



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE  
DAVV-NOROGGA UNIVERSITEHTABUHCCEVISSU



Karlsøy  
kommune  
- et levende øyrike

**Tjenesteavtale 2**  
**mellom**  
**Karlsøy kommune**  
**og**  
**Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

**Samarbeid omkring pasienter med behov for  
koordinerte tjenester**



**OSO**  
OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN  
UNN og kommunene

## Innhold

1. Partnere .....	3
2. Bakgrunn .....	3
3. Formål .....	3
4. Ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og helseforetak .....	3
4.1 Veiledningsplikt ved ventetid på behandling .....	3
4.2 Barn som pårørende .....	3
4.3 Koordinerende enheter, individuell plan og koordinator .....	4
4.3.1 Koordinerende enheter .....	4
4.3.2 Samarbeid omkring individuell plan (IP) og koordinator .....	4
4.4 Habiliterings- og rehabiliteringstilbud, herunder ambulant virksomhet .....	5
4.4.1 Melding om behov for rehabilitering .....	5
4.4.2 Ambulant virksomhet knyttet til brukere med langvarig behov for spesialisert habilitering/rehabilitering .....	5
4.5 Lærings- og mestringstilbud .....	6
4.6 Hjelpemidler .....	6
4.6.1 Behandlingshjelpemidler .....	6
4.6.2 Tekniske hjelpemidler .....	6
4.7 Rutiner for samhandling med fastlegen .....	7
5. Håndtering av avvik, tilbakemelding og evaluering .....	7
6. Brukermedvirkning .....	7
7. Varighet, revisjon og oppsigelse .....	7
8. Uenighet .....	7
9. Dato og underskrift .....	7
Vedlegg rutiner og retningslinjer som tilhører tjenesteavtale 2 .....	8
Lover, forskrifter, veiledere og annet av relevans for tjenesteavtale 2 .....	8

### **1. Partnere**

Denne avtalen er inngått mellom Karlsøy kommune (heretter kommunen) og Universitetssykehuset Nord Norge HF (heretter UNN/helseforetaket).

### **2. Bakgrunn**

Denne tjenesteavtalen er inngått i henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 6-2 nr. 2.

### **3. Formål**

Sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Målgruppen er pasienter/brukere som har en kronisk tilstand og/eller en funksjonsnedsettelse innenfor psykisk helse, rus og/eller somatikk med behov som strekker seg ut over ordinære rutiner for inn- og utskrivning. Pasienten kan være på venteliste for behandling eller inne i et habiliterings-/ rehabiliteringsforløp gjennom innleggelse/ ambulant/ poliklinisk oppfølging eller lærings- og mestringstilbud. Avtalen omfatter også barn som pårørende.

### **4. Ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og helseforetak**

#### **4.1 Veiledningsplikt ved ventetid på behandling**

Partnerne har et gjensidig ansvar for råd og veiledning knyttet til pasienter/brukere som venter på behandling. Dette gjelder særlig for behandling knyttet til rus, psykisk helse og for personer med utviklingshemming.

#### **4.2 Barn som pårørende**

##### **Partnernes felles forpliktelser:**

Helsepersonell har en lovpålagt plikt til å bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn kan ha som følge av at barnets forelder eller søsken er pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Det samme gjelder når foreldre eller søsken dør.

*Barns behov for informasjon og oppfølging skal ivaretas iht lovverket og egne prosedyrer for dette, som er vedlagt denne avtalen. UNN og lokalsykehuskommunene må samarbeide om dette.*

Arbeidet med barn som pårørende skal være basert på samtykke.

For å sikre dette på en trygg og effektiv måte er det vedtatt at informasjon om behov for oppfølging skal overføres via et elektronisk skjema i Dips fra UNN til Helsestasjons- og skolehelsetjeneste kommune, {PR51454}.

#### **UNNs forpliktelser:**

UNN skal følge utarbeidede prosedyrer for samhandling om barn som pårørende, PR11066.

UNN har ansvar for å følge prosedyren for elektronisk meldingsutveksling til kommunen.

UNN har ansvar for at relevante og nødvendige opplysninger for å ivareta barn som pårørende/søsken gis til samarbeidende personell i kommunen.

#### **Kommunens forpliktelser:**

Kommunene har plikt til å organisere barn som pårørende arbeidet i kommunen. Herunder utarbeide og implementere prosedyrer for barn som pårørende. Prosedyren skal gjøres kjent for helsepersonell i kommunen.

Kommunene forplikter seg til å ha system for mottak av elektronisk melding fra helseforetak til Helsestasjon- og skolehelsetjeneste (om barn som pårørende). Den som mottar fordeler oppfølgingsansvar til riktig tjeneste.

Kommunen skal opprette barneansvarlig personell i relevante tjenester.

### **4.3 Koordinerende enheter, individuell plan og koordinator**

#### **4.3.1 Koordinerende enheter**

##### **Partnernes felles forpliktelser:**

UNN og den enkelte kommune har lovbestemt plikt til å etablere koordinerende enheter (KE) som skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. KE skal:

- ha gjensidig kontakt og samarbeid gjennom faste kontaktpunkter, møteplasser og systematisk informasjonsutveksling
- utarbeide interne retningslinjer for arbeidet med individuell plan og koordinator i kommunen og i helseforetaket
- retningslinjer for samarbeid, ansvar og arbeidsfordeling mellom helseforetaket og kommunen skal gjøres kjent for tjenesteytere som kommer i kontakt med pasienter/brukere dette kan være aktuelt for
- til enhver tid ha oppdatert kontaktinformasjon tilgjengelig for samarbeidspartnerne

#### **4.3.2 Samarbeid omkring individuell plan (IP) og koordinator**

##### **Partnernes felles forpliktelser:**

- sikre at pasient/bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester får tildelt koordinator og/eller utarbeidet individuell plan der pasienten samtykker til dette
- koordineringsarbeid skal igangsettes så snart behovet er vurdert, av den Instansen som på det aktuelle tidspunktet gir tjenester
- der pasient/bruker har koordinator både i kommunen og spesialisthelsetjenesten, plikter disse å samarbeide
- beskrive samarbeidet mellom partnerne omkring IP og koordinator i egne retningslinjer

#### **UNNs forpliktelser:**

- Starte koordineringsarbeidet for de pasientene som i en lengre periode kun har behov for spesialisthelsetjenester og ikke oppfølging fra kommunens helse- og omsorgstjeneste (for eksempel ved langvarig sykehusopphold for nyoppstått tilstand). Herunder sørge for å oppnevne koordinator i UNN og starte arbeidet med individuell plan. Når pasienter har behov for langvarige og koordinerte tilbud kun i spesialisthelsetjenesten, skal det utarbeides individuell plan.
- Oppnevne koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.
- Koordinator i UNN skal snarest mulig varsle koordinerende enhet (KE) i kommunen og melde behovet for koordinator og/eller individuell plan i de tilfeller der pasienten har behov for koordinering av tjenester både fra spesialist- og kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kontaktinformasjon til KE i kommunene finnes på nettsida til koordinerende enhet i helseforetaket ([www.unn.no/ke](http://www.unn.no/ke)). Dersom kommunen krever skriftlig søknad fra brukere som ønsker individuell plan, skal spesialisthelsetjenesten bistå pasienten med å søke.
- Ved behov skal koordinator og annet helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten bistå pasientens koordinator i kommunen i arbeidet med IP, og bidra med nødvendig dokumentasjon av helsetilstand og funksjonsnivå. Dette er særlig viktig ved endringer av helsetilstanden, eller etter at nye utredninger er foretatt.

#### **Kommunens forpliktelser:**

- Utarbeide individuell plan for pasienter/brukere som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.
- Samarbeide med UNN om planarbeid for felles pasient/bruker

Varsle UNN når kommunen oppdager behov for koordinering i spesialisthelsetjenesten. Det er utarbeidet egne retningslinjer for samarbeid omkring individuell plan, koordinator og koordinatorrollen. Disse ligger tilgjengelig på [www.unn.no/samhandling](http://www.unn.no/samhandling), rutiner og retningslinjer.

### **4.4 Habillerings- og rehabiliteringstilbud, herunder ambulant virksomhet**

#### **4.4.1 Melding om behov for rehabilitering**

Dersom det etableres spesielle ordninger for henvisning til rehabilitering i henholdsvis kommunen/UNN, skal partnerne til enhver tid oppdatere hverandre om disse.

#### **4.4.2 Ambulant virksomhet knyttet til brukere med langvarig behov for spesialisert habilitering/rehabilitering**

Ved langvarig ambulant oppfølging fra spesialisthelsetjeneste skal partnerne etablere rutiner som sikrer informasjonsflyt mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegen og andre samarbeidende instanser. I komplekse enkeltsaker kan dette ivaretas med å inngå individuelle samarbeidsavtaler eller etablere individuell plan som omfatter ansvarsfordeling og tidsperspektiv.

#### 4.5 Lærings- og mestringstilbud

##### Partnernes felles forpliktelser:

- tilby lærings- og mestringstilbud
- ha rutiner for kartlegging og henvisning til lærings- og mestringstilbud
- samarbeide om lærings- og mestringstilbud der dette er hensiktsmessig
- sørge for en tilgjengelig oversikt over lærings- og mestringstilbudene
- tilby individuell veiledning som del av behandlingstilbudet der dette er aktuelt

##### Kommunens forpliktelser:

- tilby tjenester som bidrar til mestring for pårørende som står i utfordrende omsorgssituasjoner over tid, slik som avlastning, omsorgslønn, samt opplæring og veiledning

#### 4.6 Hjelpemidler

##### 4.6.1 Behandlingshjelpemidler

##### UNNs forpliktelser:

- UNN har ansvar for medisinsk-teknisk utstyr og tilhørende forbruksmateriell som er plassert i hjemmet hos pasienter eller i kommunal institusjon
- starte, tilpasse og utprøve behandlingshjelpemidler mens pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten
- gi nødvendig opplæring av ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- sørge for at elektriske anlegg og andre forhold er kontrollert og i forskriftsmessig stand, der det er påkrevd, før behandlingshjelpemiddel tas i bruk

##### Kommunens forpliktelser:

- påse at ansatte har nødvendig kunnskap og opplæring i bruk av behandlingshjelpemiddelet, sørge for overføring av kunnskap til aktuelt personell, og opprette superbrukere der dette er relevant. Melde behov for opplæring til spesialisthelsetjenesten
- levere tilbake behandlingshjelpemiddel til spesialisthelsetjenesten når dette ikke lenger er i bruk

##### 4.6.2 Tekniske hjelpemidler

- Sørge for at de som har ansvar for formidling av tekniske hjelpemidler har tilstrekkelig kompetanse på hjelpemiddelformidling i henhold til det som er beskrevet på <http://www.kunnskapsbanken.net/grunnooplæring-i-hjelpemiddelformidling/>. Det er nødvendig med god kjennskap til hva som defineres som korttidsutlån, varig behov og hastesak.
- Avklare i det enkelte tilfelle hvem som skal ha ansvaret for formidlingen av tekniske hjelpemidler.
- Sørge for at formidlingsprosessen alltid gjøres i samarbeid med bruker eller pårørende.
- Samarbeide i henhold til felles prosedyre for formidling av tekniske hjelpemidler gjeldende for UNN og lokalsykehuskommunene.

#### 4.7 Rutiner for samhandling med fastlegen

Ved behov skal partnerne samarbeide om å etablere særskilte rutiner for god samhandling med fastlegen.

Kommunens forpliktelse reguleres også gjennom overordnet samarbeidsavtale.

#### 5. Håndtering av avvik, tilbakemelding og evaluering

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

#### 6. Brukermedvirkning

Se overordnet samarbeidsavtale.

#### 7. Varighet, revisjon og oppsigelse

Se overordnet samarbeidsavtale.

#### 8. Uenighet

Se overordnet samarbeidsavtale.

#### 9. Dato og underskrift

Sted og dato: *Hansnes 16/11 - 20*

*Mona Pedersen*

For Karlsøy kommune



KARLSØY KOMMUNE  
Mona Pedersen  
Ordfører

Sted og dato: Tromsø, 3.august 2020

*Magne Nicolaisen*

For Universitetssykehuset Nord-Norge HF

**6. Samtykke til utveksling av informasjon**

Utteksling av informasjon skal baseres på pasientens presumerte samtykke, jfr. lov om helsepersonell § 25 og 45. Pasienten bør informeres om rett til å motsette seg at informasjon sendes og skal informeres om konsekvenser av å ikke oversende nødvendig og relevant informasjon.

**7. Brukermedvirkning**

Pasient (og pårørende) skal involveres i planlegging av utskrivelse og pasientens ønsker skal, så langt mulig, fremkomme av dokumentasjonen som danner grunnlag for videre plan og behandling.

**8. Avvik**

Se overordnet samarbeidsavtale.

**9. Varighet, revisjon og oppsigelse**

Se overordnet samarbeidsavtale.

**10. Uenighet og tvist**

Se overordnet samarbeidsavtale.

**11. Dato og underskrift**

Sted og dato: *Hansnes 16/11-20*

*Mona Pedersen*  
KARLSØY KOMMUNE  
For Karlsøy kommune  
Mona Pedersen  
Ordfører

Sted og dato: Tromsø, 3.august 2020

*Magn Nicolaisen*  
For Universitetssykehuset Nord-Norge HF

**Vedlegg rutiner og retningslinjer som er relevant for tjenesteavtale 5**

Disse finnes under [www.unn.no/samhandling](http://www.unn.no/samhandling). Menypunkt: Rutiner og retningslinjer.

- Samhandlingsflytskjema
- Samarbeid omkring individuell plan og koordinator, oppnevning og utførelse av rollen som pasientkoordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Behandlingshjelpemidler
- Tekniske hjelpemidler
- Retningslinjer for ledsagelse av pasienter under døgnopphold ved UNN HF