

## Delavtale nr. 5

# Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten

---

Samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og kommunene i helseforetaksområdet

## Innhold

1. Parter .....	3
2. Bakgrunn .....	3
3. Formål.....	3
4. Virkeområde .....	4
5. Rettskilder .....	4
6. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen.....	4
6.1 Når pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten .....	4
6.1.1 Felles ansvar .....	4
6.1.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver.....	4
6.1.3 Kommunens ansvar og oppgaver .....	5
6.2 Når pasienten er utskrivningsklar.....	6
6.2.1 Kriterier for når en pasient er utskrivningsklar.....	6
6.2.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver.....	6
6.2.3 Kommunens ansvar og oppgaver .....	7
6.3 Når pasienten skrives ut/tilbakeføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.....	7
6.3.1 Helseforetakets ansvar og oppgaver.....	7
6.3.2 Kommunens ansvar og oppgaver .....	8
6.4 Når pasienten skrives ut av poliklinisk behandling/dagbehandling.....	8
7. Kommunikasjon og meldingsutveksling.....	9
8. Pasientreiser .....	9
9. Avvik og mislighold .....	9
10. Uenighet.....	9
11. Iverksetting, revisjon og oppsigelse.....	9

## Delavtale nr. 5

# Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten

---

### 1. Parter

Avtalen er inngått mellom Randaberg kommune og Helse Stavanger HF.

### 2. Bakgrunn

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

Avtalen bygger på helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, 1. ledd, nr. 5, som fastslår at det skal inngås samarbeidsavtale om retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter<sup>1</sup> som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.

### 3. Formål

Formålet med avtalen er å bidra til gode rutiner for samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste om den enkelte pasient, samt å medvirke til bedre ressursutnyttelse i helse- og omsorgssektoren ved å sørge for at helsetilbudet blir gitt på rett nivå.

Avtalen skal bidra med å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver vedrørende opphold i, og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

Avtalen skal bidra til:

- å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver gjennom hele pasientforløpet for at pasienten skal oppleve en best mulig sammenhengende helsetjeneste
- et godt løsningsfokustert samarbeid om pasienter med forventet behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, slik at pasienten får rett tilbud på rett sted til rett tid

---

<sup>1</sup> «Pasient» leses som «pasient/bruker» der dette passer.

- å sikre en effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene
- å redusere risikoen for uheldige hendelser
- å skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasientene et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten

#### **4. Virkeområde**

Avtalen gjelder for samarbeidet mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseinstitusjoner omfattet av spesialisthelsetjenesteloven (dvs. somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling i avdeling for rusavhengighet med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning.)

Avtalen inkluderer også pasienter til poliklinikk, dagbehandling og dagkirurgi.

#### **5. Rettskilder**

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til dette er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter og retningslinjer:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63
- Lov om helsepersonell mv. av 2. juli 1999 nr. 64
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter av 18. nov. 2011- revidert 30.12.2016 med ikrafttredelse 01.01.2017, samt rettelse med ikrafttredelse fra 01.01.2019

Listen er ikke uttømmende og også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver.

Partene har ansvar for til enhver tid å ha oppdatert kunnskap om gjeldende lovverk og endringer i disse som har betydning for utførelsen av helse- og omsorgsoppgaver. Partene har videre ansvar for å informere og lære opp egne ansatte, brukere og pasienter i nødvendige lovbestemmelser.

#### **6. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen**

##### **6.1 Når pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten**

(Jf. Kapittel 3. Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, §§ 7-10)

###### **6.1.1 Felles ansvar**

1. Partene har som intensjon å få på plass et felles vurderingsskjema for bruk ved kartlegging av pasientens funksjonsnivå.

###### **6.1.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. Helseforetaket skal sende tidligmelding til avtalt kontaktpunkt i kommunen innen 24 timer etter innleggelse, dersom pasienten på dette tidspunktet har, eller vil få behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning. Tidligmeldingen skal inneholde pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt, og hvis

mulig forventet hjelpebehov. Dersom pasientens situasjon er uavklart, er det tilstrekkelig at meldingen inneholder pasientens status.

Dersom pasientens tilstand er uavklart ved innleggelsen, eller det blir vesentlige endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov, skal helseforetaket sende PLO helseopplysninger så snart som mulig. I meldingen skal sykehuset vurdere og beskrive pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen og forventet fremtidig utvikling ved utskrivning.

2. Bistå pasienten med søknad om kommunale helse- og omsorgstjenester pasienten har behov for. Kommunen bestemmer type og omfang av tjenester.
3. Sørge for at pasienten og pårørende får god og ensartet informasjon om diagnose og videre plan for oppfølging fra sykehuset.
4. For pasienter med omfattende tjenestebehov, som er vesentlig endret under sykehusoppholdet, skal følgende prosess følges:
  - a. Avtale samarbeidsmøte (ev. telefon-/videokonferanse) med kontaktperson i kommunen, fastlege, pasient og eventuelt pårørende, for å avklare ansvarsforhold, utveksle nødvendig informasjon, planlegge videre forløp og drøfte tidspunkt for utskrivning. Plan for utskrivning skal dokumenteres i journal.
  - b. Informere pasienten om retten til koordinator og individuell plan ved behov for langvarige og koordinerte tjenester, og medvirke til at slik plan utformes, eller arbeid igangsettes, dersom pasienten samtykker, ref. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 7, §§ 7-1 til 7-3 individuell plan, koordinator og koordinerende enhet
  - c. I forkant av utskrivning, kartlegge pasientens behov for og bestille behandlingshjelpemidler der det er aktuelt, og søke om forflytningshjelpemidler til pasienter som har omfattende, komplekse og varige problemstillinger. Dette skal skje i dialog med pasienten og eventuelt pårørende, og i samarbeid med kommunen. Kontaktperson i kommunen føres på søknaden.
  - d. Pasienter som har omfattende og komplekse problemstillinger som har fått fysioterapi og/eller ergoterapi under oppholdet i sykehuset og har behov for rehabiliteringstjenester i kommunen, skal alltid være vurdert av fysioterapeut og/eller ergoterapeut før søknad om kommunale helsetjenester.

### **6.1.3 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. Etablere et system for mottak av varsel om innleggelse/varsel om endring fra helseforetaket til koordinerende enheter ved å ta i bruk dialogmeldinger.
2. Sørge for kontaktperson/koordinator
3. Avklare pasientens omsorgs- og hjelpebehov etter utskrivning i dialog med pasienten, eventuelt pårørende og sykehuspersonalet
4. Delta i samarbeidsmøte når behandlende enhet i helseforetaket innkaller til det
5. Koordinere de kommunale tjenestene, eventuelt gjennom å opprette ansvarsgruppe/samarbeidsgruppe eller igangsette arbeid med individuell plan

## 6.2 Når pasienten er utskrivningsklar<sup>2</sup>

### 6.2.1 Vilkår for når en pasient er utskrivningsklar

En pasient er utskrivningsklar når lege i spesialisthelsetjenesten 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:

1. Problemstillingen(e) ved innleggelsen, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart.
2. Øvrige problemstillinger som har framkommet, skal være avklart.
3. Dersom enkelte spørsmål ikke avklares, skal dette redegjøres for.
4. Det skal foreligge et klart 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.

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 utskrivning, 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

### 6.2.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. Avgjøre om en pasient er utskrivningsklar.
2. Sende melding om utskrivningsklar pasient til kommunen. Meldingen gis på dagtid, hverdager mellom kl. 08.00 og 16.00, og lørdag/søndag og hellig- og høytidsdager mellom kl. 12.00 og 16.00.

---

<sup>2</sup> Jf. Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 22. desember 2016 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 11-4 tredje ledd og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-6 andre ledd.

Sykehuset kan hele døgnet melde og skrive ut pasienter til hjemmet som har uendrede hjelpebehov, og som først trenger sine etablerte hjemmetjenester dagen etter eller senere. Det forutsettes at det også her sendes tidligmelding, og at utskrivning er avklart med kommunen. Sykehuset har et ansvar for å sikre at det er faglig forsvarlig at pasienten reiser hjem med den hjelp vedkommende hadde før innleggelsen. Dette punktet skal ha særskilt fokus ved neste rullering, med tanke på en endring av punktet dersom erfaring viser at praksis ikke er i tråd med vilkårene i avtalen.

Lørdag/søndag og på hellig- og høytidsdager skal sykehuset melde pasienten utskrivningsklar per telefon i tillegg til elektronisk melding, inntil partene er enige om andre løsninger.

3. Dersom situasjonen endrer seg slik at pasienten ikke lenger er utskrivningsklar, skal det sendes ny melding – avmelding av tidligere utskrivningsklar pasient uten ugrunnet opphold.
4. Sykehusets utskrivingspraksis skal være forutsigbar for kommunen.

### **6.2.3 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. Betalingsplikten inntreffer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar og vilkårene i §§ 8 til 10 er oppfylt og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten. Betalingsplikten inntreffer også dersom kommunen ikke har svart på varselet etter § 10 om utskrivningsklar pasient. Betaling kreves ikke dersom pasienten tas ut før kl. 24.00 samme dag.
2. Gi beskjed til helseforetaket ved bruk av dialogmelding evt. telefon om kommunen kan ta i mot pasienten og fra hvilket tidspunkt. Kommunen har en responstid på inntil tre timer etter at pasienten er meldt utskrivningsklar til å gi slik tilbakemelding.
3. Følge opp melding om utskrivningsklar pasient og iverksette planlegging og etablering av tjenester i kommunen slik at pasienten kan overføres til rett kommunalt omsorgsnivå
4. Informere kontaktperson i behandlende enhet, pasienten og eventuelt pårørende om kommunal saksgang og vedtak som har betydning for pasientens utskrivning
5. Sørg for vakttelefonnummer i kommunen for henvendelser fra sykehuset til bruk etter ordinær arbeidstid, lørdag/søndag og på hellig- og høytidsdager. Partene er enige om færrest mulig telefonnummer, fortrinnsvis ett. For ordinær arbeidstid videreføres gjeldende praksis for henvendelser fra sykehuset til kommunen.

## **6.3 Når pasienten skrives ut/tilbakeføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten**

### **6.3.1 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. Helseforetaket skal sende epikrise og utskrivningsrapport til kommunen elektronisk der det mulig. Epikrisen skal være i tråd med forskrift om pasientjournal § 9 og helsepersonelloven § 45. Epikrisen skal inneholde de nødvendige medisinske opplysninger, inkludert fullstendig legemiddelliste. Hvis ikke epikrisen kan ferdigstilles når pasienten utskrives, skal de medisinske opplysningene inngå i PLO utskrivningsrapporten. Utskrivningsrapporten, inkludert fullstendig legemiddelliste, funksjonsvurdering og forventet hjelpebehov, skal være klar når melding om at

pasienten er utskrivningsklar sendes. Papirkopi av utskrivningsrapporten og epikrisen (hvis ferdigstilt) skal følge pasienten.

2. Utskrivningsrapporten skal sendes elektronisk til kommunen, senest når pasienten forlater sykehuset. Dersom epikrisen ikke er klar ved utskrivelse skal denne sendes snarest mulig og senest innen 7 dager. Resultater fra prøver eller annen informasjon som ikke foreligger ved utskrivning, skal ettersendes straks de foreligger, sammen med vurdering og anbefaling fra medisinsk ansvarlig.
3. Sende resepter (benytte e-resept der det er mulig) på alle nye legemidler med pasienten. For å hindre avbrudd i iverksatt behandling, skal sykehuset sikre at pasienten får med seg tilstrekkelig mengde av nødvendige legemidler og utstyr inntil pasienten selv (ev. med kommunens hjelp) kan skaffe seg legemidlene/utstyret. Dette avklares med pasienten, eventuelt kommunen.
4. Sykehuslege tar stilling til oppfølgingsbehov hos fastlege og hastegrad på oppfølgingen. Ved behov er helseforetaket behjelpelig med å bestille timeavtale hos fastlegen i dialog med pasienten og eventuelt pårørende før utskrivning.
5. Helseforetaket har ansvar for at pasienten fysisk overføres til kommunen.
6. Helseforetaket skal sende faktura til kommunen. Fakturaen skal inneholde den nødvendige informasjon på enkeltperson: Navn, fødselsdato, meldt utskrivingsklardato og utskrivingsdato. Personvern hensyn skal ivaretas. Kommunen kreves ikke for betaling dersom pasienten blir værende i sykehuset grunnet manglende transport.

### **6.3.2 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. Forsvarlig mottak av pasient hjemme eller i kommunal institusjon
2. Opprette koordinator og eventuell videreføring av etablerte ansvarsgrupper og individuell plan
3. Bidra til å sikre oppfølgingsrutinene etter utskrivelse, herunder også oppfølging fra fastlege

## **6.4 Når pasienten skrives ut av poliklinisk behandling/dagbehandling**

### **6.4.1 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. Helseforetaket skal sende poliklinisk notat til fastlege og kommunens pleie – og omsorgstjeneste snarest mulig. Ved behov for rask avklaring skal det ringes i tillegg.
2. Utstede E-resept på alle nye legemidler. For å hindre avbrudd i iverksatt behandling, skal sykehuset sikre at pasienten får tilstrekkelig mengde av nødvendige legemidler og utstyr inntil pasienten selv (evt. med kommunens hjelp) kan skaffe seg legemidlene/utstyret. Dette avklares med pasienten, eventuelt kommunen.
3. Sykehuslege tar stilling til oppfølgingsbehov hos fastlege og hastegrad på oppfølgingen. Ved behov er helseforetaket behjelpelig med å bestille timeavtale hos fastlegen i dialog med pasienten og eventuelt pårørende.
4. Ved behov for å søke om kommunale pleie – og omsorgstjenester sendes melding til saksbehandlertjenesten i kommunen. Dette gjøres i tidsrommet 8 – 15. Ved behov for rask avklaring skal det ringes i tillegg.

### **6.4.2 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. Forsvarlig mottak av pasient hjemme eller i kommunal institusjon



2. Opprette koordinator og eventuell videreføring av etablerte ansvarsgrupper og individuell plan
3. Bidra til å sikre oppfølgingsrutinene etter utskrivelse, herunder også oppfølging fra fastlege.

## **7. Kommunikasjon og meldingsutveksling**

Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom kommunen og helseforetaket er innført, skal denne benyttes via Norsk Helsenett. Der det er utviklet egne fagspesifikke maler for meldingsutveksling, skal disse benyttes hvis ikke annet er avtalt. Inntil sykehuset har tatt i bruk elektronisk medikamentmodul, tilbys kommunene utskrivningsrapport som en tilpasset epikrisemelding.

Meldinger, sendt og mottatt, skal dokumenteres av begge parter.

## **8. Pasientreiser**

Partene skal følge den til enhver tid gjeldende rekvisisjonspraksis når det gjelder pasienttransport.

## **9. Avvik og mislighold**

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

## **10. Uenighet**

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale.

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

Bestemmelsene vedrørende iverksetting, revisjon og oppsigelse i punkt 14 i overordnet samarbeidsavtale gjelder tilsvarende for denne delavtalen.

Dato, 4/4-19



Randaberg kommune

Dato, 21/3-19



Helse Stavanger HF