**Veiledningstekst for samarbeidsavtale: tekst markert med [...] skal tilpasses. Dette er en mal for avtale og det kan være nødvendig å legge til informasjon for å få en komplett avtale. Kulepunkter i avtalen kan utfylles for å passe nettverkets behov. Beløp for deltakere er markert for å sikre at det justeres om det er nødvendig. Denne teksten fjernes før signering av avtale.** **Kapittel 5 er kun aktuelt for nettverk som velger en tettere forankring av nettverket med etablering av mindre stillinger i alle regioner.**

Samarbeidsavtale for nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk [......]

**Nettverksansvarlig helseforetak**

[NAVN], organisasjonsnummer: [NUMMER]

[Adresse]

[Postnummer By]

[Land]

[navn institusjon]

Og

**Deltakende helseforetak**

[NAVN], organisasjonsnummer: [NUMMER]

[Adresse]

[Postnummer By]

[Land]

[navn institusjon]

**Formål for nasjonalt kvalitets- og kompetansenettverk [...........]**

1. **FORMÅL og hovedoppgaver i oppdraget**

Denne samarbeidsavtalen (heretter kalt «Avtalen») regulerer partenes plikter og rettigheter i forbindelse med gjennomføringen av nettverkets oppdrag. Avtalepartene vil danne kjernegruppen for å løse oppdraget jamfør rammeverk for kompetansenettverk og eventuelle vedlegg. Avtaleparten utpeker egne deltakere i egen styringslinje for å sikre god forankring i fagmiljø i egen region, ytterligere beskrivelse av ansvar og forpliktelser i punkt 3.

Hovedoppgavene for avtaleparten er (i tråd med beskrivelse av nettverk):

* Bidra til likeverdige helsetjenester med god kvalitet, med mål om å redusere variasjon i praksis.
* Bidra til kontinuerlig kunnskaps- og kompetanseutvikling, forskning, kvalitetsforbedring og spredning av kompetanse
* Bidra til at eksisterende og ny kunnskap fra forskning og kvalitetsregistre blir tatt i bruk i alle regioner.
* Bistå eiere og nasjonale helsemyndigheter til å avklare faglige spørsmål.

1. **KONTAKTINFORMASJON**

**HF representant ansvarlig helseforetak er:** [Navn, tittel og helseforetakstilknytning].

Kontaktinformasjon: [Adresse, tlf. og epost]

**HF representant deltakende helseforetak er:** [Navn og helseforetakstilknytning].

Kontaktinformasjon: [Adresse, tlf. og epost]

**Leder nettverk er:** [Navn og helseforetakstilknytning]

Kontaktinformasjon: [Adresse, tlf. og epost]

1. **PARTENES BIDRAG TIL NETTERKET**

Partene plikter å bidra til gjennomføring av nettverket i henhold til de oppgaver og forpliktelser som fremgår av denne avtalen

[Avdeling, klinikk, foretak] forplikter seg til å delta/bidra som følger:

* Gjøre tilgjengelig representant/ kontaktperson for nettverket i egen helseregion tilsvarende 10-20 % stilling
* Avgi ressurser til deltaker i [......] sine kjernegruppemøter og avtalte oppgaver
* Være med å realisere oppdraget som er gitt til ....
* Bidra til rådgivning, kontakt, formidling overfor brukerorganisasjon i egen helseregion
* ...

Angjeldende klinikk ved klinikkleder er ansvarlig for at beskrevne oppgaver blir utført. Beløpet på

250 000 kr skal dekke alle kostnader i forbindelse med arbeidet.

Hver av avtalepartene bestemmer selv hvorledes midlene disponeres så lenge hovedoppgavene i punkt 1 ivaretas på en god måte og innenfor de eventuelle fristene som er satt. Avtaleparten ivaretar selv arbeidsgiveransvaret for egne ansatte som bidrar til å oppfylle oppdraget som beskrevet i avtalen. Det forutsettes at involverte innehar den nødvendige kompetansen og faglige innsikten for dette.

1. **GJENNOMFØRING**

Partene delegerer til kjernegruppen i nettverket som i fellesskap utarbeider oversikt over oppgaver som skal gjennomføres og hvem som har ansvar for at disse utføres. Nettverksansvarlig helseforetak skal påse at alle nødvendige godkjenninger er på plass og at rutiner og regler overholdes.

Partene forplikter seg til å gjennomføre arbeidet i samsvar med vilkårene i avtalen. Det vil i november hvert år vurderes om oppgavene er gjennomført eller om beløp må korrigeres mellom de partene i nettverket før fakturering.

1. **ØKONOMI**

Faktura skal sendes årlig innen november til [fakturamottak HF]. Denne avtalen vedlegges faktura.

Elektronisk faktura: [............] prosjektnummer [...........] referanseperson: [xxxx]

Nettverksansvarlig mottar og administrer [Helseforetak] sine økonomiske bidrag til nettverket. Deltaker er tildelt totalt 250 000 kroner av midlene fra [Helseforetak]. Overføring av midler er betinget av at arbeidet er gjennomført i samsvar med avtalen, og at framdriftsrapport er levert i henhold til planen. Deltaker fakturerer [ansvarlig foretak] etterskuddsvis for kostnadene i henhold til avtalt budsjett.

Hver av deltakerne skal ut over avtalt budsjett dekke sine egne kostnader knyttet til gjennomføringen av nettverket. Begge deltakerne er ansvarlig for at midlene benyttes og at resultatene forvaltes i henhold til de føringer som ligger til grunn for bevilgningen fra [Helseforetak].

1. **VARIGHET**

Avtalen gjelder fra det tidspunktet deltakerne har signert og frem til nettverkets videre tilskudd skal vurderes og partene har oppfylt alle sine forpliktelser i henhold til avtalen, vanligvis 5 år.

**Følgende vedlegg inngår som del av denne samarbeidsavtalen:**

**[aktuelle vedlegg]**

# Signatur

Denne avtale signeres digitalt

For [helseforetak For [Helseforetak]

[Ansvarlig person] Ansvarlig person]

[Klinikkleder] [Klinikkleder]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato Signatur Dato Signatur