalt/nasjonalt/internasjonalt marked.

¹ <http://www.stfk.no/Documents/Nering/Trykt%20versjon,%20Regionalt%20handlingsprogram%202014.pdf>

Utviklingsprosjekt med kostnadsramme under kr 150.000,- bør behandles på lokalt nivå. Midlene skal ikke brukes til å finansiere investeringer i/eller ordinær drift og vedlikehold av statlig, fylkeskommunal eller kommunal velferdsproduksjon og offentlig forvaltnings- eller forretningsvirksomhet.

De kommunene som også mottar Næringsrettede midler til regional utvikling (tidl. RDA-midler) må se disse midlene i sammenheng med midlene til kommunalt næringsfond.

Målgrupper

Kommunal- og moderniseringsdepartementet legger vekt på at målgruppen kvinner fremdeles er en prioritert gruppe, og at minst 40 prosent av de næringsrettede virkemidlene under departementet skal nå fram til kvinner. Kommunene bes imidlertid også ha et spesielt fokus på mangfoldet i forhold til brukergrupper.

Bagatellmessig støtte

Direkte bedriftsrettet støtte tildeles med bakgrunn i bagatellstøtteregelverket (de minimis) og de til enhver tid gjeldende gruppeunntakene. Dersom det blir gitt direkte bedriftsstøtte i tråd med gruppeunntakene, skal tildelingene holde seg innenfor de ytre økonomiske grenseverdiene som gjelder for de minimis regelverket. Max-grensen er p.t. 200.000 euro over 3 år.

Mer informasjon om dette finnes på fylkeskommunens hjemmesider².

Nytt for 2015

- Alle søknader om støtte fra kommunale/regionale næringsfond skal sendes inn til kommunen av søkeren selv, via det elektroniske søknadssystemet www.regionalforvaltning.no.
- Fra 1.1.2015 gjelder reviderte retningslinjer² for kap. 551 postene 60 og 61. Forskrift og retningslinjer er i det vesentlige førende for alle tilskuddsforvaltere (inkludert kommunene) i forhold til krav som følger av andre gjeldende lover og regelverk

For øvrig minner vi om:

- Alle forvaltere (inkludert kommunene) skal kunngjøre tilskuddsordningene gjennom www.regionalforvaltning.no, og på en slik måte at målgruppen nås.
- Fra 1. januar 2014 trådte forskrift for distrikts- og regionalpolitiske virkemidler² i kraft
- Klageadgang er presisert og tydeliggjort i forskriften. Vedtak truffet av kommunen kan påklages til kommunestyret eller den kommunestyret har gitt fullmakt til.

² http://stfk.no/no/Tjenester/naering_og_innovasjon/Regionale-utviklingsmidler/

Rapportering

- Kommunal- og moderniseringsdepartementet krever at kommunene rapporterer i www.regionalforvaltning.no. Fylkeskommuner, kommuner, regionråd etc. skal rapportere i det samme systemet, og fristen for dette er **01.02.2016**.
- I tillegg skal det også utarbeides en kort skriftlig **årsrapport** vedr bruken av kommunens næringsfond for 2015. Se vedlagte momentliste for hva rapporten skal omfatte. Rapporten skal behandles i formannskap evt. kommunestyre før den oversendes Sør-Trøndelag fylkeskommune innen **01.03.2016**.

Utbetaling

Kommuner som fikk overført midler til sitt kommunale næringsfond i 2014, må avgi rapport (jfr. tilsagnsbrev for 2014) for bruken av midlene. Før utbetaling av 2015-rammen kan foretas må rapporteringene være godkjent av fylkeskommunen og Kommunal og moderniseringsdepartementet.

Kommunene må i tillegg snarest bekrefte at vilkårene i dette tilsagnsbrevet er vedtatt. Samtidig bes oppgitt bankkontonummer for overføringen. Sendes: bjarne.bull-berg@stfk.no

Med hilsen

Ole Harris Hanssen
Seniorrådgiver

Elektronisk godkjent

Vedlegg: Momentliste for utarbeidelse av årsmelding

Kopi:
Innovasjon Norge i Sør-Trøndelag, Postboks 6109 Sluppen, 7435 TRONDHEIM
Adm.gruppa, her

Mottakerliste (sendt per e-post til postmottak i kommunene):

Kommuner:
Agdenes
Bjugn
Frøya
Hemne
Hitra
Holtålen
Meldal
Midtre Gauldal
Oppdal
Osen
Rennebu

Rissa
Roan
Røros
Selbu
Snillfjord
Tydal
Ørland
Åfjord

Årsmelding kommunale næringsfond – innhold

Det foreligger ingen fastsatt mal eller skjema for årsmelding kommunale næringsfond, men følgende momenter skal være med:

- **Beskrivelse, kortfattet**
 - Om næringslivet i kommunen
 - Om kommunens arbeid med næringsutvikling, inkl. ressursbruk/organisering
 - Evt. andre finansieringsordninger/fond som kommunen forvalter. Kort om bruken av midlene siste år og saldo pr 31.12.
- **Vurderinger**
 - Innvilgede prosjektsøknader opp mot mål, strategier og tiltak i kommunens næringsplan
 - Fremtidige utfordringer
- **Vedlegg**
 - Tilsagnsoversikt m/beløp (utskrift fra RF 13.50)
 - Ramme-/saldo oversikt (utskrift fra RF 13.50)

Merk:

Rapporten skal behandles i formannskap evt. kommunestyre før den oversendes Sør-Trøndelag fylkeskommune innen 1. mars.

I tillegg krever Kommunal- og moderniseringsdepartementet en egen rapportering i rapporteringssystemet RF 13.50. Se årets tilsagnsbrev for mer informasjon.

Mottatte søknader til næringsfondet 2015

05.01.2016

Fond nr.	Søkn. dato	Vedtaks nr.	Søker	Søknadsprosjekt	Total-kostnad	Søknads-beløp	Mrk.	Innvilget Reg. fond/kart.
1.	28.12.12	A06/13	Prosjekt Lensa	Skogprosjekt	400 000 x 3	36 000 x 3	År 3 av 3	36 000
2.	06.10.14	A33/15	Fredrik Sandness	Maskinentreprenør	2 130 000	200 000	Overført fra 2014	50 000
3.	06.10.14	Ikke aktuell	Gisle Stjern	Diverse anleggsbistand	50 000	50 000	Overført fra 2014	utgått
4.	15.01.15	A30/15	Bente Bø Heilheitsterapi	Etablering klinikk	60 000	40 000	Etabl. på Brekstad	avslått
5.	12.01.15	Ikke aktuell	Galleri Molo	Prosjekt Landart Ørland/Bjugn	670 000	50 000	Etabl. på Brekstad	utgått
6.	21.01.15	KU7/15	Lysoysund Båtklubb	Oppgradering båthavn	300 000	100 000	Gjestehavn	50 000
7.	23.01.15	A34/15	Tove Hellem	Oppgr. Nedre Hellem	97 250	97 250	Utvikling	30 000
8.	27.01.15	KU8/15	Alexandra Standahl	Etbl. fashionfirma	310 000	100 000	Etabl. i Oslo	avslått
9.	10.02.15	F6/15	Næringsalliansen	Regionalt næringsfond	1 400 000	250 000	Godkj. prosjekt	250 000
10.	19.02.15	A35/15	Skjetlein Grønt Komp.	VG3 landbruk desentr.	670 000	25 000	År 1 av 2	25 000
11.	03.03.15	Ikke aktuell	Gisle Stjern	Etabl. anlegg/vaktm.	250 000	100 000		Utgått
12.	11.03.15	A42/15	Stig Sagstuen	Sportfiskebaserte tjenester	48 000			20 000
13.	27.03.15	A48/15	Alexandra Standahl	Fotokampanje Fosen	90 000	36 000		36 000
14.	24.06.15	A96/15	Botngård Smie	Forprosjekt insektprod.	70 000	30 000		28 000
15.	07.06.15	A102/15	Fosen Kiropraktorkl.	Etablering	252 666	40 000		40 000
16.	20.11.15		Prosjekt Lensa	Skogprosjekt	450 000	40 500 x 3	3-årig prosjekt	
17.	03.12.15	A137/15	Anne Krogstad Ergot.	Ergoterap./akupkt/stress	89 000		Grunnlag må endres	20 000
Sum								585 000

NB! Alle gis beskjed om behandlingstid, d.v.s. foreløpig svar

RAPPORT NÆRINGSFOND PR. 31.12.15

MIDLER I NÆRINGSFONDET 2015

Rest næringsfond pr. 31.12.14	6 001 kr
Renter 2014	8 525 kr
Påfylling 2015	550 000 kr
Inndratte midler	* 24 300 kr
	588 826 kr

BEVILGET I 2015

Kurs, kompetanseheving	81 000	
Fiskerelaterte prosjekter	20 000	
Andre prosjekter	104 000	
Tiltaksarbeid	380 000	585 000 kr
Midler i næringsfondet pr. 31.12.15		3 826 kr

* Inntrukket midler:

Romstad/Vivre	15 300 kr
Sonen	9 000 kr
	<u>24 300 kr</u>

31.12.15
Solfrid Lund