

## **Delavtale nr. 11**

# **Samarbeidsavtale om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden**

---

Samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og kommunene i helseforetaksområdet

## Innholdsfortegnelse

1. Parter.....	3
2. Bakgrunn .....	3
3. Formål.....	3
4. Virkeområde .....	3
5. Lovgrunnlag .....	4
6. Planer og samhandling i den akuttmedisinske kjede .....	5
6.1 Felles ansvar .....	5
6.2 Helseforetakets ansvar .....	5
6.3 Kommunens ansvar .....	5
7. Planer og samhandling innenfor beredskap og samfunnsikkerhet .....	6
8. Samarbeidsformer.....	7
9. Avvik og mislighold .....	7
10. Uenighet.....	7
11. Iverksetting, revisjon og oppsigelse.....	7
Vedlegg 1: Definisjoner.....	8

# Samarbeidsavtale om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede.

---

## 1. Parter

Avtalen er inngått mellom Stavanger kommune og Helse Stavanger HF.

## 2. Bakgrunn

Denne delavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt, nr. 11.

Avtalen bygger på helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, 1. ledd, nr. 11, som fastslår at det skal inngås samarbeidsavtale om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

## 3. Formål

Formålet med denne avtalen er å videreføre og utvikle samarbeidet mellom partene innenfor beredskapsområdet, og i utvikling av den akuttmedisinske kjeden.

## 4. Virkeområde

Avtalen omfatter spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse – og omsorgstjenestens ansvar og oppgaver i den akuttmedisinske kjeden, herunder krise- og katastrofeberedskap. Avtalen er avgrenset mot redningstjenester som ligger under Justis- og beredskapsdepartementet v/hovedredningssentralen ( H R S ).

Samvirkeprinsippet medfører dog at ressursene ved behov stilles til rådighet for HRS.

Den akuttmedisinske kjede omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunalt helsepersonell i vakt, spesialisthelsetjenestens prehospitale tjenester, nødmeldetjenesten og mottak for akuttinnleggelser i helseforetaket og kommunene.

Partene skal samarbeide for å sikre helhetlige beredskapsplaner og krisehåndtering. En proaktiv og potensialebasert tilnærming skal ligge til grunn.

## 5. Lovgrunnlag

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

### Lovverk:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

<http://www.lovdatab.no/all/nl-20110624-030>.

Lov 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. ([spesialisthelsetjenestelova](#))

Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer ([smittevernlova](#))

Helsepersonelloven

<http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064>

Lov 23. juni 2000 nr 56 om helsemessig og sosial beredskap ([helseberedskapslova](#))

### Forskrifter og veiledere:

#### [Akuttmedisin forskriften](#);

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.

Forskrift 22. august 2011 nr. 894 om [kommunal beredskapsplikt](#)

Forskrift nr. 881 23. juli 2001 om [krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid](#)

#### [NOU 2015: 17 - Først og fremst](#)

Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus

[Veileder om helse- og sosialberedskap i kommunene \(Helsedirektoratet 2009\)](#)

[Nasjonal helseberedskapsplan, versjon 2.0, fastsett 2. juni 2014. Helse- og omsorgsdepartementet](#)

[Forskrift nr. 610 17. juni 2005 om smittevern i helse- og omsorgstjenesten](#)

[Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, versjon 3.0. Helse- og omsorgsdepartementet, 16. februar 2006](#)

<https://www.fhi.no/publ/2016/planveileder-for-massevaksinasjon-mot-pandemisk-influensa-i-kommuner-og-hel/>

Listen er ikke uttømmende og også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver etter nevnte lover.

Partene har ansvar for til enhver tid å ha oppdatert kunnskap om gjeldende lovverk, forskrifter og veiledere, og endringer i disse som har betydning for utførelsen av helse- og omsorgsoppgaver. Partene har videre ansvar for å informere og lære opp egne ansatte, brukere og pasienter i nødvendige lovbestemmelser, forskrifter og veiledere.

## **6. Planer og samhandling i den akuttmedisinske kjede**

Partene plikter å samarbeide om utvikling og drift av de akuttmedisinske tjenester slik at tilbudet samlet blir tilgjengelig og av god kvalitet.

### **6.1 Felles ansvar**

1. Holde hverandre oppdatert om tilbud i de ulike tjenester i kjeden som sikrer at pasienter så raskt som nødvendig kommer frem til riktig behandlingssted/-nivå. Fagrådet skal redegjøre og ha lav terskel for å diskutere samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
2. Begge parter har gjensidig forpliktelse til å holde hverandre oppdatert om endringer i tjenestene. Ved nye retningslinjer, prosedyrer og lignende som involverer både kommune og helseforetaket bør en sende disse på høring til hverandre.
3. Vedlikeholde og oppdatere rutiner som sikrer godt informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner. Herunder prosedyrer og rutiner i opplæring og bruk av nødnett. En skal også sørge for at alle brukere av nødnett har godkjent opplæring i henhold til avtalte prosedyrer. Det bør også være jevnlig øvelser og tester slik at vedlikehold av kunnskap og god drift av nødnett opprettholdes.
4. Vedlikeholde og oppdatere prosedyrer og rutiner som beskriver ansvar, roller og rutiner for utrykning og samhandling i akutte situasjoner (alvorlig sykdom og traumer) i henhold til gjeldende lovverk. Avgrenset mot syketransport (transport av pasienter som ikke trenger ambulanse) og luftambulanse
5. Delta i og følge opp nasjonale og regionale satsinger innenfor prehospital akuttmedisin.
6. Sørge for at vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeden har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller. Samt at disse kan identifisere og sikre varsling av hendelser som går fra «vanlig akuttmedisinsk oppdrag» til beredskapshendelser.
7. Sikre deltakelse i trening og øvelser.
8. Avklare innhold og kvalitet i helse og omsorgstilbudet, for å unngå overlapping i, og usikkerhet omkring hvilket tilbud som gis hvor. Gjøre etablerte rutiner kjent. Her henvises også til Delatole 4 – «*Særavtale om kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp*»

### **6.2 Helseforetakets ansvar**

Sørge for punktene i kap. 6.1 iverksettes, og ivareta sin andel av kostnadene.

Tilrettelegge for årlig opplæring og trening/øvelser til personell som inngår i lokale akuttmedisinske team.

### **6.3 Kommunens ansvar**

Sørge for at punktene i kap. 6.1 iverksettes, og ivareta sin andel av kostnadene.

Tilrettelegge for årlig opplæring og trening/øvelser til personell som inngår i lokale

akuttmedisinske team.

## **7. Planer og samhandling innenfor beredskap og samfunnssikkerhet**

Partene plikter å følge opp punktene nedenfor og samhandle ved hendelser som berører begge parter

Dette gjelder bl.a.:

1. Risiko og sårbarhetsanalyser som grunnlag for planlegging (ROS- analyser)
2. Planlegging og gjennomføring av øvelser
3. Planer for forsyning og forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr.
4. Krisekommunikasjon
5. Opplæring og vedlikehold av kunnskap og kompetanse innen beredskap og krisehåndtering.
6. Innkallingsrutiner for eget personell
7. Helsetjenestens organisering og ledelse på skadested.
8. Befolkningsvarsling – herunder predefinerte møteplasser for befolkningen når kritisk infrastruktur /kommunikasjon svikter.
9. Varslingsrutiner
  - AMK / Lokal LV er primære varslingspunkt
  - Beredskapsvakter varsles også, der dette er etablert.
10. Felles implementering av nye nasjonale forskrifter og veiledere.
11. Etablering av ordning med akuttgjelpere i samsvar med forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften).
12. Ved pandemier må en sikre et felles ansvar for at regional smitteverngruppe blir iverksatt, og jobber proaktivt. Spesielt med tanke på forsyning og felles kommunikasjon til media og befolkningen.  
Regional smitteverngruppe består av:
  - Smittevernlege/ kommuneoverlege i berørte og omliggende kommuner
  - Infeksjonsmedisiner fra SUS
  - Beredskapsrepresentanter fra relevante kommuner og SUS
  - Kommunikasjonsmedarbeidere ved behov (fra berørte kommuner og SUS)
  - Berørte kommunale virksomheter ved behov.
  - Mattilsynet
  - Fylkeslegen i Rogaland
  - Andre etater ved behov

Partene skal samarbeide med andre nødetater (som brann/redning og politi, redningstjeneste), samfunnssektorer og frivillige organisasjoner for å sikre helhetlige beredskapsplaner og krisehåndtering.

Kommunene og helseforetaket har Beredskapskontakter, og kontakt/samarbeid mellom disse bør videreutvikles.

Partene kan samarbeide om informasjon til og opplæring overfor andre instanser og innbyggere for å heve den allmenne beredskap til befolkningen.

## 8. Samarbeidsformer

Fagrådet innen beredskap og akuttmedisin oppnevnes av Samhandlingsutvalget med representasjon fra Dalane, Jæren, Ryfylke, Sandnes og Stavanger, til sammen fem representanter som skal representere alle kommunene i Helse Stavanger sitt område. Fra Helse Stavanger HF oppnevnes representanter prehospital klinikk og beredskapsenheten, til sammen fem representanter.

Fagrådet innen beredskap og akuttmedisin gis ansvar å vurdere nødvendigheten av å revidere samarbeidsavtalen «Avtale mellom x-kommune og Helse Stavanger HF om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehuset». I denne vurderingen skal også vurderes oppfølging av punktene i denne delavtalens avsnitt nr. 6.

Utvalget konstituerer seg selv. Lederfunksjonen alternerer hvert andre år mellom Helse Stavanger HF og kommunene. Den part som leder utvalget, sørger også for sekretærfunksjonen. Partene bærer selv egne kostnader.

Det kan opprettes arbeidsgrupper underlagt fagrådet ved konkrete behov. Disse forutsettes prosjektbaserte.

Det skal være et lokalt akuttmedisinsk fagråd i hvert legevaktsdistrikt. Legevakt, ambulansetjenesten og AMK er faste deltakere. Leder av prehospital klinikk er ansvarlig for innkalling til møtene. Lokale akuttmedisinske fagråd skal møtes minimum en gang årlig.

## 9. Avvik og mislighold

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder håndtering av avvik og mislighold.

## 10. Uenighet

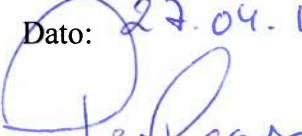
Uenighet og tvist etter denne avtale skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale.

## 11. Iverksetting, revisjon og oppsigelse

Bestemmelsene vedrørende iverksetting, revisjon og oppsigelse i punkt 14 i overordnet samarbeidsavtale gjelder tilsvarende for denne delavtalen.

Dato:

27.04.18

  
Stavanger kommune

4/4-18

  
Helse Stavanger HF

## Vedlegg 1: Definisjoner

Akuttmedisinske kjede :	Den akuttmedisinske kjeden omfatter de tiltak og tjenester som er etablert for å yte nødvendig medisinsk hjelp av akutt, behandlingstrengende sykdom. Kjeden kan deles inn i følgende ledd: <ul style="list-style-type: none"><li>• Medisinsk nødmeldetjeneste (AMK)</li><li>• Primærlegevakt</li><li>• Ambulansetjeneste</li><li>• Spesialisthelsetjenesten i sykehus (Hentet fra NOU 1998:9 «Når det haster»)</li></ul>
Beredskap:	Tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere kriser eller andre uønskede hendelser
Krise:	En hendelse som har potensial til å true viktige verdier og svekke en organisasjons evne til å utføre viktige funksjoner. Krisehåndtering skal sikre at man gjennom omprioritering eller på andre måter kan forsterke kapasitet eller redusere behov slik at det kan gis et helsetilbud innenfor de bestemmelser som gjelder for utøvelse av helsetjenesten (jf. "sørge-for-ansvaret").
Katastrofe:	En krisesituasjon som medfører at medisinsk behov overstiger kapasiteten. Dette medfører at det må foretas andre prioriteringer enn hva som normalt ansees som forsvarlig eller innenfor normale faglige standarder.
Risiko:	Uttrykkes ved sannsynligheten for og konsekvensene av en uønsket hendelse
Sårbarhet:	Sårbarhet er et uttrykk for et systems evne til å fungere og oppnå sine mål når det utsettes for påkjenninger.
Samfunnssikkerhet:	Den evne samfunnet har til å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner, ivareta innbyggernes liv og helse og grunnleggende behov under ulike former for påkjenninger
Risiko- og sårbarhetsanalyse:	Ved å kartlegge sannsynlighet og konsekvenser av uønskede hendelser, som for eksempel strømbrudd, feilmedisinering, personellmangel, kan man prioritere risikoområder og planlegge tiltak for å forhindre dem eller redusere konsekvensen av dem dersom de skulle oppstå. Metoden som brukes kalles ROS-analyse.