

HNT, Sykehuset Namsos Kvalitetssystem		Prosedyre Side 1 av 6
Utarb. av: HNT og KS Ansv for rev.: HNT og KS	Godkjent dato: 01.01.2003 Sign.: Adm. direktør Reidar Tessem	Versjon: 4.00 Erstatter versj: 3.00
Distribueres til: Dokumentid: 02/1	Kvalitetsområde: KS-system Namdal Sykehus - TJENESTETILBUD, OPPGAVER, FAGLIG VIRKSOMHET	Gyldig f.o.m.: 01.01.2003 Gyldig t.o.m.: 31.12.2006
<i>Basisavtale for samarbeid mellom sykehuset og kommunene</i>		

BASISAVTALE FOR SAMARBEID

mellom

Helse Nord-Trøndelag HF

og

..... kommune

1. FELLES OVERORDNET MÅL

Pasienter i de enkelte kommuner i Nord-Trøndelag skal ha et totaltilbud som tar hensyn både til organskade og funksjonssvikt, så vel som til egne ressurser og sosialt nettverk. Diagnostikk, øvrig kartlegging, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg skal skje slik at enkelttiltak forberedes og iverksettes i et samarbeid mellom pasient, pårørende, primærhelsetjenesten og sykehusene i en tiltakskjede.

Kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF har som mål å utvikle et effektivt samarbeid for å bidra til at den enkelte pasient får et helhetlig tjenestetilbud, og for å optimalisere helsevesenets totale ressursinnsats.

2. INNLEGGELSE I SYKEHUS

- 2.1 I den grad lov og forskrifter ikke er til hinder for det, skal innleggelse i sykehuset skje med basis i vurderinger gjort av primærlege.
- 2.2 Kommunen har ansvar for helhetlig informasjon ved innleggelse av pasienter dersom dette er mulig. Dette krever tverretattlig samarbeid lokalt.
- 2.3 Sykehusene har plikt til å innhente nødvendig tilleggsinformasjon fra pasient/pårørende og kommunale instanser.

- 2.4 Det innføres hensiktsmessige rutiner og utarbeides nødvendige skjema til dette arbeidet.
Rutiner og skjema tilpasses behovet i de enkelte sykehusavdelinger.

3. SAMARBEID UNDER SYKEHUSOPPHOLD

- 3.1 For å ivareta samarbeidet best mulig, er det avgjørende å plassere koordinatorfunksjoner innen helse- og sosialetaten i alle kommuner og ved alle sykehusavdelinger. Koordinators oppgave er å motta og formidle henvendelser fra ulike samarbeidsinstanser, og sørge for at informasjon når fram til de faglig ansvarlige for den enkelte pasient. Det skal derfor i avtalegrunnlaget for den enkelte kommune og helseforetaket være definert hvilke(n) instans(er) som er tillagt koordinator-ansvaret,- samt telefon-tid. Ved sykehusene skal koordinatorfunksjonen være tillagt avdelingssykepleierne, eller deres stedfortreder.
- 3.2 Ved lengre sykehusopphold er det viktig at det praktiseres et nært samarbeid mellom sykehuset og aktuelle kommunale instanser. For behandlingen på sykehuset er det en fordel å bli best mulig kjent med pasientens hjemmeforhold og sosiale situasjon. For kommunale instanser er det nødvendig å holde seg underrettet om hvorvidt sykehusbehandlingen kan føre til at nye eller endrede hjelpetiltak bør forberedes. Samarbeidet kan skje skriftlig, ved telefonkontakt, møte på sykehuset eller i kommunen, eller ved besøk i heimen. Samarbeidet dokumenteres av sykehuset.
- 3.3 Både sykehuset og kommunen har ansvaret for å vurdere slikt samarbeid. Det skal alltid skje hvis pasienten gir uttrykk for ønske om det. Det skal foreligge rutiner for informasjon til pasienten og for praktisering av samarbeidet.

4. FORBEREDELSE TIL UTSKRIVNING

- 4.1 Begrepsavklaring: pasienten defineres som “overføringsklar” når det er planlagt oppfølging på et annet helsenivå. Begrepet “utskrivningsklar” benyttes når pasienten er ferdigbehandlet uansett nivå.
- 4.2 *Hvorvidt en pasient er overføringsklar/utskrivningsklar avklares i hht § 3 i Forskrift for kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter: En pasient er utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene 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 som hovedregel være avklart,*

3. *dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,*
4. *det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose, samt videre plan for oppfølging av pasienten,*
5. *pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.*
6. *dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.*

4.3 Funksjonssvikt utløst av den/de tilstander som førte til innleggelse, og eventuelle komplikasjoner til disse, skal være tilfredstillende utredet og behandlet før utskrivning. Det betyr at den enkelte faginstans i sykehuset skal definere og initiere tiltak som er nødvendige for håndtering av slik funksjonssvikt. Tiltakene skal kunne videreføres på et faglig forsvarlig nivå i primærhelsetjenesten.

4.4 For pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester skal det , før pasienten defineres som overføringsklar , tas initiativ til utarbeidelse av individuell plan. Ansvar for å iverksette arbeid med individuell plan tilligger den enkelte pasientansvarlige lege eller sykepleier , evt. også andre med selvstendig helsefaglig ansvar, som identifiserer behovet for langvarige og koordinerte helsetjenester.(Jfr.forskrift av 2001.06.08 nr.0676 om individuelle planer). (Individueell plan med veileder er lagt ut på Sykehuset Namsos sin hjemmeside på internett).

Begrepene ”behov for langvarige og koordinerte helsetjenester” omfatter pasienter

- hvor sykdommen har et kronisk forløp, d.v.s. hvor sykdommen eller dens virkninger har opptrådt, eller kan forutsees å opptre sammenhengende mer enn 3 måneder
- hvor sykdommen eller dens virkninger gjør det nødvendig å samhandle med andre tjenesteytere for å ivareta måloppnåelse gjennom koordinerte tiltak, som krever ansvarsavklaring

4.5 Når det er avklart at en pasient har behov for kontinuerlig bistand til behandling, pleie og/eller rehabilitering, skal pasienten i samråd med sykehuset sende skriftlig melding/søknad til kommunen, slik at inngåelse av avtaler for videre oppfølging kan skje tidligst mulig, og før behandling og evt. opptrening i sykehuset er avsluttet. Sykehuset og kommunen skal i fellesskap med pasienten/pårørende definere målsetting og tiltak. Det er også en forutsetning av informasjonsutvekslingen mellom sykehus, kommune, pasient og pårørende har gitt rom for nødvendig tid før pasienten får status som overføringsklar, *jfr. pkt 4.8.*

4.6 Den utredning og behandling som er tilfredstillende ut fra godt klinisk skjønn skal ansees tilstrekkelig. Sykehuset har det faglige ansvaret for slike vurderinger. Dersom det under oppholdet finnes medisinske tilstander utenom de rent akuttmedisinske, skal også relevante behandlingstiltak iverksettes. Sykehuset skal dessuten ta initiativ til

Basisavtale for samarbeid mellom sykehuset og kommunene

Dok.id.: 02/1

Versjon: 4.00

Side : 4 av 6

- å ivareta sosiale og trygdemessige forhold som følger av situasjonen under sykehusoppholdet.
- 4.7 Når det er konstatert at en pasient har et annet hjelpebehov enn tidligere, er det sykehusets ansvar å ta kontakt med bostedskommunen tidligst mulig. Slik henvendelse skjer ved godkjent behandlingsblankett, forutsatt samtykke fra pasienten. Det er kommunens ansvar å følge opp slike henvendelser med sikte på en effektiv planlegging av overføringen. Begge parter kan forlange et møte for å avtale forholdene i forbindelse med overføring.
- 4.8 Sykehuset har det juridiske ansvaret for å avgjøre når pasienten er utskrivningsklar og fatter beslutning om dette.
- 4.9 Når det er fattet beslutning om utskrivning, og kommunen er varslet, har kommunen inntil 7 dager på seg til å etablere nødvendige hjelpetiltak før pasienten blir utskrevet. For pasienter med sammensatte behov (somatiske og psykiatriske tjenester *eller pasienter som har behov for helt nødvendige hjelpemidler*) avtales utskrivningsfristen særskilt.
- 4.10 Hvilket kommunalt omsorgstilbud pasienten skal ha, må være i samsvar med kommunens ansvarsområde og faglige avveininger. Sykehuset kan ikke love eller bevilge tjenester på kommunens vegne. Det er kommunen som har ansvar for at slike tjenester ytes i tilstrekkelig grad. Vurderinger av hva som er egnet gjøres av aktuelle kommunale organer og sykehusavdeling i fellesskap, og alltid i samråd med pasient og pårørende. Ved tildeling av kommunale tjenester, er det som oftest krav om at det fattes enkeltvedtak og som kan påklages.
- 4.11 For pasienter som har behov for hjelpetiltak umiddelbart etter utskrivning, skal det alltid foreligge avtale om oppfølging før overføring foretas. Det skal identifiseres hvem som er medisinsk ansvarlig for slik oppfølging, og når og hvordan slik oppfølging skal skje.
Tidspunkt for ytelse av omsorgstjenester skal så langt det er mulig konkretiseres. *Skriftlig avtale kan utformes dersom en av partene ber om det.*
- 4.12 Når pasienten utskrives og overføres til kommunalt nivå, skal det foreligge skriftlig pasientinformasjon. Det skal videre i samråd med pasienten samtidig medsendes sykepleierrapport fra sykehuset til pleie- og omsorgsansvarlig i kommunen, epikrise til pasientens faste lege og eventuelle rapporter til annet relevant fagpersonale. Både sykepleierrapport og epikrise skal inneholde konkrete råd om behandling og/eller rehabilitering av pasienten utenfor sykehus. Når pasienten utskrives, er det utskrivende leges ansvar å sikre at pasienten har nødvendige medikamenter tilgjengelig. Virkninger og eventuelle bivirkninger ved bruk av medikamenter skal så langt det er mulig være avklart før utreise.

5. VIDERE TILTAK

- 5.1 På noen felt vil det, for pasienter med sammensatte problemer og et ustabil sykdomsforløp, være behov for et samarbeid over lengre tid hvor kommunen og sykehuset vekselvis har ansvar for behandling og tiltak. I slike tilfelle vil det være behov for å utvide samarbeidsformene bl.a. med "åpen retur". Dette skal være dokumentert, slik at pasienten ikke møter hindringer i sitt behov for bistand.

6. AVVIK.

Samarbeidspartene skal registrere og rapportere avvik i forhold til foranstående punkter, og det skal anvendes et eget skjema for slik rapportering og oppfølging. (Se referanse til avviksskjema siste side).

7. FASTE SAMARBEIDSORDNINGER

- 7.1 Mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag etableres en løpende dialog gjennom Samarbeidsutvalget. Dette utvalget skal bidra til at Helse Nord-Trøndelag HF og kommunehelsetjenesten i Nord-Trøndelag tilbyr våre felles pasienter og pårørende en samordnet og helhetlig helsetjeneste. Samarbeidsutvalget skal utveksle erfaringer og synspunkter om aktuelle saker av felles interesse i den hensikt å gi råd til beslutningstakere i helseforetaket og KS/kommunene i Nord-Trøndelag.

- 7.2 Det etableres 2 kontaktutvalg, som er underlagt Samarbeidsutvalget. Kontaktutvalgene er innrettet med det siktemål å gjennomføre en rullerende besøksordning og dialog med enkeltkommuner i Nord-Trøndelag , og andre kommuner i tilgrensende fylker, som regelmessig gjør bruk av tjenester fra Helse Nord-Trøndelag HF. Kontaktutvalgene er sammensatt av et begrenset antall aktører fra kommunalt nivå og helseforetaksnivå . Arbeidsoppgavene er å sørge for utveksling av informasjon og erfaringer om samarbeidet mellom tjenestenivåene, - å utvikle en bedre gjensidig kunnskap om de utfordringer helsetjenestene står overfor, og bygge opp gode relasjoner mellom ansvarsnivåene i helseforetaket og kommunene.

Kontaktutvalgene skal være høringsorgan for saker som oversendes fra Samarbeidsutvalget,samt ta opp saker via Samarbeidsutvalget.
Utvikle modeller for samarbeide om nøkkelpersonell.

- 7.3 Det bør gjennomføres samarbeidsmøte mellom foretaket og kommunehelsetjenesten ved kommunelegene og kommunenes pleie- og omsorgstjeneste minst 1 gang årlig , i form av en helsekonferanse.
Ved disse møtene skal også brukerrepresentanter, samt kommunenes og

Basisavtale for samarbeid mellom sykehuset og kommunene

Dok.id.: 02/1

Versjon: 4.00

Side : 6 av 6

helseforetakets administrative ledelse delta.

- 7.4 Møter kan også gjennomføres kommunevis, eller regionvis , med den samme representasjon. Ansvar for innkalling og gjennomføring kan rulleres mellom kommunene og sykehusene. Begge instanser har ansvar for innspill på tema før møtene.
- 7.5 Både på kommune- og sykehusnivå skal det, for å utveksle kompetanse og skape forståelse, legges til rette for gjensidige hospiteringsordninger.

8. IVERKSETTING OG VARIGHET

- 8.1 Avtalen er 4-årig og trer i kraft 1.1.2003 og varer til 31.12.2006 . Avtalen skal evalueres og eventuelt reforhandles innen utløpet av avtaleperioden.
- 8.2 Begge parter kan si opp avtalen med 3 måneders varsel. Det forutsettes også da at den skal evalueres og eventuelt reforhandles.
- 8.3 I tillegg til ovenstående basis-avtale, kan den enkelte kommune inngå tilleggsavtale med helseforetaket.

.....den200

.....den200

.....

.....

..... kommune

Helse Nord-Trøndelag HF

Kryssreferanser:

[02/4](#) Vedlegg - Avviksskjema for kommunene