



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Rundskriv

Nr.	Vår ref	Dato
I - 3/2013	13/1888 - PIAG	1. juli 2013

SPESIALISTHELSETJENESTENS VEILEDNINGSPLIKT OVERFOR DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

1. INNLEDNING

I helse- og omsorgstjenesten er det etablert et prinsipp om at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå. Prinsippet innebærer i praksis at dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient skal pasienten ikke henvises til spesialisthelsetjenesten. Den medisinske og teknologiske utviklingen fører til at helsehjelp som tidligere måtte utføres av spesialisthelsetjenesten, nå kan utføres av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er en grunnleggende forutsetning i samhandlingsreformen at veksten i bruk av spesialisthelsetjenester skal dempes ved at en større del av helse- og omsorgstjenestene ytes av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette forutsetter imidlertid at kommunen har den nødvendige faglige kompetanse og kapasitet slik at helsehjelpen kan utføres forsvarlig. Dette har aktualisert behovet for å få avklart nærmere spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

Dette rundskrivet har som formål å gi en nærmere avklaring av innholdet i veiledningsplikten og gi eksempler på hvordan veiledningsplikten kan oppfylles på enkelte områder. Plikten pålegger det enkelte helsepersonellet og vil derfor først og fremst gjelde veiledning om helsemessige forhold vedrørende enkeltpasienter eller brukere. Plikten omfatter i prinsippet også generell veiledning som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine lovpålagte oppgaver.

Rundskrivet er en avklaring av gjeldende regelverk og innfører ingen nye rettigheter eller plikter for spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Hovedpunkter for veiledningsplikten:

- Plikten gjelder råd, veiledning og opplysninger om *helsemessige* forhold
- Plikten er begrenset til *påkrevet* veiledning m.m.
- Plikten omfatter fortrinnsvis veiledning knyttet til oppfølging av enkelt-pasienter og brukere, men kan også omfatte generell veiledning
- Plikten omfatter ikke veiledning knyttet til organisatoriske og administrative endringer i kommunen
- Lovpålagte samarbeidsavtaler er et viktig instrument for å avklare behov og hvordan veiledningsplikten bør gjennomføres
- Det kan ikke kreves vederlag for den veiledning som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3

2. SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN § 6-3

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 lyder som følger:

”Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.”

Hvem som anses som helsepersonell følger av helsepersonelloven § 3. Andre ansatte enn helsepersonell vil imidlertid kunne ha veiledningsplikt etter den generelle bestemmelsen i forvaltningsloven § 11.

Plikten påligger for det første ansatte i statlige helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. For det annet omfatter plikten helsepersonell som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet. Dette omfatter for eksempel private lege- og psykologspesialister som mottar tilskudd til driften fra regionale helseforetak (avtalespesialister). Helseinstitusjonen har plikt til å organisere og tilrettelegge virksomheten slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde plikten til veiledning, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 16. Det fremgår av forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 at en helseinstitusjon kan organisere seg slik at de for eksempel utpeker en person på det aktuelle fagområdet

som skal ha ansvaret for å gi råd og veiledning til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Veiledningsplikten gjelder råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold knyttet til enkeltpasienter eller brukere som kommunen har eller overtar tjenesteansvaret for. I forarbeidene er det uttalt at plikten også kan omfatte generell veiledning av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Plikten er imidlertid begrenset til veiledning om *helsemessige forhold* som er *påkrevet* for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Hva som er påkrevet må vurderes i sammenheng med blant annet plikten til å yte forsvarlige kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Med *helsemessige forhold* menes ethvert tiltak som angår pasientens eller brukerens fysiske og psykiske helse. Alle forhold som knytter seg til undersøkelse, behandling, pleie, omsorg eller rehabilitering av pasienter og brukere omfattes av begrepet. Denne begrensningen innebærer at spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 ikke regulerer veiledning fra spesialisthelsetjenesten i forbindelse med organisatoriske eller administrative endringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Veiledningsplikten er absolutt i den forstand at spesialisthelsetjenesten ikke kan unnlate å oppfylle veiledningsplikten under henvisning til manglende ressurser eller stor arbeidsbelastning. Det er videre ikke adgang til å kreve betaling fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten for veiledning som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3. Bistår derimot helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten i opplæring eller veiledning når det gjelder alminnelige oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-2, vil dette ikke omfattes av veiledningsplikten. Det må således skilles mellom veiledning som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 og de tilfellene hvor helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten bidrar i kompetanseoppbygging eller opplæring knyttet til gjennomføringen av grunnleggende oppgaver for helsepersonellet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Et eksempel på det sistnevnte kan være opplæring/veiledning om forebygging og stell av ordinære liggesår. Et annet eksempel kan være opplæring i løfteteknikker. Dersom en pasient har sykdom, eller det foreligger spesielle forhold som tilsier særskilte løfteteknikker/stell som det ikke kan forventes at den kommunale helse- og omsorgstjenesten kjenner til, vil dette falle inn under veiledningsplikten, og det kan således ikke kreves betaling.

Helse- og omsorgstjenesteloven angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester, uten i detalj å angi hvilke tjenester kommunen skal utføre. Kommunen skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjenester, og innenfor disse rammene skal kommunen yte et forsvarlig, helhetlig og koordinert tilbud. Innenfor enkelte områder vil det eksistere overlappende grenseflater mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er spesielt i situasjoner med overlappende grenseflater at veiledning er viktig slik at pasienten og brukeren opplever at de mottar helhetlig helsehjelp uavhengig av hvilket tjenestenivå som faktisk gir helsehjelpen.

Samhandlingsreformens intensjon er at faglig, teknologisk og medisinsk utvikling, strukturelle endringer og kompetanseoppbygging skal føre til at flere oppgaver kan løses i kommunen. For at kommunen skal settes i stand til å utføre helse- og omsorgstjenester som er mer kompliserte, kan det være nødvendig at spesialisthelsetjenesten gir veiledning. Omfanget av veiledningsplikten vil nødvendigvis forandre seg over tid på grunn av den medisinske utviklingen og endring i organisering av helse- og omsorgstjenestene. Samarbeidsavtalene vil være viktige for å få avklart behovet for veiledning og retningslinjer for kunnskapsoverføringen, se punkt 5.

Det fremgår ikke av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 hvem i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som skal motta råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold. Det må vurderes konkret hvem som trenger slik veiledning for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov eller forskrift. Fastlegen vil for eksempel kunne ha behov for slik veiledning for å kunne ivareta sin medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere, jf. fastlegeforskriften § 19.

3. PLIKT TIL VEILEDNING KNYTTET TIL ENKELTPASIENTER

Når det gjelder veiledning knyttet til oppfølging av enkeltpasienter, må det vurderes konkret hvilket helsepersonell som kan gi den nødvendige veiledningen. Dette kan for eksempel være behandlende lege, sykepleier, fysioterapeut eller koordinator.

Plikten innebærer at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal få slik veiledning om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kan ivareta sine oppgaver overfor enkeltpasienter/brukere eller pasient/brukergrupper på en forsvarlig måte, både med hensyn til utredning, behandling, habilitering/rehabilitering og pleie. Slik veiledning kan være aktuelt både når det gjelder pasienter som planlegges overført fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og når det gjelder pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, men hvor det oppstår spesielle problemer eller komplikasjoner.

I de tilfellene spesialisthelsetjenesten bistår en fastlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med råd og veiledning knyttet til behandlingen av en konkret pasient, kan det oppstå spørsmål om hvem som har det faglige ansvaret for pasienten. Det følger av helsepersonelloven § 4 at ethvert helsepersonell skal opptre forsvarlig og i samsvar med faglige kvalifikasjoner. Det enkelte helsepersonell har ansvar for sin yrkesutøvelse og faglige vurderinger. I den nevnte situasjonen vil det fremdeles være fastlegen som diagnostiserer og iverksetter behandling av den konkrete pasient, og som har ansvar for at den er medisinskfaglig forsvarlig. Den rådgivende spesialisten vil imidlertid ha ansvaret for at det foreligger tilstrekkelig grunnlag for å gi forsvarlige råd og vil eventuelt måtte bære ansvaret for et råd som viser seg å være galt. Dersom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten gir veiledning knyttet til oppfølging av en pasient som er tidligere behandlet/utredet av spesialisthelsetjenesten, må helse-

personellet vurdere om veiledningen er av en slik karakter at den bør journalføres, jf. pasientjournalforskriften § 8.

Det følger av pasientjournalforskriften § 9 at det skal utarbeides en sammenfatning av journalopplysninger, en epikrise, ved utskrivning fra helseinstitusjon, etter poliklinisk behandling og etter behandling hos spesialist. Epikrisen skal sendes til helsepersonell som har ansvaret for å følge opp pasienten videre og som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. I tillegg skal epikrisen normalt sendes til innleggende/henvisende helsepersonell og pasientens fastlege. En epikrise vil kunne gi helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten viktig informasjon i forbindelse med oppfølgingen av pasienten. Plikten til å utarbeide en epikrise er imidlertid ikke et eksempel på veiledning knyttet til enkeltpasienter etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3, men følger av egne bestemmelser om journalføring.

I forarbeidene uttales det at veiledningsplikten må ses i sammenheng med plikten til å utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester og plikten til å samarbeide med andre tjenesteytere om tilbudet til disse pasientene. I Ot. prp. nr. 10 (1998-199) uttales følgende med hensyn til behovet for en slik plikt:

”Behovet for veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten øker. Helsetjenesten blir stadig mer spesialisert og utviklingen går fort. Dette stiller i økende grad krav om faglig oppdatering til alle deler av helsetjenesten. Den medisinskteknologiske utvikling medfører at helsehjelp i større grad kan ytes nær pasientens bosted, og det er en uttalt politikk at pasienter bør behandles på lavest mulig nivå. En forutsetning for at kommunehelsetjenesten skal kunne ta i bruk medisinsk utstyr og andre behandlingsmetoder i hjemmet eller nær pasientens bosted, er at de får den nødvendige veiledning. For pasientene vil det bety økt sikkerhet og trygghet. For samfunnet betyr det at man sparer ressurser ved at antall sykehusinnleggelses kan reduseres. Målsettingen med å innføre en veiledningsplikt er å bidra til å skape en helhetlig helsetjeneste, og å motvirke at grensesnittet mellom to samhandlende linjer blir en flaskehals, med ressursløsing og kvalitetsbrudd som konsekvens.”

I boksen nedenfor er det gitt enkelte eksempler på hvordan veiledning i praksis kan gjennomføres.

Et godt eksempel på hvordan man kan legge til rette for veiledning fra spesialisthelsetjenesten når det gjelder enkeltpasienter finnes innen habiliteringstjenesten. Habiliteringstjenesten arbeider tverrfaglig og samarbeider med øvrige fagområder i spesialisthelsetjenesten og med kommunene. Store deler av veiledning og opplæring til kommunene gis ved ambulerende team.

Veiledning til kommunens helse- og omsorgstjeneste utgjør også en betydelig del av oppgavene til ambulante rehabiliteringsteam:

Ambulant rehabiliteringsteam Tromsø er ett av flere eksempler på slike team som finnes flere steder i landet. Bare i Helse Nord er det til sammen sju team. Teamet er tverrfaglig sammensatt og har viktige oppgaver både i forkant av tjenestetilbud fra spesialisthelsetjenesten og i oppfølging etter utskrivning. Hoveddelen av teamets målgruppe er pasienter med ulike former for hjerneskader samt progredierende nevrologiske sykdommer. Det ambulante rehabiliteringsteamet kartlegger funksjonsnivå og pasientens behov for bistand. Videre foretar rehabiliteringsteamet kartlegging av pasienten før rehabiliteringsopphold. Rehabiliteringsteamet gir også råd og veiledning i forbindelse med håndtering av hverdag, arbeid/skole og fritid og bistand og veiledning til utarbeidelse av individuell plan. I tillegg underviser rehabiliteringsteamet pasienter, pårørende og fagpersonell.

Et annet eksempel på veiledning når det gjelder enkeltpasienter er samarbeidet mellom St. Olavs Hospital og Fosen DMS:

Fosen har i flere år hatt øyeblikkelig-hjelp-døgntilbud på kommunalt nivå. Det er inngått avtale med St. Olavs Hospital om daglige videokonferanser via Helsenett der helsepersonellet kan diskutere enkeltpasienter med faste leger på sykehuset. Dette har blant annet medført at man i felleskap kan avklare om pasienter kan fortsette sin behandling lokalt, eller om det er nødvendig å sende pasienten til St. Olavs Hospital.

En annen god metode for veiledning er kjent fra flere fagområder:

Samkonsultasjoner innebærer at spesialist deltar i konsultasjoner sammen med fastlegen eller annet helsepersonell. Dette er aktuelt i situasjoner hvor det er vanskelig å sette riktig diagnose, hvor det er usikkerhet knyttet til hva som er beste behandling, eller hvor det er tvil om pasienten bør henvises til spesialist. Samkonsultasjoner har god veiledningseffekt og gir også en kvalitetsmessig god konsultasjon for pasienten. Journalplikten forblir i førstelinjen, dvs hos fastlegen.

4. PLIKT TIL GENERELL VEILEDNING

Det er ikke regulert hvordan veiledningsplikten bør gjennomføres i praksis. I forarbeidene uttales det at det bør være opp til den enkelte fylkeskommune (nå regionale helseforetak) og kommune i samarbeid å finne frem til de ordninger som er hensiktsmessige med hensyn til lokale forhold. Det regionale helseforetaket og kommunene i regionen bør vurdere på hvilke områder det er behov for generell veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Generell veiledning om helsemessige forhold vil blant annet kunne være påkrevet på områder hvor det er overlappende grenseflater mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Slik veiledning vil også kunne være påkrevet for at kommunen som følge av den medisinske utviklingen og endring i organisering av helse- og omsorgstjenestene skal kunne utføre mer kompliserte helse- og omsorgstjenester. Det regionale helseforetaket bør i samråd med kommunene i regionen vurdere hvordan påkrevet veiledning kan gis på en hensiktsmessig og effektiv måte. Som omhandlet under punkt 5 bør dette avklares i samarbeidsavtalen.

Et godt eksempel er samarbeidet i Østfold knyttet til kommunenes nye plikt til øyeblikkelig-hjelp-døgnopphold som innføres fra 2016:

I regi av Administrativt samarbeidsutvalg (ADMS) er det opprettet et "Klinisk utvalg øyeblikkelig-hjelp-døgnopphold". De fem (planlagte) interkommunale helsehusene i Østfold er representert i utvalget. I utvalget sitter det videre brukerrepresentant, fastlegerepresentant og medlemmer fra helseforetak og kommuner. Hovedoppgaven til utvalget er blant annet å bidra med en konkretisering av tilbudet og aktuelle pasientkategorier. Plikten til veiledning ivaretas blant annet ved at det er innført seksjonerte konfereringstelefoner for henvisende leger, med mulighet for direkte innvalg til den aktuelle (sub)spesialist.

Sykehuset Østfold har også etablert et samarbeid med det ambulerende teamet av sykepleiere fra korttidsposten i akuttmottaket. Her deltar også en indremedisiner i utadrettet undervisning til kommunale sykepleiere og kommuneleger i hele fylket. Videre arbeides det med konkret informasjon knyttet til øyeblikkelig-hjelp-tilbudet som blant annet er rettet mot befolkningen, fastleger, kommuneleger, legevaktleger.

Et annet eksempel på hvordan veiledningsplikten er ivaretatt er ordningen i Oslo innen psykisk helsevern:

Alle fastleger har etter ordningen adgang til å ringe vakttelefonen ved et distriktpsykiatrisk senter (DPS) for å få veiledning fra vakthavende psykiater. Det kan også gjøres avtale om at en veileder fra senteret drar ut til for eksempel et kontorfelleskap med fastleger dersom det er meldt særskilt behov for veiledning. Veiledningen kan være knyttet til enkeltpasienter/brukere, men kan også være generell veiledning til grupper av ansatte, for eksempel ansatte i bemannede boliger, hjemmetjenesten, sykehjem og NAV sosial.

Sykehuset Innlandet, alderspsykiatrisk avdeling, har siden 2010 utviklet en modell for kompetanseoverføring og veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommuner når det gjelder demens:

Det deltar 26 kommuner i Hedmark og Oppland i tiltaket. Spesialisthelsetjenesten bidrar bl.a. med generell opplæringsaktivitet overfor personalgruppen i kommunene. Ved hver kommunal virksomhet er det ressurspersoner som gis særlig opplæring og er kontaktpunktet opp mot spesialisthelsetjenesten. Videre bidrar spesialisthelsetjenesten med ambulant oppsøkende klinisk veiledning knyttet til enkeltmottakere av tjenester, eller mer generell veiledning til ansatte. Videre veiledes det om tjenestepesifikke temaer, f.eks. utredning, god miljøbehandling, brukermedvirkning mv. Den oppsøkende virksomheten består i det alt vesentligste av sykepleier, men omfatter også psykiaterressurs. Spesialisthelsetjenesten bidrar videre med standardisering av rutiner og verktøy.

Innen habilitering og rehabilitering er det flere eksempler på nettverk og møteplasser for samhandling, informasjon og kompetanseheving:

Både kommunene og helseforetak skal ha koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. I spesialisthelsetjenesten er det i dag koordinerende enheter (KE) på to nivåer. Det er enheter i alle fire helseregioner i tillegg til enheter på helseforetaksnivå. De regionale enhetene har etablert og drifter faste nettverk og møteplasser for samhandling og informasjon mellom de koordinerende enhetene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg fyller de en viktig rolle som veiviser ved å tilrettelegge og oppdatere informasjon om rehabiliteringstilbud på regionalt og nasjonalt nivå. De samarbeider også om en nasjonal informasjonstelefon.

Enhetene på helseforetaksnivå har hovedvekt på samhandlingen med kommunene. Helse Vest har slike nettverk i hvert helseforetak. Fra disse nettverkene er det i tillegg etablert ulike regionale og lokale fagnettverk hvor målgruppen er fagpersoner både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten og andre relevante sektorer. Disse er tverrfaglige. Kontaktpunktene i nettverkene er KE i kommunene. Et formål med nettverkene er å gi veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I tillegg skal nettverkene bidra til gjensidig dialog for å skape gode pasientforløp.

Nettverk innen rehabilitering av personer med lungesykdommer er et eksempel på et regionalt nettverk i Helse Vest. De arrangerer årlige møter med viktige temaer for denne pasientgruppen. Nettverket er både tverrfaglig og tverrsektorielt. Formålet er å arbeide for helhetlige behandlingsskjeder og skape gode pasientforløp. Nettverket driftes av regional KE i Helse Vest.

Flere helseforetak har utviklet fast struktur for møteplasser og kurs for fastlegene i egen region. Dette er møteplasser som er tellende for spesialister i allmennmedisin, og hvor det er spesialister i helseforetak som foreleser. En viktig effekt er at tiltaket også har styrket samhandlingen og dialogen mellom spesialister i helseforetaket og fastlegene. Det har vært et mål at disse møteplassene også skal ha en gjensidig effekt ved at spesialister i sykehus får veiledning av fastlegene. Telemedisin og elektroniske kommunikasjonsformer kan bidra til å forenkle og effektivisere veiledningen.

5. PLIKT TIL Å INNGÅ SAMARBEIDSAVTALER

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 at alle kommuner har plikt til å inngå samarbeidsavtale med foretak i helseregionen. Tilsvarende plikt er pålagt de regionale helseforetakene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e andre ledd. En av målsettingene for samarbeidsavtalene er at avtalepartene skal koordinere sine tjenester slik at alle pasienter og brukere som har behov for tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, får tilbud om helhetlig og sammenhengende tjeneste.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 er minimumskravene til avtalens innhold angitt. Partene kan også inngå avtale om annet enn det som fremgår av denne bestemmelsen. Bestemmelsens første ledd nr. 2 pålegger avtalepartene å utarbeide retningslinjer for pasientforløp og brukerforløp for de som har behov for koordinerte tjenester. Videre pålegges partene å utarbeide rutiner for det praktiske samarbeidet om pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus og som trenger etterfølgende tjenester fra kommunene. Etter bestemmelsens nr. 6 skal avtalen også innholde retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering. Foretaket må forplikte seg gjennom avtalen til å tilføre kommunen kunnskap som er nødvendig for at det skal være forsvarlig at kommunene i fremtiden utfører oppgaver som sykehus utfører i dag.

Samarbeidsavtalen skal således omfatte retningslinjer for oppfølging av pasienter med behov for koordinerte tjenester og rutiner for det praktiske samarbeidet om ferdigbehandlede pasienter. Videre skal samarbeidsavtalene inneholde opplegg som bidrar til å sikre avtalepartene nødvendig informasjon og kunnskap.

Opplegg for generell veiledning fra spesialisthelsetjenesten på nødvendige områder og retningslinjer for veiledning knyttet til oppfølging av bestemte pasientgrupper bør således fremgå av samarbeidsavtalen.

Veiledningsplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 er imidlertid ikke begrenset til veiledning som naturlig vil omfattes av samarbeidsavtale. Helsepersonell i den offentlige spesialisthelsetjenesten vil derfor kunne være forpliktet til å yte veiledning utover det som fremgår av inngått samarbeidsavtale med kommunen.

Med vennlig hilsen



Elisabeth Salvesen e.f.
fung. ekspedisjonssjef



Pia Grude
seniorrådgiver