



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAWVI NORGGÄ UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU

Samarbeidsavtale
mellom
Karlsøy kommune
og
Universitetssykehuset i Nord-
Norge HF

Høst 2023

Samarbeidsavtale mellom Karlsøy kommune og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Del 1 – Overordnede bestemmelser

1. Avtalens parter

Avtalen er inngått mellom Karlsøy kommune, heretter «kommunen», og Universitetssykehuset Nord-Norge HF, heretter «UNN». I tråd med intensjonene i helsefellesskapet omtales partene i det videre som «partnere».

2. Bakgrunn for avtalen

Partnerne er etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 § 6-1 mfl. (hol), jfr. Lov om spesialisthelsetjenester (sphi) § 2-1e, pålagt å inngå samarbeidsavtale. Ved inngåelse av denne samarbeidsavtalen og tilhørende tjenesteavtaler, oppfyller partnerne sin lovpålagte plikt til å inngå samarbeidsavtale.

Plikten til å inngå overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtaler med kommunene påhviler kommunene og det enkelte helseforetak.

3. Avtalens innhold og oppbygging

Denne avtalen er inndelt i to hoveddeler:

Avtalens Del 1 inneholder alle felles- og overordnede bestemmelser mellom partnerne. Bestemmelsene i del 1 gjelder for alle retningslinjer og eventuelle underliggende avtaler.

Avtalens Del 2 inneholder alle de omforente retningslinjer som gjelder mellom partnerne, jf. hol. § 6-2. Også andre felles retningslinjer som partnerne blir enige om å inngå skal omfattes av denne avtalen.

I tilfelle motstrid mellom retningslinjer og avtalens del 1 skal avtalens del 1 har forrang.

Ved inngåelse av denne avtalen foreligger følgende retningslinjer:

- 2.1 Oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommunen og UNN
- 2.2 Retningslinjer for samarbeid omkring behandlingsforløp
- 2.3 Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
- 2.4 Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
- 2.5 Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
- 2.6 Samarbeid om jordmortjenester
- 2.7 Samarbeid om IKT-løsninger lokalt
- 2.8 Samarbeid om forebygging
- 2.9 Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

4. Endring av avtalen eller retningslinjene

Avtalen kan bare endres ved enighet mellom partnerne.

Retningslinjene kan endres uten at det gjøres endringer i avtalen dersom partnerne er enige om dette. Endringer forankres og besluttes i helsefellesskapets strategiske samarbeidsutvalg (SSU).

Ved større endringer skal partnerne ta stilling til om dette vil innebære endringer i avtalen.

5. Avtalens formål

Formålet med samarbeidsavtalen er å sikre at pasienter og brukere mottar et helhetlig og likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester, og at befolkningen, uavhengig av bosted, skal ha lik tilgjengelighet til de tjenester som omfattes av avtalen.

Avtalen skal bidra til at det etableres gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder, og legge til rette for at eventuell uenighet mellom kommunen og helseforetaket løses i dialog mellom partnerne uten at pasienter og brukere berøres.

Målet er at pasientene/ brukerne skal oppleve at tjenestene:

- a) er faglig gode
- b) er samordnet og helhetlige og preges av kontinuitet
- c) blir utført på en god måte på tvers av kommunegrensene og forvaltningsnivåene
- d) ivaretar pasientenes og brukernes rett til informasjon, medbestemmelse og medvirkning

Samarbeidet skal preges av en løsningsorientert tilnærming, samarbeid mellom helsepersonell og bruker, og et prinsipp om at pasientrelaterte avgjørelser tas så nært brukeren som mulig.

Partnerne skal innhente brukererfaringer i arbeidet med kvalitetsutvikling av tjenestene. Samarbeidet og avtalene skal bygge på likeverdighet mellom partnerne, og dialog skal være et viktig fundament for samhandlingen.

6. Virkeområde

Kommunen og helseforetaket er gjennom lovverket tillagt hver sine kompetanse- og ansvarsområder. Virkeområdet for samarbeidsavtalen er de områder hvor loven pålegger partnerne å inngå samarbeidsavtale, områder hvor partnernes ansvar overlapper hverandre, og hvor det derfor er behov for samordning mellom partnerne.

Helseforetaket yter også tjenester til befolkningen i kommuner utenfor eget opptaksområde, og kommunen samhandler også med andre helseforetak i pasientforløp. Partnerne er enige i at samhandling mellom helseforetak og kommuner utenfor UNNs primære opptaksområde skal skje med utgangspunkt i denne samarbeidsavtalen, tilhørende retningslinjer og i tråd med lov og forskrift.

7. Samarbeidsformer

Partnerne samarbeider på et overordnet nivå gjennom Helsefellesskapet Troms og Ofoten med partnerskapsmøte, strategisk samarbeidsutvalg og faglige samarbeidsutvalg.

Andre samarbeidsformer avtales mellom partnerne etter behov.

8. Partnernes plikt til gjennomføring og forankring

Partnerne plikter å gjøre avtalen og retningslinjene kjent for egne ansatte og brukerutvalgene.

Partnerne skal sette av nok ressurser knyttet til medvirkning i de avtalte former for samarbeid.

Partnerne skal holde hverandre informert og sørge for gjensidig veiledning innenfor det enkelte ansvarsområdet. Prosedyre for dette skal beskrives nærmere i retningslinjene.

Partnerne skal:

- a) gjøre avtalenes innhold/konsekvenser og beslutninger/ vedtak kjent og iverksatt innenfor eget ansvarsområde
- b) forplikte seg til å bidra til å utvikle samarbeidet med fastlegene slik at deres medvirkningsrett sikres og deres ansvar tydeliggjøres
- c) orientere hverandre om endringer i rutiner, organisering og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalen omfatter
- d) utrede konsekvenser ved planlegging av tiltak som berører den annen partner
- e) involvere den annen partner før det treffes vedtak om tiltak som berører den andre partneren
- f) opprette én klar adressat i egen virksomhet som har et overordnet ansvar for å veilede og hjelpe ved samhandlingsspørsmål mellom tjenesteyterne

Partnerne skal ha etablert ordninger for god forvaltning av avtalen og retningslinjene.

9. Samarbeid om utvikling og planlegging av tjenestene

Hol. § 6-2, pkt. 12 pålegger kommuner og helseforetak å planlegge og utvikle tjenester sammen.

Plikten kan ivaretas både gjennom helsefellesskapet og mellom UNN og den enkelte kommuner etter særskilt avtale.

Hver av partnerne har et selvstendig ansvar for å bidra til felles planlegging og utvikling av tjenester. Arbeidsgiveransvaret for kommunalt personell som deltar i prosessene ligger hos kommunen. Arbeidsgiveransvaret for personell fra UNN som deltar i prosesser ligger hos UNN.

Ved deltakelse i samarbeidsutvalg på ulike nivå i helsefellesskapet dekker partnerne sine egne kostnader. Videre dekker kommunen utgifter til fastlegerepresentanter, og UNN dekker utgifter til brukerrepresentanter.

Ved deltakelse i prosjekter skal det avklares på forhånd hvordan prosjektet skal organiseres og finansieres.

Utprøving gjennom piloter, prosjekter eller liknende skal ved behov avtales særskilt for hvert enkelt utviklingstiltak.

I den felles planleggingen og utviklingen av tjenester skal fire pasientgrupper prioriteres; skrøpelige eldre, personer med flere kroniske lidelser, barn og unge, og personer med alvorlig psykisk helse- og/eller ruslidelser. Kommunene og UNN skal gjennom et felles kunnskapsgrunnlag og relevante styringsdata kartlegge, identifisere og monitorere de aktuelle pasientgruppene.

10. Involvering av pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner, samt ansatte

Partnerne skal tilstrebe brukermedvirkning og ansattmedvirkning innenfor sine organisasjoner når det gjelder gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling gjennom partnernes felles møteplasser.

Med brukermedvirkning mener vi at brukeren skal ha støtte til:

- å utvikle kompetanse og ferdigheter i god egenomsorg og
- å utvikle sammen med helsetjenesten en plan for oppfølging ved langvarig sykdom/helseplager.

Reell brukermedvirkning krever at helsetjenesten kartlegger pasientens mål/ behov for diagnostikk og behandling. Helsetjenestens oppfølging skal avspeile både god faglig praksis og de ønsker og behov pasientens selv uttrykker.

Partnerne er enige om at kravet til brukermedvirkning også skal understøttes ved at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalg, eldreråd, ungdomsråd og fra råd for funksjonshemmede i kommunen skal tillegges vekt.

Partnerne skal tilrettelegge for at brukere kan gi innspill og synspunkt på sin behandling vedrørende både form og innhold. Det skal tilrettelegges for at brukerne får tilgang og innsyn i sin behandlingsplan og at de kan kommentere på denne. Slike innspill skal dokumenteres og motta et svar.

Med ansattmedvirkning mener vi at representanter for de ansatte skal kunne gi innspill i prosesser rundt planlegging og utvikling av tjenestene.

Brukerrepresentanter og ansattrepresentanter skal inviteres inn i samarbeidsutvalg i helsefellesskapet.

11. Pårørende, herunder barn som pårørende

Ansvar for ivaretagelse og oppfølging av pårørende, herunder barn som pårørende, er beskrevet i retningslinje for samarbeid omkring pasientforløp, se del 2, punkt 2.2.

12. Betalingsordninger for utskrivningsklare pasienter

Bestemmelser om betaling fra kommunen for egne innbyggere som er utskrivningsklare pasienter er inntatt i retningslinje for samarbeid om pasientforløp, se del 2, punkt 2.2.

Dersom avgjørelse av tvist gir rett til tilbakebetaling av ytelser skal det svares renter etter Lov om renter ved forsinket betaling m.m. av 17. desember 1976 nr. 100.

13. Avvik

Partnerne skal håndtere avvik etter nærmere definerte rutiner. Med avvik menes uønskete samhandlingshendelser, og fakturainnsigelser. Melding om uønsket samhandling, og fakturainnsigelser, og svar på disse, skal registreres og sendes gjennom partnernes post- og arkivsystemer.



14. Håndtering av uenighet – tvisteløsning

Partnerne er enig om følgende prinsipper for håndtering av uenighet knyttet til avtalen, eller uenighet knyttet til inngåelse av avtale:

- Uenighet mellom partnerne etter denne avtalen skal søkes løst gjennom forhandlinger.
- Dersom enighet ikke oppnås kan tvisten bringes inn for Nasjonal Tvisteløsningsnemnd for helse- og omsorgssektoren (Tvisteløsningsnemnda), forutsatt partnerne er enige om dette.
- Tvist om betaling for utskrivningsklar pasient kan reises av den ene partneren, jfr. saksbehandlingsregler for Tvisteløsningsnemnda, § 14.
- Med mindre partnerne blir enige om at Tvisteløsningsnemndas avgjørelse skal være bindende, kan tvisten reises for de ordinære domstoler. Dersom partnerne er enige om det kan tvist løses ved voldgift etter bestemmelsene i lov om voldgift av 14. mai 2004 nr. 25.

Nord-Troms og Senja tingrett er verneting for tvist etter denne avtalen.

15. Mislighold

Ved mislighold av avtalen eller retningslinjene, kan dokumentert tap som følge av misligholdet kreves dekket hos den partneren som misligholder avtalen.

16. Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen og retningslinjene trer i kraft fra avtalen er signert av partnerne og gjelder frem til en av partnerne sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd. Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtalen løper ut.

Partnerne er enige om å jevnlig gjennomgå og evaluere avtalen. Slik gjennomgang skal også omfatte retningslinjer til denne avtalen, se del 2.

Hver av partnerne kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres eller erfaringer tilsier behov for dette.

17. Signatur

Sted/dato: 2/10 - 2023

Sted/dato: UNN 30/8 - 23


Karlsøy kommune



Administrerende direktør
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Del 2 – Omforente retningslinjer

Denne delen av avtalen inneholder alle de retningslinjer kommunene og helseforetaket har blitt enige om, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2. Disse er:

2.1 Oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommunen og UNN (Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, punkt 1)

Gjennom enighet om disse retningslinjene skal kommunene og UNN etablere en felles forståelse av hvilke oppgaver og hvilket ansvar som ligger på de to nivåene i helsetjenesten. Retningslinjene etablerer også en ordning for hvordan partnerne ved enighet kan overføre oppgaver fra et nivå til et annet.

Se retningslinje 1, «*Oppgave- og ansvarsfordeling mellom UNN og kommunen*» som er vedlagt denne avtalen.

2.2 Samarbeid omkring behandlingsforløp (Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, punktene 2, 3, 5 og 13)

Formålet med retningslinjen er å

- klargjøre ansvar og oppgaver vedrørende opphold i, og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, av pasienter innen somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern
- klargjøre ansvar og oppgaver ved henvisning, polikliniske undersøkelser, konsultasjoner, dagbehandling og innleggelse av pasienter i sykehus
- sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester
- sikre koordinerte tjenester til barn, unge og deres familie.

Se retningslinje 2, «*Samarbeid omkring behandlingsforløp*»

2.3 Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, punkt 4)

Denne retningslinjen har som formål å avklare og konkretisere UNNs og kommunens oppgaver og ansvar for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-5 tredje ledd.

Se retningslinje 3, «*Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp*» som er vedlagt denne avtalen.

2.4 Gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, punkt 6)

Formålet med retningslinjen er å klargjøre UNNs og kommunens ansvar og oppgaver for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, for faglige nettverk og hospitering. I tillegg skal denne tjenesteavtalen bidra til at partnerne i fellesskap etablerer gode samarbeidsstrukturer, rutiner og samhandlingstiltak på ovenstående områder som vil ha betydning for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten fremover samt bidra til å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Partene skal samarbeide om kontinuerlig kvalitetsforbedring og utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

Se retningslinje 4: «*Gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering*» som er vedlagt denne avtalen.

2.5 Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, punkt 7)

Tjenesteavtalen skal legge til rette for at det utvikles felles tiltak for å styrke kunnskap, utvikle helsetjenesten og gjøre tjenesten i stand til å møte fremtidige utfordringer. Det skal bygges opp kompetanse hos personell i helse- og omsorgstjenesten, og legges til rette for forskning, utdanning og innovasjon som understøtter overordnede strategiske føringer.

Se retningslinje 5: «*Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid*» som er vedlagt denne avtalen.

2.6 Samarbeid om jordmortjenester

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, punkt 8)

Gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig, forutsigbar og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg etter gjeldende retningslinjer. Retningslinjen skal avklare oppgavedeling mellom UNN og kommunene, kartlegge behov for kompetanse og reduserer risiko for uønskede hendelser for familien.

Se retningslinje 6: «*Samarbeid om jordmortjenester*» som er vedlagt denne avtalen.

2.7 Samarbeid om IKT-løsninger lokalt

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, punkt 9)

Gjennom denne avtalen forplikter partnerne seg til å bruke tilgjengelig IKT-verktøy for utveksling av pasientrelatert informasjon, samt kvalitetssikre systemene slik at man sikrer at rett pasientinformasjon er tilgjengelig i behandlingsskjeden i rett tid.

Se retningslinje 7: «*Samarbeid om IKT-løsninger lokalt*» som er vedlagt denne avtalen.

2.8 Samarbeid om forebygging

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, punkt 10)

Denne retningslinjen har som formål å avklare og konkretisere UNN og kommunens oppgaver og ansvar for forebygging, folkehelsearbeid og smittevern i tråd med lovverk og forskrifter, og bidra til å styrke samarbeidet om det helsefremmende og forebyggende arbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Se retningslinje 8: «*Samarbeid om forebygging*» som er vedlagt denne avtalen.

2.9 Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, punkt 11)

Formålet med disse retningslinjene er å sikre samarbeid mellom kommunen og UNN om beredskapsplaner og akuttmedisinsk beredskap der dette er nødvendig og forsvarlig. Samarbeidet skal sikre utvikling av samarbeidet innenfor krise- og katastrofeberedskap og bidra til utvikling av den akuttmedisinske kjeden.

Se retningslinje 9: «*Beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden*» som er vedlagt denne avtalen.



VEDLEGG TIL SAMARBEIDSAVTALE MELLOM KOMMUNENE OG UNN

Sist oppdatert: 06.06.2023

RETNINGSLINJE nr. 1:

Oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommunen og UNN

1. Forankring

Denne retningslinjen er laget i samarbeid mellom kommunen og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i medhold av Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN. Retningslinjen er forankret i samarbeidsavtalen del 2 punkt 2.1.

2. Formål

Formålet med retningslinjen er å sikre samarbeid mellom kommunen og UNN om oppgave- og ansvarsfordeling, og sikre at forslag om oppgaveføring mellom partnerne følger fastsatt prosedyre, vedtatt av tidligere Overordnet samarbeidsorgan (erstattet av Strategisk samarbeidsutvalg i helsefelleskapsstrukturen).

2.1 Generelt

UNN skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i Troms og Ofoten tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, jf. [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(sphl\) § 2-1 a](#).

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(hol\) §§ 3-1, 3-2 og 3-3](#).

Partnerne har begge ansvar for å initiere, tilrettelegge for og ivareta samarbeid med andre instanser når dette anses som nødvendig utfra pasientens situasjon, jf. [hol §§ 3-3- a og 3-4](#), og [sphl §§ 2-1 e og 2-1 f](#).

2.2 Særskilte fag- og tjenesteområder

Samhandling innenfor enkelte fag- og tjeneste områder reguleres særskilt i egne retningslinjer. Dette gjelder:

- Svangerskaps-, barsel- og fødselsomsorg, se retningslinje 6 (*tidligere tjenesteavtale 8*).
- Rus og psykisk helse, se retningslinje 2 (*sammenslått av tidligere tjenesteavtaler 2, 3 og 5*). Fagområdet er ikke lenger skilt ut som egen del, men integrert i retningslinje for samarbeid omkring behandlingsforløp.
- Akuttmedisinske tjenester, se retningslinje 9 (*tidligere tjenesteavtale 11*).

- Kommunalt tilbud om døgnopphold og øyeblikkelig hjelp, se retningslinje 3 (*tidligere tjenesteavtale 4*)
- Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, se retningslinje 2 (*sammenslått av tidligere tjenesteavtaler 2, 3 og 5*). Fagområdet er ikke lenger skilt ut som egen del, men integrert i retningslinje for samarbeid omkring behandlingsforløp.

3. Overføring av oppgaver mellom partnerne

For å oppnå effektiv pasientbehandling av god kvalitet kan partnerne bli enige om at oppgaver som tradisjonelt har ligget til den ene kan overføres til den andre partneren. Slik overføring må være forsvarlig, gi merverdi for pasientgruppen og skal ikke gå ut over behandlingskvaliteten. Overføring av oppgaver kan gå begge veier.

Det medisinskfaglige ansvaret følger oppgaven, og overføres samtidig.

Partneren som avgir oppgaven plikter å bidra til opplæring, råd og veiledning. Eventuell overføring av kompetanse mellom partnerne eller behov for rekruttering skal være avklart.

Implementering og oppfølging av avtalen i egen organisasjon er et lederansvar.

3.1 Overordnede føringer

Partnerne er enige om følgende prinsipper for all overføring av oppgaver og/eller ansvar:

- Endring i oppgave/ansvarsforhold skal gi like god eller bedre tjenester for pasientene.
- Endringen skal være faglig forsvarlig.
- Økonomiske og juridiske forhold skal være avklart før en oppgave overføres.
- Endringen skal være basert på enighet mellom partnerne.
- Oppgaven bør ha et visst volum/omfang.
- Endringen bør kunne gjøres gjeldende for alle kommuner eller aktuelle enheter i UNN.
- Dersom fastlegene berøres av endringen skal forslag om oppgaveoverføring framlegges til Fastlegerådet for vurdering, jf. normgivende samarbeidsrutiner for fastleger og UNN.

Ansvar for enkeltoppgaver som inngår i behandlingsforløp for enkeltpasienter berøres ikke av denne retningslinjen, men avtales direkte mellom kommunen og UNN i hvert enkelt tilfelle.

3.2 Fremgangsmåte ved ønske om oppgaveoverføring

Forslag om overføring av oppgave kan fremmes av kommune, fastlege, UNN, pasient, pårørende eller andre brukere. Forslag fremmes på eget skjema, se [Forslag til oppgaveoverføring](#). Informasjon og skjema er også tilgjengelig via [helsefellesskapets samhandlingsressurser](#) (rutiner og retningslinjer).

Saksgang

Forslag om overføring av oppgave sendes helsefellesskapets sekretariat.

Sekretariatet vurderer forslaget opp mot vedtatte prinsipper for oppgaveoverføring, jf. blant annet punkt 2.1.3 i samarbeidsavtalen mellom kommunene og UNN. Dersom forslaget ikke oppfyller kriteriene sender sekretariatet svar til forslagstiller med begrunnelse for hvorfor endringen ikke kan gjennomføres som foreslått.

Dersom forslaget vurderes å kunne oppfylle kriteriene oppretter helsefellesskapets strategiske samarbeidsutvalg (SSU) et partssammensatt faglig utvalg som skal utrede og avklare faglige, organisatoriske, økonomiske og juridiske sider av oppgaveoverføringen.

Partssammensatt faglig utvalg for vurdering av forslag til oppgaveoverføring bør som utgangspunkt ha følgende sammensetning:

- Medisinskfaglig kompetanse fra både UNN og kommune
- Helse- og omsorgsfaglig kompetanse fra både UNN og kommune (f.eks. sykepleier)
- Juridisk kompetanse
- Økonomisk kompetanse
- Brukerrepresentant
- Tillitsvalgte

Det må innhentes uttalelse fra de berørte enheter. Eventuelt kan utvalget innhente representanter fra berørte enheter ved behandling av forslag som berører disse.

Dersom utvalget, etter utredning, innstiller på at overføringen av oppgave skal gjennomføres, legges saken frem for SSU til behandling. Oppgaveoverføring som berører fastlegene, skal vurderes av fastlegerådet i forkant. Dersom samarbeidsutvalget eller SSU mener det er nødvendig skal forslaget sendes på høring før endelig behandling i SSU.

SSU kan gjennom konsensus vedta at oppgave skal overføres i tråd med forslaget, under forutsetning av at helsefellesskapets vedtekter § 4, andre ledd, er overholdt.

4. Spesialisthelsetjeneste utført av kommunen

Kommunen kan på forespørsel fra UNN midlertidig overta og utføre spesialisert pasientbehandling som er initiert, ordinert og startet opp i sykehuset. Tjenestetilbudet skal faglig være minst like godt som tilbudet pasienten ville fått ved å reise til helseforetakets lokalisasjon. Pasienten må samtykke i at aktuelle spesialisthelsetjenestetilbud ytes i kommunen.

Før en spesialisthelsetjenesteoppgave overtas av kommunen skal det være inngått skriftlig avtale. Avtalen skal være lederforankret og avklare partnernes ansvar og oppgaver med hensyn til:

- Medisinskfaglig ansvar
- Brukermedvirkning
- Kompetansebehov og opplæring
- Rapportering og tilgang til DIPS Arena
- Faglige rutiner og prosedyrer
- Bestilling og levering av medikamenter og nødvendig utstyr
- Øvrige praktiske forhold
- Kostnadsfordeling: Avtalen skal sikre at kommunen får dekket sine merkostnader når spesialisthelsetjenester ytes i kommune.

Kommunalt utført spesialisthelsetjeneste kan inngå i helseforetakets beregningsgrunnlag for innsatsstyrt finansiering (ISF) når tjenestetilbudet er regulert i avtale, jf. ISF-regelverk 2023, punkt 4.3.6.

5. Brukermedvirkning

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN

6. Avvik

Det vises til Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN vedrørende avvik og håndtering av uenighet.

7. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.

8. Varighet, revisjon og oppsigelse

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.



VEDLEGG TIL SAMARBEIDSAVTALE MELLOM KOMMUNENE OG UNN

Sist oppdatert: 06.06.2023

RETNINGSLINJE nr. 2:

Samarbeid omkring behandlingsforløp

Innhold

1. Forankring og formål	2
2. Henvisning, innleggelse, og pasienttransport døgnoophold.....	2
2.1 Henvisningsrutiner	2
2.2 Innleggelsesrutiner.....	3
2.3 Pasienttransport	3
3. Utredning og behandling under døgnoophold.....	4
3.1 Mens pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten	4
3.2 Kommunikasjon/informasjon under innleggelse omkring pasienter med koordineringsbehov	4
3.2.1 Koordinerende enheter	4
3.2.2 Individuell plan	5
3.2.3 Koordinator og tverrfaglig oppfølgingsteam/ ansvarsgruppe	6
3.2.4 Pasienter med behov for kommunal ledsager under innleggelsen	6
4. Utskriving etter døgnoophold	7
4.1 Planlegge utskrivning og oppfølging.....	7
4.1.1 Dokumentasjon og informasjon	7
4.1.2 Utstyr, medisiner, tekniske hjelpemidler og behandlingshjelpemidler	8
4.1.3 Pasienttransport ved utskrivning.....	9
5. Barn og unge.....	9
5.1 Barn og unge som pasient	9
5.1.1 Koordinering omkring barn som mottar flere tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunen (samarbeid med andre velferdstjenester)	9
5.1.1.1 Samarbeid med andre velferdstjenester.....	9
5.1.1.2 Barnekoordinator	9
5.1.1.3 Barn og unges brukermedvirkning	10

5.1.2	Barnevernansvarlig funksjon	10
5.2	Barn som pårørende.....	11
6.	Pasient- og pårørendeopplæring/støtte	11
7.	Brukermedvirkning.....	12
8.	Avvik	12
9.	Uenighet	12
10.	Varighet, revisjon og oppsigelse.....	12

1. Forankring og formål

Denne retningslinjen er laget i samarbeid mellom kommunen og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i medhold av Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN. Retningslinjen er forankret i samarbeidsavtalens del 2 punkt 2.2.

Retningslinjen er inngått i medhold av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) m.m. § 6-2 nr. 2, 3, 5 og 13. Formålet med retningslinjen er å

- klargjøre ansvar og oppgaver vedrørende opphold i, og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, av pasienter innen somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern
- klargjøre ansvar og oppgaver ved henvisning, utredning og behandling i sykehus
- sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester
- sikre koordinerte tjenester til barn, unge og deres familie

Retningslinjen skal bidra til

- at pasienten skal oppleve en best mulig sammenhengende og koordinert helsetjeneste
- et løsningsfokusert samarbeid med og om pasienter med forventet behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten slik at pasienten, uten forsinkelser, får et godt tilbud på riktig sted.
- å sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene samtidig som personvernet til den enkelte pasient ivaretas.
- å redusere risikoen for uheldige hendelser.

Informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune skal foregå elektronisk. Nasjonalt godkjente fagspesifikke maler benyttes. Prosedyre for ikke-elektronisk informasjonsutveksling benyttes når elektronisk meldingsutveksling ikke er mulig å bruke. Muntlig kommunikasjon skal også dokumenteres i pasientjournal.

2. Henvisning, innleggelse, og pasienttransport døgnoophold

2.1 Henvisningsrutiner

Kommunehelsetjenestens ansvar og oppgaver:

- Henvisning skal inneholde relevant og nødvendig informasjon slik at den kan vurderes med utgangspunkt i nasjonale prioriteringsveiledere.

UNNs ansvar og oppgaver:

- Ved behov, innhente supplerende opplysninger fra pasient, institusjon, hjemmetjeneste, fastlege, tilsynslege og pårørende.
- Vurdere pasientens rett til helsehjelp ut fra gjeldende forskrifter og prioriteringsveiledere.

2.2 Innleggelsesrutiner

UNNs ansvar og oppgaver

- Ved innleggelse av pasienter som mottar kommunale helsetjenester, sendes melding om innlagt pasient til kommunen så snart det er avklart at pasienten legges inn (logistikkmelding).
- For pasienter med forventet/endret behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal det sendes tidligmelding (Helseopplysning PLO) til kommunens saksbehandlertjeneste innen 24 timer etter innleggelse, eller innen 24 timer etter at behov er oppdaget.

Tidligmelding (Helseopplysning PLO) skal inneholde

- pasientens innleggelsesårsak og status
- antatt utrednings- og behandlingsforløp
- forventet utskrivningstidspunkt.
- Dersom pasientens bolig antas å ikke være egnet ved utskrivning, eller pasienten ikke har bolig, skal varselet også opplyse om dette.

Kommunens ansvar og oppgaver

- Innleggelsesrapport skal sendes så snart som mulig, og seinest innen 24 timer som svar på melding om innlagt pasient.
- Innleggelsesrapporten skal inneholde nødvendige og oppdaterte opplysninger om hvilke kommunale helsetjenester pasienten mottar og kontaktinformasjon til aktuell tjenesteenhet i kommunen. Det skal også gis en beskrivelse av helsetilstand/ aktuelle problemstillinger, samt kommunens vurdering av pasientens behov og funksjonsnivå forut for innleggelsen. Kommunen kan sende innleggelsesrapport før mottatt melding om innlagt pasient, når det er planlagt eller sannsynlig at pasienten legges inn.
- For pasienter som innlegges fra kommunal institusjon må det framkomme om dette er en langtids- eller korttidsplass. Hvis korttidsplass skal det opplyses om hvor lenge pasienten beholder dette institusjonstilbudet.

2.3 Pasienttransport

Rekvisisjon for pasientreise skal bare utstedes til pasienter som har behov for tilrettelagt transport av helsemessige årsaker. Pasienttransporten skal være tilpasset pasientens tilstand og behov, og utføres på en forsvarlig og omsorgsfull måte.

Alle helsepersonell kan rekvirere pasienttransport til pasienter, men det er kun de ansvarlige behandlerne som kan attestere behovet for rekvirert transport, selv om for eksempel helsesekretær fyller ut selve rekvisisjonen. Hovedregelen er at behandler i primærhelsetjenesten utsteder rekvisisjon til førstegangsbehandling hos spesialisthelsetjenesten når det rekvireres på medisinsk grunnlag. Dersom pasienten skal følges opp videre av behandler i sykehuset, er det denne som skal rekvirere transport. Det kan forekomme unntak for reiser til noen typer behandlinger i enkelte områder. Ta kontakt med lokalt pasientreisekontor på telefon 05515 ved spørsmål om rekvirering og rekvisisjonspraksis. Det vises også til [Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger og UNN](#) (Samarbeidsnormen), punkt 7.

3. Utredning og behandling under døgnopphold

3.1 Mens pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten

Partnerne har begge et ansvar for å ta en aktiv rolle i planlegging av utskrivning og oppfølging av pasientens prosess i tilknytning til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten.

UNNs ansvar og oppgaver

- UNN skal vurdere og beskrive pasientens funksjonsnivå (fysisk/kognitivt), og konkretisere behov for bistand slik at kommunen har et godt grunnlag for å vurdere hvilke tjenester de skal tilby.
- Dersom pasienten ikke ønsker å skrives ut til hjemkommunen etter sykehusinnleggelsen må det avklares så tidlig som mulig hvilken kommune pasienten ønsker opphold i, og den aktuelle kommunen må varsles i god tid før utskrivning.
- UNN skal ikke legge føringer/skape forventninger for de kommunale tjenestene til pasienten etter utreise. Dette gjelder både tjenestenivå og type tilbud. Det skal ikke loves tjenester verken til pasient, pårørende eller kommunen.
- For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal UNN før pasienten er utskrivningsklar, innkalle til samarbeidsmøte med relevante samarbeidspartnere for å starte arbeidet med å utarbeide en samlet plan for videre behandling og oppfølging, herunder plan for eventuell samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten.
- For andre pasienter med særlig omfattende problemstillinger skal UNN starte planlegging av utskrivning så tidlig som mulig under innleggelsen. Avklaring av oppfølging etter utskrivning kan gjøres gjennom både skriftlig (elektronisk) og muntlig dialog. Når problemstillingene er så komplekse at oppfølging mer effektivt kan avklares gjennom dialog, kan partnerne avtale at det gjennomføres samarbeidsmøte. UNN har ansvar for å skrive en oppsummering fra samarbeidsmøtet og sende til kommunen så raskt som mulig.
- I samarbeidsmøtet bør følgende vurderes og avklares:
 - Behov for hjelpemidler, hastegrad, varighet og hvem som skaffer hjelpemidlene.
 - Behov for koordinator, tverrfaglig oppfølgingsteam og individuell plan (se eget punkt om koordinator og individuell plan).

Kommunens ansvar og oppgaver:

- Ta imot meldinger om behov, saksbehandle og tildele helse- og omsorgstjenester til pasienter etter utskrivning.
- Delta i samarbeidsmøter og koordinere de kommunale helse og omsorgstjenestene. Utpeke koordinator hvis det er avklart behov for dette, og kommunal tjeneste er igangsatt, eller planlagt igangsatt.
- Ved behov kartlegge pasientens bolig og behov for tekniske hjelpemidler og/eller behandlingshjelpemidler ved utskrivning i dialog med pasient, pårørende og UNN.

3.2 Kommunikasjon/informasjon under innleggelse omkring pasienter med koordineringsbehov

Det er utarbeidet en lokal retningslinje særskilt for [samarbeidet omkring individuell plan og koordinator](#).

3.2.1 Koordinerende enheter

Felles ansvar:

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 tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer, jf nasjonal veileder. Enhetenes overordnede ansvar for individuell plan og koordinator er sentralt. Ansvarer omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering. De koordinerende enhetene skal:

- Ha gjensidig kontakt og samarbeid gjennom faste kontaktpunkter, møteplasser og systematisk informasjonsutveksling.
- Utarbeide interne retningslinjer for arbeidet med individuell plan og koordinator i henholdsvis kommunen og i UNN.
- Utarbeide felles retningslinjer for samarbeid, ansvar og arbeidsfordeling mellom UNN og kommunen. Retningslinjene skal gjøres kjent for tjenesteytere hos begge partnere.
- Ta imot meldinger om tjenestemottakere som har behov for individuell plan og koordinator.
- Ha oppdatert kontaktinformasjon tilgjengelig på organisasjonens nettsider.

UNNs ansvar:

- Koordinerende enhet i helseforetaket skal ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen.
- Koordinerende enhet i helseforetaket skal bistå de kliniske enhetene i UNN med oppnevning av koordinator, og for opplæring og veiledning av koordinator, samt ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan.

Kommunens ansvar:

- Koordinerende enhet i kommunen skal ha oversikt over tilbud innen habilitering og rehabilitering
- Koordinerende enhet i kommunen skal ha overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator og barnekoordinator, samt arbeidet med individuell plan.

3.2.2 Individuell plan

Felles ansvar:

- Begge partnere plikter å spørre tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester om de ønsker individuell plan dersom vilkåret er oppfylt.
- Aktuell tjenestemottaker skal kun ha én individuell plan som inkluderer tiltak på alle nivåer. Individuell plan skal eventuelt komme i tillegg til pasientens behandlingsplan, og skal ikke erstatte denne.
- Partnerne plikter å samarbeide om utarbeidelsen av individuell plan der tjenestemottaker mottar helsetjenester fra begge nivåer.

Kommunens ansvar:

- Kommunen har ansvar for at tjenestemottakere ved behov får tilbud om individuell plan og for at arbeidet med planen igangsettes og koordineres.
- Har tjenestemottakeren også behov for andre tjenester enn fra helse- og omsorgssektoren, skal kommunens helse- og omsorgstjeneste, og UNN hvis de er involvert, samarbeide med de aktuelle tjenesteyterne.

UNNs ansvar:

- Når helseforetaket ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både etter helse- og omsorgstjenesteloven og etter spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering varsles så snart som mulig.
- Påbegynne arbeid med individuell plan for pasienter som har rett til individuell plan, men som på dette tidspunktet ikke mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.

- Helseforetaket skal, ved behov, medvirke i utarbeidelsen og videre arbeid med individuell plan. Der kommuner benytter digitale verktøy for individuell plan skal UNN, så langt det er hensiktsmessig, delta i dette.

3.2.3 Koordinator og tverrfaglig oppfølgingsteam/ ansvarsgruppe

Spesialisthelsetjenesten sitt ansvar:

- UNN skal tilby koordinator til pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven. Med dette menes to eller flere samtidige spesialisthelsetjenester over en viss varighet, uten at det behøver å være varig.
- Koordinatoren skal være helsepersonell.
- Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og ovenfor andre tjenesteytere, samt sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.
- Dersom tjenestemottaker også mottar tjenester i kommunen skal koordinator i UNN snarest mulig varsle koordinerende enhet i kommunen og melde behovet for koordinator og/eller individuell plan.
 - Kontaktinformasjon til koordinerende enhet i kommunene finnes på nettsidene til [koordinerende enhet i UNN](#). Dersom kommunen krever skriftlig søknad fra brukere som ønsker individuell plan, skal spesialisthelsetjenesten bistå pasienten med å søke.
- Koordinatoren i sykehuset skal samarbeide med barnekoordinator eller koordinator i kommunen dersom dette er oppnevnt, blant annet i arbeid med IP.

Kommunen sitt ansvar:

- Kommunen skal tilby koordinator og tverrfaglig oppfølgingsteam/ ansvarsgruppe til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Dette gjelder uavhengig av om tjenestemottakeren ønsker individuell plan.
- Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte tjenestemottaker. Koordinator skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.
- Dersom tjenestemottaker i tillegg har behov for koordinator i spesialisthelsetjenesten skal koordinator i kommunen snarest mulig varsle koordinerende enhet i UNN og melde behovet for koordinator/deltakelse i individuell plan.
- For familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, skal kommunen oppnevne en barnekoordinator dersom foreldrene eller den som samtykker på vegne av barnet, ønsker dette. Se punkt 5.2 for mer informasjon om barnekoordinator.

3.2.4 Pasienter med behov for kommunal ledsager under innleggelsen

Felles ansvar

UNN og kommunene har i fellesskap utarbeidet retningslinjer for situasjoner der pasienter trenger kommunalt ansatt ledsager med seg under utredning eller behandling i sykehuset:

<https://helsefellesskapet.no/samhandlingsressurser/>. Skjema for vurdering, plan og avtale om ledsager, samt skjema for fakturering av kommunal vakt er integrert i denne retningslinja. Det er også utarbeidet et e-læringskurs som gjennomgår ansvarsfordeling, arbeidsoppgaver og dokumentasjon. Man finner e-læringskurset ved å følge lenke ovenfor.

4. Utskriving etter døgnopphold

4.1 Planlegge utskrivning og oppfølging

UNNs ansvar og oppgaver:

Vurdere når pasienten er utskrivningsklar. Kriterier for når en pasient er utskrivningsklar fremgår av [«forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter»](#). En pasient er utskrivningsklar når lege eller psykolog i UNN vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Følgende punkter skal være vurdert, avklart, dokumentert og oversendt kommunen via Helseopplysning PLO:

- Problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege.
- Øvrige problemstillinger som har fremkommet under oppholdet.
- Dersom det er spørsmål som ikke kan avklares, skal dette redegjøres for.
- Beskrivelse av relevante diagnose(r) og en videre plan for oppfølging av pasienten.
- Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet fremtidig utvikling.

For pasienter i psykisk helsevern skal pågående tvangstiltak og bruk av tvangsmidler som ikke kan videreføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten være avsluttet før pasienten er utskrivningsklar. Spørsmål om videreføring av tvangsmidler skal avklares med kommune før utskrivelse. Melding om utskrivningsklar pasient skal inneholde opplysninger i henhold til 3.1 (Helseopplysninger ved søknad). Meldingen skal sendes fortrinnsvis mellom kl. 8-14 på virkedag. Ved nedetid i meldingssystemet brukes nødprosedyre.

Egensøknad om kommunale tjenester baseres på opplysninger formidlet elektronisk under sykehusoppholdet. Pasienten søker selv om kommunale helsetjenester. Sykehuset kan bistå pasienten ved behov.

Dersom helsetilstanden til en pasient som er meldt utskrivningsklar endrer seg, slik at vedkommende ikke lenger er utskrivningsklar, skal UNN omgående sende elektronisk varsel til kommunen om dette (avmelding). Når pasienten igjen er utskrivningsklar, sendes nytt varsel med oppdaterte helseopplysninger til kommunen.

Kommunens ansvar og oppgaver:

- Kommunen skal svare på mottatt melding om utskrivningsklar pasient på virkedager mellom 08-15.
- Kommunen skal sørge for at utskrivningsklare pasienter kan mottas til rett kommunalt omsorgsnivå så snart som mulig etter at de er vurdert som utskrivningsklare.
- Kommunen skal informere pasient og kontaktperson i behandlende enhet om kommunal saksgang og vedtak som har betydning for pasientens utskrivning. Herunder om det er utgifter for pasienten tilknyttet det kommunale tilbudet.
- Kommunen kontrollerer at pasienten oppfyller de avtalte kriteriene for utskrivningsklare pasienter.
- Kommunen kan kreve redegjørelse for sykehusets vurderinger, jf. forskrift om utskrivningsklare pasienter § 14.

4.1.1 Dokumentasjon og informasjon

UNNs ansvar og oppgaver

Varsle aktuell instans i kommunen om at pasienten kan skrives ut etter innleggelse eller poliklinisk vurdering.

UNN har ansvar for å sende følgende dokumentasjon og informasjon til kommunen:

- Medisinske opplysninger, legemiddelliste og fagrapporter som er avgjørende for umiddelbar oppfølging i kommunen skal følge pasienten ved utskrivning. Resultater fra prøver eller annen informasjon som ikke foreligger ved utskrivning, ettersendes straks de foreligger. Behandlerens vurdering og anbefalinger sendes sammen med opplysningene.
- Epikriser, eventuelt foreløpig epikrise/pasientorientering ved utreise, sendes fra sykehuset i tråd med Forskrift om pasientjournal § 9 og Helsepersonelloven § 45. Epikrise sendes elektronisk til helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.
- Relevant informasjon vedrørende behandling, samvalg, planer og sannsynlig videre forløp som er gitt til pasient, pårørende, inkludert barn som pårørende¹, skal være dokumentert i journal og oversendt til kommunen i PLO-melding.

4.1.2 Utstyr, medisiner, tekniske hjelpemidler og behandlingshjelpemidler

Felles ansvar og oppgaver

Samarbeide om kartlegging av hjelpemidler ut fra vurdering av pasientens behov og avklare hvem som iverksetter bestilling av nødvendig teknisk utstyr.

Tekniske hjelpemidler

Det er utviklet en felles prosedyre for formidling av tekniske hjelpemidler.

Prosedyren omfatter ansvarsfordeling mellom UNN og kommunen, vurdering av varighet og hastegrad for hjelpemiddelbehovet, samt framgangsmåte ved henholdsvis hastesak, varig behov og korttidsutlån. Det er også et punkt om "Ofte stilte spørsmål" der det gis eksempler på hvordan utfordringer i samarbeidet omkring hjelpemiddelformidling har blitt løst tidligere. www.unn.no/samhandling

- 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](#).

Behandlingshjelpemidler²

UNNs ansvar:

- Sørge for at pasienten har tilstrekkelig medisinsk-teknisk utstyr og tilhørende forbruksmateriell ved utskrivelse av pasient.
- Sørge for nødvendig opplæring av pasient/pårørende og ansatte i kommunehelsetjenesten
- Det er utstyrseier (UNN) som er ansvarlig for at anlegg er i orden før utstyr utplasseres.

Kommunens ansvar:

- Legge til rette for at ansatte får tilgang til nødvendig kunnskap og opplæring i og bruk av behandlingshjelpemidler

Elektroniske/digitale hjelpemidler/velferdsteknologi

Partnerne forplikter seg til å samarbeide rundt relevante hjelpemidler i denne kategorien og legge en plan for bruk.

¹ I henhold til retningslinje for barn som pårørende

² Se nettsiden for [behandlingshjelpemidler](#)

4.1.3 Pasienttransport ved utskriving

UNNs ansvar:

- Rekvirere pasienttransport tilpasset pasientens funksjonsnivå/tilstand. Behandlende lege vurderer om det er medisinsk nødvendig med ledsager under transport.
 - Ved transport til privat hjem gjelder ansvaret inntil pasienten har kommet inn i hjemmet.
 - Ved transport til kommunal institusjon, overføres ansvaret til kommunen når pasienten er tatt imot av kommunalt personell.

5. Barn og unge

5.1 Barn og unge som pasient

Samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene (Helse, og omsorgstjenesteloven §6-2.13),

5.1.1 Koordinering omkring barn som mottar flere tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunen (samarbeid med andre velferdstjenester)

UNNs ansvar

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal det tilbys koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven §2-5a. Det er spesialisthelsetjenestens ansvar å koordinere internt under oppholdet, og eksternt med de som skal følge opp etter utskriving. Dersom behovet for kontinuitet og sammenheng i forløpet tilsier det, skal koordinator i spesialisthelsetjenesten samhandle med personell og instanser utenfor institusjonen som har eller vil få et behandlings- eller oppfølgingsansvar for pasienten.

Kommunens ansvar

Samordningsplikten lovfester et ansvar for kommunen til å sørge for at den enkelte tjenestemottaker får et samordnet tjenestetilbud. Samordningsplikten gjelder når tjenestene har [plikt til å samarbeide på individnivå](#). Samordningsplikten skal sørge for at en kommunal tjeneste får hovedansvaret for samordningen av tjenestene.

Kommunen skal samordne både kommunale, private, fylkeskommunale og statlige velferdstjenester. Kommunen skal beslutte hvilken velferdstjeneste som skal samordne tilbudet. Det må avklares om barnet/ungdommen oppfyller retten til barnekoordinator og Individuell plan.

5.1.1.1 Samarbeid med andre velferdstjenester

Det må lages rutiner på systemnivå som legger til rette for godt samarbeid i pasientforløp. Der en av samarbeidspartnerne ønsker/finder det hensiktsmessig utarbeides lokale samarbeidsavtaler.

5.1.1.2 Barnekoordinator

Familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, har rett til barnekoordinator i kommunen etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 c. Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier - Helsedirektoratet](#)

UNNs ansvar

UNN har plikt til å informere foreldre/foresatte om retten til barnekoordinator, og melde ifra til kommunen, om behov for koordinator. når det er sannsynlig eller åpenbart at behovet er der. UNN skal samarbeide med kommunen rundt koordinering av tjenester.

Kommunens ansvar

For familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, skal kommunen oppnevne en barnekoordinator dersom foreldrene eller den som samtykker på vegne av barnet, ønsker dette.

Barnekoordinatoren skal sørge for koordinering av det samlede tjenestetilbudet som familien, barnet og ungdommen mottar, dette innebærer blant annet at barnekoordinatoren skal sørge for nødvendig samarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre velferdstjenester, der dette er nødvendig for å tilby et koordinert tjenestetilbud. Kommunens plikt til å oppnevne barnekoordinator gjelder frem til barnet fyller 18 år.

Barnekoordinator skal sørge for:

- a. koordinering av det samlede tjenestetilbudet,
- b. å ha oversikt over og bidra aktivt til å ivareta kommunens ansvar for nødvendig oppfølging og tilrettelegging for familien og barnet i form av tilbud om eller ytelse av helse og omsorgstjenester og andre velferdstjenester,
- c. at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om helse- og omsorgstjenestetilbudet, d. at familien og barnet får nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om andre velferdstjenester og relevante pasient- og brukerorganisasjoner, at familien og barnet gis veiledning i deres kontakt med disse, og at det formidles kontakt eller henvisning videre til slike tjenester eller organisasjoner og
- e. fremdrift i arbeidet med individuell plan.

5.1.1.3 Barn og unges brukermedvirkning

På individnivå skal tjenestene skal sørge for at barnet, ungdommen og foreldre får gitt uttrykk for sine behov, ønsker og synspunkter. Barnets rett til å bli hørt og barnets beste er grunnleggende hensyn

- ved samarbeid uten at samarbeidet er knyttet til en enkeltsak (samarbeid på systemnivå)
- når det samarbeides med andre velferdstjenester i enkeltsaker (samarbeid på individnivå)
- ved avgjørelse av hvem som skal samordne tjenestetilbudet
- ved oppfyllelse av rett til barnekoordinator, alminnelig koordinator og individuell plan.

5.1.2 Barnevernansvarlig funksjon

Helse Nord RHF skal etablere funksjonen barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge, for å ivareta samarbeid med barneverninstitusjoner. I UNN er barnevernansvarlig funksjon lagt til seksjonsledere for hver barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Barnevernansvarlig bør ivareta følgende oppgaver:

- Barnevernansvarlig er kontaktperson for den enkelte barneverninstitusjon, samt asylmottak for enslige mindreårige (15-18 år), og samarbeidspartner for helseansvarlig ved institusjonen/mottaket.
- Samarbeide med kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Gi generelle råd og veiledning om psykisk helse.
- Bistå med å etablere rutiner for å kartlegge behov for helsehjelp.
- Bistå med å avklare behov for helsehjelp fra psykiske helsetjenester.

- Bistå med å tilpasse helsehjelpen slik at den er fleksibel og tilpasset barnets behov.

Etablering av barnevernansvarlig i psykisk helsevern barn og unge må ses i sammenheng med at det er innført helseansvarlig ved alle barneverninstitusjoner. Dette vil være en naturlig samarbeidspartner for barnevernansvarlig i psykisk helsevern for barn og unge.

[Helseansvarlig i barneverninstitusjon og omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere - Retningslinjer | Bufdir](#)

5.2 Barn som pårørende

Felles ansvar:

UNN og kommunene skal samarbeide om å identifisere og kartlegge, iverksette tiltak og samhandle om barn som pårørende.

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 informasjon og oppfølgingsbehov skal ivaretas i henhold til lovverk, veiledere og egne prosedyrer for dette. Veiledning rundt ansvaret framkommer i [Pårørendeveileder](#).

Arbeidet med barn som pårørende skal være basert på samtykke.

UNNs ansvar

- UNN skal følge utarbeidede prosedyrer for samhandling om barn som pårørende.
- UNN har ansvar for at relevante og nødvendige opplysninger for å ivareta barn som pårørende/søsken gis til samarbeidende personell i kommunen.
- Informasjon om barns behov for oppfølging skal overføres via elektronisk meldeskjema i pasientjournal.

Kommunens ansvar

- Kommunen skal ha systemer som sikrer oppfølging av barn som pårørende.
- Kommunen har plikt til å organisere arbeidet omkring barn som pårørende i kommunen, herunder utarbeide og implementere prosedyrer for barn som pårørende. Prosedyren skal gjøres kjent for helsepersonell i kommunen.
- Kommunen 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 anbefales å opprette barneansvarlig personell i relevante tjenester (se pårørendeveilederens punkt 2.1. Kap. 2 s. 15).

6. Pasient- og pårørendeopplæring/støtte

Felles ansvar:

UNN og kommunene skal

- 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.

UNNs ansvar:

- Tilby helsepedagogiske kurs for helsepersonell.
- Ha en plan for støtte og oppfølging av pårørende.

Kommunens ansvar:

Tilby tjenester som bidrar til å støtte pårørende slik at de kan mestre å stå i utfordrende omsorgssituasjoner over tid. Herunder; avlastning, omsorgsstønad, opplæring og veiledning.

7. Brukermedvirkning

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN

8. Avvik

Det vises til Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN vedrørende avvik og håndtering av uenighet.

9. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.

10. Varighet, revisjon og oppsigelse

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.



VEDLEGG TIL SAMARBEIDSAVTALE MELLOM KOMMUNENE OG UNN

Sist oppdatert: 06.06.2023

RETNINGSLINJE nr. 3:

Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (ØHD)

1. Forankring

Denne retningslinjen er laget i samarbeid mellom kommunen og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i medhold av Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN. Retningslinjen er forankret i samarbeidsavtalen del 2 punkt 2.3.

2. Formål

Denne retningslinjen har som formål å avklare og konkretisere UNNs og kommunens oppgaver og ansvar for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, [if. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-5 tredje ledd.](#)

Pasienter som er aktuelle for det kommunale tilbudet er pasienter med forverring av kjente tilstander, med avklart diagnose og funksjonsnivå. Tilbudet omfatter alle pasient- og brukergrupper, med de begrensninger som følger av lokale forhold og pasientens tilstand.

3. Lovgrunnlaget

Kommunens ansvar for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp beskrives i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5, tredje ledd:

«Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.»

4. Kommunens ansvar og beskrivelse av tilbudet

Kommunen har ansvar for at det finnes et tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp for innbyggerne i kommunen. Det er kommunen som har systemansvar, økonomisk ansvar og medisinskfaglig ansvar for tilbudet.

Karlsøy kommune har organisert sitt ØHD-tilbud slik:

(KOMMUNENS BESKRIVELSE AV TILBUDET)

*Samarbeidsavtale med Trondheim
som vertskommune.
Lokalisert Helsehuset.*

5. UNNs ansvar og tilbud

UNN har ansvar for øyeblikkelig-hjelp-tilbudet for de pasienter kommunen ikke kan ta imot. I tilknytning til kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp har UNN plikt til å dekke kommunens behov for råd og veiledning i konkrete pasienttilfeller. Slik veiledning skal være tilgjengelig for kommunens allmennleger på kort varsel. Kontaktinformasjon for veiledning skal være oppdatert og tilgjengelig for kommunen til enhver tid.

Det skal legges til rette for strukturert samarbeid og veiledning mellom sykehuset og kommunen rundt pasienter innlagt i ø-hjelpssenger i kommunen. Dette må skje innenfor rammer som er egnet i praksis både for UNN og kommunen.

UNNs plikter og tilbud etter denne avtalen skal sees i sammenheng med ordningene etter Retningslinjene 4 og 5 om henholdsvis *“gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,”* og *“samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid”*.

UNNs forpliktelser hva gjelder støttefunksjoner, slik som elektronisk samhandling og kliniske tjenester over videokommunikasjon (VK), er nærmere beskrevet i retningslinje 7.

UNN har ansvar for forsvarlig transport av inneliggende pasienter til det kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet.

UNN forplikter seg til å delta i en årlig faglig evaluering av driften ved ø-hjelpssengene. Dette kan gjøres i tilknytning til reforhandling av denne retningslinjen.

6. Samarbeidstiltak (om kompetanse og digitale løsninger)

Partnerne skal holde hverandre informert og sørge for gjensidig veiledning innenfor det enkelte ansvarsområde, jfr. pkt. 8 i samarbeidsavtalen, del 1.

Den annen partner forplikter seg til å bidra ved utarbeidelse av prosedyrer som berører begge partnerne, inkludert prosedyrer hvor kommunene eller helseforetaket overtar oppgaver som tidligere har vært oppgaver for den andre partneren.

7. Brukermedvirkning

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN

8. Avvik

Det vises til Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN vedrørende avvik og håndtering av uenighet.

9. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.

10. Varighet, revisjon og oppsigelse

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.



VEDLEGG TIL SAMARBEIDSAVTALE MELLOM KOMMUNENE OG UNN

Sist oppdatert: 06.06.2023

RETNINGSLINJE nr. 4:

Gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering

1. Forankring

Denne retningslinjen er laget i samarbeid mellom kommunen og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i medhold av Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN. Retningslinjen er forankret i samarbeidsavtalen del 2 punkt 2.4.

2. Formål

Formålet med retningslinjen er å klargjøre UNNs og kommunens ansvar og oppgaver for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, for faglige nettverk og hospitering. I tillegg skal retningslinjen bidra til at partnerne i fellesskap etablerer gode samarbeidsstrukturer, rutiner og samhandlingstiltak på ovenstående områder som vil ha betydning for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten fremover samt bidra til å sikre forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Partnerne skal samarbeide om kontinuerlig kvalitetsforbedring og utvikling av helse- og omsorgstjenestene.

3. Lovgrunnlaget

Helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 8-1, og Lov om spesialisthelsetjenester (sphi) § 3-5 viser til kommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.

Sphi § 6-3 og hol § 5-11 viser til spesialisthelsetjenestens lovpålagte veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

4. Gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, og samarbeid om tiltak for kompetanseutvikling

4.1 Partnerne skal

etablere og videreutvikle samarbeid som omfatter gjensidig kompetanseutvikling, veiledning og informasjonsutveksling. Partnerne er enige om å bygge videre på samhandlingsstrukturer og felles møteplasser som for eksempel:

- Faglige nettverk
- Hospiteringsordninger

- Ambulerende team
- Faglige samarbeidsutvalg

Partnerne forplikter seg til å kartlegge behov for kompetanseutvikling i egen virksomhet, samt lage en kompetanseplan og tiltaksplan for å møte behovene. Egne kompetanseutviklingstiltak gjøres kjent og tilgjengelig for den annen partner der dette anses relevant.

Opprettelse av nye møteplasser mellom partnerne skal i hovedsak avtalte overordnede samhandlingsstrukturer (jf. Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN, generell del pkt. 7). Dette sikrer god forankring og oversikt over eksisterende møteplasser, likeverd mellom partnerne, god ressursutnyttelse og koordinering av kompetanseutviklingstiltak.

Faste eller tidsavgrensede faglige samarbeidsutvalg (FSU) opprettes for å videreutvikle områder som for eksempel retningslinjer for gjensidig hospitering, utvikling av felles møteplasser, kompetanseprogram etc.

Partnerne bør tilstrebe å ha samme digitale plattform som legger til rette for enkel deling av undervisningsmateriale og e-læringsverktøy. Digitale læringsverktøy skal benyttes i tråd med gjeldende regler og lover om personvern og GDPR-forordningen.

Partnerne har gjensidig ansvar for at informasjonsutvekslingen knyttet til partnernes behandlingsansvar understøtter et helhetlig behandlingsforløp for pasienten, og slik at relevant informasjon er tilgjengelig for rett person til rett tid og på rett sted

4.2 UNN skal

- Gi råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendig for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift
- medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, faglig kompetanseutvikling og fagnettverk
- bidra til at det etableres en god, robust og velorganisert samhandlingsstruktur på dette området, herunder tydelige adresser for henvendelser fra kommunen vedrørende kompetanse- og veiledningsbehov.

4.3 Kommunen skal

- Gi råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendig for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift
- medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, faglig kompetanseutvikling og fagnettverk
- bidra til at det etableres en god, robust og velorganisert samhandlingsstruktur på dette området, herunder tydelige adresser for henvendelser fra UNN vedrørende kompetanse- og veiledningsbehov.

5. Videreutvikling av møtearenaer for kompetansebygging og deling av kunnskap

5.1. Faglige nettverk

Fagnettverk kan etableres som møteplasser, både internt i egen virksomhet og på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten, mellom regionale-, lokale-, kommunale- og interkommunale nettverk i regionen. Hensikten er å skape arena for kompetansebygging, erfaringsutveksling, fagutvikling og kvalitetsarbeid.

Partnerne plikter til å holde hverandre orientert om aktivitet i interne faglige nettverk som kan være av betydning for den andre partneren. Både UNN og kommunen må sikre at faglige nettverk i sykehus og kommune ikke blir konkurrerende, men supplerende nettverk. Målgruppe for hvert enkelt fagnettverk må være tydelig definert. God forankring i respektive fagmiljø og ledelse vil være av betydning, samt tydelig avklaring av ressurser til koordineringsansvar. Samarbeid om etablering av flere virtuelle fagnettverk bør vurderes.

5.2 Hospiteringsordninger

Hospitering defineres som et tidsavgrenset opphold på en annen arbeidsplass. Formålet med hospiteringen er at den som hospiterer skal oppdatere sin fagkompetanse eller lære seg noe nytt om arbeidsmåter, teknologi, sette ut teori i praksis.

Partnerne har et gjensidig ansvar for å legge til rette for hospitering ut fra den andre partnerens forespørsel og behov. Etablering av faste hospiteringsordninger bør vurderes, der gjensidig hospitering vektlegges.

5.3 Ambulerende behandlingsteam

Ambulerende behandlingsteam defineres her som tverrfaglig behandling gitt av et team uten at pasienten er innlagt i sykehuset. Tjenestene kan gis av UNN, av kommunen eller av disse i samarbeid. Deltakelse i ambulante behandlingsteam bidrar til gjensidig kunnskaps-deling og kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene.

6. Brukermedvirkning

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN

7. Avvik

Det vises til Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN vedrørende avvik og håndtering av uenighet.

8. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.

9. Varighet, revisjon og oppsigelse

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.



VEDLEGG TIL SAMARBEIDSAVTALE MELLOM KOMMUNENE OG UNN

Sist oppdatert: 06.06.2023

RETNINGSLINJE nr. 5:

Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid

1. Forankring

Denne retningslinjen er laget i samarbeid mellom kommunen og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i medhold av Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN. Retningslinjen er forankret i samarbeidsavtalen del 2 punkt 2.5.

2. Formål

Retningslinjen skal legge til rette for at det utvikles felles tiltak for å styrke kunnskap, utvikle helsetjenesten og gjøre tjenesten i stand til å møte fremtidige utfordringer. Det skal bygges opp kompetanse hos personell i helse- og omsorgstjenesten, og legges til rette for forskning, utdanning og innovasjon som understøtter overordnede strategiske føringer.

Partnerne plikter å sikre medvirkning fra brukere, fagmiljø og tillitsvalgte ved planlegging, gjennomføring og evaluering av denne retningslinjen.

Mye av samarbeidet om forskning, innovasjon og utdanning skjer mellom den enkelte av partnerne i denne avtalen og forsknings- og utdanningsinstitusjonene direkte. Forsknings- og utdanningsinstitusjonene omfattes ikke som samarbeidspartner av denne avtalen, men det bør legges til rette for et godt samordna samarbeid mellom avtalepartnerne og forsknings- og utdanningsinstitusjonene.

3. Lovgrunnlaget

Lov om spesialisthelsetjenesten, helseforetaksloven og helse- og omsorgstjenesteloven definerer partnerners ansvar for forskning og utdanning, og samarbeid om disse oppgavene.

Undervisning og opplæring er definert som oppgaver i spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-5, og 3-10, i tillegg til definering av forskning og utdanning av helsepersonell som lovpålagte oppgaver i § 3-8. Helseforetakslovens §1 viser også til at helseforetakene skal legge til rette for forskning og undervisning.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, slår fast at partnerne skal samarbeide om forskning, utdanning, praksis og læretid. Nærmere bestemmelser om dette, og særlig kommunens plikter, finnes i lovens kap. 8.

4. Ansvar og oppgaver

4.1 Felles forpliktelser

I arbeidet med forskning, utdanning, innovasjon og tjenesteutvikling skal partnerne tilstrebe utprøving og innføring av elektroniske hjelpemidler, e-læringsverktøy, samt nye og tverrprofesjonelle praksisarenaer.

Det er utarbeidet egne samarbeidsavtaler om tilsetting av lege i spesialisering (LIS 1), og om tilrettelegging for lege i spesialisering innen allmenntidrett (ALIS) med behov for tjenesteperiode i UNN, se punkt 5 i denne retningslinjen.

4.2 UNN skal

UNN har en lovfestet plikt til å drive utdanning og forskning i eget helseforetak.

UNN skal stille et gitt antall praksisplasser til studenter fra universiteter og høyskoler, og tilby kunnskapsbasert praksisopplæring og veiledning av god kvalitet. Det skal stilles læreplasser til disposisjon for videregående fagopplæring, samt praksisplasser for studenter fra høyere yrkesfaglig utdanning (tidligere fagskole).

UNN plikter å oppfylle krav til utdanning av helsepersonell på alle nivåer, herunder praksisplasser, samt stillinger for leger i spesialisering, også innen allmenntidrett.

UNN skal drive klinisk pasientnær forskning.

UNN bør medvirke i relevante forskningsprosjekter som er initiert av kommunen.

4.3 Kommunen skal

Kommunen har plikt til å medvirke til kunnskapsbasert praksisopplæring og veiledning av god kvalitet til helsepersonell under grunn-, videre- og etterutdanning. Helse- og omsorgstjenestens ansvar og medvirkning er knyttet til praksisdelen av aktuelle utdanninger.

Kommunen plikter å oppfylle krav til utdanning av helsepersonell, herunder leger i spesialisering, og etablere praksisplasser.

5. Utdanning, rekruttering og stabilisering

Kommuner og helseforetak har et felles ansvar for å utdanne, rekruttere og beholde helsepersonell.

Kommuner og helseforetak må samarbeide med utdanningsinstitusjonene og bidra til å sikre tilstrekkelig med praksisplasser, utdanningsstillinger og læreplasser av god kvalitet. Yrkesgrupper og fagområder der man ser særlige behov, bør prioriteres.

Kommuner og helseforetak må aktivt synliggjøre egne behov for helsepersonell overfor undervisningsinstitusjonene, og skal der det er naturlig samarbeide i dialogen med undervisningsinstitusjonene. Partnerne bør i denne forbindelse sammen avholde faste møter med lokale universitet, høyskole, fagskole og videregående skole.

Både helseforetak og kommuner deltar i programmer for videreutdanning av helsepersonell. For å bidra til å sikre samhandlingskompetanse og effektiv ressursbruk, bør partnerne, der det er naturlig, invitere hverandre til å delta i programmene.

Partnerne inngår hver for seg samarbeidsavtaler med aktuelle utdanningsinstitusjoner for å sikre praksisstudier av god kvalitet for alle kategorier helse- og sosialfaglige utdanninger.

Partnerne bør samarbeide om læreplasser for lærlinger innenfor helsefag.

Det er utarbeidet egne samarbeidsavtaler om tilsetting av LIS 1¹, og tilrettelegging for ALIS i UNN². Avtalene klargjør UNN og kommunens ansvar når det gjelder administrative, praktiske og arbeidsgiverrelaterte forhold. I tillegg skal avtalene fremme et godt samarbeid mellom partnerne og bidra til en god prosess for å ivareta kommunens, UNNs og legens interesser.

Kommunen og UNN bør samarbeide om tiltak for å beholde og rekruttere personell der dette anses hensiktsmessig og gjennomførbart. Slikt samarbeid kan ivaretas både gjennom faglig samarbeidsutvalg i helsefellesskapet, og gjennom egne avtaler.

6. Forskning

Forskning danner grunnlaget for den kunnskap helsetjenesten er bygget på. Begge partnerne har selvstendig ansvar til å bidra i forskning. Spesielt viktig er samhandlingsforskning og forskning på pasient-/behandlingsforløp. Dette krever tilgang til data fra både kommuner og helseforetak. Partnerne forplikter seg til spesielt å legge til rette for forskning på pasientforløp.

7. Brukermedvirkning

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN

8. Avvik

Det vises til Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN vedrørende avvik og håndtering av uenighet.

9. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.

10. Varighet, revisjon og oppsigelse

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.

¹ [Lenke til gjeldende samarbeidsavtale for LIS1](#)

² [Lenke til gjeldende samarbeidsavtale for ALIS](#)



VEDLEGG TIL SAMARBEIDSAVTALE MELLOM KOMMUNENE OG UNN

Sist oppdatert: 06.06.2023

RETNINGSLINJE nr. 6:

Samarbeid om jordmortjenester

1. Forankring

Denne retningslinjen er laget i samarbeid mellom kommunen og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i medhold av Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN. Retningslinjen er forankret i samarbeidsavtalen del 2 punkt 2.6.

2. Formål

Gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig, forutsigbar og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg etter gjeldende retningslinjer.

Retningslinjen skal avklare oppgavedeling mellom UNN og kommunene, kartlegge behov for kompetanse og reduserer risiko for uønskede hendelser for familien.

Bakgrunn for retningslinje 6 beskrives i følgende faglige retningslinjer

- [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje om barselomsorgen](#)
- [Retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjeneste](#)

3. Lovgrunnlaget

Denne retningslinjen er vedlegg til overordnet samarbeidsavtale mellom UNN HF og kommunen.

Kommunen har ansvar for svangerskaps- og barselomsorgstjenester etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 2.

UNN har ansvar for å etablere og å gi et forsvarlig føde- og barseltilbud etter Spesialisthelsetjenesteloven § 2.

4. Ansvar og oppgaver

4.1 Partnernes felles forpliktelser

- a. Kompetanseutvikling, hospitering, undervisning og veiledning
- b. Svangerskapskontroll og oppfølging av risikogravide
- c. I samarbeid med ambulansetjenesten sikre forsvarlig transport der jordmor eller lege ledsager ved behov ved begynnende fødsel, og reisevei lenger enn 90 minutter. Dette gjelder også ved transport fra fødestue til fødeavdeling.
- d. Oppfølging av mor og barn den første tiden etter fødsel
- e. Sikre felles og god utnyttelse av jordmor ressursene
- f. Samarbeide om rutiner for informasjonsutveksling ved inn og utskrivelse
- g. Samarbeid om å utvikle IKT-løsninger som sikrer elektronisk kommunikasjon
- h. Kommunen og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide om sårbare familier. Det bør utarbeides individuell plan for svangerskap, fødsel og barseltiden som skal være forankret i kommunen med spesialisthelsetjenesten som ressurs
- i. UNN og kommunene skal samarbeide om et trygt tilbud ved hjemreise også ved helg og høytid.
- j. UNN og kommunene skal sammen tilrettelegge for, og informere om muligheten for tidlig hjemreise der dette vurderes forsvarlig.

UNN og kommunene bør ha system for samarbeid og gjensidig informasjonsutveksling og orientere hverandre om endringer i driften o.l. som kan ha betydning for den andre partneren for å unngå uheldige hendelser.

4.2 UNN skal

- a. Tilby fødsel- og barselomsorg i tråd med gjeldende retningslinjer fram til at mor og barn er utskrivningsklar.
- b. Følge gjeldende seleksjonskriterier og gi et tilbud til selekterte risikogravide i svangerskapet i samarbeid med kommunene. Gi tilbud om fosterdiagnostikk til kvinner i helseregion.
- c. Bidra til kompetanseutvikling, undervisning og veiledning ovenfor ansatte i kommunen.
- d. Tilrettelegge for hospitering for kommunalt ansatte jordmødre.
- e. Utarbeide og oppdatere informasjon om tilbudet på UNN.
- f. Sikre en trygg overgang fra sykehus og fødestue til hjemmet i samarbeid med helsestasjonene og jordmødre i kommunene.
- g. UNN skal varsle kommunen om fødsel og beregnet utskrivningstidspunkt så tidlig som mulig
- h. Melding og epikrise skal ved utskrivning sendes helsestasjon, jordmor og fastlege, fortrinnsvis elektronisk
- i. UNN har ansvar for å vurdere familiens behov individuelt før hjemreise. Det kommunale barseltilbudet i den enkelte kommune skal tas med i vurdering ved utskrivelse
- j. UNN skal sikre at kontaktinformasjon til helsestasjon/jordmor/ sykehus blir gitt barselkvinnen ved utreise
- k. Ved behov for ekstra oppfølging av barselkvinnen tar UNN før utskrivning telefonkontakt med helsestasjonene, eller fødestue som leverer kommunal jordmortjeneste om kvinnen tilhører dens nedslagsfelt, for å sikre at informasjon om oppfølgingsbehov er mottatt.
- l. UNN skal gi tilbud om å starte vaksinerings med Hepatitt B vaksine til nyfødte etter gjeldende retningslinjer. Dokumentasjon skal sendes helsestasjon og fastlege.

4.3 Kommunen skal

- a. Tilby svangerskapsomsorg og barselomsorg til gravide og barselkvinner i kommunen etter gjeldende retningslinjer
- b. Legge til rette for at gravide får velge om svangerskapskontrollene skal gjennomføres hos jordmor, lege eller i en kombinasjon av disse.
- c. Følge seleksjonskriteriene for å identifisere risikogravide samt ivareta disse i samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten
- d. Sikre at den gravide mottar informasjon om kommunens tilbud om svangerskapsomsorg, fødsels- og foreldreforbereende informasjon, valg av fødested samt tilbud i barseltiden
- e. Sikre at den gravide vet hvilken helsestasjon hun tilhører og har kontaktinformasjon til denne
- f. Tilrettelegge for at helsepersonell får delta på relevant undervisning og hospitering som arrangeres av helseforetaket
- g. Bidra til at helsepersonell fra helseforetaket gis mulighet til å hospitere i kommunen
- h. Sikre trygg barselomsorg også ved helg og høytid og ferie
- i. Levere oppdatert adresse og telefonliste over helsestasjonene til UNN

5. Følgetjeneste og vaktberedskap

For aktuelle kommuner utarbeides egne avtaler mellom helseforetaket og kommunen, jamfør «Et trygt fødetilbud» - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen, kapittel 5.

6. Brukermedvirkning

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN

7. Avvik

Det vises til Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN vedrørende avvik og håndtering av uenighet.

8. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.

9. Varighet, revisjon og oppsigelse

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.



VEDLEGG TIL SAMARBEIDSAVTALE MELLOM KOMMUNENE OG UNN

Sist oppdatert: 06.06.2023

RETNINGSLINJE nr. 7:

Samarbeid om IKT-løsninger lokalt

1. Forankring

Denne retningslinjen er laget i samarbeid mellom kommunen og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i medhold av Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN. Retningslinjen er forankret i samarbeidsavtalen del 2 punkt 2.7.

2. Formål

Gjennom denne avtalen forplikter partnerne seg til å bruke tilgjengelig IKT-verktøy for utveksling av pasientrelatert informasjon, samt kvalitetssikre systemene slik at man sikrer at rett pasientinformasjon er tilgjengelig i behandlingsskjeden i rett tid. Likeledes skal partnerne bruke elektroniske samhandlingsverktøy som gir mulighet for dialog og oppfølging i behandlingforløpet, og som hvor både tjenesteutøvere, pasient og pårørende kan møtes sammen.

3. Lovgrunnlaget

Partnerne har gjennom sin avtale om tilkobling til helsenettet forpliktet seg til å følge normen for informasjonssikkerhet i helsevesenet og lovverk som ligger bak denne. Partnere som utveksler sensitive pasientdata utenfor helsenettet, må inngå spesifikke avtaler om dette med sine partnere i henhold til lovverk og personvernforordningen (GDPR).

4. Ansvar og oppgaver

4.1 Meldingsutveksling

Partnerne forplikter seg til å legge til rette for bruk av elektronisk meldingsutveksling på en måte som er sikker, forsvarlig, som sikrer tilgjengelighet og som sikrer meldinger til rett tid og av god kvalitet

Partnernes forpliktelser omfatter også følgende:

- Følge Normen¹ og anbefalinger gitt i nasjonale veiledere
- Følge nasjonale krav til elektronisk meldingsutveksling, jfr. forskrift om IKT-standarder².

¹ Normen er en bransjenorm for informasjonssikkerhet og personvern i helsesektoren. Normen er utarbeidet og forvaltet av organisasjoner og virksomheter i helsesektoren <https://ehelse.no/normen/normen-for-informasjonssikkerhet-og-personvern-i-helse-og-omsorgssektoren>

² Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853>

Partnerne forplikter seg til å følge standardprosedyrer for elektronisk kommunikasjon mellom kommuner og helseforetak. Dette innebærer blant annet at

- standardprosedyrene skal være identiske mellom alle kommuner og UNN
- utforming og endring av standardprosedyrer skal vedtas i helsefellesskapets strategiske samarbeidsutvalg (SSU)

Felles standardprosedyrer skal omfatte følgende:

- Standard meldingskjede med meldinger som skal brukes ved elektronisk kommunikasjon utarbeidet med utgangspunkt i «Retningslinjer for bruk av PLO-meldinger».
- Rutiner for å håndtere nedetid og meldinger til kommunikasjonspartnerne om feil i den elektroniske meldingstjenesten (system for meldingsovervåking).
- Rutine for dialog og eventuell manuell dokumentbehandling ved utilsiktet nedetid eller annen feil som går ut over den elektroniske kommunikasjonen.
- Rutine for håndtering av avvik. Rutinene skal inkludere ordning for hvor det skal leveres melding om avvik og for hvem som skal behandle slike meldinger.
- Rutine for å håndtere feilsendte meldinger og meldinger som er ukjente for mottakeren.
- Rutine for dialog mellom partnerne om forhold som må avklares raskere enn den responstid som er satt.
- Ta i bruk nye prosedyrer, meldingstyper o.l. etter hvert som de blir godkjent av Direktoratet for e-helse og er tilgjengelig i partnernes pasientjournal- og kommunikasjonssystem.

Partnerne forplikter seg til å ha en meldingsansvarligadresse, for endringer og varsler om nedetid, kontaktpunkt for informasjonsutveksling med videre, knyttet til systemet for elektroniske meldinger.

4.2 Samhandling og samarbeid ved bruk av videokommunikasjon

Partnerne plikter å samarbeide om bruk av videokommunikasjon slik at tilbudet blir tilgjengelig og er av god kvalitet. Tilbudet kan omfatte administrative, kompetansebyggende og kliniske tjenester.

UNN forplikter seg til å utvikle og tilby kommunen kliniske tjenester gjennom videokommunikasjon i samarbeid med kommunen.

Partnerne forplikter seg til å

- utarbeide planer for bruk av videokommunikasjon som klinisk verktøy
- utarbeide planer for bruk av videokommunikasjon som kompetansebyggende verktøy

Ved avtalt bruk av videokommunikasjon skal partnerne sørge for

- at det finnes nødvendige og egnede rom med nødvendig og egnet utstyr
- at kommunikasjonen oppfyller alle krav til informasjonssikkerhet
- at utstyret for videokommunikasjonen er kvalitetssikret
- at det finnes brukerstøtte (support) lokalt som kan bistå ved tekniske problemer

5. Tilgang på tvers av virksomhetsgrenser

Partnerne forplikter seg til ved behov å legge til rette for tilgang til virksomhetsinterne, behandlingsrettede helseregistre på tvers av virksomhetsgrenser.

6. Brukermedvirkning

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN

7. Avvik

Det vises til Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN vedrørende avvik og håndtering av uenighet.

8. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.

9. Varighet, revisjon og oppsigelse

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.



VEDLEGG TIL SAMARBEIDSAVTALE MELLOM KOMMUNENE OG UNN

Sist oppdatert: 06.06.2023

RETNINGSLINJE nr. 8:

Samarbeid om forebygging

1. Forankring

Denne retningslinjen er laget i samarbeid mellom kommunen og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i medhold av Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN. Retningslinjen er forankret i samarbeidsavtalen del 2 punkt 2.8.

2. Bakgrunn

Retningslinjen er inngått i henhold til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 6-2 nr. 10. Folkehelseloven gir rammeverket for folkehelsearbeid i kommuner, fylkeskommuner og staten. Alle samfunnssektorer og forvaltningsnivåer - på politisk, administrativt og faglig plan - har ansvar for å forbedre folkehelsen. Dette skal gjøres gjennom å utvikle et samfunn som:

- legger til rette for positive helsevalg og sunn livsstil
- fremmer trygghet og medvirkning for den enkelte
- fremmer gode og helsefremmende oppvekstvilkår for barn og unge
- forebygger sykdommer, skader og lidelser

3. Formål

Retningslinjen har som formål å avklare og konkretisere UNN og kommunens samarbeid om forebygging, folkehelsearbeid og smittevern i tråd med lovverk og forskrifter, og bidra til å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Målgruppen er befolkningen, helsepersonell, pasienter og brukere av de tjenester som omfattes av retningslinjen som skal:

- a) bidra til at befolkningen sikres et helhetlig tilbud om helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder smittevern, på tvers av forvaltningsnivåer
- b) tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og UNN relatert til helsefremmende og forebyggende arbeid med sikte på å øke egenmestring og motvirke sykdom og smittespredning
- c) sikre god samhandling og ressursutnytting mellom kommune og UNN i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, herunder smittevern
- d) styrke samarbeid om smittevern for å bidra til mindre smittespredning, færre infeksjoner, mindre bruk av antibiotika og et bedre liv for mennesker med langvarig smittebærerskap

4. Lovgrunnlaget

Kommunen skal blant annet ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, smittespredning, skade og sosiale problemer, ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5 og smittevernlovens § 7.1, og arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre, funksjonshemmede og andre som har behov for det (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.).

UNN skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, smittespredning, skade, lidelse og funksjonshemming, og bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig og tilpasset pasientenes behov (Lov om spesialisthelsetjenesten, smittevernloven m.m.). UNN skal også samarbeide med andre tjenesteytere for helhetlige tilbud for pasientene.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid definerer partnernes ansvar for samordning av og samarbeid om disse oppgavene

Forskrift om smittevern i helsetjenesten har som formål å forebygge og begrense forekomsten av infeksjoner og antibiotika-resistens i helse- og omsorgstjenesten, i spesialisthelsetjenesten og kommunen (sykehjem og rehabiliteringsinstitusjoner) og regulerer samarbeidet mellom partnerne

Spesialisthelsetjenesteloven definerer også en lovpålagt veiledningsplikt fra spesialisthelsetjenesten overfor kommunene, og lov om helsepersonell definerer helsepersonellet sitt ansvar

Gjennom forskrift om fastlegeordning, beredskapsplanlegging og miljørettet helsevern defineres dette ansvar ytterligere

5. Definisjoner

- Folkehelse er befolkningens helsetilstand og hvordan helsa fordeler seg i befolkningen. På samme måte som helse er en ressurs for den enkelte, er folkehelsa en av samfunnets viktigste ressurser.
- Sosiale helseforskjeller er systematiske forskjeller i helsetilstand som følge av sosiale, økonomiske, geografiske og etniske kategorier. I Norge i dag har vi sosiale helseforskjeller på flere områder. Fylkeskommuner og kommuner skal spesielt arbeide for å utjevne sosiale helseforskjeller.
- Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å fremme befolkningens helse og trivsel og forebygge psykisk og fysisk sykdom, skade eller lidelse. Utjevning av sosiale helseforskjeller er en viktig del av folkehelsearbeidet.
- Folkehelsearbeid foregår på flere plan: frivillige organisasjoner, kommunene, fylkeskommunene, nasjonalt og internasjonalt.
- Med smittevern menes alle enkelttiltak som er med på å hindre at infeksjoner og smittebærerskap oppstår og spres i befolkningen. Smittevernarbeidet i Norge reguleres gjennom smittevernloven med tilhørende forskrifter, hvorav «Forskrift om smittevern i helsetjenesten» er viktigst.
- Helsefremmende arbeid kan defineres som systemrettet arbeid for å fremme positive helsefaktorer.

6. Samarbeidsområder mellom kommunen og UNN

UNN og kommunen skal samarbeide om helsefremmende og forebyggende oppgaver, inklusive smittevern, herunder styrke kunnskapsgrunnlaget om folkehelse og smittevern i regionen, utvikle indikatorer og evaluere effekter av tiltak.

UNN og kommunen skal ha gjensidig ansvar for veiledning, kompetanseutveksling og kunnskapsformidling i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, samt smittevernarbeidet. UNN og kommunen skal ha spesielt søkelys på barns psykiske helse, herunder barn som pårørende. Partnerne skal påvirke befolkningens helse gjennom vektlegging av de bakenforliggende årsaksfaktorer for god helse, blant annet:

- sikre at alle barn får en trygg oppvekst i nærvær av ansvarlige voksne
- arbeidsdeltakelse
- inntekt
- utdanning
- boligforhold
- sosial tilhørighet og tilgjengelighet
- lovpålagte helse, sosial- og barneverntjenester
- ytre miljøfaktorer
- individuelle helseatferd
- forebygge infeksjoner og utbrudd av infeksjonssykdommer
- rasjonell og nøktern antibiotikabruk ved behandling av infeksjoner
- forebygge bærerskap, infeksjoner og utbrudd av multiresistente bakterier i helseinstitusjoner

Partnerne skal påvirke befolkningens levevaner gjennom vektlegging av blant annet:

- økt fysisk aktivitet
- forebygging av overvekt
- riktig kosthold
- tannhelse
- psykisk helse
- tobakksslutt
- rusforebyggende arbeid
- skadeforebyggende arbeid

Partnerne har ansvar for å utvikle samarbeid om forebyggende tjenester, frisklivs- og lærings- og mestringstilbud

Det skal arbeides gjensidig med videreutvikling av fagnettverket læring og mestring for UNN HF og samarbeidende kommuner.

Partnerne har ansvar for samarbeid om smittevern og antibiotikabruk. Effektivt smittevern i alle nivåer skal sikres gjennom god informasjonsflyt og kompetanseoverføring.

Partnerne har ansvar for samarbeid om miljørettet helsevern.

Partnerne plikter å samarbeide om koordinering av tjenester og planer for pasienter og brukere med behov for langvarig tjenester, og sikre medvirkning fra brukere i planlegging og evaluering av helsefremmende og forebyggende tjenester.

7. Kommunens ansvar og oppgaver

Kommunen er ansvarlig for å blant annet fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer ved ytelse av helse- og omsorgstjenester, samt å sikre brukermedvirkning på individ- og systemnivå. Kommunens lovpålagte ansvar i folkehelsearbeidet er å:

- a) Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig, kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, og i arbeidet med kommuneplaner skal det fastsettes overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet.
- b) Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringer som kan knyttes til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk, alkohol og annen rusmiddelbruk.
- c) Fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykiske og somatiske sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen, fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting, medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter, og legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.
- d) Tidlig intervensjon og god koordinering av forebyggende innsats for kommunens borgere, utvikle et godt system for migrasjonshelse. Kommunen kan bidra inn i forebyggende og helsefremmende tilbud utviklet av UNN herunder lærings- og mestringstilbud.
- e) Ha et kommunalt system for smittevern, herunder antibiotikabruk og overvåking av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehjem i henhold til myndighetskrav. Kommunen skal sørge for at sykehjem og rehabiliteringsinstitusjoner har et oppdatert infeksjonskontrollprogram, tilgang på tilstrekkelig smittevernkompentanse, samt sørge for at helsepersonell får nødvendig opplæring i smittevern i henhold til «Forskrift om smittevern i helsetjenesten».
- f) Vurdere om kommunen vil benytte helseforetakets tilbud om smittevernbistand (beskrevet i pkt. 7) Kommunen må i så fall definere en hensiktsmessig samarbeidsarena, som ivaretar kontakten med foretakets smittevernsykepleier med veiledningsansvar overfor kommunale helseinstitusjoner (pkt. 7)
- g) Ha rutiner som sikrer screening for multiresistente bakterier og informasjonsoverføring mellom ulike nivåer i pasientforløpet.
- h) Ha kommunalt system for miljørettet helsevern.
- i) Delta aktivt i samhandlingen med helseforetaket i regelmessige dialogmøter, samt delta i felles evaluerings- og utviklingsarbeid.

8. UNNs ansvar og oppgaver

UNN er ansvarlig for å fremme folkehelsen og motvirke sykdom, smittespredning, skade, lidelse og funksjonshemming, samt å sikre brukermedvirkning på individ- og systemnivå. UNN skal bidra til at tjenestetilbudet er tilgjengelig og tilpasset pasientenes behov. UNN har også ansvar for:

- a) Bidra til å ajourføre data og formidle kunnskaper i henhold til kravet i folkehelseloven herunder skader og ulykker, helsereelatert atferd og helsetilstand, for eksempel via personskaderegistreringen ved UNN, befolkningsundersøkelser utført av UIT Norges arktiske

universitet, v/ Institutt for samfunnsmedisin. Bidra i utviklingen av helsefremmende og forebyggende tilbud til befolkningen på bakgrunn av oversikten over helsetilstanden i befolkningen.

- b) Tidlig intervensjon overfor barn, både som pasienter og som pårørende.
- c) Yte smittevern bistand til kommuner som ønsker det jf. Smittevernforskriften §3-1, tredje ledd. Smittevern bistand omfatter blant annet utarbeiding av rutiner til infeksjonskontrollprogram i helseinstitusjoner, undervisning og veiledning, rådgivning ved smitteutbrudd, samt rådgivning ved nybygg og ombygging av helseinstitusjoner.
- d) Ha varslingsrutiner om påviste multiresistente bakterier og gi tilpassende smittevernråd ved utskrivning av pasient.
- e) Bistå kommunen i arbeidet med miljørettet helsevern.
- f) Delta aktivt i samhandlingen med kommunen i årlige drøftingsmøter, samt delta i felles evaluerings- og utviklingsarbeid.
- g) Veilede personell i kommunehelsetjenesten, samt veilede befolkningen og å bidra inn i forebyggende og helsefremmende tilbud utviklet i kommunene herunder kommunale lærings- og mestringstilbud der dette er etablert.

9. Brukermedvirkning

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN

10. Avvik

Det vises til Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN vedrørende avvik og håndtering av uenighet.

11. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.

12. Varighet, revisjon og oppsigelse

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.



VEDLEGG TIL SAMARBEIDSAVTALE MELLOM KOMMUNENE OG UNN

Sist oppdatert: 06.06.2023

RETNINGSLINJE nr. 9:

Beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

1. Forankring

Denne retningslinjen er laget i samarbeid mellom kommunen og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) i medhold av Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN. Retningslinjen er forankret i samarbeidsavtalens del 2 punkt 2.9.

2. Formål

Formålet med disse retningslinjene er å sikre samarbeid mellom kommunen og UNN om beredskapsplaner og akuttmedisinsk beredskap der dette er nødvendig og forsvarlig.

Samarbeidet skal sikre utvikling av samarbeidet innenfor krise- og katastrofeberedskap og bidra til utvikling av den akuttmedisinske kjeden.

Beredskapsarbeidet i kommunene og UNN skal bygge på de fire hovedprinsippene for beredskapsarbeid:

- **Ansvarsprinsippet**
Den organisasjon som har ansvar for et fagområde i en normalsituasjon, også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for å håndtere ekstraordinære hendelser på området. Ansvarlig instans må ta stilling til hva som er akseptabel risiko.
- **Likhetsprinsippet**
Den organisasjon man opererer med under kriser, skal i utgangspunktet være mest mulig lik den organisasjon man har til daglig.
- **Nærhetsprinsippet**
Kriser skal organisatorisk håndteres på lavest mulig nivå.
- **Samvirkeprinsippet**
Myndigheter, virksomheter og etater har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

3. Virkeområde

Retningslinjene omfatter helse- og omsorgstjenestens ansvar og oppgaver i den akuttmedisinske kjeden, herunder krise- og katastrofeberedskap. Retningslinjene er avgrenset mot tjenester som ligger under Justis- og politidepartementet.

De akuttmedisinske tjenester omfatter:

- Medisinsk nødmeldetjeneste (AMK og legevaktssentraler)
- Kommunalt helsepersonell
- Mottak for akuttinnleggelser i kommuner og helseforetak
- Akutthjelpere i kommuner som har dette.
- Prehospitaltjenester
- Relevant personell i spesialisthelsetjenesten
- (Annet personell i UNN)

4. Regelverk

Beredskapsplaner og akuttmedisinsk kjede er i hovedsak regulert av følgende regelverk (listen er ikke uttømmende):

- Helseberedskapslov
- Akuttmedisinforskriften
- Forskrift om kommunal beredskapsplikt
- Lov om spesialisthelsetjenester
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Forskrift om legemiddelhåndtering

5. Ansvar og oppgaver

Partnerne har hver for seg ansvar for å oppfylle pliktene som beskrives i helselovgivningen. Det innebærer ansvar for å ivareta helhet i ledelse, organisering, planer og tjenester innenfor helseberedskap og akuttmedisinsk kjede. Samarbeid er en forutsetning for å styrke forsvarlighet, opplevd tjenestekvalitet og høy grad av ressursutnyttelse innenfor den samlede helseberedskap og den akuttmedisinske kjede.

Partnerne skal samarbeide om helseberedskapen og den akuttmedisinske kjede ved å:

- Samordne beredskapsplaner
- Dele relevant informasjon.
- Utvikle felles problemforståelse.
- Utvikle felles planer og tiltak.

Partnerne skal bidra til samordning av helseberedskap og akuttmedisinske kjede ved å:

- Sikre omforent forståelse for roller, ansvar og myndighet
 - Etablere fagråd/samarbeidsutvalg (se punkt 5.1) som forum for diskusjon av samordningsutfordringer.
 - Legge til rette for at partnerne kan diskutere saker hvor det er behov for bedre samordning
 - Identifisere svikt og forbedringsområder og finne fram til løsninger som partnerne kan enes om.
 - Klargjøre ansvar og oppgaver for helseforetaket og kommunen relatert til selvstendige og sammenfallende ansvar og oppgaver.

- Operasjonalisere nasjonale og regionale planer, veiledere mv og foreslå felles faglige retningslinjer som er førene for helseforetaket og kommunene.
- Invitere hverandre inn i kriseledelsen ved store hendelser som berører begge partnere
- Risiko og sårbarhet
 - Gjennomgå relevante risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsanalyser. Bidra til at partnerne har felles forståelse for risiko og sårbarhet.
 - Bidra til at relevante risiko- og sårbarhetsanalyser blir oppfattet som dekkende for avtalepartnernes egne og sammenfallende behov.
- Beredskapsplaner
 - Bidra til at relevante beredskapsplaner blir oppfattet som dekkende for avtalepartnernes egne og sammenfallende behov.
 - Beredskapsplaner deles mellom partnerne ved behov.
- Øvelser
 - Sikre at det blir etablert et samarbeid om planlegging og gjennomføring av øvelser på ulike nivå, og at disse som hovedprinsipp tar utgangspunkt i relevante ROS-analyser.
- Samtrening
- Kompetanseheving
 - Bidra til at aktuelle områder og tema for kompetanseutvikling og opplæring blir beskrevet og ivaretatt som grunnlag for å sikre at samhandling blir ivaretatt.
- Informere
 - Distribuere faglige retningslinjer og møtereferat til helseforetak, kommuner og tilstøtende fagråd.
- Partnerne skal samarbeide om å lage et årshjul der alle nødvendige aktører involveres. I årshjulet bør blant annet gjennomgang av ROS-analyser, øvelser og samtrening inngå.

5.1 Faglig samarbeidsutvalg (FSU)

Strategisk samarbeidsutvalg for kommunene og UNN (SSU) bes om å etablere et partssammensatt faglig samarbeidsutvalg for beredskap.

Bestemmelser om utvalgets sammensetning og arbeidsmåte vedtas av SSU.

Fylkeslegen/Statsforvalteren og brukerrepresentant inviteres til å delta.

Utvalgets medlemmer skal ha komplementær kompetanse. Fagrådet skal møtes regelmessig.

Referat fra møter distribueres til alle partnere.

Hver partner har ansvar for å videreformidle utvalgets uttalelser til aktuelle i egen organisasjon.

Partnerne plikter å drøfte beredskapsendringer (endring av lokalisering, åpningstider) med hverandre før endringer foretas. Drøfting gjennomføres ved at utvalget behandler forslag om endring som sak.

Utvalget skal identifisere svikt- og forbedringsområder og komme med forslag til løsninger.

Utvalget skal foreslå felles faglige retningslinjer som er førende for helseforetak og kommuner.

5.2 UNN skal

Bidra til tilrettelegging for opplæring, øvelser og trening av personell som inngår i lokale akuttmedisinske team.

UNN inviterer til samarbeid med kommunen ved planlegging av øvelser.

5.3 Kommunen skal

Bidra til tilrettelagt opplæring og øvelser.

Der dette er naturlig og nødvendig skal kommuner samarbeide om beredskapsarbeid og håndtering av ulykker.

Invitere UNN med på øvelser i kommunen.

5.4 Partnerne skal

Partnerne dekker sine egne kostnader. Der det er naturlig bør øvelser søkes koordinert med andre etater.

Partnerne bør samarbeide om informasjon til, og opplæring overfor andre instanser og innbyggerne for å heve den allmenne beredskap i befolkningen

6. Brukermedvirkning

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.

7. Avvik

Det vises til Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN vedrørende avvik og håndtering av uenighet.

8. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.

9. Varighet, revisjon og oppsigelse

Se Samarbeidsavtale mellom kommunen og UNN.

Tillegg: Definisjoner

Term	Definisjon
Risiko	Risiko uttrykker den fare som uønskede hendelser representerer for mennesker, miljø, økonomiske verdier og samfunnsfunksjoner. Risiko er et resultat av sannsynligheten/ frekvensen for og konsekvensene av uønskede hendelser.
Sårbarhet	Sårbarhet er et uttrykk for et systems evne til å fungere når det utsettes for en uønsket hendelse og problemer systemet får med å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet. Systemene som vurderes kan være både et overordnet (stort) system, og et underordnet (mindre) system (NOU 2000:24). Det er enighet om nødvendigheten av å ha en kvalifisert oppfatning og dokumentasjon av både kommunens og helseforetakets risikobilde. I tillegg fremstår det som påkrevd en gang pr. år eller oftere hvis særlige risikoforhold tilsier det, i fellesskap å foreta en vurdering av risiko- og sårbarhetsforhold som eventuelt antas å påvirke partnernes interesse - og ansvarsområder.
Den akuttmedisinske kjede	Den akuttmedisinske kjede er en sammenhengende kjede av prosesser som omfatter roller, kommunikasjon og kvalifisert helsemessig innsats for å avklare, transportere og behandle pasienter med plutselig oppstått behov for medisinsk hjelp, dvs. fra helsetjenesten varsles til pasient er blitt mottatt i sykehuset. Den akuttmedisinske kjede omfatter medisinsk nødmeldetjeneste, kommunalt helsepersonell i vakt, bil-, båt, og luftambulanser, nødmeldetjenesten og mottak for øyeblikkelig hjelp innleggelser i kommuner og helseforetak.
Beredskapsplan	Følgende felles forståelse/definisjon av beredskapsplan til grunn: Beredskapsplanen skal inneholde en oversikt over hvilke tiltak kommunen/helseforetaket har forberedt for å håndtere uønskede hendelser. Beredskapsplanen skal som minimum inneholde en plan for strategisk kriseledelse, varslingslister, ressursoversikt, evakueringsplan og plan for informasjon til befolkningen og media. Beredskapsplanen skal være oppdatert og revideres minimum én gang per år. Det er et selvstendig ansvar at beredskapsplanen blir jevnlig øvet. For å sikre best mulig samhandling er det enighet om minimum å årlig dele beredskapsplaner på strategisk/overordnet nivå med hverandre.
Beredskapsøvelser	Følgende felles forståelse/definisjon av beredskapsøvelser legges til grunn: "Med beredskapsøvelser forstås både planlagte treninger og øvelser på ledernivå som har som hovedformål å sette virksomhetens operative og strategiske ledelse i stand til å håndtere en beredskapshendelse. Beredskapsøvelser skal som hovedprinsipp gjennomføres med forankring til egen og/eller avtalepartners ROS-analyser".
Akutthjelper	Personell utenfor helse- og omsorgstjenesten som har fått nødvendig opplæring til å bistå med akuttmedisinsk hjelp i påvente av, eller i tillegg til de øvrige akuttmedisinske tjenester. Dette er personell som kommunene og de regionale helseforetakene kan inngå avtale om bistand med.

