



Kommunevåpen

+

navn kommune

Tjenesteavtale 2 mellom xx kommune

og

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Samarbeid omkring pasienter med behov for koordinerte tjenester



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 XX 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 er pliktig til å identifisere mindreårige barn under 18 år, eventuelle mindreårige søsken, eller etterlatte barn av pasient/brukere med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom. Barns behov for informasjon og nødvendig oppfølging skal ivaretas i henhold til egen prosedyre for dette, som er vedlagt denne avtalen. Det er viktig at UNN og lokalsykehuskommunene samarbeider seg imellom, og med foreldrene for å ivareta behovene til barn som pårørende.

Arbeid med barn som pårørende skal være basert på samtykke.

Det er utarbeidet en felles samhandlingsprosedyre for barn som pårørende som omfatter både UNN og kommunene (DocMap PR41747).

UNNs forpliktelser

UNN har ansvar for å følge Samhandlingsprosedyren for barn som pårørende (DocMap PR41747). UNN har ansvar for at relevante og nødvendige opplysninger for å ivareta barn gis til samarbeidende personell/kontaktperson i kommunen.

Kommunens forpliktelser

Kommunen forplikter seg til å organisere arbeidet med barn som pårørende, opprette kontaktpunkt og ha tilgjengelig informasjon om dette på sine nettsider.

Kommunen skal utarbeide og implementere prosedyre for arbeidet med barn som pårørende. Prosedyren skal gjøres kjent for alt helsepersonell i kommunen.

Kommunen skal opprette barneansvarlig 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 kontaklinformasjon 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). 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, rutiner og retningslinjer.

4.4 Habilerings- 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/grunnopplaering-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:

Sted og dato:

For xx kommune

For Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Vedlegg rutiner og retningslinjer som tilhører tjenesteavtale 2

Disse finnes under www.unn.no/samhandling Menypunkt: Rutiner og retningslinjer.

- Samarbeid omkring individuell plan og koordinator, oppnevning og utførelse av rollen som pasientkoordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Behandlingshjelpemidler
- Tekniske hjelpemidler

Lover, forskrifter, veiledere og annet av relevans for tjenesteavtale 2

1. LOV-2011-06-24-30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), kap. 7: Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. <http://www.lovdatab.no/all/tl-20110624-030-007.html>
2. LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjeneste-loven). Kap. 2 Ansvarsfordeling og generelle oppgaver. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-061.html>
3. LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). § 38 a og Helse- og omsorgstjenesteloven. Melding om behov for individuell plan og koordinator. <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-007.html#38a>
4. Forskrift om habilitering og rehabilitering, Individuell plan og koordinator. <http://www.lovdatab.no/ltavd1/filer/sf-20111216-1256.html>
5. Proposisjon 91 L (2010-2011). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Kap.31: Individuell plan og koordinator. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-120102011/31.html?id=639211>
6. Forskrift om habilitering og rehabilitering, Individuell plan og koordinator. <http://www.lovdatab.no/ltavd1/filer/sf-20111216-1256.html>
7. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
8. Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensattebehov>
9. Barn og unge med habiliteringsbehov – samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/barn-og-unge-med-habiliteringsbehovsamarbeid-mellom-helse-og-omsorgssektoren-og-utdanningssektoren-om-barn-og-unge-som-trenger-samordnet-bistand>
10. Veileder for kontaktlege i spesialisthelsetjenesten <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-kontaktlege-i-spesialisthelsetjenesten>
11. Koordinerende enhet i kommuner/helseforetak i Helse Nord. <https://helse-nord.no/behandlingssteder/rehabilitering-og-habilitering/koordinerende-enheter-i-helseforetakene-og-kommunene>
12. E-læringsprogram om individuell plan og koordinator (nytt 2019) <https://laeringsplattformen.difi.no/kurs/983544622/innforingskurs-om-individuell-plan-og-koordinator>
13. Pårørendeveilederen (oppdatert 2019) <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
14. Barn som pårørende – Helsenorger: <https://helsenorge.no/sok?k=barn%20som%20p%c3%a5r%c3%b8rende>
15. Behandlingshjelpemidler: www.behandlingshjelpemidler.no