



Samarbeidsavtale mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag



Meråker



Stjørdal



Selbu



Tydal



Frosta



Levanger



Verdal



Inderøy



Snåsa



Steinkjer



Flatanger



Namsos



Osen



Overhalla



Grong



Høylandet



Lierne



Namsskogan



Røyrvik



Bindal



Leka



Nærøysund

Godkjent i politisk- og administrativt samarbeidsutvalg (PSU-ASU) 2. juni 2020

Gjeldende fra 01.01.2021

Innhold

Samarbeidsavtalen	<u>3</u>
Retningslinjer	
1 Pasientsamarbeid Samarbeid om helhetlig pasientforløp og samarbeid om tilbud til pasienter med behov for koordinerte tjenester	<u>13</u>
Vedlegg til retningslinje 1 Rutiner om pasientsamarbeid ved innleggelse og utskrivning	<u>16</u>
2 Samarbeid om kunnskapsoverføring, forskning og utdanning.	<u>20</u>
3 Samarbeid innen svangerskapsomsorg, fødselshjelp og barselomsorg	<u>22</u>
4 Digital samhandling	<u>24</u>
5 Samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid	<u>26</u>
6 Samarbeid om beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede	<u>27</u>
Vedlegg	
Særavtaler mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag	<u>29</u>
Felles rutiner for samarbeid kommunene og Helse Nord-Trøndelag	<u>29</u>

Samarbeidsavtalen

1. Parter

Avtalen er inngått mellom _____ kommune (heretter kalt kommunen) og Helse Nord-Trøndelag HF (heretter kalt helseforetaket).

Denne samarbeidsavtalen inngås med virkning fra 01.01.2021 og erstatter tidligere samarbeidsavtale.

2. Bakgrunn

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

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

Med «retningslinjer» menes mer detaljerte beskrivelser, blant annet om konkrete pasientforløp, ansvars- og rollefordeling, partenes informasjons- og veiledningsansvar, finansiering, organisering, eventuelt behov for avklaring av arbeidsgiveransvar, mv. Kommunen og helseforetaket er gjennom lovverket tillagt hver sine kompetanse- og ansvarsområder. Virkeområdet for samarbeidsavtalen er de områder hvor det er behov for et samarbeid om tilbudet til pasienter.

Løpende dialog om samarbeidsområdene er nødvendig for gjennomføring av avtalen.

3. Formål

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

Avtalen skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig, forutsigbart og faglig godt tilbud i begge forvaltningsnivåene. 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.

Samarbeidet skal preges av en løsningsorientert tilnærming og prinsippet om at avgjørelser tas så nært brukeren som mulig. Kommunene og helseforetak skal være likeverdige partnere med felles eierskap og ansvar for pasientene framfor parter, jamfør [«Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefellesskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste»](#) og [Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023](#)

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

Målet er at pasientene skal oppleve at tjenestene:

- a) er faglig forsvarlige
- b) er samordnede og helhetlige
- c) er trygge og forutsigbare
- d) er preget av kontinuitet
- e) blir utført på en god måte på tvers av kommunene og helseforetaket
- f) er kostnadseffektive
- g) ivaretar pasientenes og brukernes rett til informasjon og medvirkning
- h) er utformet slik at språklige og kulturelle behov ivaretas.

4. Ansvars- og oppgavefordeling

Kommunen har ansvar for å gi nødvendig helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven, og helseforetaket har ansvar for å yte nødvendig helsehjelp etter spesialisthelsetjenesteloven. Saker av prinsipiell og/eller økonomisk karakter behandles av de organer som har beslutningsmyndighet på det enkelte forvaltningsnivå. Retningslinjene for tjenesteområdene skisserer ansvars- og oppgavefordeling i samarbeidsprosedyrer i et helhetlig forløp.

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

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

5. Retningslinjer for faglig samarbeid og særavtaler

5.1 Minimumskrav

Partene er enige 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.

5.2 Vedtaksmyndighet

- a) Samarbeidsavtalen samt retningslinjene vedtas av kommunestyrene og styret for helseforetaket.
- b) Handlingsplanen for samhandling med vedlegg skal vedtas i PSU og ASU.
- c) Revisjon av retningslinjer og utfyllende rutiner/prosedyrer knyttet til retningslinjene kan vedtas i ASU.
- d) Mindre endringer av samarbeidsavtalen kan gjøres gjennom vedtak i PSU og ASU.

5.3 Samarbeid ut over minimumskravet

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

5.4 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 er etablert samarbeidsorganer på tre nivå i nordre Trøndelag; politisk, administrativt og faglig.

6.1 Helsefellesskap

Det er inngått avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefellesskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Helsefellesskap mellom partnerne tar utgangspunkt i en tredelt struktur – et partnerskapsmøte, et strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg. Brukerrepresentanter og fastleger involveres på alle nivå. I nordre Trøndelag løses dette gjennom de etablerte samarbeidsorganene.

6.2 Politisk samarbeidsutvalg (PSU) - Partnerskapsmøtet

PSU er etablert på politisk / styrenivå, der partene gis mulighet til å drøfte strategiske og politiske spørsmål av betydning for samhandling om helse- og sosialtjenester. Formålet er å forankre overordnet retning og drøfte prinsipielle saker. PSU tilsvarer «Partnerskapsmøtet» jfr. [avtalen om Helsefellesskap](#) inngått mellom Regjeringen og KS i 2019, samt tilsvarende bestemmelser for samme organ som gjøres i Meld. St. 7 (2019-2020) - [Nasjonal Helse- og Sykehusplan](#) (NSHP) 2020-23.

Ordførerne i kommunene tilknyttet avtalen, samt styremedlemmer i helseforetaket kan foreslå saker til behandling til PSU. Sakene skal fremmes via felles sekretariat innenfor gitte frister.

6.2.1 Mandat

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

6.2.2 Oppnevning og sammensetning

PSU skal bestå av følgende representanter:

- a) Seks representanter fra kommunene, en fra hver kommuneregion fortrinnsvis ordførere. Disse oppnevnes av fylkestyret i Kommunesektorens Organisasjon (KS),
- b) Fire representanter oppnevnt av styret i helseforetaket. Disse oppnevnes av Helse Midt-Norge RHF.
- c) Representantene oppnevnes i utgangspunktet for fire år av gangen, og følger i hovedsak valgperiodene for kommune- og fylkestingsvalg. Andre valgperioder kan gjelde for representanter fra helseforetaket.

6.2.3 Observatører i PSU med tale -og forslagsrett

Listen er ikke uttømmende, og PSU kan oppnevne flere observatører.

- a) Leder i ASU
- b) Fylkesmannen i Trøndelag (ved Fylkeslegen)
- c) Fylkesordfører i Trøndelag Fylkeskommune
- d) Fylkesstyreleder KS Trøndelag
- e) Regiondirektør KS Trøndelag
- f) Samhandlingsleder for kommunene
- g) Administrerende direktør for helseforetaket
- h) Samhandlingsleder for helseforetaket
- i) Medisinsk fagsjef for helseforetaket
- j) Brukerutvalget i helseforetaket (1 representant)
- k) Brukerrepresentant fra kommunene (1 representant)

6.2.4. Arbeidsform

- a) Utvalget konstituerer seg selv og fastsetter sin egen møteplan, med 3-5 møter pr. år. Minimum ett av møtene skal avholdes i fellesskap med ASU.
- b) Utvalget velger selv sin leder og nestleder etter alminnelig flertallsvalg, eller ved å komme til enighet på annen måte. Dersom lederen representerer en kommune, skal nestlederen representere helseforetaket, eller omvendt.
- c) Saksliste og saksdokumenter med forslag til vedtak sendes medlemmene senest én uke før møtet. Saker som ikke er sendt ut innen denne fristen, kan som hovedregel ikke sluttbehandles.
- d) Observatører har møte- og talerett.
- e) Felles sekretariat forbereder og følger opp vedtak i samarbeid med leder
- f) PSU er beslutningsdyktig om minst 2 representanter fra hver av partene møter.
- g) Partene bærer selv sine kostnader med reise opphold o.l.
- h) Enhver har rett til å overvære møtene i PSU, i henhold til Kommunelovens §31, 1. ledd. Møtene kan imidlertid lukkes dersom særlige grunner omtalt i samme lovs §31, 2.-5. ledd, kommer til anvendelse.
- i) Medlemmene i PSU har ansvar for å informere, implementere og forankre saker/vedtak behandlet i PSU, hos dem de representerer, i kommunegrupper og helseforetak.

6.3 Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) – Strategisk samarbeidsutvalg

ASU er etablert på overordnet administrativt nivå mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene som er part i avtalen. Formålet er å etablere en samarbeidsarena for utvikling av helsetjenestene. ASU tilsvarer «Strategisk samarbeidsutvalg» jfr. [avtalen om Helsefellesskap](#) inngått mellom Regjeringen og KS i 2019, samt tilsvarende bestemmelser for samme organ som gjøres i Meld. St. 7 (2019-2020) - [Nasjonal Helse- og Sykehusplan](#) (NSHP) 2020-23.

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

6.3.1. Mandat

ASU har ansvar for å:

- a) følge opp samarbeidsavtalen, drøfte og gi anbefalinger i saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter.
- b) forberede og bistå en gjennomgang og eventuell revisjon av samarbeidsavtalen

- c) i den enkelte sak anbefale hvordan uenighet om evt. økonomisk løsning/ fordeling av påløpte utgifter mellom partene som det tvistes om kan løses.
- d) gi PSU en oversikt og innsikt som grunnlag for å fatte beslutninger om hva som skal prioriteres for å sikre utvikling og innovasjon av det helhetlige helse- og omsorgstjenestetilbudet i nordre del av Trøndelag
- e) så langt det er mulig etterstrebe konsensusbeslutninger i ASU. Dersom uenighet oppstår, forplikter partene seg til å søke dialog framfor kampvotering.
- f) behandle uenighetssaker som ikke lar seg avklare i fagrådene. Ved uenighet kan partene, eller en av partene, bestemme at saken oversendes partenes forhandlingsutvalg.
- g) vedta en helhetlig plan for neste års arbeid innenfor samarbeidsområdene. Vedtak gjøres i desember hvert år.
- h) sørge for at det blir utarbeidet retningslinjer som omtalt i § 6.2. punkt 2 i Helse- og omsorgstjenesteloven i henhold til punkt 5 i denne avtalen.
- i) godkjenne faglige retningslinjer for samhandling. Utvalget oppretter og avvikler fagråd etter behov. Utvalget oppnevner medlemmer og ledere til fagrådene.
- j) fokusere på erfaringsutveksling, kompetanseoverføring og felles møteplasser
- k) bidra til utvikling og spredning av gode modeller for samhandling
- l) ha en oppdatert oversikt over ulike samhandlingsprosjekter i regionen
- m) sørge for en felles overordnet informasjons- og kommunikasjonsstrategi i forhold til avtalene

6.3.2 Oppnevning og sammensetning

ASU skal bestå av følgende representanter:

- a) Én representant fra hver av kommunegruppene: Ytre Namdal, Indre Namdal, Midtre Namdal, Inn-Trøndelag, Innherred og Værnesregionen. Totalt seks representanter.
- b) Én representant for kommuneoverlegene
- c) Én representant for fastlegene
- d) Seks representanter fra helseforetaket

Representasjon fra kommunene skal ligge på kommunedirektør/rådmanns- eller kommunalsjefnivå. Representasjon fra helseforetaket skal ligge på direktør- eller klinikkssjefnivå.

Oppnevning fra kommunene skjer gjennom felles vedtak på kommunedirektør/rådmannsnivået i de enkelte kommuneregionene.

Oppnevning fra helseforetaket skjer gjennom vedtak fra administrerende direktør.

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

6.3.3 Observatører i ASU med tale -og forslagsrett

Listen er ikke uttømmende, og ASU kan oppnevne flere observatører.

- a) Fylkesmannen i Trøndelag (1 representant)
- b) KS Trøndelag (1 representant)
- c) Brukerutvalget i helseforetaket (1 representant)
- d) Brukerrepresentant fra kommunene (1 representant)
- e) Tillitsvalgte fra helseforetaket (2 representanter)
- f) Tillitsvalgt fra kommunene (2 representanter)
- g) Trøndelag Fylkeskommune (1 representant)
- h) Fagrådsledere
- i) Samhandlingsleder for helseforetaket

- j) Samhandlingsleder for kommunene

6.3.4 Arbeidsform:

- a) ASU konstituerer seg selv i starten på hver valgperiode.
- b) Utvalget velger selv sin leder og nestleder etter alminnelig flertallsvalg, eller ved å komme til enighet på annen måte. Dersom lederen representerer en kommune, skal nestlederen representere helseforetaket, eller omvendt.
- c) Saksliste og saksdokumenter med forslag til vedtak sendes medlemmene senest én uke før møtet. Saker som ikke er sendt ut innen denne fristen, kan som hovedregel ikke sluttbehandles.
- d) ASU er beslutningsdyktig om minst tre representanter fra hver av partene møter.
- e) Medlemmene i ASU har ansvar for å informere, implementere og forankre saker/vedtak behandlet i ASU, hos dem de representerer, i kommunegrupper og helseforetak.
- f) ASU kan opprette og nedlegge arbeidsgruppe / fagråd / fagnettverk / ad-hoc utvalg, og kan innkalle andre representanter ved behov.
- g) ASU har møter 4-5 ganger i året, og ellers ved behov. Minimum ett av møtene skal avholdes i fellesskap med PSU.
- h) Partene bærer selv sine kostnader med reise opphold o.l.
- i) Enhver har rett til å overvære møtene i ASU, i henhold til Kommunelovens §31, 1. ledd. Møtene kan imidlertid lukkes dersom særlige grunner omtalt i samme lovs §31, 2.-5. ledd, kommer til anvendelse.

6.4. Forhandlingsutvalg:

6.4.1. Mandat

Reforhandling av samarbeidsavtalen må vedtas av både PSU og ASU.

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

6.4.2 Sammensetning

Forhandlingsutvalget skal bestå av:

- a) 3 medlemmer fra kommunene, som også er medlemmer i ASU
 - b) 3 medlemmer fra helseforetaket, som også er medlemmer i ASU
- Sekretariatet ivaretar sekretariatsfunksjonen for forhandlingsutvalget.

6.5. Fagråd

6.5.1 Sammensetning

Den nye samarbeidsavtalen legger opp til at tidligere fagrådsmodell erstattes av en ny fagrådsmodell, med følgende fem fagråd:

- a) Fagråd for akuttmedisinsk kjede og beredskap
- b) Fagråd for pasientsamarbeid
- c) Fagråd for helsefremming, forebygging, læring og mestring
- d) Fagråd for legesamarbeid
- e) Fagråd for digital samhandling

6.5.2. Mandat

- a) Arbeider etter oppdrag fra ASU og handlingsplan for samhandling.
- b) Retningslinjer og prosedyrer for fagrådene bør være mest mulig like.
- c) Faglige retningslinjer utarbeides av fagrådene og godkjennes av administrativt samarbeidsutvalg.
- d) Fagråd er partssammensatte og følger som hovedregel de samme prinsippene for representasjon og arbeidsform som ASU (jf. Pkt. 6.3.2, 6.3.3, 6.3.4). Representanter oppnevnes av ASU.
- e) Partene bærer selv sine kostnader.
- f) Medlemmene i fagråd har ansvar for å informere, implementere og forankre saker/vedtak behandlet i fagråd, hos dem de representerer, i kommunegrupper og helseforetak.
- g) Fagråd kan opprette underutvalg på konkrete og tidsavgrensede oppdrag. Ved etablering av undergrupper på konkrete fagområder vurderes bruk/gjenbruk av fageksperter i Helseplattformen.

6.5.3 Oppnevning og sammensetning

Hvert enkelt fagråd skal bestå av følgende representanter:

- a) Én representant fra hver av kommunegruppene: Ytre Namdal, Indre Namdal, Midtre Namdal, Inn- Trøndelag, Innherred og Værnesregionen. Totalt 6 representanter.
- b) 6 representanter fra helseforetaket, fortrinnsvis representert fra ulike klinikker/avdelinger eller på annen måte representativt sammensatt.

Representasjon i fagråd skal primært bestå av enhetsleder- eller virksomhetsledernivå fra kommunene og avdelingsleder- eller seksjonsledernivå fra HNT, eller representanter disse oppnevner.

Oppnevning fra kommunene skjer gjennom felles vedtak på kommunalsjefnivå i de enkelte kommuneregionene.

Oppnevning fra helseforetaket skjer gjennom vedtak i foretaksledelsen eller på klinikkledernivå. Fagrådsmedlemmene skal rapportere tilbake til tilsvarende ledergruppe som de er utnevnt fra.

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

6.5.4 Arbeidsform

- a) Hvert enkelt fagråd konstituerer seg selv i starten av hver valgperiode.
- b) Fagrådet velger selv en leder og en nestleder etter alminnelig flertallsvalg, eller ved å komme til enighet på annen måte. Dersom lederen representerer en kommune, skal nestlederen representere helseforetaket, eller omvendt.
- c) Lederen i hvert enkelt fagråd representerer fagrådet som observatør i ASU, med møte- og talerett. Nestleder er vararepresentant.
- d) Lederen og nestlederen har i fellesskap sekretariatsfunksjon og er arbeidsutvalg for sitt fagråd. Dette skal imidlertid skje i nært samarbeid med samhandlingssekretariatet.
- e) Fagrådet fastsetter selv sin møteplan, og lokalisasjoner for møtene. Antall møter bør ligge på 4-6 møter i året. Møteplanen bør imidlertid koordineres gjennom sekretariatet, slik at møtekollisjoner med andre organer unngås.
- f) Partene bærer selv sine utgifter tilknyttet deltakelse i fagråd.

6.6 Fagnettverk

- a) ASU kan opprette fagnettverk etter behov.
- b) Fagnettverk kan bistå ASU og fagrådene innenfor sine fagområder.

- c) Fagnettverk konstituerer seg selv med leder og sekretær, som kan alternere hvert annet år mellom helseforetak og kommunen.
- d) Partene bærer selv sine kostnader.

6.7 Dialogmøter mellom kommunegrupperinger og helseforetaket:

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

6.8 Brukermedvirkning

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

6.9 Sekretariat og arbeidsutvalg (AU)

Sekretariatsfunksjonen skal følge intensjonen i avtalen om Helsefellesskap, som sier at «*et velfungerende sekretariat vil være et viktig virkemiddel for å sikre åpenhet og legitimitet i beslutningsprosessene, og oppnå konsensusbeslutninger*». Sekretariatsfunksjonen er en sentral forutsetning for at partene kan samordne, effektivisere og kvalitetssikre forberedelsene og behandlingen av sakene i PSU og ASU.

6.9.1 Sammensetning sekretariat

Sekretariatet består av samhandlingsleder for helseforetaket, og samhandlingsleder for kommunene. Deres rolle, ansvar og myndighet er likeverdige, og konsensusbeslutninger skal etterstrebes.

6.9.2 Sammensetning arbeidsutvalg

Arbeidsutvalget består av 2-3 representanter fra kommunene og 2-3 representanter fra helseforetaket:

- a) Leder i ASU – som også er leder av AU
- b) Leder i PSU
- c) Samhandlingsleder for helseforetaket
- d) Samhandlingsleder for kommunene/KS
- e) Én helseleder, samhandlingsrådgiver eller ASU-medlem fra helseforetaket
- f) Én helseleder, samhandlingsrådgiver eller ASU-medlem fra kommunene
- g) Én øvrig relevant medlem fra enten helseforetaket eller kommunene, avhengig av hvem lederen i ASU/AU representerer

6.9.3 Mandat

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

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

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

Rutine for avvikshåndtering og systematisk forbedringsarbeid:

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

Læring og spredning av kvalitetsforbedring og sikkerhetsarbeid skal foregå som:

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

8. Plikt til gjennomføring og forankring

Partene forplikter seg til å:

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

9. Håndtering av uenighet og tvisteløsning

9.1 Håndtering av uenighet

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

- a) Dersom det oppstår uenighet eller uoverensstemmelser i samarbeidet, skal det forsøkes å løses på laveste mulig forvaltningsnivå.
- b) Prinsipielle pasientrelaterte enkeltsaker søkes løst i fagrådet. Oppnås det ikke enighet i fagråd, sender fagrådet saken videre til ASU.
- c) Oppnås ikke enighet om en tolkning som aksepteres av partene, og partene finner det hensiktsmessig, sendes saken til forhandlingsutvalget.
- d) Hvis partene ikke blir enige etter forhandlinger kan partene løfte uenigheten inn for [Tvisteløsningsnemda for helse- og omsorgssektoren](#). og/eller videre til rettslig avgjørelse.

9.2 Tvisteløsning

- a) Dersom uenighet/tvist ikke blir løst gjennom forhandlinger innen 2 måneder, kan partene bringe tvist inn for Tvisteløsningsnemda for helse- og omsorgssektoren. Ved innsending av sak til Tvisteløsningsnemda for helse- og omsorgssektoren skal partene bli enige om hvorvidt nemndas avgjørelse skal være endelig.

- b) Dersom partene ikke ønsker at avgjørelse fra Tvisteløsningsnemda for helse- og omsorgssektoren skal være bindende mellom partene, kan tvist reises for de ordinære domstoler.
- c) Inn-Trøndelag tingrett er verneting for partene i avtalen. Dersom en tvist 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 Lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) av 17.06.2005 nr. 90.

10. Mislighold

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

11. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft ved signering 01.01.2021, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd. Avtalen skal gjennomgås og eventuelt revideres dersom partene er enige om det, men ikke senere enn fire år etter at avtalen har trådt i kraft. En framtidig revisjon av denne samarbeidsavtalen må ses i sammenheng med eventuelle revisjoner av avtaler i søndre Trøndelag og Møre og Romsdal.

12. Innsending av avtaler til Helsedirektoratet

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

Dato

Helse Nord-Trøndelag

kommune

Retningslinje 1 - Pasientsamarbeid

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

Det er hjemlet i [lov om helse- og omsorgstjeneste med mer § 6-2 nr. 2, 3 og 5](#) og [lov om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.](#) og [forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter](#)

1. Formål

Retningslinjene skal sikre at alle pasienter får et forutsigbart, faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og helseforetaket. Pasientsamarbeidet skal sikre at pårørende skal være godt informert og medvirke til plan for videre behandling, der det er aktuelt.

Retningslinjen skal sikre godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og helseforetaket om pasienter som har eller antas å ha behov for kommunale tjenester.

Ved videreutvikling av i EPJ-løsninger skal partene fortløpende ta i bruk funksjonalitet som muliggjør mer standardisert og tilgjengelig informasjon i pasientsamarbeidet.

2. Felles ansvar for pasientsamarbeid

- Ta initiativ til samarbeidsmøter for å planlegge nødvendig helsehjelp og tiltak etter *utskriving*
- Samarbeidet mellom koordinator i kommunen og helseforetaket skal avklares, og når pasientene har behov for koordinerte tjenester avklares hvem som er kontaktansvarlig i kommunen og helseforetaket.
- Partene er enig om å legge [Nasjonal veileder IS-1947](#) fra Helsedirektoratet til grunn i arbeidet med å utvikle felles forståelse av habilitering og rehabilitering på individ og systemnivå.
- Koordinerende enhet i helseforetaket og i kommunen skal ha oversikt over pasientforløp i egen organisasjon for å oppnå samhandling på system- og individnivå.
- Delta i ansvarsgrupper både før, under og etter pasient/brukers sykehusopphold når det er behov for det
- Samarbeide om behov for hjelpemidler, slik det er beskrevet i felles [Rutine for hjelpemidler](#)
- Involvere [pårørende](#)

2.1 Informasjonsutveksling når pasients/brukers pårørende trenger bistand

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

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

2.2 Informasjonsutveksling når mindreårige barn er pårørende

Helseforetaket og kommunen har ansvar for å avklare om pasient/bruker har mindreårige barn som pårørende, og om barnets situasjon er vurdert og ivaretatt, [if helsepersonellovens § 10a](#) og [helsenorge](#).

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

3 Samarbeid om døgntil behandling

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

Det er utarbeidet egne rutiner for innleggelse og utskrivning av pasienter med behov for kommunale tjenester (vedlegg til retningslinje 1).

3.1 Unntaksbestemmelser

a) Pasient som skriver seg ut på eget ansvar

Pasienten kan i noen tilfeller ønske å reise før kommunen har svart på «Melding om utskrivningsklar pasient», eller skrive seg ut mot helseforetakets anbefaling. Det skal benyttes PLO-meldinger for at informasjonen skal være gitt og dokumentert i begge journalsystemer.

Forutsetninger for unntaket:

- I. Pasienten er utskrivningsklar og det er sendt:
 - Helseopplysning – oppdatert
 - Epikrise eller tilsvarende informasjon
 - Melding om Utskrivningsklar pasient
- II. Pasienten er samtykkekompetent og ønsker selv å reise hjem før kommunen varsler at de kan ta imot pasienten.
- III. Sykehuset har vurdert at det er faglig forsvarlig å skrive ut pasienten uten kommunale tjenester fordi pasienten klarer seg selv, eller pasienten har pårørende som ønsker å ta ansvar for pasienten inntil kommunale tjenester er på plass

b) Ekstraordinær hendelse eller omstendigheter utenfor partenes kontroll (Force majeure)

Helseforetaket og kommunene kan på grunn av en ekstraordinær driftssituasjon måtte fravike rutine for pasientsamarbeid. Dette forutsetter en avklaring mellom partene i hvert enkelt tilfelle.

3.2 Krav til redegjørelse

Kommunen har krav på redegjørelse for de vurderinger foretaket har gjort, [jamfør § 9 i forskriften om utskrivningsklare pasienter](#). Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve vurderingene foretatt av foretaket. [Jamfør § 14 i forskriften om utskrivningsklare pasienter](#).

3.3 Betaling for utskrivningsklar pasient

Betaling for utskrivningsklare pasienter på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud er regulert i forskriften. [Jamfør § 13 i forskriften om utskrivningsklare pasienter](#)

4. Samarbeid om polikliniske pasienter

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

5. Samarbeid om pasienter med behov for koordinerte tjenester

Det samarbeides om individuell plan (IP) for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte pasient/bruker,

Helseforetaket og kommunen har utarbeidet rutiner for samarbeid i komplekse pasientsaker.

Jamfør: [Samarbeidsavtale for ansvarsavklaringer i komplekse pasientsaker](#).

Aktuelt lovverk:

- [pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-5, 2-5a,](#)
- [spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-5, 2-5a, 2-5b, 2-5c,](#)
- [psykisk helsevernloven §§ 4-1,](#)
- [helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1, 7-2, 7-3,](#)
- [forskrift om habilitering og rehabilitering.](#)

5.1 Helseforetakets ansvar:

- a) Starte habilitering- og rehabiliteringstiltak så snart som mulig under institusjonsopphold
- b) Melde fra til koordinerende enhet i kommunen ved behov for individuell plan og/eller kommunal koordinator og samarbeide med kommunen om dette
- c) Vurdere samarbeidsmøter før utskriving når pasient/bruker har behov for omfattende kommunale tjenester

5.2 Kommunens ansvar:

- a) Sørge for å utarbeide individuell plan, tilby koordinator og vurdere å opprette ansvarsgrupper ved behov
- b) Følge opp bestilling av nødvendige hjelpemidler i samarbeid med helseforetaket, og sikre nødvendig opplæring jf. [Rutine for hjelpemidler](#)

Vedlegg til retningslinje 1

Rutiner om pasientsamarbeid ved innleggelse og utskrivning

Det er utarbeidet felles rutine for bruk av e-meldinger: [rutine for bruk av e-meldinger](#).

1. Henvisning

1.1 Kommunens ansvar og oppgaver

- a) Vurdere andre helsetjenester i kommune før pasienten henvises helseforetaket for vurdering.
- b) Beslutter i samråd med AMK hvilken transport pasienten trenger til helseforetaket (jf. [Pasientreiser](#)), samt hastegrad (jf. [Medisinsk index](#))
- c) Vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport til helseforetaket
- d) Henvisning inneholder alle relevante opplysninger som er nødvendig ved innleggelse for å kunne starte videre utredning/behandling så raskt som mulig. Henvisningen sendes elektronisk og utformes iht. til nasjonal veileder for henvisning til
- e) Helsepersonell skal sikre at informasjonen om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som ytes, blir gitt til nærmeste pårørende hvis forholdene tilsier det. Barn som pårørende skal ivaretas og få relevant informasjon og oppfølging.
- f) Ved livstruende situasjoner kan ambulansepersonell i samarbeid med henvisende instans og AMK, transportere pasienten direkte til helseforetaket. Melding til helseforetaket for klargjøring av mottak med relevant personell, skal gjøres uten ugrunnet opphold.
- g) Kommunen skal gi nødvendige opplysninger om tjenester, medikamenter, sykehistorie og funksjonsnivå senest innen 4 timer etter mottatt informasjon om innleggelsen, tilsvarende elektronisk innleggingsrapport. (rutine for informasjonsutveksling) Ved behov for supplerende opplysninger sendes disse senest innen 24 timer etter innleggelsen.
- h) Pasienten er kommunens ansvar inntil vedkommende er innlagt, og 24 timers varsel er sendt.
- i) Kommunen skal ikke gi løfter eller tilsagn om tjenester på helseforetakets vegne.

1.2 Helseforetaket ansvar og oppgaver

- a) Helseforetaket tilbyr konferansemulighet ved alle øyeblikkelig hjelp innleggelser.
- b) Helsepersonell skal sikre at informasjonen om pasientens helsetilstand, og den helsehjelp som ytes, blir gitt til nærmeste pårørende når forholdene tilsier det. Barn som pårørende skal ivaretas og få relevant informasjon og oppfølging.
- c) Avklare om pasienten har helse – og omsorgstjenester i egen kommune og varsle så snart som mulig om innleggelsen.
- d) Innhente supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, fastlege, tilsynslege og pårørende ved behov.
- e) Behandlende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med tilstedeværelse av ledsager under oppholdet, i samarbeid med pårørende når det er aktuelt.
Jf. [Ledsager fra kommunen under sykehusopphold](#)
- f) Hvis det vurderes at pasienten ikke har behov for spesialisthelsetjeneste, tar helseforetaket kontakt med henvisende lege i kommunen, og det vurderes i fellesskap videre behandling. Beslutningen om kommunale tjenester ligger til kommunen.
- g) Når pasientforløpet krever avtale om direkte kontakt til helseforetaket, kan pasienten selv eller helse- og omsorgstjenesten avtale innleggelse direkte med oppfølgende klinikk. Kommunens kontaktperson skal informeres.

- h) Ved planlagte innleggelser: Pasient og henvisende lege skal varsles om resultat etter vurdering av henvisningen, og gis dato for innleggelse, evt. ukenummer for innleggelse.
- i) Ved innleggelse vurderes det om pasienten har behov kommunale helsetjenester etter utskriving. Det er viktig med tidlig varsling for å sikre faglig forsvarlig pasientforløp mellom helseforetaket og helse- og omsorgstjenesten i kommunen.
- j) 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.
- k) Informasjon skal gis innen 24 timer etter innleggelsen.
 - Informasjon skal inneholde: pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.
 - Helseforetaket skal informere kommunen dersom det blir endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov / funksjonsnivå.
 - Ved dødsfall skal kommunen informeres umiddelbart.

2. Samarbeid under innleggelse

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

3. Samarbeid om pasientforløp ved utskriving

Pasienten besluttet først å være utskrivningsklar, og nødvendig informasjon sendes kommunen (jf.pkt. 3.1.1). Når kommunen har bekreftet at pasienten kan mottas, følges rutiner for utreiseklar pasient (pkt. 3.1.2) for å sikre en forsvarlig utskriving til kommunen.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter beskriver kriteriene for når en pasient er utskrivningsklar - [§ 9 i forskriften](#):

Pasient i somatisk døgnavdeling er utskrivningsklar når lege ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen.

Pasient i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet er utskrivningsklar når lege eller psykolog ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

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

- e) *pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.*

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

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

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

3.1 Helseforetakets ansvar og oppgaver:

- a) Når en pasient er definert utskrivningsklar, skal kommunen varsles så tidlig som mulig. Varsling skal tilstrebes på dagtid mellom 08.00 og 15.00 (mandag – fredag)
Jfr. [Rutiner for elektronisk meldingsutveksling](#).
- b) 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.
- c) Helseforetaket skal ikke gi løfter eller tilsagn om tjenester på kommunens vegne.
- d) Ved behov for hjelpemidler er samarbeidet beskrevet i [Rutine for hjelpemidler](#)
- e) Helseforetaket rekvirerer transport tilpasset pasientens situasjon etter kriteriene til [Pasientreiser](#).
- f) I tillegg til nødvendig informasjon sendt til kommunen, skal pasienten få med seg tilpasset skriftlig informasjon om oppholdet og videre plan.
- g) Helseforetaket er forpliktet til å ivareta den utskrivningsklare pasienten i påvente av at kommunen kan gi et faglig forsvarlig tilbud.

3.1.1 Utskrivningsklar pasient

Pasienten er utskrivningsklar når:

- a) Når lege / behandler i sykehuset har besluttet at pasienten er utskrivningsklar
- b) Følgende dokumenter er sendt kommunen elektronisk i denne rekkefølge, for at kommunen skal kunne vurdere videre oppfølging:
 - i. Helseopplysninger – oppdatert er sendt *Saksbehandlingstjenesten*. Med oppdaterte medikamentopplysninger og andre nødvendige legeopplysninger, plan for videre behandling og oppfølging. Eventuelle tilleggs-rapporter med informasjon om forventet funksjonsnivå etter utskriving.
 - ii. Melding om utskrivningsklar pasient

3.1.2 Utreiseklar pasient

Pasienten er utreiseklar når:

- a) Svar er mottatt fra kommunen om / når pasienten kan mottas
- b) Informasjon er gitt til pasient og eventuelt pårørende

- c) Transport er ordnet
- d) Eventuelt medikamenter / utstyr er klargjort for å sendes med pasienten
- e) Utskrivingsrapport til kommunen er sendt
- f) Epikrise eller tilsvarende informasjon, med eventuelle endringer i pasientopplysninger etter at pasienten ble vurdert som utskrivningsklar, sendes elektronisk ved utreise.
- g) Melding om utskrevet pasient sendes når pasienten reiser

3.1.3 Innhold i nødvendig informasjon til helse og omsorgstjenesten

- a) Medikamentopplysninger hvor det skal spesifiseres hvilke medisiner som er endret/seponert med begrunnelse.
- b) Anbefalinger om videre oppfølging.
- c) Helseopplysning / Utskrivningsrapport som skal inneholde:
 - Funksjonsbeskrivelse
 - Eventuelt anbefalte videre tiltak
 - Eventuelle rapporter fra andre faggrupper skal følge med til aktuelle kommunale instanser.

3.2 Kommunens ansvar og oppgaver:

- a) Kommunen skal straks 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 behov for medikamenter / utstyr
- b) Kommunene skal normalt ta imot pasienter samme dag (dag 0) forutsatt at nødvendig informasjon er sendt i perioden 8-15 mandag til fredag

Retningslinje 2

Samarbeid om kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og samarbeid om forskning og utdanning

Hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 6-2 nr. 6 og 7, lov 2.7.1999 nr. 61 om spesialisthelsetjeneste § 2-1 e og flere

1. Formål

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

2. Virkeområde

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

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

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

3.1. Gjensidig kunnskapsoverføring

- a) Partene skal utvikle handlingsstrategier for kompetanseoverføring som samsvarer med den enhver tids gjeldende oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner og helseforetak
- b) Det er utarbeidet en felles forståelse av hva veiledning skal innebære, med avgrensninger mot:
 - Den enkelte pasient
 - Grupper av pasienter
 - Behov for overføring av ny kunnskap, metoder og prosedyrer
- c) Systematisk vedlikehold av kunnskap til grupper av helsepersonell
- d) Partene plikter å gjøre kjent for hverandre ulike kurs og fagdager som avholdes
- e) Partene er enige om å bruke et lett tilgjengelig og forståelig språk i alle former for dokumenter og informasjonsmateriell som har betydning for pasienter, pårørende og helsepersonell

3.2. Veiledningsplikten

Kommunene og helseforetaket har en gjensidig veiledningsplikt.

- a. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten: *Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. [jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 6-](#)*

- b. Kommunenes veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten: *Personell som yter tjenester omfattet av loven her, skal gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. [jfr helse og omsorgstjenesteloven §5-11](#)*

3.3. Felles samarbeid om rekruttering, hospitering, kompetanseutvikling og lignende tiltak

Kommunene og helseforetaket skal jobbe sammen om å løse felles utfordringer innen rekruttering, hospitering kompetanseutvikling o.l. Herunder gjelder spesielt følgende:

- a. Utvikle systematiske tiltak for å få tilstrekkelig rekruttering av helsepersonell til begge parter. Partene må ses i sammenheng på dette området. Tilsvarende tiltak må utvikles for å beholde flest mulig av de som er rekruttert som helsepersonell over tid i regionen.
- b. Bedre samhandlingen mellom kommunene og helseforetaket ved at medarbeiderne får økt kunnskap om hverandres arbeidsfelt og kompetanse
- c. Styrke kompetansen blant helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten for å gi pasienten/brukeren tjenester på riktig omsorgsnivå.
- d. Bygge faglige nettverk mellom helsepersonell på ulike nivåer og mellom ulike fagprofesjoner.
- e. Utvikle muligheter for kombinerte stillinger mellom helseforetaket og kommunene

Utviklingen innenfor disse punktene må ses i sammenheng med utvikling innenfor utdanning, praksis og læretid, og da i tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene (se pkt. 4.2).

For øvrig er handlingsplanen for samhandling førende for dette samarbeidet, og inneholder konkrete handlingsstrategier for arbeid med bl.a. kompetanseheving og kunnskapsoverføring på ulike områder.

4. Samarbeid om forskning og innovasjon, utdanning.

4.1. Forskning

Partene er enige om:

- a) å etablere samarbeidsfora for forskning
- b) å bidra til innovasjon mellom aktuelle aktører
- c) å beskrive hvordan samarbeidet om FOU-tiltak skal foregå
- d) å arrangere felles fagdager o.l. rundt denne tematikken.

4.2. Utdanning, praksis og læretid

Partene er enige om:

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

Retningslinje 3

Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barseltilbud

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

1 Formål

Formålet med retningslinjen er at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, jfr. [St. meld. nr. 12 \(2008-09\)](#) og [Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen](#) (Helsedirektoratet, 2014) og [Helhetlig plan for svangerskap, fødsel og barselomsorg i Midt-Norge](#).

2 Virkeområde

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

3 Kvalitetskrav i fødselsomsorgen

3.1 Prioriteringer

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

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

3.2 Samarbeid

Ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunene og helseforetaket utøves gjennom fagråd for pasientsamarbeid. Fagrådet skal følge opp dette gjennom samarbeid på følgende områder:

- a) Hvordan anbefalingene i Veileder om «Et trygt fødetilbud» - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (Helsedirektoratet, 2010) skal innfris.
- b) Hvordan tverrfaglig samarbeid og utveksling av informasjon mellom tjenestene og nivåene skal ivaretas, herunder tilgang og bruk av felles prosedyrer.
- c) Hvordan utviklingen av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels og barselomsorg skal gjennomføres, herunder obligatorisk hospiteringstjeneste.
- d) Følgetjenesten, herunder organisering av beredskap for følgetjeneste og utvikling av standarder.
- e) Samarbeidsarenaer, herunder faglig samarbeidsarenaer for utveksling av kompetanse og prosedyrer.

3.3 Oppgave og ansvarsfordeling

3.3.1 Helseforetakets oppgaver:

- a) Bidra til kompetanseutvikling for kommunalt helsepersonell, herunder å legge til rette for hospitering av kommunale jordmødre ved fødeavdelingene
- b) Sørge for en velfungerende følge- og beredskapstjeneste i de kommunene som er aktuelle for ett slikt tilbud. Veileder om «Et trygt fødetilbud» - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (Helsedirektoratet, 2010) legger til grunn at «et behov for en døgkontinuerlig vaktberedskap og

følgetjeneste der det er halvannen times reisevei til fødestedet. Dette er en veiledende grense». Vurdering av denne grenseoppgangen tillegges fagråd for helhetlige pasientforløp.

- c) Sørge for nødvendig opplæring av eget personell

3.3.2 Kommunens oppgaver:

- a) Bidra og samhandle i organiseringen og utviklingen i svangerskaps- og barselomsorgen sammen med helseforetaket.
- b) Sørge for nødvendig opplæring av eget personell

Retningslinje 4 Digital samhandling

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

1 Bakgrunn

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

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

Partnere må bidra til at samhandlingsfunksjonalitet i nye EPJ-løsninger og nasjonale moduler utviklet av Direktoratet for e-helse implementeres på en hensiktsmessig måte. Dette gjelder enten det er Helseplattformen eller andre løsninger.

2 Formål

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

Elektronisk kommunikasjon mellom tjenesteytere skal ha følgende effekter:

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

3 Virkeområde

Denne tjenesteavtalen gjelder:

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

4 Sentrale plikter, oppgaver og ansvar i forhold til lov

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

5 Forløp og videreføring av elektronisk samhandling

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

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

6 Oppgaver og ansvar

Felles samhandling ivaretas av fagråd for pasientsamarbeid.

6.1 Felles ansvar

6.1.1. Felles rutiner elektronisk samhandling

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

- a) akseptert responstid på meldinger og feilretting
- b) felles kontaktpunkt for avvikshåndtering
- c) driftsavtaler
- d) felles opplæringsprogram ved felles funksjonalitet
- e) felles plattform for interaktiv samhandling
- f) videreutvikling av elektronisk velferdsteknologi
- g) felles meldingstjener lagt til Norsk Helsenett

6.1.2. Rutiner for nødvendig kvalitet og sikkerhet

Kommunen og helseforetaket skal ha nødvendige kvalitets- og sikkerhetsrutiner knyttet til:

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

6.2 Helseforetakets ansvar

Fagsystemene skal være tilrettelagt for:

- a) elektroniske meldinger
- b) epikriser, brev og notat
- c) rekvisisjoner
- d) røntgensvar
- e) laboratoriesvar

6.3 Kommunens ansvar

Fagsystemene skal være tilrettelagt for:

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

Retningslinje 5

Samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid

er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 6-2 nr. 2 og 10 og lov 2.7.1999 nr. 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1 Formål

Retningslinjens hensikt er å fremme helsefremming og forebygging for å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester. Retningslinjen skal sikre god samhandling på områder innen helsefremming og forebygging, hvor både kommunen og helseforetaket har et ansvar for tiltak.

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

2 Virkeområde

Retningslinjen gjelder samarbeid om helsefremmende og forebyggende aktiviteter/tiltak på definerte områder for alle befolkningsgrupper. Retningslinjen omfatter helsefremmende og forebyggende aktivitet som skjer i regi av partene, og hvor samarbeid mellom partene vil styrke tiltakets forebyggende effekt, og mulighet for å lykkes med tiltaket.

3 Ansvars og oppgavefordeling

Ansvaret ivaretas av fagråd for helsefremming, forebygging, læring og mestring.

3.1 Samarbeidsområder

- Partene skal i samarbeid forebygge sykdom, og begrense følgetilstander av sosial-, psykososial- og medisinske årsaker.
- Partene skal samarbeide om helsefremmede helsearbeid samt forebygge sykdom, og begrense følgetilstander av sosial-, psykososial- og medisinske årsaker.
- Partene skal i tillegg samarbeide om lærings- og mestringstilbud.

3.2 Lærings- og mestringstilbud

Kommunene og helseforetaket skal samarbeide om lærings- og mestringstilbud på der dette er hensiktsmessig.

Konkrete samarbeidstiltak er:

- Samarbeid om lærings- og mestringstilbud på individ- og gruppenivå.
- Samarbeid om Lærings- og mestringstilbud til pasienter og pårørende.
- Samarbeid om kompetansedeling og utvikling innen helsepedagogikk etter kunnskapsbasert praksis.

3.3 Helseovervåking

Kommunene er pålagt å holde oversikt over helsetilstanden i befolkningen og positive og negative faktorer som kan påvirke denne, jfr. [lov om folkehelsearbeid §5, 1. ledd](#). Oversikten er grunnlaget for folkehelsearbeid og forebyggende virksomhet. I oversikten inngår også data om forbruk av helsetjenester. Oversikten skal baseres på innhenting av informasjon fra en rekke kilder, inklusive fra spesialisthelsetjenesten.

3.4 Råd og bistand

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

Tilsvarende trenger helseforetaket informasjon og data fra kommunene for å kunne dimensjonere, utvikle og tilpasse tjenestene til befolkningens behov.

Retningslinje 6 - Samarbeid om omforente beredskapsplaner og om planer for den akuttmedisinske kjede

Er hjemlet i lov kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 § 6.2 nr. 11 og lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 § 2.1 e.

1. Formål

Retningslinjen skal opprettholde og styrke den totale helseberedskap som partene skal bidra til. Retningslinjen skal også opprettholde og styrke kvaliteten på sammenhengende akuttmedisinsk tjenesteforløp.

Ett viktig formål er at 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.

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

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

2. Virkeområde

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

Partene skal når nødvendig koordinere med tilstøtende parter sør i Trøndelag for å ivareta felles utfordringer.

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

3. Ansvars og oppgavefordeling

3.1 Generelt

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.

3.2 Samordning

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

- a) Omforent forståelse for roller, ansvar og myndighet
 - Etablere fagråd som forum for diskusjon av samordnings utfordringer. Legge til rette for at partene kan diskutere saker hvor det er behov for bedre samordning.
 - Identifisere svikt og forbedringsområder og finne fram til løsninger som partene kan enes om.
 - Klargjøre ansvar og oppgaver for helseforetaket og kommunen relatert til selvstendige og sammenfallende ansvar og oppgaver.
 - Operasjonalisere nasjonale og regionale planer, veiledere mv og foreslå felles faglige retningslinjer som er førene for helseforetaket og kommunene.
- b) 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
- c) Beredskapsplaner
 - Bidra til at relevante beredskapsplaner blir oppfattet som dekkende for avtalepartenes egne og sammenfallende behov.
- d) 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
- e) 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.
- f) Informere

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

4. Samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede

- a) Partene plikter å samarbeide om utvikling av de akuttmedisinske tjenester slik at tilbudet blir helhetlig, tilgjengelig og av god kvalitet, uavhengig av bostedskommune.
- b) Partene skal drøfte strukturelle endringer som angår den akuttmedisinske kjede før endringer besluttet.
- c) Være orientert om hverandres beredskapsplaner som har betydning for samhandling

Vedlegg

Godkjente særavtaler mellom kommune og Helse Nord-Trøndelag

1	<u>Særavtale – Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud</u> <u>Bindal, Flatanger, Grong, Høylandet, Leka, Lierne, Namsskogan, Namsos, Nærøysund, Osen, Overhalla, Røyrvik.</u> <i>jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 6.2 nr. 4 og punkt 5.4 i samarbeidsavtalen</i>
2	<u>Særavtale – Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud,</u> <u>Inderøy, Snåsa, Steinkjer.</u> <i>jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 6.2 nr. 4 og punkt 5.4 i samarbeidsavtalen</i>
3	<u>Særavtale – Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud</u> <u>Frosta, Levanger, Verdal.</u> <i>jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 6.2 nr. 4 og punkt 5.4 i samarbeidsavtalen</i>
4	<u>Særavtale – Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud</u> <u>Meråker, Stjørdal, Selbu, Tydal.</u> <i>jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 6.2 nr. 4 og punkt 5.4 i samarbeidsavtalen</i>
5	<u>Særavtale om drift av Inn-Trøndelag DMS 2018</u>
6	<u>Særavtale om drift av Værnes-regionen DMS 2018</u>
7	<u>Særavtale om sykehustjeneste for leger i spesialisering i allmenn-medisin (ALIS) 2020</u>

Rutiner knyttet til gjeldende samarbeidsavtale.

Rutinene revideres fortløpende ved behov, og godkjennes i ASU.

1	<u>Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselstilbud</u>
2	<u>Anbefalinger i forhold til transfusjon av blod og blodprodukter utenfor sykehus.</u>
3	<u>Rutine for meldingsutveksling av PLO meldinger</u>
4	<u>Rutine for hjelpemidler</u>
5	<u>Rutine for innleie av ledsager fra kommunene ved innleggelse i sykehus</u>
6	<u>Rutine for samarbeid i komplekse pasientsaker</u>
7	<u>Individuell plan</u>
8	<u>Hospiteringsordningen mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF</u>
9	<u>Retningslinjer for legesamarbeid</u>
10	<u>Samhandlingsavvik og forbedringsforslag</u>
11	<u>Rutine for oppnevning og honorering av brukerrepresentasjon</u>
12	<u>Orientering om veiledningsplikten</u>