

## **Tenesteavtale 6**

### **Retningsline for gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglege nettverk og hospitering**

#### **1. Bakgrunn**

Avtalen er heimla i Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m. kap. 6, og Lov om spesialisthelsetenesta m.m. § 2-1e.

Avtalen byggjer på:

- 1.1. Overordna samarbeidsavtale.
- 1.2. Prinsipp i "Grunnlagsdokument for samarbeid mellom Helse Bergen, Haraldsplass og dei 22 kommunane i lokalsjuehusområdet".

#### **2. Partar**

Avtalen gjeld mellom kommunane i Helse Bergen sitt føretaksområde og Helse Bergen HF, Haraldsplass Diakonale Sykehus AS, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS, Solli distriktpsikiatriske senter, Hospitalet Betanien Distriktpsikiatriske senter og Voss Distriktpsikiatriske Senter NKS Bjørkeli.

#### **3. Føremål**

- 3.1. Avtalen skal gjere det klårt korleis oppgåve- og ansvarsdelinga mellom kommune- og spesialisthelsetenesta skal vere.
- 3.2 Avtalen skal utvikle verksame tiltak for gjensidig kunnskapsoverføring for å styrkje kompetansen mellom tilsette på baa tenestenivåa. Føremålet er at pasientane skal få eit kvalitativt godt tenestetilbod på beste effektive omsorgsnivå.
- 3.3. Avtalen skal syne korleis spesialisthelsetenesta skal oppfylle rettleiingsplikta si (jfr. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 6-3).

#### **4. Verkeområde og avgrensingar**

- 4.1. Tenesteavtalen omfattar all spesialist- og kommunehelseteneste.
- 4.2. Særavtaler kan vere forankra i denne tenesteavtalen. Desse kan enten ha same partar og gjelde avgrensa fagområde og/eller regulere tilhøve som berre omfattar nokre av partane.
- 4.3. Emne i denne tenesteavtalen kan vere omtalte i den overordna samarbeidsavtalen og i andre tenesteavtaler. Om det er motstrid mellom denne tenesteavtalen og den overordna samarbeidsavtalen, har den siste førerrett.

## **5. Avklaring av omgrep**

5.1. *Kompetanse* vert i stortingsmelding 13 (2011-2012) definert som heilskapen av kunnskapar, ferdigheiter og evner som gjer ein person i stand til å fylle konkrete funksjonar og utføre dei oppgåvene som høyrer til i tråd med definerte krav og mål.

5.2. *Hospitering* er å forstå som ein tidsavgrensa, målretta og strukturert praksis i spesialisthelsetenesta eller i ei kommunal teneste. Hospiteringa skal som eit minimum omfatte observasjonspraksis, praksisretteiing, teoretisk undervising og dokumentasjon av innhald.

5.3. Med *faglege nettverk* forstås vi eit samarbeid på tvers av helsetenestenivåa om å setje av personalressursar til eit samarbeid om kompetanseheving og kunnskapsformidling. Nettverka er enten knytte til avgrensa fagområde, pasientgrupper eller einskilde profesjonar.

5.4. Med *samkonsultasjon* forstås vi at helsepersonell frå både tenestenivåa samarbeider om eit pasientmøte som er del i utgreiing eller behandling.

5.5. *Ambulante tenester* dekkjer i denne avtalen både heimebehandling av pasientar, gjerne som samarbeid mellom fagpersonell i form av samkonsultasjonar, og/eller at spesialisthelsetenesta reiser ut og involverer seg praktisk i koordineringa av behandlinga til einskilde pasientar.

5.6 *Praksiskonsulentordninga (PKO)* er eit nettverk av ålmennpraktiserande legar som er knytte til helseføretak eller sjukehus i bistilling. Praksiskonsulentane skal styrkje samarbeidet mellom sjukehusa sine avdelingar, legane der, andre tilsette, fastlegar og den kommunale pleie- og omsorgstenesta, til gagn for den einskilde pasienten. Praksiskonsulentane skal og vere med på å sikre heilskapen og kvaliteten i pasientforløp. Nokre sjukehus har utvida ordninga til andre yrkesgrupper, til dømes sjukepleiarar, som har hovudstillinga si i kommunen og ei bistilling i spesialisthelsetenesta.

## **6. Informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring som gjeld pasientar sine opphald og konsultasjonar i spesialisthelsetenesta**

6.1. Informasjonsutveksling om einskildpasientar i samband med innlegging i spesialisthelsetenesta, polikliniske konsultasjonar, dagbehandling m.m. er regulert i eigne tenesteavtalar for inn- og utskrivning.

6.2. Samkonsultasjonar fremjar godt samarbeid om einskildpasientar og praktisk kunnskapsoverføring og -utveksling mellom helsepersonell. Partane ynskjer meir bruk av denne arbeidsforma mellom fastlegar og legar frå spesialisthelsetenesta om felles pasientar, særleg i byrjinga, eller ved kritiske punkt og ansvarsoverføring og i langvarige eller komplekse behandlingar.

6.3. Partane skal leggje til rette for hospitering i høve einskildpasientar når dette er føremålstenleg eller naudsynt for å kunne etablere eit tenestetilbod på rett omsorgsnivå.

6.4. Ambulante tenester kan kome i staden for innlegging, dagbehandling eller poliklinisk konsultasjon i spesialisthelsetenesta, eller vere del av oppfølginga etter utskrivning. Partane skal leggje til rette for meir samarbeid om ambulant verksemd for å betre helsetilbodet til den einskilde og gje meir effektiv ressursbruk i eit samfunnsøkonomisk perspektiv.

6.5. Ein bør nytte telemedisinske løysingar for å yte polikliniske tenester i spesialisthelsetenesta og når lang reiseveg gjer ambulante tenester og samkonsultasjonar lite føremålstenlege med omsyn til bruk av fagressursar.

6.6. Partane skal leggje til rette for utvikling av felles pasientforløp som ein lekk i innsatsen for å sikre og forbetre kvaliteten i den samla helsetenesta. Alle relevante yrkesgrupper må vere med på å utarbeide slike pasientforløp.

## **7. Partane sitt bidrag til kompetanseauke og kunnskapsoverføring**

7.1. 7.1.1. Faglege nettverk er ein godt eigna organisatorisk modell for å fremje gjensidig kunnskapsoverføring og kompetanseauke. Alle faglege nettverk bør vere forankra i ein særavtale som er heimla i denne eller andre tenesteavtaler. Partane bør forplikte seg til å setje av høvelege ressursar til å drive nettverket. Nettverka bør vere knytte til regionale kompetansesenter eller andre leiande fagmiljø. Nettverka bør ha eit tverrprofesjonelt perspektiv, og ein lyt særskilt syte for å involvere legar frå spesialist- og kommunehelsetenesta.

7.1.2. Det finst i dag nettverk for lindrande behandling, rehabilitering og demensomsorg. Desse bør halde fram (med atterhald om at evaluering syner at dei er føremålstenlege). Partane skal som eit minimum utrede og ta stilling til etablering av faglege nettverk i forhold til områda:

- Rusbehandling
- Psykisk helsevern
- Eldremedisin (geriatri/alderspsykiatri)
- Førebygging/helsefremjande arbeid

7.2. Partane er samde om at praksiskonsulentar ved sjukehus er eit eigna verkemiddel for å sikre heilskap og kvalitet i pasientforløp. Praksiskonsulentordninga for ålmennlegar bør halde fram, og ein bør vurdere å utvide ordninga til å omfatte andre yrkesgrupper.

7.3. I tillegg til hospitering i høve overføring av ansvar for einskildpasientar mellom tenestenivåa, skal partane på systemnivå legge til rette for gjensidige hospiteringsordningar, som har eit potensielt like stort omfang for spesialist- og kommunehelsetenesta. Ordningane må vere godt organiserte, mellom anna for å styre ressursane mot satsingsområde som er prioriterte i felles samarbeidsforum og samarbeidsdokument.

7.4. Delte stillingar mellom tenestenivåa kan styrke kompetanseutveksling. Partane skal vurdere å opprette delte stillingar der dette kan tene føremålet med denne avtalen.

7.5. Partane skal greie ut og ta stilling til om det skal bli oppretta eit felles sekretariat som skal følgje opp og koordinere kompetanseauke og kunnskapsoverføring. Ein lyt også vurdere om eit slikt sekretariat kan sikre oppfølging av det som gjeld utdanning og kompetanse i tenesteavtale 7.

## **8. Partane si plikt til evaluering og kvalitetsutvikling av helsetenestene**

8.1. Utdeling av styringsdata (nøkkeldata) mellom helsetenestenivåa skal nyttast som grunnlag for kvalitetsforbetring og betre ressursutnytting i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

8.2. Partane skal etablere rutinar som kan fremje organisasjonslæring, forbetningsarbeid i samband med utvikling av felles pasientforløp og gjennom utvikling av læringsløyper etter avvik og uynskte hendingar.

## **9. Varsel om endringar i drifta og planlegging av framtidig verksemd**

Partane er samde om at det skal vere dialog før ein tek stilling til større endringar i tilboda som har konsekvensar for pasientgrupper og samarbeidspartar. Prosessen skal byrje tidleg,

slik at samarbeidspartane har nok tid til å sikre pasientane forsvarleg og heilskapeleg behandling. Prosessen bør vere forankra i dei aktuelle samarbeidsutvala.

## **10. Handtering av usemje, tvisteløysing, herunder misleghald**

I tilfelle motstrid mellom denne avtalen og eventuelle særavtaler skal denne avtalen ha forrang.

Usemje og tvist skal løysast i tråd med overordna samarbeidsavtale.

Konsekvensen av eventuelle avtalebrot er regulert i overordna samarbeidsavtale.

## **11. Varigheit, revisjon og oppseiing**

Partane plikter å gjøre avtalen kjent for eigne tilsette, og sikre implementering i eigen organisasjon.

Avtalen trer i kraft frå 01.07.2012 og gjeld fram til ein av partane seier opp avtalen med eit års oppseiingsfrist, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-5, 2. ledd. Dersom ein av partane seier opp avtalen skal Helse Bergen HF varsle Helse Vest RHF. Det regionale helseføretaket skal varsle Helsedirektoratet, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §6-5, 2. ledd.

Kvar av partane kan krevja avtalen revidert dersom vesentlege føresetnader for avtalen vert endra. Partane er samde om å gjennomgå avtalene innan desember kvart år med sikte på naudsynte oppdateringar eller utvidingar.

Dato: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

.....  
Sign. kommune

.....  
Sign. Helse Bergen

Dato: \_\_\_\_\_

.....  
Sign. Haraldsplass Diakonale Sykehus

Dato: \_\_\_\_\_

.....

NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

Dato: \_\_\_\_\_

.....

Hospitalet Betanien Distriktpsikiatriske senter

Dato: \_\_\_\_\_

.....

Voss Distriktpsikiatriske Senter NKS Bjørkeli

Dato: \_\_\_\_\_

.....

Solli distriktpsikiatriske senter