

Samarbeidsavtale

med underliggende retningslinjer
mellom

St Olavs hospital HF og kommuner i opptaksområdet



Innhold

1. Partnerskapet	3
2. Bakgrunn.....	3
3. Hensikt og formål	3
4. Pasient- og brukervedvirkning	3
5. Sentrale elementer ved samhandlingen	4
6. Retningslinjer for faglig samarbeid og særavtaler	5
7. Samarbeidsformer og samarbeidsorgan	5
8. Forankring og etterlevelse av samarbeidsavtalen.....	7
9. Økonomi og ressurser	7
11. Varighet, revisjon og oppsigelse.....	8

Retningslinjer

Retningslinje 1: Retningslinje for samarbeid om behandling av pasienter i helsefellesskapet.....	9
Retningslinje 2: Retningslinje for samarbeid om pasienter med behov for koordinerte tjenester[...]	16
Retningslinje 3: Retningslinje for samarbeid innen psykisk helse, rus og avhengighetsmedisin.	18
Retningslinje 4: Retningslinje for samarbeid om barn og unge.	20
Retningslinje 5: Retningslinje for samarbeid om svangerskapsomsorg, fødselshjelp og barselomsorg	22
Retningslinje 6: Retningslinje for samarbeid om kvalitet og pasientsikkerhet	23
Retningslinje 7: Retningslinje for samarbeid om digital samhandling	24
Retningslinje 8: Retningslinje for samarbeid mellom fastleger og St. Olavs hospital HF	25
Retningslinje 9: Retningslinje for Samarbeid om forebygging, helsefremming, læring og mestring	27
Retningslinje 10: Retningslinje for samarbeid om helseberedskap og akuttmedisinsk kjede	28

SAMARBEIDSAVTALEN

1. Partnerskapet

Samarbeidsavtalen er inngått mellom (heretter kalt kommunene) og St. Olavs hospital HF (heretter kalt sykehuset). Kommunene og St. Olavs hospital utgjør til sammen Helsefellesskapet i søndre Trøndelag.

Samarbeidsavtalen inngås med virkning fra xx.xx.2025 og erstatter avtale fra 01.03.21.

2. Bakgrunn

Samarbeidsavtalen oppfyller 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 hensiktsmessige 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 kommuner og helseforetak, med den hensikt at alle pasienter skal motta et helhetlig, ansvarlig 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.

Helsefellesskapet er organisert på tre nivåer: partnerskapsmøte, strategisk samarbeidsutvalg (heretter kalt SSU) og faglige samarbeidsutvalg (heretter kalt FSU). 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

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 strategisk samarbeidsutvalg 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 i tillegg 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 kjennskapen 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 retningslinjer i henhold til lovkrav. Retningslinjene inngår som vedlegg til samarbeidsavtalen, og er på samme måte som samarbeidsavtalen 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

Partnerskapsmøtet består av alle de 22 kommunenes ordførere og kommunedirektører/rådmenn, samt helseforetakets styre og administrative toppledelse, og avholdes årlig for å forankre overordnet retning og drøfte prinsipielle saker. Partnerskapsmøtet kan være todelt – en dialogdel der politisk tillitsvalgte i kommunene og styremedlemmer i sykehuset deltar i dialog om overordnet retning, og en operativ del der administrativ toppledelse avklarer mål og rammer for arbeidet i helsefellesskapet.

I tillegg inviteres to fastleger (en fra Trondheim kommune og en fra øvrige kommuner) og to brukerrepresentanter (en fra St. Olavs hospital og en fra kommunene), KS, statsforvalter og Trøndelag fylkeskommune inn som deltagere uten stemmerett.

Partnerskapsmøtet kan kombineres med en faglig relevant konferanse. Det er helsefellesskapets arbeidsutvalg som organiserer konferansen, og innhenter innspill til innhold og saker fra aktørene.

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. De 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 xx representanter fra sykehuset og xx representanter fra kommunene, på henholdsvis direktør-/klinikksjefsnivå og kommunedirektør-/kommunalsjefsnivå. I tillegg er det fast representasjon av to fastleger og to brukerrepresentanter.

To ansattrepresentanter eller tillitsvalgte fra henholdsvis kommunene og sykehuset, ledere i faglige samarbeidsutvalg, KS, Statsforvalteren, Trøndelag fylkeskommune, NTNU og Helse Midt-Norge har observatørstatus i SSU, hvilket betyr at de kan uttale seg i relevante saker, men har ikke stemmerett.

To ansattrepresentanter/tillitsvalgte fra kommunene (en fra Trondheim kommune og en fra øvrige kommuner), samt to ansattrepresentanter/tillitsvalgte fra St. Olavs hospital, er representert i SSU. Ansattrepresentanter/tillitsvalgte skal gis tilstrekkelig opplæring og oppfølging til å kunne uttale seg i saker som er relevante.

Representantene i SSU velges for fire år, og for faste representanter velges det også personlig vara.

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

7.3 Faglige samarbeidsutvalg

Faglige samarbeidsutvalg skal i utgangspunktet bestå av XX representanter fra kommunene og XX representanter fra sykehuset, med personlig vara. Antall og fordeling kan fravikes om det er hensiktsmessig. Det skal sikres bred og relevant faglig sammensetning, på riktig nivå og med riktig kompetanse. Brukerrepresentasjon skal sikres i alle FSU. Det tilstrebes fastlegerepresentasjon der det er hensiktsmessig.

Representantene og lederne i FSU oppnevnes av SSU for fire år av gangen. Utvalgene konstituerer seg selv, og møter gjennomføres i henhold til møteplan med ca. seks møter årlig.

FSU jobber ut fra faglige retningslinjer og prioriteringer gjort av SSU, og utvalgene skal sørge for forankring og jevnlig dialog med SSU. Arbeidsgrupper kan opprettes av FSU etter behov.

7.4 Arbeidsutvalg, sekretariatet og lederutvalg

Arbeidsutvalget (AU) består av leder og nestleder i SSU, samt sekretariatet. AU er ansvarlig for å forberede, koordinere og følge opp av 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.

Lederutvalget består av AU og ledere og nestledere i FSU. Utvalget møtes ca. fire ganger per år, og skal i fellesskap sikre konkrete oppdrag og mandat, og foreta prioriteringer av arbeidsoppgaver og nødvendige avklaringer for 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.

Forhandlingsutvalg

Forhandlingsutvalget består av to SSU-representanter fra hhv. kommunene og sykehuset, brukerrepresentant og fastlegerepresentant. Forhandlingsutvalget fremforhandler og reforhandler samarbeidsavtalen og retningslinjene, og legger det frem for SSU. Avtalen vedtas i kommunestyrene og sykehusets styre.

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 har en intensjon om å utvikle 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.

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

Det vises til retningslinje XX vedrørende håndtering av samhandlingsavvik og uønskede hendelser.

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 utgangen av 2027. Avtalen kan videreføres dersom man er enige om dette. SSU vurderer årlig om 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 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.](#)

OBS! Hvordan samkjøre rutiner for bruk av e-meldinger med øvrige HF? F.eks vedr. bruk av foreløpig epikrise. Involvering av digital samhandling?

2. Formål

Retningslinjen skal sikre at pasienter mottar helhetlige, forutsigbare, forsvarlige og faglig gode behandlingstilbud i overgangene mellom sykehuset 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. Sykehuset 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. Sykehuset 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 tilgjengelig 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 utstysbehov 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 kritesituasjon 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 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.

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 Helsefellesskapet 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 tjeneste-tilbud innbefattet en forsvarlig beslutningsprosess, herunder pasient-/brukermedvirkning.

4.1 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

4.2 Utvikle felles forståelse rundt spesialisthelsetjenestens ansvar:

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

4.3 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.

UTKAST

Retningslinje 3:

Retningslinje for samarbeid innen psykisk helse, rus og avhengighetsmedisin.

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.

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).

Henvisning

- Ved henvisning til øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern skal etablering av samarbeid med koordinerende enhet (KE) i kommunen avklares. Ved henvisning 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 døgn, 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 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.

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 Helsefellesskapet 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.
- hendelsesanalyse

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 varsling 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 oppgavefordeling. 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 legeförening 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>

UTKAST

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 partnernes 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)

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:

Omførent 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

- Distribudere faglige retningslinjer og møterefertat 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 om samhandling i akuttmedisinske situasjoner](#)

[Norsk indeks for medisinsk nødhjelp](#)

[Felles sambandsreglement for Nødnett](#)

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

[Nasjonal veileder for akuttgjelpere](#)

[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 innleggelse 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.

2. Virkeområde

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

3. 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.

Justeringer i avtalen:

- Kapittel 4. Overordnet, inn i innledning. Ikke som et eget kapittel.
 - Generelt, flyttes inn i andre punkter
 - Noe som må endres?
 - Prioriterte områder i tråd med Nasjonal helse- og samhandlingsplan
 - Fjerne "det utadvendte sykehuset"
 - Verdier, visjon, strategi og handlingsplan
- Kapittel 5. (Første to setning, lovverk kan strykes. Nevnes tidligere)
 - Formål
 - Bekrivelse av ansvarfordeling i Helsefelleskapet. Innledning: Hva skal vi gjøre sammen, ikke sette grense. Merverdi, samhandlingsrommet.
 - Snakke sammen, dialog og samhandling. Utviklingsarbeid
 - Gjennomgang av retningslinjer a-j. Flere punkter kan slås sammen
 - Løfte punkt h) til bakgrunn kap. 2
 - Punkt d kan løftes opp til den generelle delen av kapittelet.
 - Gevinstrealisering innen samhandling, punkt i). Løfte visjonen, men det gjelder mer enn helseplattformen
 - Utvikle digitale løsninger i fellesskap
 -
- Kjennskap til, implementering av helsefelleskapet i egen region