



Helse
Samhandling



HELSE NORD-TRØNDELAG

**Forslag til revidert
samarbeidsavtale og retningslinjer
mellom
kommunene og Helse Nord-Trøndelag**

Utkast 12.12.2019

Innhold

	Tema	Side
	Samarbeidsavtalen	4
1	Pasientsamarbeid Samarbeid om helhetlig pasientforløp og samarbeid om tilbud til pasienter med behov for koordinerte tjenester	12
	Vedlegg til retningslinje 1 Rutiner om pasientsamarbeid ved innleggelse og utskrivning	16
2	Samarbeid om kunnskapsoverføring, forskning og utdanning.	20
3	Samarbeid innen svangerskapsomsorg, fødselshjelp og barselomsorg	23
4	Digital samhandling	25
5	Samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid	28
6	Samarbeid om beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede	30

Gjeldende samarbeidsavtaler:

- [HNT og kommunene](#)
- [St. Olav og kommunene](#)
- [HMR og kommunene](#)

Rutiner knyttet til gjeldende samarbeidsavtale.

Rutinene revideres fortløpende ved behov, og godkjennes i ASU.

Tema	
1	Retningslinjer for legesamarbeid
2	Anbefalinger i forhold til transfusjon av blod og blodprodukter utenfor sykehus.
3	Parenteral behandling hjemme -antibiotika, smertepumpe, parenteral ernæring, forbruksmateriell
4	Rutine for meldingsutveksling av PLO meldinger
5	Rutine for hjelpemidler
6	Rutine for innleie av ledsager fra kommunene ved innleggelse i sykehus
7	Rutine for samarbeid i komplekse pasientsaker
8	Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselstilbud
9	Samhandlingsavvik og forbedringsforslag
10	Individuell plan
11	Begrepsavklaringer
12	Rutine for oppnevning og honorering av brukerrepresentasjon
13	Hospiteringsordningen mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF
14	Orientering om veiledningsplikten

Samarbeidsavtalen

1. Parter

Avtalen er inngått mellom Kommunene i Nordre Trøndelag (heretter kalt kommunen) og Helse Nord-Trøndelag (heretter kalt helseforetaket).

Denne samarbeidsavtalen inngås med virkning fra 01.07.2020. og erstatter tidligere samarbeidsavtale.

2. Bakgrunn

Ved inngåelse av samarbeidsavtalen oppfyller partene sin lovpålagte plikt i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6-1 mfl. og lov om spesialisthelsetjenester av 2.juli 1999 § 2 -1 e til å inngå samarbeidsavtale.

Når partene i denne samarbeidsavtalen bruker uttrykket "avtale", omfatter det både samarbeidsavtalen og retningslinjer som omtalt i § 6.2. i Helse- og omsorgstjenesteloven.

Med retningslinjer menes mer detaljerte beskrivelser, blant annet om konkrete pasientforløp, ansvars- og rollefordeling, partenes informasjons- og veiledningsansvar, finansiering, organisering, eventuelt behov for avklaring av arbeidsgiveransvar, mv.

Kommunen og helseforetaket er gjennom lovverket tillagt hver sine kompetanse- og ansvarsområder. Virkeområdet for samarbeidsavtalen er de områder hvor det er behov for et samarbeid om tilbudet til pasienter.

Løpende dialog om samarbeidsområdene er nødvendig for gjennomføring av avtalen.

3. Formål

Samarbeidsavtalen angir overordnede bestemmelser om samarbeidsformer, generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenesteområder, samt prosess for vedtak av retningslinjer mellom partene.

Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig, forutsigbart og faglig godt tilbud i helse- og omsorgstjenestene. Avtalen skal konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og helseforetaket.

Avtalen skal etablere gode samhandlingsarenaer som sikrer at partene videreutvikler og implementerer omforente samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder.

Det er partenes intensjon at samarbeidet skal preges av en løsningsorientert tilnærming og prinsippet om at avgjørelser tas så nært brukeren som mulig

Målet er at pasientene skal oppleve at tjenestene:

- a) er faglig forsvarlige
- b) er samordnede og helhetlige

- c) er trygge og forutsigbare
- d) er preget av kontinuitet
- e) blir utført på en god måte på tvers av kommunegrense og forvaltningsnivå
- f) er kostnadseffektive
- g) ivaretar pasientenes og brukernes rett til informasjon og medvirkning
- h) tjenestene er utformet slik at språklige og kulturelle behov ivaretas.

Samarbeidet bygger på likeverdighet mellom partene. I tilfelle motstrid mellom denne avtalen og retningslinjer skal samarbeidsavtalen ha forrang.

4. Ansvars- og oppgavefordeling

Kommunen har ansvar for å gi nødvendig helsehjelp etter Lov om helse- og omsorgstjenester og helseforetaket har ansvar for å yte nødvendig helsehjelp etter Lov om spesialisthelsetjenesten.

Saker av prinsipiell og/eller økonomisk karakter behandles av de organer som har beslutningsmyndighet på det enkelte forvaltningsnivå. Retningslinjene for tjenestoområdene skisserer ansvars- og oppgavefordeling i samarbeidsprosedyrer i et helhetlig forløp.

Partene er enige om følgende prinsipper for ansvars- og oppgavefordeling:

- a) Tjenester skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå.
- b) Ansvars- og oppgavefordeling skal ivaretas gjennom helhetlige pasientforløp utviklet i fellesskap.
- c) Pasientforløp ved inn og -utskrivning av pasienter, som trenger kommunale tjenester, skal omfatte tydelig beskrivelse av samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, der arbeidsprosesser, informasjonsflyt og gjennomføring fremkommer.
- d) Ingen av partene kan alene definere hva som er kommunens eller helseforetakets ansvar.
- e) Partene kan ikke endre egen praksis som får konsekvenser for ansvars- og oppgavefordeling mellom partene uten at partene er kommet til enighet.
- f) Det kan avtales særskilt at partene utfører oppgaver for hverandre som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Det overordnede prinsipielle ansvaret vil ikke endres. Partene skal foreta en forsvarlighetsvurdering ved overføring av oppgaver.

Politisk- og administrativt samarbeidsutvalg, fagråd, fagutvalg og fagnettverk må bidra til at Helseplattformen utvikles og implementeres på en hensiktsmessig måte.

5. Retningslinjer for faglig samarbeid og særavtaler

5.1 Minimumskrav

Partene er enig om at minimumskravet fastsettes i egne retningslinjer som vedlegg til samarbeidsavtalen. Partene har selv fastsatt form, arbeidsmåte, innhold og organisering av samarbeidet i retningslinjene ut fra de krav loven til enhver tid stiller.

Retningslinjer skal inngå som vedlegg til samarbeidsavtalen, og er på samme måte som samarbeidsavtalen rettslig bindende mellom partene med mindre annet fremgår.

Samarbeidsavtalen vedtas av kommunestyrene og styret for helseforetaket.

Revisjon av retningslinjer og utfyllende rutiner/prosedyrer knyttet til retningslinjene kan vedtas i Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU).

5.2 Samarbeid ut over minimumskravet

- a) Partene er pliktig å gjøre sine ansatte kjent med avtale- og avvikssystemet slik at avvik blir registrert.
- b) Politisk samarbeidsutvalg og Administrativt Samarbeidsutvalg skal holdes løpende orientert om avvik.

5.3 Særavtaler

Særavtaler kommer i tillegg til retningslinjene i minimumskravene.

Særavtaler kan for eksempel gjelde mer detaljerte bestemmelser for avgrensede tjenesteområder, blant annet om konkrete pasientforløp, ansvars- og rollefordeling, partenes informasjons- og veiledningsansvar, finansiering, organisering, eventuelt behov for avklaring av arbeidsgiveransvar. Særavtalene skal ha referanse til øvrig avtaleverk. ASU skal være orientert om særavtaler.

6. Samarbeidsformer og samarbeidsorgan

Det etableres samarbeidsorganer på 3 nivå, hhv politisk, administrativt og faglig nivå.

6.1 Politisk samarbeidsutvalg (PSU)

Det etableres et samarbeidsutvalg på politisk / styrenivå, der partene gis mulighet til å drøfte strategiske og politiske spørsmål av betydning for samhandling om helse- og sosialtjenester.

6.1.1 Oppgaver

- a) Politisk samarbeidsutvalg skal være en arena for å sikre og utvikle samhandlingsklimaet mellom partene slik at kommunene og helseforetaket ivaretar sitt felles ansvar for helhetlige pasientforløp, og sikre tilbud om og kvalitet på nødvendige helsetjenester.
- b) Det politiske samarbeidsutvalget skal medvirke til å forankre samarbeidet på politisk nivå.
- c) Tema i møtene bør være gjennomgang og status for sentrale områder i avtaleverket.

6.1.2 Sammensetning

- a) Utvalget består av 3-4 representanter fra kommunene (fortrinnsvis ordførere) oppnevnt av fylkesstyret i KS, og 3-4 representanter oppnevnt av styret i helseforetaket.
- b) Representantene oppnevnes for 4 år av gangen.

6.1.3. Arbeidsform

- a) Utvalget konstituerer seg selv og fastsetter sin egen møteplan, 2-4 møter pr. år.
- b) Leder og nestleder i ASU har møterett i det politiske samarbeidsutvalget.
- c) Felles sekretariat forbereder og følger opp vedtak i samarbeid med leder

6.2 Administrativt samarbeidsutvalg

Det etableres et Administrativt Samarbeidsutvalg på overordnet administrativt nivå mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene som er part i avtalen. Formålet er å etablere en samarbeidsarena for utvikling av helsetjenestene.

6.2.1. Mandat

ASU har ansvar for:

- a) Å følge opp samarbeidsavtalen, drøfte og gi anbefalinger i saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter.
- b) Forbereder og bistår i gjennomgang og eventuell revisjon av samarbeidsavtalen
- c) Kan i den enkelte sak anbefale hvordan uenighet om evt. økonomisk løsning/ fordeling av påløpte utgifter mellom partene som det tvistes om kan løses.
- d) Vedtak i ASU skal være basert på enighet mellom partene.
- e) Behandle uenighetssaker som ikke lar seg avklare i fagrådene. Ved uenighet kan partene, eller en av partene, bestemme at saken oversendes partenes forhandlingsutvalg.
- f) Partene kan på selvstendig grunnlag fremme saker for ASU. Sakene skal fremmes via felles sekretariat innenfor gitte frister. ASU vedtar i desember hvert år en helhetlig plan for neste års arbeid innenfor samarbeidsområdene.
- g) ASU sørger for at det blir utarbeidet retningslinjer som omtalt i § 6.2. i Helse- og omsorgstjenesteloven i henhold til punkt 5 i denne avtalen.
- h) Godkjenner faglige retningslinjer for samhandling. Utvalget oppretter og avvikler fagråd etter behov. Utvalget oppnevner medlemmer og ledere til fagrådene.
- i) Fokuserer på erfaringsutveksling, kompetanseoverføring og felles møteplasser
- j) Bidra til utvikling og spredning av gode modeller for samhandling
- k) ha en oppdatert oversikt over ulike samhandlingsprosjekter i regionen
- l) for en felles overordnet informasjons- og kommunikasjonsstrategi i forhold til avtalene

6.2.2 Oppnevning og sammensetning

Partene oppnevner 6 representanter hver.

ASU skal bestå av følgende representanter:

- a) En representant fra hver av kommunegruppene:
Ytre Namdal, Indre Namdal, Midtre Namdal, Inn-Trøndelag, Innherred og Værnesregionen.

- b) 6 representanter fra helseforetaket

6.2.3 Observatører i ASU med tale -og forslagsrett

- a) 1 observatør fra Fylkesmannen
- b) 1 observatør fra KS
- c) 1 brukerrepresentant oppnevnt av Brukerutvalget i helseforetaket
- d) 1 brukerrepresentant fra kommunene
- e) 2 observatør fra tillitsvalgte ved Helseforetaket
- f) 1 observatør fra tillitsvalgte fra kommunene
- g) 1 observatør fra legene i kommunene

6.2.4 Valgt periode:

Medlemmene velges for en periode på 2 år tilsvarende avtaleperioden, med personlig vararepresentant. For å sikre kontinuitet bør ikke hele utvalget skiftes ut samtidig.

6.2.5 Arbeidsform:

- a) ASU konstituerer seg selv.
- b) Ledelse alternerer hvert annet år mellom helseforetaket og kommunene.
- c) Saksliste og saksdokumenter med forslag til vedtak sendes medlemmene senest 8 dager før møtet. Saker som ikke er sendt ut innen denne fristen, kan som hovedregel ikke sluttbehandles.
- d) ASU er beslutningsdyktig om minst 3 representanter fra hver av partene møter.
- e) Referat godkjennes av ASU.
- f) Medlemmene i ASU har ansvar for å informere, implementere og forankre saker/vedtak behandlet i ASU, hos dem de representerer, i kommunegrupper og helseforetak.
- g) ASU kan opprette og nedlegge arbeidsgruppe / fagråd / fagnettverk / ad-hoc utvalg, og kan innkalle andre representanter ved behov.
- h) ASU har møter 4 - 6 ganger i året, og ellers ved behov.
- i) Partene bærer selv sine kostnader.
- j) Møtene i ASU er åpne med mindre annet er besluttet særskilt

6.2.6. Arbeidsutvalg og sekretariatsfunksjon for ASU

- a) Det er opprettet et eget arbeidsutvalg (AU) for ASU
- b) Det er opprettet et felles sekretariat med representanter fra kommunene og helseforetaket.
- c) Til sekretariatet legges ansvaret for saksbehandling, administrative funksjoner, herunder koordinering mellom fagråd, ASU og PSU.
- d) Forberede evt. uenighetssaker som skal behandles av ASU
- e) Utarbeide møteplan for ASU, PSU, dialogmøter etc.
- f) AU har ansvar for oppfølging/koordinering av saker PSU ønsker tatt opp i ASU og vice versa.
- g) Bidra til utvikling og iverksetting av felles rutiner og prosedyrer i tråd med samarbeidsavtalene
- h) Bidra til implementering av avtaler, retningslinjer, rutiner og helhetlige pasientforløp m.m.
- i) AU har ansvar for oppnevning av representanter til arbeidsgrupper, pasientforløp m.m. Det forutsettes at det er avklart i egen organisasjon.

6.3. Fagråd

- a) ASU kan opprette og nedlegge fagråd etter behov.
- b) Arbeider etter oppdrag fra ASU og handlingsplan for samhandling.
- c) Retningslinjer og prosedyrer for fagrådene bør være mest mulig like.
- d) Faglige retningslinjer utarbeides av fagrådene og godkjennes av administrativt samarbeidsutvalg.
- e) Fagråd er partssammensatte og følger som hovedregel de samme prinsippene for representasjon og arbeidsform som ASU (jf. Pkt. 6.2.2). Representanter oppnevnes av ASU.
- f) Fagrådet konstituerer seg selv med leder og sekretær, som alternerer hvert annet år mellom helseforetak og kommunen.
- g) Partene bærer selv sine kostnader. Fagrådene evalueres hvert annet år.
- h) Medlemmene i ASU har ansvar for å informere, implementere og forankre saker/vedtak behandlet i ASU, hos dem de representerer, i kommunegrupper og helseforetak.

6.4. Andre samarbeidsformer

6.4.1 Forhandlingsutvalg:

Partene oppnevner et forhandlingsutvalg. Forhandlingsutvalget skal framforhandle og reforhandle samarbeidsavtalen. Forhandlingsutvalget skal søke å løse saker der partene er uenige i spørsmål som har faglige, økonomiske eller prinsipielle konsekvenser.

6.4.2 Fagutvalg og fagnettverk

- a) ASU kan opprette fagutvalg og fagnettverk etter behov.
- a) Fagutvalg og fagnettverk kan bistå ASU og fagrådene innenfor sine fagområder.
- b) Fagutvalgene er partssammensatte og følger som hovedregel de samme prinsippene for representasjon og arbeidsform som ASU (jf. Pkt. 6.2.2). Representanter oppnevnes av ASU.
- c) Fagutvalg og fagnettverk konstituerer seg selv med leder og sekretær, som alternerer hvert annet år mellom helseforetak og kommunen.
- d) Partene bærer selv sine kostnader.

6.4.3 Møter mellom kommunegrupperinger og helseforetaket:

Det etableres dialogmøter mellom foretaket og kommunegrupperingene. Det kan etter avtale mellom foretaket og grupperingene avholdes ett eller flere møter årlig med hver gruppering. ASU orienteres fortløpende om møtene.

6.5 Brukermedvirkning

- a) Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.
- b) Brukermedvirkning er ivaretatt gjennom representasjon i ASU.
- c) Det forutsettes at fagrådene trekker med brukerrepresentanter i saker det vurderes som hensiktsmessig, for eksempel ved utarbeidelse av retningslinjer for sine områder.

7. Rutiner for arbeid med kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet, avvikshåndtering og systematisk forbedringsarbeid

Hensikten er å sikre kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i overgangene mellom kommunen og HNT, gjennom å etablere rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid mellom partene.

Rutine for avvikshåndtering og systematisk forbedringsarbeid:

- a) uønskede samhandlingshendelser og forbedringsforslag skal meldes etter rutinebeskrivelse¹ på eget meldingsskjema
- b) fagrådet skal sikre en systematisk gjennomgang av uønskede samhandlingshendelser og forbedringsforslag, og legge dette frem for medlemmene i ASU for videre oppfølging
- c) medlemmene i ASU skal spre kunnskapen i egne organisasjoner gjennom referat fra ASU-møtene og annen virksomhet
- d) meldingsordningen skal evalueres i forbindelse med revisjon av denne tjenesteavtalen

Læring og spredning av kvalitetsforbedring og sikkerhetsarbeid skal foregå som:

- a) tema internt hos partene
- b) tema i faste møter mellom kommunen og HNT
- c) meldingsstatistikk som legges ut på Samhandlingsidene

8. Plikt til gjennomføring og forankring

Partene forplikter seg til å:

- a) gjøre avtalens innhold / konsekvenser og beslutninger /vedtak kjent og iverksatt innenfor eget ansvarsområde
- b) orientere hverandre om endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalen omfatter
- c) Gjensidig involvering av hverandre ved planlegging av tiltak som berører den annen part

9. Håndtering av uenighet og tvisteløsning

9.1 Håndtering av uenighet

Partenes intensjon er å løse uenighet så nært pasient/bruker som mulig og i en dialog mellom partene.

¹ [Rutine for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser og forbedringsforslag](#)

- a) Prinsipielle pasientrelaterte enkeltsaker søkes løst i fagrådet. Oppnås det ikke enighet i fagråd, sender fagrådet saken videre til ASU.
- b) Oppnås ikke enighet om en tolkning som aksepteres av partene, og partene finner det hensiktsmessig, sendes saken til forhandlingsutvalget.
- c) Hvis partene ikke blir enige etter forhandlinger kan partene løfte uenigheten til det nasjonale tvisteløsningsutvalget og/eller videre til rettslig avgjørelse.

9.2 Tvisteløsning

- a) Dersom uenighet/tvist ikke blir løst gjennom forhandlinger innen 2 måneder, kan partene bringe tvist inn for Nasjonal Tvisteløsningsnemnd. Ved innsending av sak til tvisteløsningsnemnda skal partene bli enige om hvorvidt nemndas avgjørelse skal være endelig.
- b) Dersom partene ikke ønsker at avgjørelse av Nasjonal Tvisteløsningsnemnd skal være bindende mellom partene, kan tvist reises for de ordinære domstoler.
- c) Inn-Trøndelag tingrett er verneting for partene i avtalen. Dersom en tvist ikke² blir løst ved forhandlinger eller mekling, kan hver av partene forlange tvisten avgjort med endelig virkning ved norske domstoler jf. lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) 17.06.2005 nr. 90.³

10. Mislighold

Ved mislighold gjelder alminnelige kontraktsrettslige og erstatningsrettslige prinsipper, med mindre annet er særskilt avtalt.

11. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft ved signering 01.07.2020, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd. Avtalen kan prolongeres dersom partene er enige om det.

12. Innsending av avtaler til Helsedirektoratet

Etter avtale er signert av begge parter, skal helseforetaket sende kopi av samarbeidsavtalen og tjenesteavtalene jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-4 til Helsedirektoratet, med kopi til Helse Midt-Norge RHF. Dette skal skje innen en måned etter at avtalen er inngått, og senest en måned etter utgangen av frist fastsatt med hjemmel i samme lov § 6-3.

²

³ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-90>

Retningslinje 1 Pasientsamarbeid

Samhandling om pasienter med behov for kommunale tjenester i forbindelse med poliklinikk, innleggelse, utskriving, - og pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Det er hjemlet i lov 24.6.2011nr 30 om helse- og omsorgstjeneste med mer § 6-2 nr. 3 og 5 og lov 2.7.1999 nr. 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e. og forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter⁴⁵

1 Formål

Retningslinjen skal sikre godt samarbeid om pasienter som behandles i spesialisthelsetjeneste som omfattet av spesialisthelsetjenesteloven og samarbeid om pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester.

Retningslinjene skal sikre at alle pasienter får et forutsigbart, faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og helseforetaket, jf. Samarbeidsavtalens punkt 3.

Kommunen og helseforetaket skal tilrettelegge tjenestene slik at helsepersonell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og har tilstrekkelig opplæring i, og er kjent med disse.

Helseforetak og kommune skal i pasientsamarbeidet sikre at pårørende skal være godt informert og medvirke til plan for videre behandling, der det er aktuelt.

2 Samarbeid om døgntilrettelagt behandling

Informasjonsutveksling mellom helseforetak og kommune skal fortrinnsvis skje elektronisk. I tilfelle der det haster med rask respons bør telefon benyttes. Det samme gjelder ved evt. stans i meldingsutvekslingen. Begge parter tar initiativ til dialog og evt. deltakelse i møter der det er spesielle behov for kompetanseoverføring og videre oppfølging.

2.1 Samarbeid om pasient ved innleggelse og opphold i helseforetak

Det er utarbeidet egne [rutiner ved innleggelse og utskriving](#) av pasienter med behov for kommunale tjenester. I tillegg er det utarbeidet en regional rutine for [e-meldinger](#).

Helseforetaket skal varsle kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov / funksjonsnivå. Ved dødsfall skal kommunen informeres umiddelbart.

⁴ <https://lovdata.no/forskrift/2011-11-18-1115>

⁵ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-12-22-1871?userID=46870¬ificationKey=6a4561b0a246870>

2.2 Samarbeid om pasient ved utskriving fra helseforetak

Når en pasient har behov for kommunalt helse – og omsorgstjenestetilbud og er definert som utskrivningsklar, jf. § 9 i Forskriften, skal helseforetaket straks varsle kommunen.

Det skal være faglig og etisk forsvarlig å skrive ut pasienten når denne meldes som utskrivningsklar. Det skal tas hensyn til pasientens funksjon, alder og avstand til hjemmet når forsvarlighet vurderes. Det skal også tas spesielle hensyn til døende pasienters og eventuelt deres pårørendes ønsker og behov.

2.2.1 Unntaksbestemmelser

Pasienten kan i noen tilfeller ønske å reise før kommunen har svart på «Melding om utskrivningsklar pasient» jf. 3 timers regel svar på «Melding om utskrivningsklar». Det skal benyttes PLO-meldinger for at informasjonen skal være gitt og dokumentert i begge journalsystemer.

Forutsetninger for unntaket:

- a) Pasienten er utskrivningsklar i henhold til regelverket, dvs. at det er sendt:
 - Helseopplysning – oppdatert
 - Epikrise eller tilsvarende informasjon
 - Melding om Utskrivningsklar pasient
- b) Pasienten er samtykke- kompetent og ønsker selv å reise hjem før kommunen varsler at de kan ta imot pasienten.
- c) Sykehuset har vurdert at det er faglig forsvarlig å skrive ut pasienten uten kommunale tjenester de nærmeste dagene, fordi:
- d) Pasienten klarer seg selv noen dager, eller pasienten har pårørende som ønsker å ta ansvar for pasienten inntil kommunale tjenester er på plass

Når betingelsene i overnevnte punkter er oppfylt kan sykehuset velge å skrive ut pasienten uten svar på «Melding om utskrivningsklar». Helseforetaket skal informere kommunen om dette i «Melding om Utskrevet pasient».

2.3 Krav til redegjørelse

Jamfør § 14 i forskriften:

Kommunen har krav på redegjørelse for de vurderinger foretaket har gjort, jamfør § 9 Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve vurderingene foretatt av foretaket.

2.4 Betaling for utskrivningsklar pasient

Jamfør § 13 i forskriften:

[Betaling for utskrivningsklare pasienter på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.](#)

3 Samarbeid om polikliniske pasienter

Dette samarbeidet gjelder både poliklinikk, dagbehandling og ambulant behandling for pasienter som får endret sitt behov for kommunale tjenester.

Når pasienter som er til dagbehandling / poliklinisk konsultasjon får endrede behov for kommunale tjenester, skal kommunen informeres.

Det er utarbeidet [egne rutiner](#) for samarbeid for om disse pasientene.

4 Presiseringer for pasienter med behov for koordinerte tjenester

Det er viktig å konkretisere ansvars- og oppgavefordelingen mellom HNT og kommunen, samt å etablere samarbeidsrutiner for å ivareta en forsvarlig beslutningsprosess og nødvendig informasjonsflyt.

Partene er enig om å sette fokus på bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven om informasjon, medvirkning, samtykke, samtykkekompetanse og vedtak om helsehjelp, dette på system- og individnivå.

Tjenesteyterne skal samarbeide med hverandre om [individuell plan](#) (IP) for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte pasient/bruker, jf pasientrettighetsloven § 2-5, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1, helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og forskrift om habilitering og rehabilitering.

Partene arbeider videre med å utvikle gode samhandlingsverktøy gjennom arbeidet med konkretisering av helhetlige pasientforløp.

Helseforetaket og kommunen skal foreta [skriftlige ansvarsavklaringer i komplekse pasientsaker](#).

4.1 Ansvarsavklaringer

4.1.1 Felles ansvar

- a) Partene er enig om å avholde samarbeidsmøter for å planlegge nødvendige tiltak etter utskriving
- b) Partene har ansvar for at nødvendige hjelpemidler installeres og tilpasses før utskriving
- c) Koordinatoransvaret og samarbeidet mellom koordinator i kommunen og HNT skal avklares. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i HNT og i kommunen har ansvar for å initiere dette arbeidet. Det skal tilstrebes at partene koordinerer sine tjenester. Pasienten skal ha et kontaktpunkt både i HNT og i kommunen.
- d) Partene er enig om å legge rapport IS-1947 2011 fra Helsedirektoratet til grunn i arbeidet med å utvikle felles forståelse av habilitering og rehabilitering på individ og systemnivå. Det vises også til Tjenesteavtale 1.
- e) Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i HNT og i kommunen skal ha oversikt over pasientforløp i egen organisasjon for å oppnå samhandling på system- og individnivå.
- f) Partene har etablert fagnettverk for samarbeid og kompetanseutvikling

4.1.2 HNTs ansvar:

- a) Utrede, undersøke og gi habiliterings- og rehabiliteringstilbud til pasienter med behov for tverrfaglig spesialisert habilitering og rehabilitering,

- b) Starte habiliterings- og rehabiliteringstiltak så snart som mulig under institusjonsopphold
- c) Melde fra til koordinerende enhet i kommunen ved behov for individuell plan og/eller kommunal koordinator
- d) Innkalle til samarbeidsmøter før utskriving når pasient/bruker har behov for omfattende kommunale tjenester
- e) Kartlegge pasienten/brukerens behov for nødvendige hjelpemidler etter utskriving i samarbeid med kommunen
- f) Kartlegge pasienten behov for [behandlingshjelpemidler](#), eventuelt behov for opplæring og iverksette bestilling
- g) Delta i ansvarsgrupper både før, under og etter pasient/brukers sykehusopphold når det er faglig behov for det
- h) I samsvar med helsepersonelloven, gi relevant informasjon til helsepersonell i kommunen i forbindelse med pasienter/brukere som har behov for koordinerte tjenester
- i) I komplekse saker skal HNT sikre at det opprettes kontakt mellom pasient, fastlege og eventuelt andre kommunale tjenester før utskriving fra sykehuset

4.1.3 Kommunens ansvar:

- a) Etablere koordinerende enhet, og gi kontaktinformasjon om denne til HNTs koordinerende enhet
- b) Sørge for å utarbeide individuell plan, tilby koordinator og vurdere å opprette ansvarsgrupper ved behov
- c) Ha habiliterings- og rehabiliteringstilbud
- d) I samsvar med helsepersonelloven, gi nødvendig og relevant informasjon til helsepersonell i HNT i forbindelse med pasienter/brukere som har behov for koordinerte tjenester
- e) Følge opp bestilling av nødvendige [hjelpemidler](#) i samarbeid med HNT, og sikre nødvendig opplæring

5 Informasjonsutveksling når mindreårige barn er pårørende

HNT og kommunen har ansvar for å avklare om pasient/bruker har mindreårige barn som pårørende, og om barnets situasjon er vurdert og ivaretatt.

Partene skal ha et system for å gi nødvendig støtte og oppfølging til barn og ungdom som er pårørende av psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter. Relevante instanser skal varsles så tidlig som mulig om bistands-/omsorgsbehov som mindreårige barn har, dette dokumenteres i journal.

6 Informasjonsutveksling når pasients/brukers pårørende trenger bistand

HNT og kommunen har ansvar for å avklare om pasient/bruker har pårørende som trenger bistand/omsorg når pasienten/brukeren mottar behandling i HNT og/eller kommunen.

Partene skal ha et system for å gi nødvendig støtte til pårørende som trenger bistand/omsorg når pasienten/brukeren mottar behandling i HNT og/eller kommunen. Relevante instanser skal varsles så tidlig som mulig om bistands-/omsorgsbehov som pårørende har, dette dokumenteres i journal.

Vedlegg til retningslinje 1

Vedlegg til retningslinje 1 Rutiner om pasientsamarbeid ved innleggelse og utskrivning

1. Henvisning

1.1 Kommunens ansvar og oppgaver

- a) Vurdere andre aktuelle muligheter enn innleggelse før pasienten henvises helseforetaket for vurdering.
- b) Beslutter i samråd med AMK hvilken transport pasienten trenger til helseforetaket, samt hastegrad (jfr. Medisinsk index)
- c) Vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport til helseforetaket
- d) Henvisning inneholder alle relevante opplysninger som er nødvendig ved innleggelse for å kunne starte videre utredning/behandling så raskt som mulig. Henvisningen sendes og utformes iht. til [nasjonal veileder for henvisning til spesialisthelsetjenesten](#) fortrinnsvis elektronisk.
- e) Helsepersonell skal sikre at informasjonen om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som ytes, blir gitt til nærmeste pårørende hvis forholdene tilsier det. Barn som pårørende skal ivaretas og få relevant informasjon og oppfølging.
- f) Ved livstruende situasjoner kan ambulanspersonell i samarbeid med henvisende instans og AMK, transportere pasienten direkte til helseforetaket. Melding til helseforetaket for klargjøring av mottak med relevant personell, skal gjøres uten ugrunnet opphold.
- g) For pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester: Kommunen skal gi nødvendige opplysninger om tjenester, medikamenter, sykehistorie og funksjonsnivå senest innen 4 timer etter mottatt informasjon om innleggelsen, tilsvarende elektronisk innleggingsrapport. ([rutine for informasjonsutveksling](#)) Ved behov for supplerende opplysninger sendes disse senest innen 24 timer etter innleggelsen.

1.2 Helseforetaket ansvar og oppgaver

- a) Helseforetaket tilbyr konferansemulighet ved alle øyeblikkelig hjelp innleggelser.
- b) Helsepersonell skal sikre at informasjonen om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som ytes, blir gitt til nærmeste pårørende når forholdene tilsier det. Barn som pårørende skal ivaretas og få relevant informasjon og oppfølging.
- c) Avklare om pasienten har helse – og omsorgstjenester i egen kommune og varsle så snart som mulig om innleggelsen.
- d) Innhente supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, fastlege, tilsynslege og pårørende ved behov.
- e) Behandlende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med tilstedeværelse av ledsager under oppholdet, jamfør felles rutine: "Innleie av kommunalt ansatte i Helse Nord-Trøndelag - fastvakt – ekstravakt»
- f) Om det vurderes at pasienten ikke har behov for spesialisthelsetjeneste, men helsetilbud i kommunen, tar helseforetaket kontakt med henvisende lege i kommunen og det vurderes i fellesskap videre behandling.
- g) Hvis pasient henvises tilbake til kommunale tjenester (ØHD), skal diagnose være stilt og det skal være en plan for observasjon og behandling. Beslutningen om kommunale tjenester ligger til kommunen.

- h) Når pasientforløpet krever avtale om direkte kontakt til helseforetaket, kan pasienten selv eller helse- og omsorgstjenesten avtale innleggelse direkte med oppfølgende klinikk. Kommunens kontaktperson skal informeres.
- i) Ved planlagte innleggelser: Pasient og henvisende lege skal varsles om resultat etter vurdering av henvisningen, og gis dato for innleggelse, evt. ukenummer for innleggelse.
- j) Henvisning vurderes etter gjeldende retningslinjer og prioriteringsveiledere
- k) Når en pasient legges inn på sykehus, skal spesialisthelsetjenesten gjøre en vurdering om pasienten har behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra helseforetaket. Det er viktig med tidlig varsling for å sikre faglig forsvarlig pasientforløp mellom helseforetaket og helse- og omsorgstjenesten i kommunen.
- l) Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus, eller det på grunn av pasientens helsetilstand ikke er mulig å foreta vurderingene innen 24 timer etter innleggelsen, skal vurderingene foretas fortløpende og kommunen varsles så snart det lar seg gjøre.
- m) Varsling / informasjon gjøres innen 24 timer etter innleggelsen.
 - Varselet skal inneholde: pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.
 - Helseforetaket skal varsle kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov / funksjonsnivå.
 - Ved dødsfall skal kommunen informeres umiddelbart.

2. Samarbeid under innleggelse i helseforetak

- a) Dersom det i løpet av sykehusoppholdet avklares behov for kommunale tjenester, skal fristen løpe fra det tidspunkt det blir klart at slikt behov foreligger.
- b) Helseforetaket foretar utredning og behandling med utgangspunkt i problemstillingene i henvisningen
- c) Planlegging av utskrivning starter så snart som mulig når den kliniske situasjonen er avklart
- d) Begge parter kan ta initiativ til dialog og deltar i møter ved behov. Ansvarlige representanter for kommunen og Helseforetaket avklarer videre oppfølging i samarbeid med pasient og nærmeste pårørende. Det skal tilrettelegges for dialog uavhengig av geografiske avstander.
- e) Ved behandling skal Helseforetaket ta initiativ til å være i dialog med den kommunale helse- og omsorgstjenesten når den er involvert i behandlingen
- f) Dersom pasienten videre henvises i spesialisthelsetjenesten skal dette fremgå av epikrisen. Dette gjelder også kontrollpasienter.

3. Samarbeid om pasient ved utskrivning fra helseforetak

Definisjon av utskrivningsklar pasient:

Jamfør Forskrift om utskrivningsklar pasient § 9⁶, vilkår for at en pasient er utskrivningsklar.

§ 9. Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar

Pasient i somatisk døgnavdeling er utskrivningsklar når lege ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Pasient i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet er utskrivningsklar når lege eller psykolog ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Vurderingen skal være basert

⁶ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-12-22-1871?userID=46870¬ificationKey=6a4561b0a246870>

på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a) *problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart*
- b) *øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart*
- c) *dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for*
- d) *det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten*
- e) *pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.*

For pasienter i psykisk helsevern skal tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten være avsluttet før pasienten er utskrivningsklar.

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven ved behov, og før pasienten er utskrivningsklar, også kalle inn relevante samarbeidspartnere for å starte arbeidet med å utarbeide en samlet plan for videre behandling og oppfølging, herunder plan for eventuell samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten.

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten skal det før pasienten er utskrivningsklar også etableres kontakt med ansvarlig enhet eller behandler i spesialisthelsetjenesten.

3.1 Helseforetakets ansvar og oppgaver:

Når en pasient har behov for kommunalt helse – og omsorgstjenestetilbud og er definert som utskrivningsklar, jf. § 9 i forskriften, skal helseforetaket straks varsle kommunen.

Det skal være faglig og etisk forsvarlig å skrive ut pasienten når denne meldes som utskrivningsklar. Det skal tas hensyn til pasientens funksjon, alder og avstand til hjemmet når forsvarlighet vurderes. Det skal også tas spesielle hensyn til døende pasienters og eventuelt deres pårørendes ønsker og behov.

3.1.1 Utreiseklar:

Pasienten er utreiseklar når disse meldinger er sendt elektronisk og kommunen har bekreftet elektronisk at pasienten kan mottas:

- a) Helseforetaket har sendt varsel om utskrivningsklar pasient
- b) Epikrise eller tilsvarende informasjon inklusive medisinopplysninger er sendt
- c) *Helseopplysning - Oppdatert* er og eventuelt rapport fra andre faggrupper sendt til kommunen.
- d) Helseforetaket har mottatt elektronisk svar fra kommunen om når pasienten kan mottas.
- e) På utreisedagen sendes *Utskrivningsrapport* (kopi av siste Helseopplysning – Oppdatert inkl. informasjon om Videre plan og legemidler administrert utreisedag) til kommunen
- f) Helseforetaket skal normalt sende nødvendig informasjon (jfr pkt 3.2.1) i perioden 8-15 mandag til fredag når helseforetaket ønsker at pasienten skal mottas samme dag. Om helseforetaket sender nødvendig informasjon etter kl. 15 på hverdager eller i helger/høytider så kan konsekvensen være at pasienten ikke mottas samme dag.

- g) Når utreise av pasient skal skje samme dag, skal det etter anmodning fra kommunen sendes med medikamenter og nødvendig utstyr fra helseforetaket, som regel fram til første virkedag eller der annet er avtalt, for å unngå brudd i behandlingsforløpet.
- h) Helseforetaket kan ta betalt for døgn 0 når nødvendig informasjon er sendt ut elektronisk 24/7 alle dager om kommunen straks etter mottatt varsel ikke svarer eller varsler at de ikke kan ta i mot pasienten.
- i) Ved force majeure kan helseforetaket på grunn av en krisesituasjon skrive ut utskrivningsklare pasienter 24/7. Dette forutsetter avtale mellom partene i hvert enkelt tilfelle.
- j) Helseforetaket skal ikke gi løfter eller tilsagn om type tjenester på kommunens vegne.
- k) Ved behov for hjelpemidler tar helseforetaket kontakt med Koordinerende enhet eller tilsvarende funksjon i kommunen. Koordinerende enhet bestiller de nødvendige hjelpemidler.
- l) Ved omfattende behov utredes utstørsbehov som en del av behandlingsplanen/individuell plan og settes i bestilling fra helseforetaket før utreise.
- m) Helseforetaket rekvirerer transport tilpasset pasientens situasjon. Behandlende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport. Tidspunkt for avreise med ambulanse er avhengig av pasientens tilstand og tilgjengelig kapasitet hos ambulansene.
- n) Helseforetaket er forpliktet til å gi behandling og til å ivareta den utskrivningsklare pasienten i påvente av at kommunen kan gi et faglig forsvarlig tilbud.
- o) I tillegg til nødvendig informasjon sendt til kommunen skal pasienten få med seg tilpasset skriftlig informasjon om oppholdet og videre plan.

3.1.2 Innhold i nødvendig informasjon til helse og omsorgstjenesten

Epikrise/ eller tilsvarende informasjon fra innleggelse, fra poliklinisk konsultasjon og dagbehandling:

- a. Sendes det helsepersonell som trenger opplysningene, innleggende lege, fastlege og den kommunale helse og omsorgstjenesten
- b. Medikamentopplysninger med praktisk legemiddelhåndtering.
- c. Det skal spesifiseres hvilke medisiner som er endret/seponert med begrunnelse.
- d. Anbefalinger til kommunen og fastlege om videre oppfølging.
- e. Helseopplysning/Utskrivningsrapport som skal inneholde:
 - Funksjonsbeskrivelse
 - Eventuelt anbefalte videre tiltak
 - Eventuelle rapporter fra andre faggrupper skal følge med til aktuelle kommunale instanser.

3.2 Kommunens ansvar og oppgaver:

Kommunen skal straks etter mottatt elektronisk varsel om utskrivningsklar pasient, svare på:

- a) om de kan ta imot pasienten
- b) eventuelt når de kan ta imot pasienten, samt hvilket tilbud pasienten skal få ved hjemkomst
- c) gi beskjed om det er behov for at helseforetaket sender med medikamenter evt sykepleieartikler (eks. utstyr til sårskift etc.)

Kommunene skal normalt ta i mot pasienter samme dag (dag 0) på ettermiddag eller kveld så sant de har fått nødvendig informasjon i perioden 8-15 mandag til fredag jvf. punkt 3.2

Kommunene har som ambisjon å øke tilgjengeligheten herunder motta varsel og øke mottak av pasienter på ettermiddag og helg.

Retningslinje 2

Samarbeid om kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og samarbeid om forskning og utdanning

er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 3-5 tredje ledd, § 6-2 nr. 6 og 7, lov 2.7.1999 nr. 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1. Formål

Hensikten med denne tjenesteavtalen er.

Hensikten med retningslinjen er å oppnå helhetlige pasientforløp som er forsvarlige, og legge til rette for å utvikle felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanseheving hos helse- og omsorgspersonell, forskning og innovasjon som understøtter samhandlingsreformens intensjoner.

2. Virkeområde

Retningslinjen gjelder gjensidig kunnskapsoverføring, kompetanseheving, dialog og informasjonsutveksling mellom partene for eksempel gjennom avtalte rutiner, faglige nettverk, hospiteringsordninger, felles møteplasser og bruk av ambulante team.

Tjenesteavtalen gjelder partenes deltakelse i forskernettverk / samarbeidsfora for forskning og innovasjon, oppgave- og ansvarsfordeling, rapporteringssystemer, utdanningsbehov, praksis og utdanningstilbud.

3. Tiltak for gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering

3.1. Gjensidig kunnskapsoverføring

- a. Partene skal utvikle handlingsstrategier for kompetanseoverføring som en følge av oppgave og ansvarsforskyvning.
- b. Det er utarbeidet en felles forståelse av hva veiledning skal innebære⁷, med avgrensninger mot:
 - Den enkelte pasient
 - Grupper av pasienter
 - Behov for overføring av ny kunnskap, metoder og prosedyrer⁸
- c. Systematisk vedlikehold av kunnskap til grupper av helsepersonell
- d. Partene plikter å gjøre kjent for hverandre ulike kurs og fagdager som avholdes
- e. Partene er enige om å bruke et lett tilgjengelig og forståelig språk i alle former for dokumenter og informasjonsmaterieell som har betydning for pasienter, pårørende og helsepersonell

⁷ [Informasjon om veiledningsplikten](#)

⁸ [Mal for veiledningskontrakt](#)

3.2. Veiledningsplikten

Kommunene og helseforetaket har en gjensidig veiledningsplikt.

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten: *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.* <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§6-3>

Kommunenes veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten: *Personell som yter tjenester omfattet av loven her, skal gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.* <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§5-11>

3.3. Hospitering

Det er utarbeidet felles rutiner for hospitering⁹ med målsetting om å:

- a) Styrke kompetansen blant helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten for å gi pasienten/brukeren tjenester på laveste effektive omsorgsnivå
- b) Bedre samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ved at medarbeiderne får økt kunnskap om hverandres arbeidsfelt og kompetanse
- c) Bygge faglige nettverk mellom helsepersonell på ulike nivåer og mellom ulike fagprofesjoner

3.4. Andre tiltak

Partene utarbeider konkrete handlingsstrategier for arbeid med kompetanseheving og kunnskapsoverføring på ulike områder:

- a. Rekrutteringsbehov
 - Muligheter for kombinerte stillinger
 - Behov og muligheter for samarbeid mellom flere arbeidsgivere
- b. Partene skal utvikle en mer omforent forståelse av funksjonsvurdering for å oppnå helhetlige pasientforløp som er forsvarlige

4. Samarbeid om forskning og innovasjon, utdanning.

4.1. Forskning

Partene er enige om:

- a) å etablere samarbeidsfora for forskning
- b) å bidra til innovasjon mellom aktuelle aktører
- c) å beskrive hvordan samarbeide om FOU tiltak skal foregå
- d) å utarbeide system for anvendelse av forskningsresultater og ny kunnskap

⁹ [Informasjon om felles hospiteringsordning](#)

- e) å utvikle og samarbeide om aktuelle forskningsprosjekter
- f) å definere felles utviklings- og forskningsprosjekt
- g) å evaluere utviklings- og forskningsprosjekter
- h) å arrangere felles informasjon- og forskningsdager mv

4.2. Utdanning, praksis og læretid

Partene er enig om:

- a) å se utdanningsbehovet i kommunene og HNT i sammenheng
- b) å sikre at samhandling vektlegges i utdanning
- c) å ta i bruk ny teknologi og nye pedagogiske virkemidler for å sikre tilgang til framtidige utdanningstilbud i regionen
- d) å samarbeide om utdanningstilbud og felles etterutdanning, internopplæring og tilbud til lærlinger
- e) å utveksle kunnskap om hverandres kompetanseplaner, for å samordne forespørsler til utdanningsinstitusjonene om aktuelle etter- og videreutdanninger

Utkast 12.12.19

Retningslinje 3

Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barseltilbud

er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 3-5 tredje ledd, § 6-2 nr. 8 og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1 Formål

Formålet med tjenesteavtalen er at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf "En gledelig begivenhet", St.meld. 12, 2009.

2 Virkeområde

Avtalen gjelder samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barseltilbud.

3 Kvalitetskrav i fødselsomsorgen

Ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunen og HNT skal videreføres på samme måte som i dag, jfr tjenesteavtale 1.

3.1 Prioriteringer

Begge parter skal videreutvikle tjenestene med basis i "helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg" med særlig vekt på følgende områder:

- a) systematisk oppfølging av gravide med risiko for psykiske, rus og sosialmedisinske problemstillinger
- b) tverrfaglig samarbeid om å gi en behovsbasert og helhetlig oppfølging
- c) felles plan for utvikling av kompetanse

3.2 Samarbeid

Partene er enige om å videreføre det partssammensatte samarbeidet gjennom etableringen av Fagråd for tjenesteavtale 8¹⁰. Tidligere kalt «Klinisk samarbeidsutvalg for svangerskap-, fødsels- og barselomsorg» i Nord-Trøndelag, jfr tjenesteavtale 6.

Partene er enig om at følgende mandat gjelder for fagrådet

- a) hvordan anbefalingene i "Kvalitetskrav til fødselsomsorgen" skal innfris
- b) hvordan tverrfaglig samarbeid og utveksling av informasjon mellom tjenestene og nivåene skal ivaretas, herunder tilgang og bruk av felles prosedyrer
- c) hvordan utviklingen av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels og barselomsorg skal gjennomføres, herunder obligatorisk hospiteringstjeneste
- d) følgetjenesten, herunder organisering av beredskap for følgetjeneste og utvikling av standarder
- e) samarbeidsarenaer, herunder faglig samarbeidsarenaer for utveksling av kompetanse og prosedyrer

¹⁰ [Fagråd for tjenesteavtale 8](#)

3.3 Oppgave og ansvarsfordeling

HNTs oppgaver:

- a) bidra til kompetanseutvikling for kommunalt helsepersonell, herunder å legge til rette for hospitering av kommunale jordmødre ved fødeavdelingene
- b) sørge for følge- og beredskapstjenesten for kommuner som har krav på det, jf. St.Prop. nr.67 2008-2009

Kommunens oppgaver:

- a) organisere systemet for svangerskaps- og barselomsorg
- b) sørge for nødvendig opplæring av eget personell

Utkast 12.12.19

Retningslinje 4

Samarbeid om IKT-løsninger

Hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr.9 og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1 Bakgrunn

Samarbeid om informasjons-, kommunikasjons- og teknologiløsninger (IKT-løsninger) lokalt er av stor betydning for å få til god samhandling. Enkel, rask og pålitelig tilgang til pasientinformasjon kan blant annet sikres ved å ta i bruk standardiserte elektroniske meldinger mellom partene. Partene skal legge til rette for å følge opp at informasjonsutveksling foregår elektronisk over Norsk Helsenett.

All samhandling skal være i samsvar med kravene i helsepersonelloven, helseregisterloven, personopplysningsloven, kvalitets- og sikkerhetskrav i «Norm for informasjonssikkerhet»¹¹ i helsevesenet. Det er utarbeidet veiledende retningslinjer og sikkerhetsstandarder på flere kommunikasjons- og samhandlingsområder. Disse retningslinjene legges til grunn for lokale samhandlingsrutiner.

Helseplattformen vil være en sentral plattform for elektronisk samhandling mellom kommunene og helseforetaket. Det vises til egne samarbeidsavtaler mellom kommunene, helseforetakene og Helseplattformen.

2 Formål

Hensikten med tjenesteavtalen er å oppnå økt bruk av lokale elektroniske systemløsninger for å sikre helhetlige pasientforløp, slik at elektronisk kommunikasjon over Norsk Helsenett blir den ordinære måten å kommunisere på mellom tjenesteytere.

Elektronisk kommunikasjon mellom tjenesteytere skal ha følgende effekter:

- a) Økt sikkerhet på forsendelse og oppbevaring av pasientdata
- b) Økt hastighet på informasjonsutvekslingen
- c) Økt kvalitet i arbeid som utføres
- d) Forenkling og effektivisering av arbeidsprosesser
- e) Bedre funksjonalitet og kompatibilitet basert på pasients/brukers behov
- f) Utveksling av kunnskap og kompetanseutvikling
- g) Sikre kostnadseffektiv drift i HNT og kommunen

¹¹ [Nasjonal norm for informasjonssikkerhet](#)

3 Virkeområde

Denne tjenesteavtalen gjelder:

- a) forventning til elektronisk kommunikasjon og interaktive løsninger, inkludert bruk av konferanser og samordnet kommunikasjon med tale, bilde og tekst som del av felles samhandling
- b) organisatorisk tilrettelegging og kompetanseutvikling
- c) mulighet for bruk av telestudio eller interaktive løsninger for veiledning og konsultasjoner mellom aktuelle fagmiljø
- d) fremdrift for å legge til rette for elektronisk informasjonsutveksling basert på standarder og bruk av Norsk Helsenett
- e) elektronisk melding og håndtering av avvik
- f) rutiner for drift, overvåking og oppgradering av en felles plattform for elektronisk samhandling herunder krav til responstid for feilretting

4 Sentrale plikter, oppgaver og ansvar i forhold til lov

HNT og kommunen skal i fellesskap sørge for at det legges til rette for elektronisk samhandling mellom partene, herunder plattform for bruk av fagsystemer, henvisninger, rekvisisjoner og utveksling av meldinger.¹²

5 Forløp og videreføring av elektronisk samhandling

Partene er enige om videreføring av elektronisk samhandling som omfatter 3 faser:

- a) et forberedende arbeid
- b) iverksetting av ordningen
- c) et oppfølgende arbeid

6 Oppgaver og ansvar

6.1 Felles ansvar

I forbindelse med utbredelse av elektronisk samhandling mellom partene skal det avtales egne rutiner/prosedyrer for:

- a) akseptert responstid på meldinger og feilretting
- b) felles kontaktpunkt for avvikshåndtering
- c) driftsavtaler
- d) felles opplæringsprogram ved felles funksjonalitet
- e) felles plattform for interaktiv samhandling klinisk (videokonferansesystem, Mowi / Lync eller annet)
- f) videreutvikling av elektronisk velferdsteknologi
- g) felles meldingstjener lagt til Norsk Helsenett

6.2 HNTs ansvar

Fagsystemene skal være tilrettelagt for:

- a) Elektroniske meldinger
- b) epikriser, brev og notat
- c) rekvisisjoner

¹² [Fagråd for tjenesteavtale 9](#)

- d) røntgensvar
- e) laboratoriesvar
- f) generelle forespørsel og da spesielt "Melding om utskrivningsklar pasient"

HNT skal ha nødvendig kvalitets- og sikkerhetsrutiner knyttet til:

- a) tjenestelig adressering av meldinger
- b) kommunikasjon mellom partene gjennom Norsk Helsenett
- c) verifikasjon og godkjenningsrutiner i meldingstjener
- d) overvåking av meldingstrafikk med definert oppfølgingsansvar
- e) et avvikssystem for oppfølging av uønskede hendelser

6.3 Kommunens ansvar

Fagsystemene skal være tilrettelagt for:

- a) elektroniske meldinger
- b) henvisninger med vedlegg
- c) rekvisisjoner
- d) generelle forespørsler

Kommunen skal ha nødvendige kvalitets- og sikkerhetsrutiner knyttet til:

- a) tjenestelig adressering av meldinger
- b) kommunikasjon mellom partene gjennom Norsk Helsenett
- c) verifikasjon og godkjenningsrutiner i meldingstjener
- d) overvåking av meldingstrafikk med definert oppfølgingsansvar
- e) et avvikssystem for oppfølging av uønskede hendelser

Norsk Helsenett er oppdragsgiver for Værnesregionen IT gjennom prosjekt KomUT for utvikling av elektronisk samhandling. KomUT har et nasjonalt oppdrag å sikre at alle kommunene i Nord-Trøndelag iverksetter utbredelse av nye elektroniske meldinger.

Vedlegg:

Rutiner for digital samhandling: [Regionale rutiner for digital samhandling](#)

Retningslinje 5

Samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid

er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 3-5 tredje ledd, § 6-2 nr 6 og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1 Formål

Tjenesteavtalens hensikt er å fremme forebygging for å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester.

Tjenesteavtalen skal sikre god samhandling på områder innen forebygging, hvor både kommunen og HNT har et ansvar for tiltak. Samarbeidet skal også sikre kunnskapsutvikling og kunnskapsdeling, og at partene i størst mulig grad legger kunnskapsbasert praksis til grunn for egen forebyggende innsats. Dette skal danne grunnlaget for helhetlige pasientforløp som er forsvarlig.

2 Virkeområde

Tjenesteavtalen gjelder samarbeid om forebyggende aktiviteter/tiltak på definerte områder for alle befolkningsgrupper.

Tjenesteavtalen omfatter forebyggende aktivitet som skjer i regi av partene, og hvor samarbeid mellom partene vil styrke tiltakets forebyggende effekt, og mulighet for å lykkes med tiltaket.¹³

3 Ansvars og oppgavefordeling

3.1 Samarbeidsområder

Partene skal i samarbeid forebygge sykdom, og begrense følgetilstander av sosial-, psykososial- og medisinske årsaker.

3.2 Lærings- og mestringstilbud

Kommunene og HNT skal samarbeide om lærings- og mestringstilbud på individ- og gruppenivå der dette er hensiktsmessig.

Konkrete samarbeidstiltak er:

- a) Bruker- og pårørende-erfaring skal trekkes inn i forbindelse med lærings- og mestringstilbud på individ- og systemnivå
- b) Samarbeide om opplæringstiltak i forhold til pasient og pårørende

3.3 Helseovervåking

Kommunene er pålagt å holde oversikt over helsetilstanden i befolkningen og positive og negative faktorer som kan påvirke denne. Oversikten er grunnlaget for folkehelsearbeid og

¹³ [Fagråd for tjenesteavtale 10](#)

forebyggende virksomhet. I oversikten inngår også data om forbruk av helsetjenester. Oversikten skal baseres på innhenting av informasjon fra en rekke kilder, inklusive fra spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende trenger HNT informasjon og data fra kommunene for å kunne dimensjonere, utvikle og tilpasse tjenestene til befolkningens behov.

3.4 Råd og bistand

HNT har et særlig ansvar for å gi kommunene råd og bistand når det oppstår behov for miljø- og grupperettede tiltak som har helsemessige konsekvenser.

Utkast 12.12.19

Retningslinje 6

Samarbeid om omforente beredskapsplaner og om planer for den akuttmedisinske kjede

er hjemlet i lov 24.6.2011nr 30 om helse- og omsorgstjeneste med mer § 6-2 nr 11 og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1. Parter

Avtalen er inngått mellom kommune og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT), heretter nevnt som kommunen og HNT, i fellesskap nevnt som partene.

2. Formål

Formålet med avtalen er å verne befolkningens liv og helse og bidra til nødvendig helsehjelp og at helse og omsorgstjenesten og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og kriser og katastrofer i fredstid. (Lov om helsemessig og sosial beredskap, Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og Sivilbeskyttelsesloven)

Avtalen forplikter partene til å utvikle samarbeidet innenfor omforente beredskapsplaner og planer for utvikling av den akuttmedisinske kjede.

Fylkesmannen er som sektor- og samordningsmyndighet, tillagt ansvaret for å legge til rette for samordning og koordinering.

3. Virkeområde

Avtalen omfatter partenes ansvar, oppgaver og samhandling i krise- og katastrofeberedskap herunder i den akuttmedisinske kjeden.

Beredskapsplaner skal sikre nødvendige tjenesteytelser ved:

1. Interne og eksterne hendelser som vesentlig reduserer virksomhetens evne til å yte varer og tjenester
2. Eksterne hendelser som vil innebære en ekstraordinær belastning på virksomheten og som kan kreve en generell omstilling av den ordinære driften for å kunne øke kapasiteten

Den akuttmedisinske kjede omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevakt og ambulansetjenester.

4. Samarbeid om omforente beredskapsplaner

1. Beredskapsplanarbeidet skal baseres på samarbeid og samhandling mellom kommunene og HNT.
2. Aktuelle oppgaver for fagrådet:
 - a. Beredskapsplanene går gjennom i fellesskap, og gjøres tilgjengelig for alle berørte parter. Vurdere hendelser der det har vært uklarheter mht roller og ansvar.

- b. Sikre helhetlige beredskapsplaner og krisehåndtering.
 - i. Utarbeide omforente planer for forsyning og forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr.
 - ii. Planlegge å gjennomføre beredskapsøvelser i fellesskap mellom partene. Hver av partene bærer egne kostnader til øvelsen.
 - iii. Utarbeide en oversikt over felles beredskapsøvelser som skal gjennomføres i en fireårs periode.
 - iv. Kompetanseoverføring skal skje gjennom at øvelsene gjennomføres i fellesskap i forhold til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende tiltak.

Punktene 4.2.b.ii-iv gjennomføres i regi av LRS øvingsforum – så lenge de består i dagens form. Fagrådet har kommunikasjonskontakt med LRS øvingsforum to ganger i året.

- 3. Begge parter skal informere hverandre så tidlig som mulig om situasjoner som endrer virksomhetens evne til å yte varer og tjenester, samt situasjoner som gjør det nødvendig for omstilling av ordinær drift for å kunne øke kapasiteten.

5. Samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede

- 1) Partene plikter å samarbeide om utvikling av de akuttmedisinske tjenester slik at tilbudet blir helhetlig, tilgjengelig og av god kvalitet, uavhengig av bosted.
- 2) Partene skal drøfte strukturelle endringer som angår den akuttmedisinske kjede før endringer besluttes.
- 3) Viktige rolle/oppgaveavklaringer som skal være kjent hos begge parter:
 - a) kommunen plikter å opprette pårørendesenter på anmodning fra politiet,
 - b) kommunen oppretter evakueringscenter der det er nødvendig
 - c) HNT oppretter pårørendemottak for pårørende til innlagte pasienter,
 - d) kommunene kan ved behov be om bistand fra HNT. Dette kan gjelde skadested og i det psykososiale arbeid.
- 4) Kommunen og HNT må ha god kommunikasjon også i det videre forløpet av krisen/katastrofen, etter at nødetatene avslutter sin deltakelse
- 5) Fagrådet skal utarbeide rutiner for samarbeid der det er nødvendig.

6. Fagråd

Fagrådet skal:

- 1) Bistå fylkesmannen på forespørsel med å koordinere beredskapsplanene og sørge for at alle parter som er berørt av en ROS-analyse og tilhørende beredskapsplan, er kjent med denne.
- 2) Bistå ved behov for utvikling av planer som berører forsyning og forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr.
- 3) Rapportere årlig til ASU om arbeidet i fagrådet.
- 4) ASU utarbeider mandat for fagrådet.