



Bydel Ullern
Bydel Frogner
Bydel Vestre Aker



Underavtale som regulerer samarbeidet om pasienter i Diakonhjemmet sektor

Psykisk helse, rus og avhengighet

Underavtalen gjelder for bydelene Frogner, Ullern, Vestre
Aker og Diakonhjemmet Sykehus

Dato 11.04.16

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 Formål og virkeområde

2.0 Partene

3.0 Rettsgrunnlag

4.0 Målgruppen

5.0 Brukermedvirkning og pårørendesamarbeid

5.1. Barn som pårørende

6.0 Prinsipper for god kommunikasjon

7.0 Henvisninger

7.1. Elektive henvisninger til spesialisthelsetjenesten

7.2. Ø-hjelp

8.0 Innleggelse i sykehus

8.1. Meldingsutveksling ved innleggelse og under opphold i DS

8.2. Samhandling ved innleggelse

8.3. Utskrivelse

9.0 Koordinering av tjenester

9.1. Koordinerende enhet (KE)

9.2. Koordinator

9.3. Individuell plan (IP)

9.4. Kriseplan/Mestringsplan

9.5. FACT-team

9.6. Samarbeid med skolen som arena

9.7. Samarbeid om eldre pasienter med alvorlige psykiske lidelser

10.0 Bolig

11.0 Fastlegens rolle

12.0 Veiledning, kompetanseutveksling og hospitering

13.0 Oppfølging av avtalen

13.1. Samarbeidsforum

13.2. Strategisk råd

13.3. Uenighet, avvik og klager

14.0 Virketid, reforhandling og oppsigelse

Underavtale som regulerer samarbeidet om pasienter i Diakonhjemmet sektor

Psykisk helse, rus og avhengighet

1.0 Formål og virkeområde

Avtalen skal bidra til at det samlede helsetilbudet til innbyggerne i bydelene Vestre Aker, Ullern og Frogner blir av god kvalitet, blir samordnet og helhetlig, preget av kontinuitet og levert på tvers av bydelsgrenser og forvaltningsnivåer.

Avtalen skal avklare ansvarsforhold ved overganger mellom tjenesteytere og beskrive gode prinsipper og verktøy for samarbeid, slik at det gis et forsvarlig tilbud der brukere, pasienter og pårørende sikres eierskap, oversikt og kontinuitet.

Avtalen skal bidra til samarbeid om utvikling av fremtidige tjenestetilbud som imøtekommer aktuelle utfordringsbilder og behov i befolkningen. Avtalen skal bidra til å sette brukeren i sentrum for samarbeidet både på individ -og systemnivå.

Avtalen beskriver også strukturer og rutiner for evaluering og korrigerende av samarbeidet mellom partene.

Avtalen omfatter områdene psykisk helse, rus og avhengighet for personer i hele aldersspekteret, som er bosatt i eller oppholder seg i de respektive bydelene. I Oslo er tjenestetilbudet organisert noe ulikt for barn, unge, voksne og eldre, samt for personer med rus- og avhengighetslidelser.

Fagspesifikke prosedyrer utarbeides mellom partene på områder der det er behov for å beskrive mer konkrete strukturer og prosesser.

2.0 Partene

Avtalen er inngått mellom Diakonhjemmet sykehus (DS) og bydelene Frogner, Vestre Aker og Ullern (heretter betegnet bydelene)

3.0 Rettsgrunnlag

Underavtalen er et supplement til samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og Diakonhjemmet sykehus, generell del, Tjenesteavtale 1 (*Koordinerte tjenester*) og Tjenesteavtale 2 (*Samarbeid om innleggelse i spesialisthelsetjenesten og om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon*).

Underavtalen har sitt rettsgrunnlag i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-1, 6-2 nr. 2, 3, 5 og 6, og lov om spesialisthelsetjenesten § 2-1 e annet ledd og 2-6 første ledd.

Partene har ansvar for til enhver tid å ha oppdatert kunnskap om gjeldende lovverk og endringer der det har betydning for utførelsen av helse- og omsorgsoppgavene.

Partene har ansvar for å informere og lære opp egne ansatte, pasienter og brukere i nødvendige lovbestemmelser.

4.0 Målgruppen

Avtalen omhandler samarbeid om utforming og gjennomføring av tjenester innen psykisk helse, rus og avhengighet til befolkningen i bydelene.

Avtalen skal bidra til å sikre at sårbare grupper med særlig behov for koordinerte og samtidige tjenester ivaretas.

Avtalen inkluderer beskrivelse av forebygging, tidlig intervensjon, behandling og rehabilitering.

5.0 Brukermedvirkning og pårørendesamarbeid

Utformingen av det samlede tilbudet i bydelene og DS skal ta utgangspunkt i befolkningens behov for helsetjenester. Brukermedvirkning på individ- og systemnivå er nødvendig for å sikre at brukernes erfaringer blir hørt og at deres behov blir ivaretatt.

På individnivå innebærer dette at partene forplikter seg til å informere og veilede brukere og pårørende, slik at de kan delta aktivt i planlegging og gjennomføring av tiltak og ta informerte valg om egen oppfølging. Kontakt mellom bydelene og DS i det enkelte pasientforløp skal skje i samarbeid med pasientene og pårørende. Partene er ansvarlige for å sikre god kommunikasjon og legge til rette for et godt pårørendesamarbeid. Bruk av erfaringskonsulenter anbefales der dette er mulig.

Brukermedvirkning på system/tjenestenivå er en forutsetning for utvikling av et godt tjenestetilbud. Brukerrepresentasjon i samarbeidsforum (se pkt. 13.1) skal legge til rette for slik medvirkning.

Partene skal samarbeide om å identifisere aktuelle og fremtidige utfordringsbilder gjennom brukerundersøkelser og kartlegginger av innbyggernes helsetjenester og behov.

5.1 Barn som pårørende

Barn som pårørende er barn under 18 år som er pårørende til pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

Helsepersonell skal bidra til å dekke behovet for informasjon til og nødvendig oppfølging av disse ved

- å sikre at barna blir fanget opp tidlig
- at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk
- å forebygge problemer hos barn og foreldre

6.0 Prinsipper for god kommunikasjon

Partene skal arbeide aktivt for å utvikle gjensidig tillit og god dialog ved å:

- Møtes på like nivåer med noenlunde likt antall deltakere
- Snakke godt om hverandre når den andre part ikke er til stede
- Legge til rette for at avtalepartene gjensidig skal lykkes
- Øke kunnskapen om hverandre
- Definere egne tjenester, ikke avtalepartens
- Ha en lav terskel for å snakke sammen
- Tilstrebe åpen kommunikasjon om utfordringer som oppstår i samarbeidet rundt brukere og mellom dem som utfører tjenestene. Løfte dialogen tjenestevei ved behov.
- Respektere den annen parts utfordringer og prioriteringer.
- Ha en åpen og likeverdig dialog med brukerrepresentanter

7.0 Henvisninger

Bydelene er underlagt samme lovverk, men løser i noen grad sine oppgaver ulikt. Ved DS løses ulike deler av oppdraget fra Helse Sør-øst av ulike avdelinger.

For å legge til rette for tydelighet og effektiv samhandling forplikter partene seg til å gjøre sine vurderingskriterier, tjenesteinnhold og frister for søknadsbehandling og interne ansvarsdelinger lett tilgjengelige på sine respektive hjemmesider.

Ved usikkerhet om tilbud, henvisningsrutiner eller vurdering skal partene besvare hverandres skriftlige eller muntlige henvendelser med gjensidig informasjon og veiledning i tråd med prinsipper for kommunikasjon (pkt. 6).

Fastleger står for hovedvekten av henvisningene både til spesialisthelsetjenesten og til bydelenes tjenestetilbud. Utvidelse av henvisningsretten fra 2015 innebærer flere henvisninger fra kommunepsykologer og annet helsepersonell. Partene forplikter seg til å etablere rutiner for kommunikasjon og samhandling med fastlege, slik at denne involveres i forløpet også når andre henviser.

7.1 Elektive henvisninger til spesialisthelsetjenesten

Alle henvisninger til psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) sendes sentralt henvisningsmottak ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen.(VPA)

For pasienter under 18 år sendes henvisning til BUP Vest på BUP-spesifikt henvisningsskjema. Dette skjema ivaretar alle juridiske og faglige krav til en henvisning, og må foreligge før formell saksbehandling kan gjennomføres. Uten skjema forlenges saksbehandlingstiden.

Barn og unge under 18 år fra Vestre Aker henvises Nic. Waals institutt.

For pasienter eldre enn 65 år sendes henvisning til Alderspsykiatrisk avdeling Tåsen.(ALD) Eldre med primære ruslidelser henvises til TSB, Voksenpsykiatrisk avdeling.

Avtalespesialistene (psykologer/psykiatere) er en del av spesialisthelsetjenesten. Henvisninger til disse må sendes den enkelte avtalespesialist.

7.2 Ø-hjelp

Pasienter som har behov for øyeblikkelig helsehjelp skal henvises direkte til det polikliniske akutttilbudet ved VPA eller BUP-Vest/Nic. Waals institutt for vurdering.

Ved behov for akuttvurderinger mellom kl.16.00 og 08.00, samt i helger og høytider, kontaktes Oslo kommunale legevakt

8.0 Innleggelse i sykehus

Pasienter med behov for akutt innleggelse i psykisk helsevern henvises direkte til akuttpsykiatrisk døgnenhet etter vurdering fra fastlege, legevakt eller ved DSs polikliniske ø-hjelpstilbud. Vedtak om innleggelse på tvunget psykisk helsevern (TPH) må av hensyn til lovens krav om uavhengig legeundersøkelse, fattes av fastlege eller legevaktslege. Pasienter med mulig behov for planlagt innleggelse i døgnenhet henvises til sentralt henvisningsmottak for rettighetsvurdering og behandlingsnivå. Som hovedregel starter behandlingen i DS med poliklinisk og ambulans utredning, med overføring til døgnbehandling ved behov.

Pasienter over 65 år med behov for planlagt innleggelse i psykisk helsevern skal henvises til ALD, Tåsen. Tilstander som krever akuttpsykiatrisk behandling håndteres ved Akuttpsykiatrisk døgnenhet ved VPA.

For pasienter med behov for behandling av rusmiddelavhengighet i døgninstitusjon skal henvisning sendes til VPA for rettighetsvurdering og videreformidling til aktuell døgninstitusjon (se pkt. 7.1.). Personer med behov for akutt avrusning henvises til Rusakuttmottaket (RAM) ved Oslo Universitetssykehus (OUS) som har områdefunksjon for Oslo.

For barn og unge under 18 år er det akuttpsykiatriske døgntilbudet sentralisert til OUS. Foreldre og/eller pasienten henvender seg til BUP-Vest/Nic. Waals institutt for ø-hjelpsvurdering (se 7.2.). BUP Vest/Nic. Waals institutt henviser deretter til innleggelse i sykehus når dette vurderes aktuelt. Sykehusstilbudet for barn ligger i Nydalen og tilbudet til ungdom på Sogn.

For barn og unge med mulig behov for planlagt innleggelse i døgnenhet vil dette vurderes gjennom den løpende behandlingen ved BUP Vest/ Nic. Waals institutt når det anses hensiktsmessig.

For samarbeid om innleggelse når barn og unge mottar tjenester regulert av både Lov om Barnevern og Psykisk helsevernloven skal Rundskriv 21/2015, «Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste» legges til grunn.

8.1 Meldingsutveksling ved innleggelse og under opphold i DS – ref. partenes retningslinjer for elektronisk meldingsutveksling (PLO/ELINK)

DS skal innen 24 timer etter innleggelse

- sende «melding om innlagt pasient» på alle pasienter som har kommunale tjenester – også de som kommer fra institusjon.
- Sende «Helseopplysninger – tidligmelding» på pasienter som har kommunale tjenester før innleggelse og pasienter som DS tror vil trenge kommunale tjenester etter utskrivelse.

Dersom mottaker i primærhelsetjenesten er en annen kommune enn Oslo må det tas kontakt på telefon.

Fastlege må informeres umiddelbart når en pasient er innlagt /behandles med TPH.

Utøvende hjemmetjenester skal sende elektronisk innleggelsesrapport snarest etter mottak, og senest første virkedag etter at melding om innlagt pasient er mottatt.

Mens pasienten er innlagt i sykehus sendes elektroniske meldinger etter behov. Samarbeidsparter utenfor DS skal holdes løpende orientert om endringer i pasientens situasjon/tilstand.

Før pasienten skrives ut skal DS sende

- «Helseopplysninger ved søknad»
- «Melding om utskrivningsklar pasient»

Dialogen ivaretas ved behov pr. telefon med sykehjem, bolig, hjemmetjeneste, psykiske helsearbeidere eller andre samarbeidsparter.

8.2 Samhandling ved innleggelse

Ved planlagte sykehusinnleggelse skal det vurderes om det er behov for møte i forkant av innleggelsen hvor bruker eller dennes representant, evt. pårørende, samt aktuelle parter er representert. Ved akutte innleggelse skal samarbeidsmøte avholdes når det er mulig. Hensikten er å skape en felles forståelse og forpliktelse for de oppgaver som skal løses i samarbeid med pasient/bruker, pårørende og de involverte parter. Aktuell enhet ved DS innkaller til møtet og har hovedansvaret for å utarbeide dagsorden.

For pasienter med behov for sammensatte tjenester, skal det som hovedregel gjennomføres samarbeidsmøter. Dette anses som en svært viktig møteplass som må forberedes slik at partene kan prioritere å møte. Møteleder, agenda og referent skal avklares på forhånd.

Dersom pasienten er i behov av helse og omsorgstjenester, har bydelen veiledningsplikt overfor pasienten i søknadsprosessen. DS skal bidra til at søknaden er så godt opplyst som mulig, med medisinskfaglige opplysninger og funksjonsbeskrivelser av pasienten.

For pasienter med særlig behov for koordinerte og samtidige tjeneste er det viktig at sykehus og bydel så tidlig som mulig i forløpet starter en dialog for å gjøre overgangen mellom tjenestenivåene så god som mulig.

For pasienter under 18 år skal foresatte involveres ved innleggelse. Dette gjelder selv om helserettlig myndig myndighetsalder er 16 år. Foresatte kan være barneverntjenesten dersom de har overtatt omsorgen.

8.3 Utskrivelse

For pasienter som skrives ut fra døgnavdeling ved sykehus, bør sykehusavdelingens poliklinikker som hovedregel involveres ved overføring til bydel/sykehjem/annen institusjon/bolig. Samarbeid og kommunikasjon med pasienten og evt. pårørende om hva som er viktig i utskrivelsesprosessen må ligge til grunn for de tiltak man iverksetter.

Før pasienten skrives ut skal DS sørge for at den som skal overta ansvaret for pasienten har fått nødvendig informasjon for å kunne planlegge en god overføring til bydel – se pkt. 8.1

Ved utskrivning skal epikrise eller tilsvarende informasjon følge pasienten, sendes henvisende lege, pasientens fastlege og det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging videre.

DS skal sørge for

- liste over ordinert medikasjon og resepter på nye legemidler
- vurdere behov for poliklinisk oppfølging og evt. avtale time
- vurdere behov for rask oppfølging hos pasientens fastlege
- vurdere behov for veiledning av pasient, pårørende eller helsepersonell og evt. sette i verk tiltak i forhold til dette.

Bydelen skal

- umiddelbart følge opp melding om utskrivningsklar pasient
- gi sykehuset beskjed om tidspunkt for når pasienten kan mottas

For øvrig henvises det til pkt. 6.0 Prinsipper for god kommunikasjon.

9.0 Koordinering av tjenester

9.1 Koordinerende enhet (KE)

Bydelene og DS har koordinerende enhet for habilitering -og rehabiliteringsvirksomhet

Koordinerende enhet i bydelen er søknads/bestillerkontor.

Koordinerende enhet ved DS er lagt til Enhet for samhandling.

9.2 Koordinator

Sykehus plikter å vurdere behov for koordinator til pasienter og brukere som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og deres pårørende, sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

9.3 Individuell plan (IP)

Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse – og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan.

Dersom en pasient har rett til å få utarbeidet IP og ønsker dette har bydelen ansvar for at pasient/bruker får tilbud om IP, og for at arbeidet med planen igangsettes og koordineres IP er brukerens plan og det må sikres at brukeren får tilstrekkelig informasjon og veiledning om IP.

DS har ansvar for å varsle kommunen der det er et slikt behov, initiere og medvirke i bydelens arbeid med IP.

Aktuell pasient/bruker skal kun ha én IP. Denne skal inkludere både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjenestetiltak. IP opphever ikke behovet for behandlingsplaner.

9.4 Kriseplan/Mestringsplan

Brukere som opplever tilbakevendende kriser som krever rask og kompetent intervensjon, skal få utarbeidet en kriseplan (Flere sykehusenheter ved DS benytter «Mestringsplan ved kriser» som tilsvarer kriseplan) Utarbeidelse av kriseplan bør skje i aktivt samarbeid med brukeren, evt sammen med pårørende /nært nettverk, og involvere relevante tjenesteytere som fastlege, helse- og omsorgstjenesten og aktuelle sykehusavdelinger. Kriseplanen bør presisere varselsymptomer og symptomer på forverring av situasjonen. Dette gir grunnlag for å intervensjonere tidligere og sikre at adekvate tiltak kan iverksettes.

Dersom pasienter med behov for kriseplan ikke ønsker å samarbeide om utarbeidelsen, skal de likevel gjøres kjent med at kriseplan utarbeides, samt formålet og innholdet denne.

9.5 FACT-team

Samarbeid om gjennomføring av helhetlige behandlingsforløp til personer med alvorlige psykiske lidelser og samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (ROP-lidelser) er i Diakonhjemmet sektor organisert gjennom FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) ved Voksenpsykiatrisk avdeling. Denne samhandlingsmodellen er regulert gjennom egen avtale mellom partene og regnes her som en fagspesifikk prosedyre. Retningslinjene for evaluering og korrigering av samarbeid, beskrevet i avtalen her (punkt 13) gjelder også for FACT-avtalen.

9.6 Samarbeid med skolen som arena

Samarbeid om tidlig psykisk helsehjelp til barn og unge med skolen som arena er lederforankret på systemnivå gjennom samarbeidsmøter på tvers av de involverte tjenestenivåer. Eksisterende og anbefalte møtearenaer er: Innsatsteam og to halvårige dialogmøter for henholdsvis barneskolettrinnet, ungdomsskolettrinnet og videregående trinn. BUP Vest har ansvar for å innkalle, lede og koordinere møtene.

9.7 Samarbeid om eldre pasienter med alvorlige psykiske lidelser

Eldre personer (over 65 år) med alvorlige psykiske lidelser har ofte komorbidie tilstander med somatisk sykdom og/eller kognitiv svikt. Samhandlingen med kommunehelsetjenesten innebærer aktører knyttet til psykisk helsearbeid, hjemmetjeneste, fastleger og sykehjem. Partene skal bidra til å legge til rette for oppretting av møteplasser slik at tjenestene blir koordinerte og helhetlige.

10.0 Bolig

Bolig er et grunnleggende velferdsgode, en viktig faktor for den enkeltes helse og en forutsetning for deltagelse i utdanning og arbeidsliv og i samfunnslivet for øvrig.

For særlig sårbare grupper med behov for koordinerte helsetjenester er trygg bolig en forutsetning for all annen samhandling om forebygging, behandling og rehabilitering.

Bydelen har hovedansvar for å bistå dem som oppholder seg i bydelen med å mestre hverdagen og boforhold og skal medvirke til at de som trenger det får et tilpasset boligtilbud med særlige hjelpetiltak grunnet alder, funksjonshemming eller av andre årsaker. Partene forplikter seg til å påbegynne planlegging av boligetablering for den enkelte bruker så snart et slikt behov foreligger.

På systemnivå er partene gjensidig forpliktet til å samarbeide om å definere behovet for tilpassede boliger i bydelene, avdekke eventuelle mangler, samt å planlegge utforming, innhold og gjennomføring av boligutviklingen. Strategiske råd (se punkt 13) vil være egnede fora for et slikt arbeid.

11.0 Fastlegens rolle

Fastlegen har en sentral rolle i samhandlingen omkring den enkelte bruker, både i kraft av sitt primærmedisinske behandlingsansvar og som henviser til annet tjenestetilbud. I mange tilfeller er fastlegen også en kontinuitetsbærer som kjenner brukernes samlede tilstand, behov og forløp over tid.

Gjennom ny forskrift har fastlegen et særskilt ansvar for oppfølging av svake grupper og pasienter som ikke selv oppsøker fastlegen, og skal tilpasse sin oppfølging til pasientenes situasjon og behov.

Partene forplikter seg til å informere og involvere fastlegen på en slik måte at denne kan ivareta sitt oppfølgingsansvar. Dette innebærer informasjon om de aktuelle tjenestetilbud, prioriteringer og henvisningsrutiner, samt relevant informasjon om enkeltpasienter som er i forløp og benytter seg av tjenestene. Fastlege bør som hovedregel informeres ved oppstart av nye tiltak i annet tjenesteapparat, også der hvor andre er henviser. Ved behov for koordinerte tjenester skal partene ta initiativ til å innkalle fastlegen til samarbeidsmøter og avklare roller og ansvar i den samlede oppfølgingen

12.0 Veiledning, kompetanseutveksling og hospitering

Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har gjensidig veiledningsplikt. Dette innebærer å gi råd, veiledning og opplysninger om forhold som er påkrevet for at partene skal kunne oppfylle sine plikter etter lov og forskrift og ha tilstrekkelig kunnskap om hverandres tjenester, prioriteringer og prinsipper for vurdering.

Partene må i samarbeid avklare behov for opplæring/veiledning og sammen bli enig om omfang og når og hvordan undervisning/veiledning best kan skje.

Avtale om Plan for kompetansedeling, utarbeidet av partene, legges til grunn for samarbeidet på dette feltet.

13.0 Oppfølging av avtalen

13.1 Samarbeidsforum

Samarbeidsforum for psykisk helse og rusavhengighet har ansvar for oppfølging av avtalene mellom DS og bydelene. DS ved Enhet for samhandling har sekretariatsfunksjon for samarbeidsforum.

13.2 Strategisk råd

Det etableres 3 strategiske råd med representanter fra partene for *barn og unge, voksne, og eldre*. Fagområdene psykisk helse og rus integreres i rådene, til tross for ulike organiseringer i deler av tjenesteapparatet. Dette følger DSs faglige organisering og avtalens intensjon om ivaretagelse av helhetlige pasientforløp på tvers av fagområder. Det avholdes møter minimum fire ganger pr. år. De strategiske rådene skal:

- Utarbeide og følge opp prosedyrer for samhandling innenfor respektive fagområder
- Drøfte konkrete problemstillinger knyttet til utfordringer i samhandlingen og avklare uenighet mellom partene.
- Monitorere og identifisere det helsemessige utfordringsbildet og behovet i befolkningen
- Samarbeide om planlegging av fremtidig utvikling av tjenester i tråd med behovet i befolkningen.
- Initiere søknader om tilskudd til utprøving av samhandlingsmodeller og innovasjon
- Sikre harmonisering av årlige handlingsplaner i bydel og spesialisthelsetjeneste
- Melde inn saker til direktørnivå vedørende strukturelle og generelle utfordringer som krever en overordnet beslutning.

Direktørene forplikter seg til å gi mandat til faste representanter fra sin virksomhet til å samarbeide med de andre aktørene i de strategiske rådene og i samarbeidsforum. . Representantene må ha beslutningsmyndighet innen sitt fagområde. Det utnevnes en koordinator for hvert av de strategiske rådene som alltid møter i samarbeidsforum og fungerer som bindeledd mellom de to nivåene.

13.3 Uenighet, avvik og klage

Prinsipper for god kommunikasjon (pkt. 6.0) skal ligge til grunn for dialog mellom partene om uenighet og avvik.

Partene har utarbeidet felles retningslinjer for håndtering av uenighet, avvik og klager. Disse legges til grunn for fremgangsmåter i slike situasjoner.

14.0 Virketid, reforhandling og oppsigelse


Avtalen gjelder fra inngåelsesdato og for ett år av gangen med automatisk videreføring dersom ingen av partene har varslet om ønsket reforhandling.

Hver av partene kan be om reforhandling av avtalen med tre – 3 – måneders varsel.

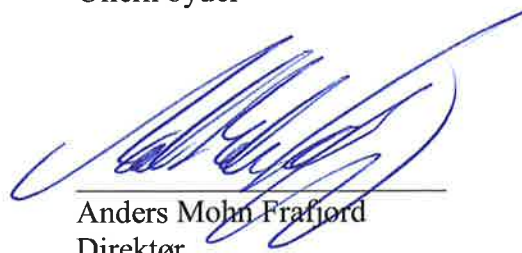
Avtalen kan sies opp med ett års varsel.

Oslo 11.04.16


Kari Andreassen
Bydelsdirektør
Frogner bydel


Marie Anbjørg Joten
Bydelsdirektør
Ullern bydel


Jan O. Nytveit
Bydelsdirektør
Vestre Aker bydel


Anders Mohn Frøfjord
Direktør,
Diakonhjemmet Sykehus

