



Delavtale samarbeid om helhetlig pasientforløp mellom XX kommune og Sykehuset i Vestfold

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Behandlet
1.0	23-09-2025	Hele	Ny som følge av ny avtalestruktur og veileder for samarbeidsavtaler fra Helsedirektoratet	Vedtatt i SSU 25.09.25

Innhold

1.	Formål, omfang, ansvar	2
2.	Generelle bestemmelser	2
2.1	Brukermedvirkning	2
2.2	Barn og unge som pårørende	3
2.3	Barn og unge som pasient.....	3
2.3.1	Barn og unge som pasient	3
2.3.2	Barn og unge som mottar tjenester fra begge forvaltningsnivå	3
2.4	Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester	4
2.5	Innbyggere og kommunale tjenestemottakere i behov av nye eller endrede kommunale tjenester	5
2.6	Behandlingsavklaringer og forhåndssamtale ved begrenset forventet levetid.....	5
2.7	Ledsager	5
2.8	Tolk.....	6
2.9	Behandlingshjelpemidler og øvrige hjelpemidler	6
2.10	Transport.....	6
2.11	Læring, mestring og pasient/pårørende-opplæring	6
2.12	Nasjonale pasientforløp	6
2.13	Digital samhandling.....	6
3.	Områder for samhandling	7
3.1	Helsefremmende og forebyggende tjenester.....	7
3.2	Svangerskap-, fødsels-, og barseltilbud	7
3.2.1	Samarbeid om jordmortjenester	7
3.2.2	Virtuelt hjemmesykehus for premature (VHS)	8
3.3	Poliklinisk, dag-, og/eller ambulant pasientbehandling.....	8
3.4	Behov for akutt eller øyeblikkelig hjelp	8
3.4.1	Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)	9
3.4.2	Øyeblikkelig hjelp transport	10
3.5	Henvisning til utredning og behandling	11
3.6	Samhandling om pasienter innlagt på sykehus	11
3.6.1	Samhandling om pasienter med behov, eller mulig behov for, kommunale tjenester ..	11
3.6.2	Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter	11
3.7	Pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.....	11
4.	Styringsinformasjon og melding om uønskede hendelser i samhandlingen	12
5.	Håndtering av uenighet og tvist	12
6.	Varighet og oppsigelse	12

1. Formål, omfang, ansvar

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og lov om spesialisthelsetjeneste § 2-1 e skal det inngås samarbeidsavtaler mellom det regionale helseforetaket og kommunestyret. Partnerne i denne samarbeidsavtalen er Sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold.

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

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

Avtalen omfatter områdene somatisk helse, psykisk helse, rus/avhengighet, og er gjeldende for barn og voksne. Den skal regulere samhandlingen mellom kommunen og sykehuset i Vestfold vedrørende henvisninger, poliklinisk behandling, dagbehandling, døgnbehandling, øyeblikkelig hjelp og utskrivinger.

Samarbeidet reguleres av de lover og forskrifter som til enhver tid gjelder og som er omtalt i Overordnet samarbeidsavtale. Der det vurderes som nødvendig, skal det utarbeides faglige prosedyrer og retningslinjer for samhandling om helhetlige pasientforløp. Helsedirektoratets veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak legges til grunn.

Begge parter har ansvar for å ha oppdatert kontaktinformasjon om hverandre og på denne måten sikre helhetlig pasientbehandling. Partnerne forplikter seg til å gjøre avtalen kjent for ansatte, pasienter og samarbeidspartnere.

2. Generelle bestemmelser

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

2.1 Brukermedvirkning

Pasienten har rett til informasjon og til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp, jf. pasient og brukerrettighetsloven kap.3.

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. Pasientens medvirkning, 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.

2.2 Barn og unge som pårørende

Med barn og unge som pårørende menes barn og unge under 18 år til forelder eller søsken som er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom, skade eller død.

Sykehusets ansvar:

- Ved innleggelse avklare om det er omsorgsbehov for barn og unge som skal ivaretas. Ved behov skal barnekoordinator og/eller barnevern i kommunen kontaktes.

Kommunens ansvar:

- Gi nødvendig kontaktinformasjon om relevante omsorgsperson(er) hvis pasienten har omsorg for barn og unge.
- Sikre at barn og unge har nødvendig tilsyn og omsorg når foresatte er alvorlig syke og/eller skadet.
- Ved behov, utarbeide og følge opp kriseplan for barn og unge som pårørende.

2.3 Barn og unge som pasient

2.3.1 Barn og unge som pasient

Sykehusets ansvar:

- Sikre at pasienter som ikke har følge av foreldre/foresatte får den bistand som er nødvendig under oppholdet, og bidra til at pasienten blir ivaretatt på en forsvarlig måte ved utskrivelse.
- Barn og unge skal fortrinnsvis innlegges i egne avdelinger som er tilpasset og utformet barn- og unges behov.
- Skal ha lokale prosedyrer og retningslinjer for intern/ekstern overgang fra barn og unge til voksen for å sikre trygge overganger.

Kommunens ansvar:

- Gi sykehuset informasjon om relevante omsorgspersoner
- Sikre at barn og unges rett til omsorgsperson blir ivaretatt. Dersom pasienten er under omsorg av kommunen, skal kommunen sikre at pasienten har omsorgspersoner som ivaretar dem under innleggelsen
- 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
- Ved behov for individuell plan skal kommunen ha det koordinerende ansvaret.
- Skal ha lokale prosedyrer og retningslinjer for intern/ekstern overgang fra barn og unge til voksen for å sikre trygge overganger.

2.3.2 Barn og unge som mottar tjenester fra begge forvaltningsnivå

Kommunen skal samordne tjenestetilbud til barn og unge som har et sammensatt tjenestetilbud som involverer flere aktører i velferdstjenestene. Dersom en tjenestemottaker har behov for tjenester både etter helse- og omsorgstjenesteloven og etter spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, og vilkårene for å utarbeide individuell plan er oppfylt, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Kommunen har ansvar for å etablere et kontaktpunkt i kommunen for sykehuset for barn og unge som mottar tjenester fra både sykehus og kommune.

Kommuner og sykehus er sammen ansvarlig for å utarbeide og arbeide i tråd med etablerte pasientforløp for sammenhengende og helhetlige pasientforløp til barn og unge som mottar samtidige tjenester fra kommuner og sykehus. Aktuelle pasientforløp er:

- Spiseforstyrrelser
- Pasienter i oppfølging ved bernehabiliteringstjenesten
- Pasientforløp psykiske lidelser barn og unge

Intensivt ungdomsteam ved BUPA har ansvar for ambulerende helseoppdrag til den enkelte barnevernsinstitusjon dersom barnet oppholder seg der.

Barnevernansvarlig funksjon

Jfr. [Anbefalingene i nasjonalfaglige råd i psykisk helsevern for barn og unge](#) er det opprettet en funksjon som barnevernansvarlig for sykehusets opptaksområde. Det er utnevnt barnevernansvarlige i alle BUPA's seksjoner og intensivt ungdomsteam (IUT) har oppdraget med å være ambulant helseteam inn mot alle barneverninstitusjoner i vårt opptaksområde.

Barneansvarlig personell i spesialisthelsetjenesten

Sykehuset utnevner en foretaksadministrator for barn som pårørende i klinikk for psykiatri og avhengighet og for somatikk for å sikre et enhetlig arbeid rundt barn som pårørende og deres foreldre/foresatte i sykehuset.

Sykehuset har ansvar for at det utnevnes en barneansvarlig person i hver seksjon/enhet eller avdeling. Barneansvarlige har ansvar for å fremme helsepersonells kartlegging, informasjon og oppfølging av mindreårige barn som pårørende og etterlatte.

Barn og unges brukermedvirkning

For å sikre barn og unges medvirkning ved sykehuset er det etablert et ungdomsråd som et rådgivende organ til administrerende direktør og sykehuset styret. Kommunene har etablert lovpålagt medvirkningsorgan i hver kommune.

Samhandling og felles tjenesteutvikling

Gjennom deltagelse fra hver av kommunene og aktuelle seksjoner ved sykehuset med ansvar for tjenester til barn og unge i fagutvalg for barn, unge og familier, skal tjenestene jobbe sammen om forbedring av tjenestene, helhetlige pasientforløp og felles tjenesteutvikling.

Sykehuset skal ta kontakt med kommunen så tidlig som mulig slik at overgangen blir sikret og nødvendig helsepersonell med riktig kompetanse blir rekruttert.

2.4 Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester

Når det gjelder pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester uavhengig av alder, har både sykehuset og kommunen et særskilt ansvar for å samarbeide om helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste.

Ved behov, og dersom pasienten ønsker dette, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan.

Sykehuset skal så snart som mulig varsle aktuell kommune når en ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Pasientens behov for spesialisert kompetanse fra spesialisthelsetjenesten besluttet av sykehuset og denne vil

være avgjørende for videre oppfølging og samordning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Det er kommunen som beslutter hvilke kommunale tjenester pasienten vil motta ut ifra faglig forsvarlighet og nødvendig helse og omsorgstjenester.

Kommunen har det koordinerende ansvaret for pasienten og tar ansvar for samarbeidsmøter der sykehuset og øvrige kommunale sektorer skal involveres.

2.5 Innbyggere og kommunale tjenestemottakere i behov av nye eller endrede kommunale tjenester

For innbyggere og kommunale tjenestemottakere i behov av nye eller endrede behov for kommunale tjenester, så skal behovene rettes til kommunenes tjenestekontor/helseforvaltning innenfor normalarbeidstid på ukedager.

Pasienter som av sykehuset vurderes til å ikke ha behov for innleggelse i sykehus, men som det vurderes kan ha behov for kommunale tjenester mottas og ivaretas av kommunene dersom en av følgende punkter er oppfylt:

- Pasienter som ikke har kommunale tjenester fra før, men fyller kriterier for diagnostisk sløyfe/ØHD plass kan overføres til ØHD plass i den enkelte kommune dersom det er ledig kapasitet jamfør prosedyre for diagnostisk sløyfe.
- Pasienter som fra før har kommunale helse- og omsorgstjenester, og hvor det ikke er vesentlige endringer kan sendes hjem. Med ikke vesentlige endringer menes behov som kan gis inntil 30/45 minutter per døgn, som for eksempel økt medisinoppfølging og enkle sårstell. Det må avklares med den aktuelle hjemmetjenestesone i forkant.
- Pasienter som fra før har kommunale helse- og omsorgstjenester, og hvor det ikke er endringer i tjenestebehov kan sendes hjem/tilbake der de kom fra. Det aktuelle tjenestested må varsles i forkant av hjemsending.

2.6 Behandlingsavklaringer og forhåndssamtale ved begrenset forventet levetid

Nasjonale faglige råd og veiledere om forhåndssamtaler og behandlingsavklaring ved begrenset forventet levetid tilstrebes fulgt av kommunene og sykehuset for voksne og eldre med alvorlig, uhelbredelig sykdom eller høy risiko for alvorlige sykdomsepisoder på grunn av fysisk svekkelse.

2.7 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), brukere som bor i bemannede boliger eller barn og unge under kommunens omsorg.

Krav til kommunal ledsager kan også være gjeldende ved poliklinisk utredning og dagbehandling. Dette er aktuelt hvis pasienten ikke er samtykkekompetent eller at man ved transport med ambulanse kan påregne lang oppholdstid på sykehuset.

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](#) som regulerer ovennevnte.

2.8 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.

2.9 Behandlingshjelpemidler og øvrige hjelpemidler

Pasienter kan ha behov for ulike behandlingshjelpemidler og det er sykehuset som beslutter om og hvilke det er behov for. Dersom det under oppholdet har oppstått nye/endrede behov for pleie- og /eller forflytningshjelpemidler skal sykehuset gi kommunen informasjon om det. 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 behandlingshjelpemidler pasienten vil ha behov for være bestilt av sykehuset, og nødvendig opplæring i bruk av behandlingshjelpemidler gjennomført. Før sykehuset skriver pasienten ut skal nødvendige og tilstrekkelige behandlingshjelpemidler fra spesialisthelsetjenestene være bestilt og på plass i pasientens hjem.

2.10 Transport

Hovedformålet med samarbeidet er å sikre at pasienten transporteres til riktig instans til rett tid, og med riktig transportmiddel, samt at alle overføringer mellom tjenester og tjenestenivåer holdes på et ressurseffektivt og nødvendig minimum.

Sykehusets ansvar for transport etter utskrivelse er beskrevet i egen prosedyre.

2.11 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. Læring- og mestringstiltak er sentrale for at pasient og pårørende skal få nødvendig kunnskap for mestring av livssituasjonen etter oppstått sykdom eller skade.

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

2.12 Nasjonale pasientforløp

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.

2.13 Digital samhandling

Digital samhandling kan benyttes der det er hensiktsmessig i samhandling om pasientforløp. Som hovedregel skal all skriftlig 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. Habilitering og rehabilitering er viktige samhandlingsarenaer. Dette omhandler pasienter som i stor grad har behov for bistand både fra kommuner og sykehus, og fagpersonene skal samarbeide og overføre kompetanse slik at pasientene får bistanden de har behov for.

3.2 Svangerskap-, fødsels-, og barseltilbud

Ved utskrivelse etter fødsel skal sykehuset sende epikrise for mor til kommunen ved jordmor og fastlege. Sykehuset skal sende epikrise for barn til kommunens helsestasjon. Kvinnen skal i utreisesamtalen orienteres om tilbud og oppfølging av kommunehelsetjenesten.

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

3.2.1 Samarbeid om jordmortjenester

Sykehus, kommunehelsetjenesten og fastleger skal sikre et sammenhengende tjenestetilbud innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Dette innebærer oppfølging av normale og risikoutsatte kvinner, familier og nyfødte barn. Tjenestene skal sammen levere en helhetlig svangerskapsomsorg, et trygt fødetilbud og et familievennlig barseltilbud.

Sykehusets ansvar

Ansvar for utredning og behandling av svangerskapsrelaterte tilstander og komplikasjoner som krever kompetanse og behandling på spesialisthelsetjenestenivå gjennom hele svangerskapet i samarbeid med primærhelsetjenesten.

Kommunenes ansvar

Ansvar for svangerskapskontroll utført av fastlege, jordmor på helsestasjon i samarbeid med spesialisthelsetjenesten der denne kompetansen er nødvendig.

Tjenestene forplikter seg til å følge føringer gitt i nasjonalfaglige retningslinjer utarbeidet for fagområdet.

Gjensidig kjennskap til oppgavene i den kommunale helse og omsorgstjenesten og sykehus, samt helsepersonellens fagområder er viktig grunnlag for et godt samarbeid.

- Det skal gjennomføres faste årlige samarbeidsmøter mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten. Begge parter er ansvarlige for å bidra til faglig innhold og gjennomføring av samarbeidsmøtene.
- Sykehuset i Vestfold og kommunene skal legge til rette for gjensidig hospitering.

- Deltagere fra begge parter skal være deltagende i fagutvalg for barn, unge og familier og jobbe sammen for god praksis, sammenhengende pasientforløp og kompetanseoverføring/heving.
- Aktuelle retningslinjer utarbeidet for svangerskap, føde og barsel ved sykehuset skal være tilgjengelig for kommunene på Kompetansebroen.

Det organiseres ikke følgetjeneste med jordmor for fødende i Vestfold da sykehusets opptaksområde har mindre enn en time transporttid fra hjemmet til nærmeste fødeavdeling.

3.2.2 Virtuelt hjemmesykehus for premature (VHS)

Gjennom et virtuelt hjemmesykehus for barn vil premature og syke nyfødte barn kunne reise hjem tidlig og fortsatt være under oppfølging av sykehuset via digital kommunikasjon. Oppfølging av barn som benytter VHS er et tverrfaglig samarbeid, der foreldre og sykepleier/lege, samt andre aktuelle instanser, samarbeider rundt barnet. Målet er å bidra til trygghet og en god overgang til hjemmet.

Barnet skrives formelt ut fra sykehuset ved hjemreise, og oppfølging med VHS gjennomføres som polikliniske konsultasjoner.

Sykehuset organiserer samarbeidsmøter med kommunene for å sikre gjensidig kjennskap til hverandres tjenester og utvikling av nødvendige rutiner for samhandling. Sykehuset har ansvar for opplæring der det vurderes nødvendig for utskrivning.

3.3 Poliklinisk, dag- og/eller ambulant pasientbehandling

Dersom pasienten har mottatt poliklinisk behandling, dagbehandling og/eller ambulant behandling, skal behandlende instans alltid sende poliklinisk notat eller tilsvarende informasjon til fastlegen snarest. Dersom pasienten mottar andre kommunale helse- og omsorgstjenester, skal 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.

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 akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK), ambulansetjenesten, sykehusets akuttmottak, kommunal legevakt og legevaktssentral, fastlegetjenesten, kommunal ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnopphold), kommunalt helsepersonell i vakt, akuttgjelder i kommunen og psykososialt støttearbeid i forbindelse med akutte hendelser.

Fastlege/lege med henvisningsrett avgjør hvilke pasienter som sendes sykehuset for vurdering. Sykehuset avgjør behandlingstilbudet pasienten skal ha, inkludert hastegrad. Pasienter som henvises til sykehus eller i kommunal ØHD, meldes inn etter gjeldene prosedyrer.

Samhandling/konferering «lege til lege/psykolog» bør gjøres ved innleggelser gjennom hele døgnet. I tillegg til faglige vurderinger er konfereringen basert på BEON prinsippet (beste, effektive, omsorgsnivå) og inkluderer alternativer til vurdering av innleggelse i sykehus, dvs. ØHD, forskjøvet mottak eller poliklinisk oppfølging.

Kommuner og sykehuset skal sørge for overholdelse av krav i [Akuttmedisinforskriften](#) og dens beskrivelse av tjenestenes kompetanse, kapasitet, responstider ansvar.

3.4.1 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

Kommunene skal ha et tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold til akutt syke voksne pasienter, der det er behov for døgnkontinuerlig behandling og observasjon over kort tid som ikke krever innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Kommunene har like henvisningsrutiner, 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 ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering, og der behandlings- og/eller oppfølgingstilbudet til pasienten blir like godt eller bedre enn ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Kommunens ansvar:

- Etablere rutiner som ivaretar forpliktelsene i delavtalen om samarbeid 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: Kapasitet, belegg og samhandlingsavvik.
- Planlegge og delta i samarbeidsmøter som har en klar struktur for deltakerroller og mål.

Sykehusets ansvar:

- Bidra med nødvendig kompetanse i tråd med føringer i nasjonal veileder og denne avtalen.
- Gi nødvendig konferering/råd og veiledning knyttet til pasientbehandling og logistikk 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.
- Planlegge og delta i samarbeidsmøter som har en klar struktur for deltakerroller og mål

Kriterier for innleggelse på ØHD:

Somatikk:

1. Stabile pasienter med avklart diagnose, med liten risiko for akutt livstruende forverring, hvor hovedproblemet er:
 - akutt sykdom som kan undersøkes og behandles etter vanlige allmennmedisinske metoder
 - forverrelse av kjent kronisk sykdom med behov for innleggelse og behandling
2. Stabile pasienter med uavklart diagnose, som trenger observasjon og vurdering, men som ikke oppfattes som alvorlig syk:
 - stabile pasienter som trenger observasjon og videre vurdering av uavklarte tilstander

- uavklarte tilstander som etter konferering med lege i spesialisthelsetjenesten vurderes som faglig forsvarlig å observere i et ØHD-tilbud, men hvor det ved forverring er avklart at raskt kan overføres til spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helse og rus

1. Pasienter med avklart tilstand og/eller diagnose med tilbakefall/forverring av psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem, ofte med akutt funksjonsnedsettelse på ulike livsområder, der innleggelse er nødvendig for å roe/avhjelpe en vanskelig livssituasjon, men hvor det ikke er akutt fare som tilsier behov for i innleggelse i spesialisthelsetjenesten.
2. Pasienter med uavklart diagnose, men hvor åpenbart psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer tilsier behov for videre observasjon og vurdering, selv om pasienten ikke oppfattes som alvorlig syk.

Innleggesmyndighet

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

- Hverdager 8-16:
Innleggende lege kontakter ØHD-lege for avklaring av kapasitet og ØHD-innleggelse
- Hverdager etter 16.00 og helg:
Innleggende lege kontakter ØHD-sykepleier

Observasjon og utredning av pasienter med uavklarte tilstander krever mulighet for rask tilkalling av lege 24 timer i døgnet.

Prosedyre for «Diagnostisk sløyfe» legges til grunn for samhandling mellom Akuttsenteret og gjeldende kommunale ØHD.

3.4.2 Øyeblikkelig hjelp transport

Sykehusets ansvar omfatter:

- Å bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt frem til alvorlig syke eller skadde pasienter
- Å utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten
- Å bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted og mellom behandlingssteder

Oppgavedeling politi og helse:

En anmodning til politiet om bistand skal som hovedregel komme fra ansvarlig helsepersonell. Ansvarlig helsepersonell skal begrunne behovet for politibistand og gi politiet relevant og nødvendig informasjon om oppdraget Bistandsanmodningen - Helsedirektoratet

3.5 Henvisning til utredning og behandling

Dersom kommunen vurderer at pasienten er i behov av spesialisthelsetjenester, skal det sendes [henvisning](#) som skal inneholde følgende relevante opplysninger:

- Konkrete problemstillinger som henviser ønsker vurdert, utredet eller behandlet
- Hva som er iverksatt av behandlings/rehabiliteringstiltak i kommunen, hva som er resultatet av disse tiltak og en begrunnelse for hvorfor de kommunale tiltakene vurderes som utilstrekkelige
- Oppdatert medikamentliste
- Opplysninger om kommunale tjenester som pasienten mottar
- Informasjon om eventuell smitte, MRSA-sykdom eller bærertilstand
- Behov for tolk, ledsager eller annen form for fysisk og/eller psykisk tilrettelegging ved innleggelsen/mottaket
- Beskrivelse av pasientens funksjonsnivå, evne til egenomsorg, og behov for nødvendige hjelpemidler.
- Oppdatert individuell plan når det er aktuelt
- Informasjon om relevante behandlingshjelpemidler.

Henvisende lege i kommunen skal ha mulighet til å konferere med vaktlege i sykehuset før henvisning sendes.

Ved etablering av tvungen observasjon/tvungent vern må henvisningen inneholde all nødvendig informasjon etter psykisk helsevernloven § 3-1 og psykisk helsevernforskriften § 8.

3.6 Samhandling om pasienter innlagt på sykehus

3.6.1 Samhandling om pasienter med behov, eller mulig behov for, kommunale tjenester

Kommunens og sykehusets ansvar for å planlegge utskrivning og tilbud om kommunale tjenester når en pasient er innlagt i sykehus er regulert i [Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter §§7-12](#).

Det er i fellesskap utarbeidet en retningslinje som beskriver partnernes ansvar og oppgaver i samhandlingen om pasienter som er innlagt i sykehuset med behov for, eller mulig behov for kommunale tjenester etter utskrivning (vedlegg 1).

3.6.2 Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Kommunens ansvar for betaling for utskrivningsklare pasienter er regulert i [forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter §13](#).

Det er avtalt unntak fra ovennevnte forskrift på konkrete punkter som er beskrevet i retningslinje for samhandling om innlagte pasienter (vedlegg 1).

Prosedyre for fakturering av overliggenderdøgn gjøres gjeldene.

3.7 Pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Pasienter på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) har alvorlig psykisk lidelse og sammensatte tjenestebehov som fordrer samarbeid og avklarte ansvarsforhold mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Det er i fellesskap utarbeidet en samarbeidsavtale om pasienter med tvang uten døgnopphold og prosedyre mellom partnerne som beskriver fordeling av ansvar, forutsetninger for at kommunene kan bistå med tvangsmedisinering og plikt til gjensidig veiledning og mulighet for kontakt der det oppstår situasjoner som krever avklaring for å sikre forsvarlig behandling og oppfølging av pasienten. Prosedyren skal være tilgjengelig for tjenesteytere i de respektive kvalitetssystemer.

For pasienter med legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er det egne avtaler mellom sykehuset og kommunene.

4. Styringsinformasjon og melding om uønskede hendelser i samhandlingen

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 mellom kommuner og sykehus.

Partene er enige om å rette seg etter vurderinger fra Nasjonal tvisteløsningsnemd for helse- og omsorgssektoren dersom saken oversendes til denne.

6. Varighet og oppsigelse

Avtalen gjøres gyldig fra 01.12.2025.

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

Partnerne skal årlig gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer, utvidelser eller endringer. Avtalen kan helt eller delvis sies opp skriftlig med ett års frist. Dersom en av partnerne sier opp avtalen, skal sykehuset varsle Helsedirektoratet.

Signatur

Dato:

Dato:

Kommunalsjef

Administrerende direktør

XX kommune

Sykehuset i Vestfold