

Samarbeidsavtale med tjenesteavtaler og rutiner

mellom XX kommune og
Sykehuset Innlandet HF

Gjeldende fra 01.03.2015-01.03.2019

Innholdsfortegnelse

Samarbeidsavtale med tjenesteavtaler og rutiner mellom XX kommune og Sykehuset Innlandet HF	2
Tjenesteavtale nr.1 Ansvar og oppgaver.....	6
Tjenesteavtale nr.2 Koordinerte tjenester.....	7
Tjenesteavtale nr.3 Ansvar og oppgaver for innleggelser i og utskrivninger fra SI.....	9
Tjenesteavtale nr.4 Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp	11
Tjenesteavtale nr.5 Samarbeid om utdanning og forskning	13
Tjenesteavtale nr.6 Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg	15
Tjenesteavtale nr.7 Samarbeid om IKT-løsninger lokalt	17
Tjenesteavtale nr.8 Samarbeid om forebygging	19
Tjenesteavtale nr.9 Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede	20
Tjenesteavtale nr.10 Samarbeid om turnuslegetilsetting.....	22
Nr.1 Rutine for bruk av Individuell plan, IP	23
Nr.2 Rutine for innleggelse i Sykehuset Innlandet (SI).....	25
Nr.3 Rutine for varsling om innleggelse og utskrivningsklar pasient med bruk av elektronisk meldingsutveksling.....	29
Nr.4 Rutine for følge av kjent personale fra kommunen	34
Nr.5. Rutine for gjensidig hospitering	38
Nr.6 Rutine om IKT-løsninger lokalt. Meldingsutveksling	43
Nr.7 Rutine for omforente beredskapsplaner og den akuttmedisinske kjede.....	48
Nr.8 Rutine for spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt	52
Nr.9 Rutine for turnuslegetilsetting	53

Samarbeidsavtale med tjenesteavtaler og rutiner mellom XX kommune og Sykehuset Innlandet HF

1. Parter

Avtalen er inngått mellom Nes kommune og Sykehuset Innlandet HF, heretter SI.

Avtalen er rettslig bindende i henhold til det som framgår av lov og forskrift. Ved eventuell motstrid: går Lov foran forskrift, og forskrift går foran avtale. Samarbeidsavtalen består av en innledende del, tjenesteavtalene og samhandlingsrutinene (rutinene). Ved eventuell motstrid mellom innledende del av Samarbeidsavtalen, tjenesteavtalene og samhandlingsrutinene skal innledende del ha forrang.

Denne avtalen regulerer partsforholdet mellom kommunen og SI. Prinsippene i Samarbeidsavtalen, innledende del, er gjennomgående for alle tjenesteavtaler og rutiner.

Hver part har ansvar for egne avtaler med tredjepart.

2. Bakgrunn og lovverk

Samarbeidsavtalen reguleres av de lover som til enhver tid angår spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Samarbeidsavtalen skal ivareta kravene i helse- og omsorgstjenesteloven §§6-1 og 6-2, og spesialisthelsetjenesteloven §§2-1 og 2-6. Tjenesteavtalene reguleres av den generelle avtalens bestemmelser når det gjelder samarbeidsformer, tvisteløsninger og gjennomføring.

Der det er hensiktsmessig er det utarbeidet egne samhandlingsrutiner.

3. Formål

Formålet med avtalen er å sikre at pasienter/ brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester både innen somatikk, psykisk helse og rus. Befolkningen skal ha tilgjengelighet til de tjenester som omfattes av avtalen.

Målet er at pasienter/brukere skal oppleve at tjenestene:

- er faglig gode
- er samordnet og helhetlige
- er preget av kontinuitet
- blir utført på en god måte på tvers av forvaltningsnivåene
- gis til rett tid og på rett sted

Partene er enige om at samarbeidet skal preges av likeverdighet, en løsningsorientert tilnærming og prinsippet om at avgjørelser tas så nær brukeren som mulig.

Avtalen skal bidra til at kommunen og SI gjensidig forplikter seg i pasientbehandlingen. Avtalen skal sikre en tydelig og hensiktsmessig fordeling av oppgaver og ansvar mellom partene slik at pasienten sikres nødvendig oppfølging og behandling i alle faser av pasientforløpet.

4. a) Samhandlingsområder

Helse og omsorgstjenesteloven § 6-2 oppstiller et minimumskrav til hva en avtale mellom partene skal inneholde. Partene har med bakgrunn i lovkravene formulert følgende tjenesteavtaler:

1. Ansvar og oppgaver
2. Koordinerte tjenester
3. Ansvar og oppgaver ved innleggelser i og utskrivninger fra SI
4. Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
5. Samarbeid om utdanning og forskning
6. Samarbeid om svangerskaps- fødsel og barselomsorg
7. Samarbeid om IKT-løsninger lokalt
8. Samarbeid om forebygging
9. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden
10. Samarbeid om turnuslegetilsetting

Dersom partene inngår samarbeid på andre områder, skal dette reguleres i egne avtaler.

Samhandlingsrutinene er nummerert og inneholder følgende områder:

4. b) Samhandlingsrutiner

1. Rutine for individuell plan
2. Rutine for innleggelse i SI
3. Rutine for varslings om innleggelse og utskrivningsklar pasient, med bruk av elektronisk meldingsutveksling
4. Rutine for følge av kjent personale fra kommunen
5. Rutine for gjensidig hospitering
6. Rutine om IKT-løsninger lokalt. Meldingsutveksling
7. Rutine for omforente beredskapsplaner og den akuttmedisinske kjede
8. Rutine for Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt
9. Rutine for turnuslegetilsetting

5. Samhandlingsutvalg

Partene er enige om følgende samhandlingsutvalg:

1. Overordnet samarbeidsutvalg
2. Geografiske samarbeidsutvalg

Felles for utvalgene:

- Hovedoppgaver er å fremme samarbeid om et godt og sømløst pasienttilbud, og å forebygge avvik, uenighet og/eller interessekonflikter mellom partene
- Utvalgene konstituerer seg selv. Leder og nestleder velges for ett år av gangen
- Representantene og de avtaleansvarlige har i fellesskap ansvar for å fremme saker for utvalgene

- Medlemmene er selv ansvarlige for kontakten med dem man representerer. Representanter utnevnt av KS, Kommunesektorens organisasjon, eller regionråd, holder kontakten med kommunenes avtaleansvarlige
- Det kan opprettes kliniske utvalg til bestemte formål

5.1. Overordnet samarbeidsutvalg (OSU)

OSU er et partssammensatt, overordnet og strategisk utviklingsorientert utvalg mellom SI og kommunene som har inngått samarbeidsavtale. OSU er rådgivende og skal avklare gråson utfordringer og følge avtalenes virkemåte, samt bidra til å spre bedre praksis, god kvalitet og eksempler på godt samarbeid.

OSU kan i avtaleperioden foreslå nye samhandlingsrutiner og endringer i eksisterende.

SI og kommunene er representert med 4 representanter hver. Kommunen lar seg representere etter oppnevning fra KS Hedmark og Oppland etter forslag fra kommunen. I tillegg er det oppnevnt en ansatt og en brukerrepresentant fra både SI og kommunen.

5.2. Geografiske samarbeidsutvalg (GSU)

GSU er et samarbeidsutvalg mellom kommunene¹ regionalt og SI. GSU har ansvar for å ha gode rutiner for samarbeid og informasjonsutveksling mellom SI og de tilhørende kommunene.

GSU har som oppgave å bidra til at kunnskapsbasert praksis, pasientsikkerhet og godt samarbeid er ivaretatt, både innen psykisk helse, rus og somatikk.

GSU benyttes for å sette dagsorden i forhold til kvalitetskrav i samhandlingen på systemnivå. Målet er å forebygge systemsvikt og heve kvaliteten i samhandlingen.

Avvik fra samarbeidsavtalen på systemnivå, behandles i GSU. Erfaringer fra avvik brukes aktivt til utvikling. Hensikten er å løse potensielle konflikter/dissenser i forhold til samarbeidsavtaler og samhandlingsrutiner der dissensen eller avviket oppstår.

GSU rapporterer avvik til OSU innen 10. januar hvert år.

Ved opprettelse av kliniske samarbeidsutvalg skal GSU sjekke om tilsvarende problemstilling har ført til opprettelse av klinisk samarbeidsutvalg ved annet GSU. Om det er slik oppretter OSU ett *felles* klinisk samarbeidsutvalg.

Kommunene bestemmer selv hvordan de skal være representert i GSU. GSU skal ha en representant fra brukerne, en ansattrepresentant og en praksiskonsulent.

GSU møtes minst tre ganger per år.

6. Plikt til gjennomføring og forankring

Partene forplikter seg til å gjøre avtalen kjent for egne ansatte og samarbeidsparter. Partene skal hver for seg sette av nok ressurser knyttet til medvirkning i de avtalte former for samarbeid som beskrives i denne avtalen.

¹ Kommuner i geografisk nærhet

Partene har ansvar for å holde hverandre oppdatert om hvem som har overordnet ansvar for forvaltningen av avtalen.

Partene har gjensidig informasjons og involveringsplikt i forhold som påvirker den annen part.

7. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner

Det er partenes ansvar å etablere system for brukermedvirkning. Jf. helse- og omsorgstjenesteloven, og helseforetaksloven.

8. Avvik

Med avvik menes brudd på bestemmelser i denne avtalen. Avvik behandles der avviket oppstår. Se ellers oppgaver som er lagt til GSU.

9. Håndtering av uenighet – tvisteløsning

Partene er enig om følgende prinsipper for håndtering av uenighet knyttet til gjennomføring og forståelse av avtalen:

Uenighet mellom partene etter denne avtalen skal løses gjennom forhandlinger.

Dersom uenighet/tvist ikke løses gjennom avvikshåndtering etter punkt 8 eller behandling i GSU, kan hver av partene bringe tvisten inn for et lokalt tvisteløsningsorgan. Partene oppnevner en representant hver til lokalt tvisteløsningsorgan, og disse oppnevner sammen en uavhengig tredje representant. I saker hvor en av partene ikke er enig i det lokale tvisteløsningsorganets resultat, kan hver part bringe saken inn for Nasjonalt tvisteløsningsorgan, eller bringe saken inn for ordinære domstoler. Den tingrett kommunen sokner til er verneting for tvist etter denne avtalen.

10. Mislighold

Dersom en av partene misligholder sin del av avtalen, og dette påfører den annen part dokumenterte tap, kan tapet kreves dekket av den som misligholder avtalen.

11. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra 1.3.2015, avløser gjeldende avtale og gjelder frem til 1.3.2019. Dersom det er behov for endringer i rutinebeskrivelsene kan disse vedtas administrativt etter forslag fra OSU. Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres. Avtalen kan sies opp med ett års frist, jf. § 6-5 helse- og omsorgstjenesteloven.

12. Dato og underskrift

Dato:

Dato:

XX kommune
ordfører

Sykehuset Innlandet HF
styreleder

Tjenesteavtale nr.1 Ansvar og 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.

Avtalen regulerer oppgaver som kommunen og SI skal samarbeide om, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 3 -4 om kommunenes plikt til å samhandle og samarbeide, og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 om innbyggernes rett til helsehjelp.

Ansvar og oppgaver

SI sitt ansvar

SI skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon.

Kommunens ansvar

Kommunenes oppgaver er definert i helse- og omsorgstjenesteloven og særskilt kap.3 om kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester.

Endret oppgavefordeling mellom SI og kommunen

Dersom kommunen og SI ønsker å endre oppgavefordelingen innenfor rammen av lovverket, skal følgende oppfylles:

- Partene skal være likeverdige
- Dialog og høringer skal være gjennomført og endringer planlagt i god tid
- Det er viktig å sikre helhet, sammenheng og forutsigbarhet i pasientforløpet
- Ressurser i form av kompetanse og økonomi skal avklares
- Det skal være enighet mellom partene

Samarbeidsområder

SI og kommunen er forpliktet til å sikre god kommunikasjon og ha gode rutiner ved overganger mellom kommunens helse- og omsorgstjenester og SI.

Partene skal også legge til rette for samarbeid med andre instanser som yter tjenester til brukere av helse- og omsorgstjenesten, inkludert fastlegene, og for eksempel Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), skole og utdanning, og Kriminalomsorgen.

Partene inngår egne tjenesteavtaler om nye oppgaver.

Tjenesteavtale nr.2 Koordinerte tjenester

Formål

Denne tjenesteavtalen har som formål å sikre samarbeid om pasienter/brukere som har rett til individuell plan, koordinator og samordning av tjenester fra koordinerende enhet. Pasientene skal møte en sammenhengende helsetjeneste og et sammenhengende pasientforløp.

Habilitering og rehabilitering defineres som tidsavgrensede og planlagte prosesser, hvor flere aktører samarbeider for å gi nødvendig bistand til pasienters og brukeres egen innsats for å nå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i samfunnet.

Ansvar og oppgaver

Begge parter er ansvarlig for at det opprettes en koordinerende enhet i egen organisasjon i henhold til krav i forskrift nr. 1256 (forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator).

Kommunen og SI skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jf. pasient- og brukerrettighetsloven. Med gjennomføring menes planlegging, utøving og evaluering.

Koordinerende enhet i SI og i kommunen må samarbeide.

Begge parter er forpliktet til å holde hverandre fortløpende oppdatert om kontaktinformasjon.

Partene skal gjensidig informere hverandre om etablering av nye tilbud innen habilitering og rehabilitering, om endringer og om reduksjon av tilbud.

Partene er ansvarlig for at eget personell som har oppgaver i forbindelse med innleggelse og utskrivning av pasienter som omfattes av denne avtalen, er kjent med de gjeldende samhandlingsrutinene for innleggelse, utskrivning og individuell plan.

Begge parter har et ansvar for å ivareta barn som pårørende. Det gjelder både barn og mindreårige søsken av pasienter. SI skal avklare om akutt innlagte pasienter har barn som trenger ivaretagelse, og varsle kommunen om dette, slik at aktuelle instanser og aktører kan bistå der det er behov. Kommunen må ha et kontaktpunkt for slik informasjon og informere om dette.

Partene er enige om å videreutvikle praksiskonsulentordningen for å systematisere samhandlingen mellom fastlegene, sykehuset og de kommunale tjenestene.

Partene skal samarbeide for å redusere bruk av tvang og makt i henhold til lovverk.

SI sitt ansvar

- SI skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i SI sitt opptaksområde tilbys og ytes nødvendig habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i og utenfor institusjon. Dette gjelder pasienter som trenger rehabilitering i spesialisthelsetjenesten
- SI skal benytte praksiskonsulentene i arbeidet med å systematisere samarbeidet med fastlegene
- SI skal ivareta veiledningsansvaret. Jfr. spesialisthelsetjenesteloven §6-3, og tilhørende rutine
- SI har ansvar for å identifisere behov for Individuell plan (IP), initiere arbeidet og medvirke i kommunens arbeid med IP
- SI har ansvar for det som defineres som behandlingshjelpemidler i henhold til Nasjonale retningslinjer for behandlingshjelpemidler og tilhørende forbruksmateriell for spesialisthelsetjenesten

Kommunens ansvar

- Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering- og rehabilitering
- Kommunen har ansvar for at det blir utarbeidet individuell plan, og at planarbeidet koordineres
- Kommunen må i samarbeid med SI avklare kommunens eventuelle behov for bistand fra ambulerende spesialisthelsetjeneste
- Kommunen har ansvar for behandlingshjelpemidler til beboere i institusjon der spesialisthelsetjenesten ikke dekker utgiftene
- Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunenes helse- og omsorgstjenestetilbud, skole og utdannings-tilbud og i NAV, skal integreres i et tverrfaglig re-/habiliteringstilbud
- Kommunen skal arbeide for å systematisere samarbeidet mellom fastlegene, de kommunale tjenestene og SI

Tjenesteavtale nr.3

Ansvar og oppgaver for innleggelser i og utskrivninger fra SI

Formål

Formålet med denne avtalen er å klargjøre SI og kommunens ansvar og oppgaver vedrørende inn og utskrivning til og fra SI, av pasienter innen somatikk, psykisk helse og rus.

Avtalen skal sørge for:

- At pasienten møter en sammenhengende helsetjeneste
- Å sikre effektiv og korrekt meldingsutveksling
- At pasienter får helsetjenester på rett nivå til rett tid
- Å redusere risikoen for uheldige hendelser
- Å redusere reinnleggelse for samme problemstilling

Ansvar og oppgaver

Denne tjenesteavtalen utdypes i samhandlingsrutinen for varsling om innleggelse og utskrivningsklar pasient med bruk av elektronisk meldingsutveksling.

SI sitt ansvar:

- At henvisning vurderes etter gjeldene nasjonal forskrift og prioriteringsveiledere, og at retten til helsehjelp vurderes ut fra dette
- Å foreta utredning og behandling med utgangspunkt i problemstillinger fra henvisningen
- Ved behov å innhente supplerende opplysninger fra henvisende lege og/ eller kommunens helse- og omsorgstjenester
- At all kontakt mellom SI, henvisende lege og kommunen dokumenteres i pasientens journal
- At personell som har oppgaver i forbindelse med innleggelse og utskrivning av pasienter følger vedtatte samhandlingsrutiner
- Å ha oversikt over hvilket kontaktpunkt kommunen har oppgitt til varsling i henhold til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Kommunens ansvar:

- Henvisende lege har ansvar for vurdering av om pasienter har behov for innleggelse i SI eller om kommunalt tilbud kan benyttes
- At all kontakt mellom SI, henvisende lege og kommunen dokumenteres i pasientens journal
- At personell som har ansvar for innleggelse og utskrivning følger vedtatte rutiner
- Å ha et fast kontaktpunkt i kommunen for mottak av meldinger og kommunikasjon, og holde SI oppdatert om disse

Den kommunale betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter som blir liggende i sykehus i påvente av kommunale helse- og omsorgstilbud, går fram av Helse og omsorgstjenesteloven § 11- 4 (gjelder ikke pasienter innen psykisk helse og rus), og det er kommunenes ansvar å ta imot pasienter så raskt som mulig.

Utdyping av disse bestemmelsene:

Alle meldinger mellom SI og kommunene skal sendes elektronisk via Norsk helsenett.

Kommunal betalingsplikt inntreder den dagen pasienten blir meldt utskrivningsklar og de øvrige vilkårene i forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter §§ 8, 9 og 10 er oppfylt, og kommunen gir beskjed om at de ikke kan ta imot pasienten jf. § 11 andre ledd i samme forskrift. Dersom pasienten etter melding fra kommunene, ikke skrives ut gjelder likevel kommunal betalingsplikt fra den dagen pasienten er utskrivningsklar.

Dersom SI etter å ha vurdert pasienten som utskrivningsklar har unnlatt å varsle kommunen etter varslingsprosedyrer i denne avtalen, vil kommunen ikke ha betalingsansvar for første døgn etter at SI har varslet kommunen om at pasienten er utskrivningsklar.

SI sender faktura for utskrivningsklare pasienter etter den 15. hver måned. Eventuell uenighet om fakturagrunnlag drøftes mellom kommunen og SI, og kreditnota sendes fra SI der det er enighet om at fakturagrunnlaget er feil.

Betalingsfrist er per utgangen av påfølgende måned.

Tjenesteavtale nr.4

Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp

Denne tjenesteavtalen danner grunnlag for en lokal tilleggsavtale som skal inngås mellom kommunen/interkommunalt samarbeid og SI. Tilleggsavtalen skal være på plass innen 1.7.2015.

Innen 2016 skal kommunen ha etablert et kommunalt tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

Formål

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter som kommunen kan utrede, behandle og yte omsorg til i følge veileder om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

Denne avtalen regulerer samarbeidet og ansvarsfordelingen mellom kommunen og SI om døgnbasert øyeblikkelig hjelp fram til 2016, og gir veiledning om hva disse tilbudene skal inneholde. Det kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet skal være like godt eller bedre for pasienten enn et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten. Målet er å redusere behovet for innleggelse i sykehus.

Tjenesteavtale nr. 4 skal konkretisere ansvarsforhold mellom kommunen og SI når en pasient har behov for kommunalt døgnopphold øyeblikkelig hjelp. Det er fastlegen, sykehjemslegen eller legevaktslegen som foretar den konkrete vurderingen av hvor pasienten skal få sin behandling. Den lokale tilleggsavtalen skal danne grunnlaget for at det kommunale døgnopphold for øyeblikkelig hjelp blir et faglig forsvarlig tilbud.

Det er en målsetting at ansvarsdelingen mellom partene skal skje etter BEON prinsippet, det vil si at pasientene får behandling på best effektive omsorgs nivå i forhold til sine behov.

Ansvar og oppgaver

Partene har ansvar for å informere befolkningen om tilbudet. Informasjonen må bidra til å skape trygghet i befolkningen om at tilbudet er like godt eller bedre enn innleggelse i sykehuset. I tillegg har begge parter ansvar for informasjon til ansatte i primær - og spesialisthelsetjenesten.

SI sitt ansvar

- Ha forsvarlig dimensjonering av sitt øyeblikkelighjelpstilbud, og ikke å bygge ned sitt tilbud knyttet til øyeblikkelig hjelp med bakgrunn i denne avtalen

Kommunens ansvar

- Sørge for at døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp blir koordinert med tjenester og tiltak i den akuttmedisinske kjeden

Utarbeidelse av lokal tilleggsavtale

Lokal tilleggsavtale skal inneholde avklaringer for følgende områder:

(Punktene er hentet fra helsedirektoratets veileder om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold)

1. Aktuelle pasientgrupper
2. Støttefunksjoner
3. Utstysbehov

4. Lokalisering
5. Ambulansetjeneste/transport tilbudet
6. Personellbehov/kompetanse
7. Tilskudd og andre finansieringsordninger knyttet til etablering og forvaltning av tilbudet
8. Evaluering
9. Brukermedvirkning
10. Dokumentasjon
11. Informasjonsplan

Tjenesteavtale nr.5 Samarbeid om utdanning og forskning

Formål

Denne samarbeidsavtalen har som formål å sørge for gjensidig og forpliktende kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, samt faglige nettverk og hospitering. Avtalen skal legge til rette for utvikling av felles tiltak for å styrke kunnskap, kompetanseoppbygging, forskning og innovasjon.

Sentrale områder

Forsknings og utviklingsarbeid (FOU)

Forskning kan være virksomhet av original karakter som utføres ved vitenskapelig metodikk for å skaffe tilveie ny kunnskap. Forskningens kvalitet sikres via fagfeltvurdering («peer-review») og publiseres i forskningstidskrifter.

I denne sammenheng er det særlig relevant at partene legger til rette for «anvendt forskning» som primært er rettet mot bestemte praktiske mål og anvendelser.

Utviklingsarbeid kan være systematisk utvikling eller videreutvikling av modeller, det vil si prosesser og systemer med den hensikt å forbedre tjenestene. Med modeller menes beskrivelser og fremstillinger av innholdet i og organiseringen av tjenester inkludert lokale retningslinjer, prosedyrer og sjekklister.

Innovasjon

I følge NOU 2011:11 kan innovasjon forstås som «kunnskap som tas i bruk i en ny sammenheng eller brukes på en ny måte». I denne avtalen gjelder begrepet tjenesteinnovasjon og utviklingsarbeid som resulterer i nye og/eller bedre tjenestetilbud.

Forskernettverk

Kommunene har i liten grad tradisjon for å omdanne kunnskapsbehov til forskbare problemstillinger. Kommunene er avhengig av samarbeid med akademiske institusjoner om utforming og gjennomføring av forskningsprosjekter. Helseforetak er definert som forsknings aktør.

Forskernettverk er i denne avtalen nettverk som samarbeider om å utvikle forsknings- og utviklingsideer og prosjekt, samt initiere forskning på områder av felles interesse, nytte og relevans.

Utdanning

Partene omtaler felles samarbeidsarenaer med utdanningsinstitusjonene i forhold til:

- Videregående skole og fagskole
- Høgskolene inkludert etter – og videreutdanningene

Ansvar og oppgaver

- Partene har ansvar for gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling for å sikre gode tjenester og pasientforløp. Dette gjelder både på pasientnivå og i forhold til styringsinformasjon
- Partene legger til rette for felles etterutdanning og tilbud til lærlinger
- Partene arbeider for å få flere kombinasjonsstillinger
- Det er utarbeidet hospiteringsavtale og partene forplikter seg til å legge til rette for hospitering
- Partene skal legge til rette for at det utvikles felles tiltak for å styrke forskning og innovasjon som understøtter samhandlingsformens intensjoner. SI og høgskolene arrangerer felles årlig forskningskonferanse, Innlandskongressen. OSU oppnevner to representanter fra kommunene til programkomiteen
- Partene inviterer hverandre til egen internopplæring og seminaraktivitet
- Partene har ansvar for å utvikle gode pasientforløp, og behandlingslinjer der det er hensiktsmessig
- Partene samarbeider om kunnskapsoverføring ved bruk av ambulerende tjenester

SI sitt ansvar

- Benytte praksiskonsulentene til å systematisere samarbeidet med fastlegene
- Gi veiledning til kommunene i henhold til samhandlingsrutine om veiledningsplikten

Kommunens ansvar

- Systematisere samarbeidet med fastlegene
- Ved behov gi veiledning til SI
- Identifisere og konkretisere, og der det er mulig samordne sine behov for generell veiledning fra SI

Tjenesteavtale nr.6

Samarbeid om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Formål

Formålet med denne avtalen er å klargjøre SI og kommunens ansvar og oppgaver vedrørende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

Veilederen "Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen" IS-1877 og

St. meld nr. 12 (2008-2009) "en gledelig begivenhet – om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels og barselomsorg" skal legges til grunn for avtalen.

Nasjonale retningslinjer for barselomsorg 2014 skal legges til grunn for avtalen.

Avtalen bygger også på eksisterende avtaler og ordninger lokalt mellom SI og kommunene.

Ved risikosvangerskap knyttet til psykiske vansker og/eller rusproblemer skal behandlingslinjer for spe -og småbarn med psykososial risiko brukes. Dette gjelder også i barselomsorgen.

Ansvar og oppgaver

Beredskap og følgetjeneste

Det er utarbeidet tilleggsavtale for beredskap og følgetjeneste med aktuelle kommuner.

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

SI sitt ansvar

- Følge opp kvinner med risikosvangerskap
- Gi tilbud om fødeplass og yte forsvarlig fødselshjelp ut fra den enkelte kvinnes svangerskap og eventuell identifisert risiko i forbindelse med fødselen.
- Ved utreise skal SI sørge for:
 - At kvinnen får med seg telefonnummer til barselavdelingen, kommunal jordmor og til helsestasjonen hun tilhører.
 - At kvinnen har med seg epikrise til jordmor og helsestasjon hun tilhører

Kommunens ansvar

- Gi tilbud til gravide kvinner i henhold til gjeldende retningslinjer
- Identifisere kvinner med risiko for komplikasjoner og henvise fødende til riktig fødetilbud
- Identifisere risikosvangerskap, herav eksterne forhold som påvirker svangerskapet (psykiatri, rus og vold) og sørge for nødvendige tiltak
- Det skal opprettes koordinator i saker der behandlingslinjer brukes
- Kvinner som går til svangerskapskontroll hos fastlege/jordmor får informasjon om aktuell oppfølging fra helsestasjonen og helsesøster etter fødsel
- De til enhver tid gjeldende nasjonale retningslinjer for barselomsorg, danner grunnlag for beskrivelse av ansvarsfordeling på dette området

Samarbeidsarenaer

Tverrfaglig samarbeid, utveksling av informasjon og samarbeidsarenaer ivaretas gjennom Perinataalkomiteen. Komiteen har representanter fra både SI og kommunene. På møtene diskuteres alvorlige svangerskaps og fødselskomplikasjoner og man har fokus på hele svangerskapsforløpet. Kommunene lar seg representere etter oppnevning. Perinataalkomiteen arrangerer et årlig møte , Honnemøte. Dette er et fagmøte med ulike temaer innen fødselsomsorgen.

Det er etablert ordninger for felles internundervisning og fagdager.

Det er etablert ordninger for hospitering for jordmødre ansatt i distriktene.

Tjenesteavtale nr.7

Samarbeid om IKT-løsninger lokalt

Formål

Formålet med denne avtalen er å sikre god samhandling mellom SI og kommunen, herunder fastlegene, pleie- og omsorgstjenesten, barne- og skolehelsetjenesten og legevaktordningen, ved å klargjøre SI og kommunens ansvar og oppgaver vedrørende samarbeid om IKT-løsninger og utvikling av IKT-systemer.

Ansvar og oppgaver

Generelt

Partene er enig om at implementering av elektronisk kommunikasjon er av vesentlig betydning for pasientsikkerhet, samhandling og rasjonell bruk av ressurser.

- Partene har etablert rutiner som sikrer at avvik blir avdekket og tiltak blir iverksatt
- Partene har et kjent kontaktpunkt som tar imot henvendelser om feil og avvik i forbindelse med elektronisk samhandling, samt gir nødvendig veiledning. Slik bekjentgjøring gjelder både egne ansatte og samarbeidspartnerne
- Partene skal gi nødvendig opplæring i egen organisasjon slik at personalet kjenner rutiner og funksjonalitet i forbindelse med bruk av elektronisk samhandling
- Partene skal benytte Norsk Helsenett som transportkanal
- Partene skal varsle endringer og oppgraderinger til hverandre
- Partene skal samarbeide om felles testrutiner. Ved endringer gjennomføres et minimum av samhandlingstester
- Nye partnere i samhandling skal godkjennes via sjekklister

Meldingsutveksling

- Partene har etablert rutiner som sikrer korrekt produksjon, sending og mottak av meldinger til og fra egne systemer
- Partene tar ansvar for at negativ og manglende applikasjonskittering sendt fra egne systemer blir fulgt opp
- Partene sender meldinger som er godkjent test- og godkjenningsordning
- Partene har som intensjon å ta i bruk nye meldingstyper og versjoner etter hvert som de er godkjent av KITH og er tilgjengelig i partenes EPJ- og kommunikasjonssystemer
- Partene følger nasjonale veiledere utviklet for hver meldingstype

Video/telemedisin

- Partene skal samarbeide om telemedisinske tjenester og tilrettelegge for bruk av videokommunikasjon der det er hensiktsmessig i pasientforløpet/behandlingen

Samarbeidsutvalg for IKT-utvikling (IKT-SU)

Utvalgets oppgaver er:

- Ta initiativ til å etablere løsninger som fremmer samhandling og god pasientoppfølging på kort og lang sikt
- Informere, drøfte, varsle og gi gjensidig tilbakemelding på prioriteringer
- Ta initiativ til utarbeidelse av felles risikovurderinger

Utvalget møtes 2 -4 ganger pr år og består av:

- 4 representanter fra Sykehuset Innlandet
- 4 representanter fra kommuner

KS koordinerer kommunenes representasjon med bakgrunn i det interkommunale IKT-samarbeidet i Hedmark og Oppland.

Utvalgsmedlemmene skal sammen dekke både klinisk og teknisk kompetanse. Partene kan delta med 3. parts samarbeidspartner der det er aktuelt. Representantene fra kommunene deltar på vegne av alle samarbeidskommunene og har informasjonsansvar til disse.

Leder av utvalget velges for 2 år av gangen og lederrollen byttes mellom SI og kommunene. Leder av utvalget har ansvar for innkalling og møtearrangement.

Referat fra hvert møte sendes til alle representanter fra alle kommuner i Hedmark og Oppland og til Sykehuset Innlandet i henhold til distribusjonsliste utarbeidet av KS.

Ny representant og frasing av verv koordineres av hver part.

Partene dekker selv reise- og diettkostnader. Evt. kostnader for deltakelse fra fastlege må dekkes av kommunene.

Saker til utvalgsmøtene skal meldes møteleder innen 3 uker før møtedato. Kommuner uten representanter skal være kjent med hvem de kan melde saker til.

Partene er enige om å evaluere og eventuelt revidere møtearenaene.

Utarbeidelse av lokal tilleggsavtale

For gjensidig tilgang til den andre parts journalsystemer, kreves lokal tilleggsavtale som utarbeides i henhold til nasjonale føringer.

Tjenesteavtale nr.8 Samarbeid om forebygging

Formål

Formålet med denne avtalen er å tydeliggjøre områder der SI og kommunen har felles ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom.

Avtalen omfatter samarbeid om følgende:

- Helseovervåkning, herunder analyse av befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer
- Deling av kunnskap om påvirkningsfaktorer for sykdomsutvikling
- Kommunehelseprofiler sett opp mot lokal kunnskap
- Råd og bistand vedrørende miljø- og grupperettede tiltak, herunder bistand ved miljøhendelser med helsemessige konsekvenser
- Aktivitet i tilknytning til lærings- og mestringsarenaer

Samhandling i smittevern og beredskapsarbeid er en del av dette. Partene skal forplikte seg til å samarbeide for å øke kunnskap om, og iverksette tiltak på levevaneområdet for enkeltpersoner og grupper. Det kan være på områder som fysisk aktivitet, kosthold, alkohol, rus/tobakk og deltakelse på allmenne aktivitets- og kulturtilbud. Dette gjelder også de som allerede har en diagnose.

Ansvar og oppgaver

Partene er enige om å samhandle om:

- Rapportering av data i henhold til nasjonale krav. Disse data danner grunnlaget for ulike statistikk banker
- Beredskap, se egen tjenesteavtale
- Årlig seminar med fokus på forebygging, som SI arrangerer. Partene er enige om at det nedsettes en felles programkomite. Den skal knytte til seg representant(er) fra brukerorganisasjon(er) og fra kommunene. OSU utnevner to representanter fra kommunene
- Kompetanseutvikling. Pasient og pårørende opplæring inkluderes. Kompetanse og samarbeid om brukermedvirkning deles

SI sitt ansvar

- Dersom enkeltkommuner/interkommunale samarbeid ønsker ytterligere datagrunnlag fra SI, så skal SI gjøre dette tilgjengelig dersom statistikk finnes
- Gi kommunene tilbud om smittevernnavtale
- Sørge for diagnosespesifikke aktivitets-, lærings -og mestringstilbud

Kommunens ansvar

- Ta ansvar for smittevern i egne institusjoner
- Sørge for diagnoseuavhengige tilbud med fokus på mestring. Store diagnosegrupper med langvarige helseutfordringer

Tjenesteavtale nr.9

Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede

Formål

Partene forplikter seg til å videreføre og utvikle samarbeidet innenfor krise- og katastrofeberedskap, og i utvikling av den akuttmedisinske kjede. Når det gjelder samarbeid om akutt hjelp for enkeltpasienter er dette omhandlet i annen tjenesteavtale.

Ansvar og oppgaver

I forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus (2005-3-18) pkt. 4 Samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene heter det:

- «De regionale helseforetakene og kommunene skal sikre en rasjonell og koordinert innsats i de ulike leddene av den akuttmedisinske kjeden, å sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, Hovedredningssentralen og andre myndigheter
- Organiseringen av de akuttmedisinske tjenestene skal legges til rette slik at personellet i disse tjenestene får trening i samhandling. Ved etablering og drift av akuttmedisinske tjenester skal tjenestene kommuniseres internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett»

Ny revidert forskrift for akuttmedisin skal legges til grunn fra det tidspunkt den gjøres gjeldende. Eventuelle behov for endringer tas opp i samarbeidsmøtene.

Avtalen skal bygge på de 4 prinsippene innen beredskapslovgivningen.

Hovedprinsippene for helseberedskapen

Ansvar: Den virksomheten som har ansvar for et fagområde eller tjenestetilbud i en normalsituasjon, har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser. Ansvaret gjelder også informasjon innenfor eget fagområde.

Nærhet: Kriser skal håndteres på lavest mulige nivå.

Likhet: Den organisasjonen man etablerer under kriser skal være mest mulig lik den man opererer med til daglig, jf. ansvarsprinsippet.

Samvirke: Alle virksomheter har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

(Referanse: Nasjonal Helseberedskapsplan, Versjon 2.0 fastsatt 2. juni 2014)

Avtalen omfatter helse- og omsorgstjenestens ansvar og oppgaver i den akuttmedisinske kjeden, herunder krise- og katastrofeberedskap, og er avgrenset mot redningstjenester som ligger under Justis- og beredskapsdepartementet v/ Hovedredningssentralen (HRS). Samvirkeprinsippet medfører dog at ressursene ved behov skal stilles til rådighet for HRS.

Den akuttmedisinske kjede består av fastlege, legevakt, kommunal legevaktsentral, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral), bil-, båt-, og luftambulanser, samt akuttmottak i sykehus. Avtalen omfatter både somatikk og psykisk helsevern.

I henhold til Nasjonal helseberedskapsplan (2014) skal kommunen og Sykehuset Innlandet samordne sine beredskapsplaner.

Fylkesmannen er, som sektor- og samordnings myndighet, tillagt en sentral rolle i samordning og koordinering. Det vises også til forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap (2001-7-23)

Samarbeid innenfor krise- og katastrofeberedskap

Partene plikter å:

1. Samordne helseberedskapsplaner for kriser og katastrofer. Dette gjelder blant annet:
 - Gjøre risiko og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) tilgjengelig for hverandre (offentliggjøres ikke).
 - Utveksle informasjon om planlegging og gjennomføring av øvelser.
 - Partene har ansvar for egne planer for forsyning og forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr. Dette er ikke til hinder for at man bistår hverandre i aktuelle situasjoner.
 - Beskrive kontaktpunkter for varsling mellom beredskapsaktører i kommunen og helseforetak. Elektronisk krisekommunikasjon mellom aktørene skal gjennomføres og dokumenteres i den grad det er mulig i krisehåndteringsverktøyet CIM (beredskapsstandard).
2. Samarbeide med andre nødetater som brannvesen, politi og redningstjeneste, samfunnssektorer og frivillige organisasjoner for å sikre helhetlige beredskapsplaner og krisehåndtering.
3. Beskrive felles møte-arena, inkludert møtefrekvens, utkast til agenda og forslag til deltakelse fra partene. Det lokale sykehus og dettes vertskommune tillegges ansvar for initiering og gjennomføring.

Samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede

Partene plikter:

1. Å samarbeide om utvikling av de akuttmedisinske tjenester slik at tilbudet samlet blir forsvarlig. Dette gjelder bl.a.:
 - Å holde hverandre oppdatert om faktisk tilbud i de ulike tjenester i kjeden som sikrer at pasienter så raskt som mulig kommer frem til riktig behandlingssted, herunder å avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp funksjoner.
 - Å etablere rutiner som sikrer god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner.
 - At aktører i den akuttmedisinske kjeden skal være tilgjengelig på og kommunisere via nødnett.
 - Å sørge for at eget vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeden har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller. Trening i samhandling skal skje regelmessig.
2. Beskrive felles møte-arena, inkludert møtefrekvens, utkast til agenda og forslag til deltakelse fra partene. Det bygges på etablert møtepraksis mellom Legevakt, lokalt sykehus (akuttmottak), AMK og ambulansetjeneste. Divisjon prehospitale tjenester tillegges ansvar for å initiere møter og gjennomføring.

Tjenesteavtale nr.10 Samarbeid om turnuslegetilsetting

Formål

Denne tjenesteavtalen har som formål å avklare ansvarsforhold mellom kommune og SI når det gjelder ansettelse av turnusleger.

Samarbeidsavtalen bygger på at forskrift om ny turnusordning skal benyttes.

Avtalen bygger på en intensjon om at SI og kommunene i Hedmark og Oppland i fellesskap skal tilby det antall turnusplasser som er nødvendig for at de som ansettes skal kunne gjennomføre hele turnustjenesten i disse to fylker.

Avtalen regulerer oppgaver som kommunen og SI skal samarbeide om, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3 -4 kommunenes plikt til å samhandle og samarbeide, og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 om innbyggernes rett til helsehjelp.

Ansvars og oppgaver

Partene forplikter seg gjennom denne avtalen å samarbeide rundt ordningen om ansettelse av turnusleger. Turnuslegene som ansettes i kommunen kommer unntaksvis fra sykehuspraksis i andre helseforetak enn SI. Partene skal holde hverandre oppdatert dersom en turnuslege blir forsinket i gjennomføringen av turnustjenesten. Denne tjenesteavtalen utdypes i en egen samhandlingsrutine.

SI sitt ansvar

- Å forholde seg til Helse Sør-Øst og Fylkesmannens / SAKs (statens autorisasjonskontor for helsepersonell)rolle i fordeling av turnusplasser
- Å sørge for utlysning av ledige stillinger som turnuslege i SI med rett til kommunepraksis i en av de kommunene SI samarbeider med
- Å ansette turnusleger og oppnevne veileder for turnuslegen
- Å legge til rette for at turnuslegene får informasjon om aktuelle kommuner
- Å samarbeide med kommunene i Hedmark og Oppland om fordeling av turnuslegene til stillinger i kommunehelsetjenesten

Kommunens ansvar

- Å forholde seg til Fylkesmannens/SAKs rolle i fordeling av turnusplasser
- Å sørge for at aktuelle kandidater får lett tilgang til relevant informasjon om kommunen - ansette turnuslege med bakgrunn i vedtatt ordning for fordeling av kommuneplasser. De som ansettes skal primært komme fra sykehuspraksis i SI.
- Å lyse ut eventuelle plasser på resttorg eller avtale samarbeid med andre helseforetak dersom det ikke er nok kandidater fra SI.

Nr.1 Rutine for bruk av Individuell plan, IP

Gjelder for alle pasienter/ brukere som har behov for langvarig og koordinerte tjenester

Formål

I de tilfeller det er brukere/pasient selv som tar initiativ til Individuell plan skal den part som mottar henvendelsen følge opp slik at bruker/pasient enten får avslag med begrunnelse, eller at arbeidet med IP blir startet.

Samhandlingsrutinen er utarbeidet som en del av Samarbeidsavtalen mellom SI og kommunen.

Ansvar og oppgaver

	SI sitt ansvar	Kommunens ansvar
Informasjon om IP (Individuell plan)	<p>Informasjon om retten til, og hensikten med IP skal gis uoppfordret til pasienten, og eventuelt til pårørende, fra ansatte i den avdeling/ enhet som pasienten oppholder seg, og dokumenteres i pasientens journal.</p> <p>Helsedirektoratets brosjyremateriell skal brukes.</p> <p>Dersom pasienten ønsker IP skal samtykke erklæring innhentes slik at informasjonsutvekslingen mellom partene kan finne sted.</p> <p>Informasjon om behov for IP skal sendes koordinerende enhet i kommunen</p>	<p>Informasjon om retten til, og hensikten med IP skal gis uoppfordret til pasienten, eventuelt til pårørende, fra ansatt i den avdelingen/enheten som pasienten oppholder seg, Eller om pasient/pårørende tar direkte kontakt med koordinerende enhet.</p> <p>Helsedirektoratets brosjyre materiell skal brukes.</p> <p>Dersom pasienten ønsker IP skal samtykkeerklæring innhentes, slik at informasjonsutveksling mellom partene kan finne sted.</p> <p>Kommunen plikter å ha koordinerende enhet. Ansatte i koordinerende enhet i kommunen skal vurdere retten til IP, gi skriftlig tilbakemelding og begrunne eventuelt avslag.</p>
Opprettelse og oppfølging av IP	<p>SI skal så snart som mulig varsle kommunene når en ser at det er behov for individuell plan som omfatter tjenester både fra SI og</p>	<p>Kommunen skal utarbeide IP for pasienter med behov for langvarige og koordinerte</p>

	<p>kommunen. , og skal slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med i IP</p> <p>SI kan ta ansvar for planarbeidet der det er hensiktsmessig, ved eventuell lang ligge tid i spesialisthelsetjenesten, og skal da samarbeide fortløpende med kommunene.</p> <p>SI plikter å stille på samarbeidsmøter i forbindelse med utarbeidelse og oppfølging av IP. I enkelte tilfeller kan deltakelse skje via telefon eller videokonferanse.</p> <p>SI plikter å sørge for brukermedvirkning</p> <p>SI plikter å koordinere tilbudene for pasienter som blir liggende over tid i sykehus</p>	<p>tjenester.</p> <p>Kommunen har det overordnede planansvaret for IP.</p> <p>Kommunen plikter å stille på samarbeidsmøter i forbindelse med utarbeidelse og oppfølging av IP. I enkelte tilfeller kan deltakelse skje via telefon eller videokonferanse.</p> <p>Kommunene plikter å sørge for brukermedvirkning.</p> <p>Koordinator skal oppnevnes på første møte.</p>
--	--	---

Nr.2 Rutine for innleggelse i Sykehuset Innlandet (SI)

Formål:

Rutinen gjelder ved alle typer innleggelser og/eller henvisning til planlagt vurdering ved alle enheter i Sykehuset Innlandet. For pasienter som mottar kommunale tjenester før innleggelse og/eller vil ha behov for kommunale tjenester etter utskrivelse, må denne samhandlingsrutinen sees i sammenheng med Samhandlingsrutine for elektronisk meldingsutveksling

Rutinen beskriver følgende former for innleggelse/kontakt med SI:

- Øyeblikkelig hjelp
- Planlagt vurdering/innleggelse
- Åpen innleggelse
- Pasienter som kommer direkte til SI

Ansvar og oppgaver:

Form for innleggelse	SI sitt ansvar	Kommunens ansvar
Øyeblikkelig hjelp	<p>Tar i mot pasient</p> <p>Ved akutsituasjoner som alvorlige ulykker og kriser kontaktes AMK. AMK kontakter lokal lege og aktuell enhet i SI.</p> <p>Innhenter supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, lege og pårørende ved behov.</p> <p>Hvis hjelpemidlene ikke får plass i samme bil som pasienten skal SI sørge for nødvendig transport. I samråd med pasienten informeres pårørende om innleggelsen der det er aktuelt.</p> <p>Kontakter kommunen innen 24 timer dersom pasienten har sannsynlig behov for hjelp fra kommunens pleie og omsorgstjeneste etter utskrivning. Jfr. rutine for samarbeid om utskrivning. Registrerer PLO kommune og sender Helseopplysning innen 24 timer.</p>	<p>Innleggelse skjer etter vurdering av lege i primærhelsetjenesten. Det skal foreligge innleggelsesskriv se vedlegg a).</p> <p>Pasienter som har pleie og omsorgstjenester- se samhandlingsrutine for elektronisk meldingsutveksling.</p> <p>Nødvendige hjelpemidler som har betydning for behandlingen skal følge pasienten ved innleggelse. Ved tvil ta kontakt med SI.</p> <p>Informere pårørende om innleggelsen der det er aktuelt. Henvisende instans vurderer nødvendig transportmiddel.</p>
Planlagt vurdering/innleggelse	<p>Vurderer henvisningen og melder tilbake til pasient og henvisende instans om aktuelt behandlingstilbud og evt. frist.</p> <p>SI videresender internt henvisninger som er sendt til feil enhet.</p> <p>Innhenter supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, lege og pårørende ved behov.</p>	<p>Søknad / henvisning, se vedlegg a, sendes til SI fra lege, sosialtjeneste² eller barnevern³</p> <p>Pasienter som har pleie og omsorgstjenester – se samhandlingsrutine for elektronisk meldingsutveksling.</p> <p>Nødvendige hjelpemidler som har betydning for behandlingen skal</p>

² til divisjon psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling jfr helse- og omsorgstjenesteloven

³ til divisjon psykisk helsevern, BUP jf .forskrift

	<p>Hvis hjelpemidlene ikke får plass i samme bil som pasienten skal SI sørge for nødvendig transport. Kontakter kommunen innen 24 timer dersom pasienten har sannsynlig behov for hjelp fra kommunens pleie og omsorgstjeneste etter utskriving. Jfr. rutine for samarbeid om utskriving. Registrerer PLO kommune og sender Helseopplysning innen 24 timer.</p>	<p>følge pasienten ved innleggelse. Ved tvil ta kontakt med SI.</p> <p>Pasienten har krav på å få dekket billigste reisemåte med rutegående transport tur/retur behandlingssted. Henvise instans vurderer om det er nødvendig med annen transport.</p>
<p>Åpen innleggelse</p>	<p>Opprettelse av avtale:</p> <p>Pasientens lege i SI avgjør sammen med pasientens fastlege om pasienten kan ha nytte av slik avtale.</p> <p>Pasienten får med avtale om "Åpen innleggelse".(se vedlegg c). Avtalen finnes i DIPS⁴, og det skrives i DIPS under "kritisk informasjon", og i epikrisen at pasienten har slik avtale. Denne informasjonen sendes automatisk med i Helseopplysning.</p> <p>Innleggelse av pasienter som har avtale:</p> <p>Avdelingen mottar telefon fra pasienten/pårørende eventuelt fastlege/hjemmesykepleie med ønske om innleggelse.</p> <p>Avdelingen gir beskjed til akuttmottaket om at pasienten kommer.</p> <p>Ved ankomst undersøkes pasienten av avdelingens lege.</p> <p>Dersom pasienten er medtatt/dårlig skal akuttbehandling og stabilisering skje i akuttmottaket.</p>	<p>Gir nødvendige kontaktopplysninger jfr. avtaleskjema se vedlegg c.</p> <p>For pasienter som har hjelp fra pleie- og omsorgstjeneste: Dokumenterer i pasientens journal at han/hun har avtale med SI om åpen innleggelse.</p> <p>Fastlege/hjemmesykepleie bistår eventuelt pasient/pårørende med å ringe SI.</p>
<p>Pasienter som kommer direkte</p>	<p>Pasienter som henvender seg direkte til SI skal vurderes av helsepersonell for å sikres nødvendig helsehjelp på riktig nivå.</p> <p>Hvis pasienten ikke skal utredes/behandles i SI informeres pasienten om hvor han/hun kan henvende seg.</p> <p>SI vurderer om det er nødvendig å kontakte aktuell hjelpeinstans Kontakten i sykehuset journalføres som poliklinisk ø-hjelpskonsultasjon.</p>	

⁴ Nytt skjema i DIPS fra avtalens gyldighet 1.3.2015.

Vedlegg

a) Innleggelses/Henvisnings skriv

Innleggesskriv/henvisning skal inneholde relevante opplysninger i forhold til hensikten med vurderingen:

- Pasientens navn, personnummer, adresse, telefonnummer og pasientens fastlege og om pasienten henvises av andre enn fastlegen
- Problemstillingen som grunngir vurderingsbehovet, med tentativ diagnose
- Sykehistorie, sosiale forhold som familie og boforhold, og andre forhold som er aktuelle
- Legeerklæring i forhold til tvunget psykisk helsevern
- Funksjonsnivå den senere tid, samt om pasienten mottar bistand fra det kommunale tjenesteapparatet
- Eventuell smitte
- Resultat av relevante undersøkelser som er utført nylig
- Behandlingstiltak som eventuelt har vært satt i verk
- Medikamenter pasienten bruker
- Morsmål, eventuelt behov for tolk (også døvetolk)
- Hvem som skal ha beskjed om innkalling til poliklinikk eller innleggelse. Viktig der det skal tas spesielle hensyn, både når det gjelder hvem som må få beskjed og hvem som ikke skal vite noe. Dette bør også vurderes ved språk barrierer
- Eventuelle allergier
- Individuell plan
- Aktuelle epikriser fra andre behandlingsinstanser

b) Fag / sykepleier rapport

Erstattes av innleggelsesrapport der elektronisk meldingsutveksling er mulig. Benyttes kun der elektronisk meldingsutveksling ikke er tilgjengelig.

Rapporten skal inneholde:

- Pasientens navn, personnummer og adresse
- Pasientens nærmeste pårørende og om de er informert om innleggelsen
- Funksjonsnivå, nåværende og før aktuell hendelse
- Fastlege
- Opplysninger om eventuell smitte
- Boforhold
- IP og navn på personlig koordinator
- Kontaktperson i kommunen med telefonnummer
- Hvilke hjelpemidler pasienten eventuelt har med seg

c)Åpen innleggelse

Navn:	Født:
-------	-------

Avdeling:	Telefon avdeling:
Ansvarlig sykepleier i SI:	
Ansvarlig lege i SI:	

Fastlege:
Telefon:

Hjemmesykepleie/sykehjem:
Telefon:

Når du nå skal utskrives fra vår avdeling håper vi at du skal ha det såpass bra at du synes det er godt å være hjemme.

Skulle situasjonen bli vanskelig for deg, skal du eller din familie kontakte din lege eller evt. hjemmesykepleien i din hjemstedskommune. Kanskje de kan legge forholdene bedre til rette slik at du kan være lenger hjemme, eller de tar kontakt med sykehuset for innleggelse. Hvis de ikke er tilgjengelige kan du eller din familie ta direkte kontakt med oss på avdelingen. Hvis situasjonen er slik at du trenger innleggelse kan det avtales direkte. Når du ankommer sykehuset møter du i mottagelsen. Avtalen vurderes fortløpende.

Vennlig hilsen

lege

sykepleier

Nr.3 Rutine for varsling om innleggelse og utskrivningsklar pasient med bruk av elektronisk meldingsutveksling

Formål

Rutinen gjelder alle pasienter som er innlagt i SI og som sannsynligvis trenger bistand fra kommunen etter utskrivelse, og må sees i sammenheng med samhandlingsrutine for Innleggelse.

Samhandlingsrutinen er utarbeidet som en del av Samarbeidsavtalen mellom SI og kommunen.

Ansvar og oppgaver

Fase 1 Orientering til kommunen (innen 24 timer etter innleggelse)

SI vurderer hvorvidt pasienten vil ha behov for tjenester fra kommunen etter utskrivning og beskriver status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.

Fase 2 Dialog om hjemreise

SI og ansvarlig i kommunen er i dialog ift. funksjonsnivå og utskrivningstidspunkt. Kommunen *avgjør* hvilket tilbud pasienten skal få.

Fase 3 Utskriving

SI fastsetter endelig dato for når pasienten er utskrivningsklar og gir melding til kommunen. Utskriving gjennomføres.

	SI sitt ansvar	Kommunens ansvar
Fase 1	<p>Registrerer pleie- og omsorgskommune (PLO-kommune). Pasient/pårørende informeres og samtykke til å utveksle informasjon innhentes og dokumenteres i journalen.</p> <p>Melding «Helseopplysning» sendes innen 24 timer eller så snart som mulig etter at behov for innleggelse er avklart. Meldingen skal inneholde informasjon om pasient status, antatt forløp og forventet utskrivningsdato.</p> <p>Gjelder kun de pasientene som vil være i behov av hjelp fra kommunehelsetjenesten etter utskrivning.</p> <p>Melding om innlagt pasient blir sendt automatisk for å varsle kommunen slik at aktive tjenester kan stoppes.</p>	<p>Melding om innlagt pasient behandles, og kommunen svarer med innleggelsesrapport med oppdatert medisinaliste, innen 24t hvis pasienten har kommunale tjenester.</p> <p>Registrerer aktuelle opplysninger om pasienten og utnevner saksbehandler.</p> <p>SI holdes orientert om hvem som er mottaker av henvendelser.</p>

	<p>Beskriver behovet for tekniske hjelpemidler etter utskrivning så raskt som mulig. Behovet meldes samme kontaktpunkt i kommunen. Der det kreves spesialist for å rekvirere hjelpemidler gjøres dette av SI og kommunen varsles.</p>	<p>Starter/forbereder arbeidet med mottak av pasient som skal skrives ut.</p> <p>Bestiller nødvendige tekniske hjelpemidler.</p>
<p>Fase 2</p>	<p>Sender Helseopplysninger for å holde kommunen oppdatert om pasientens situasjon og behov i forbindelse med utskrivning/hjemkomst.</p> <p>Helseopplysninger erstatter alle andre søknader om kommunale tjenester.</p> <p>Gir beskjed om eventuelt smitteregime i Helseopplysninger.</p> <p>Gir beskjed dersom pasienten likevel ikke trenger kommunal bistand.</p> <p>Dersom pasienten dør under oppholdet vil «melding om utskrevet pasient» inneholde tidspunkt for død.</p> <p>Sykehuset må gi en beskrivelse av pasientens funksjonsnivå og behov slik at kommunen kan velge rett tilbud.</p> <p>SI skal ikke love spesifikke tilbud etter utskrivning. Hvilket tilbud pasienten skal få er kommunens ansvar.</p> <p>Ber om og deltar på samarbeidsmøte med kommune og pasient/pårørende og eventuelt fastlege der dette er nødvendig og/eller hensiktsmessig .</p> <p>Avklarer med kommunen om det er behov for kompetanseheving.</p> <p>Hvis aktuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gjennomfører avtalte tiltak - sender med prosedyrer – etter avtale 	<p>Opprettholder elektronisk dialog om pasientens situasjon i forbindelse med utskrivning/hjemkomst.</p> <p>Aktuelle tjenesteytere i kommunen involveres for å forberede hjemkomst.</p> <p>Kommunen gir informasjon om hvilket tilbud pasienten får tildelt.</p> <p>Ber om og deltar på samarbeidsmøte der dette er nødvendig og/ eller hensiktsmessig.</p> <p>Avklarer behov for kompetanseheving og melder eventuelle behov til SI.</p> <p>Hvis aktuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gjennomfører avtalte tiltak - ber i spesielle tilfeller om å få med prosedyrer

	<p>med kommunen.</p> <p>Vurdere behovet for individuell plan til pasienter med langvarige og koordinerte tjenester- i nært samarbeid med kommunen. Se egen rutine</p>	<p>Administrerer arbeidet med IP for pasienter som ønsker dette/fyller rettskrav. Se egen rutine</p>
Fase 3	<p>Registrere pasienten som utskrivningsklar straks det er kjent.</p> <p>Melding om utskrivningsklar pasient sendes automatisk ved registrering.</p> <p>Varsling om utskrivning skal fortrinnsvis skje mellom mandag kl.8.00 til fredag kl. 15.00. Til dette brukes Helseopplysning.</p> <p>Dersom pasienten skal skrives ut lørdag eller søndag må kommunen ha fått melding fredag innen kl.15.00</p> <p>Dersom kommunen ikke kan ta imot den utskrivningsklare pasienten i helga, blir pasienten liggende i sykehus, men kommunen må betale for det. Dette gjelder uavhengig av om varslingen skjer før eller etter kl.15.00 på fredag.</p> <p>Kommunens betalingsplikt for det første døgnet bortfaller dersom pasienten har vært innlagt i SI mer enn fire døgn⁵ og SI har satt en antatt utskrivningsdato, men etter kl.15 fredag endrer denne utskrivningsdatoen til nærmeste helg.</p> <p>Sender med:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Epikrise eller tilsvarende opplysninger for de som skrives ut til hjelp fra kommunens pleie og omsorgstjeneste (for krav til innhold se vedlegg b) 2. Sykepleiesammenfatning 3. Resepter etter behov <p>Medisiner og utstyr for de første dagene (første virkedag med åpent apotek) fram til kommunen får skaffet det som mangler for å hjelpe pasienten med dosering og ev kjøp på apotek.</p>	<p>Behandler melding og melder straks svar med dialogmelding om pasienten kan tas imot. Dette gjelder både melding om utskrivningsklar pasient sendt mandag til fredag mellom mandag kl. 08.00 og fredag 15.00, og mottatt Helseopplysning angående utskrivning lørdag og søndag.</p> <p>Dersom kommunen ikke kan ta i mot pasient som er meldt utskrivningsklar lørdag eller søndag, blir pasienten liggende i sykehuset og kommunen faktureres for dagene fra melding om utskrivningsklar pasient er sendt og til pasienten skrives ut .</p> <p>Kommunens betalingsplikt for det første døgnet bortfaller dersom pasienten har vært innlagt i SI mer enn fire døgn og SI har satt en antatt utskrivningsdato, men etter kl.15 fredag endrer denne utskrivningsdatoen til nærmeste helg.</p>

⁵ Regnet i.f.t. Fredag kl.15:00

	<p>Sender så raskt som mulig:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. epikrise til fastlege 2. supplerende opplysninger <p>Pasienten skrives ut.</p> <p>Registrerer pasienten som utskrevet, melding om utskrevet pasient sendes automatisk.</p> <p>Ved endringer i pasientens situasjon skal pasienten avregistreres og kommunen varsles med Avmelding utskrivningsklar pasient</p> <p>Ved vesentlige endringer gjenopptas fase 2 i rutinen, og starter på nytt med Helseopplysninger.</p> <p>Pasienten skrives ut når kommunen har gitt beskjed om at mottak er klart.</p>	<p>Kommunen tar i mot pasienten. Endringer dokumenteres i pasientens journal.</p> <p>Meldingsutveksling mellom kommune og HF stopper.</p> <p>Varsler med dialogmelding om at pasienten kan tas imot.</p> <p>Tar imot pasienten</p>
--	---	---

Vedlegg

a. Utskrivningsklar

I SI skal begrepet utskrivningsklar benyttes når en pasient planlegges utskrevet fra sykehuset.

Begrepet defineres slik som det er definert i forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter.

En pasient er utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

- a) Problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart
- b) Øvrige problemstillinger som har framkommet 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 utvikling skal være vurdert

I SI brukes dette til å definere utskrivningsklar både fra somatiske og psykiatriske avdelinger.

b. Epikrise

Epikrisen skal inneholde relevante opplysninger om utredning og behandling og plan for videre behandling og oppfølging:

- Pasientens navn, personnummer og adresse
- Innleggesårsak og innleggende instans

- Problemstillingene som er vurdert under oppholdet
- Resultat av undersøkelser
- Diagnose(r)
- Resultat av eventuelle behandlingstiltak med eventuelle komplikasjoner
- Pasientansvarlig lege
- Funksjonsnivå og om mulig prognose ved utskrivelse
- Medikamenter ved utskrivelse, herunder alle endringer i medikamenter med begrunnelse for endringene
- Forslag til videre oppfølging hos fastlege og i kommunehelsetjeneste Evt. avtalte eller planlagte kontroller i spesialisthelsetjenesten

c. Sykepleiesammenfatning

Rapporten skal inneholde:

- Pasientens navn, personnummer og adresse
- Pasientens nærmeste pårørende og om de er informert om utskrivelsen
- Funksjonsnivå ved utskrivelse
- Kontaktperson i avdelingen
- Informasjon som er gitt pasient og pårørende
- Videre behandling, oppfølging og kontroll. Inkludert info om ev søknader til/avtaler med andresamarbeidsparter

Nr.4 Rutine for følge av kjent personale fra kommunen

Formål

Rutinen gjelder pasienter som på grunn av sykdom og/eller funksjonssvikt har kommunikasjonsvansker i møte med ukjente personer eller andre spesielle utfordringer, og trenger innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Rutinen skal:

- sikre at pasienten opplever trygghet under oppholdet i SI
- bidra til at pasientens pleie- og omsorgsbehov under oppholdet blir ivaretatt
- avklare hvem som bestemmer om det er nødvendig med følge av kjent personale fra kommunen
- avklare hvem som skal betale dersom en pasient har med kjent personale ved innleggelse i SI.
- beskrive fremgangsmåte for inngåelse av nødvendige avtaler
- sikre at pasientens nærmeste pårørende alltid blir kontaktet, og forespurt om de vil følge ved innleggelse.

Ansvar og oppgaver

Rutinen inneholder punktene:

- Ansvarsavklaring
- Planlagt innleggelse
- Akutt innleggelse
- Kostnader
- Fakturering

	SI sitt ansvar	Kommunens ansvar
Ansvarsavklaring	Ha det medisinskfaglige ansvaret. De ansvarlige ved aktuell avdeling bestemmer om pasienten har behov for kjent personell. Drøftes med kommunen. Behovet for tilstedeværelse av kjent personale vurderes fortløpende. Utgifter til bruk av BPA utover vedtak dekkes av SI	Bestreber seg på å stille ansatte til disposisjon i det omfang som er ønsket. Kommunen har arbeidsgiveransvaret. Ved innleggelse av barn under 18 år, som har vedtak om avlastning/omsorg i barnebolig bør kommunen tilstrebe at denne bistanden opprettholdes tilsvarende det en ville kunne forvente av foreldre i samme situasjon.

		Pasienter med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er som hovedregel arbeidsleder for sine ansatte og skal være den som kommuniserer med behandlingsapparatet om bruk av BPA ved sykehusinnleggelse. Dersom det er kommunen som er arbeidsleder, foregår kommunikasjonen via dem.
Planlagt innleggelse	<p>Alle avtaler inngås skriftlig på eget skjema- se fakturering og vedlegg 1 «Skjema»</p> <p>Behov for endring av avtalen gjøres fortløpende i samarbeid med kommunen, og ny avtale inngås.</p>	<p>Innleggende lege eller leder av pasientens/brukers bosted kontakter leder ved aktuell avdeling i SI og orienterer om at pasienten/brukeren kan ha behov for kjent personell under oppholdet.</p> <p>Planlegger omfanget sammen med sengeposten.</p> <p>Skriftlig avtale inngås i forkant av oppholdet.</p> <p>Det bør også vurderes om det er mulig å utføre behandlingen poliklinisk.</p>
Akutt Innleggelse	<p>Lege avklarer behov for innleggelse.</p> <p>Avklarer behov for bistandsomfang og inngår midlertidig muntlig avtale. Avtalen gjøres skriftlig påfølgende dag og godkjennes av leder/ansvarshavende.</p>	<p>Innleggende(henvisende) lege, i samråd med ansatte som har vakt, kontakter umiddelbart SI ved vakthavende lege på aktuell avdeling.</p> <p>Avklarer behov for og omfang av bistand og inngår midlertidig muntlig avtale. Avtalen gjøres skriftlig påfølgende dag og godkjennes av leder/ansvarshavende</p>
Kostnader	SI dekker kostnadene i de tilfeller SI vurderer at bistand fra kjent personell er nødvendig, og det er inngått skriftlig avtale.	Kommunen dekker kostnadene til kjent personale som følger pasienten/brukeren der SI har vurdert at det ikke er behov for bistand.

		<p>Kommunen dekker utgiftene hvis det ikke er inngått skriftlig avtale mellom kommunen og sykehuset om at sykehuset skal dekke utgiftene.</p> <p>Kommunen dekker utgiftene til følgepersonalet dersom betalingsansvar for utskrivningsklar pasient inntreffer. Dekker kostnader på vakter der pasienten har vedtak om «en til en bemanning».</p>
Fakturering		<p>Sender refusjonskrav til SI innen to 2 måneder etter innleggelse. Refusjonskravet skal inneholde:</p> <ul style="list-style-type: none">• Navn• Stillingsbenevnelse• Timeliste <p>SI skal ikke faktureres for overtid.</p> <p>SI faktureres for faktisk medgått reisetid fra normalt arbeidssted til SI.</p>

Vedlegg

a). Skjema til bruk ved inngåelse av avtale

Standard avtale for følgepersonell ansatt hos annen arbeidsgiver

Avtalen gjelder følge for pasient

Navn fødselsdato

Hjemmehørende i

Kommune

i forbindelse med opphold ved Sykehuset Innlandet

divisjon, avdeling, enhet

Avtalen er inngått mellom:

Ansvarlig for pasienten i kommunen:

.....

Dato, navn og enhet

Ansvarlig for pasienten ved Sykehuset Innlandet:

.....

Dato, navn, enhet, divisjon

Årsak til vaktbehov

Avtalen gjelder for:

Dato	Klokkeslett (1 linje pr vakt)	Sted (enhet, avdeling)	Navn på personell fra kommunen

Avtalen kan gjøres pr telefon, men må ettersendes skriftlig pr. post. Begge parter skal ha et eksemplar av avtalen, og har ansvar for oppbevaring i henhold til egne rutiner. Kommunen har ansvar for fortløpende å informere om hvem som kommer på vakt.

Avtalen sendes Sykehuset Innlandet, Postboks 104, 2381 Brumunddal

Nr.5. Rutine for gjensidig hospitering

Formål

Denne rutinen beskriver gjensidig hospiteringsordning mellom partene. Med hospitering menes hospitering av lengre varighet og med kunnskapsutveksling på et større område. Opplæring knyttet til enkeltpasienter omfattes ikke av denne rutinen. Det ivaretas av veiledningsplikten.

Ansvar og oppgaver

Avtalen gjelder hospiteringsperiode ut fra avtalt behov.

Hospitanten opprettholder alle tariffmessige rettigheter (lønn, ferie, yrkesskadeforsikring, med mer) hos egen arbeidsgiver i hospiteringsperioden.

Kostnad knyttet til hospitering er vikarkostnader. Eventuell dekning av reise og opphold avtales mellom arbeidsgiver og hospitant.

Hospitanten er underlagt det juridiske ansvar i den virksomheten vedkommende hospiterer.

Hospitanten søker om hospitering på fastsatt skjema der begrunnelse og målsetting for hospiteringen skal framgå, samt hvor man ønsker å hospitere.

Se vedlegg a-d som skal brukes i forbindelse med hospitering.

Vedlegg**a) Rutine for hospitering – benyttes av hospitant og veileder**

	Oppgaver for egen virksomhet/hospitant	Oppgaver for hospiteringsenhet/veileder
1	Sender søknad om hospitering (eget vedlegg) til leder i egen virksomhet. Viktig å fylle ut tema og mål for hospiteringen, og hva man ev. kan bidra med i hospiteringsenheten	
2	Egen virksomhet godkjenner/avslår søknad på bakgrunn av totalvurdering (økonomi, personellsituasjon o.a)	
3		Mottar søknad om hospitering. Godkjenner/avslår søknad på bakgrunn av totalvurdering (økonomi, personellsituasjon o.a)
4		Kontakter hospitant og gjør avtale om detaljer knyttet til hospiteringen
5	Hospiteringsperioden gjennomføres etter tema og mål	
6	Hospiteringsperioden evalueres (se vedlegg). Kopi av evalueringen sendes nærmeste leder i de aktuelle avdelingene.	
7	Attest for gjennomført hospitering fylles ut med kort beskrivelse av tema/mål og grad av måloppnåelse. Hospitant beholder original, kopi sendes hospitantens nærmeste leder	
8		

Kommunene og SI har selvstendig ansvar for å definere ansvarspersoner for mottak/videresending av søknader i henhold til rutinen

b) Søknad om hospitering

Jeg søker om hospitering i (sett kryss/fyll inn for aktuelt alternativ.) Sykehuset Innlandet / kommune		
Søkerens navn: Hjemmeadresse: Tlf.:	Arbeidssted: Adresse: Tlf.:	
Ønsket hospiteringsenhet:	Hospiteringsperiode Fra.....Til.....	
Ønsket tema og mål for hospiteringen: Hva jeg eventuelt kan bidra med til vertsenheten:		
Faggruppe: Sykepleier Fysioterapeut Helsefagarbeider Vernepleier Ergoterapeut Leder Annet (spesifiser)		
Dato:	Underskrift:	
Vedtak		
Leder i egen enhet: Innvilget Ikke innvilget (se kommentarfelt)	Dato:	Signatur:
Sendes mottaker i henhold til rutine	Sendt dato:	Mottatt dato:
Videresendes til:	Ev. kommentar:	
Leder i hospiteringsenhet: Innvilget Ikke innvilget (se kommentarfelt)	Dato:	Signatur:
Eventuelle kommentarer:		
Fylles ut av hospiteringsenheten: Navn på enhet hospitering: Kontaktperson i vertsenheten: E-postadresse: Tlf.:		
Tidsperiode for hospitering avtales mellom kontaktperson i vertsenheten og hospitanten		
Tilbakemelding til hospitant/søkers virksomhet Innvilget Ikke innvilget	Dato:	Signatur:

c) Evalueringsskjema hospitering – fylles ut av hospitant

Hospitant (navn):
Egen virksomhet:
Hospitert ved:
Hospiteringsperiode (fra-til):

Vurder utsagnene nedenfor, score fra 1–5 (1=mindre bra 2=nokså bra 3=usikker 4=bra 5=svært bra)
Sett ring rundt valgt alternativ

Informasjon og gjennomføring

1. Informasjon om ordningen er god i min virksomhet 1 2 3 4 5
2. Hospiteringen er gjennomført iht. inngått avtale 1 2 3 4 5
3. Jeg opplevde et godt samarbeid med hospiteringsenheten 1 2 3 4 5
4. Jeg opplevde et godt samarbeid med min veileder 1 2 3 4 5
5. Jeg har nådd mine mål for hospiteringsperioden 1 2 3 4 5

Kompetanseheving

6. Jeg har fått kunnskap og informasjon som er nyttig for meg/ min virksomhet 1 2 3 4 5
7. Jeg har fått kunnskap og informasjon som er nyttig for min pasientgruppe 1 2 3 4 5
8. Jeg mener at økt kunnskap om andres arbeidsfelt/ kompetanse sikrer bedre samhandling mellom nivåene 1 2 3 4 5
9. Jeg mener at økt kompetanse styrker mulighetene til å gi pasientene gode tjenester på lavest effektive omsorgsnivå 1 2 3 4 5
10. Mitt bidrag til hospiteringsenheten har vært nyttig 1 2 3 4 5

Utbytte og langtidseffekter av hospiteringen

11. Hospitering sikrer bygging av formelle/ uformelle nettverk på tvers av nivåer og profesjoner 1 2 3 4 5
12. Det er nyttig å knytte personlige kontakter på tvers av nivåer og profesjoner 1 2 3 4 5
13. Hospiteringen har gitt meg ny/ økt innsikt i og forståelse for helheten i behandlingsskjeden 1 2 3 4 5
14. Det var passe varighet på hospiteringsperioden 1 2 3 4 5
15. Jeg kommer til å opprettholde kontakten med hospiteringsenheten (sett kryss) ja nei vet ikke

Andre/ utfyllende kommentarer:

Sendes hospiteringsenhet og egen leder

d) Evalueringsskjema hospitering- fylles ut av

Veileder (navn):
Hospiteringsenhet:
Hospiteringsperiode (fra-til):

Vurder utsagnene nedenfor, score fra 1–5 (1=mindre bra 2=nokså bra 3=usikker 4=bra 5=svært bra)
Sett ring rundt valgt alternativ

Informasjon og gjennomføring

1. Informasjon om ordningen er god i min virksomhet 1 2 3 4 5
2. Hospiteringen er gjennomført iht. inngått avtale 1 2 3 4 5
3. Jeg opplevde et godt samarbeid med hospitanten 1 2 3 4 5
4. Forhåndsinformasjon om hospitanten var god 1 2 3 4 5

Kompetanseheving

5. Jeg har fått kunnskap og informasjon som er nyttig for meg/ min virksomhet 1 2 3 4 5
6. Jeg har fått kunnskap og informasjon som er nyttig for min pasientgruppe 1 2 3 4 5
7. Jeg mener at økt kunnskap om andres arbeidsfelt/ kompetanse sikrer bedre samhandling mellom nivåene 1 2 3 4 5
8. Jeg mener at økt kompetanse styrker mulighetene til å gi pasientene gode tjenester på lavest effektive omsorgsnivå 1 2 3 4 5

Utbytte og langtidseffekter av hospiteringen

9. Hospitering sikrer bygging av formelle/ uformelle nettverk på tvers av nivåer og profesjoner 1 2 3 4 5
10. Det er nyttig å knytte personlige kontakter på tvers av nivåer og profesjoner 1 2 3 4 5
11. Hospiteringen har gitt meg ny/ økt innsikt i og forståelse for helheten i behandlingsskjeden 1 2 3 4 5
12. Jeg påtar meg gjerne oppgaven som veileder igjen 1 2 3 4 5
13. Jeg kommer til å opprettholde kontakten med hospitanten (sett kryss) ja nei vet ikke

Andre/ utfyllende kommentarer:

Skjema sendes egen leder

Nr.6 Rutine om IKT-løsninger lokalt. Meldingsutveksling

Formål

Samhandlingsrutinen skal sikre at begge parter følger opp meldingene etter lik rutine og praksis. Begge parter føler sikkerhet for at meldingsflyten blir overvåket og at feil oppdages umiddelbart.

Ansvar og oppgaver

Samhandlingsrutinen er utarbeidet som en del av Samarbeidsavtalen mellom SI og kommunen.

Rutinen utdyper tjenesteavtale «Samarbeid om IKT-løsninger lokalt».

Alle virksomheter som skal samhandle ved bruk av elektroniske meldinger over Norsk Helsenett SF må ivareta Normens krav for at meldingsutvekslingen skal skje på en sikker og forsvarlig måte.

Prosessdokument "Krav til elektronisk meldingsutveksling" beskriver 24 krav, både tekniske og organisatoriske, som må være oppfylt for at elektronisk meldingsutveksling skal fungere på en sikker måte. Det forutsettes at hver virksomhet sikrer rutiner i henhold til disse kravene.

Se <http://helsedirektoratet.no/lover-regler/norm-for-informasjonsikkerhet/dokumenter/prosessdokumenter/Documents/krav-til-elektronisk-meldingsutveksling.pdf>

Rutinen beskriver videre ansvar og oppgaver mellom partene.

	SI sitt ansvar	Kommunens ansvar
Kontakt- og varslingsliste	Holde samhandlingspartene oppdatert om kontaktpunkt for <ul style="list-style-type: none"> • Feilsøking • Varsling av planlagt nede tid/oppgradering • Varsling akutt nede tid/uforutsett hendelse • Varsling av endring i virksomhets sertifikat 	Holde samhandlingspartene oppdatert om kontaktpunkt for <ul style="list-style-type: none"> • Feilsøking • Varsling av planlagt nede tid/oppgradering • Varsling akutt nede tid/uforutsett hendelse • Varsling av endring i virksomhets sertifikat
Daglig overvåking	Følge opp manglende eller negativ applikasjonskvittering på meldinger sendt fra eget system. Varsle samhandlingspart dersom feil mistenkes eller avdekkes i meldingsutvekslingen med denne samhandlingsparten.	Følge opp manglende eller negativ applikasjonskvittering på meldinger sendt fra eget system. Følge opp mottatte meldinger på pasienter som ikke har tilhørighet i kommunen. Varsle samhandlingspart dersom feil mistenkes eller avdekkes i meldingsutvekslingen med denne samhandlingsparten.

<p>Planlagt nedetid Endringer og oppgraderinger</p>	<p>Varsling om planlagte oppgraderinger og endringer i teknisk oppsett skal skje til aktuelle kontaktpunkter.</p> <p>Varslingen skal inneholde beskrivelse av forhold som berører meldingsutveksling og samhandling, ansvarlig for endringen, dato/klokke for planlagt endring, kontaktperson og evt. bruk av nød rutiner.</p> <p>Varslingen skal skje så tidlig som mulig og senest 2 uker før planlagt endring.</p> <p>Informasjon om virksomhets sertifikat skal være tilgjengelig i Norsk Helsenett SF Adresseregister. Endring skal varsles aktuelt kontaktpunkt hos samhandlingsparter. Frist for varsling er 2 uker.</p> <p>Ferieperioder er frys perioder for planlagte oppgraderinger. Ferieperioder følger skolens sommer-, jule- og påskeferie.</p>	<p>Varsling om planlagte oppgraderinger og endringer i teknisk oppsett skal skje til aktuelle kontaktpunkter.</p> <p>Varslingen skal inneholde beskrivelse av forhold som berører meldingsutveksling og samhandling, ansvarlig for endringen, dato/klokke for planlagt endring, kontaktperson og evt. bruk av nød rutiner.</p> <p>Varslingen skal skje så tidlig som mulig og senest 2 uker før planlagt endring.</p> <p>Informasjon om virksomhets sertifikat skal være tilgjengelig i Norsk Helsenett SF Adresseregister. Endring skal varsles aktuelt kontaktpunkt hos samhandlingsparter. Frist for varsling er 2 uker.</p> <p>Ferieperioder er frys perioder for planlagte oppgraderinger. Ferieperioder er skolens sommer-, jule- og påskeferie.</p>
<p>Uforutsette hendelser Akutt nedetid</p>	<p>Varsel om uforutsett hendelse som påvirker meldingsutveksling skal sendes aktuelle kontaktpunkter så snart feilen avdekkes og er av en varighet utover 3 timer.</p> <p>Informasjon om oppfølging av uforutsett hendelse sendes aktuelle kontaktpunkter. De må informere videre til relevante interne- og eksterne kontakter</p> <p>Nød rutine: Tidskritisk informasjon må gis pr telefon/faks. All muntlig dialog dokumenteres i pasientens journal. PLO-meldinger skal også sendes i henhold til avtalte rutiner ved nede tid i en kommune (meldinger opprettet i løpet av nede tiden blir sendt når feil er rettet).</p>	<p>Varsel om uforutsett hendelse som påvirker meldingsutveksling skal sendes aktuelle kontaktpunkter så snart feilen avdekkes og er av en varighet utover 3 timer.</p> <p>Informasjon om oppfølging av uforutsett hendelse sendes aktuelle kontaktpunkter. De må informere videre til relevante interne- og eksterne kontakter</p> <p>Nød rutine: Tidskritisk informasjon må gis pr telefon/faks. All muntlig dialog dokumenteres i pasientens journal. PLO-meldinger skal også sendes i henhold til avtalte rutiner ved nede tid i SI (meldinger opprettet i løpet av nede tiden blir sendt når feil er rettet).</p>

Testing	<p>Enhver endring som berører meldingsutveksling skal forløps testes mot minst en kommunal samhandlingspart per kommunalt journalsystem.</p> <p>Det gjelder:</p> <ul style="list-style-type: none">• Oppstart ny kommunikasjonsspart• Endring av kommunikasjonsmodul• Endring av system som påvirker meldinger• Ny versjon av melding <p>Sjekkliste for forløpstesting benyttes. Vedlegg.</p> <p>Test-meldinger kan også brukes hvis man er usikker på om systemet er oppe. Mottatt kvitteringsmelding vil indikere at linje er oppe og at mottakende system behandler transaksjonen.</p>	<p>Enhver endring som berører meldingsutveksling skal forløps testes mot SI.</p> <p>Det gjelder:</p> <ul style="list-style-type: none">• Oppstart ny kommunikasjonsspart• Endring av kommunikasjonsmodul• Endring av system som påvirker meldinger• Ny versjon av melding <p>Sjekkliste for forløpstesting benyttes. Vedlegg.</p> <p>Test meldinger kan også brukes hvis man er usikker på om systemet er oppe. Mottatt kvitteringsmelding vil indikere at linje er oppe og at mottakende system behandler transaksjonen.</p>
----------------	--	--

Sjekkliste for normale testtilfeller

Disse testtilfellene brukes for å kontrollere at alle hovedkomponenter i meldingsutveksling fungerer.

Dato:				
Kommune:				
Testere:	SI			
	Kommune			
System som er testet og versjon:		SI	Kommune	
		EPJ		
		Link		
Testpasient:				
N r	Beskrivelse Normale testtilfeller	Avsender Kommune	Avsender sykehus	Resultat
1	Sende Innleggelsesrapport med all informasjon utfylt (IPLOS, legemidler, pårørende, CAVE, diagnoser, tjenester, ++) til mottaker uten melding om innlagt pasient er mottatt	x		
2	Sende melding om innlagt pasient		x	
3	Sende Innleggelsesrapport med all informasjon utfylt (IPLOS, legemidler, pårørende, CAVE, diagnoser, tjenester, ++) som svarmelding på melding om innlagt pasient. Sjekk at melding adresseres til avsender.	x		
4	Sende Helseopplysninger på innlagt pasient		x	
5	Sende Svar på forespørsel som svarmelding på Helseopplysninger. Sjekk at svarmelding sendes til avsender.	x		
6	Sende Melding om utskrivningsklar pasient.		x	
7	Sende Svar på forespørsel som svarmelding på Melding om utskrivningsklar pasient. Sjekk at svarmelding sendes til avsender	x		
8	Sende Avmelding utskrivningsklar pasient.		x	
9	Sende Forespørsel. Tekst skal inneholde æøå. Sjekk at melding kan adresseres fleksibelt til ulike mottakere. Sjekk at melding kan adresseres til ulike tjenester i	x	x	

	kommunen.			
1 0	Sende Svar på forespørsel som svarmelding på en Forespørsel. Sjekke at svarmelding sendes til avsender. Sjekke at melding kan adresseres til tjenester i kommunen.	x	x	
1 1	Sende Avvik. Sjekke at melding kan adresseres fleksibelt til ulike mottakere. Sjekke at melding kan adresseres til ulike tjenester i kommunen.	x	x	
1 2	Sende Svar på forespørsel som svarmelding på Avvik. Sjekke at svarmelding sendes til avsender.	x	x	
1 3	Sende avvik som svarmelding på Avvik. Sjekke at svarmelding sendes til avsender. Sjekke at melding kan adresseres til tjenester i kommunen.	x	x	
1 4	Sende avvik som svarmelding på Melding om innlagt pasient. Sjekke at svarmelding sendes til avsender.	x		
1 5	Sende avvik som svarmelding på Helseopplysninger. Sjekke at svarmelding sendes til avsender.	x		
1 6	Sende avvik som svarmelding på melding om utskrivningsklar pasient. Sjekke at svarmelding sendes til avsender.	x		
1 7	Sende avvik som svarmelding på melding om utskrevet pasient. Sjekke at svarmelding sendes til avsender.	x		
1 8	Sende avvik som svarmelding på Forespørsel/svar på forespørsel. Sjekke at svarmelding sendes til avsender. Sjekke at melding kan adresseres til ulike tjenester i kommunen.	x	x	
1 9	Motta positiv applikasjonskittering for alle sendte PLO-meldinger	x	x	
2 0	Sende melding om utskrevet pasient.		x	

Nr.7 Rutine for omforente beredskapsplaner og den akuttmedisinske kjede

Formål

Den akuttmedisinske kjede skal følge opp henvendelser fra publikum med veiledning og bistand til kontakt med legevakt eller akuttmottak og består av fastlege, legevakt, kommunal legevaktsentral, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK-sentral), bil-, båt-, og luftambulanser, samt akuttmottak i sykehus. Avtalen omfatter både somatikk og psykisk helsevern.

Ansvar og oppgaver

Samhandlingsrutinen er utarbeidet som en del av Samarbeidsavtalen mellom SI og kommunen. Hendelser håndteres i henhold til gjeldende prosedyrer.

	SI sitt ansvar	Kommunens ansvar
Samordning av beredskapsplaner Se vedlegg a	Lokalt sykehus sammen med vertskommune planlegger og innkaller til samordningsmøter minst én gang årlig. Deltagelse fra lokalt sykehus avgjøres lokalt.	Vertskommune for lokalt sykehus planlegger samordningsmøter sammen med SI. Se vedlegg a) Øvrige kommuner inviteres til deltagelse på samordningsmøtene. Deltakelse fra kommunene avgjøres lokalt. Kommuneoverlege med legevakt- og beredskapsansvar, samt administrativt ansvarlig for legevakt bør delta.
Evaluering, korrigerings og videreutvikling av akuttmedisinsk kjede Se vedlegg b	SI ved Prehospitale tjenester sammen med lokalt sykehus kaller inn til samhandlingsmøter minimum én gang årlig. Deltagelse fra lokalt sykehus avgjøres lokalt (eks. ansvarlige for akuttmottak, AMK og ambulansetjenesten).	Kommunen(e) deltar på samhandlingsmøtene: Deltakelse fra kommunene avgjøres lokalt. Kommuneoverlege med legevakt- og beredskapsansvar, samt administrativt ansvarlig for legevakt bør delta.
Varslingsliste/ oversikt over kontaktpersoner vedlegg c	Etablere og vedlikeholde kontakt- og varslingsliste, se vedlegg c Legge inn og oppdatere kontaktinformasjon for den enkelte virksomhet på felles elektronisk dokument via internett: https://www.bliksundweb.no	

Vedlegg**a) Mal for og innhold i møte - Samordning av beredskapsplaner**

	Agenda (mal/utkast)	Kommentarer
1	<p>Er det behov for nye risiko og sårbarhetsanalyse som grunnlag for revidering av planverk eller for nye emneområder? (ROS-analyser) Ved oppdatering av ROS-analyser deles aktuelle deler av disse med andre i lokalt område.</p>	<p>ROS-analyser gjøres ikke tilgjengelig på internett</p>
2	<p>Samarbeide om planlegging og gjennomføring av øvelser. (bl.a. byggende på ROS-analyser)</p> <p>SI v/ divisjon Prehospitale tjenester er representert i Politidistriktenes Øvingsutvalg hvor årlige samvirkeøvelser besluttet.</p> <p>Eventuelle lokalt-initierte øvelser avtales mellom kommunen og det lokale sykehusets Akuttmedisinske avdeling. Dette meddeles øvingsutvalgene i det aktuelle Politidistriktet. (SI via egen representant – kommunen via Fylkesmannen)</p>	<p>Ønskede øvelser må koordineres, planlegges og meddeles tidlig.</p> <p>Kostnader til deltakelse dekkes av den respektive virksomhet</p>
3	<p>Forsyning og forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr.</p> <p>Vurdering av utfordringer innenfor ulike legemidler, materiell og utstyr. Hva er evt tilgjengelig?</p> <p>Partene har ansvar for egne planer for forsyning og forsyningssikkerhet for legemidler, materiell og medisinsk utstyr. Dette er ikke til hinder for at man bistår hverandre i aktuelle situasjoner.</p>	<p>Mest sannsynlig vil utfordring for én part også være det for andre på grunn av minimale lagre</p>
4	<p>Beskrive / revidere varslingsrutinene Kontaktpunkter for varsling mellom beredskapsaktører i kommunen og helseforetak beskrives og registreres. https://www.bliksundweb.no</p> <p>Beskrive krisekommunikasjon</p> <p>Skriftlig krisekommunikasjon mellom aktørene gjennomføres og dokumenteres i den grad det er mulig i krisehåndteringsverktøyet CIM. Mailadresser til CIM installasjonen er inkludert i varslingslisten beskrevet ovenfor.</p> <p>Ved større hendelser hvor ekstra ressursbehov i sykehuset eller kommunen er nødvendig, etableres det en kontakt mellom ansvarlig (beredskaps-)leder i kommunen og i sykehuset, for gjensidig</p>	<p>Krisekommunikasjon utad ved større hendelser der politiet har en Innsatslederrolle, skal alltid koordineres med politiet</p>

	Agenda (mal/utkast)	Kommentarer
	informasjon og vurdering av å bistå hverandre. Dette skal også omfatte vurdering av behov for felles / omforent innhold i informasjon / kommunikasjon.	
5	<p>Samvirke mellom nødetater, andre samfunns-sektorer og frivillige organisasjoner for å sikre helhetlige beredskapsplaner og krisehåndtering.</p> <p>Kommuner og sykehus tar initiativ til å invitere hverandre i sine respektives beredskapsråd, og inkludere øvrige omtalte aktører.</p> <p>(Vertskommunens Beredskapsråd kan være en naturlig arena for slike samarbeidsmøter)</p>	<p>Samarbeid på fylkesnivå Sykehuset Innlandet HF ved Divisjon Prehospitale tjenester møter på følgende samarbeids-arenaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redningsledelse i Politidistrikt • Fylkesberedskapsråd • Øvingsutvalg <p>I disse fora representerer Fylkesmannen kommune.</p>
6	Andre saker	

b)Mal innhold i møte «Evaluering, korrigerings og videreutvikling av akutt medisinsk kjede»

	Agenda
1	<p>Holde hverandre oppdatert om faktisk tilbud i de ulike tjenester i kjeden som sikrer at pasienter så raskt som mulig kommer frem til riktig behandlingssted, herunder å avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp funksjoner.</p> <p>Se www.sykehuset-innlandet.no</p>
2	<p>Etablere rutiner som sikrer god informasjonsutveksling og kommunikasjon i akuttmedisinske situasjoner. Aktører i den akuttmedisinske kjeden skal være tilgjengelig på og kommunisere via nødnett.</p> <p>Videreføre møte-arena mellom SI's lokale akuttmedisinske avdelinger, Prehospitale tjenester (AMK og lokal ambulansetjeneste), kommunal /interkommunal legevakt og fastleger.</p>
3	<p>Avklare og beskrive ansvar, roller og rutiner ved utrykning i akutte situasjoner i henhold til myndighetskrav, avgrenset mot syketransport (transport av pasienter som ikke trenger ambulans).</p> <p>Å sørge for at eget vaktpersonell i den akuttmedisinske kjeden har nødvendig kunnskap om system, ansvar og roller. Trening i samhandling skal skje regelmessig. Det er i felles interesse at både personalets kompetanse og transportmiddel er riktig tilpasset pasientens behov. Omforent</p>

	forståelse og dialog er nødvendig, inklusive legevakt-legens og fastlegens rolle.
4	Andre saker

Oversikt over kontaktpersoner beredskap lokalt sykehus og tilhørende kommuner

c) Oversikt over kontaktpersoner beredskap lokalt sykehus og tilhørende kommuner

Det er opprettet et elektronisk samhandlingsområde for å dele informasjon mellom kommunene og helseforetaket.

<https://www.bliksundweb.no>

For å få tilgang må det sendes inn en mailadresse som skal benyttes for pålogging. Denne blir registrert i sharepoint av SI, før pålogging må denne adressen knyttes til en Microsoft konto.

Alternativt opprettes en microsoftkonto med en ny mailadresse.

Når brukerne blir registrert blir det sendt ut en mail fra systemet med link til samhandlingsområde.

For pålogging benyttes den forhåndsdefinerte microsoftkontoen som er knyttet til mailadressen som ble oppgitt.

Informasjon om mailadressen som skal benyttes for pålogging sendes til Jan.willassen@sykehuset-innlandet.no

Microsoft kontor opprettes på: <https://signup.live.com/signup.aspx?lic=1>

Aktuelle aktører / roller fra virksomhetene:

Kommunene:

- Beredskapsleder / tilsvarende.
- Ordfører
- Rådmann
- Kommuneoverlege
- Annen relevant aktør

Sykehuset Innlandet HF:

Lokal sykehusdivisjon.

- Avdelingssjef Akuttmedisinsk avdeling
- Divisjonsdirektør
- Annen relevant aktør

Helseforetakets ledelse:

- Divisjonsdirektør Prehospitale tjenester
- Administrerende direktør
- Fagdirektør
- Kommunikasjonsdirektør.

Nr.8 Rutine for spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt

Formål

Denne rutinen beskriver spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og kommunens ansvar/plikter knyttet til veiledning.

Ansvar og oppgaver

SI sitt ansvar

Reguleres i spesialisthelsetjenesteloven § 6-3

SI sine plikter omfatter:

- Plikten gjelder råd, veiledning og opplysninger om *helsemessige* forhold, psykisk og fysisk.
- Plikten er begrenset til *påkrevet* veiledning. Hva som er påkrevet må vurderes opp mot forsvarlighet i for hold til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.
- Plikten omfatter fortrinnsvis veiledning knyttet til oppfølging av enkeltpasienter, men kan også omfatte generell veiledning.
- Plikten omfatter ikke veiledning knyttet til organisatoriske og administrative endringer i kommunen.
- Det kan kreves vederlag når spesialisthelsetjenesten bidrar til kompetanseoppbygging, opplæring knyttet til grunnleggende oppgaver for helsepersonell i den kommunale helsetjenesten.
- Det kan ikke kreves vederlag for den veiledningen som omfattes av spesialisthelsetjenestens § 6-3.
- Veiledning må gis på en hensiktsmessig og effektiv måte

SI sin veiledningsplikt er absolutt i den forstand at de ikke kan unnlate å oppfylle veiledningsplikten under henvisning til manglende ressurser eller stor arbeidsbelastning.

Kommunen må melde behov for veiledning og gjøre konkret avtale med SI i hvert tilfelle.

Kommunens ansvar:

- Ved behov gi veiledning til spesialisthelsetjenesten
- Identifiser, konkretiser og der det er mulig, samordne sine behov for generell veiledning fra spesialisthelsetjenesten.
- Benytte mulighetene som til enhver tid finnes, blant annet gjennom tilbud av kurs, konferanser og undervisningsopplegg i regi av SI.

Nr.9 Rutine for turnuslegetilsetting

Formål

Rutinen skal sikre godt samarbeid om ansettelse av turnusleger i Sykehuset Innlandet og kommunene i Hedmark og Oppland.

Ansvar og oppgaver

Samhandlingsrutinen er utarbeidet som en del av samarbeidsavtalen mellom kommunen og Sykehuset Innlandet HF. Denne samhandlingsrutinen bygger på forskrift om ny turnusordning § 12 b, og " ny turnusordning for leger, informasjon og veiledningsmateriell, 1. utgave Helsedirektoratet".

	SI sitt ansvar	Kommunens ansvar
Forberedelser	Lage oversikt over antall plasser i SI Innhente opplysninger fra Fylkesmennene om antall turnusplasser i hvert fylke, vedlegg c) Innhente opplysninger fra Fylkesmennene om hvem som har rett på kommunepraksis i henhold til gammel ordning. Kommunenavn og navn på turnusleger. Vedlegg c) Opprette egen internettside for turnusleger med link til kommunenes nettside Legge til rette for søknad/valg av kommune	Utnevne lokal kontaktperson for ordningen med turnusleger. Se vedlegg c) Lage internettside som kan linkes til sykehusets turnuslegeside Gi beskjed til SI om internettsidens adresse
Ansettelse	Lyse ut ledige stillinger i turnusportalen Ansette turnusleger til sykehuspraksis, i tråd med ansettelseskriteriene, se vedlegg a)	Ansette turnuslege med bakgrunn i vedtatt ordning for fordeling av kommuneplasser, vedlegg b) Lyser ut eventuelle plasser på resttorg eller avtaler med andre helseforetak dersom det ikke er nok kandidater fra SI.
Gjennomføring	Oppnevne veileder for turnuslegen Gi tilbakemelding til OSU	Gi tilbakemelding til OSU hvordan ordningen fungerer

Vedlegg

a) Ansettelseskriterier

- kriterier ble utarbeidet av SI i den første tilsettingsrunden.
- hva kan søkerne fremme av ønsker når det gjelder hvor kommunepraksis skal foregå, prioritere region? Få anledning til å fremme særønsker (barn i skole/barnehage, sykdom, ønske om bolig i kommunen, ev. annet)?
- presisere hvilke ønsker som kan ha betydning for å få innvilget førsteønske
- hvordan skal kommunenes stemme være med i selve ansettelsene?

b) - Ansettelsesutvalg/rådgivende utvalg ved ansettelsesprosedyren i kommunene:

2 fra Fylkesmennene, 2 fra SI, en fra legeföreningen, 6 representanter fra kommunene. Kommunene lar seg representere etter oppnevning fra KS Hedmark og Oppland etter forslag fra kommunen. Utvalget nedsetter et eget arbeidsutvalg som innstiller til ansettelse.

c) System for oppdatering av antall tilgjengelige turnusplasser i kommunene

- mal til bruk for å innhente opplysninger
- oversikt over kommunenes kontaktpersoner
- hvor ofte tas kontakt, hvem tar kontakt med hvem?
- hvem har plass etter gammel ordning?

De spørsmålsstillinger som fremkommer over må klargjøres på første møte i ansettelsesutvalg.