

Samarbeidsavtale

St. Olavs hospital HF og kommunene - helsefellesskapet i søndre Trøndelag



Innholdsfortegnelse

1. Partnerskapet

Samarbeidsavtalen er inngått mellom (heretter kalt kommunene) og St. Olavs hospital HF (heretter kalt sykehuset). Kommunene og St. Olavs hospital utgjør helsefellesskapet i søndre Trøndelag. Samarbeidsavtalen inngås med virkning fra xx.xx.2025 og erstatter avtale fra 01.03.21.

2. Bakgrunn

Samarbeidsavtalen oppfylder den lovpålagte plikten iht. [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-1](#) og [§ 6-2](#) og [Lov om spesialisthelsetjenesten § 2-1 e](#).

Helsefellesskapet kan ut over dette selv organisere arbeidet sitt i fellesskap, på måter som er hensiktsmessig ut fra omforente strategier og prioriteringer.

Det kan etter [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a](#) og [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1](#) avtales særskilt at man utfører oppgaver for hverandre. Det skal da foretas en forsvarlighetsvurdering. Samarbeidsavtalen og operasjonalisering av denne bygger på aktuelle og relevante nasjonale, regionale og lokale føringer og planer. Samarbeidsavtalen omhandler hvilke oppgaver som skal løses i samhandlingsrommet og hvordan. Det skal være et overordnet fokus på pasienten og pasientbehandlingen.

3. Hensikt og formål

Helsefellesskapet skal bidra til å styrke samhandlingen mellom kommunene og sykehuset, med den hensikt at alle pasienter skal motta et helhetlig, forsvarlig og faglig godt tilbud på riktig tjenestenivå til rett tid. Planlegging og utvikling av tjenester i fellesskap er sentralt, og samarbeidsavtalen skal bidra til konkretisering av samhandlingen, samt videreutvikling av vår felles helsetjeneste.

Samarbeidsutvalgene i helsefellesskapet er konsensusorganer, og skal være basert på verdiene **tillit, raushet og likeverdighet**. Aktørene i helsefellesskapet er forpliktet til å bidra med forankring av vedtakene i egne organisasjoner, samt implementering av tiltak og ny praksis. Endelig beslutningsmyndighet ligger til den enkelte kommune og sykehuset.

4. Pasient- og brukermedvirkning

Bestemmelsene i pasient-/brukerrettighetsloven vedrørende informasjon, medvirkning, samtykke, samtykkekompetanse og vedtak om helsehjelp, både på individ- og systemnivå skal legges til grunn for alt samarbeid.

Pasient- og brukermedvirkning er en grunnleggende forutsetning for å utvikle bedre helsetjenester. Det bidrar til merverdi for pasientene, og verdiskapning, samhandling og dialog i helsefellesskapet. En helhetlig og individuell tilnærming til pasientens behov («hva er viktig for deg»?) skal til enhver tid være førende i møtet mellom pasient og helsepersonell, slik at pasientens mulighet til aktiv deltagelse og medvirkning i egen helse styrkes. I møte med pasienten skal pasienten ses som en likeverdig partner.

Helsefellesskapet skal legge til rette for at pasient- og brukerorganisasjoner skal kunne medvirke i planlegging og videreutvikling av helse- og omsorgstjenestene. Erfaringskompetanse skal anerkjennes, og det skal sikres god brukermedvirkning med representasjon på alle tre nivåer i helsefellesskapet. Brukermedvirkere i helsefellesskapets samarbeidsorganer oppnevnes av SSU

etter forslag fra brukerorganisasjonenes paraplyorganisasjoner og brukerutvalget ved St. Olavs Hospital. Sekretariatet i helsefellesskapet bistår med opplæring og praktisk tilrettelegging.

5. Sentrale elementer ved samhandlingen

Helsefellesskapets strategi beskriver den kulturen som må ligge til grunn for samhandlingen. God kunnskap om og kjennskap til hverandre er særlig viktig for gjensidig anerkjennelse og forståelse. Alle aktører i helsefellesskapet skal være kulturbærere for å utvikle en felles identitet og tilhørighet.

5.1 Grunnleggende prinsipper for samhandlingen

Det er enighet om følgende prinsipper for samhandlingen:

- Helsefellesskapet skal bidra til kostnadseffektive og bærekraftige helse- og omsorgstjenester.
- Samlet personellbruk vurderes ved tjenesteutvikling og igangsetting av tiltak, der gevinstvurdering over tid bør være en del av planlegging- og utviklingsarbeid.
- Hele pasientforløpet skal være preget av godt samarbeid og god informasjonsflyt.
- Kommunene og sykehuset skal søke at planlegging og utvikling av tjenester skjer i fellesskap, der det er relevant for helsefellesskapet. Det skal være et mål å gjennomføre felles, systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid, med læring på tvers. Dette gjennom forbedringsmodellens fem faser; forberedelse, planlegging, gjennomføring, evaluering og oppfølging.
- Innovative organisasjonsformer og løsninger skal vurderes med mål om å skape mer sammenhengende tjenester og bedre kapasitets- og ressursutnyttelse.
- Kommunene og sykehuset skal involvere hverandre tidlig ved eventuelle endringer av egen praksis som kan få konsekvenser for den andre partneren.
- Ingen av partnerne skal gi løfter eller tilsagn om tjenester på den andres vegne.
- Helsefellesskapets strategi og handlingsplan definerer satsningsområder og konkrete og prioriterte tiltak som skal løses i fellesskap.

Kommunene og sykehuset skal bidra i fellesskap til at Helseplattformen utvikles og implementeres på en formålstjenlig måte, med særlig vekt på gevinstrealisering for samhandlingen og brukeren.

5.2 Styrking av helsefellesskapet

Styrking og utvikling av helsefellesskapet forutsetter gjensidig vilje til endring og innovasjon, og sentrale momenter for å lykkes er å:

- Prioritere strategisk for å avgrense og konkretisere handlingsplanen og FSU-enes oppgaver tydelig, i henhold til nasjonale føringer, planer og felles utfordringsbilde.
- Ivareta pasientene på laveste, effektive og forsvarlige omsorgsnivå, og i fellesskap arbeide for at pasienten så langt det lar seg gjøre kan behandles i kommunene.
- Arbeide for at riktig kompetanse skal være på rett sted, for å ivareta pasienten der pasienten er, fremfor at pasienten må forflyttes.
- Sikre å ha systemer for å håndtere kapasitetsutfordringer i fellesskap.
- Prioritere og legge til rette for felles tjenesteutvikling.
- Prøve ut nye organiseringsformer i kommunene og sykehuset – og på tvers av nivåer – blant annet gjennom felles rekruttering og bruk av personell og kompetanse.
- Bruke forskning som kunnskapsgrunnlag for tjenesteutvikling og innovasjon.
- Øke kunnskapen om og kjennskapet til hverandre, for å skape gjensidig forståelse og grunnlag for felles utvikling.
- Bidra til å styrke befolkningens helsekompetanse og evne til mestring, både som pasienter og som pårørende. Dette vil være svært sentralt for å møte den samlede helsetjenestens fremtidige utfordringer.

6. Retningslinjer for faglig samarbeid og særavtaler

Helsefellesskapet utarbeider beskrivelser på alle samarbeidsområder iht. lovkrav. Dette er ivaretatt gjennom Samarbeidsavtalen, retningslinjen; samarbeid om innleggelse- og utskrivelse av pasienter med behov for kommunale tjenester og helsefellesskapets strategi og handlingsplan. Avtalen i sin helhet er rettslig bindende mellom partene med mindre noe annet er avtalt.

Særavtaler kan inngås på avgrensede tjenesteområder, geografiske områder e.l.

7. Samarbeidsformer og samarbeidsorgan

Det etableres samarbeidsorganer på tre nivåer i helsefellesskapet; partnerskapsmøte, strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg.

7.1 Partnerskapsmøte

Partnerskapet består av sykehuset og samtlige 22 kommuner i helsefellesskapet.

Partnerskapsmøte består av representanter fra politisk ledelse fra alle kommuneregioner og 4 representanter fra sykehusets styre og ledelse. Leder og nestleder fra SSU deltar. I tillegg deltar to brukerrepresentanter (en fra St. Olavs hospital og en fra kommunene), Statsforvalter, KS og Trøndelag fylkeskommune. Det gjennomføres 1x møte årlig, fortrinnsvis i vårhalvåret.

I tillegg gjennomføres det et årlig møte med hele partnerskapet, der deltakere er politisk og administrativ ledelse fra kommuner og sykehus. Gjennomføres fortrinnsvis på høsthalvåret.

Partnerskapsmøte skal forankre overordnet retning og drøfte prinsipielle saker, samt avklare mål og rammer for arbeidet i helsefellesskapet. Utfordringsbilde og felles virkelighetsforståelse er en del av dette.

7.2 Strategisk samarbeidsutvalg

Strategisk samarbeidsutvalg er et utvalg på strategisk, administrativt nivå. SSU har ansvar for forvaltning og oppfølging av samarbeidsavtale, strategi og handlingsplan. Utvalget skal sikre at prioritering, planlegging og utvikling av tjenester skjer i fellesskap. SSU skal videre sørge for forankring av saker og bidra til implementering av tiltak som blir vedtatt.

Utvalget oppretter og avvikler faglige samarbeidsutvalg og arbeidsgrupper etter behov, og oppnevner ledere og medlemmer til utvalgene og gruppene. SSU godkjenner felles faglige retningslinjer, rutiner og prosedyrer, samt bidrar til erfaringsutveksling og kompetanseoverføring i helsefellesskapet.

Utvalget består av administrativ ledelse fra sykehuset og fra kommunene, da med representasjon fra samtlige kommuner, gjennom alle kommuneregionene. I tillegg fast representasjon av to brukerrepresentanter, en fastlege fra Trondheim kommune og en kommuneoverlege fra en av de øvrige kommunene.

I tillegg deltar ansattrepresentanter eller tillitsvalgte fra henholdsvis kommunene og sykehuset, ledere i faglige samarbeidsutvalg, KS, Statsforvalteren, Trøndelag fylkeskommune, NTNU og Helse Midt-Norge i SSU.

Representantene i SSU velges for fire år. SSU konstituerer seg selv, og rollen som leder og nestleder veksler hvert andre år mellom sykehuset og kommunene. Sakspapirer sendes som hovedregel ut senest 12 dager før møtet. SSU møtes ca. seks ganger årlig, etter fastsatt møteplan.

7.3 Faglige samarbeidsutvalg

Faglige samarbeidsutvalg skal bestå av representanter fra kommunene og sykehuset. Antall og fordeling vurderes i forhold til hva som er hensiktsmessig. Det skal sikres bred og relevant faglig sammensetning, på riktig nivå og med riktig kompetanse. Brukerrepresentasjon skal sikres i alle FSU. Lederne og representantene i FSU oppnevnes av SSU for fire år av gangen. Utover dette konstituerer utvalgene seg selv, og møter gjennomføres i henhold til møteplan med ca. seks møter årlig.

FSU jobber ut fra handlingsplan og prioriteringer gjort av SSU, og er i jevnlig dialog med SSU gjennom fast deltakelse i SSU. FSU har ansvar for forankring av arbeidet.

FSU kan opprette arbeidsgrupper ved behov. Det tilstrebes fastlegerepresentasjon i arbeidsgruppene der det er hensiktsmessig.

7.4 Arbeidsutvalg og sekretariatet

Arbeidsutvalget (AU) består av leder og nestleder i SSU, samt sekretariatet. AU er ansvarlig for å forberede, koordinere og følge opp saker til SSU og partnerskapsmøtet. Sekretariatet består av representanter fra kommunene og sykehuset. Sekretariatet utfører oppgaver på vegne av og gir støtte til AU, partnerskapsmøtet, SSU og FSU.

7.5 Andre samarbeidsformer

Helsefellesskapet ved økt beredskap

Ved alvorlige hendelser som berører både kommunene og sykehuset (f.eks. pandemi), og der det er behov for å dele informasjon slik at alle aktører i større grad kan bygge felles situasjonsforståelse, etableres det faste og hyppige møtepunkter i helsefellesskapet. Møtene initieres og opprettholdes av AU i samarbeid med Statsforvalteren.

Ved force majeure kan partene på grunn av krisesituasjon fravike retningslinjen *samhandling om innleggelse og utskrivelse av pasienter med behov for kommunale tjenester*. Det forutsettes god og tidligst mulig dialog og avklaring mellom partene.

Dialogmøter mellom kommunegruppene og St. Olavs hospital HF

Det gjennomføres dialogmøter mellom sykehuset og kommunegruppene årlig. Agenda utarbeides i samarbeid mellom sykehuset og kommunegruppene. Dialogmøtene innarbeides i møteplanen for helsefellesskapet. Det gis en oppsummering fra dialogmøtene i SSU.

Møter mellom St. Olavs hospital og enkeltkommuner

Ved behov for dialog om spesifikke tema, gjennomføres samarbeidsmøter mellom sykehuset og enkeltkommuner.

Digitale samhandlingsverktøy

[Samhandling - St. Olavs hospital HF](#) fungerer som helsefellesskapets felles samhandlingsside.

Hjemmesiden skal gi en enkel oversikt over det som måtte være relevant for helsefellesskapet, for eksempel utvalgene med representanter, avtaler, felles rutiner og prosedyrer, og saksdokumenter og referater. Sekretariatet er ansvarlig for å holde hjemmesiden oppdatert.

Helsefellesskapet utvikler og forvalter en felles hjemmeside med eget domene. Sekretariatet har en felles epostadresse som sikrer nødvendige tilganger til felles epost, dokumenter, hjemmeside etc.

8. Forankring og etterlevelse av samarbeidsavtalen

Sykehuset og kommunene forplikter seg til at avtalens innhold og forståelse av denne skal gjøres kjent, forankres og implementeres i egne organisasjoner. Dette skal bidra til at avtalen etterleveres på alle nivåer både i sykehuset og kommunene. Kommunene har et særlig ansvar for implementering hos fastlegene.

9. Økonomi og ressurser

Kommunene og sykehuset bærer selv sine kostnader ved deltakelse i ulike råd, utvalg, grupper o.l. Kostnader til konferanser, workshops og større møter som gjennomføres i regi av helsefellesskapet, deles likt mellom kommunene og sykehuset, innenfor kommunenes rammer til samhandlingsfunksjoner. Kostnader avklares av AU/SSU, som en del av planleggingen og prioritering av tiltak.

Der det er hensiktsmessig skal helsefellesskapet søke tilskuddsmidler til felles prosjektarbeid. Nasjonalt rekrutterings- og samhandlingstilskudd (samhandlingsbudsjett) skal brukes etter enighet og inngått avtale i helsefellesskapet.

10. Avvik, uenighet, mislighold og tvisteløsning

Avvik og avvikshåndtering

Håndtering av samhandlingsavvik og uønskede hendelser er beskrevet i egne prosedyrer. Rapporter og analyser skal legges frem for SSU.

Håndtering av uenighet

Intensjonen er å løse uenighet i pasientrelaterte saker på laveste mulige nivå. Hvis enighet ikke oppnås på behandlernivå, bringes saken til AU som nedsetter et ad hoc-utvalg som søker å løse saken. Det må i hver enkelt sak vurderes om dette er en relevant sak for helsefellesskapet, eller konkret mellom sykehuset og enkeltkommunen.

Mislighold

Alminnelig kontraktsrettslige og erstatningsrettslige prinsipper gjelder, om ikke annet er avtalt.

Tvisteløsning

Dersom en uenighet/tvist ikke blir løst ved forhandlinger innen to måneder, kan den bringes inn for nasjonal tvisteløsningsnemnd. Ved innsending av sak til tvisteløsningsnemnda skal man være enige om hvorvidt nemndas avgjørelse skal være endelig. Hvis man ikke ønsker at den skal være bindende, kan tvisten reises for ordinære domstoler.

Trøndelag tingrett er verneting for partene i avtalen. Dersom en tvist ikke blir løst ved forhandlinger eller mekling, kan hver av kommune og/eller helseforetaket forlange tvisten avgjort med endelig virkning ved norske domstoler, jf. Lov om mekling og rettergang i sivile tvister.

11. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft ved signering og gjelder frem til partene er enige om at avtalen skal reforhandles. SSU vurderer når det er behov for å gjøre nødvendige oppdateringer eller utvidelser.

Avtalen kan sies opp med ett års oppsigelsesfrist, jfr. [helse- og omsorgstjenestelovens §6-5 2. ledd](#).

Retningslinje:

Samarbeid om innleggelse og utskrivelse av pasienter med behov for kommunale tjenester

1. Bakgrunn

Retningslinjen oppfyller partenes lovpålagte plikt iht.:

- [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6.1 og 6.2.](#)
- [Lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2.1 e.](#)
- [Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.](#)

2. Formål

Retningslinjen skal bidra til å styrke samhandlingen mellom kommunen og sykehuset, med den hensikt at alle pasienter skal motta et helhetlig, ansvarlig og faglig godt tilbud på riktig tjenestenivå til rett tid. Prinsippene i retningslinjen omhandler også fastlegens rolle i pasientens behandlings- og oppfølgingsbehov.

3. Prinsipper for samarbeid

Både kommunen og sykehuset skal sørge for tydelig og nødvendig informasjonsutveksling om pasienter for å sikre gode overføringer. Informasjonsutveksling mellom sykehuset og kommune skal fortrinnsvis skje elektronisk. Respons på eMeldinger bør skje straks (så snart som mulig/uten unødig opphold), da det er viktig for en god flyt i pasientforløpet. Ved behov for rask avklaring og/eller ved feil i systemet for meldingsutvekslingen, kan telefon benyttes. Avklaringer på telefon skal også dokumenteres. Alle eMeldinger skal følge [nasjonal standard for elektronisk meldingsutveksling](#).

Både sykehuset og kommunen er ansvarlige for å ta initiativ til og bidra i dialog og eventuelle møter der det i pasientsaker er behov for kompetanseoverføring og/eller planlegging av videre oppfølging så tidlig som mulig. Det er viktig å prioritere dette for å unngå unødvendige forsinkelser.

Der det er behov, skal kommunen utnevne en ansvarlig koordinator og evt. individuell plan. Det forutsettes tett dialog og godt samarbeid mellom kommunen og sykehuset, slik at nødvendige behov avklares og relevante aktører påkobles for videre oppfølging og et helhetlig tilbud for den enkelte pasient.

Ingen av partene skal forespeile eller gi lovnader om tjenester på den andres vegne.

Helsepersonell både fra kommunene og sykehuset skal sikre at informasjon om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som gis, blir gitt til den som er oppført som nærmeste pårørende hvis forholdene tilsier det. Både ved innleggelse og utskrivning skal det tas særskilt hensyn til pasienter i livets slutfase og eventuelt pårørendes ønsker og behov.

Helsepersonell har ansvar for å avklare om pasienten har mindreårige barn eller søsken som pårørende, og om barnets situasjon er vurdert og ivaretatt. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende er regulert i [helsepersonelloven § 10a](#). Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som er etterlatte etter foreldre eller søsken er regulert i [helsepersonelloven § 10 b](#).

4. Samarbeid vedrørende overføring av pasienter – henvisning, innleggelse og utskrivning
Samhandlingen skal til enhver tid følge gjeldende prosedyre: [Samarbeid om innlagte pasienter med behov for kommunale tjenester - Sending av PLO eMeldinger i Helse Midt Norge](#).

4.1 Henvisning til sykehus

Henvisning til planlagt innleggelse og poliklinisk konsultasjon

- Henviser sender elektronisk henvisning til aktuell henvisingsadresse.
- Dersom pasienten har kommunale tjenester skal det opplyses om dette.
- Sykehuset vurderer henvisning etter gjeldene retningslinjer og prioriteringsveileder. Pasient og henviser skal varsles om resultat etter vurdering av henvisningen, og gis dato/ukenummer for innleggelse eller tidspunkt for poliklinisk konsultasjon.
- I de tilfeller hvor det er avtalt innleggelse, pasienten møter opp, men innleggelse ikke skjer, skal kommunen varsles såfremt pasienten mottar kommunale helsetjenester.
- Henviser vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport til sykehus.
- Der det vurderes behov for ledsager under oppholdet skal gjeldende prosedyre følges: [Bruk av ledsager ved innleggelse av pasienter med spesielle oppfølgingsbehov - kommunal ledsager](#).

Henvisning til øyeblikkelig hjelp

- Henviser skal vurdere andre muligheter enn innleggelse før pasienten henvises til sykehuset.
- Henviser skal som hovedregel konferere med lege på sykehuset før innleggelse på sykehuset.
- Alle pasienter som skal innlegges som øyeblikkelig hjelp skal meldes inn til AMK. Henviser beslutter i samråd med AMK hvilken transport pasienten trenger til sykehuset, samt hastegrad, jfr. [Medisinsk index](#).
- Henviser sender henvisning, fortrinnsvis elektronisk. I de mest akutte situasjonene kan henvisninger gjøres telefonisk, om mulig supplert med noe skriftlig dokumentasjon medsendt pasienten. I noen tilfeller blir pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp uten henviser.
- Kommunene skal etterstrebe å ha behandlingsplan og HLR-status avklart for alle pasienter som bor på institusjon, slik at dette er avklart ved eventuelle innleggelser.

Ved bruk av ambulanse skal det være behov for behandling og/eller overvåkning under transport. Ambulansetjenesten skal som hovedregel få nødvendige pasientopplysninger skriftlig før pasienttransport startes. Bruk av ambulanse utover dette avtales spesielt.

Samhandlingstelefonen Akutten – telefonnummer 73 55 38 88

Åpningstid: hverdager kl. 08-23 og helg/helligdager kl. 10-18.

- Sykehuset legger til rette for konferansemulighet ved alle øyeblikkelig hjelp-innleggelser.
- For medisinske og kirurgiske pasienter som ikke har behov for øyeblikkelig hjelp, men som trenger rask poliklinisk vurdering innen 1-3 dager, skal det konfereres med vakthavende overlege i Akutten.
- Konferansemuligheten kan også benyttes som beslutningsstøtte for vurdering av hastegrad for medisinske og kirurgiske pasienter. For andre fagområder vil vakthavende lege i de respektive spesialiteter være tilgjengelige for beslutningsstøtte.
- Der det er tvil om innleggelse av pasienter boende i institusjon skal henviser benytte seg av konferansemuligheten samhandlingstelefonen gir.
- Dersom snarlig poliklinisk time kan erstatte innleggelse, vil det bli satt opp time til en poliklinisk konsultasjon, og pasienten returneres til hjemmet/institusjon.
 - Pasientens totalsituasjon og tidspunkt på døgnet tas i betraktning når pasienten returneres til hjemmet/institusjon for å ivareta pasientsikkerheten.

- Ved snarlig behov for helse- og omsorgstjenester i pasientens hjemkommune, skal kommunen varsles om dette. Diagnose(r) skal være stilt, og videre plan for oppfølging av pasienten skal foreligge.
- Når det vurderes overføring til ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnopphold) skal lege i Akutten opprette dialog med henviser/ØHD-tilbudet. Ved overføring skal diagnose være stilt, og det skal foreligge en plan for observasjon og behandling. Det er henviser/ØHD som fatter endelig beslutning om innleggelse i ØHD

4.2 Innleggelse i sykehus

Jfr. [§7 Vurdering av en pasient som legges inn på døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven](#) og [§8 Varsling til kommunen om innlagt pasient](#).

Kartlegge:

Sykehuset skal snarlig kartlegge hvorvidt pasienten har kommunale helse- og omsorgstjenester.

Informere:

Hvis pasienten har kommunale helse- og omsorgstjenester, skal sykehuset informere kommunen om innleggelse ved å sende **melding om innlagt pasient**.

Kommunen skal svare med **innleggelsesrapport** innen 4 timer. Innleggelsesrapporten skal inneholde en beskrivelse av pasientens habituelle tilstand, samt omfang og innhold i de kommunale tjenestene. Supplerende opplysninger sendes innen 24 timer etter innleggelsen.

Vurdere:

Sykehuset skal innen 24 timer og fortløpende under sykehusoppholdet gjøre en vurdering av om pasienten har, eller antas å ville få behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivelse.

Varsle:

Dersom sykehuset har vurdert behov for kommunale helse- og omsorgstjenester skal kommunen varsles med **helseopplysning** (adresseres til *forvaltningstjenesten*) snarest og innen 24 timer. 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 det likevel varsles og orienteres om dette innen 24 timer. Vurderingene foretas deretter fortløpende og kommunen varsles så snart det lar seg gjøre.

Før helseopplysninger sendes, skal det foreligge et informert samtykke til utveksling av informasjon mellom kommunen og sykehuset med kommunen. Sykehuset skal varsle kommunen fortløpende ved endringer i forventet utskrivningstidspunkt, funksjon eller antatt hjelpebehov.

Helseopplysning skal inneholde følgende:

- Status
- Antatt forløp
- Forventet utskrivningstidspunkt
- Funksjonsbeskrivelse
- Pasientens bosituasjon og antatt behov for hjelpemidler
 - Kommunen er ansvarlig for pasientens bosituasjon dersom pasienten står uten bolig
 - [Sykehuset er ansvarlig for bestilling av behandlingshjelpemidler](#)
 - [Kommunen er ansvarlig for bestilling av bevegelseshjelpemidler](#)

Både sykehus og kommune skal gjensidig involvere hverandre der det er behov for eventuell opplæring, og samarbeid om god dialog med pasient og/eller pårørende.

4.3 Utskrivelse fra sykehus

4.3.1 Jfr. [§ 9. Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar](#)

Pasient i somatisk døgnavdeling er utskrivningsklar når lege ved sykehuset vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i sykehuset. Pasient i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet er utskrivningsklar når lege eller psykolog ved sykehuset vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i sykehuset.

Vurderingen skal være basert 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 framkommet 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, endringer fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert

Samlet utgjør dette en beskrivelse som bidrar til å klargjøre hva som er nødvendig av medisinsk behandling i kommunen. Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for vurderingene sykehuset har foretatt. Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon. Ved behov for ytterligere faglig dialog skal dette skje mellom ansvarsvakt/behandleransvarlig i sykehus og kommune.

Særskilt for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet

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. Det er viktig med god dialog og tidlig avklaring mellom sykehuset og kommunen i slike tilfeller.

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

Der det er behov for samtidig poliklinisk og ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten, skal det før pasienten er utskrivningsklar etableres kontakt mellom de aktuelle behandlingseenhetene.

I komplekse pasientsaker og ved langvarige innleggelser skal sykehuset så raskt som mulig etter innleggelse kalle inn relevante samarbeidspartnere for dialog og plan for behandling, utskrivning og videre oppfølging. Der det er behov for samarbeidsmøter, er både sykehus og kommune ansvarlig for å initiere og prioritere dette.

Særskilte forhold ved utskriving av pasienter som har vært innlagt med tvangsvedtak

Pasienter som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, er underlagt spesialisthelsetjenestens ansvar, jf. [forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern](#). Sykehuset gjør en fortløpende vurdering av volds- og/eller suicidalrisiko, og er den som er ansvarlig for å utarbeide en risikohåndteringsplan der dette er aktuelt, jf. [Nasjonale faglige råd for voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse](#) og [Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#). Planen utarbeides i samarbeid med kommunen, fastlege og andre aktuelle samarbeidsparter. Risikohåndteringsplan i sykehuset er det samme som samfunnsvernplan i kommunen.

Særskilte forhold ved utskriving av pasienter med dom til tvungent psykisk helsevern

Helsefellesskapet har en felles prosedyre som beskriver samarbeid med justissektor, pårørende og andre aktuelle samarbeidsparter i tråd med gjeldende regelverk.

Særskilt for pasienter med langvarige behov for tverrfaglig tjenester (f.eks. rehabilitering)

Kommunen og sykehuset forplikter seg til et tettere samarbeid om komplekse pasienter med langvarige behov for tverrfaglige tjenester. Dette innebærer blant annet å tilby og bidra til at det evt. utarbeides individuell plan og deltagelse i ansvarsgrupper. Kommunene har ansvaret for å oppnevne en ansvarlig koordinator der pasienten skal ha dette, og begge parter deltar i samarbeidsmøter der dette er hensiktsmessig. Et slikt samarbeid krever tidlig dialog mellom sykehuset og kommunen ved utskrivelse fra sykehus, for avklaringer om behov for tjenester og aktuelle tilbud i kommunen.

Særskilt for barn og unge

Samarbeid om barn og unge med sammensatte behov utløser en forsterket samhandlingsplikt. Kommunen skal sikre helhetlig tilnærming i utredning og tiltak, herunder helsestasjon, barnehage, skole, PPT, barnevern og andre aktuelle kommunale instanser. Sykehuset skal samarbeide med de som anses aktuelle.

Når barn er innlagt på sykehus, skal sykehuset, der dette er hensiktsmessig, avtale samarbeidsmøte med kommunen, der også foreldre/foresatte og fastlege skal innkalles. Sykehuset er ansvarlig for å ta kontakt med kommunens koordinerende enhet for barn og unge så snart det er klart at barnet/ungdommen vil få behov for koordinerte tjenester. Utskrivning av barn med behov for sammensatte tjenester krever en utvidet vurdering, og skal skje i samarbeid med kommunen før avgjørelser tas om forutsetninger og dato for utskrivning. Barnet/ungdommen kan utskrives sammen med foreldre/foresatte uten at kommunen har svart ut sykehuset, der det anses som forsvarlig. Sykehuset skal varsle kommunen pr. telefon. Dette skal dokumenteres av begge parter i journal, og er i tillegg til e-meldingene som sendes.

Forberedelse til overgangen mellom barn og voksen må skje i god tid før barnet blir 18 år. Ved behov skal koordinator i kommunen, i samarbeid med ungdommen og foreldre/foresatte, kalle inn til ansvarsgruppemøte hvor aktuelle forhold vedrørende overgangen er et tema.

4.3.2 Jfr. [§10 Varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient](#)

Når en pasient har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester og pasienten er vurdert utskrivningsklar, skal sykehuset straks varsle kommunen.

Sykehuset sender:

- *Melding om utskrivningsklar pasient*
- Oppdaterte *helseopplysninger*

Dersom pasientens helsetilstand forverres, og sykehuset vurderer behov for ytterligere behandling/utredning i spesialisthelsetjenesten, skal kommunen varsles straks med *melding om avmeldt pasient*.

Ved dødsfall skal kommunen informeres så snart det er hensiktsmessig. Dette gjøres ved *melding om utskrevet pasient*.

4.3.3 Jfr. [§ 11.Melding til helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven om når kommunen kan ta imot pasienten](#)

Pasienter kan meldes utskrivningsklar hele døgnet, men med regulering av responstid og betalingsplikt som beskrevet under:

- *Melding om utskrivningsklar pasient* skal fortrinnsvis sendes til kommunen **virkedager mellom kl. 08.00 – 15.30**. Virkedager defineres her som mandag til fredag (unntatt høytidsdag).
- Responstid for kommunene er **straks og senest innen to timer** etter mottatt *melding om utskrivningsklar pasient*. Dersom *melding om utskrivningsklar pasient* sendes etter kl. 15.30 på virkedager, løper responstiden fra kl. 08.00 neste virkedag.
- Betalingsplikt inntreer inneværende virkedag, dersom kommunen ikke svarer innen 2 timer fra kl. 08.00 – 15.30. Betalingsplikten påløper også dersom hjemkommunen ikke kan ta imot pasienten samme dag.
- Ved *melding om utskrivningsklar pasient* etter kl. 15.30 opphører betalingsplikt inneværende døgn.
- Utskrivelse av pasienter kan også skje på helg, dersom pasienten er meldt og avklart innen fredag kl. 15.30.
- Pasienter som skal tilbake til identiske kommunale tjenester som før innleggelse, kan etter direkte avklaring og enighet med den aktuelle kommunale tjenesten skrives ut på helg.
- Dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten, skal det angis når et kommunalt tilbud antas å være klart. Kommunen skal deretter straks gi beskjed når det kommunale tilbudet er klart.

Eksempler:

- Eksempel 1: Dersom melding sendes kl. 15.29 (dag 0), skal kommunen respondere innen kl. 17.29. Betalingsplikt påløper fom. samme dag (dag 0) dersom kommunen ikke responderer eller tar imot pasienten samme dag (dag 0).
- Eksempel 2: Dersom melding sendes kl. 15.31 (dag 0), skal kommunen respondere innen kl. 10.00 neste dag (dag 1). Betalingsplikt påløper fom. neste dag (dag 1) dersom kommunen ikke responderer eller tar imot pasienten denne dagen (dag 1).
- Eksempel 3: Dersom melding sendes kl. 00.01 (dag 0), skal kommunen respondere innen kl. 10.00 samme dag (dag 0). Betalingsplikt påløper samme dag (dag 0) dersom kommunen ikke responderer eller tar imot pasienten denne dagen (dag 0).

Både sykehus og kommune skal jobbe for at melding om utskrivningsklar pasient og mottak av pasienter skjer så tidlig som mulig på dagen.

4.3.4 Jfr. [§12 Overføring av utskrivningsklar pasient fra helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven til kommunen](#)

Pasienten skal ikke overføres til hjemkommunen før *melding om utskrivningsklar pasient* er sendt og kommunen har bekreftet at de kan ta imot pasienten. Ved avtale over telefon, skal dette også dokumenteres av kommunen.

Ved utskrivelse skal følgende utføres:

- Epikrise eller tilsvarende informasjon sendes.
- Utskrivningsrapport (kopi av siste «Helseopplysning – Oppdatert» inkl. informasjon om videre plan og legemidler administrert utreisedag) sendes.
- Der det er nødvendig rekvireres transport tilpasset pasientens situasjon.
 - Behandlende lege ved sykehuset vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transporten
- Der det er nødvendig og avtalt skal medikamenter og/eller spesielle sykepleieartikler sendes med pasienten. Dette gjelder frem til første virkedag, eller der annet er avtalt.
- Nødvendig informasjon gis til pasient og pårørende.

Det skal være faglig og etisk forsvarlig å overføre pasient fra sykehuset til kommunale helse- og omsorgstjenester. Det skal tas hensyn til pasientens funksjon, alder, avstand til hjemmet og tidspunkt på døgnet når forsvarlighet vurderes. Pasienter skal ikke sendes hjem så sent på dagen at de ankommer sitt bosted/oppholdssted i kommunen etter kl. 21.00.

5. Unntaksbestemmelser

For pasienter som skriver seg ut etter eget ønske og/eller ikke kan vente på svar fra kommunen, må sykehuset likevel sende nødvendig informasjon til kommunen jf. denne retningslinjen.

Sykehuset kan velge å skrive ut pasienten uten *sva*r på *melding om utskrivningsklar pasient*, dersom vedkommende vurderes samtykkekompetent og selv ønsker å reise hjem før kommunen bekrefter mottak. Sykehuset har da vurdert at det er faglig forsvarlig å skrive ut pasienten uten kommunale tjenester de nærmeste dagene, fordi:

- pasienten klarer seg selv noen dager, eller
- pasienten har pårørende som ønsker å ta ansvar for pasienten inntil kommunale tjenester er på plass