

Samarbeidsavtale

med underliggende Retningslinjer
mellom

St Olavs hospital HF og kommuner i opptaksområdet.



Avtaleoversikt

Samarbeidsavtalen	s. 3-11
Retningslinje 1 Retningslinje for samarbeid om behandling av pasienter i helsefellesskapet.	s. 12-18
Retningslinje 2 Retningslinje for samarbeid om pasienter med behov for koordinerte tjenester, herunder rehabilitering og habilitering.	s. 19-20
Retningslinje 3 Retningslinje for samarbeid innen psykisk helse, rus og avhengighetsmedisin.	s. 21-22
Retningslinje 4 Retningslinje for samarbeid om barn og unge	s. 23-24
Retningslinje 5 Retningslinje for samarbeid om svangerskapsomsorg, fødselshjelp og barselomsorg.	s. 25
Retningslinje 6 Retningslinje for samarbeid om kvalitet og pasientsikkerhet.	s. 26
Retningslinje 7 Retningslinje for samarbeid om digital samhandling.	s. 27
Retningslinje 8 Retningslinje for samarbeid mellom fastleger og St.Olavs hospital HF.	s. 28-29
Retningslinje 9 Retningslinje for samarbeid om forebygging, helsefremming, læring og mestring.	s. 30
Retningslinje 10 Retningslinje for samarbeid om helseberedskap og akuttmedisinsk kjede.	s. 31-34
Retningslinje 11 Retningslinje for samarbeid om kompetanse; utdanning, forskning og innovasjon.	s. 35-36

SAMARBEIDSAVTALEN

1. PARTNERSKAPET

Avtalen er inngått mellom (heretter kalt kommunene) og St. Olavs hospital HF (heretter kalt helseforetaket).

Denne Samarbeidsavtalen inngås med virkning fra senest innen 01.03.2021 og erstatter tidligere samarbeidsavtale inngått 01.01.2018.

2. BAKGRUNN

Ved inngåelse av Samarbeidsavtalen oppfylles den lovpålagte plikten iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6-1 mfl. og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2-1e til å inngå samarbeidsavtale. Avtaleverket omfatter Samarbeidsavtalen og retningslinjer vedrørende konkrete samarbeidsområder omtalt i § 6.2 i Helse- og omsorgstjenesteloven.

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

I tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 -2023 utgjør helseforetaket og kommunene Helsefellesskapet.

Kommunene og helseforetaket er i lovverket tillagt hver sine kompetanse- og ansvarsområder. Virkeområdet for avtalen er områder med behov for et samarbeid om tilbudet til pasienter.

I tilfelle motstrid mellom denne avtalen og retningslinjer skal Samarbeidsavtalen ha forrang.

3. FORMÅL

Samarbeidsavtalen angir overordnede bestemmelser om samarbeidsformer, generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenesteområder samt prosess for vedtak av retningslinjer for samarbeidsområder i Helsefellesskapet mellom St. Olavs hospital HF og kommunene i opptaksområdet.

Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig, forutsigbart, forsvarlig og faglig godt tilbud på riktig nivå i helse- og omsorgstjenestene i Helsefellesskapet. Avtalen skal konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og helseforetaket.

I samarbeidet skal det etableres gode samhandlingsarenaer som sikrer at Helsefellesskapet videreutvikler og implementerer omforente samarbeidsrutiner på samhandlingsområdene.

Målet er at pasientene skal oppleve at tjenestene:

- er faglig og etisk forsvarlige
- er samordnet og helhetlige
- er trygge og forutsigbare
- er preget av kontinuitet
- sikrer pasientens involvering og medvirkning
- sikrer at språklige og kulturelle behov ivaretas

4. HELSEFELLESSKAP

St. Olavs hospital HF og kommunene i opptaksområdet utgjør Helsefellesskapet, og er gjennom avtaleverket, samarbeidsorganene og den praktiske samhandlingen partnere. Samarbeidet skal bygge på likeverdighet og at utvikling av tjenester skjer i fellesskap.

Samarbeidet er organisert på tre nivåer, som er nærmere beskrevet i pkt. 7. Samarbeidsorganene skal videreutvikles og styrkes.

Helsefellesskapet skal:

- prioritere utviklingen av helhetlige og koordinerte tjenester for blant andre følgende fire pasientgrupper: barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer
- sikre bedre felles planlegging og utvikling av tjenestene, og avtale hvordan dette skal gjennomføres, herunder etablere felles adekvate styringsdata og faktagrunnlag
- skape det utadvendte sykehus
- utvikle arenaer for dialog mellom sykehuslegen og fastlegen
- sikre en sammenhengende akuttmedisinsk kjede
- drøfte hva som kjennetegner og innarbeide en vellykket kultur for samarbeid
- gjennomføre tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter, og spesielt fokus på pasienter med omfattende behov for tjenester
- gi innspill til neste Nasjonale helse- og sykehusplan
- fokusere på å videreutvikle «pasientens helsetjeneste»

«Hva er viktig for deg?» skal være førende i møtet mellom pasient og helsepersonell, og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i Helsefellesskapet. Befolkningens helsekompetanse og pasientens mulighet til å være en aktiv deltager i egen helse og utvikling av tjenestene skal styrkes. Påførende er en viktig ressurs og fastlegen en viktig aktør.

5. ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING

Kommunen skal gi nødvendig helsehjelp etter lov om helse- og omsorgstjenester.

Helseforetaket skal yte nødvendig helsehjelp etter lov om spesialisthelsetjenesten.

Saker av prinsipiell og/eller økonomisk karakter behandles av de med beslutningsmyndighet på det enkelte forvaltningsnivå.

Retningslinjer for tjenesteområder skisserer ansvars- og oppgavefordeling.

Det er enighet om følgende prinsipper for ansvars- og oppgavefordeling:

- a) Tjenester skal utføres på laveste effektive og forsvarlige omsorgsnivå.
- b) Kommuner og helseforetak skal i fellesskap bidra til kostnadseffektive helse- og omsorgstjenester.
- c) Ansvars- og oppgavefordeling skal ivaretas gjennom helhetlige pasientforløp, utviklet i fellesskap.
- d) Ved inn- og utskrivning av pasienter med behov for kommunale tjenester skal pasientforløpet omfatte en tydelig beskrivelse av samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen slik at arbeidsprosesser, informasjonsflyt og gjennomføring er tydelig beskrevet.
- e) Ingen av partene kan alene definere hva som er kommunens eller helseforetakets ansvar.
- f) Ingen av partene skal gi løfter eller tilsagn om tjenester på den andres vegne.
- g) Endring av egen praksis og tjenestetilbud, som får konsekvenser for ansvars-/oppgavefordeling, skjer etter drøfting mellom partene.

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">h) Det kan avtales særskilt at man utfører oppgaver for hverandre som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Det skal foretas en forsvarlighetsvurdering ved overføring av oppgaver.i) Kommuner og helseforetak skal i fellesskap bidra til at Helseplattformen utvikles og implementeres på en hensiktsmessig måte.j) Kommuner og helseforetak skal i fellesskap ha systemer for å håndtere kapasitetsutfordringer pga betydelig økninger i pasientpågang på en hensiktsmessig måte. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

6. RETNINGSLINJER FOR FAGLIG SAMARBEID OG SÆRAVTALER

6.1 Lovregulerte krav

Krav som fremkommer i lover og forskrifter implementeres i retningslinjer som vedlegg til Samarbeidsavtalen.

Partnerskapet fastsetter selv form, arbeidsmåte, innhold og organisering av samarbeidet i retningslinjene ut fra de krav loven til enhver tid stiller.

Retningslinjer inngår som vedlegg til Samarbeidsavtalen og er på samme måte som Samarbeidsavtalen rettslig bindende mellom partene med mindre annet fremgår.

I likhet med Samarbeidsavtalen vedtas retningslinjene av kommunestyrene og styret for helseforetaket.

Revisjon av retningslinjer og rutiner/prosedyrer knyttet til retningslinjene, som ikke er av prinsipiell betydning, kan vedtas i Administrativt samarbeidsutvalg (ASU).

6.2 Samarbeid ut over lovregulerte krav

I tillegg til områdene som følger av helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2, er det enighet om:

- a) Samarbeid om kvalitet og pasientsikkerhet, herunder registrering og behandling av avvik/uønskede hendelser. Politisk samarbeidsutvalg (PSU) og ASU skal holdes orientert om alvorlige avvik/uønskede hendelser angående samhandlingen; ansvar for samarbeidsområdet legges til Fagråd for pasientsamarbeid.
- b) Legesamarbeid legges til et eget Fagråd med egne rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehus.
- c) Partnerne skal sikre at ansatte gjøres kjent med struktur, avtaler og avvikssystemet.

6.3 Særavtaler

Særavtaler kommer i tillegg til retningslinjene.

Særavtaler kan for eksempel gjelde mer detaljerte bestemmelser for avgrensede tjenesteområder, geografiske områder (enkeltkommuner/kommuneregioner), konkrete pasientforløp, ansvars- og rollefordeling, informasjons- og veiledningsansvar, finansiering, organisering, eventuelle behov for avklaring av arbeidsgiveransvar. Særavtalene skal ha referanse til øvrig avtaleverk. ASU skal være orientert om særavtaler og eventuelt involveres i utarbeidelse av særavtaler der dette er nødvendig.

7. SAMARBEIDSFORMER OG SAMARBEIDSORGAN

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

7.1 Politisk samarbeidsutvalg (PSU) = Partnerskapsmøtet

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

7.1.1 Oppgaver

- Partnerskapsmøtet skal forankre retning for samarbeidet og være en arena for å sikre og utvikle samhandlingsklimaet slik at kommunene og helseforetaket ivaretar felles ansvar for helhetlige pasientforløp, og sikrer tilbud om helsetjenester med god kvalitet.
- Partnerskapsmøtet skal medvirke til å forankre samarbeidet på politisk nivå.
- Partnerskapsmøte skal ha en årlig gjennomgang og status for sentrale områder.

7.1.2 Sammensetning

- Utvalget består av 4 representanter fra kommunene (politikere) oppnevnt av Fylkestyret i KS, og 4 representanter fra helseforetaket, herunder styreleder og administrerende direktør.
- Representantene oppnevnes for 4 år av gangen.
- Brukermedvirkning sikres med observasjonsstatus fra både sykehus og kommune.

7.1.3. Arbeidsform

- Utvalget konstituerer seg selv og fastsetter sin egen møteplan; 1-2 møter pr. år.
- Sekretariatet for ASU er sekretariat for møtene.
- Leder og nestleder i ASU har møteplikt i PSU.

7.2 Administrativt samarbeidsutvalg (ASU)

ASU etableres på overordnet administrativt nivå mellom St. Olavs hospital HF og kommunene i Helsefelleskapet. Formålet er å etablere en administrativ og strategisk samarbeidsarena for utvikling av helsetjenestene.

7.2.1. Mandat

ASUs oppgaveportefølje:

- a) Forvaltning og oppfølging av Samarbeidsavtalen.
- b) Kompetanse; utdanning, forskning og innovasjon.
- c) Kapasitet; kapasitetshensyn og ressursutnyttelse.
- d) ASU vedtar årlig en handlingsplan gjeldende for 1 - 2 år på bakgrunn av Samarbeidsavtalen og retningslinjene; som grunnlag for bestillingsbrev til fagrådene (evt. andre).
- e) ASU oppretter og avvikler fagråd ved behov, og oppnevner leder og medlemmer.
- f) ASU skal bidra til utvikling og spredning av gode modeller for samhandling.
- g) ASU skal bidra til erfaringsutveksling, kompetanseoverføring og felles møteplasser.
- h) ASU skal drøfte og gi anbefaling i saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter.
- i) Partnerne kan på selvstendig grunnlag fremme saker for ASU. Saker fremmes via Sekretariatet for ASU.
- j) ASU skal bidra til en felles overordnet informasjons-/kommunikasjonsstrategi ift. avtalene.
- k) ASU skal ha en oppdatert oversikt over ulike samhandlingsprosjekter i regionen.
- l) ASU sørger for at det blir utarbeidet retningslinjer som ivaretar lovkravene.
- m) ASU godkjenner faglige retningslinjer, rutiner og prosedyrer for samhandling.
- n) Vedtak i ASU skal være basert på enighet mellom partene.
- o) ASU skal sikre god felles planlegging og utvikling av tjenestene, og avtale hvordan dette skal gjennomføres.

7.2.2 Oppnevning og sammensetning

Hver av partnerne oppnevner 6 representanter på rådmanns-/kommunedirektør-,direktør/-klinikkjefsnivå.

ASU har følgende sammensetning.

- En representant fra Fjellregionen, Fosen, Orkdalsregionen, Trondheimsområdet, Værnesregionen, Trondheim kommune og 6 representanter fra helseforetaket.
- 2 fastleger (1 fra Trondheim kommune og 1 fra kommunene utenfor Trondheim).
- 2 brukerrepresentanter (1 fra kommune og 1 fra St. Olavs hospital).

7.2.3 Observatører i ASU med tale- og forslagsrett:

- En fra Fylkesmannen
- En fra KS
- En tillitsvalgt fra St. Olavs hospital og en tillitsvalgt fra kommune
- 4 fagrådsledere
- På sak:
 - En fra Fylkeskommunen
 - En fra utdanningsinstitusjonene

7.2.4 Valgt periode:

Representantene i ASU velges for 4 år, det velges også personlig vararepresentant.

For å sikre kontinuitet i ASU bør ikke hele utvalget skiftes ut samtidig.

7.2.5 Arbeidsform:

- a) ASU konstituerer seg selv.
- b) Ledelse av ASU alternerer hvert annet år mellom St. Olavs hospital HF og kommunene.
- c) Saksliste og saksdokumenter med forslag til vedtak sendes representantene senest 8 dager før møtet. Saker som ikke er sendt ut innen fristen, kan som hovedregel ikke sluttbehandles. Protokoll godkjennes av ASU.
- d) ASU er beslutningsdyktig om minst 3 representanter fra hver av partene møter.
- e) ASU representantene skal informere om og sikre forankring av vedtak i egen organisasjon.
- f) ASU oppretter og avvikler nødvendige råd og organer etter behov.
- g) ASU skal ha minimum 4 møter årlig.

7.2.6. Arbeidsutvalg (AU) og sekretariatsfunksjon (Sekretariatet for ASU)

- a) AU til ASU består av leder ASU og en fra hhv. kommune og HF, samt Sekretariatet for ASU.
- b) AU sørger for koordinering og oppfølging av saker til ASU og mellom ASU og PSU.
- c) AU godkjenner oppnevning av representanter til ulike arbeidsgrupper og lignende; forutsettes avklart i egen organisasjonen (vedkommende representants arbeidsgiver).
- d) Sekretariatet for ASU består av representanter fra KS/kommunene og helseforetak.
- e) Sekretariatet sørger for oppfølging og koordinering i/mellom fagråd, samt saksbehandling, administrative funksjoner og koordinering for AU - ASU – PSU.
- f) Sekretariatet forbereder evt. uenighetssaker som skal behandles av forhandlingsutvalg.
- g) Sekretariatet utarbeider møteplan for PSU, ASU, AU, fagråd, dialogmøter mv.
- h) Sekretariatet bidrar til utvikling og iverksetting av felles rutiner og prosedyrer.
- i) Sekretariatet bidrar til implementering av avtaler, retningslinjer, rutiner, helhetlige pasientforløp mv.

7.2.7. ASU ved økt beredskap

I situasjoner med økt beredskap kan det være behov for å ha en mer operativ samhandling ved at et «Beredskaps-ASU» møter på kort varsel. «Beredskaps-ASU» består av 3 representanter fra St. Olavs hospital og 3 fra kommunene. I tillegg bør Fylkesmannen tiltre som observatør. «Beredskaps-ASU» aktiveres når administrerende direktør ved St. Olavs hospital og kommunedirektør i Trondheim kommune finner det nødvendig. «Beredskaps –ASU» oppløses når partene er enige om det.

Det stiller en tillitsvalgt fra St. Olavs hospital og en tillitsvalgt fra kommune i «Beredskaps-ASU», begge med observatørstatus med tale- og forslagsrett.

Ordinært ASU holdes orientert gjennom referater fra de møter som avholdes.

7.3. Fagråd

ASU oppnevner fagråd, pt:

1. Fagråd for pasientsamarbeid.
2. Fagråd for legesamarbeid.
3. Fagråd for samarbeid om forebygging, tidlig innsats, helsefremming, læring og mestring.
4. Fagråd for samarbeid om beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede.

Fagrådenes sammensetning, arbeidsform, ansvar- og oppgaver:

- a) Representasjon og sammensetning følger som hovedregel samme prinsipper som ASU, herunder minimum 6 representanter fra hver av partnerne, med personlig vara. Alle fagrådene skal i tillegg ha brukerrepresentanter. Ansattmedvirkning sikres der det er hensiktsmessig. Det gjennomføres 4-6 møter årlig.
- b) Representantene i fagrådene oppnevnes av ASU for 2 år av gangen. Det sikres overlapping og kontinuitet.
- c) Fagrådene konstituerer seg selv med leder, nestleder og sekretær. Leder har observatørstatus i ASU.
- d) Fagråd 1 (Fagråd for pasientsamarbeid) skal fortrinnsvis bestå av representanter på kommunalsjefs-/avdelingssjefsnivå. Fagrådet skal sikres bred faglig og hensiktsmessig representasjon og det åpnes for at ASU kan øke antall representanter i dette fagrådet.
- e) Fagråd arbeider ut fra bestillerdokument fra ASU, på konkrete oppdrag fra ASU og/eller innmeldte saker fra partnerne. Fagråd forvalter de samarbeidsområder ASU har besluttet i henhold til aktuelle retningslinje.
- f) Fagråd utarbeider rutiner, prosedyrer, forløp etc., som godkjennes av ASU. Fagråd oppretter og nedlegger arbeidsgrupper for dette arbeidet. AU godkjenner evt. økonomiske implikasjoner.
- g) Representantene skal informere om og forankre saker behandlet i fagråd, hos dem de representerer (kommunegrupper og helseforetak).

7.4. Andre samarbeidsformer

7.4.1 Forhandlingsutvalg

Forhandlingsutvalget består av 3 ASU representanter fra hhv. kommuner og helseforetak; til sammen 6 medlemmer. Forhandlingsutvalget fremforhandler og re-forhandler Samarbeidsavtalen og tilhørende retningslinjer. Forhandlingsutvalget skal søke å løse saker ved uenighet mellom partene, som har faglige, økonomiske eller prinsipielle konsekvenser. Det skal sikres brukermedvirkning fra både sykehus og kommune i Forhandlingsutvalget.

7.4.2 Dialogmøter mellom kommunegruppene og St. Olavs hospital HF

Det etableres dialogmøter mellom foretaket og kommunegruppene; møter holdes 1 – 2 ganger pr. år. Agenda for dialogmøte utarbeides i samarbeid mellom helseforetaket og kommunegruppen. Dialogmøtene skal innarbeides i møteplan. ASU orienteres fortløpende om møtene.

7.4.3 Samhandlingssiden

Det er etablert felles hjemmeside for Samhandling <https://stolav.no/fag-og-forskning/samhandling> Avtaler, oversikter over råd og utvalg med representasjon, felles rutiner/prosedyrer, saksdokumenter, protokoller/referat, oversikter over koordinerende enheter, kontaktinformasjon og ellers det som er viktig i samhandlingsrommet skal fortløpende legges ut der – på en oversiktlig og enkel måte. Sekretariatet for ASU er ansvarlig for oppdatering av denne hjemmesiden.

7.5 Brukermedvirkning og ansattmedvirkning

- a) Det skal sikres brukermedvirkning i alle 3 nivåer av samarbeidsorganer. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke ved utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.
- b) Det forutsettes at alle fagrådene skal ha brukerrepresentanter.
- c) Ansattrepresentasjon ivaretas gjennom ASU-sammensetningen. Partnerne er ansvarlig for for ansattmedvirkning i egen linjeorganisasjon.

8. PLIKT TIL GJENNOMFØRING OG FORANKRING

Helseforetaket og kommunene forplikter seg til:

- a) Avtalens innhold, betydning og konsekvenser skal gjøres kjent, implementeres og forankres i egen organisasjon. Saker og vedtak i samhandlingsrommet skal gjøres kjent, implementeres, forankres og iverksettes i egen organisasjon.
- b) Å orientere hverandre om endringer i rutiner, organisering el. som kan ha innvirkning på de områdene avtalen omfatter og/eller som kan ha konsekvenser for den andre partneren.
- c) Gjensidig involvering av hverandre ved planlegging av tiltak som berører den andre partneren.

9. ØKONOMI OG RESSURSER

Gjelder Samarbeidsavtalen og samtlige retningslinjer.

Kommunene og helseforetaket bærer selv sine kostnader ved deltakelse i ulike råd, utvalg, grupper mv.

10. HÅNDTERING AV AVVIK, UENIGHET OG TVISTELØSNING

Gjelder Samarbeidsavtalen og samtlige retningslinjer.

10.1 Avvik og avvikshåndtering

Det vises til retningslinje 6 vedrørende beskrivelse for samarbeidsområdet som omhandler Kvalitet og pasientsikkerhet.

10.2 Håndtering av uenighet

- a) Intensjonen er å løse uenighet så nært pasient/bruker som mulig og ved dialog mellom partnerne.
- b) Prinsipielle pasientrelaterte enkeltsaker søkes løst i Fagråd. Oppnås ikke enighet i fagråd følges saksgangen i rekkefølge sekretariat, forhandlingsutvalg, nasjonale tvisteløsningsnemnd og/eller videre til en rettslig avgjørelse.

10.3 Tvisteløsning

- a) Dersom uenighet/tvist ikke blir løst ved forhandlinger innen 2 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.
- b) Sør-Trøndelag tingrett er verneting for partene i avtalen. Dersom en tvist ikke¹ blir løst ved forhandlinger eller mekling, kan hver av kommune og/eller HF forlange tvisten avgjort med endelig virkning ved norske domstoler jf. lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) 17.06.2005 nr. 90.².

² <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-90>

11. MISLIGHOLD

Gjelder Samarbeidsavtalen og samtlige retningslinjer.

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

12. VARIGHET; REVISJON OG OPPSIGELSE

Gjelder Samarbeidsavtalen og samtlige retningslinjer.

- a) Avtalen trer i kraft ved signering og gjelder frem til en av partnerne eventuelt sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6 - 5 2. ledd. Avtalen kan prolongeres dersom man er enige om dette.
- b) ASU gjør en årlig vurdering av behov for revisjon, oppdatering og/eller utvidelse av avtaleverket og samarbeidsområdene.

Retningslinje 1

Retningslinje for samarbeid om behandling av pasienter i helsefellesskapet

1. BAKGRUNN

Retningslinjen oppfylder 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. og forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.](#)

2. FORMÅL

Retningslinjen skal sikre at pasienter mottar helhetlige, forutsigbare, forsvarlige og faglig gode behandlingstilbud i overgangene mellom helseforetaket og helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Jf. punkt 3. i Samarbeidsavtalen.

Prinsippene i retningslinjen skal også ivareta fastlegens behandlings- og oppfølgingsbehov.

3. VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen gjelder Helsefellesskapet St. Olavs hospital og kommunene i opptaksområdet.

4. SAMARBEID VEDRØRENDE OVERFØRING AV PASIENTER – INNLEGGELSE OG UTSKRIVNING

4.1 Prinsipper for samarbeid og informasjonsutveksling

Både kommuner og helseforetak skal sørge for tydelig og nødvendig informasjonsutveksling om pasienter for å sikre gode overføringer. Dialog er det bærende prinsippet for all samhandling og pasientsamarbeid gjennom hele pasientforløpet.

Informasjonsutveksling mellom helseforetak og kommune skal fortrinnsvis skje elektronisk. Respons på forespørsler om helseopplysninger bør skje straks (så snart som mulig/uten unødig opphold) da det er viktig for en god flyt i pasientforløpet. Ved behov kan telefon benyttes, spesielt ved behov for raske svar og/eller endringer. Det samme gjelder ved feil i systemet for meldingsutvekslingen. Avklaringer på telefon skal også dokumenteres.

Det skal til enhver tid foreligge et flytskjema som beskriver samarbeidet og i denne retningslinjen. Flytskjemaet skal oppdateres etter faglig utvikling.

Både henvisninger (utformes iht. til Nasjonal veileder for henvisning til spesialisthelsetjenesten) og epikriser skal inneholde informasjon for å sikre nødvendig behandling og oppfølging av pasienten i henholdsvis helseforetak og kommune.

Det vil av og til være behov for møter for å sikre en god dialog. Både helseforetak og kommune er ansvarlige for og tar initiativ til dialog og evt. deltakelse i møter der det er spesielle behov for kompetanseoverføring og planlegging av videre oppfølging. I de tilfeller hvor det er behov for tilpasninger i bolig og i bosituasjon, skal det i vurderingsmøter legges en plan der partnerne blir enige om og tydeliggjør hvem som gjør hva og når. Det er her viktig å unngå unødvendige forsinkelser.

Ingen av partene skal gi løfter eller tilsagn om tjenester på den andres vegne.

Helsepersonell både fra kommuner og helseforetak skal sikre at informasjonen om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som ytes, blir gitt til nærmeste pårørende hvis forholdene tilsier det.

Helsepersonell har ansvar for å avklare om pasienten har mindreårige barn eller søsken som pårørende, og om barnets situasjon er vurdert og ivaretatt, jf. Helsepersonelloven § 10a. Helseforetaket og kommunen 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. Helseforetaket og kommunen skal bidra til å ivareta mindreårige barn som er etterlatte etter foreldre eller søsken, jf. Helsepersonelloven § 10 b.

Ved bruk av ambulanse skal det være behov for behandling og/eller overvåkning under transport. Bruk av ambulanse utover dette avtales spesielt.

Både ved innleggelse og utskrivning skal det tas særskilt hensyn til døende pasienter og eventuelt pårørendes ønsker og behov.

4.2 Henvisning fra kommune til helseforetak

a) Henvisning til planlagt innleggelse

Kommunens ansvar og oppgaver:

Henviser (i praksis vanligvis lege) sender elektronisk henvisning til aktuell henvisningsadresse. Henviser vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport til helseforetak.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

Henvisning vurderes etter gjeldene retningslinjer og prioriteringsveileder. Pasient og henviser skal varsles om resultat etter vurdering av henvisningen, og gis dato evt. ukenummer for innleggelse. I de tilfeller hvor det på forhånd er avtalt innleggelse og pasienten møter opp og innleggelse ikke skjer, skal kommunen varsles på en slik måte at pasientsikkerheten ivaretas.

b) Henvisning ved øyeblikkelig hjelp

Kommunens ansvar og oppgaver:

Kommunen skal legge til rette for at henviser kan vurdere andre muligheter enn innleggelse før pasienten henvises helseforetaket for vurdering.

Før øyeblikkelig hjelp henvisninger av pasienter bør det som hovedregel ha vært konferert med leger ved sykehuset. Alle pasienter som skal innlegges som øyeblikkelig hjelp skal meldes inn til AMK, og henviser beslutter i samråd med AMK hvilken transport pasienten trenger til helseforetaket, 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.

Henviser vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport til helseforetak.

Ved medisinske og/eller kirurgiske problemstillinger hvor det vurderes at en rask poliklinisk time, dvs. innen 1-3 dager, kan erstatte innleggelse, tar henviser kontakt med overlege i Akutt- og mottaksmedisin for å vurdere Akuttpoliklinikken som et alternativ til innleggelsen.

For andre fagområder enn medisin og kirurgi tar henviser kontakt med vakthavende i de respektive spesialiteter.

Det er spesielt viktig med god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten når det vurderes innleggelse av pasienter boende i sykehjem. Det er hensiktsmessig at henviser benytter seg av konferansemuligheten for disse pasientene.

Ved innleggelse i helseforetak av pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester skal kommunen sende en «Innleggelsesrapport» med nødvendige opplysninger om tjenester, medikamenter, sykehistorie og funksjonsnivå innen 4 timer etter mottatt «Melding om innlagt pasient». Supplerende opplysninger sendes innen 24 timer etter innleggelsen. Ved bruk av ambulanse må ambulansetjenesten som hovedregel få nødvendige pasientopplysninger skriftlig før pasienttransport startes.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

Helseforetaket legger til rette for konferansemulighet ved alle øyeblikkelig hjelp innleggelser.

«Samhandlingstelefonen»

Vedrørende medisinske og kirurgiske pasienter som ikke har behov for øyeblikkelig hjelp, men som trenger rask poliklinisk vurdering innen 1-3 dager, vil vakthavende overlege i Akutt og mottaksmedisin være tilgjengelig på «samhandlingstelefonen» (telefonnummer 73 55 38 88) alle dager* for diskusjon.

*for tiden hverdager kl. 08- 23 og helg/helligdager kl. 10- 18

«Samhandlingstelefonen» skal også fungere som beslutningsstøtte/rådgivning for allmennleger/legevakt/sykehjemsleger når det gjelder øyeblikkelig hjelp/«halvøyeblikkelig hjelp»-håndtering av medisinske eller kirurgiske pasienter.

For andre fagområder enn medisin og kirurgi vil vakthavende i de respektive spesialiteter være tilgjengelige for beslutningsstøtte/rådgivning.

Dersom snarlig poliklinikktime kan erstatte innleggelse, sørger helseforetaket for en avtale for pasienten. Dersom en slik poliklinisk konsultasjon utløser snarlig behov for tiltak i pasientens hjemkommune, skal kommunen varsles om dette. Diagnose(r) skal være stilt, og videre plan for oppfølging av pasienten skal foreligge.

En stor andel av pasientene som er henvist til innleggelse i helseforetaket snues i akuttmottaket etter en grundig observasjon og vurdering. Oppholdet konverteres da til en poliklinisk konsultasjon, og pasienten returneres til hjemmet / den institusjonen hvor vedkommende kommer fra. De er da ikke å regne som å ha vært innlagte.

I helseforetakets vurdering om pasienten skal innlegges eller snues skal pasientens totalsituasjon og tidspunkt på døgnet tas i betraktning. For de av pasientene som snues og som har helse- og omsorgstjeneste i kommunen må helseforetaket varsle kommunen på en slik måte at pasientsikkerheten ivaretas.

Hvis pasient overføres til ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnopphold) skal diagnose være stilt, og det skal være med en plan for observasjon og behandling. Hvor annet ikke er avtalt fattes beslutning om innleggelse i ØHD av henviser i kommunen.

c) Henvisning til planlagt poliklinisk vurdering:

Kommunens ansvar og oppgaver:

Henviser sender elektronisk henvisning til aktuell henvisningsadresse.

Henviser vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport til helseforetak.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

Henvising vurderes etter gjeldene retningslinjer og prioriteringsveileder. Pasient og henviser skal varsles om resultat etter vurdering av henvisingen tidspunkt for konsultasjon.

4.3 Innleggelse i helseforetak

Ved/under innleggelsen vurderer helseforetaket behov for ledsager under oppholdet jf. felles rutine for bruk av ledsager ved innleggelse av pasienter med spesiell oppfølgingsbehov (lenke).

Melding om innleggelse:

Ved innleggelse i helseforetak skal helseforetaket kartlegge om pasienten mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Om så er tilfelle skal «Melding om innlagt pasient» sendes kommunen så snart som mulig (kommunen svarer da med «Innleggelsesrapport» innen 4 timer).

Vurdering:

Ved innleggelse i sykehus, skal helseforetaket gjøre en vurdering om pasienten har behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra helseforetaket.

Varsel om behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning:

Dersom pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal kommunen innen 24 timer etter innleggelsen varsles med en «Helseopplysning-24 timers varsel».

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 og kommunen varsles så snart det lar seg gjøre skal helseforetaket uansett sende «Helseopplysning-24 timers varsel» hvor situasjon beskrives. Vurderingene foretas deretter fortløpende og kommunen varsles så snart det lar seg gjøre.

Dersom det i løpet av sykehusoppholdet avklares behov for kommunale tjenester, skal fristen (24 timer) løpe fra det tidspunktet det blir klart at slikt behov foreligger.

Forventer helseforetaket at pasienten vil stå uten egnet bolig etter utskrivningen skal varselet opplyse om dette.

Varslets innhold:

- pasientens status
- antatt forløp
- forventet utskrivningstidspunkt

Helseforetaket skal varsle kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov.

Ved behov for hjelpemidler tar helseforetaket kontakt med Koordinerende enhet (eller tilsvarende) i kommunen. Kommunen bestiller nødvendige hjelpemidler når dette er formidlet.

Ved omfattende behov utredes utstørsbehov som en del av behandlingsplanen/individuell plan før utreise.

Ved dødsfall skal kommunen informeres umiddelbart.

4.4 Utskrivelse fra helseforetak

a. Vilkår for utskrivningsklar (jfr. §9 i forskriften):

Pasient i somatisk døgnavdeling er utskrivningsklar når lege ved helseforetaket vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseforetaket.

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

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 medisinsk behandling i kommunen.

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 rusmiddel-avhengighet med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal helseforetaket, og før pasienten er utskrivningsklar, også kalle inn relevante samarbeids-partnere 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.

b. Varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient

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

Helseforetaket sender:

- epikrise eller tilsvarende informasjon
- *melding om Utskrivningsklar pasient*
- oppdaterte Helseopplysninger
- evt. andre rapporter fra andre faggrupper

For pasienter med oppfølging av hjemmetjeneste skal helseforetaket normalt sende nødvendig informasjon i perioden mandag til fredag kl. 8-15 hvis helseforetaket ønsker at pasienten skal mottas samme dag. Dette for å unngå at pasienter sendes hjem uten adekvat oppfølging og til «et tomt og kaldt hus». Om helseforetaket sender nødvendig informasjon etter kl. 15 på hverdager eller i helger/høytider så kan konsekvensen være at pasienten ikke mottas samme dag med mindre et eksisterende tilbud kan videreføres.

c. Utreiseklar

Det skal være faglig og etisk forsvarlig å overføre pasient fra helseforetak til kommunale helse- og omsorgstjenester. Det skal tas hensyn til pasientens funksjon, alder, avstand til hjemmet og tidspunkt på døgnet når forsvarlighet vurderes. Det skal være helt unntaksvis at pasienter utskrives slik at de ankommer bopel etter kl. 21.

Kommunen skal straks (så snart som mulig/uten unødig opphold) og senest innen 3 timer etter mottatt «Melding om utskrivningsklar pasient» svare på:

- om kommunen kan ta imot pasienten
- hvilket tilbud pasienten vil få
- når (så snart som mulig, dato og tidspunkt) tilbudet vil være klart

Kommune må melde fra om det er behov for at helseforetaket sender med medikamenter, evt. sykepleieartikler (eks. utstyr til sårskift etc.); som regel fram til første virkedag eller der annet er avtalt, for å unngå brudd i behandlingsforløpet.

Pasienten skal ikke skrives ut før helseforetak har sendt varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient (pkt. 4b.) og kommunen har bekreftet at de kan ta imot. Først da defineres pasienten som utreiseklar.

Om kommunen bekrefter mottak per telefon, skal kommunen likevel dokumenterer med en melding.

På utreisedagen sendes «Utskrivningsrapport» (kopi av siste «Helseopplysning – Oppdatert» inkl. informasjon om Videre plan og legemidler administrert utreisedag) til kommunen.

Kommunen skal normalt ta imot pasienten samme dag (dag 0) så sant de har mottatt nødvendig informasjon i perioden kl. 8-15 mandag til fredag. Om pasienten skal utskrives til de samme kommunale tjenestene / samme institusjon som før innleggelsen skal det komme en rask avklaring fra kommunen (som svar på «melding om utskrivningsklar») uansett når pasienten meldes utskrivningsklar.

Med tanke på utfordringer med fullt sykehus og stor tilstrømming av pasienter til akuttmottaket etter kl. 14 er det viktig at kommunen tar imot pasientene så tidlig på dagen som mulig.

Hvis kommunen først har svart at de ikke kan ta imot pasienten og det i ettertid samme dag likevel blir en ledig plass, skal de ringe til helseforetaket om dette.

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.

Helseforetaket rekvirerer transport tilpasset pasientens situasjon. Behandlende lege ved helseforetaket vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport.

Ved force majeure kan helseforetaket på grunn av krisesituasjon skrive ut utskrivningsklare pasienter 24/7. Dette forutsetter god og tidligst mulig dialog og avklaring med kommunene.

Ved dødsfall skal kommunen informeres umiddelbart. Dette gjøres ved «Melding om utskrevet pasient»

d. Unntaksbestemmelser:

For pasienter som skriver seg ut etter eget ønske og / eller ikke kan vente på svar fra kommunen må helseforetaket likevel sende nødvendig informasjon til kommunen jf. denne retningslinjen. Sykehuset kan velge å skrive ut pasienten uten svar på «Melding om utskrivningsklar» om pasienten er samtykke- kompetent og selv ønsker selv å reise hjem før kommunen varsler at de kan ta imot pasienten. 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

Helseforetaket skal informere kommunen om dette i «Melding om Utskrevet pasient»

e. Betaling for utskrivningsklare pasienter i påvente av kommunalt tilbud:

Betalingsplikten inntreffer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar (døgn 0) og vilkårene i § 8 til § 10 i forskriften er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten. Betalingsplikten inntreffer også dersom kommunen ikke har svart innen 3 timer på varselet etter § 10 om utskrivningsklar pasient. Jf. § 13

4.5 Definisjoner

Utskrivningsklar: Pasienten er utskrivningsklar når kriteriene jf. § 9 i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter er oppfylt.

Utreiseklar: Kommunen har bekreftet elektronisk at pasienten kan tas imot i kommunen.

5. LENKER

[Rutine ledsager](#)

[Regional rutine for helseopplysninger fra poliklinikk til kommunene](#)

Retningslinje 2

Retningslinje for samarbeid om pasienter med behov for koordinerte tjenester, herunder rehabilitering og habilitering.

1. BAKGRUNN

Retningslinjen oppfyller partenes lovpålagte plikt iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6.1 og 6.2 og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2.1 e.

I tillegg for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommune og/eller helseforetak tilby en Individuell plan jf. *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.

2. FORMÅL

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, jf. punkt 3. i samarbeidsavtalen. Samarbeidsavtalens pkt. 7.3 angir generelle bestemmelser, gjeldende alle fagråd, og beskriver sammensetning, arbeidsform, ansvar og oppgaver.

3. VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen gjelder Helsefelleskapet St.Olavs hospital og kommunene i opptaksområdet. Dette omhandler pasienter og brukere som har en tilstand og/eller en funksjonsnedsettelse innen *psykisk helse, rus/avhengighetsmedisin og/eller somatikk* med behov for koordinerte tjenester.

4. ANSVAR OG OPPGAVER

Sikre at ovenstående gruppe får et helhetlig, sammenhengende og faglig forsvarlig tjenestetilbud innbefattet en forsvarlig beslutningsprosess, herunder pasient-/brukermedvirkning.

Utvikle felles forståelse rundt kommunenes ansvar:

- Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensinger i nærmiljø
- Behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Behov for tverrsektoriell samhandling

Utvikle felles forståelse rundt spesialisthelsetjenestens ansvar:

- Behov for spesialisert kompetanse
- Behov for kompleksitet
- Behov for intensitet

Felles ansvar og oppgaver:

- Bestemmelsene i pasient-/brukerrettighetsloven vedrørende informasjon, medvirkning, samtykke, samtykkekompetanse og vedtak om helsehjelp, både på individ- og systemnivå legges til grunn.
- I fellesskap utvikle gode samhandlingsverktøy i arbeidet med helhetlige pasientforløp.
- Det skal avholdes samarbeidsmøter for å planlegge nødvendige tiltak etter utskrivning.
- Informasjonsutveksling og kompetansedeling forutsettes gjennom hele pasientforløpet.

- Koordinatoransvaret avklares. Det forutsettes tett dialog og godt samarbeid mellom koordinator i kommunen og St.Olavs hospital, nødvendige behov avklares, relevante aktører påkobles og videre samarbeid avklares, før utskrivning.
- Kommunene og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide om Individuell Plan 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/rehabilitering, Individuell Plan og koordinator (kap. 3 og 4). Det vises også til rapport IS-1947 2011 H-dir.
- Fagråd for pasientsamarbeid oppnevner evt. arbeidsgrupper for å håndtere/ivareta:
 - saker som er av prinsipiell art.
 - saker på individnivå hvor ansvarsfordelingen er uavklart.

Retningslinje 3

Retningslinje for samarbeid innen psykisk helse, rus og avhengighetsmedisin.

1. BAKGRUNN

Retningslinjen oppfyller partenes lovpålagte plikt iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6.1 og 6.2 og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2.1 e.

2. FORMÅL

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, jf. punkt 3. i samarbeidsavtalen. Samarbeidsavtalens pkt. 7.3 angir generelle bestemmelser, gjeldende alle fagråd, og beskriver sammensetning, arbeidsform, ansvar og oppgaver.

God samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten styrker det lokale arbeidet (jf. IS-2076 sammen om mestring). Helhetlige pasientforløp med gode overganger mellom tjenestenivåene. For spesialisthelsetjenesten kreves det tilbud om integrerte tjenester, slik at pasientenes behov for sammensatte tjenester imøtekommes.

3. VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen gjelder helsefellesskapet St.Olavs hospital og kommunene i opptaksområdet innen tema som omhandler og/eller påvirker samhandlingen på psykisk helse- og rusfeltet.

4. ANSVAR OG OPPGAVER

En stor andel av pasientene som behandles for rus- og avhengighetsproblemer og i psykisk helsevern har samtidige lidelser, også med somatiske lidelser, som forutsetter koordinerte, sammenhengende og ofte samtidighet av tjenester.

- Fagnettverk knyttet til pasienter med alvorlige psykisk lidelser og rusproblemer vurderes opprettet. Faglige samarbeidsutvalg knyttet til DPS område skal videreutvikles og styrkes.
- Videreutvikle et tett og aktivt samarbeid rundt behandling av ROP (Rus og Psykiatri) pasienter; før, under og etter behandling. Gjensidig forståelse av ansvar/ansvarsavklaring, definert i IS-1948.
- Oppfølging av Veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne; «Sammen om mestring», der det er gitt anbefalinger om ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner vedrørende tre hovedforløp fra kortvarige problemer med psykisk helse og rus til alvorlige og langvarige problemer/lidelser. En tydeligere ansvarsavklaring.
- Bidra til styrking av lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid.
- Bidra til at kommune- og spesialisthelsetjeneste, i fellesskap, fremstår som koordinerte og sammenhengende i tjenesteutøvelsen, for å sikre god kvalitet, der pasient/bruker er aktivt involvert i sin behandling og oppfølging.
- Bidra til å skape og etablere felles samhandlingsarenaer og felles kompetansehevingstiltak, som medfører bedre kommunikasjon, erfaringsutveksling, økt kulturforståelse og videre at tjenestene knyttes bedre sammen.

- Oppfølging av kompetansebehov i både 1. og 2. linjetjenesten og vurdere mulige felles tiltak for å bedre nødvendig kompetanse.
- Oppfølging av pakkeforløp innen psykisk helse- og rusfeltet (samhandlingsutfordringer).
- Oppfølging av konsekvenser for samhandlingen, etter endringer i psykisk helsevernloven (01.09.18). Det knytt til pasienter med samtykkekompetanse sin rett til å nekte behandling dersom det ikke er fare for eget eller andres liv.
- Oppfølging av kommunenes lovpålagte plikt til å ha kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud også for pasienter med psykisk helse- og rusproblemer (01.01.18). Bruk av Ø-hjelpssenger og konsekvenser for samhandling og oppgavedeling må følges opp.
- Oppfølging av utviklingen etter innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og rus (01.01.19). Utviklingen må følges fortløpende, i fellesskap, med statusrapportering.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helse>

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/_attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdbe744a2/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer>

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/spesialisthelsetjenesteloven>

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Retningslinje 4

Retningslinje for samarbeid om barn og unge.

1. BAKGRUNN

Retningslinjen oppfyller partenes lovpålagte plikt iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6.1 og 6.2 og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2.1 e.

2. FORMÅL

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, jf. punkt 3. i samarbeidsavtalen. Samarbeidsavtalens pkt. 7.3 angir generelle bestemmelser, gjeldende alle fagråd, og beskriver sammensetning, arbeidsform, ansvar- og oppgaver:

3. VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen gjelder helsefellesskapet St. Olavs hospital og kommunene i opptaksområdet. Dette omhandler samarbeid om barn og unge

4. ANSVAR OG OPPGAVER

Barn og unge brukes her som betegnelse for personer opp til 18 år. Foreldre/foresatte brukes her som betegnelse for de som har ansvar for barnet. Spesialisthelsetjenesten brukes her som St. Olavs hospital ved somatiske avdelinger; barne-/ungdomsklinikken og habiliteringstjenesten for barn og unge, samt barne-/ungdomspsykiatrisk klinikk.

- Fagnettverk for barn og unge vurderes opprettet (prioritert område i helsefellesskapet).

Henvising

- Ved henvising til øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern skal etablering av samarbeid med koordinerende enhet (KE) i kommunen avklares. Ved henvising til planlagt vurdering for innleggelse: barn/unge har rett til følge av foreldre/foresatte. Det er hensiktsmessig med kontakt mellom nivåene i utrednings- og behandlingsfasen. Fortløpende dialog bidrar til å sikre forutsigbarhet og god kompetanseoverføring.
- Kommunen sikrer helhetlig tilnærming i utredning og tiltak, herunder helsestasjon, barnehage, skole, PPT, barnevern og eventuelt andre aktuelle kommunale instanser.

Aktuelle forhold ved planlegging av utskrivning

- Det er hensiktsmessig at det avtales samarbeidsmøte der kontaktperson/koordinator fra helseforetak og kommune deltar. Helseforetaket innkaller foreldre/foresatte og fastlege. Barnet/ungdommen deltar hvis formålstjenlig. Andre aktuelle samarbeidsparter inviteres etter avklaring med foreldre/foresatte og barnet/ungdommen.
- Utskrivning av barn med behov for sammensatte tjenester krever en utvidet vurdering og skal skje i samarbeid med kommunen før avgjørelser tas mht. forutsetninger og dato for utskrivning.
- Helseforetaket 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.

- Kommunen skal få oversikt over aktuelle tjenestebehov fra helseforetaket for å ha tid til å planlegge koordinerte tjenester for barnet / ungdommen.

Innhold i nødvendig informasjon til helse og omsorgstjenesten i kommunen

- Epikrise eller tilsvarende informasjon fra innleggelse i døgnet, poliklinisk konsultasjon og dagbehandling sendes til helsepersonell som trenger opplysningene, innleggende lege, fastlege og kommunale helse og omsorgstjeneste, samt barne- og familietjenester der dette er aktuelt, eks. helsestasjon, barnehage, skole, PPT og barnevern.
- Når andre enn henvisende instans/fastlege skal få epikrise og/eller rapport, avklares dette med barnet/ungdommen (hvis over 16 år), eller de foreldre/foresatte som gir samtykke på vegne av sitt barn. Barn mellom 12 og 16 år skal høres i denne sammenheng. Rettighetene er hjemlet i [Lov om Pasient-/brukerrettigheter](#) og i [Forskrift om pasientjournal](#)
- Barnet/ungdommen kan utskrives sammen med foreldre/foresatte uten at kommunen har svart ut helseforetaket, der det anses som forsvarlig. Helseforetaket skal varsle kommunen via telefon. Dette skal dokumenteres av begge parter i journalsystemene, og er i tillegg til e-meldingene som sendes.

Overgang barn - voksen

- Forberedelse og planlegging av overgangen bør starte ca. ett år før ungdommen fyller 18 år, og fortsatt har behov for koordinerte tjenester i kommunen og tverrfaglige tilbud i spesialisthelsetjenesten etter 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.
- I spesialisthelsetjenesten følges [retningslinjer for ungdom og unge voksne med kronisk eller langvarig sykdom/tilstand i alderen 12-25 år som har behov for oppfølging fra barneavdeling til voksenavdeling](#). Se også [retningslinjer for overføring av pasienter fra Psykisk helsevern for barn og unge til Psykisk helsevern for voksne](#).
- I følge [FNs barnekonvensjon](#) har barn rett til å bli sett og hørt, de har krav på beskyttelse og de har rett til deltakelse. Barn og unge er ofte sårbare informanter, de har mindre livserfaring og har mindre juridiske rettigheter enn voksne. Barn og unge har ofte forventninger om å gjøre som voksne ber dem om. Beskyttelse av barnet/ungdommen kan gå på bekostning av deres rett til deltakelse i behandlingen.
- Artikkel 12 gir barn rett til å bli hørt i alle saker som handler om dem. Ungdom skal få mulighet til alenetid på legevisitt og kontroll, selv om foreldre/foresatte er medfølger.
- Barn og unge skal få grundig informasjon om sin sykdom som er tilpasset sin alder og sitt modningsnivå. Barn og unge er «eksperter» i sitt eget liv. De skal spørres direkte om egne meninger, følelser og vurderinger.
- Lenker til gjeldende samarbeidsrutiner, prosedyrer etc. i samhandlingen [Arbeidsbeskrivelser](#)

Retningslinje 5

Retningslinje for samarbeid om svangerskapsomsorg, fødselshjelp og barselomsorg.

1. BAKGRUNN

Retningslinjen oppfylder partenes lovpålagte plikt iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6.1 og 6.2 og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2.1 e.

2. FORMÅL

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, jf. punkt 3. i samarbeidsavtalen. Samarbeidsavtalens pkt. 7.3 angir generelle bestemmelser, gjeldende alle fagråd, og beskriver sammensetning, arbeidsform, ansvar og oppgaver.

Gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jf. "en gledelig begivenhet", St.mld. 12 2008-2009.

3. VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen gjelder Helsefelleskapet St.Olavs hospital og kommunene i opptaksområdet.

4. ANSVAR OG OPPGAVER

Tjenestene skal videreutvikles med basis i "helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorg" Midt-Norge.

- Fagnettverk for "svangerskapsomsorgen" vurderes opprettet.
- Hvordan anbefalingene i "Kvalitetskrav til fødselsomsorgen" skal innfris.
- Systematisk oppfølging av gravide med risiko for psykiske-, rus- og sosialmedisinske problemer. I det ligger å definere friske gravide ("grønne" svangerskap) og kvinner med risiko for komplikasjoner ("røde" svangerskap).
- Sikre tverrfaglig samarbeid om å gi behovsbasert og helhetlig oppfølging.
- Utarbeide felles plan for kompetanseutvikling og faglige samarbeidsarenaer.
- Følgetjenesten; organisering av beredskap for følgetjeneste og utvikling av standarder.
- Hvordan utvikling av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal gjennomføres, herunder obligatorisk hospiteringstjeneste.
- Hvordan tverrfaglig samarbeid og utveksling av informasjon mellom tjenestene og nivåene skal ivaretas, herunder tilgang og bruk av felles prosedyrer.

Retningslinje 6

Retningslinje for samarbeid om kvalitet og pasientsikkerhet.

1. BAKGRUNN

Retningslinjen oppfyller partenes lovpålagte plikt iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6.1 og 6.2 og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2.1 e.

2. FORMÅL

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, jf. punkt 3. i samarbeidsavtalen. Samarbeidsavtalens pkt. 7.3 angir generelle bestemmelser, gjeldende alle fagråd, og beskriver sammensetning, arbeidsform, ansvar og oppgaver for fagrådene. Hensikten er å sikre kvalitet, gjensidig læring og pasient-/brukersikkerhet i overgangen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

3. VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen gjelder helsefellesskapet St. Olavs hospital og kommunene i opptaksområdet. Dette omhandler pasientsikkerhetsarbeid, inkludert samhandlingsavvik, definert som brudd på samarbeidsavtalen, samt andre uønskede hendelser i samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

4. ANSVAR OG OPPGAVER

- Arbeide for å sikre kvalitet, gjensidig læring og erfaringsdeling, samt pasient- og brukersikkerhet, i overgangen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Statistikk fra kvalitetssystemer anvendes til å identifisere trender og forbedringsområder slik at tiltak kan iverksettes for å redusere sannsynligheten for gjentakelse.
- Arbeide med å etablere og videreutvikle læringsløyper til bruk i kommuner og sykehus. Praktiseringen av dette følges opp.
- Statistikk fra kvalitetssystemene gjøres tilgjengelig for aktuelle samhandlingsaktører.
- Følge opp enkeltsaker av prinsipiell og potensielt alvorlig karakter.
- Utarbeide felles rutiner for melding og håndtering av samhandlingsavvik, uønskede samhandlingshendelser og forbedringsforslag. Det skal også utarbeides felles prinsipper for hva som skal meldes og i størst mulig grad felles system for kategorisering av hendelsene, herunder alvorlighetsgrad.

Lenke:

[Meldeskjema](#)

Retningslinje 7

Retningslinje for samarbeid om digital samhandling.

1. BAKGRUNN

Retningslinjen oppfyller partenes lovpålagte plikt iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6.1 og 6.2 og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2.1 e.

2. FORMÅL

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, jf. punkt 3. i samarbeidsavtalen. Samarbeidsavtalens pkt. 7.3 angir generelle bestemmelser, gjeldende alle fagråd, som beskriver sammensetning, arbeidsform, ansvar og oppgaver.

Retningslinjene skal sikre at rutiner for digital samhandling mellom kommunene og helseforetak blir etablert og følges opp, for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, jf. punkt 3 i samarbeidsavtalen

3. VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen gjelder helsefellesskapet St. Olavs hospital og kommunene i opptaksområdet.

Dette omhandler:

- Elektronisk informasjonsutveksling om pasienter/brukere mellom HF og kommunene basert på nasjonale og regionale standarder.
- Opplæring, kompetanseutvikling og organisatorisk tilrettelegging for å sikre forsvarlig elektronisk samhandling
- Bruk av felles elektroniske kommunikasjonsløsninger i samhandling om pasienten, og til veiledning og konsultasjoner.

4. ANSVAR OG OPPGAVER

- Sørge for at det organisatorisk og ressursmessig legges til rette for elektronisk samhandling, inkludert oppdatert programvare. Ved manglende oppfølging av retningslinjene, tas dette opp som sak med overordnede nivåer i aktuell organisasjon/ASU.
- Bidra til (initiativ) og samtidig være høringsinstans for nye og endrede samhandlingsrutiner.
- Følge opp implementering av anbefalte regionale rutiner for drift, overvåkning og håndtering av avvik og feil.
- Følge opp meldingsansvarligadressene og telefonnummer som sikrer forsvarlig varslings- og kommunikasjon ved avvik, feil, planlagte og ikke planlagte driftsavbrudd.
- Bidra til gjennomføring av vedtatt regional handlingsplan for digital samhandling i Midt-Norge.
- Bidra til og samhandler om forberedelsene til Helseplattformen (ny EPJ/PAS for Midt-Norge)

Lenker til gjeldene samarbeidsrutiner, prosedyrer etc. i samhandlingen

<https://ekstranett.helse-midt.no/RegionaltFagrad/Presentasjoner/Forms/Presentasjoner.aspx>

Retningslinje 8

Retningslinje for samarbeid mellom fastleger og St. Olavs hospital HF.

1. BAKGRUNN

Retningslinjen oppfyller partenes lovpålagte plikt iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6.1 og 6.2 og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2.1 e.

2. FORMÅL

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, jf. punkt 3. i samarbeidsavtalen. Samarbeidsavtalens pkt. 6.3 angir generelle bestemmelser, gjeldende alle fagråd, som beskriver sammensetning, arbeidsform, ansvar- og oppgaver.

3. VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen gjelder helsefellesskapet St. Olavs hospital og kommunene i opptaksområdet. Dette omhandler samarbeid mellom fastlegene og St. Olavs hospital.

4. ANSVAR OG OPPGAVER

- Legeutvalget skal gi råd om vesentlige forhold i "lege-til-lege-samarbeidet" mellom primærhelse-tjenesten og spesialisthelsetjenesten, som ivaretar god kommunikasjon, gode pasientforløp og god utnyttelse av ressursene på begge nivå.
- Legeutvalget skal vurdere forslag om endret oppgavefordeling mellom avdelinger ved St. Olavs hospital og fastleger med tanke på pasientsikkerhet, ressursbruk og om det er forenlig med dagens arbeidsform i sykehus og fastlegepraksis. Utvalget skal utarbeide sjekklister som sikrer forarbeid og beskriver prosess ved forslag til ny oppgavedeling. Lenke til sjekklister under.
- Legeutvalget skal bidra ved utarbeidelse og oppfølging av samarbeidsavtale for LIS1 (tidl. turnuskandidater) og for allmennleger i spesialisering (ALIS), herunder forslag til plan for gjennomføring av sykehustjenesten. Utvalget skal sammen med andre følge opp avtalen med mål om å sikre en hensiktsmessig sykehustjeneste.
- Legeutvalget skal ha oversikt over legerelaterte systemavvik i forhold til samarbeidsrutinene, og være pådriver for at eksisterende avvikssystemer er tilpasset og brukes av leger.
- Legeutvalget skal være høringsinstans for forslag til standardiserte pasientforløp som involverer både primær- og spesialisthelsetjeneste.
- Både fastleger, kommuner, sykehuset, fagråd og ASU kan melde inn saker som vedrører samhandling og oppgavefordeling mellom sykehuset og fastlegene. I tillegg kan utvalget på eget initiativ ta opp relevante saker til drøfting i utvalget.
- Legeutvalget skal bidra til oppdatering og implementering av vedtatte samarbeidsrutiner. Utvalget skal koordinere arbeidet med nødvendig revisjoner av samarbeidsrutinene. Lenke til rutine under.
- Representanter for Sør-Trøndelag legeforening og privatpraktiserende spesialister (PSL) har observatørstatus i utvalget.

[Oppgavedeling - sjekklister - saksgang versjon til ASU.pdf \(helse-midt.no\)](#)

<https://stolav.no/seksjon-avdeling/Documents/Samarbeidsrutiner%20mellom%20fastleger%20og%20St.%20Olavs%20hospital%20-%202027.06.2019.pdf>

Retningslinje 9

Retningslinje for Samarbeid om forebygging, helsefremming, læring og mestring.

1. BAKGRUNN

Samarbeidet oppfylder partenes lovpålagte plikt iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6.1 og 6.2 og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2.1 e. Fagrådet skal ha fokus på å fremme helse og forebygge sykdom.

2. FORMÅL

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, jf. punkt 3. i samarbeidsavtalen. Samarbeidsavtalens pkt. 7.3 angir generelle bestemmelser, gjeldende alle fagråd, som beskriver sammensetning, arbeidsform, ansvar og oppgaver. Sammensetning av representanter i fagrådet bør bestå av representanter med beslutningsmyndighet, brukerrepresentant(er), og representanter som har kompetanse innen fagfeltet læring og mestring. Hovedmålet er å få integrert helsefremmende og forebyggende helsetilbud i helhetlige pasientforløp.

3. VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen gjelder Helsefellesskapet St. Olavs hospital og kommunene i opptaksområdet. Dette gjelder samarbeid knyttet til fagområdet forebygging, helsefremming, læring og mestring.

4. ANSVAR OG OPPGAVER

- bidra til implementering av helsefremmende og forebyggende helsetilbud i helhetlige pasientforløp
- være høringsinstans ved utarbeiding av helhetlige pasientforløp og utvikling av Helseplattformen
- bidra til å løfte aktuelle kompetanseområder
- anbefale oppgave- og ansvarsfordeling med grunnlag i pasientsikkerhet, ressursbruk og praktisk gjennomførbarhet
- etablere et fagnettverk med tilhørende særavtale
- avklare parternes informasjons- og veiledningsansvar

Både kommuner, St. Olavs hospital, brukerorganisasjoner, ASU og fagråd, kan melde inn saker innen virkeområdet, som vedrører samhandling og oppgavefordeling mellom sykehuset og kommunene. Fagrådet skal bidra til implementering av vedtatte samarbeidsrutiner.

Lenke:

[Særavtale om kompetanseheving i helsepedagogikk \(helse-midt.no\)](https://www.helse-midt.no/om-kompetanseheving-i-helsepedagogikk)

Retningslinje 10

Retningslinje for samarbeid om helseberedskap og akuttmedisinsk kjede.

1. BAKGRUNN

Retningslinjen oppfylder partenes lovpålagte plikt iht. [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6.1 og 6.2](#) og [lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2.1 e.](#) om å inngå samarbeidsavtale som skal omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

2. FORMÅL

Hovedformål:

- Opprettholde og styrke den totale helseberedskap som partene skal bidra til.
- Opprettholde og styrke kvaliteten på sammenhengende akuttmedisinsk tjenesteforløp

Retningslinjen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig, forsvarlig og sammenhengende tilbud om helse- og omsorgstjenester som fullt ut samsvarer med partenes forpliktelser i henhold til helselovgivningen og de forpliktelser som partene ellers inngår innenfor samarbeidsavtalen.

3. VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen avgrenses til partenes ansvar og oppgaver innenfor lovpålagte plikter mht beredskap, og den akuttmedisinske kjeden. Ansvarsområdet er geografisk avgrenset til St. Olavs hospital opptaksområde og kommunene i opptaksområdet.

Partene skal når nødvendig koordinere med tilstøtende parter nord i Trøndelag, Møre og Romsdal, Innlandet og Jämtland for å ivareta felles utfordringer. (Halsa, Aure og Smøla, Værnesregionen, Ytre- og Indre Fosen, Fjellregionen).

Retningslinjene berører ikke ulikheter mellom kommunene hva angår mengde og type beredskapsressurser, responstid, organisering av legevakt etc.

4. ANSVAR OG OPPGAVER

Partene har hver for seg ansvar for å oppfylle pliktene som beskrives i helselovgivningen. Det innebærer ansvar for å ivareta helhet i ledelse, organisering, planer og tjenester innenfor helseberedskap og akuttmedisinsk kjede. Samarbeid er en forutsetning for å styrke forsvarlighet, opplevd tjenestekvalitet og høy grad av ressursutnyttelse innenfor den samlede helseberedskap og den akuttmedisinske kjede.

Partene skal [samordne](#) helseberedskapen og den akuttmedisinske kjede ved å:

- Dele relevant informasjon.
- Utvikle felles problemforståelse.
- Unngå å svekkes hverandres måloppnåelse.
- Utvikle felles planer og tiltak.

Partene etablerer et fagråd med en representant fra hver kommunegruppe i opptaksområdet og flere representanter fra helseforetaket. Fylkeslegen og brukerrepresentant inviteres til å delta. Fagrådets medlemmer skal ha komplementær kompetanse. Fagrådet skal møtes regelmessig. Referat fra møter distribueres til alle kommuner.

Partene plikter å drøfte beredskapsendringer (endring av lokalisering, åpningstider) med hverandre før endringer foretas. Drøfting gjennomføres ved at fagrådet behandler forslag om endring som sak.

Partene skal bidra til samordning av helseberedskap og akuttmedisinske kjede ved å:

Omforent forståelse for roller, ansvar og myndighet

- Etablere fagråd som forum for diskusjon av samordnings utfordringer. Legge til rette for at partene kan diskutere saker hvor det er behov for bedre samordning
- Identifisere svikt og forbedringsområder og finne fram til løsninger som partene kan enes om.
- Klargjøre ansvar og oppgaver for helseforetaket og kommunen relatert til selvstendige og sammenfallende ansvar og oppgaver.
- Operasjonalisere nasjonale og regionale planer, veiledere mv og foreslå felles faglige retningslinjer som er førene for helseforetaket og kommunene.

Risiko og sårbarhet

- Gjennomgå relevante risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsanalyser. Bidra til at partene har felles forståelse for risiko og sårbarhet.
- Bidra til at relevante risiko- og sårbarhetsanalyser blir oppfattet som dekkende for avtalepartenes egne og sammenfallende behov.

Beredskapsplaner

- Bidra til at relevante beredskapsplaner blir oppfattet som dekkende for avtalepartenes egne og sammenfallende behov.

Øvelser

- Sikre at det blir etablert et samarbeid om planlegging og gjennomføring av øvelser på ulike nivå, og at disse som hovedprinsipp tar utgangspunkt i relevante ROS-analyser.

Kompetanseheving

- Bidra til at aktuelle områder og tema for kompetanseutvikling og opplæring blir beskrevet og ivaretatt som grunnlag for å sikre at samhandling blir ivaretatt.

Informere

- Distribuere faglige retningslinjer og møtereferat til helseforetak, kommuner og tilstøtende fagråd.

Vedlegg A: RELEVANTE LOVER, FORSRIFTER OG DOKUMENTER

[Lov om helsemessig og sosial beredskap \(helseberedskapsloven\)](#)

[Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\)](#)

[Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](#)

[Lov om vern mot smittsomme sykdommer \[smittevernloven\]](#)

[Lov om folkehelsearbeid \(folkehelseloven\)](#)

[Lov om matproduksjon og mattrygghet mv. \(matloven\)](#)

[Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap](#)

[Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\)](#)

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

[Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. \(IHR-forskriften\)](#)

[Forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer \(MSIS-forskriften\)](#)

[Forskrift om vannforsyning og drikkevann \(drikkevannsforskriften\)](#)

[Forskrift om legemidler \(legemiddelforskriften\)](#)

[Organisasjonsplan for redningstjenesten](#)

[Instruks for fylkesmannens ... arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering](#)

[Forskrift om industrivern](#)

[Forskrift for sivil transportberedskap.](#)

[Nasjonal helseberedskapsplan](#)

[Den norske redningstjenesten](#)

[Håndbok i kommunikasjon og samhandling i akuttmedisinske situasjoner](#)

[Norsk indeks for medisinsk nødhjelp](#)

[Felles sambandsreglement for Nødnett](#)

[Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade](#)

[Nasjonal veileder for akuttgjøpere](#)

[Veileder for sikkerhet ved store arrangementer](#)

[dsbCIM og HelseCIM](#)

[Veileder i planlegging, gjennomføring og evaluering av øvelser \(dsb\)](#)

[Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering på skadested \(Helsedir\)](#)

[I-2/2013 Lederansvaret i sykehus \(HOD\)](#)

[Guide til god ledelse \(KS\)](#)

Vedlegg B: Definisjon

Term	Definisjon
Risiko	Risiko uttrykker den fare som uønskede hendelser representerer for mennesker, miljø, økonomiske verdier og samfunnsfunksjoner. Risiko er et resultat av sannsynligheten/ frekvensen for og konsekvensene av uønskede hendelser.
Sårbarhet	Sårbarhet er et uttrykk for et systems evne til å fungere når det utsettes for en uønsket hendelse og problemer systemet får med å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet. Systemene som vurderes kan være både et overordnet (stort) system, og et underordnet (mindre) system (NOU 2000:24). Det er enighet om nødvendigheten av å ha en kvalifisert oppfatning og dokumentasjon av både kommunens og helseforetakets risikobilde. I tillegg fremstår det som påkrevd en gang pr. år eller oftere hvis særlige risikoforhold tilsier det, i fellesskap å foreta en vurdering av risiko- og sårbarhetsforhold som eventuelt antas å påvirke partenes interesse - og ansvarsområder.
Den akuttmedisinske kjede	Den akuttmedisinske kjede er en sammenhengende kjede av prosesser som omfatter roller, kommunikasjon og kvalifisert helsemessig innsats for å avklare, transportere og behandle pasienter med plutselig oppstått behov for medisinsk hjelp, dvs. fra helsetjenesten varsles til pasient er blitt mottatt i sykehuset. Den akuttmedisinske kjede omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunalt helsepersonell i vakt, bil-, båt, og luftambulanser, nødmeldetjenesten og mottak for øyeblikkelig hjelp innleggelser i kommuner og helseforetak.
Beredskapsplan	Følgende felles forståelse/definisjon av beredskapsplan til grunn: Beredskapsplanen skal inneholde en oversikt over hvilke tiltak kommunen/helseforetaket har forberedt for å håndtere uønskede hendelser. Beredskapsplanen skal som minimum inneholde en plan for strategisk kriseledelse, varslingslister, ressursoversikt, evakueringsplan og plan for informasjon til befolkningen og media. Beredskapsplanen skal være oppdatert og revideres minimum én gang per år. Det er et selvstendig ansvar at beredskapsplanen blir jevnlig øvet. For å sikre best mulig samhandling er det enighet om minimum å årlig dele beredskapsplaner på strategisk/overordnet nivå med hverandre.
Beredskapsøvelser	Følgende felles forståelse/definisjon av beredskapsøvelser legges til grunn: "Med beredskapsøvelser forstås både planlagte treninger og øvelser på ledernivå som har som hovedformål å sette virksomhetens operative og strategiske ledelse i stand til å håndtere en beredskapshendelse. Beredskapsøvelser skal som hovedprinsipp gjennomføres med forankring til egen og/eller avtalepartners ROS-analyser".

Retningslinje 11

Retningslinje for samarbeid om kompetanse; utdanning, forskning og innovasjon.

1. BAKGRUNN

Retningslinjen oppfyller partenes lovpålagte plikt iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6.1 og 6.2 og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2.1 e.

2. FORMÅL

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, jf. punkt 3. i samarbeidsavtalen. Samarbeidsavtalens pkt. 7.3 angir generelle bestemmelser, gjeldende alle fagråd, som beskriver sammensetning, arbeidsform, ansvar og oppgaver.

Partnerskapet skal bidra til gode systemer for samhandling mellom kommunene og HF for å styrke kunnskap, kompetansebygging hos helse- og omsorgspersonell, utdanning av studenter og lærlinger, forskning og innovasjon. Hensikten er å sikre kunnskapsbaserte helsetjenester, samt trygge og gode pasientforløp. Retningslinjen skal sikre dialog preget av gjensidig respekt og god ledelsesforankring.

3. VIRKEOMRÅDE

Retningslinjen gjelder helsefellesskapet St. Olavs hospital og kommunene i opptaksområdet. Dette omhandler samarbeid om kompetanse, herunder utdanning, forskning og innovasjon.

4. ANSVAR OG OPPGAVER

Partnerskapet skal identifisere utfordringer og kritiske områder innenfor kompetansefeltet, herunder forskning, innovasjon og utdanning. Tiltak som stimulerer til forskning, utdanning, praksis/læretid og gjensidig kunnskapsformidling skal sikres. Partnerskapet skal:

- Utvikle 3-parts samarbeid. Det etableres et formalisert samarbeid med utdanningsinstitusjonene, for regelmessig dialog om fremtidens behov for kunnskap og utdanning, samt utvikling av felles satsningsområder. Det inkluderer også nye former for pasient-, bruker- og innbyggerinvolvering.
- Bidra til økt utdanningskapasitet innen prioriterte områder ved å arbeide for årlige opptak av studenter til desentraliserte studietilbud. I fellesskap bidra til å skape flere deltidsstudier.
- Bidra til drøftinger og innspill på innholdet i utdanningene, for å sikre at helsepersonell utdannes med riktig kompetanse, for å møte fremtidens, behov, krav og forventninger.
- Utrede om samarbeidsstillinger/kombinerte stillinger kan brukes mellom kommuner og sykehus. Bruk av kombinerte stillinger som middel for kompetanseoverføring og til å utvikle samhandling.
- Vurdere om felles trainee-ordning kan etableres mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.
- Sikre og videreutvikle gode hospiteringsordninger.

- Bidra til heltidskultur for alle profesjoner.
- Bidra til positiv omdømmebygging.
 - fremme helsefaget og bygge god kultur i møte med studenter i praksis
 - økt fokus på bruk av veilederkompetanse og tverrfaglig veilederteam i praksisfeltet
 - fremme positive holdninger rundt helsefag på ulike rekrutteringsarenaer, f.eks. rekrutteringsstillinger for ungdom, sommerjobb, livsglede, menn i helse mv. og i samarbeid med fylkeskommunen/videregående skoler.

Viser for øvrig til veiledningsplikten og rutiner for hospiteringsordninger.