



**SYKEHUSET I VESTFOLD**

Til	Partnerskapsmøtets deltagere (Politisk og administrativ ledelse i kommuner og sykehus, representanter for fastleger og brukere)
Tema	<b>Innkalling Partnerskapsmøte, Helsefelleskapet i Vestfold</b>
Dato/sted	16..06.23, kl. 12.00-15.00 Horten kommune, kommunestyresalen
10 vedlegg	Sak 2023.2: Referat fra Partnerskapsmøte 07.10.22 Sak 2023.3: Avtale om Helsefelleskapet Sak 2023.6: Saksfremlegg, Handlingsplan for Helsefelleskapet 2023, Status Handlingsplan for Helsefelleskapet 2023 Sak 2023.7: Saksfremlegg, Utkast Handlingsplan for Helsefelleskapet 2024 Sak 2023.8: Saksfremlegg samhandlingsavtaler, Delavtale samarbeid om helhetlige pasientforløp, vedlegg til Delavtale samarbeid om helhetlige pasientforløp
Møteleder	Elin Gran Weggesrud, ordfører Holmestrand kommune
Referenter	Runar Danielsen (SiV) / Ranveig Velken (kommunene)

**Innkalling**

Saks nr.		Ansvar
2023.1	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b> <u>Forslag til beslutning:</u> Innkalling og dagsorden godkjennes.	
2023.2 Vedlegg	<b>Referat fra Partnerskapsmøte 07.10.22</b> <u>Forslag til beslutning:</u> Referatet godkjennes	
2023.3 Vedlegg	<b>Helsefelleskapet</b> Orientering om organisering og funksjon.	Rannveig Velken
2023.4 Orientering	<b>Partnerne orienterer om utfordringer, prioriteringer og satsninger</b> Orientering fra kommunene Orientering fra SiV	Finn-Øyvind Langfjell Stein Kinserdal
2023.5	<b>Styringsdata for utvikling og oppfølging av tjenesten</b>	Torgeir Grøtting

Orientering Diskusjon	Oppfølging av sak 2022.8 Orientering om forventet utvikling Aktuelle styringsdata for samhandling	
2023.6 Beslutning 3 vedlegg	<b>Handlingsplan for Helsefellesskapet 2023</b> Orientering om status for arbeidet så langt.  <u>Forslag til beslutning</u> 1) Partnerskapsmøtet tar Status Handlingsplan 2023 til etterretning. 2) Status for handlingsplan 2023 er utgangspunkt for Handlingsplan 2024.	Rannveig Velken
	<b>Pause</b>	
2023.7 Beslutning  2 vedlegg	<b>Handlingsplan for Helsefellesskapet 2024</b> Utkast til Handlingsplan for 2024 presenteres.  <u>Forslag til beslutning:</u> 1. Partnerskapsmøtet vedtar at forslaget til «Helsefellesskapet i Vestfold Handlingsplan for 2024» legges til grunn for arbeidet i Helsefellesskapet i Vestfold. 2. Kommunene og sykehuset slutter seg til «Helsefellesskapet i Vestfold Handlingsplan for 2024». 3. SSU gis myndighet til å konkretisere, endelig vedta «Helsefellesskapet i Vestfold Handlingsplan for 2024», i siste møte i SSU i 2023.	Erik Nordberg
2023.8 Orientering Beslutning  3 vedlegg	<b>Samhandlingsavtaler,</b> Oppfølging av sak 2022.6, organisering og revidering av samhandlingsavtaler. Orientering om arbeidet.  <u>Forslag til beslutning:</u> Behandling av Delavtale samarbeid om helhetlig pasientforløp, med vedlegg, utsettes. Delavtale a), b), c), e), f) og k) videreføres.	Stein Evensen
2023.9	<b>Partnerskapsmøter i 2024</b> Ønskelig møtefrekvens Innhold i møtene Neste møte vil ledes av Horten kommune, jamfør vedtak i sak 4/21 <i>«Møtene ledes sirkulerende av helseforetakets styreleder og av ordførerne, etter kommunenavn i alfabetisk orden».</i>	Erik Nordberg  Elin Gran Weggesrud
2023.10	<b>Eventuelt</b>	

**Innledere:**

Elin Gran Weggesrud: Ordfører Holmestrand kommune, møteleder for Partnerskapsmøte 2023

Stein Kinserdal: Adm. direktør, SiV

Finn-Øyvind Langfjell: Kommunedirektør Horten kommune

Stein Evensen: Kommunalsjef Helse og velferd Horten kommune, leder av Lederforum Helse

Erik Nordberg: Samhandlingssjef/klinikkssjef prehospitaI klinikk, SiV

Torgeir Grøtting: Analysesjef, SiV

Rannveig Velken: Koordinator samhandling for kommunene/rådgiver Helse Færder kommune

# Helsefellesskapet i Vestfold

## Referat partnerskapsmøte 7. oktober 2022

Sted og tid	Færder kommune, kommunestyresalen, 7.10.2022, kl 12-15
Deltakere	Jon Sanness Andersen, ordfører, Færder kommune (møteleder) Toril Eeg, kommunedirektør, Færder kommune Elin Gran Weggesrud, ordfører, Holmestrand kommune Hans Erik Utne, kommunedirektør, Holmestrand kommune Are Karlsen, ordfører, Horten kommune Stein Evensen, for Ragnar Sundklakk, kommunedirektør, Horten kommune Erik Bringedal, ordfører, Larvik kommune Gro Herheim, kommunedirektør, Larvik kommune Bjørn Ole Gleditsch, ordfører, Sandefjord kommune Bjørn Gudbjørgsrud, rådmann, Sandefjord kommune Anne Rygh Pedersen, ordfører, Tønsberg kommune Egil Johansen, kommunedirektør, Tønsberg kommune Per Christian Voss, styredel, Sykehuset i Vestfold helseforetak Stein Kinserdal, adm direktør, Sykehuset i Vestfold helseforetak Rune Burkeland-Matre, fastlegerepresentant (Larvik kommune) Geir Dunseth, fastlegerepresentant (praksiskoordinator ved SiV) Anne-Britt Forbord, brukerrepresentant FFO/ Lupe Erik Hansen, brukerrepresentant, leder av brukerutvalget ved SiV Frode Hestnes, kommunalsjef, Holmestrand kommune, leder av Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Forfall	Ragnar Sundklakk, kommunedirektør, Horten kommune
Innledere	Geir Magnussen, konsulent, Sykehuset i Vestfold Sigmund Skei, fylkeslege, Statsforvalteren i Vestfold og Telemark
Sekretariat/ referat	Rannveig Velken, Færder kommune Henning Mørland, Sykehuset i Vestfold HF

Saksnr.	Møtebehandling og konklusjon
2022.1	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b> Ingen kommentarer til innkalling eller sakliste. Sak 2022.8 utgår på grunn av forfall.
2022.2	<b>Referat fra Partnerskapsmøte 19.08.2021</b> Referat fra parnerksapsmøte ble godkjent uten kommentarer
2022.3	<b>Status Handlingsplan for Helsefellesskapet 2021-2022</b>

	<p>Innledning ved Frode Hestnes med gjennomgang av handlingsplan 2021-22 og status for fremdrift og oppnådde resultater for innsatsområdene. Dialog i møte. Positive tilbakemeldinger om fremdrift i en krevende situasjon med pandemi og stor pasientpågang i etterkant av pandemien. Innspill fra Stein Kinserdal om prosjektorganisering og tidkrevende prosess når tiltak skal testes ut i samarbeid med en kommune før utbredelse til andre kommuner (eks. Skrøpelige eldre og Ung Arena+). Andre prosjekter planlegges gjennomført i en samtidig prosess (eks. Pakkeforløp hjem og Samarbeid om akuttkjeden). Innspill fra Egil Johansen om utfordringer knyttet til budsjettprosesser når behov for lokaler og areal som ikke kan løses innenfor eksisterende tjenester.</p> <p><u>Konklusjon:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Partnerskapsmøtet tar Status Handlingsplan 2021-2022 til etterretning</li> <li>2) Status for handlingsplan 2021-2022 er utgangspunkt for Handlingsplan 2023</li> </ol>
2022.4	<p><b>Handlingsplan for Helsefelleskapet 2023</b></p> <p>Innledning og presentasjon ved Frode Hestnes. Dialog i møte. Handlingsplanen er et overordnet dokument som gir retning for Helsefelleskapet. Flere tiltak være aktuelle over flere år, samtidig skal handlingsplanen tilpasses aktuelt utfordringsbilde. Når det gjelder helsepersonellsituasjonen, oppleves for tiden situasjonen i fastlegeordningen som mest kritisk. Det vil i kommende handlingsplaner være behov for at også rekruttering, stabilitet og samarbeid om andre helsepersonellgrupper omfattes av handlingsplanen.</p> <p><u>Konklusjon:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Utsendt forslag til Handlingsplan 2023 for helsefelleskapet i Vestfold vedtas av partnerskapsmøtet</li> <li>2) Kommunene og helseforetaket bes om å slutte seg til handlingsplanen</li> </ol>
2022.5	<p><b>Utviklingsplan for SiV HF 2022-2025</b></p> <p>Innledning ved Stein Kinserdal og oppsummering av utviklingsplanens innretning ved Geir Magnussen. SiV utarbeidet en omfattende plan i 2018, ingen full rullering nå, men en oppdatering og revisjon. Etter høring og styrebehandling påpekes seks områder med særlig behov for oppfølging:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Økt forekomst demens, sterkere enn fanget opp av demografiske fremskrivningsmodeller</li> <li>2. Utfordringer i psykisk lidelse</li> <li>3. Økt krav til beredskap, jf pandemi</li> <li>4. Økt muligheter innen presisjonsmedisin (persontilpasset medisin)</li> <li>5. Arealfleksible løsninger</li> <li>6. Utfordringer i fastlegeordningen</li> </ol> <p>Utviklingsplanen er bygget opp om følgende tre hovedperspektiver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intern utvikling og konsollidering av SiV</li> <li>2. Utvikling av SiV innenfor rammene av en helhetlig spesialisthelsetjeneste</li> <li>3. Utvikling av SiV gjennom et tettere samarbeid med kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold</li> </ol> <p>Selv om perspektiv 3 er mest aktuelt innenfor samhandling er også perspektiv 1 og 2 relevant for kommunene.</p> <p>Dialog i møte. Alle kommunene har behandlet utviklingsplanen administrativt og politisk. Flere kommuner har påpekt utfordringer ved SiVs utskrivningspraksis fra somatiske sykehusavdelinger samt avvisning av henvisninger til psykisk helsevern. Arbeidet med dialog rundt avskrivninger tas inn i revisjon av samarbeidsavtaler (jf. sak 2022.6). Styreleder Per</p>

	<p>Christian Voss viste til at det er redusert antall avvisninger i henvisninger til psykisk helsevern og nye inntaksrutiner.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Partnerskapsmøtet tar utviklingsplanen for SiV HF 2022-2025 til orientering</p>
2022.6	<p><b>Samhandlingsavtaler,</b> Henning Mørland presenterte forslag til ny modell for organisering og revidering av samhandlingsavtaler. Forslaget medfører en forenkling av avtalestruktur og tilpasning til inngått avtale om helsefelleskap.</p> <p><u>Konklusjon:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partnerskapsmøtet godkjenner forslaget om revidert avtalestruktur</li> <li>2. Sekretariatet for helsefelleskapet koordinerer planarbeidet. Det forutsettes gjennomført nødvendig behandling i forberedende organer og gjennomførte interne høringsprosesser før behandling og beslutning i kommuner og helseforetak</li> </ol>
2022.7	<p><b>Fastlegesituasjonen i Vestfold</b> Innledninger ved Rune Burkeland-Matre og Sigmund Skei. Orientering om situasjonsbildet med et stort antall personer som ikke lenger står på en pasientliste med fast lege. Pasientsikkerhetsrisiko for mangelfull oppfølging og behandling. Diskusjon i møte: Behov for flere leger i allmennhelsetjenesten. Mulighet for at andre helsepersonellgrupper kan bistå fastlegen, men dagens finansieringsordninger understøtter ikke dette. Alle Vestfoldkommuner opplever utfordringer i fastlegesituasjonen. Samarbeid om gode tiltak for å stabilisere legedekning og sikre et forsvarlig pasienttilbud.</p> <p><u>Konklusjon:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partnerskapsmøtet tar saken til orientering.</li> <li>2. Fastlegesituasjonen følges opp som et av innsatsområdene i handlingsplanen for helsefelleskapet.</li> </ol>
2022.8	<p><b>Demografiske utfordringer</b> Saken utgår på grunn av forfall. Settes opp på neste partnerskapsmøte.</p>
2022.9	<p><b>Partnerskapsmøte 2023</b></p> <p><u>Konklusjon:</u> Neste partnerskapsmøte planlegges før sommeren 2023. Møtested: Holmestrand Sekretariatet vurderer alternativer og presenterer forslag til møtetidspunkt.</p>
2022.10	<p><b>Eventuelt</b> Stein Kinserdal orienterte om utviklingen i SiV med stor pasientpågang, utfordringer etter innflytting i nytt somatikkbygg og etablering av nytt Akuttsenter.</p>

# Avtale om helsefellesskap

## i opptaksområdet for Sykehuset i Vestfold HF

### *Konstituering og formål*

1. Helsefellesskapet er etablert som et likeverdig samarbeid mellom Sykehuset i Vestfold HF og de kommuner som til enhver tid tilhører helseforetakets opptaksområde.
2. Helsefellesskapet skal arbeide for et helsefremmende samfunn i et bredt perspektiv, og realisere pasientens helsetjeneste. Det skal planlegges og iverksettes helsetjenester som oppleves som sømløse og sammenhengende av de innbyggerne som er pasienter i både kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Tjenestene skal utføres så effektivt som mulig, i en målrettet og samordnet innsats.
3. Denne avtalen erstatter ikke de samarbeidsavtaler som kommuner og helseforetak skal inngå etter helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 6. Avtalen gir derimot premisser for øvrige samarbeidsavtaler.

### *Organer og arenaer*

4. Helsefellesskapet tar utgangspunkt i etablerte samarbeidsstrukturer, og består av a) et overordnet partnerskapsmøte, b) et strategisk samarbeidsutvalg og c) et antall faglige samarbeidsutvalg. Helsefellesskapet kan også etablere andre samarbeidsarenaer, herunder bredt anlagte seminarer eller partnerskapskonferanser.
5. *Partnerskapsmøtet* er helsefellesskapets øverste organ. Møtet består av ordfører og kommunedirektør fra hver kommune i opptaksområdet, styreleder og administrerende direktør for helseforetaket, samt to representanter for fastlegene (praksiskonsulentene) og to representanter for brukerne i opptaksområdet. Prinsippet om gjennomgående representasjon gjelder for fastleger og brukere i partnerskapsmøtet og i strategisk samarbeidsutvalg.

Partnerskapsmøtet drøfter spørsmål av strategisk og overordnet karakter knyttet til helsetjenestene i helseforetakets opptaksområde, herunder drøfting av årlige handlingsplaner for helsefellesskapet. Partnerskapsmøtets konklusjoner bør være omforente. Konklusjoner som innebærer forpliktelse, oversendes kommunene og helseforetaket til behandling. Konklusjonene legges til grunn for helsefellesskapets arbeid når alle kommunene og helseforetaket har gitt sin tilslutning.

Møtene ledes sirkulerende av helseforetakets styreleder og av ordførerne, etter kommunenavn i alfabetisk orden. Det første partnerskapsmøtet ledes av helseforetakets styreleder. Partnerskapsmøtet holdes minst 1-2 ganger årlig. Møtene holdes for åpne dører.

6. *Strategisk samarbeidsutvalg* samordner helsefellesskapets oppgaver mellom partnerskapsmøtene. Utvalget består av en representant for hver kommune i opptaksområdet utpekt av respektive kommunedirektør, like mange representanter for helseforetaket utpekt av administrerende direktør for helseforetaket, samt to representanter for fastlegene (praksiskonsulentene) og to representanter for brukerne i opptaksområdet. Prinsippet om gjennomgående representasjon gjelder for fastleger og brukere i partnerskapsmøtet og i strategisk samarbeidsutvalg. Utvalget velger selv sin leder for en periode av ett år.



De ansatte hos partnerne utpeker i fellesskap to observatører. Kommunene utpeker i fellesskap en kommuneoverlege/samfunnsmedisiner. Observatører deltar med tale- og forslagsrett.

Utvalget utarbeider og fremmer forslag til partnerskapsmøtet om alle tiltak av strategisk karakter, samt forslag til handlingsplaner. Utvalgets møter fastsettes av utvalget selv, men møtene holdes ikke sjeldnere enn fire ganger per år. Utvalget oppretter de faglige samarbeidsutvalg som vurderes hensiktsmessig for helsefellesskapet. Strategisk samarbeidsutvalg kan fastsette funksjonstid for hvert faglig samarbeidsutvalg.

7. *Faglige samarbeidsutvalg* utvikler prosedyrer og tjenestemodeller på avgrensede områder, og rapporterer til strategisk samarbeidsutvalg. Medlemmene av de faglige samarbeidsutvalgene utpekes av strategisk samarbeidsutvalg. Tverrfaglighet bør tilstrebes ved sammensetning av utvalgene. Ellers skal hvert utvalg bestå av 1-2 representanter for fastlegene og 1-2 representanter for brukerne i opptaksområdet, såframt fastlegene og brukerne selv ønsker å være representert i respektive utvalg. Hvert utvalg velger selv sin leder for en periode av ett år.

#### *Dokumenter*

8. Helsefellesskapet kan velge å utarbeide et *flerårig strategidokument* for sitt arbeid, med utgangspunkt i nasjonale prioriteringer og basert på gjeldende planverk hos partnerne.
9. Helsefellesskapet utarbeider og ber kommunene og helseforetaket gi tilslutning til *årlige handlingsplaner*, som angir hvilke temaer som skal prioriteres for den kommende perioden. Ved etablering av helsefellesskapet er prioriterte pasientgrupper a) barn og unge, b) personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, c) skrøpelige eldre og d) personer med flere kroniske lidelser.
10. Delplaner for avgrensede tjenesteområder utarbeides av respektive faglige samarbeidsutvalg og vedtas av strategisk samarbeidsutvalg. Delplaner må utarbeides innenfor rammen av helsefellesskapets strategier og handlingsplaner. Til saksforberedelse av delplaner må det foreligge en vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene og helseforetaket.

#### *Sekretariat og saksbehandling*

11. Kommunene og helseforetaket etablerer i fellesskap et sekretariat for helsefellesskapet. Sekretariatet sørger for all saksforberedelse til partnerskapsmøtet og møtene i strategisk samarbeidsutvalg. Sekretariatet kan for avgrensede temaer også bistå de faglige samarbeidsutvalgene med saksforberedelse.
12. Hver kommune og helseforetaket bærer selv sine kostnader forbundet med deltakelse i helsefellesskapet.

#### *Endringer av helsefellesskapet*

13. En kommune trer inn i eller ut av helsefellesskapet dersom kommunen får ny foretakstilhørighet.
14. Denne avtalen kan endres etter anbefaling av partnerskapsmøtet og etter likelydende vedtak hos hver kommune og helseforetaket.



Helsefelleskapet er etablert i dag ved signatur av styreleder for Sykehuset i Vestfold HF og av ordførerne for kommunene i helseforetakets opptaksområde.

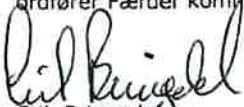
Tønsberg, den 15. juni 2021



Per Christian Voss  
styreleder Sykehuset i Vestfold HF



Jon Sanness Andersen  
ordfører Færder kommune



Erik Bringedal  
ordfører Larvik kommune



Elin Gran Weggesrud  
ordfører Holmestrand kommune



Bjørn Ole Gleditsch  
ordfører Sandefjord kommune



Are Karlsen  
ordfører Horten kommune



Anne Rygh Pedersen  
ordfører Tønsberg kommune



Dato:

Saksnr:	Møteorgan:	Type sak	Saksbehandler
2023. 6	Partnerskapsmøte	Orientering/beslutning	Sekretariatet

### Foreløpig årsrapport 2023

Status for arbeidet i Helsefelleskapet presenteres.

Helsefelleskapet Handlingsplan for 2023 legges til grunn for statusrapporteringen.

#### Avsluttes i 2023:

- Arbeidsgruppe pasientforløp barn og unge med spiseforstyrrelser
- Arbeidsgruppe pasientforløp «Hjem for pasienter med kreft»
- Revisjon av samhandlingsavtaler

#### Videreføres i 2024:

- Prosjektet Vitality
- Prosjektet Ung Arena +
- Arbeidsgruppe samarbeid om pasienter med langvarige psykiske lidelser, rusproblematikk med og uten tvang
- Arbeidsgruppe samhandlingsavvik
- Prosjekt Digital Hjemme-oppfølging
- Satsningsområder innen akuttkjeden

#### Beskrevet i handlingsplan 2023 – men ikke startet arbeid

- Arbeid med felles styringsdata
- Tiltak som kan bidra til å styrke fastlegene

Erfaringer gjort i perioden fra etablering av Helsefelleskapet har ført til omorganisering av strukturen under Strategisk samarbeidsutvalg. Endringen vil iverksettes fra august 2023.

#### Forslag til beslutning:

- 1) Partnerskapsmøtet tar Status Handlingsplan 2023 til etterretning.
- 2) Status for handlingsplan 2023 er utgangspunkt for Handlingsplan 2024.



 SYKEHUSET I VESTFOLD

# Helsefelleskapet i Vestfold

## Handlingsplan 2023

## Innledning og bakgrunn

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i planperioden. Etablering av helsefelleskap er et viktig tiltak for en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste.

Helsefelleskapene består av kommuner og sykehus med utgangspunkt i helseforetaksområdene. Det er 19 helsefelleskap i Norge. Helsefelleskapene utgjør en arena for strukturert og forpliktende samarbeid, men er ikke et eget forvaltningsnivå. Styringslinjer, finansiering og lovverk som regulerer helse- og omsorgstjenesten i kommune- og spesialisthelsetjenesten er ikke endret. Det er fortsatt behov for forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Helsefelleskapene skal bidra til kvalitet og pasientsikkerhet. For helse- og omsorgstjenesten innebærer god kvalitet at tjenestene, jf. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Nasjonal helse- og sykehusplan prioriterer disse pasientgruppene i helsefelleskapene:

- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Skrøpelige eldre
- Barn og unge
- Personer med flere kroniske lidelser

Helsedirektoratet har utarbeidet dokumenter, strategier og planer for hvordan helsefelleskapene kan målrette, utvikle og prioritere tiltak innenfor disse pasientgruppene.

Regjeringen har startet arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan som etter planen skal fremmes høsten 2023. Planen blir en stortingsmelding som omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det legges til grunn at samhandling og samarbeid om pasientforløp ikke vil bli mindre vektlagt i kommende planperiode.

## Helsefelleskapet i Vestfold

Helsefelleskapet i Vestfold består av de seks Vestfoldkommunene og Sykehuset i Vestfold HF. Dette utgjør en oversiktlig samarbeidsstruktur sammenholdt med mange av de andre helsefelleskapene i landet.

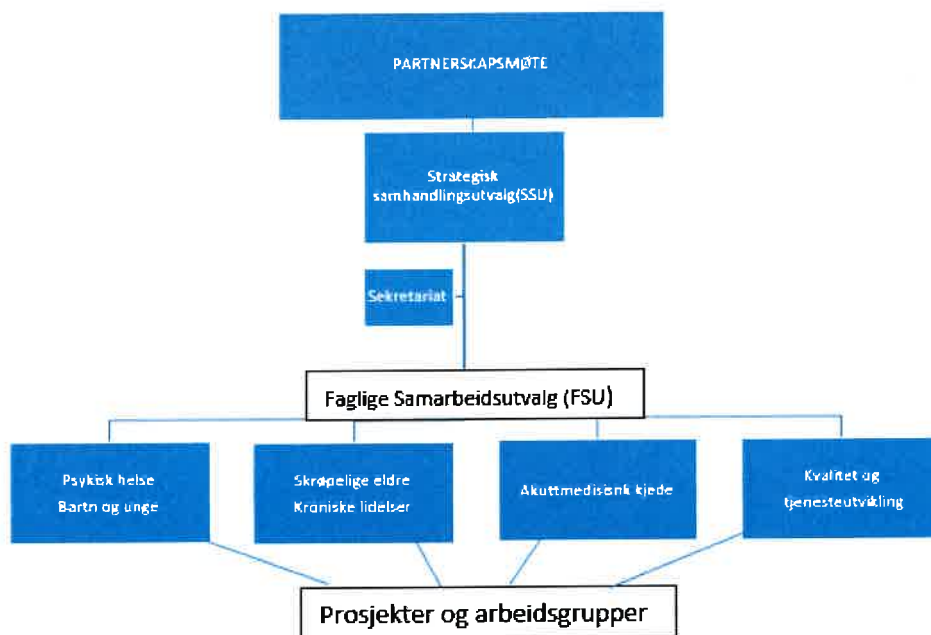
Helsefelleskapet er organisert på tre nivåer i samsvar med føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan:

- Partnerskapsmøtet
- Strategisk samarbeidsutvalg
- Faglige samarbeidsutvalg

Det er etablert en felles sekretariatsfunksjon med deltakere fra kommuner og sykehus som utarbeider saksdokumenter og forbereder og gjennomfører møter og arrangementer.

Helsefelleskapet benytter Kompetansebroen som teknisk løsning og nettportal for publisering av avtaler, planer og saksdokumenter. Kompetansebroen benyttes også til læring, fagutvikling, kompetanseheving og kunnskapsdeling.

Modell for Helsefelleskapet i Vestfold:



Helsefelleskapet vedtok en handlingsplan for perioden 2021-2022 som beskrev overordnede føringer og satsingene for planperioden. Flere av tiltakene er langsiktige og videreføres i forslaget for handlingsplan for 2023.

Handlingsplanen er et oversiktsdokument som vil påvirkes av utvikling og endringer så vel lokalt, nasjonalt som internasjonalt. Som eksempler kan nevnes koronapandemien, utfordringer i fastlegesituasjonen samt erfaringer fra SiVs organisasjonsutviklingsprosess og innflytting i nye sykehusbygg.

Handlingsplanen skal ses i sammenheng med føringer i nasjonalt planverk, regionale utviklingsplaner og lokale utviklingsplaner for sykehus og kommuner.

Handlingsplanen for Helsefelleskapet i Vestfold legges frem med forslag om følgende innsatsområder i 2023:

1. Skrøpelige eldre og multisyke
  - Samhandlings- og utviklingsprosjektet Vitality
2. Barn og unge og psykisk helse
  - Samhandlings- og utviklingsprosjektet Ung Arena+
  - Arbeidsgruppe barn og unge med spiseforstyrrelser
  - Arbeidsgruppe pasienter med langvarige psykiske lidelser og rusavhengighet
3. Faglig samarbeidsutvalg for kvalitet og tjenesteutvikling
4. Faglig samarbeidsutvalg for akuttjenester
5. Fastlegesituasjonen
6. Styringsdata for utvikling og oppfølging av tjenestene

Innsatsområdene følger dels av strukturen med faglige samarbeidsutvalg i helsefellesskapet, er dels også videreføring av etablerte samhandlingsprosjekter, men omfatter også områder som går på tvers av strukturene i Helsefellesskapet.

Handlingsplanen inneholder i det følgende en kortfattet oversikt og beskrivelse av tiltak. For nærmere omtale vises til andre planer, styringsdokumenter og rapporter, som Utviklingsplanen for SiV og kommunale planer. For tiltak som utvikles innenfor regi av Helsefellesskapet har Strategisk samarbeidsutvalg rollen som styringsgruppe.

## 1. Samhandlings- og utviklingsprosjektet Vitality

Med oppstart fra høsten 2019 har det vært utredet og utviklet et samarbeidsprosjekt for å gi et bedre tilbud til pasientgrupper som faller inn under både «skrøpelige eldre» og «personer med flere kroniske lidelser». Prosjektet har også vært beskrevet med «mulitsyke» og «de som trenger oss mest».

Det er dokumentert i internasjonale og nasjonale studier at tidlig oppdagelse og identifisering av «skrøpelighet» i en persons helse- og sykdomsutvikling er viktig fordi det gir mulighet til å sette inn forebyggende og behandlende tiltak som kan motvirke en uheldig utvikling. Dette kan få stor betydning for det enkelte individ, men er også viktig på systemnivå. Målrettede tiltak kan gi redusert behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommuner og sykehus.

Gjennom utvikling av prosjektet har man valgt å fokusere på to hovedgrupper pasienter: forsterket oppfølging etter utskrivning fra sykehusopphold, samt etablering av et helsestasjonstilbud med tilbud om utvidet kartlegging av eldre som søker om kommunale omsorgstjenester. Tiltakene startet opp i samarbeid mellom Larvik kommune og SiV i 2022.

Erfaringer fra tjenesteutvikling og samarbeid mellom Larvik kommune og SiV vil danne grunnlag for overføring og utforming av tilsvarende tjenestetilbud i øvrige kommuner. Strategisk samarbeidsutvalg er styringsgruppe for prosjektet. Sykehus og kommuner dekker sine resepektive kostnader, som i hovedsak omfatter stillinger/lønnskostnader. Prosjektet fikk tildelt ekstern prosjektfinansiering i 2022, og det skal søkes om eksterne tilskudd også for videre utvikling og utvidelse.

Etter planen skal tiltaket utvides med Horten og Sandefjord som de neste kommunene fra første kvartal 2023 og øvrige kommuner fra slutten av 2023 eller begynnelsen av 2024.

## 2. Barn og unge og psykisk helse

**Samhandlings- og utviklingsprosjektet UngArena+** har i 2022 vært hovedfokus innenfor dette området. Forprosjektet startet høsten 2019, og har vært gjennom en utrednings- og utviklingsfase hvor koronapandemien også har medført forsinkelser. Prosjektet startet opp igjen i september 2021. Målgruppen er ungdom og unge voksne i aldersgruppen 13-25 år med risiko for psykiske lidelser, psykososiale problemer og rusproblemer. Oppdraget gjelder generelt forebyggende arbeid, samt kartlegging, forebygging og behandling av unge med mild og moderate psykiske lidelser.

Prosjektet har gjennom bred kartlegging og brukervedvirkning utviklet en modell for et integrert tjenestetilbud hvor forebyggende tilbud, kommunale helse- og velferdstjenester og spesialisthelsetjenester samarbeider sømløst og på tvers om tilbud til målgruppen. Samlokalisering av tjenestene har vært et grunnleggende prinsipp.

Tønsberg kommune er pilotkommune og samarbeidspartner i utvikling av konseptet. Strategisk samarbeidsutvalg er styringsgruppe for prosjektet. Dette prosjektet har også fått eksterne tilskuddsmidler. Prosjektet har som mål å komme i gang med tiltak i Tønsberg i 2023.

**Arbeidsgruppe for barn og unge med spiseforstyrrelser** er en annen viktig satsning. Forekomst av spiseforstyrrelser har vist en sterk økning over de senere årene. Det har vært nedsatt en arbeidsgruppe med deltakelse fra flere aktører som har gjennomgått utrednings- og oppfølgingstilbud i kommunene og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Målsetningen er å få etablert omforente anbefalinger og rutiner. Dette arbeidet forventes avsluttet høsten 2022.

**Fokus på tiltak og samarbeid som fremmer barn og unges psykiske helse** vil være viktig for Helsefellesskapet også utover prosjektene og arbeidsgruppene som er beskrevet ovenfor. Tidlig oppdagelse, gode forbyggende tiltak og relevante tjenestetilbud og oppfølgingstiltak vil ha stor betydning for det enkelte barn og familie, i tillegg vil være en god samfunnsmessig prioritering. Gode samarbeidsrutiner mellom kommuner og sykehus er viktig, og vil også omfatte tjenester i kommunene som ligger utenfor helse- og omsorgstjeneste, som skoler, barnehager, barnevern, avlastningstilbud mfl.

**Samarbeid om oppfølging av pasienter med langvarige psykiske lidelser og rusavhengighet** er et innsatsområde innenfor psykisk helse som rettes mot en annen pasientgruppe. I tidligere handlingsplan var det omtalt arbeid med pasientforløp for pasienter med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold samt pasientforløp for pasienter med behov for legemiddelassistert rusbehandling.

Etter dialog med Klinikk for psykisk helse og avhengighet anses det hensiktsmessig å utvikle et bredt mandat som skal inneholde samarbeid, ansvars- og oppgavefordeling for pasienter med langvarige psykiske lidelser og rusavhengighet. Dette vil kunne gjelde personer som er omfattet av lov om tvungent psykisk helsevern og personer som ikke er det.

Arbeidet med å definere mandat og foreta avklaringer starter høsten 2022. Prosjekt- og utredningsarbeid med vurdering av tjenestetilbud og samarbeidsløsninger forventes å komme i gang i 2023.

### 3. Faglig samarbeidsutvalg for kvalitet og tjenesteutvikling

Fagutvalget skal være et rådgivende organ for SSU vedrørende prioritering, organisering og gjennomføring av kompetanseutvikling og forbedringstiltak. Samarbeidsutvalget skal bidra til helsefaglige vurderinger og råd knyttet til koordinering og prioritering av tiltak innen alle deler av helse- og omsorgssektoren. Revidering av struktur og innhold i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommunene vil være en prioritert satsning i 2023.

### 4. Faglig samarbeidsutvalg for akuttjenester

En sammenhengende akuttmedisinsk kjede er en av målsetningene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er etablert et faglig samarbeidsutvalg innenfor Helsefellesskapet, men oppstart av arbeidet har blitt forsinket og vil først komme i gang høsten 2022. Samarbeid om øyeblikkelig-hjelp pasientforløp og akutte tjenestetilbud blir hovedtema for Helsefellesskapets samhandlingskonferanse i november 2022.



Utfordringsbildene og problemstillinger er ikke ukjent fra tidligere, og det ble gjennomført et samarbeidsprosjekt om akuttmedisinsk kjede i Vestfold mellom kommunene og sykehuset i 2017-2018. Dette prosjektarbeidet vil være et viktig grunnlag for videre samarbeid og utviklingsarbeid. Videre vil arbeidet som er gjennomført om Akuttkjeden i Telemark være sentralt med tanke på overføring og implementering.

Utvikling av gode og trygge akuttjenester omfatter ikke bare samhandling og samarbeid mellom aktører på flere tjenestenivåer, men må også ses i sammenheng med lokalt utviklings- og forbedringsarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og med pågående forbedringsarbeid i Akuttsenteret ved SiV.

Med hensyn til begrepsbruk foreslås å benytte akuttjenester og akuttkjede slik det er gjort i Telemark i stedet for akuttmedisinske tjenester/kjede. Begrepet akuttjeneste/akuttkjede oppleves å favne bredere og være mer inkluderende enn akuttmedisin, for eksempel med hensyn til akutt forverring av kronisk sykdom og psykososiale kriser.

## 5. Fastlegesituasjonen

I store deler av landet oppleves store utfordringer i fastlegeordningen med redusert kapasitet, fulle pasientlister og ingen ledig listekapasitet. Også i helsefellesskapet i Vestfold oppleves det en uholdbar fastlegesituasjon. Stadig flere pasienter står uten fastlege. Kommunene opplever mangelfull rekruttering og ustabile vikarløsninger blant fastlegene.

En velfungerende fastlegeordning utgjør en helt sentral del av helsetjenesten, med kapasitet, kompetanse og kontinuitet som essensielle kjennetegn. En svekket fastlegeordning vil først og fremst gå utover pasienttilbudet og medføre risiko for pasientsikkerheten. Et mangelfullt fastlegetilbud vil gi økt pasientpågang til spesialisthelsetjenesten, med risiko for overbelastning av sykehusene og et redusert helsetjenestetilbud til mange pasientgrupper.

Fastlegeordningen er en del av kommunehelsetjenesten og utfordringer innenfor organisering, rekruttering og økonomi ligger hos kommunene. Helsefellesskapet kan bidra med løsninger for å fremme rekruttering og effektivisere fastlegenes arbeidsdag. Eksempler på dette kan være å legge til rette for videre- og etterutdanning, hospitering, kurs, veiledning og fagutvikling. Videre kan det være aktuelt å se på forenkling og administrative rutiner og praktiske samhandlingstiltak som digital konsultasjoner/rådgivning og ambulante tjenester.

Innenfor helsefellesskapet vil Strategisk samarbeidsutvalg få en sentral rolle i oppfølging av mulige tiltak som ligger innenfor helsefellesskapets ansvarsområde. Det er også rekrutterings- og bemanningsutfordringer for andre helsepersonellgrupper. Helsefellesskapet vil, som i fastlegesituasjonen, i denne handlingsperioden samarbeide for å få en oversikt over status, hvilke tiltak som er gjort og hvilke tiltak som krever felles innsats. SSU vil sette saken på dagsorden gjennom sine møter.

## 6. Styringsdata for utvikling og oppfølging av tjenestene

Felles styringsdata vil være et viktig for å identifisere utfordringer, som utgangspunkt for iverksetting av forbedringsarbeid, for å følge utviklingen og evaluering av tiltak. Sykehus og kommuner har ulike muligheter for å hente ut data fra sine respektive journal- og pasientadministrative systemer. Tilgang på analysekompetanse er også forskjellig. I tillegg til styringsdata i den enkelte virksomhet er det også løsninger som inneholder data fra flere virksomheter nasjonalt og regionalt.

Helsefelleskapet i Vestfold vil arbeide for å utvikle gode løsninger slik at kommuner og sykehus har enkel tilgang til relevante styringsdata. Dette vil omfatte demografiske data, informasjon om helsetjenestetilbud, oversikt over bruk av tjenestene, variasjon og utviklingstrekk.

Utviklingsarbeidet vil ha behov for innsikt og kunnskap fra fagmiljøer, ledelsesperspektiv og analysekompetanse. Faglig samarbeidsutvalg for kvalitet og tjenesteutvikling vil være naturlig forankring innenfor helsefelleskapet for planlegging og utvikling av dette arbeidet.



Juni 2023

## Helsefelleskapet Vestfold

### Status for Handlingsplan 2023

Regjeringen og KS undertegnet 23. oktober 2019 en avtale om innføring av helsefelleskap, som i hvert tilfelle skal bestå av et helseforetak og kommunene i dette helseforetakets opptaksområde. Hensikten med avtalen er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester, til fordel for pasienter som trenger tjenester fra både den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 legger føringene for arbeid med følgende prioriterte pasientgruppene i helsefelleskapene:

- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Skrøpelige eldre
- Barn og unge
- Personer med flere kroniske lidelser

Hesledirektoratet har utarbeidet dokumenter, strategier og planer for hvordan helsefelleskapene kan målrette, utvikle og prioritere tiltak innenfor disse pasientgruppene.

Regjeringen har startet arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan som skal fremmes høsten 2023. Planen blir en stortingsmelding som omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

### Helsefelleskapet i Vestfold

Helsefelleskapet i Vestfold består av de seks Vestfoldkommunene og Sykehuset i Vestfold HF. Dette utgjør en oversiktlig samarbeidsstruktur sammenholdt med mange av de andre helsefelleskapene i landet.

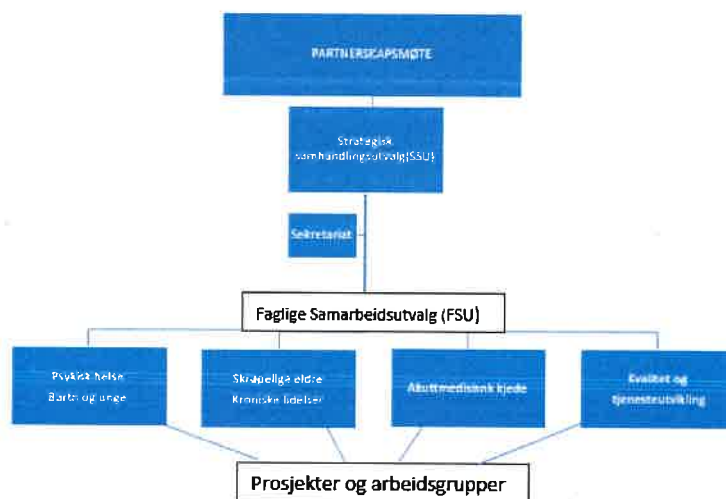
Helsefelleskapet ble organisert på tre nivåer i samsvar med føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan:

- Partnerskapsmøtet
- Strategisk samarbeidsutvalg
- Faglige samarbeidsutvalg

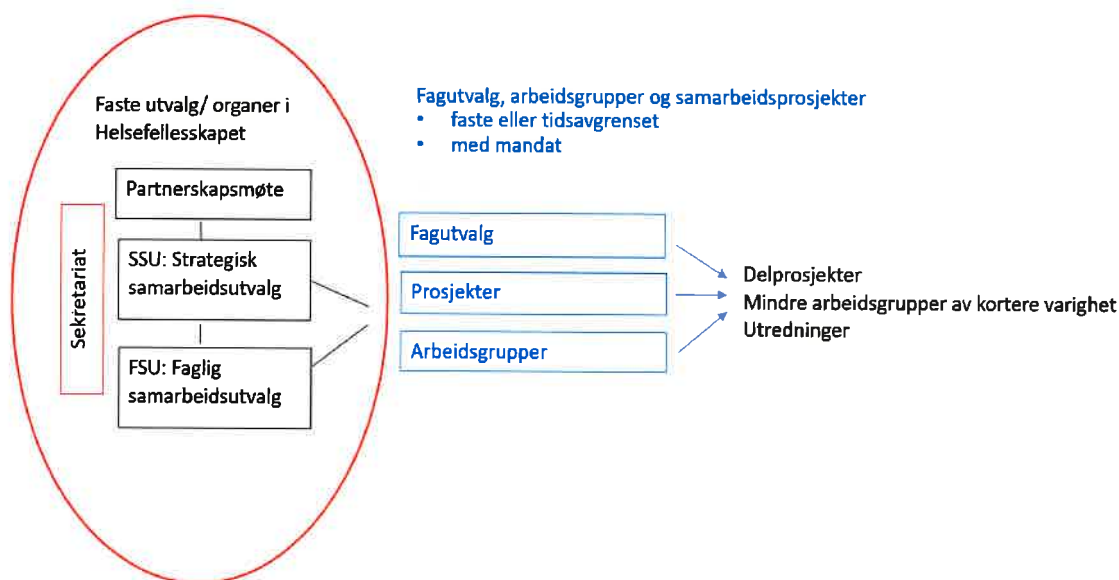
Det er etablert en felles sekretariatsfunksjon med deltakere fra kommuner og sykehus som utarbeider saksdokumenter og forbereder og gjennomfører møter og arrangementer. Helsefelleskapet benytter Kompetansebroen som teknisk løsning og nettportal for publisering av

avtaler, planer og saksdokumenter. Kompetansebroen benyttes også til læring, fagutvikling, kompetanseheving og kunnskapsdeling.

Modell for Helsefelleskapet i Vestfold vedtatt i 2021:



Det er gjort erfaringer og modellen er justert. Ny modell er vedtatt i SSU og vil iverksettes fra august 2023:



Faglige samarbeidsutvalg er redusert til et Faglig samarbeidsutvalg (FSU) i ny modell. Ulike sasninger vil ivaretas i fagutvalg, prosjekter og arbeidsgrupper. FSU vil fungere som rådgivende organ for SSU når det gjelder helsefaglige vurderinger og anbefalinger angående utvikling av tjenestene og ansattes kompetanse på alle områder i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og sykehuset i Vestfold. FSU skal forberede saker for SSU og vil iverksettes fra august 2023.

Helsefelleskapet vedtok en handlingsplan for perioden 2023 som beskrev overordnede føringene og satsingene for planperioden. Flere av tiltakene er langsiktige og vil videreføres i forslaget for Handlingsplan for 2024.

Handlingsplanen er et oversiktsdokument som vil påvirkes av utvikling og endringer så vel lokalt, nasjonalt som internasjonal.

Handlingsplanen skal ses i sammenheng med føringer i nasjonalt planverk, regionale utviklingsplaner og lokale utviklingsplaner for sykehus og kommuner.

Handlingsplanen for Helsefellesskapet i Vestfold har følgende innsatsområder i 2023:

1. Skrøpelige eldre og multisyke
  - Samhandlings- og utviklingsprosjektet Vitality
2. Barn og unge og psykisk helse
  - Samhandlings- og utviklingsprosjektet Ung Arena+
  - Arbeidsgruppe barn og unge med spiseforstyrrelser
  - Arbeidsgruppe pasienter med langvarige psykiske lidelser og rusavhengighet
3. Revisjon av samhandlingsavtaler
4. Akuttkjeden, fagutvalg.
5. Samhandlingsavvik, arbeidsgruppe.
6. Arbeidsgrupper for ivaretagelse av overordnet pasientforløp «Hjem for pasienter med kreft»
7. Fastlegesituasjonen
8. Styringsdata for utvikling og oppfølging av tjenesten
9. Digital hjemmeoppfølging, prosjekt

Innsatsområdene følger dels av strukture i helsefellesskapet, er dels videreføring av etablerte samhandlingsprosjekter, men omfatter også områder som går på tvers av strukturene i Helsefellesskapet.

Rapporten inneholder i det følgende en kortfattet oversikt og beskrivelse av tiltak. For nærmere omtale vises til andre planer, styringsdokumenter og rapporter, som Utviklingsplanen for SiV og kommunale planer.

For tiltak som utvikles innenfor regi av Helsefellesskapet har Strategisk samarbeidsutvalg rollen som styringsgruppe.

## 1. Skrøpelige eldre og multisyke

### **Samhandlings og utviklingsprosjektet Vitality**

Med oppstart høsten 2019 har det vært utredet og utviklet et samarbeidsprosjekt for å gi et bedre tilbud til pasientgrupper som faller inn under kategoriene «skrøpelige eldre» og «personer med flere kroniske lidelser». Prosjektet har tidligere vært beskrevet med «Multisyke i Vestfold» og «de som trenger oss mest».

Prosjektet er forankret i helsefellesskapet og har strategisk samarbeidsutvalg (SSU) som styringsgruppe for prosjektet.

I hovedprosjektet Vitality er det nå tatt utgangspunkt i de «skrøpelige eldre» pasientene. WHO har laget et omfattende og grundig rammeverk knyttet til utvikling av integrerte helsetjenester (WHO – Integrated Care for Older People). Det er dokumentert i internasjonale og nasjonale studier at tidlig oppdagelse og identifisering av «skrøpelighet» i en persons helse- og sykdomsutvikling er viktig, fordi det gir mulighet til å sette inn forebyggende og behandlende tiltak som kan motvirke en uheldig

utvikling. Dette kan få stor betydning for det enkelte individ, men er også viktig på systemnivå. Målrrettede tiltak kan gi redusert behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommuner og sykehus.

Gjennom utvikling av prosjektet har man valgt å fokusere på to hovedgrupper pasienter: forsterket oppfølging av pasienter som lever med veldig mild – moderat skrøpeligheit etter utskrivning fra sykehusopphold, samt etablering av et helsestasjonstilbud med tilbud om utvidet kartlegging av eldre som søker om kommunale omsorgstjenester. Tiltakene startet opp i samarbeid mellom Larvik kommune og SiV i 2022.

Det er utviklet et grunnlagt med et tverrfaglig team som er integrert og som har felles møtearenaer. Så gode kommunikasjons metoder som mulig – gitt forutsetningene som ligger i EPJ systemene er tatt i bruk. Legemiddel samarbeid mellom geriater, fastlege og farmasøyt er satt i system. SiV's ansatte er i kommunen flere dager i uken og bidrar med kompetanseheving på ulike arenaer. Felles digital undervisning, tilbud om pasientdiskusjoner på korttidsavdeling etc. Samarbeid med andre aktører som utvikler tjenester på samme arena er kommet i gang. Digitale støtteverktøy skal utvikles i samarbeid med analysemiljøet på Ahus. Her er det fokus på utvikling av felles styringsdata for utvikling og oppfølging av tjenesten.

Våren 2023 starter et liknende tjenestetilbud opp i Sandefjord, og målet er at Horten starter i september. I Sandefjord har man valgt en litt annen tilnærming til de forebyggende tjenestene. Der er hovedfokus på pasientgrupper som presenterer med fall på legevakt og innbyggere som nylig har mistet sin ektefelle. Tilstander og hendelser som gir økt risiko for utvikling av skrøpeligheit.

Sykehus og kommuner dekker sine respektive kostnader, som i hovedsak omfatter stillinger/lønnskostnader. Prosjektet fikk tildelt ekstern prosjektfinansiering i 2022, og det er søkt om eksterne tilskudd også for videre utvikling og utvidelse fra HSØ våren 2023.

## 2. Barn og unge og psykisk helse

### **Samhandlings- og utviklingsprosjektet Ung Arena+**

Samhandlings- og utviklingsprosjektet Ung Arena+ har i perioden 2021 - 2022 vært hovedsatsningen innenfor dette området barn / unge og psykisk helse. Forprosjektet startet høsten 2019, og har vært gjennom en utrednings- og utviklingsfase hvor koronapandemien også har medført forsinkelser. Prosjektet startet opp igjen i september 2021 med Tønsberg som pilotkommune.

Ung Arena+ er et prosjekt utført på oppdrag av Helsefelleskapet i Vestfold ved Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) – og konkretisert i samarbeidsavtaler mellom administrerende direktør i SiV HF og kommunedirektøren i Tønsberg kommune, samt kommunalsjef for Familie og kvalifisering i Larvik kommune.

Oppdraget til Ung Arena+ har vært «å utvikle og pilotere en modell som integrerer kommunale tjenester, spesialisthelsetjenester og evt. andre velferdstjenester og frivillige i et felles lavterskeltilbud for unge / unge voksne (13-25 år) med psykiske problemer og/eller rusutfordringer».

Ung Arena+ skal gi et bidrag til fornyelse og økt verdi for målgruppen, for virksomhetene som deltar i prosjektet, og for lokalsamfunnet. Hensikten er å imøtekomme de unges behov for helhet, oversikt og egenkontroll i sitt møte med helse- / sosiale tjenester, forebygge videre utvikling av psykiske og/eller rusproblemer, samt kartlegge og initiere tidlig intervensjon fra spesialisthelsetjenesten ved behov.



Prosjektet er basert på samskaping og bred involvering av interessenter; ungdom, fagmiljøer og frivillighetssektoren. Med de unge i spissen, har en bredt tverrfaglig og sektorovergripende ressursgruppe i kommunen og sykehuset jobbet sammen og utviklet modellen Ung Arena+ - en modell for et integrert tjenestetilbud hvor forebyggende tilbud, kommunale helse- og velferdstjenester og spesialisthelsetjenester, samt frivillighetssektoren samarbeider sømløst og på tvers om tilbud til målgruppen. Samlokalisering av tjenestene har vært et grunnleggende prinsipp.

Modellen bygger på anerkjente modeller som Ung Arena (kommunale tjenester) og Headspace (Orygen, Australia). I Ung Arena+ er disse utvidet både når det gjelder fokusområder, deltakende aktører og type tjenester. Tanken er at Ung Arena+ skal være hovedporten til ungdomstjenester innenfor psykisk helsearbeid. Vi er ikke kjent med at det er tilsvarende tiltak i Norge.

SSU behandlet og godkjente løsningsrapporten 7.februar i år. Per dato (mai 2023) avventer prosjektet politisk og administrativ avgjørelse for å gå videre til neste fase – fase 4 pilotering.

Primært er prosjektet basert på en stor andel egenbidrag fra partnerne. Hovedsakelig dekkes kostnadene over egne budsjetter, men dette prosjektet har også fått eksterne tilskuddsmidler for utviklingsfasen. Det er søkt om ytterligere tilskudd for 2023-2024.

Prosjektet har som mål å åpne Ung Arena+ i Tønsberg høsten 2023.

#### **Arbeidsgruppe for barn og unge med spiseforstyrrelser**

Forekomst at spiseforstyrrelser har vist en sterk økning over de senere årene. En arbeidsgruppe med deltakelse fra både helse og oppvekstsektoren i kommune og fra ulike deler av BUPA i SIV gjennomgår utrednings- og oppfølgingstilbud i kommunene og i BUPA og definerer forbedringspunkter samhandlingen mellom aktørene.

Målsetningen er å øke kunnskap, og forståelse om arbeidet på de ulike arenaene, etablere omforente anbefalinger og rutiner og tilgjengeliggjøre nødvendig informasjon på en bedre måte. Dette arbeidet forventes avsluttet høsten 2023.

#### **Samarbeid om pasienter med langvarige psykiske lidelser, rusproblematikk med og uten tvang**

De er nedsatt en arbeidsgruppe med deltagere fra kommuner og KPA med et bredt mandat som inneholder samarbeid, ansvars- og oppgavefordeling for pasienter med langvarige psykiske lidelser og rusavhengighet. Dette vil gjelde både for personer som er omfattet av lov om tvungen psykisk helsevern og personer som ikke er det. Arbeidet med å definere mandat og foreta avklaringer startet våren 2023.

Arbeidsgruppen skal bidra til sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester, til fordel for pasienter som trenger tjenester fra både den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det skal skapes forutsetninger for felles planlegging og utvikling av tjenester.

Arbeidsgruppes utredningsarbeid med vurdering av tjenestetilbud og samarbeidsløsninger er igangsatt og er forventet å forsette inn i 2024.



### 3. Revisjon av samhandlingsavtaler

Partnerskapsmøte gav i oktober 2022 tilslutning til at samhandlingsavtalene mellom SiV og kommunene skulle revideres. Overordnet samarbeidsavtale ble sist revidert i 2019, noen delavtaler er revidert i 2014/2015 og 2019, mens de øvrige ikke er revidert

Revidering av avtale er en fornying og forenkling inspirert av struktur i Vestre Viken HF.

Faglig samarbeidsutvalg for kvalitet og tjenesteutvikling fikk i oppdrag å utføre dette arbeidet.

Følgende modell ble vedtatt:



Revidering av struktur og innhold i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommunene er en prioritert satsning i 2023. Det er utarbeidet utkast som har vært på flere høringsrunder i SiV, kommunene og brukerorganisasjonene.

Det foreligger fremdeles ikke en ny veileder for samhandlingsavtaler, men høringsutkast til veilederen er tatt med inn i revideringsarbeidet.

Status for arbeidet pr. juni 2023:

- Overordnet samarbeidsavtale er revidert og godkjent av SiV sitt styre og kommunestyrene i kommunene.
- Avtale om omforente beredskapsplaner er revidert og godkjent av SiV sitt styre og kommunestyrene i kommunene.
- Delavtale om kompetanse, utdanning og forskning er utarbeidet og skal behandles av SiV sitt styre og kommunestyrene i kommunene.
- Delavtale om Helhetlige pasientforløp er fremdeles under utarbeidelse og forventes å ferdigstilles høsten 2023.

### 4. Akuttkjeden

En sammenhengende kjede er en av målsetningene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Utvikling av gode og trygge akuttjenester omfatter ikke bare samhandling og samarbeid mellom aktører på flere tjenestenivåer, men må også ses i sammenheng med lokalt utviklings- og forbedringsarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og forbedringsarbeid i AMK og Akuttsenteret ved SiV.

Fagutvalg for akuttkjeden i Vestfold sitt arbeid høsten 2022.

På bakgrunn av et samarbeidsprosjekt om den akuttmedisinske kjeden i Vestfold mellom kommunene og sykehuset i 2017-2018, er utfordringsbildene og problemstillingene i akuttkjeden på mange områder identifisert. I tillegg er erfaringene fra et omfattende arbeid gjennomført i akuttkjeden i Telemark sentrale med tanke på kunnskapsoverføring.

I november 2022 samlet Samhandlingskonferansen i Vestfold ca. 150 deltakere på temaet «Samarbeid ved akutte hendelser». I denne sammenheng vurderte fagpersonell og ledere styrker/svakheter ved akuttkjedens tjenester i møtet med de store pasientkategoriene innenfor fall, infeksjon og selvskade.

Fagutvalg for akuttkjeden har kartlagt aktuelle forbedringsområder for videre arbeid. På bakgrunn av styringsinformasjon vil nye tiltak for å redusere det økende antall økt ø-hjelpsinnleggelser prioriteres.

## 5. Samhandlingsavvik

Eksisterende arbeidsform og IKT verktøy for registrering og behandling av samhandlingsavvik i Helsefelleskapet fungerer ikke tilfredsstillende. Manuelle rutiner for innmelding og behandling av data er i dag arbeidskrevende.

Det er vinteren 2023 nedsatt en arbeidsgruppe med et mandat som omfatter kartlegging og beskrivelse av alternative modeller. Målet er å etablere en praksis for avviksregistrering som ivaretar personvern, brukervennlighet og som gir relevant styringsinformasjon.

Flere Helsefelleskap arbeider med tilsvarende utfordringer. Det er knyttet en formell kommunikasjon med Sørlandet sykehus som i denne forbindelse har etablert et prosjekt med støtte fra InnoMed.

Arbeidet vil videreføres i 2024.

## 6. Arbeidsgrupper pasientforløp «Hjem for pasienter med kreft»

Pasientforløp «Hjem for pasienter med kreft» er forventet etablert inne 2023. En kommunal arbeidsgruppe og en arbeidsgruppe fra sykehuset arbeider parallelt med å ivareta føringene i dette pasientforløpet. Arbeidene knyttes sammen til et helhetlig forløp. Arbeidet piloteres med enkelte diagnosegrupper, og utvides etter en plan.

Arbeidet er forventet avsluttet i 2023

## 7. Fastlegesituasjonen

Fastlegeordningen er en del av kommunehelsetjenesten og utfordringer innenfor organisering, rekruttering og økonomi ligger hos kommunene. Helsefelleskapet kan bidra med løsninger for å fremme rekruttering og effektivisere fastlegenes arbeidsdag.

Eksempler på dette kan være å legge til rette for videre- og etterutdanning, hospitering, kurs, veiledning og fagutvikling. Videre kan det være aktuelt å se på forenkling og administrative rutiner og praktiske samhandlingstiltak som digital konsultasjoner/rådgivning og ambulante tjenester.

Arbeidet vil få prioritet inn i 2024.

r

## 8. Styringsdata for utvikling og oppfølging av tjenestene

Felles styringsdata vil være et viktig for å identifisere utfordringer, som utgangspunkt for iverksetting av forbedringsarbeid, for å følge utviklingen og evaluering av tiltak. Sykehus og kommuner har ulike muligheter for å hente ut data fra sine respektive journal- og pasientadministrative systemer. Tilgang på analysekompetanse er også forskjellig. I tillegg til styringsdata i den enkelte virksomhet er det også løsninger som inneholder data fra flere virksomheter nasjonalt og regionalt.

Helsefelleskapet i Vestfold vil arbeide for å utvikle gode løsninger slik at kommuner og sykehus har enkel tilgang til relevante styringsdata. Dette vil omfatte demografiske data, informasjon om helsetjenestetilbud, oversikt over bruk av tjenestene, variasjon og utviklingstrekk.

Arbeidet med felles styringsdata vil få prioritet i 2024.

### 8. Digital hjemmeoppfølging i Vestfold og Telemark

Prosjektet fikk tildelt midler høsten 2022 og en arbeidsgruppe ble etablert.

Larvik kommune er pilot og erfaringene herfra vil ligge til grunn for spredning i Fylket. Det skal arbeides frem en bærekraftig modell for digital hjemmeoppfølging slik at dette blir en naturlig del av tjenestene. Både brukere, fastlegene, øvrig kommunal helsetjeneste og SiV er deltagende.

Prosjektet videreføres i 2024.

### Kvalitet og tjenesteutvikling

#### ✓ **Kompetansebroen – en nettportal for kompetansedeling**

Kompetansebroen er en nettportal som skal styrke kompetansesamarbeidet og dekke behovet for å dele og nå frem med tiltak på tvers av nivåer og virksomheter, skape likhet og standardisering av opplæring/undervisning og tilgjengeliggjøring av faginnhold, filmer og e-læringskurs som kan brukes lokalt i den enkelte virksomhet eller avdeling. Helsepersonell og studenter vil på en enkel måte få tilgang til kurs og kunne gjennomføre læringsaktiviteter gjennom nettportalen der de er.

Standardisering av faglig innhold som benyttes i opplæringen vil bidra til en bedre samhandling og tryggere overføringer av pasienter mellom kommuner og sykehus.

Kompetansebroen er i stadig utvikling. Kostnadene finansieres i et samarbeid mellom kommunene og sykehuset. Redaktør er ansatt i 100% stilling. Bruken er økende.

Det er utviklet en samhandlingsside der informasjon om Helsefelleskapet deles og innkallinger og referater publiseres. En legeside er under utvikling. Kurs, fagsamlinger og konferanser publiseres her med påmeldingsmulighet.

#### ✓ **Samhandling og samarbeid**

Det vil alltid være ulike former for sentrale føringer som krever samarbeid mellom kommunene og sykehuset i kortere eller lengre perioder. Det ikke alltid naturlig å knytte arbeidet direkte til et av satsningsområdene.

Arbeid med å utvikle og innføre nye og bedre tjenester og arbeid med endringer i form av bedre og mer kostnadseffektive prosesser, organisatoriske løsninger og pasientflyt vil ha fokus i Helsefelleskapet.

Det vil i Helsefelleskapets regi legges til rette for at oppgavene løses i felleskap på lavest mulig nivå.



Dato: 16.06.2023

Saksnr:	Møteorgan:	Type sak	Saksbehandler
2023.7	Partnerskapet	Beslutning	Sekretariatet

### Bakgrunn:

Saken gjelder forslag til «Helsefellesskapet i Vestfold Handlingsplan for 2024». Saken fremmes i henhold til vedtak i helsefellesskapet og behandles på et tidspunkt som muliggjør videre oppfølging og konkretisering i følge med høstens plan og budsjettprosesser i både kommunene og i SiV.

Forslaget til handlingsplan 2024 er således ikke endelig ferdigstilt, dels med bakgrunn i ovennevnte og dels fordi handlingsplan for 2023 vil følges opp gjennom høsten. Forslaget til handlingsplan 2024 vil derfor måtte konkretiseres ytterligere gjennom høsten og det foreslås for Partnerskapet at SSU delegeres myndighet til å beslutte endelig handlingsplan, hvor vedtaket i Partnerskapsmøtet utgjør rammene.

Foruten konkretisering av konkrete områder, så vil det også være nødvendig å konkretisere mer overordnede strategier for helsefellesskapet hvor pasientens beste skal legges til grunn i en fremtidig situasjon hvor omfanget av heldøgntjenester i kommuner og sykehus ikke øker tilsvarende som demografiendringene. Dette innebærer at flere av helsetjenestene vil gis i hjemmet, på dagtid og i poliklinikk med høy grad av brukermedvirkning og pårørendeinvolvering.

Samtidig fremkommer i nasjonale styringsdokument at fokus på alle typer forebygging skal økes, at det skal utvikles nye (sam-) arbeidsformer som effektiviser bruk av ressurser og kompetanse på et vis som gjør helsetjenestene bærekraftige. Det vil således også være en prioritert oppgave i helsefellesskapet å operasjonalisere nye nasjonale styringsdokumenter.

### Hva har skjedd i saken?

Sekretariatet har utarbeidet forslag til handlingsplan 2024 basert på nasjonale styringsdokumenter, innspill fra partnerne i helsefellesskapet, aktuelle saker og innspill fra FSU, samt status i vedtatt handlingsplan for 2023.

Forslag til handlingsplan ble fremlagt for SSU 1 juni hvor også forslaget til vedtak i partnerskapet fremkom. I SSU behandling av saken ble det fremmet ulike perspektiver og innspill til konkretiseringer som kan ivaretas i den videre konkretiseringen av planen. SSU konklusjon og vedtak i møtet 1 juni ble «Forslag til «Helsefellesskapet i Vestfold Handlingsplan for 2024» godkjennes og presenteres i Partnerskapsmøte 16.06.23.» Forslag til vedtak i partnerskapet vil være som følger:

**Forslag til vedtak i Partnerskapet:**

1. Partnerskapsmøtet vedtar at forslaget til «Helsefellesskapet i Vestfold Handlingsplan for 2024» legges til grunn for arbeidet i Helsefellesskapet i Vestfold.
2. Kommunene og sykehuset slutter seg til «Helsefellesskapet i Vestfold Handlingsplan for 2024».
3. SSU gis myndighet til å konkretisere, endelig vedta «Helsefellesskapet i Vestfold Handlingsplan for 2024», i siste møte i SSU i 2023



 SYKEHUSET I VESTFOLD

# Helsefelleskapet i Vestfold

## Handlingsplan 2024

### Forslag

## Innledning og bakgrunn

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i planperioden, hvor helsefellesskapet skal bidra til en mer helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste.

Helsefellesskapene utgjør en arena for strukturert og forpliktende samarbeid, men er ikke et eget forvaltningsnivå. Styringslinjer, finansiering og lovverk som regulerer helse- og omsorgstjenesten i kommune- og spesialisthelsetjenesten er ikke endret. Det er derfor behov for forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i tillegg til handlingsplan.

Helsefellesskapene skal bidra til kvalitet og pasientsikkerhet. For helse- og omsorgstjenesten innebærer god kvalitet at tjenestene, jfr. nasjonal strategi for kvalitetsforbedring:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Nasjonal helse- og sykehusplan prioriterer disse pasientgruppene i helsefellesskapene:

- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Skrøpelige eldre
- Barn og unge
- Personer med flere kroniske lidelser

Helsedirektoratet har utarbeidet dokumenter, strategier og planer for hvordan helsefellesskapene kan målrette, utvikle og prioritere tiltak innenfor disse pasientgruppene.

Regjeringen har startet arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan som etter planen skal fremmes høsten 2023. Planen omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det legges til grunn at samhandling og samarbeid om pasientforløp med høy grad av brukermedvirkning vil bli mer vektlagt i kommende planperiode.

## Helsefellesskapet i Vestfold

Helsefellesskapet i Vestfold består av de seks Vestfoldkommunene og Sykehuset i Vestfold HF, hvor «Avtale om helsefellesskap i opptaksområdet for Sykehuset i Vestfold HF» ligger til grunn. Formålet, slik det fremkommer i avtalen, for helsefellesskapet i Vestfold er som følger:



## Konstituering og formål

1. Helsefellesskapet er etablert som et likeverdig samarbeid mellom Sykehuset i Vestfold HF og de kommuner som til enhver tid tilhører helseforetakets opptaksområde.
2. Helsefellesskapet skal arbeide for et helsefremmende samfunn i et bredt perspektiv, og realisere pasientens helsetjeneste. Det skal planlegges og iverksettes helsetjenester som oppleves som sømløse og sammenhengende av de innbyggerne som er pasienter i både kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Tjenestene skal utføres så effektivt som mulig, i en målrettet og samordnet innsats.
3. Denne avtalen erstatter ikke de samarbeidsavtaler som kommuner og helseforetak skal inngå etter helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 6. Avtalen gir derimot premisser for øvrige samarbeidsavtaler.

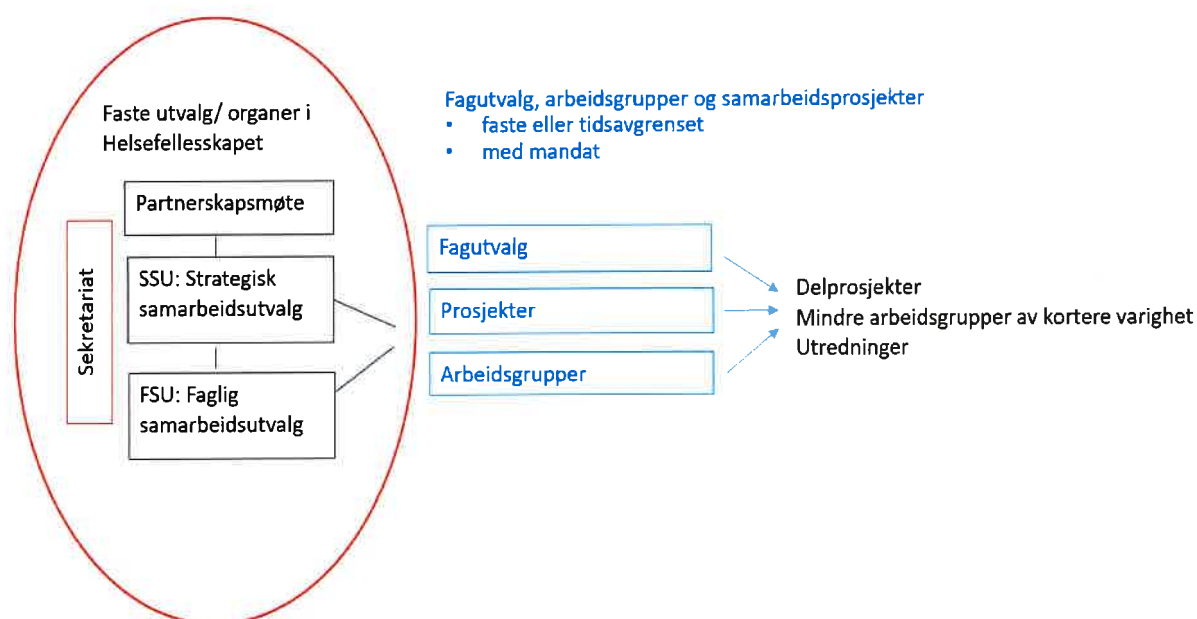
Helsefellesskapet i Vestfold er organisert på tre nivåer i samsvar med føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan:

- Partnerskapsmøtet
- Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
- Faglige samarbeidsutvalg (FSU)

«Avtale om helsefellesskap i opptaksområdet for Sykehuset Vestfold HF» beskriver organer og arenaer for helsefellesskapet, samt mandatene for Partnerskapet, SSU og FSU.

Det er etablert en felles sekretariatsfunksjon med deltakere fra kommuner og sykehus som utarbeider saksdokumenter og forbereder og gjennomfører møter og arrangementer. Helsefellesskapet benytter Kompetansebroen som teknisk løsning og nettportal for publisering av avtaler, planer og saksdokumenter. Kompetansebroen benyttes også til læring, fagutvikling, kompetanseheving og kunnskapsdeling.

Modell for Helsefellesskapet i Vestfold:



Faglig samarbeidsutvalg (FSU) skal være et rådgivende organ for SSU når det gjelder helsefaglige vurderinger og anbefalinger angående utvikling av tjenestene og ansattes kompetanse på alle områder i helse- og omsorgstjenesten i kommunene og sykehuset i Vestfold. FSU skal forberede saker for SSU.

I henhold til inngått avtale om helsefellesskap i Sykehuset i Vestfold opptaksområde (kap Dokumenter, pkt 9) utarbeides årlig handlingsplan. Handlingsplanen angir hvilke temaer som skal prioriteres for den kommende perioden, basert på helsefellesskap interne og eksterne forhold.

Handlingsplanen skal ses i sammenheng med overordnede styringsdokumenter, og lokale utviklingsplaner for sykehus og kommuner. Handlingsplan for året 2023 beskrev de overordnede føringene og satsingene for planperioden. Det foregår samhandling på flere områder enn hva som fremkommer i denne handlingsplan, men handlingsplan fremhever de prioriterte tiltaksområdene. Flere av de prioriterte tiltaksområdene er langsiktige og videreføres fra 2023 til handlingsplan 2024, samtidig som det vil være behov for å følge opp nye eller endrede nasjonale styringsdokument.

Til grunn for denne handlingsplan ligger en forståelse i helsefellesskapet om at de samlede helsetjenestene skal innrettes:

- Til pasientens beste med brukermedvirkning og pårørende involvering. Med pasientens beste forstås tjenester som er likeverdige, nødvendige, forsvarlige og omsorgsfulle tjenester
- Med et hjem til hjem perspektiv for pasient og pårørende
- Med en BEON/LEON tilnærming som sikrer effektiv og bærekraftig bruk av ressurser og kompetanse, samtidig som det reduserer overbehandling og forebygger, utsetter eller unngår høyere helsetjenestenivå
- Slik at intensjonen og målet med samhandlingsreformen følges
- Slik at gjensidige forventninger hos pasienter, pårørende og partnerne i helsefellesskapet samsvarer med hva som gjelder i nasjonale styringsdokumenter for de samlede helse og omsorgstjenestene – likeverdige, nødvendige, forsvarlige og omsorgsfulle

Handlingsplanen for Helsefellesskapet i Vestfold har følgende prioriterte innsatsområder for 2024:

1. Skrøpelige eldre og multisyke
  - Samhandlings- og utviklingsprosjektet Vitality – videreføring
2. Barn og unge
  - Samhandlings- og utviklingsprosjektet Ung Arena -videreføring
  - Arbeidsgruppe innføring av «Nasjonalt forløp for barnevern - kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus» - ny satsning.
3. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
  - Arbeidsgruppe pasienter med langvarige psykiske lidelser og rusavhengighet -videreføring
  - Barn og unge med psykiske utfordringer – se pkt. 2
4. Akuttkjeden
  - Utvalgte områder for satsning og samhandling utenfor sykehus
5. Fastlegesituasjonen
  - Prosjekt for å øke fellesskap, forståelse og kompetanse
6. Styringsdata for utvikling og oppfølging av tjenestene – videreføring og oppstart

7. Samhandlingsavvik – videreføring
8. Rekruttere og beholde helsepersonell – ny satsning
9. Velferdsteknologi og felles løsninger for samhandling- ny satsning
  - Prosjekt Digital hjemmeoppfølging videreføres i 2024

Handlingsplanen inneholder i det følgende en kortfattet oversikt og beskrivelse av tiltak. For nærmere omtale vises det til andre planer, styringsdokumenter og rapporter, som Utviklingsplanen for SiV og kommunale planer. For tiltak som utvikles innenfor regi av Helsefellesskapet har Strategisk samarbeidsutvalg rollen som styringsgruppe.

## 1. Skrøpelige eldre og multisyke

### Prosjekt Vitality

Med oppstart høsten 2019 har det vært utredet og utviklet et samarbeidsprosjekt for å gi et bedre tilbud til pasientgrupper som faller inn under kategoriene «skrøpelige eldre» og «personer med flere kroniske lidelser». Prosjektet har tidligere vært beskrevet med «Multisyke i Vestfold» og «de som trenger oss mest». Prosjektet er forankret i helsefellesskapet og har strategisk samarbeidsutvalg (SSU) som styringsgruppe for prosjektet.

I hovedprosjektet Vitality er det nå tatt utgangspunkt i de «skrøpelige eldre» pasientene. WHO har laget et omfattende og grundig rammeverk knyttet til utvikling av integrerte helsetjenester (WHO – Integrated Care for Older People). Det er dokumentert i internasjonale og nasjonale studier at tidlig oppdagelse og identifisering av «skrøpelighet» i en persons helse- og sykdomsutvikling er viktig, fordi det gir mulighet til å sette inn forebyggende og behandlende tiltak som kan motvirke en uheldig utvikling. Dette kan få stor betydning for det enkelte individ, men er også viktig på systemnivå. Målrettede tiltak kan gi redusert behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommuner og sykehus.

Gjennom utvikling av prosjektet har man valgt å fokusere på to hovedgrupper pasienter: forsterket oppfølging av pasienter som lever med veldig mild – moderat skrøpelighet etter utskrivning fra sykehusopphold, samt etablering av et helsestasjonstilbud med tilbud om utvidet kartlegging av eldre som søker om kommunale omsorgstjenester. Tiltakene startet opp i samarbeid mellom Larvik kommune og SiV i 2022.

Det er utviklet et grunnlagt med et tverrfaglig team som er integrert og som har felles møtearenaer. Så gode kommunikasjons metoder som mulig – gitt forutsetningene som ligger i EPJ systemene er tatt i bruk. Legemiddel samarbeid mellom geriater, fastlege og farmasøyt er satt i system. SiV's ansatte er i kommunen flere dager i uken og bidrar med kompetanseheving på ulike arenaer. Felles digital undervisning, tilbud om pasientdiskusjoner på korttidsavdeling etc. Samarbeid med andre aktører som utvikler tjenester på samme arena er kommet i gang. Digitale støtteverktøy skal utvikles i samarbeid med analysemiljøet på Ahus. Her er det fokus på utvikling av felles styringsdata for utvikling og oppfølging av tjenesten.

Våren 2023 starter et liknende tjenestetilbud opp i Sandefjord, og målet er at Horten starter i september 2023. I Sandefjord har man valgt en litt annen tilnærming til de forebyggende tjenestene. Der er hovedfokus på pasientgrupper som presenterer med fall på legevakt og innbyggere som nylig har mistet sin ektefelle. Tilstander og hendelser som gir økt risiko for utvikling av skrøpelighet.

Økonomi og finansiering for 2024 innebærer at sykehus og kommuner dekker sine respektive kostnader, som i hovedsak omfatter stillinger/lønnskostnader. Prosjektet fikk tildelt ekstern prosjektfinansiering i 2022, og det er søkt om eksterne tilskudd også for videre utvikling og utvidelse fra HSØ våren 2023. Revidert milepælsplan tilsier oppstart i de siste 3 kommunene i første kvartal 2024.

Hovedaktiviteter for 2024 er at Larvik vil være i full drift, jamfør milepælsplanen. Sandefjord startet i april 2023 og vil etter planen ha full aktivitet i 2024. Horten starter i september 2023 og vil drifte for fullt store deler av 2024. Oppstart for Tønsberg, Færder og Holmestrand er planlagt for 1 kvartal i 2024. Det blir en nærmere avklaring om eksakt oppstartstidspunkt før sommerferieavviklingen 2023. Driften i Larvik skal evalueres med fremlegg av en fullstendig rapport til SSU i september 2023. Evalueringen vil inneholde informasjon om ansatte, organisasjon og utvikling av teknologiske løsninger. Gevinstrealiseringsplan som baserer seg på erfaringer fra piloten i Larvik legges frem for SSU i september 2023.

Forskningsprosjektet Vitality – integrerte helsetjenester har startet inklusjon både i pasient og kontrollgruppe. Inklusjonen avsluttes når alle kommuner har startet med tilbudet i 1 kvartal 2024. Samarbeid med Ahus om utvikling av digitale støtteverktøy. Strategisk samarbeid for utvikling av tjenester fortsetter sammen med store og etablerte aktører som IHT ved Ahus og PSHT ved UNN. Etablering av felles nettverk for alle som jobber med liknende tjenestemodeller i Norge planlegges for 2023/2024.

## 2. Barn og unge

### Prosjekt Ung Arena+

Samhandlings- og utviklingsprosjektet Ung Arena+ har i perioden 2021 - 2022 vært hovedsatsningen innenfor dette området barn / unge og psykisk helse. Ung Arena+ er et prosjekt utført på oppdrag av Helsefelleskapet i Vestfold ved Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) – og konkretisert i samarbeidsavtaler mellom administrerende direktør i SiV HF og kommunedirektøren i Tønsberg kommune, samt kommunalsjef for Familie og kvalifisering i Larvik kommune.

Oppdraget til Ung Arena+ har vært «å utvikle og pilotere en modell som integrerer kommunale tjenester, spesialisthelsetjenester og evt. andre velferdstjenester og frivillige i et felles lavterskeltilbud for unge / unge voksne (13-25 år) med psykiske problemer og/eller rusutfordringer».

Prosjektet er basert på samskaping og bred involvering av interessenter; ungdom, fagmiljøer og frivillighetssektoren. Med de unge i spissen, har en bredt tverrfaglig og sektorovergripende ressursgruppe i kommunen og sykehuset jobbet sammen og utviklet modellen Ung Arena+ - en modell for et integrert tjenestetilbud som spenner fra helsefremmende og forebyggende arbeid til spesialisthelsetjenester. Samlokalisering av tjenestene har vært et grunnleggende prinsipp. Tanken er at Ung Arena+ skal være hovedporten til ungdomstjenester innenfor psykisk helsearbeid.

Helsefelleskapets SSU godkjente løsningsrapporten i februar 2023. Per mai 2023 avventer prosjektet politisk og administrativ avgjørelse for å gå videre til neste fase – fase 4 pilotering. Prosjektet har som mål å åpne Ung Arena+ i Tønsberg høsten 2023. Det foreligger en egen framdriftsplan for arbeidet fram mot åpning.

Primært er prosjektet basert på en stor andel egenbidrag fra partnerne. Hovedsakelig dekkes kostnadene over egne budsjetter, men Ung Arena+ har også fått eksterne tilskuddsmidler for utviklingsfasen. Videre fikk prosjektet innvilget 2,5 mill. NOK av Helsedirektoratet 4.mai i år. Dette er midler beregnet for 2023, men det ligger også en «opsjon» på tilsvarende tilskudd i 2024. (Ref. Tildelingsbrev fra Statsforvalteren, datert 4.5.2023) Budsjett og finansieringsplan for perioden 2023-2025 er lagt inn i løsningsrapporten som ble godkjent av SSU 2.februar i år.

Hovedaktiviteter for 2024 vil være som følger:

#### **Tønsberg**

- Konsolidere Ung Arena+ i Tønsberg. Innkjøringsfase på om lag 6 måneder fra åpningsdato
- Teste ut tjenesten. Det lages et eget opplegg for rapportering og evaluering.
- Gevinstrealisering; plan legges fram for godkjenning innen 1.1.2024. Rapportering og evaluering skjer ved en kombinasjon av
- løpende rapportering
- frittstående forskningsaktiviteter, og
- en årlig evalueringsrapport
- Evaluere løsningen mot designprinsipper innenfor tre dimensjoner – mennesker, organisasjon og teknologi, samt gevinstrealisering.
- Arbeide for å aktivere følgeforskningen
- Justere og ferdigstille; løpende justeringer
- Overføre prosjektet til linjeorganisasjonen. Avsluttes som prosjekt i samhandlingsregi.
- Kunnskapsspredning; presentere på konferanser, i fagnettverk, på digitale flater m.v.
- Kommunikasjon og kommunikasjonsmateriell: i samarbeid med DigiUng-programmet (Helsedirektoratet)

Arbeide for å utvide Ung Arena+ med følgende aktører:

- Frivillighetssektoren ved Mental Helse Norge for å etablere «headspace» på fokusområde null. Gitt godkjenning blir det utarbeidet mandat og søkt finansiering fra fylkeskommunen.
- Fylkeskommunale tjenester (eks. oppfølgingstjenesten, karriereveiledning og tiltak i forbindelse med fullføringsreformen. Det pågår en dialog omkring denne muligheten.

#### **Larvik**

- Gitt kommunestyrets tilslutning og med forbehold om at det blir lokaler tilgjengelig i løpet av 2024, blir det oppstart av Ung Arena+ i Larvik i løpet av året.

Hovedtiltak:

- Lage en plan for oppstart og gjennomføring som er tilpasset lokale forutsetninger. Denne legges fram for SSU så snart den nødvendige grunnlagsinformasjonen foreligger.

**Fokus på tiltak og samarbeid som fremmer barn og unges psykiske helse** vil være viktig for Helsefelleskapet også utover prosjektene og arbeidsgruppene som er beskrevet ovenfor. Tidlig oppdagelse, gode forbyggende tiltak og relevante tjenestetilbud og oppfølgingstiltak vil ha stor betydning for det enkelte barn og familie, i tillegg vil være en god samfunnsmessig prioritering. Gode samarbeidsrutiner mellom kommuner og sykehus er viktig, og vil også omfatte tjenester i kommunene som ligger utenfor helse- og omsorgstjeneste, som skoler, barnehager, barnevern, avlastningstilbud mfl.

#### **Samarbeid mellom helse og barnevern**

Arbeidsgruppe innføring av «Nasjonalt forløp for barnevern - kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus». Barn og unge i barnevernet har høyere forekomst av helseplager enn barn og unge ellers i befolkningen. Nasjonalt forløp skal sikre nødvendig helsehjelp i kombinasjon med riktige tiltak i barnevernet – ny satsning.

### **3. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer**

**Arbeidsgruppe for samarbeid om oppfølging av pasienter med langvarige psykiske lidelser og rusavhengighet.**



Mandat for arbeidsgruppen inneholder samarbeid, ansvars- og oppgavefordeling for pasienter med langvarige psykiske lidelser og rusavhengighet. Dette vil kunne gjelde personer som er omfattet av lov om tvungent psykisk helsevern og personer som ikke er det. Arbeidsgruppen vil fortsette sitt arbeid og avslutte første del av 2024.

Tiltak og samarbeid som fremmer barn og unges psykiske helse, se pkt.2

#### 4. Akuttkjeden

En sammenhengende akuttkjede er en av målsetningene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Utvikling av gode og trygge akuttjenester omfatter ikke bare samhandling og samarbeid mellom aktører på flere tjenestenivåer, men må også ses i sammenheng med lokalt utviklings- og forbedringsarbeid i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og forbedringsarbeid i AMK og Akuttsenteret ved SiV.

Fagutvalg for akuttkjeden har kartlagt aktuelle forbedringsområder for videre arbeid. På bakgrunn av styringsinformasjon vil nye tiltak for å sikre riktige ø- hjelpsinleggelses prioriteres. Fra høsten 2023 er det i denne forbindelse planlagt etablering av en arbeidsgruppe (Akuttforum) bestående av ledere og fagpersonell fra hhv. Fastleger, Legevakt, AMK, Ambulanse, ØHD og Akuttsenter. Prinsippet om nær kommunikasjon mellom konkrete avdelinger i sykehus og konkrete tjenesteområder kommunene vil ligge til grunn for videre utvikling av samhandlingen knyttet til pasienttransport, akuttinnleggelser, henvisning og konferering lege til lege.

For 2024 er det et mål å etablere «Akuttforum» med regelmessige møter for å bedre daglig drift og samhandling med fokus på KAD/ØHD, legevakt, fastleger, akuttmottak og Prehospital klinikk (AMK og Ambulanse) og Samhandlingsavdelingen.

#### 5. Felles kompetansehevende samhandlingstiltak for fastlegeordningen

En velfungerende fastlegeordning utgjør en helt sentral del av helsetjenesten, med kapasitet, kompetanse og kontinuitet som essensielle kjennetegn. Dagens utfordringer med et høyt antall pasienter uten fastlege, mangelfull rekruttering og ustabile vikarløsninger, har ringvirkninger både for pasienter, den samlede kommunale helsetjenesten, og for spesialisthelsetjenesten.

Mange forhold knyttet til fastlegeordningen er regulert utenfor helsefellesskapet og ansvaret for fastlegeordningen ligger i kommunen. Det er tiltak innenfor helsefellesskapet som vil bidra til økt stabilitet, kompetanseheving, bedre kvalitet og pasientsikkerhet, samt bedre samlet ressursutnyttelse. Aktuelle tiltak som vil vurderes i 2024 er:

- Sikre at vedtatte «anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus» blir praktisert. Disse anbefalingene skal bidra til en lettere og riktigere oppgavefordeling og riktigere ressursbruk.
- Videreutvikle digitale løsninger som fremmer samarbeid og kan avlaste arbeidsoppgaver.
- Etablere bedre praksis for bruk av konferering ved innleggelse og vurderings- og beslutningsstøtte av vanskelige medisinske problemstillinger. Dette tiltaket betinger tilstrekkelig kapasitet til konferering fra sykehusets side, og at kommunene, fastleger/legevakt er kjent med og benytter rutiner som etableres.
- Øke kvalitet og kompetanse ifm henvisninger fra fastleger og legevakt, for å redusere uønsket variasjon i innleggelser og dermed bidra til økt kvalitet og pasientsikkerhet gjennom «riktig pasient til riktig sted til riktig tid». Dette tiltaket vil både inkludere planlagte og ikke-planlagte (akutte og ø-hjelp) innleggelser. Dette tiltaket er også en viktig del av det pågående revisjonsarbeidet av delavtale helhetlige pasientforløp hvor det søkes omforente prosedyrer ifm innleggelser.

- Konkretisere og forankre anbefalinger fra ekspertutvalgets rapport om allmennlegetjenesten.

Sykehuset med sitt ansvar for veiledning, og kommunene med sitt ansvar for kvalitet og ledelse av fastlegeordningen, vil sammen arbeide for styrke den faglige kompetansen, dermed også bidra til kvalitet, trygge fastleger og pasientsikkerhet. Tilnærmingen vil være tett involvering og i nært samarbeid mellom Praksiskonsulentordningen (PKO) ved sykehuset, kommuneledelse og fastlegene selv.

## 6. Styringsdata for utvikling og oppfølging av tjenestene

Felles styringsdata vil være et viktig for å identifisere utfordringer, som utgangspunkt for iverksetting av forbedringsarbeid, for å følge utviklingen og evaluering av tiltak. Sykehus og kommuner har ulike muligheter for å hente ut data fra sine respektive journal- og pasientadministrative systemer. Tilgang på analysekompetanse er også forskjellig. I tillegg til styringsdata i den enkelte virksomhet, er det også løsninger som inneholder data fra flere virksomheter nasjonalt og regionalt.

Helsefelleskapet i Vestfold vil arbeide for å utvikle gode løsninger slik at kommuner og sykehus har enkel tilgang til relevante styringsdata. Dette vil omfatte demografiske data, informasjon om helsetjenestetilbud, pasientflyt oversikt over bruk av tjenestene, variasjon og utviklingstrekk.

Utviklingsarbeidet vil ha behov for innsikt og kunnskap fra fagmiljøer, ledelsesperspektiv og analysekompetanse. Faglig samarbeidsutvalg vil være naturlig forankring innenfor helsefelleskapet for planlegging og utvikling av dette arbeidet og det er aktuelt å inkludere HSØ og HDIR for å ytterligere bedre styringsdata.

Øke fokus på pasientflyt og utskrivning knyttet til konkrete områder med særlige utfordringer i pasientflyt og benytte samhandlingsdata som kilde til å identifisere konkrete tiltaksområder som grunnlag for å bringe involverte i utførerleddet sammen.

## 7. Samhandlingsavvik

Eksisterende arbeidsform og IKT verktøy for registrering og behandling av samhandlingsavvik i Helsefelleskapet fungerer ikke tilfredsstillende. Manuelle rutiner for innmelding og behandling av data er i dag arbeidskrevende.

Arbeid med ny digital praksis for avviksregistrering som ivaretar personvern, brukervennlighet og som gir relevant styringsinformasjon vil videreføres fra 2023.

## 8. Rekruttere og beholde helsepersonell

Både kommunene og sykehuset erfarer store utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell, og da spesielt sykepleiere. Ved å samarbeide om gode tiltak kan vi på en bedre måte møte utfordringene.

Etablere en samhandlings-arena for HR-ansvarlige i hhv kommunene og SiV. Hensikten er å redusere uønskede konsekvenser av å rekruttere og beholde ansatte i samme arbeidsmarked, og samtidig styrke den samlede kompetansen og det fremtidige samarbeidet.

## 9. Velferdsteknologi og felles løsninger for samhandling

Satsningene i på dette området vil kreve ytterligere konkretisering, men det vurderes viktig at det etableres samhandlingsarena mellom kommuner og SiV innenfor området IT/IKT dels med bakgrunn i pågående lokale prosjekter og satsninger, og dels med bakgrunn i nasjonale grunnlags- og styringsdokumenter hvor felles digitale løsninger er adressert. Prosjekt Digital Hjemmeoppfølging videreføres i 2024



Forslag til helsefelleskapet



Saks nr.	Møteorgan:	Type sak	Saksbehandler
2023.8	Partnerskapsmøte	Beslutning	Sekretariatet

### Samhandlingsavtaler

Oppfølging av Partnerskapsmøte 07.10.23, sak 2022. 6, der ny modell for organisering og revidering av samhandlingsavtaler ble presentert.

Konklusjon:

1. Partnerskapsmøtet godkjenner forslaget om revidert avtalestruktur
2. Sekretariatet for helsefelleskapet koordinerer planarbeidet. Det forutsettes gjennomført nødvendig behandling i forberedende organer og gjennomførte interne høringsprosesser før behandling og beslutning i kommuner og helseforetak

13 tidligere avtaler/delavtaler, der noen var datert helt tilbake til 2013/14, er omorganisert og sammenslått til 4 avtaler, i tillegg til avtale om Helsefelleskap som ble underskrevet i 2021.



Hovedintensjonen med revisjon av delavtalene er å i større grad synliggjøre samhandling for at pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester, uavhengig av diagnose.

- «Overordnet samarbeidsavtale» og «avtale Samarbeid om beredskap» ble godkjent i alle kommunestyrene og i sykehusstyret våren 2023.
- «Delavtale om kompetanse, utdanning og forskning» var det enighet om i SSU 01.06.2023 og delavtalen sendes til behandling i kommunestyrene og sykehusstyret.
- Partnerne har ikke kommet til endelig enighet angående «Delavtale samarbeid om helhetlige pasientforløp».

«Delavtalen samarbeid om helhetlig pasientforløp» omhandler tematikk som per nå er omtalt i følgende delavtaler:

- a- Om partenes ansvar
- b- Om henvisninger til og innleggelser i sykehus
- c- Retningslinjer for utskrivning fra sykehus
- e- Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud
- f- Om planer for akuttmedisinsk kjede og øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)
  - Samarbeid om jordmortjeneste
- k- Om forebygging

Nytt krav om samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene. HOL, §6-2, pkt.13 er innarbeidet i delavtaleutkastet.

Frist for innarbeiding av nye punkt i lovteksten i samarbeidsavtalene er 01.07.23. Innholdet i loven har vært gjeldende fra 01.08.22. Helsemyndighetene (H Forslag til vedtak i Partnerskapsmøte Behandling av Delavtale samarbeid om helhetlig pasientforløp, med vedlegg, utsettes. Delavtale a), b), c), e), f) og k) videreføres og nytt krav pkt. 13 er ikke ivaretatt.

DIR) varsler i e-post 30.05.23 at det er forventet at dette gjennomføres så snart som mulig. Sekretariatet gjør oppmerksom på at nytt krav fra 01.08.22 om samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene, HOL, §6-2, pkt.13, ikke er ivaretatt i samhandlingsavtalene pr. i dag. Pasientgruppen er likevel forsvarlig ivaretatt i praktisk samhandlingsarbeid.

Utkast til «Delavtale samarbeid om helhetlige pasientforløp» er presentert for SSU 02.02.23 og 01.06.23. I denne perioden har delavtalen vært på tre høringsrunder i SiV og i kommunene. Delavtalen er behandlet i Faglig samarbeidsutvalg for kvalitet og tjenesteutvikling tre ganger. En arbeidsgruppe bestående av sekretariat både fra kommunene og SiV har arbeidet med revisjon basert på innspill i høringsrundene. HDIR sin veileder for samarbeidsavtaler mellom Sykehus og kommuner er under revisjon og forventes ferdigstilt juli 2023. Høringsutkastet til veilederen er i noen grad tatt med inn i revisjonsarbeidet. Detaljeringsgraden veilederen legger opp til likevel er ikke ivaretatt i reviderte samhandlingsavtaler i sin helhet.

Arbeidsgruppen har valgt å ta ut «Samhandling om pasienter som innlegges i sykehus» som vedlegg til «Delavtale samarbeid om helhetlige pasientforløp». Hovedargumentet for dette valget er behov for revisjon og dynamikk i dokumentet.

Delavtalene skal godkjennes av kommune- og sykehusstyrene, med mindre de delegerer ansvaret. Vedlegg til delavtale og retningslinjer kan behandles på lavere nivå.

Slik står saken:

Det er enighet mellom partnerne om innholdet i «Delavtale Samarbeid om helhetlig pasientforløp».

Det er uenighet mellom partnerne om innholdet i Vedlegg til delavtalen, «Samhandling om pasienter som innlegges i sykehus». Uenigheten handler om pkt. 4, Tidsfrister knyttet til samhandling om utskrivningsklar pasient.

Det er et ønske fra SIV at HDIR sin veileder for samarbeidsavtaler mellom Sykehus og kommuner er ferdigstilt før revisjonsarbeidet fullføres.

I SSU 01.06.23 ble det fremmet 3 ulike forslag til vedtak:

Alt.1: Behandling av delavtale samarbeid om helhetlig pasientforløp med vedlegg utsettes. Delavtale a), b), c), e), f) og k) videreføres og nytt krav pkt. 13 er ikke ivaretatt.

Alt 2: Delavtale samarbeid om helhetlig pasientforløp uten vedlegg godkjennes og kan oversendes Partnerskapsmøtet. Delavtale c) Retningslinjer for utskrivelse vil fortsatt være gjeldene. Delavtale a), b), e), f), k) kan avvikles. Nytt krav pkt. 13 er ivaretatt.

Alt. 3: SSU enes om innhold i vedlegg til delavtale. Delavtale samarbeid om helhetlig pasientforløp med vedlegg godkjennes og kan oversendes Partnerskapsmøtet.  
Delavtale a), b), c), e), f) og k) kan avvikles.

I SSU 01.06.23 ble det fattet følgende vedtak:

Alt.1: Behandling av delavtale samarbeid om helhetlig pasientforløp med vedlegg utsettes.  
Delavtale a), b), c), e), f) og k) videreføres og nytt krav pkt. 13 er ikke ivaretatt.

**Forslag til vedtak i Partnerskapsmøte**

Behandling av Delavtale samarbeid om helhetlig pasientforløp, med vedlegg, utsettes.  
Delavtale a), b), c), e), f) og k) videreføres og nytt krav pkt. 13 er ikke ivaretatt.

## Logo XX kommune



---

# Delavtale samarbeid om helhetlig pasientforløp mellom XX kommune og Sykehuset i Vestfold Helseforetak (SiV HF)

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Behandlet
1	01.06.2023	Hele	Ny som følge av revisjon andre avtaler	SSU
1	16.06.2023	Hele	Ny som følge av revisjon andre avtaler	Partnerskapsmøte

## Innhold

1	Formål, omfang, ansvar .....	2
2	Generelle bestemmelser .....	2
	Brukermedvirkning .....	2
	Barn som pårørende og etterlatte.....	2
	Barn som pasient .....	2
	Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester .....	3
	Ledsager.....	3
	Tolk .....	3
	Behandlingshjelpemidler.....	3
	Læring, mestring og pasient/pårørende-opplæring.....	3
	Nasjonale pasient og pakkeforløp.....	3
	Digital samhandling .....	4
3.	Områder for samhandling .....	4
3.1	Helsefremmende og forebyggende tjenester .....	4
3.2	Svangerskap, - fødsels -og barseltilbud .....	4
3.3	Poliklinisk, -dag, og/eller ambulant pasientbehandling .....	4
3.4	Behov for akutt eller øyeblikkelig hjelp.....	4
3.5	Henvi sning til planlagt utredning og behandling.....	6
3.6	Samhandling om pasienter innlagt på sykehus.....	6
4	Styringsinformasjon.....	6
5	Håndtering av uenighet og tvist .....	7
6	Varighet og oppsigelse.....	7

### Vedlegg:

1. Samhandling om pasienter innlagt i sykehus

## 1 Formål, omfang, ansvar

Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven § 6.1 og Lov om spesialisthelsetjeneste § 2-1 e skal det inngås samarbeidsavtaler. Partnere her er sykehuset og kommunene i Vestfold.

### Formål

Alle pasienter i Vestfold skal motta et helhetlig og forsvarlig tilbud om helse- og omsorgstjenester i henholdsvis kommuner og sykehus. Formålet med denne avtalen er å beskrive ivaretagelse av pasientrettigheter og partners forpliktelser når det gjelder samhandling om pasientbehandling.

### Omfang

Avtale om helhetlig pasientforløp er forankret i den overordnet samarbeidsavtalen mellom kommunene Holmestrand, Horten, Tønsberg, Færder, Sandefjord, Larvik og Sykehuset i Vestfold HF.

Alle kommunene i opptaksområdet til Sykehuset i Vestfold har samme avtale. Avtalen omfatter områdene somatisk helse, psykisk helse og rus/avhengighet og gjelder for barn og voksne.

Vedlegg til avtalen gjelder på lik linje med denne avtalen.

### Ansvar

Samarbeidet reguleres av de lover og forskrifter som til enhver tid gjelder og som er omtalt i Overordnet samarbeidsavtale.

Begge parter har ansvar for å ha oppdatert kontaktinformasjon om hverandre.

## 2 Generelle bestemmelser

Her beskrives generelle bestemmelser som gjelder for all samhandling om pasientbehandling.

### Brukermedvirkning

Pasienten har rett til informasjon og til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp, jmfør Pasient og brukerrettighetsloven. Kontakt mellom sykehuset og kommunen skal skje i samråd med pasient og eventuelt nærmeste pårørende/verge. For pasienter med behov av langvarig og koordinerte tjenester er dette særlig viktig. Pårørendekontakt og deres eventuelle medvirkning skal nedtegnes i journal. Der helsepersonell i enkelte situasjoner vurderer det som nødvendig å overføre informasjon uten pasientens samtykke, må dette være hjemlet i lov/forskrift.

### Barn som pårørende og etterlatte

Dersom omsorgspersoner eller søsken blir alvorlig syke/skadet eller dør, skal helsepersonellet avklare om det er barn under 18 år som er pårørende/etterlatte, og som skal ivaretas. Ved behov skal barnekoordinator og eventuelt barnevernet varsles.

### Barn som pasient

Kommunen skal vurdere, etter gjeldende vurderingskriterier, om barnet skal få tilbud om barnekoordinator/koordinator som skal bistå familien i oppfølgingen og sørge for koordinering av det samlede tjenestetilbudet.

I spesialisthelsetjenesten skal barn fortrinnsvis innlegges i egne barneavdelinger som er tilpasset og utformet barns behov.



## Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester gir virksomhetene et særskilt ansvar for å samarbeide om helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Både rehabilitering og habilitering krever samordnet og målrettet innsats for å bidra til å øke pasientens mestringsevne.

Ved behov, og dersom pasienten ønsker dette, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres av en utpekt koordinator. Pasientens behov for spesialisert kompetanse vil være avgjørende for om rehabiliteringen skal foregå i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. Sykehuset skal så snart som mulig varsle kommunen når en ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten.

## Ledsager

Dersom sykehusoppholdet er en særlig belastning for pasienten, eller pasienten har et særlig oppfølgingsbehov, kan det være nødvendig med bruk av medhjelpere som pasienten kjenner. Dette kan for eksempel være tilfelle for brukere med brukerstyrt personlig assistanse (BPA), eller brukere som bor i bemannede boliger. Dersom sykehuset vurderer at det er behov for bistand av kjent personale, skal sykehuset dekke utgiftene til lønn som følge av dette. Det er utarbeidet en egen retningslinje for disse tilfellene.

## Tolk

Pasienten har rett til individuelt tilpasset informasjon. Virksomhetene har et gjensidig ansvar for å informere hverandre om pasientens behov for tolk. Partene er selv ansvarlig for å bestille og finansiere tolk i egen tjeneste.

## Behandlingshjelpemidler

Pasienter kan ha behov for ulike behandlingshjelpemidler. Før sykehuset skriver pasienten ut skal nødvendige behandlingshjelpemidler være på plass. Kommunen har ansvar for at ordinære pleie- og forflytningshjelpemidler er på plass. Dersom det er behov for opplæring av helsepersonell i kommunen skal dette være avtalt, og ved behov være gjennomført før utskrivning fra sykehuset. Kommunen og sykehuset må avtale hvor opplæringen skal gjennomføres.

Før sykehuset melder pasienten utskrivningsklar, skal nødvendige hjelpemidler pasienten vil ha behov for være bestilt, og nødvendig opplæring i bruk av hjelpemidler gjennomført.

## Læring, mestring og pasient/pårørende-opplæring

Helsekompetanse er personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse.

Den samlede helsetjenesten skal legge til rette for at pasienter skal kunne ta et selvstendig ansvar, og fatte beslutninger på et informert grunnlag. Samtykke, medvirkning og informasjon er sentralt i oppfølgingen.

## Nasjonale pasient- og pakkeforløp

Nasjonale pasient- og pakkeforløp stiller økte krav til samarbeid mellom partnerne. Pakkeforløp forutsetter gjensidig og fortløpende samarbeid med blant annet utdypende krav til henviser, forløpstider, funksjon som forløpskoordinator og krav til ansvarsfordeling ved utskrivning og

avslutning. Rutiner og retningslinjer som presiserer partenes forpliktelser kan utarbeides som vedlegg til denne avtale.

### Digital samhandling

Som hovedregel skal all kommunikasjon mellom partnerne i forbindelse med samhandling om pasientforløp være digital.

## 3. Områder for samhandling

Samhandlingsområder tar utgangspunkt i pasientens behov og rettigheter. Mange pasienter vil i perioder ha behov for tjenester på tvers av tjenestenivåene. Samhandling mellom kommunene og sykehuset skal sikre at alle innbyggere i Vestfold får faglig forsvarlige og sammenhengende tjenester.

### 3.1 Helsefremmende og forebyggende tjenester

Et forebyggende og helsefremmende perspektiv skal inngå som en integrert del av tjenestene som både kommuner og sykehus yter. De fleste primærforebyggende tiltak er aktuelle der pasienten bor i kommunen, og i hovedsak på arenaer utenfor helse og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenesten i kommuner og sykehus skal understøtte forebyggende og helsefremmende tiltak på tvers av fagområder og sektorer.

### 3.2 Svangerskap, - fødsels -og barseltilbud

Ved utskrivelse skal sykehuset sende epikrise for mor til kommunen ved jordmor og fastlege.

Sykehuset sender epikrise for barn til kommunens helsestasjon.

Kvinnen skal i utreisesamtalen orienteres om tilbud og oppfølging av kommunehelsetjenesten.

Sykehuset skal tilby kvinnen epikrise i hånden ved utskrivning.

Kvinnen kan velge å føde hjemme. Planlagt hjemmefødsel med jordmor er ikke en del av det offentlige tilbudet, og denne avtale.

Sykehuset organiserer samarbeidsmøter med kommunene for å sikre gjensidig kjennskap til hverandres tjenester og utvikling av nødvendige rutiner for samhandling.

### 3.3 Poliklinisk, -dag, og/eller ambulant pasientbehandling

Dersom pasienten har mottatt poliklinisk behandling, dagbehandling og/eller ambulant behandling, skal behandlende instans alltid sende epikrise eller tilsvarende informasjon til fastlegen snarest.

Dersom pasienten mottar andre kommunale helse- og omsorgstjenester, må informasjonen også sendes aktuell tjenesteyter og/eller saksbehandlertjenesten. Det er spesielt viktig å gi oppdaterte legemiddelopplysninger og plan for videre behandling og kontroll på sykehuset.

I pasientforløp, der helsepersonellet vurderer dette som nødvendig, skal det utarbeides faglige prosedyrer og retningslinjer for samhandling.

### 3.4 Behov for akutt eller øyeblikkelig hjelp

Når innbyggere er i behov av akutt eller øyeblikkelig hjelp skal den samlede helsetjeneste sikre at befolkningen får faglig forsvarlige akuttmedisinske tjenester i og utenfor sykehus.

Den akuttmedisinske kjede omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, prehospitale tjenester, sykehusets akuttmottak, kommunal legevakt, fastlegetjenesten, kommunal ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnopphold), kommunalt helsepersonell i vakt, akuttgjelder i kommunen og psykososial støttearbeid i forbindelse med akutte hendelser.

Fastlege/ lege i vakt avgjør hvilket behandlingstilbud pasienten skal ha, inkludert hastegrad. Pasienter som skal innlegges på sykehus eller i kommunal ØHD, meldes inn etter gjeldene prosedyrer.

Konferering «lege til lege» vektlegges i vurdering av innleggelser gjennom hele døgnet.

Kommuner og sykehuset skal sørge for overholdelse av krav i forskrift om akuttmedisin og dens anbefalinger på tjenestenes kapasitet, responstider og inntakskriterier.

### **Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)**

Kommunene skal ha et øyeblikkelig- hjelp døgntilbud til akutt syke voksne pasienter med kjent og avklart sykdom, der det er behov for døgkontinuerlig behandling og observasjon over kort tid. Det er ønskelig at kommunene utarbeider mest mulig like inklusjons- og eksklusjonskriterier for opphold i ØHD. Tilbudet skal omfatte pasienter og brukere med somatiske lidelser, rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.

Avtalen skal sikre at pasienter unngår innleggelse i sykehus, når dette ikke er nødvendig, utfra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering.

### Kriterier for innleggelse ØHD

Tilbudet gjelder følgende pasientgrupper:

- Pasienter som har en kjent sykdom og/ eller forverring og som kan observeres og få behandling som er avtalt på forhånd, og hvor pasientens tilstand tilsier at et kommunalt tilbud kan være like godt eller bedre enn innleggelse i sykehus
- Pasienter der tilstand og funksjonsnivå er avklart og hvor risiko for akutt forverring under oppholdet vurderes som lav
- Stabile pasienter med uavklart diagnose som trenger observasjon og utredning, men som ikke oppfattes som alvorlig syk.

### Innleggelsesmyndighet

Det er legen ved kommunalt tilbud om ØHD som avgjør om det er forsvarlig at pasienten ivaretas i kommunen.

### Kommunens ansvar:

- Etablere rutiner som ivaretar forpliktelsene i samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp og sikre godt samarbeid mellom kommunens helse- og omsorgstjenester og sykehuset.
- Sørge for tilgjengelig informasjon om kommunalt tilbud om ØHD til innbyggere, fastleger, tjenesteytere og samarbeidsparter.
- Etablere tilbudet på en slik måte at pasienten ivaretas helhetlig i den akuttmedisinske kjeden.
- Føre løpende statistikk over aktivitet ved tilbudet.
- Delta i aktuelle samarbeidsmøter.

### Sykehusets ansvar:

- Bidra med nødvendig kompetanse i tråd med føringer i nasjonal veileder og denne avtalen.
- Gi nødvendig konsultasjon/ råd og veiledning knyttet til pasientbehandling hele døgnet.
- Tilby poliklinisk tilsyn/ vurdering/ diagnostisk sløyfe dersom kommunalt ØHD mener det er medisinsk faglig nødvendig.

- Tilby medisinske støttefunksjoner etter avtale, for eksempel røntgen og laboratorietjenester.
- Etablere rutiner som ivaretar forpliktelsene i samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp og sikre godt samarbeid mellom kommunens helse- og omsorgstjenester og sykehuset.
- Bidra til å spre informasjon om kommunalt tilbud ØHD.
- Bistå i å utarbeide den statistikk partene fremsetter ønske om/ har behov for.
- Delta i aktuelle samarbeidsmøter.

### 3.5 Henvisning til planlagt utredning og behandling

Dersom kommunen mener pasienten er i behov av spesialisthelsetjenester, skal det sendes henvisning som skal inneholde følgende relevante opplysninger:

- Klare problemstillinger som henviser ønsker vurdert, utredet eller behandlet
- Hva som er iverksatt av behandlingstiltak og hvorfor kommunal behandling er vurdert som ikke tilstrekkelig
- Oppdatert medikamentliste
- Opplysninger om kommunale tjenester som pasienten mottar
- Eventuell allmennfarlig smitte, MRSA-sykdom eller bærertilstand
- Behov for tolk, eller annen form for fysisk og/eller psykisk tilrettelegging ved innleggelsen/mottaket
- Funksjonsnivå, evne til egenomsorg, nødvendige hjelpemidler, herunder sykepleieopplysninger og eventuelle rapporter fra andre behandlere/terapeuter
- Oppdatert individuell plan når det er aktuelt
- Behov for ledsager / personlig assistent.

Innleggende lege i kommunen skal ha mulighet til å konferere med vaktlege i sykehuset før innleggelse.

Ved etablering av tvungen observasjon/tvungent vern må henvisningen inneholde all nødvendig informasjon etter lov om psykisk helsevern § 3-1 med tilhørende forskrift.

### 3.6 Samhandling om pasienter innlagt på sykehus

Når en pasient legges inn i sykehuset, skal det vurderes om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning, dersom ikke slik allerede er iverksatt.

Kommunens og sykehusets ansvar for å planlegge utskrivning når en pasient innlegges er regulert i [forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter](#). Formålet med forskriften er å bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunen som i sykehuset. Forskriften gir regler for ulike stadier i behandlingsforløpet, og har bestemmelser om når en pasient er utskrivningsklar. Betalingsforskriften regulerer kommunens ansvar dersom utskrivningsklare pasienter blir i sykehus i påvente av et kommunalt tjenestetilbud.

Samhandling om innlagt pasient er beskrevet i vedlegg til denne avtalen.

## 4 Styringsinformasjon

Dersom helsepersonell oppdager avvik fra bestemmelsene i denne avtale skal det meldes [Samhandlingsavvik](#) i samsvar med egen prosedyre.

For faktabasert utvikling av tjenestene skal partene medvirke til å fremskaffe og benytte styringsdata for pasientflyt, kapasitetsutnyttelse og kvalitet i tjenestene.

## 5 Håndtering av uenighet og tvist

Hvis partene ikke blir enige, håndteres forholdet i samsvar med pkt. 6 i Overordnet samarbeidsavtale ([sette inn lenke når revidert er publisert](#)).

## 6 Varighet og oppsigelse

Avtalen er gyldig fra dato for vedtak i virksomheten.

Endringer i avtalen og tilhørende vedlegg kan gjøres av det organ kommunen og sykehuset delegerer slik myndighet til.

Partene skal årlig gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer, utvidelser eller endringer. Avtalen kan sies opp skriftlig med ett års frist.

Virksomhetene forplikter seg til å gjøre avtalen kjent for ansatte, pasienter og samarbeidspartnere.

Dato:

Dato:

Kommunedirektør i NN kommune

Adm. direktør Sykehuset i Vestfold

Vedlegg: Samhandling om pasienter innlagt i sykehus.

## Vedlegg 1. til delavtale samarbeid om helhetlig pasientforløp

### Samhandling om pasienter innlagt i sykehus

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Behandlet
1	01.06.2023	Hele	Ny som følge av revisjon andre avtaler	SSU
1	16.06.2023	Hele	Ny som følge av revisjon andre avtaler	Partnerskapsmøte

#### 1. Innlagt pasient

For pasienter som ikke mottar kommunale tjenester, men hvor det vurderes at det kan bli behov for bistand etter utskrivelse, skal sykehuset sende «melding om innlagt pasient» og «Helseopplysning 1» (HOS-1) til kommunen så snart som mulig, eller innen 24 timer.

Dersom første vurdering tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av døgnoppholdet i sykehuset, skal fristen løpe fra det tidspunktet det blir klart at et slikt behov foreligger.

HOS1- skal inneholde innleggelsesårsak og behandlings-opplysninger dersom mulig.

For pasienter som mottar kommunale tjenester før sykehusinnleggelsen skal sykehuset melde kommunen innen 4 timer med melding «Innlagt pasient»  
HOS-1 sendes så snart som mulig eller innen 24 timer.

Kommunen sender melding «Innlagt pasient» så snart som mulig, og senest 4 timer etter mottatt melding om innlagt pasient. Innlagt pasientmelding skal inneholde opplysninger om pasientens habituelle tilstand, og beskrive endringer som førte til innleggelsen.

Sykehuset skal sende oppdatert «Helseopplysningsmelding 2» (HOS-2) når pasientens hjelpebehov og forventet forløp på sykehuset er avklart.

Meldingen HOS-2 skal inneholde nødvendig og utfyllende informasjon om pasientens funksjonsnivå, behandling som er gitt og hva som skal følges opp medisinsk i kommunen, samt forventet utskrivningstidspunkt.

Ved lengre innleggelse bør det sendes oppdatert HOS-2 underveis i forløpet.  
Sykehuset skal oppdatere HOS-2 før det sendes melding om utskrivningsklar pasient.

Dersom sykehuset forventer at pasienten vil stå uten egnet bolig etter utskrivningen skal PLO-melding opplyse om dette.

Kommunen svarer på HOS-2 meldinger etter behov, ut fra informasjonen som foreligger.

Sykehuset skal beskrive pasientens funksjonsnivå og behov for bistand.

Kommunen skal vurdere omsorgsnivå og hvilke kommunale tjenester pasienten skal tilbys.



## 2. Samarbeid om utskrivning fra sykehus

For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal planlegging av utskrivning starte så tidlig som mulig. Sykehuset har i denne sammenheng ansvar for å:

- Medvirke til etablering av ansvarsgruppe i samråd med pasienten og kommunen dersom dette anses nødvendig og pasienten samtykker.
- Informere pasienten om retten til koordinator og individuell plan, medvirke til at slik plan utformes, og arbeid igangsettes dersom pasienten samtykker.
- Kartlegge pasientens behov for behandlingshjelpemidler under oppholdet og bistå med søknad og opplæring i dialog med pasient og kommunen.
- Kartlegge pasientens behov for tekniske hjelpemidler og avtale med kommunen hvem som sender søknad i dialog med pasienten.
- Vurdere behov for plan for eventuell samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i sykehus.
- Ved behov etablere kontakt mellom ansvarlig enhet og/eller behandler i sykehus og i kommunen.

Dersom pasienten vil ha behov for hjelpemidler ved utskrivelse til kommunen, må sykehuset informere kommunen om dette så tidlig som mulig.

For pasienter med særlig omfattende problemstillinger (eksempelvis mekanisk ventilasjonsstøtte, dialyse i hjemmet og alvorlig spiseforstyrrelse) har sykehuset ansvar for å:

- Avtale samarbeidsmøte med kommunen og den aktuelle pasient for å utveksle nødvendig informasjon, og i fellesskap legge plan for samarbeid og oppgavefordeling mellom helsepersonell i sykehus og kommunen. Planen skal ta hensyn til behov for eventuell opplæring av kommunens ansatte etc.
- Dokumentere plan for utskrivning i pasientens journal. Planen gis til pasienten og sendes til det helsepersonell i kommunen som trenger opplysningene.
- Ved behov gjøre avtale om at personell fra sykehuset følger pasienten til kommunen for nødvendig kompetanseoverføring.

## 3. Utskrivning fra sykehus

En pasient er utskrivningsklar når lege/psykolog på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i sykehuset. Vurderingene skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering i henhold til punkter beskrevet i [Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 9](#).

Lege/psykolog skal dokumentere følgende punkter i journalen:

- a) Avklaring av problemstillingen(e), slik disse var formulert av innleggende lege ved innleggelse.
- b) Avklaring på øvrige problemstillinger som har kommet frem under innleggelsen.
- c) Dersom enkelte spørsmål ikke avklares, skal dette redegjøres for.
- d) Et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten



e) Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og vurdering av forventet framtidig utvikling.

For pasienter i psykisk helsevern skal tvangstiltak og bruk av tvangsmidler, som ikke kan videreføres i kommunen, være avsluttet før pasienten er utskrivningsklar.

Kriteriene for at pasienten er definert som utskrivningsklar gjelder også for dagpasienter.

Sykehuset skal sende "Melding om utskrivningsklar pasient" til kommunen, når pasienten er definert som utskrivningsklar og utskrivningstidspunkt er satt. Meldingen skal sendes så tidlig som mulig på dagen for å tilrettelegge for best mulig pasientforløp.

Hvis pasientens tilstand endres og sykehuset avventer utskrivning, skal sykehuset sende «Avmelding utskrivningsklar pasient» til kommunen. Meldingen skal ledsages av en oppdatert informasjon om hvorfor pasient avmeldes.

Kommunen skal så snart som mulig etablere nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Kommunen skal så snart som mulig svare på melding om utskrivningsklar pasient med informasjon om:

- Type tjenestetilbud
- Hvor pasienten skal utskrives til
- Kontaktinformasjon til tjenestestedet.

For pasienter som skal tilbake til samme omfang av kommunale tjenester som de hadde før innleggelsen, skal sykehuset avklare og avtales utskrivelse med aktuell tjeneste i kommunen.

Ved behov for behandlingshjelpemidler som er nødvendige for at pasienten skal kunne utskrives fra sykehuset skal dette være søkt om og skaffet til veie ved utskrivelse. Dette gjelder utskrivelse både til hjemmet og til institusjon.

Når en pasient er i livets slutfase skal det medisinske teamet rundt pasienten, i samråd med pasient/pårørende, gjøre en helhetsvurdering av hvor pasienten skal tilbringe sin siste tid. Dette for å sikre at pasientens rett til medvirkning og medbestemmelse blir ivaretatt.

Pasienter som selv ønsker utskrivelse, kan ikke nektes dette, forutsatt at de er samtykkekompetente og ikke underlagt tvangshjemler. Sykehuset informerer om pasientens eget ansvar.

### 3.1. Sykehusets ansvar og oppgaver ved utskrivning

- Pasienten skal samtykke til at sykehuset samhandler med kommunen, og gjøres kjent med hvem opplysningene sendes til.
- Informere aktuell instans i kommunen om at pasienten skrives ut og tilbakeføres til kommunen. Informere pårørende dersom pasienten samtykker til dette.
- Ved utskrivning skal sykehuset sende sykepleie/utskrivnings-rapport. Sykepleie/utskrivnings-rapporten skal inneholde oppsummert sykepleie gitt til

pasienten under innleggelsen, funksjonsvurdering av pasienten ved utreise, oppfølgingsbehov etter hjemreise, eventuelle medikamenter gitt pasienten på utreisedagen. Utskrivningsrapporten skal sendes kommunen før, og senest samtidig med, at pasienten forlater sykehuset.

- På utskrivelsesdagen sende epikrise med oppdatert legemiddelliste og behandlingsplan til innleggende eller henvisende helsepersonell, pasientens fastlege og kommunens helse- og omsorgstjeneste.
- Andre nødvendige opplysninger/fagrapporter skal sendes innleggende eller henvisende helsepersonell, pasientens fastlege og kommunens helse- og omsorgstjeneste snarest.
- Resultater fra prøver eller annen informasjon som ikke foreligger ved utskrivning ettersendes straks de foreligger.
- Vederlagsfritt opprette e-resept på nye legemidler, og sende med medikamenter og annet nødvendig utstyr til og med første virkedag (man-fre) slik at pasienten er forsvarlig ivaretatt fram til første virkedag etter utskrivning.
- Rekvirere pasienttransport tilpasset pasientens behov, og ifølge egne retningslinjer. Behandlende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport. Tidspunkt for transport skal være tidligst mulig og til pasientens beste. Ved transport til pasientens hjem gjelder sykehusets ansvar inntil pasienten er i hjemmet. Ved transport til kommunal institusjon overføres ansvaret til kommunen når pasienten er tatt imot av helsepersonell på avtalt sted.
- Sykehuset kan ikke sende en utskrivningsklar pasient tilbake til kommunen før kommunen har gitt beskjed om at pasienten har et forsvarlig tilbud i kommunen.

### 3.2 Kommunens ansvar og oppgaver når pasienten er meldt utskrivningsklar

- Forbereder og iverksetter nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten når sykehuset har meldt at pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Følger opp nødvendig informasjon og behandlingsplaner fra sykehuset, herunder epikrise, fagrapporter, prøveresultater etc.
- Beslutter hvilke tjenester pasienten vil motta ut fra faglig forsvarlighet og nødvendig helse- og omsorgshjelp.
- Legger til rette for at pasienten kan overføres til kommunen når pasienten er utskrivningsklar.
- Tar imot pasienten i kommunen, når dette er avtalt på forhånd.
- Dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten fra den dagen vedkommende er meldt utskrivningsklar skal kommunen, hvis mulig, oppgi estimert tidspunkt for når tjenestetilbudet kan iverksettes.

## 4. Tidsfrister for samhandling om utskrivningsklar pasient

Alternativ 1: Sykehusets forslag:

1. Sykehuset skal sende «Melding om utskrivningsklar pasient» til kommunen før kl. 14.00. Betalingsplikten inntreffer samme dag.

Alternativ 2: Kommunenes forslag:

1. Sykehuset skal sende «Melding om utskrivningsklar pasient» til kommunen før kl. 15.30.
2. Ved melding før kl. 13.00 inntreer betalingsplikten samme dag. Etter kl. 13.00 inntreer betalingsplikten dagen etter.
3. Kommunen må innen kl. 14.00 gi beskjed om pasienten kan tas imot samme dag.
4. Pasienten kan meldes utskrivningsklar lørdag, søndag og hellig /høytids-dag dersom:
  - a. Helsepersonell vurderer at pårørende og/eller nettverk kan ivareta pasienten forsvarlig
  - b. Pasienten allerede har et tilbud i kommunal helsetjeneste og hjelpebehovet er uendret.
5. Sykehuset skal ikke melde pasienten utskrivningsklar lørdag, søndag og hellig-/ høytidsdag når hjelpebehovet er vesentlig endret eller det må etableres et nytt tjenestetilbud som ikke er avtalt/planlagt.
6. På virkedag før hellig/høytidsdager må pasienten meldes utskrivningsklar før kl. 12.00. Kommunen må bekrefte mottak av pasient innen kl. 13.00.
7. Sykehuset skal overføre pasienter til kommunen så tidlig på dagen som mulig, og fortrinnsvis innen kl. 17.00.

## 5. Betaling for utskrivningsklare pasienter

Betalingsforskriften regulerer kommunens ansvar dersom utskrivningsklare pasienter blir i sykehus i påvente av et kommunalt tjenestetilbud. Kommunen skal betale for utskrivningsklare pasienter som er innlagt på sykehuset i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Betalingsplikten inntreer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar jf. nevnte vilkår i punkt 3 og 4, og kommunen har gitt beskjed om at den ikke kan ta imot pasienten. Betalingsplikten inntreer også dersom kommunen ikke har svart på melding om utskrivningsklar pasient. Døgnpris for opphold for utskrivningsklar pasient i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven fastsettes i statsbudsjettet.

- Dersom pasienten er meldt utskrivningsklar i strid med vilkårene i punkt 3 og 4 kan kommunen kreve at overnevnte vilkår er oppfylt før pasienten tas imot i kommunen, uten at betalingsplikten inntreer.
- Hvis pasientens tilstand endres, og pasienten ikke lenger defineres som utskrivningsklar, skal sykehuset så snart som mulig sende «Avmelding utskrivningsklar pasient» til kommunen.

## 6 Ved uenighet om pasienten er utskrivningsklar

Ved uenighet om pasienten er utskrivningsklar kan kommunen kreve å få en redegjørelse for de vurderinger sykehuset har foretatt etter Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, § 9 <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>.

Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve vurderingene foretatt av sykehuset, jf. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 14.

Versjonshåndtering: 16.05.23

UTKAST