

**Tjenesteavtale nr 5  
mellom  
Værøy kommune og Nordlandssykehuset HF (NLSH HF)**

**Ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i, og utskrivning av pasienter  
fra spesialisthelsetjenesten**

**Ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i, og utskrivning av pasienter fra  
spesialisthelsetjenesten**

**1. Parter**

Avtalen er inngått mellom Værøy kommune og NLSH HF.

**2. Bakgrunn**

Denne tjenesteavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5 første avsnitt nr. 5.

**3. Formål**

Formålet med denne avtalen er å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver vedrørende opphold i, og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten av pasienter innen somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern.

Avtalen skal bidra til

- a) at pasienten skal oppleve en best mulig sammenhengende helsetjeneste
- b) et løsningsfokuset samarbeid om pasienter med forventet behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, slik at pasienten, uten forsinkelser, får et godt tilbud på riktig sted
- c) å sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene
- d) å redusere risikoen for uheldige hendelser

**4. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen**

**4.1. Mens pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten**

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

1. Sende melding til aktuell instans i kommunen, innen tidsfrist fastsatt i forskrift, etter innleggelse, dersom pasienten har forventet/endret behov for kommunale tjenester etter utskrivning. Ved kortvarige sykehusopphold og/eller ved et avgrenset hjelpebehov etter utskrivelse, kan telefonkontakt erstatte skriftlig tidligmelding.  
Meldinger, sendt og mottatt, skal dokumenteres av begge parter.
2. Vurdere og beskrive pasientens funksjonsnivå og forventet hjelpebehov, herunder vurdere om pasienten har forventet behov for rehabiliteringstjenester ved utskrivning. Bistå pasienten ved

søknader om tjenester pasienten har behov for. Helseforetaket skal ikke forespeile spesifikke kommunale tjenester.

3. For pasienter med særlig omfattende problemstillinger er det viktig å starte planlegging av utskriving tidlig:
  - a. avtale samarbeidsmøte (evt. via telefon/videokonferanse) med pasient, pårørende og kontaktperson fra kommunen for å avklare ansvarsforhold, utveksle nødvendig informasjon og planlegge videre forløp. Plan for utskriving skal dokumenteres i journal. Planen overleveres også pasient/pårørende, og sendes til medvirkende i kommunehelsetjenesten
  - b. medvirke til etablering av ansvarsgruppe i samråd med pasienten og kommunen, dersom dette anses nødvendig
  - c. informere pasienten om retten til koordinator og individuell plan, og medvirke til at slik plan utformes, eller arbeid igangsettes, dersom pasienten samtykker
  - d. innenfor psykisk helsevern og rus skal helseforetaket som hovedregel igangsette arbeid med individuell plan, dersom pasienten samtykker. Dette gjøres i samarbeid med andre tjenesteytere for å bidra til et helhetlig pasienttilbud. For pasienter som ikke samtykker til individuell plan, men som åpenbart har behov for samordnende tjenester, må hjelpen likevel koordineres. For pasienter som skrives ut til tvunget vern uten døgnopphold, skal individuell plan utarbeides ved pasientens samtykke
  - e. kartlegge pasientens behov for behandlingshjelpemidler ved utskriving, i dialog med pasient, pårørende og kommunen.

#### Kommunens ansvar og oppgaver:

- 1) etablere et system for mottak av meldinger fra helseforetaket som inkluderer meldingsbekreftelse
- 2) etablere koordinerende enhet og gjøre denne kjent for helseforetaket.
- 3) oppnevne kontaktperson/koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.
- 4) kontakte behandlende enhet straks etter mottatt melding om innlagt pasient med antatt hjelpebehov etter utskriving, for bl.a. å melde fra om pasientens funksjonsnivå før sykehusinnleggelse, dersom dette er kjent
- 5) avklare pasientens omsorgs- og hjelpebehov etter utskriving i dialog med pasient, institusjonspersonale og eventuelt pårørende
- 6) delta i samarbeidsmøte når behandlende enhet i helseforetaket innkaller til det.
- 7) koordinere de kommunale tjenestene, eventuelt gjennom å opprette ansvarsgruppe/samarbeidsgruppe eller igangsette arbeid med individuell plan
- 8) gi beskjed om kommunen kan ta i mot pasienten, og fra hvilket tidspunkt

#### **4.2. Når pasienten er utskrivingsklar**

Kriterier for når en pasient er utskrivingsklar:

En pasient er utskrivingsklar når lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen skal være basert på en individuell medisinskfaglig vurdering.

I vurderingen skal

- 1) problemstillingen(e) ved innleggelsen, slik disse var formulert av innleggende lege, være avklart

- 2) øvrige problemstillinger som har framkommet som hovedregel være avklart. Se helseforetaksspesifikk del.
- 3) det redegjøres for spørsmål som ikke er endelig avklart
- 4) det tas standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- 5) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert
- 6) det beskrives plan for behandling, dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle behandlingseenhetens ansvarsområde

#### Helseforetakets ansvar og oppgaver:

- a) avgjøre om en pasient er utskrivingsklar
- b) gi telefonisk melding om utskrivingsklar pasient til kommunen, etter frist fastsatt i forskrift, forut for planlagt utskrivningstidspunkt. Varsling om utskrivningsklar pasient med kortere oppholdstid, herunder for pasient som er henvist til medisinsk vurdering, skal skje straks utskrivningstidspunkt er avklart. Begge parter skal dokumentere meldinger sendt og mottatt
- c) meldingen om utskrivingsklar pasient skal utformes slik at det klart framgår hvilke vurderinger og konklusjoner som er gjort i henhold til kriteriene for vurdering om pasienten er utskrivingsklar
- d) dersom situasjonen endrer seg slik at pasienten ikke lenger er utskrivingsklar, skal kommunehelsetjenesten informeres uten ugrunnet opphold. Når pasienten igjen er utskrivingsklar, skal dette meldes på nytt til kommunen i henhold til denne avtalen

#### Kommunens ansvar og oppgaver:

- a) straks følge opp melding om utskrivingsklar pasient fra spesialisthelsetjenesten og eventuelle søknader fra pasienten, og iverksette planlegging og etablering av tjenester i kommunen
- b) sørge for at utskrivingsklare pasienter overføres til rett kommunalt omsorgsnivå så snart som mulig etter at pasientene er vurdert som utskrivingsklare
- c) informere pasient og kontaktperson i behandlende enhet om kommunal saksgang og vedtak som har betydning for pasientens utskriving

### **4.3. Utskrivning**

#### **4.3.1. Når pasienten skrives ut/tilbakeføres fra spesialisttjenesten etter innleggelse/vurdering**

#### Helseforetakets ansvar og oppgaver:

1. Varsle aktuell instans i kommunen og/eller pårørende om at pasienten skrives ut/tilbakeføres etter innleggelse. Dette skal dokumenteres av begge parter.
2. Epikriser og sykepleierrapporter:
  - a. epikriser sendes fra sykehuset i tråd med forskrift om pasientjournal § 9 og helsepersonellovens § 45
  - b. epikriser eller tilsvarende informasjon, sykepleierrapport og eventuelle andre rapporter om videre behandling av pasient i kommunen, sendes ved utskrivelse. Papirkopi følger pasienten. Resultater fra prøver eller annen informasjon som ikke foreligger ved utskrivning ettersendes straks de foreligger. Medisinsk ansvarliges vurdering og anbefalinger sendes sammen med opplysningene

- c. opplysningene sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Pasienten bør gjøres kjent med hvem opplysningene skal sendes til. Dersom ikke annet opplyses, eller fremgår, sendes epikrise til innleggende/henvisende helsepersonell og pasientens fastlege
3. Gi tilstrekkelig informasjon slik at kommunen kan iverksette eller videreføre individuell plan
4. Sende nødvendige resepter med pasienten. For å hindre avbrudd i iverksatt behandling, må sykehuset sikre at pasienten får med seg tilstrekkelig mengde av nødvendige medikamenter og utstyr inntil pasienten selv (evt. med kommunens hjelp) kan skaffe seg medikamentene
5. Rekvirere pasienttransport tilpasset pasientens situasjon. Behandlende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport. Ved transport til privat hjem gjelder ansvaret inntil pasienten har kommet inn i hjemmet. Ved transport til kommunal institusjon, overføres ansvaret til kommunen når pasienten er tatt imot av institusjonspersonalet

#### Kommunens ansvar og oppgaver:

- 1) Forsvarlig mottak av pasient hjemme eller i kommunal institusjon
- 2) Oppfølging av de vedtak som er gjort av kommunen
- 3) Opprette koordinator og eventuell videreføring av etablerte ansvarsgrupper og individuell plan

## **5. Elektronisk meldingsutveksling**

Tjenester som sykehuset distribuerer elektronisk, tilbys via Norsk Helsenett. Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom kommunen og helseforetaket er innført, skal denne benyttes. Der det er utviklet egne fagspesifikke maler for meldingsutveksling, skal disse benyttes.

## **6. Avvik**

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder avvik og håndtering av uenighet.

## **7. Uenighet**

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale mellom Værøy kommune og NLSH HF.

## **8. Iverksetting, revisjon og oppsigelse**

Tjenesteavtalen trer i kraft fra den 01.02.2012 og gjelder for en periode på to år. Tjenesteavtalen evalueres årlig og revideres ved behov.

Avtalen kan gjensidig sies opp med 12 måneders varsel. Etter oppsigelse skal det inngås ny avtale innen det tidspunkt denne avtalen utløper.

## **9. Helseforetaksspesifikk del**

I de tilfeller pasienten har behov for ytterligere tiltak eller annen type hjelp i spesialisthelsetjenesten for samme tilstand, har spesialisthelsetjenesten en selvstendig plikt til henvisning internt.

Spesialisthelsetjenesten kan ikke sende pasienten tilbake til fastlegen for at denne skal foreta ny henvisningen til annen del av spesialisthelsetjenesten.

### **Varsling til kommunen om innlagt pasient**

NLSH HF skal etter ” *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*” § 8, varsle kommunen innen gitte frister. Dette skal skje døgn- og ukekontinuerlig på følgende måte: Dette avtales med den enkelte kommune

### **Varsling til kommunen om utskrivningsklar pasient**

NLSH HF skal etter ” *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*” § 10, varsle kommunen straks etter pasienten er definert som utskrivningsklar. Dette skal skje døgn- og ukekontinuerlig på følgende måte. Dette avtales med den enkelte kommune

## **10. Kommunespesifikk del**

Varsling til kommunen om utskrivningsklar pasient etter forskriften § 10 skal fortrinnsvis skje døgn- og ukekontinuerlig mellom kl 08.00 – 15.30.

NLSH HF har normalt rutiner for når pasienter skrives ut og dette skjer vanligvis på dagtid.

Faktura for utskrivningsklare pasienter fra NLSH HF til kommunen skal ha tilstrekkelig informasjon slik at kommunen kan kontrollere betalingsgrunnlaget. Informasjonen skal minimum inneholde navn og fødselsnr, dato for innleggelse, dato for utskrivningsklar, dato for utreise, siste post/avdeling før utreise. Dersom faktura inneholder krav om betaling for ekstra liggedøgn skal årsaken til ekstra liggedøgn dokumenteres.

Når utskrivningsklare pasienter får uforskyldt ekstra liggedøgn grunnet kansellert kommunikasjon til Værøy, skal dette ikke belastes Værøy kommune.

Dato,

Dato,

\_\_\_\_\_  
Værøy kommune v/ ordfører

\_\_\_\_\_  
NLSH HF