

# Samarbeidsavtale

Og underliggende  
retningslinjer inngått mellom  
St. Olavs Hospital og  
kommunene i Sør Trøndelag



Agdenes



Bjugn



Froya



Hemne



Hitra



Holtålen



Klæbu



Malvik



Meldal



Melhus



Midtre  
Gauldal



Oppdal



Orkdal



Osen



Rennebu



Rissa



Roan



Røros



Selbu



Skaun



Snillfjord



Trondheim



Tydal



Ørland



Åfjord

## Innhold

1. Parter.....	2
2. Bakgrunn.....	2
3. Formål.....	2
4. Ansvars- og oppgavefordeling .....	3
5. Retningslinjer for faglig samarbeid og særavtaler .....	3
6. Samarbeidsformer og samarbeidsorgan .....	4
7. Plikt til gjennomføring og forankring.....	7
8. Håndtering av uenighet - tvisteløsning .....	7
9. Mislighold .....	8
10. Varighet, revisjon og oppsigelse .....	8
11. Innsending av avtaler til Helsedirektoratet .....	8
 VEDLEGG - retningslinjer.....	 9

### Retningslinjer:

Nummer	Retningslinje
1	Retningslinjer for samarbeid om tilbud til pasienter med behov for koordinerte tjenester: <a href="#">Retningslinje 1</a>
2	Retningslinjer for samhandling vedr innleggelse, utskrivning og overføring av pasienter: <a href="#">Retningslinje 2</a>
3	Retningslinjer for gjensidig kunnskapsutveksling, forskning, utdanning, praksis og læretid: <a href="#">Retningslinje 3</a>
4	Retningslinjer for tjenester innen svangerskapsomsorg, fødselshjelp og barselomsorg. <a href="#">Retningslinje 4</a>
5	Retningslinjer for samarbeid om IKT – løsninger og elektronisk samhandling: Retningslinje 5 kommer senere
6	Retningslinjer for samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid: <a href="#">Retningslinje 6</a>
7	Retningslinjer for Helseberedskap og akuttmedisinsk kjede: <a href="#">Retningslinje 7</a>
8	Retningslinjer for Avvikshåndtering og kvalitetsforbedring: <a href="#">Retningslinje 8</a>

# SAMARBEIDSAVTALEN

---

## 1. Parter

Avtalen er inngått mellom ..... kommune (heretter kalt kommunen) og St. Olavs Hospital HF (heretter kalt helseforetaket).

Denne samarbeidsavtalen erstatter tidligere Overordnet samarbeidsavtale.

## 2. Bakgrunn

Ved inngåelse av samarbeidsavtalen oppfyller partene sin lovpålagte plikt i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 § 6-1 mfl. og lov om spesialisthelsetjenester av 2.juli 1999 § 2 -1 e til å inngå samarbeidsavtale.

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

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

Særavtaler er avtaler mellom kommuner og helseforetak, som kommer i tillegg til avtalene og retningslinjene i minimumskravene. (Jamfør. pkt. 5.3)

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

Løpende dialog om samarbeidsområdene er nødvendig for gjennomføring av avtalen.

## 3. Formål

Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig, forutsigbart og faglig godt tilbud i helse- og omsorgstjenestene. Avtalen skal konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og helseforetaket. Avtalen skal etablere gode samhandlingsarenaer som sikrer at partene videreutvikler og implementerer omforente samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder.

Målet er at pasientene skal oppleve at tjenestene:

- er faglig gode
- er samordnede og helhetlige
- er trygge og forutsigbare
- er preget av kontinuitet
- blir utført på en god måte på tvers av kommunegrense og forvaltningsnivå
- er kostnadseffektive

Samarbeidet bygger på likeverdighet mellom partene.

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

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

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

## 4. Ansvars- og oppgavefordeling

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

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

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

Tjenester skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå.

Ansvars- og oppgavefordeling skal ivaretas gjennom helhetlige pasientforløp utviklet i fellesskap.

Retningslinjene for tjenesteområdene skisserer ansvars- og oppgavefordeling i samarbeidsprosedyrer i et helhetlig forløp.

Pasientforløp ved inn og -utskrivning av pasienter, som trenger kommunale tjenester, skal omfatte tydelig beskrivelse av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, der arbeidsprosesser, informasjonsflyt og gjennomføring fremkommer.

Ingen av partene kan alene definere hva som er kommunens eller helseforetakets ansvar.

Partene kan ikke endre egen praksis som får konsekvenser for ansvars- og oppgavefordeling mellom partene uten at partene er kommet til enighet.

Det kan avtales særskilt at partene utfører oppgaver for hverandre som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Det overordnede prinsipielle ansvaret vil ikke endres. Partene skal foreta en forsvarlighetsvurdering ved overføring av oppgaver.

## 5. Retningslinjer for faglig samarbeid og særavtaler

### 5.1 Minimumskrav

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

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

Første gangs retningslinje 1-11 er vedtatt av kommunestyrene og styret for St. Olavs Hospital og videreføres. Nye retningslinjer vedtas av kommunene og St. Olavs Hospital. Utfyllende rutiner/prosedyrer knyttet til retningslinjene kan vedtas i Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU).

### 5.2 Samarbeid ut over minimumskravet

I tillegg til områdene som følger av minimumskravene i helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2 er partene enige om at det etableres felles retningslinjer for registrering og behandling av avvik i tråd med partenes kvalitetssystem.

Partene er pliktig å gjøre sine ansatte kjent med avtale- og avvikssystemet slik at avvik blir registrert. Partene har en intensjon om at det skal utvikles et felles elektronisk avvikssystem, primært bør dette skje på nasjonalt nivå.

Politisk samarbeidsutvalg og Administrativt Samarbeidsutvalg skal holdes løpende orientert om avvik.

### 5.3 Særavtaler

Særavtaler kommer i tillegg til retningslinjene i minimumskravene.

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

## 6. Samarbeidsformer og samarbeidsorgan

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

### 6.1 Politisk samarbeidsutvalg

Det etableres et samarbeidsutvalg på politisk / styrenivå, der partene gis mulighet til å drøfte strategiske og politiske spørsmål av betydning for samhandling om helse og sosialtjenester. Det politiske samarbeidsutvalget konstitueres som en del av møtet i Fylkesstyret i KS. Styreleder for St. Olavs Hospital, 2 styremedlemmer og administrerende direktør ved St. Olavs Hospital deltar.

Det politiske samarbeidsutvalget skal medvirke til å forankre samarbeidet på politisk nivå.

Arbeidsform for utvalget utformes i eget mandat.

Tema i møtene bør være gjennomgang og status for sentrale områder i avtaleverket.

Utvalget konstituerer seg selv og fastsetter sin egen møteplan.

Administrasjonen for Administrativt samarbeidsutvalg er sekretariat og deltar i møtene. Leder og nestleder i Administrativt samarbeidsutvalg har møterett i det politiske samarbeidsutvalget.

### 6.2 Administrativt samarbeidsutvalg

Det etableres et Administrativt Samarbeidsutvalg på overordnet administrativt nivå mellom St. Olavs Hospital HF og kommunene som er part i avtalen. Formålet er å etablere en samarbeidsarena for utvikling av helsetjenestene.

#### 6.2.1. Mandat

ASU har ansvar for å følge opp samarbeidsavtalen, drøfte og gi anbefalinger i saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter.

ASU forbereder og bistår i gjennomgang og eventuell revisjon av samarbeidsavtalen hvert annet år.

ASU kan i den enkelte sak anbefale hvordan uenighet om evt. økonomisk løsning/ fordeling av påløpte utgifter mellom partene som det tvistes om kan løses.

Vedtatt i ASU skal være basert på enighet mellom partene.

ASU skal behandle uenighetssaker som ikke lar seg avklare i fagrådene. Ved uenighet kan partene, eller en av partene, bestemme at saken oversendes partenes forhandlingsutvalg.

ASU sørger for at det blir utarbeidet retningslinjer som omtalt i § 6.2. i Helse- og omsorgstjenesteloven i henhold til punkt 5 i denne avtalen.

ASU godkjenner faglige retningslinjer for samhandling. Utvalget oppretter og avvikler fagråd etter behov. Utvalget oppnevner medlemmer og ledere til fagrådene.

Partene kan på selvstendig grunnlag fremme saker for ASU. Sakene skal fremmes via felles sekretariat innenfor gitte frister.

ASU vedtar i desember hvert år en helhetlig plan for neste års arbeid innenfor samarbeidsområdene.

#### 6.2.2 ASU skal bestå av følgende representanter:

En representant fra hver av kommunegruppene:

1. Fjellregionen
2. Fosenregionen
3. Orkdalsregionen
4. Trondheimsområdet
5. Værnesregionen
6. En representant fra Trondheim kommune

St. Olavs Hospital oppnevner 6 representanter.

#### 6.2.3 Observatører i ASU:

- 1 Observatør fra Fylkesmannen
- 1 Observatør fra KS
- 2 brukerrepresentanter oppnevnt av Brukerutvalget St. Olavs Hospital,
- 2 brukerrepresentanter fra kommunene
- 2 observatører fra tillitsvalgte ved St. Olavs Hospital
  - 2 observatører fra tillitsvalgte fra kommunene
  - 1 observatør fra fastleger i Trondheim, oppnevnt av kommunen
  - 1 observatør fra Fastleger utenfor Trondheim, oppnevnt av kommunene

Observatører har tale -og forslagsrett. Møtene i ASU er åpne for alle, med mindre annet er besluttet særskilt.

#### 6.2.4 Valgt periode:

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

#### 6.2.5 Arbeidsform:

Utvalget konstituerer seg selv. Ledelse alternerer hvert annet år mellom St. Olavs Hospital HF og kommunene.

Saksliste og saksdokumenter med forslag til vedtak sendes medlemmene senest 8 dager før møtet. Saker som ikke er sendt ut innen denne fristen, kan som hovedregel ikke sluttbehandles.

Referat godkjennes av ASU. Medlemmene i ASU har ansvar for å videreformidle referatet til sine organer.

Utvalget kan opprette eget arbeidsutvalg/arbeidsgrupper og kan innkalle andre representanter ved behov.

Utvalget har møter 6 -8 ganger i året, og ellers ved behov.

Partene bærer selv sine kostnader.

#### 6.2.6. Sekretariatsfunksjon for AU/ ASU

Det opprettes et felles sekretariat med samhandlingskoordinator. Til sekretariatet legges ansvaret for saksbehandling, administrative funksjoner, herunder koordinering mellom fagråd og ASU. Koordineringsfunksjonen er en felles ressurs mellom sykehuset og kommunene. Kostnadene deles likt mellom partene.

### 6.3. Fagråd

ASU kan opprette fagråd etter behov. Retningslinjer og prosedyrer for fagrådene bør være mest mulig like. Faglige retningslinjer utarbeides av fagrådene og godkjennes av administrativt samarbeidsutvalg.

#### 6.3.1. Sammensetning:

ASU vedtar sammensetning av fagrådene.

#### 6.3.2. Arbeidsform:

Leder av utvalget bestemmes av ASU. Ledelses- og sekretariatsfunksjonen alternerer hvert annet år mellom St. Olavs Hospital HF og kommunene. Partene bærer selv sine kostnader. Fagrådene evalueres hvert annet år.

### 6.4. Andre samarbeidsformer

#### **Forhandlingsutvalg:**

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

#### **Møter mellom kommunegrupperinger og St. Olavs Hospital:**

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

### 6.5 Brukermedvirkning

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av særavtaler og retningslinjer. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.

Partene er enige i at kravet til brukermedvirkning normalt skal oppfylles ved at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalget ved St. Olavs hospital HF, kommunalt eldreråd og kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne skal tillegges vekt.

Brukermedvirkning er ivaretatt gjennom representasjon i ASU.

Det forutsettes at fagrådene trekker med brukerrepresentanter i saker det vurderes som hensiktsmessig, for eksempel ved utarbeidelse av retningslinjer for sine områder.

## 6.6 Arbeidstakermedvirkning

Arbeidstakermedvirkning ivaretas gjennom representasjon som observatører i ASU. Fagrådene skal ivareta ansattmedvirkning når det behandles saker som kommer inn under hovedavtalens virkeområder.

## 7. Plikt til gjennomføring og forankring

Partene forplikter seg til å gjøre avtalen kjent for egne ansatte og brukere. Partene skal også sette av nok ressurser knyttet til medvirkning i de avtalte former for samarbeid.

Partene forplikter seg til å holde hverandre informert og sørge for gjensidig veiledning innenfor det enkelte ansvarsområdet. Prosedyre for dette beskrives nærmere i retningslinjer innenfor det enkelte ansvarsområde.

Partene forplikter seg til å:

- gjøre avtalens innhold/konsekvenser og beslutninger/vedtak kjent og iverksatt innenfor eget ansvarsområde
- orientere hverandre om endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalen omfatter.

## 8. Håndtering av uenighet - tvisteløsning

Partenes intensjon er å løse uenighet så nært pasient/bruker som mulig og i en dialog mellom partene. Oppnås ikke enighet, opprettes det en uenighetsprotokoll som sendes til fagrådet for relevant tjenesteområde for drøfting og anbefaling av løsning.

### 8.1 Fagråd

Prinsipielle pasientrelaterte enkeltsaker søkes løst i fagrådet.

Oppnås det ikke enighet i fagråd, sendes saken til ASU.

Oppstår det uenighet om tolkning av avtalen skal uenigheten drøftes i ASU.

### 8.1 Administrativt samarbeidsutvalg(ASU)

Oppnås ikke enighet om en tolkning som aksepteres av partene, og partene finner det hensiktsmessig, sendes saken til forhandlingsutvalget.

Hvis partene ikke blir enige etter forhandlinger kan partene løfte uenigheten til det nasjonale tvisteløsningsutvalget og/eller videre til rettslig avgjørelse.

### 8.2 Tvisteløsning

Sør-Trøndelag tingrett er verneting for partene i avtalen.

Dersom en tvist ikke blir løst ved forhandlinger eller mekling, kan hver av partene forlange tvisten avgjort med endelig virkning ved norske domstoler jf. lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) 17. juni 2005 nr. 90.



## 9. Mislighold

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

## 10. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft ved signering, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd.

Ordningen med ASU og dets mandat evalueres etter 2 år.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres.

Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen utgangen av oppsigelsestiden.

## 11. Innsending av avtaler til Helsedirektoratet

Etter at avtalen er signert av begge parter, skal St. Olavs Hospital HF sende kopi av avtalen, herunder også retningslinjer iht. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1, til Helsedirektoratet. Dette skal skje innen en måned etter at avtalen er inngått, og senest en måned etter utgangen av frist fastsatt med hjemmel i § 6-3.

Dato,

\_\_\_\_\_

..... kommune

Dato,

\_\_\_\_\_

St. Olavs Hospital HF

## VEDLEGG – retningslinjer

### Retningslinje 1

#### **Retningslinje for samarbeid om tilbud til pasienter med behov for koordinerte tjenester.**

##### 1. FORMÅL

Formålet med retningslinjene er å sikre at:

Pasienter og brukere som har en tilstand og/eller en funksjonsnedsettelse innenfor psykisk helse, rus og/eller somatikk med behov for koordinerte tjenester får et helhetlig, sammenhengende og faglig forsvarlig tjenestetilbud innbefattet en forsvarlig beslutningsprosess, herunder brukermedvirkning.

Det alltid er tydelig hvem som skal yte tjenestene.

Tjenestene skal stimulere til egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

Formålet skal oppnås gjennom å konkretisere ansvars- og oppgavefordelingen mellom St. Olavs Hospital HF og kommunen, samt å etablere samarbeidsrutiner for å ivareta en forsvarlig, beslutningsprosess og nødvendig informasjonsflyt.

Retningslinjene omfatter pasienter med behov for koordinerte tjenester, både barn og voksne. De skal utdype samarbeidsavtalen og praktiske retningslinjer for samhandling vedrørende innleggelse og utskrivning av pasienter.

##### 2. REHABILITERING OG HABILITERING, LÆRING OG MESTRING

Både Stortingsmelding om Samhandlingsreformen (nr. 47 - 2008-2009) og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011) legger vekt på å fremme helse, forebygge sykdom og redusere utvikling av kronisk sykdom. Helsetjenesten utfordres til å finne nye løsninger for å møte framtidens behov. Nasjonal helse- og omsorgsplan skisserer et behov for oppgavefordeling mellom helseforetakene og kommunene.

For å avklare ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten må det i videre arbeid utvikles felles forståelse for bruk av følgende punkter når det vurderes rehabilitering på individnivå (rapport IS-1947 2011 fra Helsedirektoratet):

Kommune:

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

- Behov for tverrsektoriell samhandling

Spesialisthelsetjeneste:

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

Partene er enige om å videreutvikle samarbeidet på individnivå samt å videreutvikle tiltakskjeden på områdene rehabilitering, habilitering, læring og mestring.

### 3. RETNINGSLINJER OG INTENSJONER FOR SAMARBEID

#### 3.1 Ansvar for individuell plan på individnivå.

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

#### 3.2 Ansvar for mestringsplan på individnivå.

Som en del av en individuell plan, eller for pasienter som ikke ønsker individuell plan, skal det vurderes å utarbeide en felles mestringsplan.

Mestringsplan skal beskrive samspillet mellom bruker og aktørene i helsetjenesten med konkrete mål og tiltak som rettes mot at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjon/egen mestring i størst mulig grad, og minske risiko for tilbakefall. Mestringsplanen beskriver også roller og ansvarsfordeling mellom involverte parter, og bør inneholde en plan for håndtering av forverring av medisinsk tilstand.

Partene er enige om å utvikle mestringsplan som verktøy.

#### 3.3 Samarbeid om komplekse pasientsaker

St. Olavs Hospital HF og kommunen skal foreta skriftlige ansvarsavklaringer i komplekse pasientsaker, jfr samarbeidsavtalen, punkt 5.

#### 3.4 Innleggelse utenom vanlige henvisningsrutiner:

Som en del av en mestringsplan kan det avtales at pasienter får behandling fra helseforetaket uten å gå veien om vanlige henvisningsrutiner. Retningslinjene må beskrive hvilke kriterier som kan utløse behandling.

Partene er enige om å utarbeide felles retningslinjer for innleggelse utenom vanlige henvisningsrutiner.

#### 3.5 Samarbeid om pasientforløp på system og individnivå

Ingen av partene kan alene definere hva som er kommunens eller helseforetakets ansvar.

Partene kan ikke endre egen praksis som får konsekvenser for ansvars- og oppgavefordeling mellom partene uten at partene er kommet til enighet.

Det kan avtales særskilt at partene utfører oppgaver for hverandre som følger av

spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Ansvaret for individuell plan er forankret i kommunen såfremt det kommunale tjenesteapparatet er involvert.

Partene har en intensjon om at det ikke skal være ventetid på tjenester i overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

### 3.6 Samarbeid mellom koordinerende enhet i hhv kommune og helseforetak

Det vises til Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, som benytter begrepene koordinator og koordinerende enhet i kommune og helseforetak.

Partene utvikler retningslinjer for samarbeid mellom koordinerende enhet i helseforetak og kommunen.

Partene er enige om å tydeliggjøre begrepet koordinator og koordinators roller i kommuner og helseforetak, samt utvikle felles retningslinjer for bruk av Individuell plan og mestringsplan.

### 3.7 Rutiner for samhandling med fastlegen og praksiskonsulent

#### 3.7.1 Fastlegen

Fastlegen skal være involvert i planlegging av pasientforløp for pasienter med behov for koordinerte tjenester. Partene skal utvikle felles retningslinjer for samarbeid med fastlegene.

#### 3.7.2 Praksiskonsulenter

Praksiskonsulenter: Partene i Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) skal evaluere og vurderer videreføring av ordningen med praksiskonsulenter. Ordningen omtales også i retningslinje 6.

## 4. BRUKERMEDVIRKNING

Partene vil legge til rette for brukermedvirkning for å sikre god koordinering jamfør pkt 6.5 i samarbeidsavtalen.

## 5. MINDREÅRIGE BARN SOM PÅRØRENDE

Både spesialisthelsetjenesten og kommune har ansvar for å avklare om barn er pårørende.

Barnet bør ha tilpasset informasjon om pasient/bruker. Når det gjelder barnets krav på informasjon om sine pårørende vises det til helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Hvis det er tvil om barnet ivaretas forsvarlig skal man rådføre seg med barnevernet i kommunen, og det vurderes å sende bekymringsmelding.

## 6. BRUK AV TVANG

Partene skal sikre god kompetanse og utvikle felles forståelse av gjeldende regelverk for å redusere bruken av makt og tvang. Partene er enige om å vurdere om det er behov for å utvikle felles retningslinjer for samhandling.

## 7. UTVIKLING AV TJENESTETILBUDET

Partene skal samarbeide om å videreutvikle tjenester i fellesskap nærmest mulig pasientens arena.

## 8. OPPFØLGING AV RETNINGSLINJEN

Partene er enige om å realisere samarbeid om tilbud til pasienter med behov for koordinerte tjenester gjennom en oppdatert handlingsplan, vedtatt av ASU.

I henhold til samarbeidsavtalen kan ASU opprette faglige samarbeidsutvalg etter behov som skal følge opp intensjonene i handlingsplanen gjennom et samarbeid mellom kommuner og HF.

## 9. ØKONOMI OG RESSURSER

Partene skal i det videre arbeidet avtale grensesnitt og ressursbruk innenfor retningslinjenes virkeområde.

## 10. AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinje om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

## 11. IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjen trer i kraft ved signering av samarbeidsavtalen, og gjelder frem til en av partene krever revidering av retningslinjen, da med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd. Dersom retningslinjen sies opp, skal ny retningslinje avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

Hver av partene kan kreve retningslinjen revidert dersom vesentlige forutsetninger for retningslinjen endres. Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

## **Retningslinje 2**

### **Samhandling vedrørende innleggelse, utskriving og overføring av pasienter**

#### **1. FORMÅL**

Retningslinjene skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og helseforetaket.

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

Utskriving skal planlegges godt sammen med kommunen. Pasient og pårørende skal til enhver tid være informert og kunne medvirke til plan for utskriving.

Praktiske retningslinjer for samhandling vedr. innleggelse, utskriving og overføring av pasienter bygger på Samarbeidsavtalens punkt 3.

Lenke til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:

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

#### **2. SAMARBEID OM PASIENTFORLØP VED INNLEGGELSE I HELSEFORETAK**

##### **2.1 Henvisning ved øyeblikkelig hjelp**

###### **Kommunens ansvar og oppgaver:**

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

Henvissende lege beslutter i samråd med AMK hvilken transport pasienten trenger til helseforetaket, samt hastegrad (jfr. Medisinsk index)

Henvissende lege sender med henvisning som inneholder alle relevante opplysninger som er nødvendig ved innleggelse for å kunne starte videre utredning/behandling så raskt som mulig. Henvisningen sendes og utformes iht. til gjeldende rutine, se <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/henvissningsveileder> , fortrinnsvis elektronisk.

Henvissende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport til helseforetaket.

Helsepersonell skal sikre at informasjonen om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som ytes, blir gitt til nærmeste pårørende hvis forholdene tilsier det. Barn som pårørende skal ivaretas og få relevant informasjon og oppfølging.

For øyeblikkelig hjelp-pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester: Kommunen skal gi nødvendige opplysninger om tjenester, medikamenter, sykehistorie og funksjonsnivå innen 4 timer etter mottatt informasjon om innleggelsen, tilsvarende elektronisk innleggesrapport. Supplerende opplysninger sendes innen 24 timer etter innleggelsen.

### **For Psykisk helsevern:**

Alle henvendelser om akutt- og øyeblikkelig hjelp går til sentralbordet i helseforetaket ved St. Olavs Hospital.

### **Helseforetakets ansvar og oppgaver:**

Helseforetaket tilbyr konferansemulighet ved alle øyeblikkelig hjelp innleggelser.

Helsepersonell skal sikre at informasjonen om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som ytes, blir gitt til nærmeste pårørende når forholdene tilsier det. Barn som pårørende skal ivaretas og få relevant informasjon og oppfølging.

Avklare om pasienten har helse – og omsorgstjenester i egen kommune og varsle så snart som mulig om innleggelsen.

Innhente supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, fastlege, tilsynslege og pårørende ved behov.

Behandlerne vurderer om det er medisinsk nødvendig med tilstedeværelse av ledsager under oppholdet, jamfør felles rutine: ”Og Innleie av kommunalt ansatte i St. Olavs Hospital - fastvakt – ekstravakt»

Om det vurderes at pasienten ikke har behov for spesialisthelsetjeneste, men helsetilbud i kommunen, tar helseforetaket kontakt med henvisende lege i kommunen og det vurderes i fellesskap videre behandling. Hvis pasient overføres til KAD skal diagnose være stilt, og det skal være med en plan for observasjon og behandling. Beslutning om innleggelse i KAD fattes av henvisende lege, fastlege eller legevaktslege i kommunen. Dersom poliklinikktime kan erstatte innleggelse, sørger foretaket for en avtale for pasienten. Dersom poliklinisk konsultasjon utløser 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.

## 2.2. Henvisning til planlagt vurdering for innleggelse.

### **Kommunens ansvar og oppgaver:**

Lege sender elektronisk henvisning om vurdering til aktuell avdeling. I akutte situasjoner kan henvisning gjøres telefonisk.

Henvisende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport for innleggelse.

### **Helseforetakets ansvar og oppgaver:**

Henvisning vurderes etter gjeldende retningslinjer og prioriteringsveiledere.

Pasient og henvisende lege skal varsles om resultat etter vurdering av henvisningen, og gis dato for innleggelse, evt. ukenummer for innleggelse.

### **Helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver:**

Informasjonsutveksling mellom St. Olavs Hospital HF og kommune skal fortrinnsvis skje elektronisk.

I tilfelle der det haster med rask respons bør telefon benyttes. Det samme gjelder ved evt. stans i meldingsutvekslingen.

Begge parter tar initiativ til dialog og evt. deltakelse i møter der det er spesielle behov for kompetanseoverføring og videre oppfølging. Ansvarlige representanter for helseforetaket og kommunen avklarer videre oppfølging i samarbeid med pasient og pårørende.

## 3. SAMARBEID OM PASIENTFORLØP FRA HELSEFORETAKET VED UTSKRIVNING der KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER ER EN FORUTSETNING

### 3.1. Varsling innen 24 timer etter innleggelse:

#### **Vurdering av pasient som legges inn på sykehus:**

Når en pasient legges inn på sykehus, skal spesialisthelsetjenesten gjøre en vurdering om pasienten har behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra helseforetaket. Det er viktig med tidlig varsling for å sikre faglig forsvarlig pasientforløp mellom St. Olavs Hospital HF og helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Varsling gjøres innen 24 timer etter innleggelsen.



Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus, eller det på grunn av pasientens helsetilstand ikke er mulig å foreta vurderingene innen 24 timer etter innleggelsen, skal vurderingene foretas fortløpende og kommunen varsles så snart det lar seg gjøre.

Dersom det i løpet av sykehusoppholdet avklares behov for kommunale tjenester, skal fristen løpe fra det tidspunkt det blir klart at slikt behov foreligger.

#### **Varslets innhold:**

Varslet etter første ledd skal inneholde:

- a) pasientens status
- b) antatt forløp
- c) forventet utskrivningstidspunkt.

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

#### Definisjon av utskrivningsklar pasient:

Jamfør Forskrift om utskrivningsklar pasient § 9, vilkår for at en pasient er utskrivningsklar. "En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen."

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

### **3.2. Helseforetakets ansvar og oppgaver:**

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

Ved behov for rehabilitering skal helseforetaket vurdere om pasienten har behov for spesialistrehabilitering før en pasient defineres som utskrivningsklar.

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

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

- Helseforetaket har sendt varsel om utskrivningsklar pasient
- Epikrise eller tilsvarende informasjon inklusive medisinopplysninger er sendt
- *Helseopplysning - Oppdatert* er og eventuelt rapport fra andre faggrupper sendt til kommunen.
- Helseforetaket har mottatt elektronisk svar fra kommunen innen 3 timer om og når pasienten kan mottas.
- På utreisedagen sendes *Utskrivningsrapport* (kopi av siste Helseopplysning – Oppdatert inkl. informasjon om Videre plan og legemidler administrert utreisedag) til kommunen

Helseforetaket skal normalt sende nødvendig informasjon (jfr pkt 3.2.1) i perioden 8-15 mandag til fredag når helseforetaket ønsker at pasienten skal mottas samme dag. Om helseforetaket sender nødvendig informasjon etter kl. 15 på hverdager eller i helger/høytider så kan konsekvensen være at pasienten ikke mottas samme dag.

Når utreise av pasient skal skje samme dag, skal det etter anmodning fra kommunen sendes med medikamenter og nødvendig utstyr fra helseforetaket, som regel fram til første virkedag eller der annet er avtalt, for å unngå brudd i behandlingsforløpet.

Helseforetaket kan ta betalt for døgn 0 når nødvendig informasjon er sendt ut elektronisk 24/7 alle dager om kommunen innen 3 timer etter mottatt varsel ikke svarer eller varsler at de ikke kan ta i mot pasienten.

Ved force majeure kan helseforetaket på grunn av en kritesituasjon skrive ut utskrivningsklare pasienter 24/7. Dette forutsetter avtale mellom partene i hvert enkelt tilfelle.

Helseforetaket skal ikke gi løfter eller tilsagn om type tjenester på kommunens vegne.

Ved behov for hjelpemidler tar helseforetaket kontakt med Koordinerende enhet eller tilsvarende funksjon i kommunen. Koordinerende enhet bestiller de nødvendige hjelpemidler.

Ved omfattende behov utredes utstyrsbehov som en del av behandlingsplanen/individuell plan og settes i bestilling fra helseforetaket før utreise.

Helseforetaket rekvirerer transport tilpasset pasientens situasjon. Behandlende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport. Tidspunkt for avreise med ambulanse er avhengig av pasientens tilstand og tilgjengelig kapasitet hos ambulansene.

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.

I tillegg til nødvendig informasjon sendt til kommunen skal pasienten få med seg tilpasset skriftlig informasjon om oppholdet og videre plan.

Innhold i nødvendig informasjon til helse og omsorgstjenesten:

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

- Sendes det helsepersonell som trenger opplysningene, innleggende lege, fastlege og den kommunale helse og omsorgstjenesten
- Medikamentopplysninger med praktisk legemiddelhåndtering.
- Det skal spesifiseres hvilke medisiner som er endret/seponert med begrunnelse, og dosering av spesielle medisiner, for eksempel Marevan og insulin.
- Anbefalinger til kommunen og fastlege om videre oppfølging.

Helseopplysning/Utskrivningsrapport som skal inneholde:

- Funksjonsbeskrivelse
- Evt. anbefalte videre tiltak

Eventuelle rapporter fra andre faggrupper skal følge med til aktuelle kommunale instanser.

### 3.3. Kommunens ansvar og oppgaver:

Kommunen skal innen 3 timer etter mottatt elektronisk varsel om utskrivningsklar pasient, svare på:

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

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

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

#### 4.KRAV PÅ REDEGJØRELSE

Jamfør § 14 i forskriften:

Kommunen har krav på redegjørelse for de vurderinger foretaket har gjort, jamfør § 9

Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve vurderingene foretatt av foretaket.

#### **Betaling for utskrivningsklare pasienter**

Jamfør § 13 i forskriften:

Betaling for utskrivningsklare pasienter på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

#### 5.AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinje om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

#### 6.IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjene trer i kraft ved signering av samarbeidsavtalen, og gjelder frem til en av partene krever revidering av retningslinjene, da med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd. Dersom retningslinjene sies opp, skal nye retningslinjer avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

Hver av partene kan kreve retningslinjene revidert dersom vesentlige forutsetninger for retningslinjene endres. Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

## **Retningslinje 3**

### **Gjensidig kunnskapsutveksling, forskning, utdanning, praksis og læretid**

#### **1. FORMÅL**

Retningslinjene skal bidra til gode systemer for samhandling mellom kommunen og HF for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging hos helse- og omsorgspersonell, utdanning av studenter og lærlinger, forskning og innovasjon. Hensikten er å sikre kunnskapsbaserte helsetjenester og trygge og gode pasientforløp. Den skal ivareta forskning, utvikling og formidling av ny kunnskap om helsefremming, forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering i samarbeid med pasienter og pårørende. Gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling og dialog er sentrale elementer i samhandling og skal skje gjennom bruk av ulike metoder og være preget av gjensidig respekt og med en god ledelsesforankring.

Retningslinjene skal bidra til at pasienter mottar et helhetlig, forutsigbart og godt faglig tilbud. Den skal sikre en gjensidig, god og kontinuerlig kunnskapsoverføring mellom kommunen og helseforetaket om nye behandlingsmetoder, medikamenter, utstyr, hjelpemidler og prosedyrer. Den skal sikre overføring av oppdatert kunnskap som ivaretar helsefremming, forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering i samarbeid med pasienter og pårørende.

Retningslinjene skal sikre dialog preget av gjensidig respekt og med en god ledelsesforankring.

#### **2. VIRKEOMRÅDE**

Retningslinjene gjelder partenes ansatte og tjenesteytere.

### **3. GJENSIDIG KUNNSKAPSOVERFØRING – SAMARBEID OM UTDANNING, PRAKSIS OG LÆRETID- PARTENES FORPLIKTELSER**

#### **3.1 Virkemidler for gjensidig kunnskapsoverføring.**

Systemer for informasjonsutveksling er rutiner, prosedyrer og kommunikasjonskanaler for å utveksle gjensidig informasjon.

#### **3.2 Fagråd og nettverk**

Fagråd består av virtuelle og ikke-virtuelle nettverk.

Virtuelle nettverk (*fagnett*) er en møteplass innenfor et spesielt fagområde eller innenfor ei spesiell faggruppe. Fagnett kan være åpent eller lukket og etableres ved hjelp av internett- og/eller videokonferanseteknologi.

Faglige nettverk er en felles møteplass for utveksling av kunnskap og erfaringer. Deltakelse i slike nettverk gir helsearbeidere rom for faglig refleksjon og mulighet for kompetansebygging og styrket tverrfaglig samarbeid.

### 3.3 Hospitering

Hospitering defineres som et tidsavgrenset opphold på en annen arbeidsplass. Den som hospiterer skal oppdatere sin fagkompetanse eller lære seg noe nytt om arbeidsmåter, teknologi osv<sup>1</sup>.

### 3.4 Ambulerende team

Ambulerende team er fagfolk fra spesialisthelsetjenesten som møter fagfolk fra primærhelsetjenesten i forhold til enkeltpasienter eller pasientgrupper.

### 3.5 Forskning

Resultater av forskning er et viktig virkemiddel for å sikre kunnskapsbasert praksis og gjensidig kunnskapsutveksling.

Retningslinjene skal bidra til gode systemer for samhandling mellom kommunen og HF for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging hos helse- og omsorgspersonell, utdanning av studenter og lærlinger, forskning og innovasjon. Hensikten er å sikre kunnskapsbaserte helsetjenester og trygge og gode pasientforløp. Den skal ivareta forskning, utvikling og formidling av ny kunnskap om helsefremming, forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering i samarbeid med pasienter og pårørende. Retningslinjene skal sikre dialog preget av gjensidig respekt og med en god ledelsesforankring.

### 3.6 Utdanning, praksis og læretid

Tiltak:

Utvikle modeller for kombinasjonsstillinger som er tydelig forankret og sikret finansiering  
Følge opp samarbeidsavtaler med utdanningsinstitusjoner, og involvere disse på et tidlig stadium ved behov for endring innen utdanning og praksis

Utnytte etablerte samarbeidsorgan med utdanningsinstitusjoner, og formidle et felles utdanningsbehov knyttet til prioriterte satsningsområder

Utvide etablerte samarbeidsorgan mellom helseforetak og utdanningsinstitusjoner til å omfatte kommunene, skape felles møteplasser

Arrangere felles internundervisning og fagdager

---

<sup>1</sup> Definisjon hentet fra Fafo-rapport 2010:16, Andersen et al. Kompetanseutvikling gjennom hospitering.

### 3.7 Praksisplasser og praksisopplæring til studenter og lærlinger fra ulike utdanningstyper, inkludert samarbeid med definerte utdanningsinstitusjoner

Tiltak:

1. Utvikle nye praksismodeller i samarbeid med utdanningsinstitusjonene
2. Sikre at praksisarenaer utnyttes ut fra faglig relevans
3. Øke veiledningskompetansen hos helsepersonell
4. Skape kobling mellom FoU og praksisopplæring
5. Samarbeide om lærlingeløp

## 4. OPPFØLGING AV RETNINGSLINJEN

Partene er enige om å utarbeide en oppdatert handlingsplan for å videreføre samarbeid om gjensidig kunnskapsutveksling, forskning, utdanning, praksis og læretid. I henhold til samarbeidsavtalen kan ASU opprette faglige samarbeidsutvalg etter behov.

## 5. ØKONOMI OG RESSURSER

Partene skal i det videre arbeidet avtale grensesnitt og ressursbruk innenfor retningslinjens virkeområde.

## 6. AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinjer om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

## 7. IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjene trer i kraft ved signering, og gjelder frem til en av partene sier opp retningslinjene, da med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd. Dersom retningslinjene sies opp, skal nye retningslinjer avtales innen utgangen av oppsigelsestiden. Hver av partene kan kreve retningslinjene revidert dersom vesentlige forutsetninger for retningslinjene endres.

Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

## **Retningslinje 4**

### **Retningslinjer for tjenester innen svangerskapsomsorg, fødselshjelp og barselomsorg**

#### **1. FORMÅL**

Målet er at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg som en gledelig begivenhet (St.meld. 12 2008-09).

Både helseforetaket og kommunen har ansvar for helheten. Dette omfatter både et helsetilbud av høy faglig kvalitet, en helhetlig og trygg svangerskaps- og fødselsopplevelse og en familievennlig barselomsorg. Helhetlig ansvar og organisering skal ivareta kapasitet, kvalitet, kontinuitet, trygghet og samlet ressursutnyttelse. Gode samhandlingstiltak skal bidra til dette.

Helhetsperspektivet omfatter også andre tjenester som familien kan ha behov for, for eksempel fra NAV eller barnevernet.

#### **1.1 Mål og ambisjoner med retningslinjene**

Det tilstrebes at samme person i tjenesten har kontakt med den enkelte kvinne, for å gi en god kontinuitet i omsorgen.

Retningslinjene for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal bidra til helhetlig omsorg, så den gravide opplever sammenhengende tjenester, hvor personalet kommuniserer og samarbeider godt på tvers av profesjonsgrenser og forvaltningsnivå. Omsorgen skal være kunnskapsbasert og tilpasset den enkeltes behov. Begge parter skal videreutvikle tjenestene med basis i "Helhetlig plan for svangerskaps-, fødsels – og barselomsorg" i Midt – Norge.

Hensikten med svangerskapsomsorg er å definere friske gravide ("grønne" svangerskap) og kvinner med risiko for komplikasjoner ("røde" svangerskap). De nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorgen (2005) anbefaler at kvinner bør tilbys kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barselid. Det anbefales også at omsorgen er kulturtilpasset og skreddersydd til den enkelte kvinne og familiens behov i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger. Det er anbefalt en mindre vektlegging av fysiske parametere, med en dreining mot veiledning og informasjon som gjør kvinner i stand til å ta informerte beslutninger. Tilbudet til gravide rusmisbrukere utvikles slik dette er beskrevet i planen.



## 2. ANSVAR

Både helseforetaket og kommunen har ansvar for helheten i forløpet i svangerskap, fødsel og barsel.

De aller fleste svangerskap og fødsler forløper uten komplikasjoner med helsemessige konsekvenser. Derfor er svangerskapsomsorgen et kommunalt ansvar. Ved økt risiko for komplikasjoner eller sykdom hos den gravide, skal svangerskapsomsorgen tilpasses den aktuelle situasjon på faglig forsvarlig måte.

3. St. Olavs Hospital er henvisningsinstans ved behov for spesialisthelsetjenester.
4. Ansvar for fødselshjelp og beredskap for følgetjeneste er lagt til St. Olavs Hospital.
5. Ansvar for helsetjenester i barseltiden er delt mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

### 2.1 Kommunen

Kommunens svangerskapsomsorg er en del av lovpålagte helsefremmende og forebyggende tiltak, og utøves ved fastlegekontoret og på helsestasjonen. Kommunen har et ansvar for å legge til rette for et forsvarlig helsetilbud for den enkelte, og herunder et godt samarbeid mellom faggruppene. Både fastlege og jordmor skal sikre faglig god og trygg helseoppfølging med tanke på det normale svangerskapets utvikling og kvinnens helse under svangerskapet. Ved avdekket risiko skal jordmor og fastlege samarbeide om oppfølgingen. Fastlegen er hovedansvarlig for medisinsk behandling for den enkelte pasient i kommunen. Kommunen skal legge til rette for at kvinnene i et normalt svangerskap følges opp av jordmor, fastlege, eller en kombinasjon av disse. Ved behov kan andre faggrupper inkluderes i oppfølgingen, for eksempel helsesøster, fysioterapeut eller sosialfaglige. Innen svangerskapsomsorgen tilbys normalt fødsel- og foreldreforberedende kurs eller tilsvarende tiltak. Dette for å styrke foreldrenes kunnskaper og trygghet om graviditet, fødsel og barseltid.

Jordmor yter tjeneste innenfor ordinær arbeidstid. Ved akutte situasjoner i forbindelse med svangerskap er fastlegen, og utenom ordinær arbeidstid legevakt, kommunens medisinske beredskap.

Helsestasjonen skal ta tidlig kontakt med den nye familien og bidra med råd og veiledning i barselperioden, om amming, barnets forventede vektøkning, mors helse og samspill mellom foreldre og barn. Fastlegen kan også bidra i dette.

### 2.2 St. Olavs Hospital

St. Olavs Hospital tilbyr rådgivning og veiledning, polikliniske konsultasjoner, observasjon i avdeling, transport ved behov for ambulanse eller ekstraskyss, ultralydscreening, fødselshjelp i fødeavdeling, og barselomsorg i avdeling og poliklinikk. Henvisning til tjenestene mottas i hovedsak fra jordmor, fastlege eller legevaktlege.

Barselpoliklinikken kan også ved særlige behov bidra med veiledning omkring amming, ernæringsproblem eller sykdomstegn i den første tiden etter fødsel.

### 2.3 Helhetlige forløp ved risikosvangerskap

Et helhetlig forløp for risikosvangerskap er et felles ansvar mellom kommunen inklusive fastlegen og St. Olavs Hospital. Nasjonale føringer legger særlig vekt på behov for å sikre helhet og kontinuitet for grupper med påvist risiko og spesielle behov. Det krever en oppfølging som er tettere enn et normalt svangerskap. Fordeling av ansvar og oppgaver må avtales tydelig.

Ved definert risikosvangerskap skal fastlege og jordmor og eventuelt andre i kommunen og nødvendige spesialisthelsetjenester ved St. Olavs Hospital samarbeide særskilt om oppfølgingen av den gravide.

Både jordmor og lege kan underveis i samarbeidet henvise til svangerskapspoliklinikk og fødeavdeling, og skal informere hverandre om det som iverksettes. Helsekort for gravide benyttes også av personalet i St. Olavs Hospital.

### 2.4 Informasjonsutveksling

Foruten Helsekort for gravide er det nødvendig å ha gode rutiner for viktig medisinsk informasjon.

Både henviser og fastlege skal få epikrise eller rapport fra poliklinikken eller avdelingen. *Fødselsrapport* inneholder informasjon om fødsel, eventuelle intervensjoner og komplikasjoner med fokus på oppfølging av barnet. Epikrise fra Fødeavdelingen og eventuelt Barne- og ungdomsklinikken inneholder mer utfyllende opplysninger om behandling av mor og barnet.

St. Olavs Hospital og kommunen har en intensjon om at rapporter og epikriser skal sendes elektronisk så snart teknisk løsning er på plass.

## 3. HANDLINGSPLAN

### 3.1 Brukermedvirkning

Fødeavdelingen skal etablere et samarbeid med St. Olavs Brukerutvalg. Kommunen og St. Olavs Hospital har som intensjon å utarbeide en brukerundersøkelse i fellesskap.

### 3.2 Særavtaler

Det er inngått særavtale med aktuelle kommuner om beredskap for følgetjeneste i tråd med Nasjonal veileder "Et trygt fødetilbud".

## 4. ØKONOMI OG RESSURSER

Partene skal i det videre arbeidet avtale grensesnitt og ressursbruk innenfor retningslinjenes virkeområde.

## 5. AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinjer om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

## 6. IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjene trer i kraft ved signering av samarbeidsavtalen, og gjelder frem til en av partene krever revidering av retningslinjene, da med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd. Dersom retningslinjene sies opp, skal nye retningslinjer avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

Hver av partene kan kreve retningslinjene revidert dersom vesentlige forutsetninger for retningslinjene endres. Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

## Retningslinje 6

### Retningslinjer for samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid

#### 1.FORMÅL

Retningslinjene skal sikre god samhandling på områder innen helsefremming og forebygging, hvor både kommunen og helseforetaket har et ansvar for tiltak. Samarbeidet skal også sikre kunnskapsutvikling og kunnskapsdeling og at avtalepartene i størst mulig grad legger kunnskapsbasert praksis og brukermedvirkning til grunn for sin helsefremmende og forebyggende innsats. Dette skal danne grunnlag for gode pasientforløp mellom partene.

##### 1.1 Bakgrunn

Disse retningslinjene er inngått i henhold til samarbeidsavtalen pkt. 6 første avsnitt nr. 10, samarbeid om forebygging. Et hovedfokus i samhandlingsreformen er å styrke forebyggende innsats og folkehelsearbeid. Folkehelsearbeid er et ansvar for alle sektorer. Det er behov for større innsats for å fremme helse og forebygge sykdom, for å møte dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer. Helsefremmende og forebyggende innsats må rettes mot befolkningen generelt, mot definerte risikogrupper og mot enkeltindivider.

##### 1.2 Virkeområde

Retningslinjene regulerer samarbeid mellom .....kommune og St. Olavs Hospital innen området helsefremmende og forebyggende arbeid.

Retningslinjene omfatter tiltak rettet mot befolkningen generelt, mot definerte risikogrupper og mot enkeltindivider. Samarbeid med avtalepartner vil styrke tiltakenes helsefremmende og forebyggende effekt og muligheten for å lykkes med tiltakene.

Retningslinjene gjelder for tjenesteområder i kommunen og St. Olavs Hospital som er nevnt under denne avtalens pkt. 4- 6.

#### 2.DEFINISJONER

**Folkehelse:** Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (ref. Lov om folkehelsearbeid)

**Folkehelsearbeid:** Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (ref. Lov om folkehelsearbeid)

**Helsefremmende tiltak:** Tiltak som setter befolkningen i stand til i økt grad å kontrollere og forbedre egen helsetilstand. "Helsefremmende arbeid innebærer «å fylle på » med ting som er gode og positive, og som gjør at vi får det bedre" (ref.NOU 1988:18 Det er bruk for alle)

**Forebyggende tiltak:** Tiltak for å fjerne, hindre eller stenge for faktorer som kan føre til sykdom, skade eller andre problemer.

**Primærforebygging** – aktivitet/tiltak/innsats med formål å forhindre at problem, skade eller sykdom oppstår i befolkningen.

**Sekundærforebygging** – aktivitet/tiltak/innsats med formål å redusere omfang, alvorlighet eller varighet av sykdom/problem som har oppstått. Tidlig diagnostikk inngår her.

**Tertiærforebygging** – aktivitet/tiltak/innsats med formål å hindre eller begrense følgetilstander av et problem, en skade eller en sykdom som har oppstått.

**Lærings- og mestringstilbud** er kursvirksomhet som er etablert i tråd med arbeidsmåten innen lærings- og mestringstjenesten (standard metode), hvor tilbudet planlegges, gjennomføres og evalueres i et likestilt samarbeid mellom fagpersoner og brukerrepresentanter. Tilbudet er gruppe- eller kursbasert, avgrenset i tid og kan være diagnosespesifikt eller diagnoseuavhengig med mestring som fellesnevner.

**Lærings- og mestringstjenester** legger til rette for at personer som har langvarige helseutfordringer og deres pårørende, får økt innsikt og opplever styrket mestring av egen livssituasjon. Langvarige helseutfordringer betegner her utfordringer knyttet til kronisk sykdom, vedvarende psykisk eller fysisk belastning eller nedsatt funksjonsevne.

**Frisklivstjeneste** tilbyr hjelp til å endre levevaner, primært innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Målgruppen er personer som har behov for støtte til å endre levevaner på grunn av økt risiko for eller begynnende utvikling av sykdom eller lidelse som kan relateres til levevaneområdene.

Frisklivstilbud er strukturert oppfølging, primært gjennom individuell helsesamtale og ulike gruppetilbud innen de nevnte levevaneområdene med fokus på helsefremmende faktorer og mestring av egen helse

Samarbeidsområder innen forebygging som omfattes av denne retningslinje, beskrives i punktene 4- 6.

### 3.LIVSSTIL OG LEVEVANER

Partene utvikler i fellesskap målrettede levevaneintervensjoner der endring av levevaner er forventet å bedre livskvalitet og prognose. Dette omfatter problemstillinger knyttet til både psykiatri, rus og somatikk. Pasienter kan bli henvist til tiltakene både før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Kommunen kan inngå samarbeid med en eller flere andre kommuner om etablering av frisklivssentral eller tilsvarende tiltak.

Den lokale samhandlingsarenaen vil være kommunens frisklivssentral eller tilsvarende tiltak. Dette skal fungere som kommunens kompetansesenter for veiledning og oppfølging når det gjelder levevaner.

Partene skal gjøre slike tilbud kjent for potensielle brukere og for samarbeidspartnere, gjennom lett tilgjengelig informasjon på egne nettsider og ellers på annen måte som finnes hensiktsmessig. Partene skal også sørge for at ulike tiltak er gjort kjent og koordinert i egen organisasjon.

St. Olavs Hospital bidrar inn i kommunens frisklivssentral eller tilsvarende tiltak, med kompetanse og eventuelt ambulerende virksomhet av fagpersoner fra relevante spesialområder

Kommunen og St. Olavs Hospital skal samarbeide om forskning og fagutvikling innen de områdene som avtalen omhandler.

Tidlig intervensjon er vesentlig for god effekt av forebyggende tiltak. Partene skal sammen utvikle gode pasientforløp for å sikre helhetlig oppfølgingen av personer under risiko for utvikling av sykdom.

#### **4. LÆRINGS- OG MESTRINGSTILBUD**

Kommunen utvikler lærings- og mestringstilbud. Slike tilbud sees i sammenheng med kommunens utvikling av frisklivssentral eller tilsvarende.

Kommunen kan inngå samarbeid med en eller flere andre kommuner om etablering av lærings- og mestringstilbud.

St. Olavs Hospital videreutvikler sine lærings- og mestringstilbud i tråd med tilsvarende oppbygging i kommunene, slik at partenes tilbud utfyller hverandre på en hensiktsmessig måte.

Kommunen og St. Olavs Hospital skal samarbeide om utvikling og gjennomføring av sine lærings- og mestringstilbud.

Lærings- og mestringstilbud utvikles som sentrale elementer i kommunens helsefremmende og forebyggende innsats. Lærings- og mestringstiltak inngår i så vel primærforebygging, som i sekundær- og tertiærforebygging og er et sentralt element i habilitering og rehabilitering.

#### **5. HELSEOVERVÅKNING OG ANALYSE AV BEFOLKNINGENS HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER**

Som grunnlag for sitt folkehelsearbeid og sin forebyggende virksomhet skal kommunen holde oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan påvirke denne. I oversikten inngår også data om forbruk av helsetjenester. Oversikten må baseres på innhenting av informasjon fra en rekke kilder, inklusive fra spesialisthelsetjenesten.

Tilsvarende trenger helseforetaket informasjon og data fra kommunehelsetjenesten for å kunne dimensjonere, utvikle og tilpasse sine tjenester til befolkningens behov.

Brukererfaringer vil være en viktig informasjonskilde når helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal kartlegges og vurderes.

Partene skal bistå hverandre med anonymiserte data for helseovervåkning, fra sine respektive pasientadministrative systemer og eventuelt andre registre, for eksempel skaderegister.

Partene vil sammen arbeide for å videreutvikle datagrunnlag for helseovervåkning og analyse av befolkningens helsetilstand og dennes påvirkningsfaktorer.

## 6. SAMARBEID OM MILJØ- OG GRUPPERETTEDE FOREBYGGINGSTILTAK INNEN SMITTEVERN, MILJØRETTET HELSEVERN OG BEREDSKAP

### 6.1 Smittevern

Arbeid med smittevern i så vel kommuner som helseforetak, reguleres gjennom smittevernloven og tilhørende forskrifter. Det regionale helseforetaket er pålagt å sørge for tilbud om nødvendig smittevernbistand til kommunale institusjoner, herunder bistand til utarbeidelse og revisjon av infeksjonskontrollprogram, dersom kommunene ønsker det.

Oppklaring og håndtering av utbrudd av smittsom sykdom i kommunen koordineres av kommunens smittevernlege. St. Olavs Hospital bistår i arbeidet med kompetanse innen mikrobiologi, infeksjonsmedisin og smittevern. Bistand fra andre aktører vil også kunne være aktuelt, for eksempel Nasjonalt folkehelseinstitutt, Mattilsynet og Veterinærinstituttet. Ved større hendelser vil avtale om beredskap kunne komme til anvendelse.

Som et ledd i det forebyggende arbeidet forplikter partene seg til samarbeid mellom respektive smittevernleger (sykehus /kommune(r)) om potensielle felles utfordringer. For eksempel gjelder dette smittetilfelle(r) som blir oppdaget i befolkningen eller i institusjoner.

Partene skal sammen se på muligheter for kunnskapsformidling, formalisert samarbeid og eventuell prosjektarbeid innen smittevern. Dette arbeidet organiseres fortrinnsvis som et samarbeid mellom flere kommuner i regionen og med bistand fra St. Olavs Hospital.

### 6.2 Miljørettet helsevern

St. Olavs Hospital vil med sin avdeling for arbeidsmedisin bistå kommunen med råd og veiledning på sammenfallende kompetanseområder.

St. Olavs Hospital vil arbeide for å videreutvikle sin kompetanse innen miljømedisin og miljørettet helsevern, med tanke på økt bistand overfor kommunene i regionen.

St. Olavs Hospital bistår kommunen med råd og veiledning innen relevante fagområder ved uønskede hendelse som truer miljø og befolkning.

## 7. OPPFØLGING AV RETNINGSLINJEN

Partene er enige om å utarbeide en oppdatert handlingsplan.

I henhold til samarbeidsavtalen kan ASU opprette faglige samarbeidsutvalg etter behov som skal følge opp intensjonene i handlingsplanen gjennom et samarbeid mellom kommuner og HF.

## 8. BRUKERMEDVIRKNING

Brukermedvirkning skal ivaretas ved utvikling og gjennomføring av konkrete tiltak beskrevet i denne retningslinje. Brukerrepresentanter rekrutteres ut fra hva som vurderes hensiktsmessig i det enkelte tilfelle og lokal tilhørighet tilstrebes.

## 9. ØKONOMI

Økonomiske forhold knyttet til partenes bidrag overfor hverandre i helsefremmende og forebyggende tiltak må avklares nærmere. Økonomisk kompensasjon må vurderes opp mot partenes gjensidige veiledningsplikt knyttet til oppfølging av enkeltpasienter/enkeltbrukere.

## 10. AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinjer om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

## 11. IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjene trer i kraft ved signering av samarbeidsavtalen, og gjelder frem til en av partene krever revidering av retningslinjene, da med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd. Dersom retningslinjene sies opp, skal nye retningslinjer avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

Hver av partene kan kreve retningslinjene revidert dersom vesentlige forutsetninger for retningslinjene endres. Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.



# **Retningslinje 7**

## **Retningslinje for omforent helseberedskap**

### **1. BAKGRUNN**

Partene er etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 pålagt å inngå samarbeidsavtale som skal omfatte omforente beredskapsplaner.

### **2. FORMÅL**

Retningslinjen forutsetter at tidligere ansvar og arbeidsoppgaver for kommunen og helseforetaket skal videreføres. Disse retningslinjene er ment å være et dokument for økt samhandling mellom kommunen og helseforetaket knyttet til oppgaver og ansvarsområder innen samfunnssikkerhet og helseberedskap.

Retningslinjene skal:

- Klargjøre ansvar og oppgaver for helseforetaket og kommunen relatert til selvstendige og sammenfallende ansvar og oppgaver knyttet til samfunnssikkerhet.
- Bidra til at relevante risiko- og sårbarhetsanalyser blir jevnlig oppdaterte og oppfattet som dekkende for avtalepartenes egne og sammenfallende behov og at de danner grunnlaget for beredskapsplaner.
- Retningslinjene skal forplikte partene til å videreføre og utvikle samarbeidet innenfor den akuttmedisinske kjede. Når det gjelder samarbeid om akutthjelp til enkeltpasienter vises også til andre retningslinjer (pkt. nr. 3 og nr.5, retningslinjer for innleggelse).
- 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.
- Bidra til at aktuelle områder og tema for kompetanseutvikling og opplæring blir beskrevet og ivaretatt som grunnlag for å sikre at samhandling blir ivaretatt.
- Bidra til at sammenfallende beredskapsutfordringer blir utredet og beskrevet løsninger for. Sikre forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr.

### **3. VIRKEOMRÅDE**

Retningslinjene omfatter partenes ansvar og oppgaver mht helserelatert kriseberedskap, og den akuttmedisinske kjeden.

#### **3.1 Avgrensninger**

Retningslinjene berører ikke ulikheter mellom kommunene hva angår mengde og type beredskapsressurser, responstid, organisering av legevakt etc. Retningslinjene er bindende for hvilke aktiviteter avtalepartene skal velge med sikte på eksempelvis kompetanseheving.

## 4. DEFINISJONER

### 4.1 Definisjon av risiko og sårbarhetsanalyse (ROSanalyse)

I tilknytning til analyser av partenes ulike risiko- og sårbarhetsforhold (ROS-analyser), har partene lagt følgende forståelse til grunn for begrepene risiko og sårbarhet:

**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** er et uttrykk for et systems evne til å fungere når det utsettes for en uønsket hendelse, samt de 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) Partene er enige om nødvendigheten av å ha en kvalifisert oppfatning og dokumentasjon av henholdsvis 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.

### 4.2 Den akuttmedisinske kjede

Den sammenhengende kjede av prosesser som skal omfatte kommunikasjon, roller 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.

### 4.3 Definisjon av beredskapsplan

I retningslinjen legger partene følgende forståelse/definisjon av beredskapsplan til grunn:

Beredskapsplanen skal inneholde en oversikt over hvilke tiltak kommunen/ helseforetaket har forberedt for å håndtere uønskede hendelser. Som et minimum skal beredskapsplanen 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. Hver av partene har et selvstendig ansvar for at beredskapsplanen blir jevnlig øvet.

For å sikre en best mulig samhandling, er partene er enige om minimum årlig å dele beredskapsplaner på strategisk/overordnet nivå med hverandre.

#### 4.4 Definisjon av beredskapsøvelser

I retningslinjen legger partene følgende forståelse/definisjon av beredskapsøvelser til grunn; ”Med beredskapsøvelser forstås avtalepartnerne 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”.

## 5. HOVEDOMRÅDER FOR SAMARBEIDET

### 5.1 Plan for den akuttmedisinske kjede

#### **Kommunen har ansvar for:**

- en døgnåpen legevaktordning / legevaktsentral med fast telefonnummer som er lett tilgjengelig/bekjentgjort for befolkningen og AMK, og som bygger på allmennt medisinsk kunnskap.
- at lege i beredskap er kjent med plikten til å være tilgjengelig i, har fått opplæring i og behersker bruk av helsetjenestens nødnett.
- å påse at lege i beredskap i legepraksis eller legevakt er tilgjengelig på radio og via Legevaktsentralen
- at legene har kontaklinformasjon (kjennskap til relevante tlf nr) om AMK-sentralen og de retningslinjer som er avtalt vedrørende innleggelse/henvisning for vurdering, samt gjeldende melde- og konferanserutiner vedrørende øyeblikkelig hjelp pasienter.

#### **Helseforetaket har ansvar for:**

- et godt bemannet og utstyrt mottakssted (akuttmottak) der pasienten raskt blir vurdert og evt behandlet, og henvises videre dit det er hensiktsmessig
- at mottaksstedets personell har nødvendig kjennskap til nødvendige logistiske rutiner
- ambulanseberedskap i kommunen, samt alarmering og koordinering av ambulanse ved behov
- opplysning om mottakssted ved kontakt mellom henvisende lege og AMK-sentralen
- å videreføre ordningen med tilgjengelige erfarne leger/bakvakter for evt avklaring av hensiktsmessige behandlingsforløp
- å drive AMK sentral som raskt kan motta og videreformidle meldinger og rekvirere ambulanse, politi og andre ressurser som kreves
- alarmering og involvering av legevaktlegen i akutte situasjoner som oppstår i kommunen

#### **Partene plikter å:**

- drøfte strukturelle endringer som angår legevaktordning eller ambulanseberedskap med hverandre før endringer besluttes

- benytte samsvarende system for fastsetting av hastegrad ved mottak av telefonhenvendelser og rekvirering av ambulanse (vanlig-haste-akutt, jmf Medisinsk Index)
- informere hverandre om faktiske tilbud i de ulike tjenester i kjeden som sikrer at pasienter så raskt som nødvendig kommer frem til riktig behandlingssted/-nivå
- informere hverandre om beredskap ut over det normale ved større arrangement
- avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp funksjoner, for å unngå overlapping i, og usikkerhet om hvilket tilbud som gis hvor
- I fellesskap å utarbeide samarbeidsrutiner som skal godkjennes i henhold til samarbeidsavtalen. Dette skal trygge pasientforløpet i den akuttmedisinske kjeden og sikre god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner
- delta i planlegging, mottak og bruk av nytt nødnett som er under utbredelse nasjonalt
- avklare og beskrive ansvar, roller og rutiner for utrykning og samhandling i akutte situasjoner (alvorlig sykdom og traumer) i henhold til gjeldende lovverk
- identifisere og beskrive behov for teoretisk kunnskapsøkning og praktiske øvelser innenfor området akuttmedisinske kjede og samhandling, inklusive nødnett
- tilrettelegge for kurs, eventuelt i samarbeid med andre aktuelle aktører
- tilrettelegge for opplæring og trening til personell som inngår i lokale akuttmedisinske team, herunder kurs som for eksempel Kommune-BEST (bedre og systematisk traumetrening i kommunehelsetjenesten)
- ta initiativ til og delta i tilrettelagt opplæring og øvelser, herunder å ivareta sin forholdsvise andel av kostnadene
- gjøre retningslinjen kjent i respektive organisasjoner

## 5.2 Risiko og sårbarhetsanalyser (ROS)

Retningslinjene forutsetter at kommunen og helseforetaket skal legge systematiske og helhetlige ROS-analyser til grunn for utøvelse av retningslinjen. I dette ligger at avtalepartene må ta hensyn til følgende;

- Regionale ROS-analyser utarbeidet av fylkesmannen og/eller fylkeslegen samt RHF
- Lokale ROS-analyser foretatt av kommunen eller det aktuelle helseforetaket

For det regionale perspektivet vil det ved inngåelse av retningslinjen i 2011/212 være med henvisning til ROS - Trøndelag revidert 2014. Kommunens ansvar relatert til ROS - analyser fremgår dette bl.a. av «Forskrift om kommunal beredskap». Helseforetakets ansvar fremgår av § 3 i forskrift av 23. juli 2001 om Beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid.

Partene er enige om å forplikte seg til jevnlig å oppdatere hverandre om resultatet av ROS-analyser. For kommunen gjelder dette både kommunens overordnede ROS-analyse, og tilsvarende analyser fra relevant kommunal sektor eller tjenesteområde. Dette kan skje gjennom regelmessig aktivitet i den enkeltes kommunes beredskapsråd, alternativt i fora hvor flere kommuner samarbeider om regionale beredskapsråd.

### 5.3. Omforente beredskapsplaner

Avtalepartene har i fellesskap identifisert følgende referanser knyttet til lov- eller forskriftskrav til beredskapsarbeid:

- Felles lov- og forskriftskrav;
- Lov om helsemessig og sosial beredskap, § 2
- Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. (etter lov om helsemessig og sosial beredskap) § 1 – 6
- Smittevernloven § 7-2 og -3

I tillegg gjelder følgende særlover/forskrifter for kommunens arbeid med beredskap;

- Sivilbeskyttelseslovens §§ 14 og 15
- Forskrift om kommunal beredskap
- Brann- og eksplosjonsvernloven kap. 3

Partene er enige om at gjensidig oppdatering av partenes beredskapsplaner kan skje gjennom den enkeltes kommunes beredskapsråd, alternativt fora hvor flere kommuner samarbeider om Regionale beredskapsråd. Partene er enige om at omforente beredskapsplaner deles fortløpende, og at de bygger på kjente og eventuelle felles ROS-analyser.

### 5.4 Planlegging og gjennomføring av øvelser

For å oppnå en god samfunns- og ressursutnyttelse, vil felles planlegging, gjennomføring og evaluering av beredskapsøvelser være en forutsetning. Kommunens ansvar relatert til planlegging og gjennomføring av øvelser fremgår av Beredskapsforskriften § 7 og 8, hvor kommunens beredskapsplan skal øves hvert annet år.

Helseforetakets ansvar angir at virksomheten skal sørge for at personell som er tiltenkt oppgaver i beredskapsplanen er øvet og har nødvendig beskyttelsesutstyr og kompetanse.

Partene er enige om at planlegging og gjennomføring av øvelser som involverer strategisk ledelse i størst mulig grad skal samordnes. I avtaleperioden har partene blitt enige om å gjennomføre beredskapsøvelse minimum hvert annet år hvor kommunens og helseforetakets strategiske ledelse blir øvd.

Øvelser avtales nærmere. Øvelsesaktivitet ses i sammenheng med lokale øvelsessentra og Fylkesmannens øvelser i kommunene. Kommunene og St. Olavs Hospital forplikter seg til å delta i Fylkesmannens øvelser.

### 5.5 Kompetanseutvikling og opplæring

Partene har en felles målsetting relatert til å lære av daglig drift samt simulerte og reelle hendelser, og på denne måten utvikle en robust og trygg organisasjon som er i stand til å samhandle med avtalepartner og andre relevante aktører.

### 5.6 Løsning av konkrete beredskapsutfordringer

Koordinering av informasjon, beslutninger og ressurser vil alltid være krevende ved større hendelser. Partene er enige om at en av flere løsninger for denne beredskapsutfordringen er at partene anvender kriseverktøyet CIM som hovedverktøy for de beskrevne aktiviteter, og aktivt deler dette med avtaleparten. CIM som samhandlingsplattform mellom partene antas også å gi rom for forbedret koordinering med eksempelvis lokalt politidistrikt og fylkesmannen.

### 5.7 Forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr

Partene har i fellesskap erkjent at omforent beredskap med sikte på god forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr er direkte relatert både til sentrale myndigheters politikk, men også eventuelle utenrikspolitiske forhold.

Partene forplikter seg like fullt til å samarbeide om å utvikle koordinerte og eventuelt felles beredskapsplaner med tanke på best mulig å ivareta slike utfordringer lokalt.

Partene vil utforme en felles, eventuelt omforent(e) beredskapsplan(er) som beskriver løsninger for disse utfordringene.

## 6. AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinjer om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

## 7. IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjene trer i kraft ved signering av samarbeidsavtalen, og gjelder frem til en av partene krever revidering av retningslinjene, da med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd. Dersom retningslinjene sies opp, skal nye retningslinjer avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

Hver av partene kan kreve retningslinjene revidert dersom vesentlige forutsetninger for retningslinjene endres. Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.

## **Retningslinje 8**

### **Retningslinjer for samarbeid om avvikshåndtering og kvalitetsforbedring**

#### **1.FORMÅL**

Partene er enige om å etablere felles retningslinjer for registrering, behandling og oppfølging av avvik i tråd med partenes kvalitetssystem. Hensikten er å sikre kvalitet, gjensidig læring, pasient- og brukersikkerhet i overgangen mellom kommunen og helseforetaket.

#### **2.VIRKEOMRÅDE**

Retningslinjen gjelder avvikshåndtering og kvalitetsforbedring i forhold til etterlevelse av avtaler partene har inngått med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 6-1 og 6-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

#### **3.SYSTEMATISK AVVIKSHÅNTERING OG KVALITETSFORBEDRING**

Partene er pliktig til å gjøre sine ansatte kjent med avtale- og avvikssystemet slik at avvik blir registrert. Partene har en intensjon om at det skal utvikles et felles elektronisk avvikssystem, primært bør dette skje på nasjonalt nivå.

##### **3.1 Rutiner for avvikshåndtering og kvalitetsforbedring**

ASU sørger for utarbeidelse av rutiner for melding og håndtering av uønskede samhandlingshendelser og forbedringsforslag mellom kommunene og helseforetaket.

Rutinene skal sikre:

- Felles prinsipper om hva skal melde og prosedyrefeste dette.
- Felles system for kategorisering av hendelsene, inkludert alvorlighetsgrad.
- Avklare intern saksgang før avviket oversendes.
- Rutiner for læring og erfaringsdeling

ASU godkjenner forslag til rutiner, sikrer implementering og sørger for årlig gjennomgang av rutinene. Rutiner for kvalitetsforbedring og avvikshåndtering skal evalueres i forbindelse med revisjon av denne retningslinjen.

##### **3.2 Opprette fagråd**

Partene er enige om å opprette et fagråd for avvikshåndtering og kvalitetsforbedring for oppfølging av retningslinjene som vedtas.

ASU vedtar mandat og sammensetning av rådet og holdes løpende orientert om arbeidet. Rådet skal sørge for at informasjon fra rådets arbeid formidles til ansatte i egne organisasjoner.

#### 4.AVVIK/UENIGHET

Det vises til samarbeidsavtalen og retningslinjene for avvikshåndtering og kvalitetsforbedring.

#### 5.IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Retningslinjene trer i kraft ved signering av samarbeidsavtalen, og gjelder frem til en av partene krever revidering av retningslinjene, da med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd. Dersom retningslinjene sies opp, skal nye retningslinjer avtales innen utgangen av oppsigelsestiden.

Hver av partene kan kreve retningslinjene revidert dersom vesentlige forutsetninger for retningslinjene endres. Det vises forøvrig til samarbeidsavtalen.