Møte 5-2023 Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Dato: 01.09.2023
Kl.slett: Hovedmøte kl. 13.00-15.00. Formøter 12.00-12.50.
Sted: Digital deltakelse via Teams

Saksliste

Sak 43/23 **Innkalling og dagsorden**

Sak 44/23 **Mandat og medlemssammensetning FSU Digital samhandling**

Sak 45/23 **Mandat Fastlegerådet**

Sak 46/23 **Revidert prosedyre for formidling av hjelpemidler**

Sak 47/23 **Oppfølging sak 26/23, Kommunal utført spesialisthelsetjeneste**

Sak 48/23 **Status og årsrapport FSU Akuttmedisin**

Sak 49/23 **Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene**

Sak 50/23 **Referatsaker**

Sak 51/23 **Neste møte og kommende saker**

Sak: **43/23**
Tittel: **Innkalling og dagsorden**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 01.09.23

Leder for SSU Hogne Eidissen ønsker velkommen til møte i strategisk samarbeidsutvalg
Referat fra møtet 01.06.23 er godkjent via epostrunde og publisert på www.helsefellesskapet.no

Forslag til vedtak:
Innkalling og dagsorden er godkjent.

Sak: **44/23**
Tittel: **Mandat og medlemssammensetning FSU Digital Samhandling**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg
Fra: FSU Digital Samhandling med leder Bjørn Ivar Strand
Møtedato: 01.09.23

Faglig samarbeidsutvalg for digital samhandling (FSU DS) ble oppnevnt av strategisk samarbeidsutvalg (SSU) i helsefellesskapet Troms og Ofoten den 19.10.22, under sak 45/22.

I dagens møte får SSU presentert mandat og medlemssammensetning for FSU DS

Forslag til vedtak:
1. SSU godkjenner forslag til mandat for FSU digital samhandling
2. SSU godkjenner forslag til medlemssammensetning av FSU digital samhandling

Vedlegg 1: Mandat for FSU DS
Vedlegg 2: Medlemssammensetning FSU DS

Sak: **45/23**
Tittel: **Revidert mandat for Fastlegerådet**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg
Fra: FSU FLR
Møtedato: 01.09.23

Fastlegerådets gjeldende mandat ble vedtatt av Strategisk Samarbeidsutvalg 07.04.2022.
Det har ved flere anledninger etter dette vært nevnt at mandatet bør revideres. Dette kom også fram i Fastlegerådets egenevaluering tidligere i år. Dette er nå ytterligere aktualisert av at Fastlegerådets leder fratrer 30.09.2023 uten at det umiddelbart vil bli tilsatt ny leder for Praksiskonsulentordningen (PKO) i UNN. Som kjent er ledervervet i dagens mandat knyttet sammen med å være PKO-leder. I vedlagte forslag til mandat er disse funksjonene ikke lenger knyttet til hverandre. Følgende formulering foreslås tatt inn i mandatet: «Fastlegerådet konstituerer seg selv. Leder og nestleder av Fastlegerådet skal være praktiserende fastleger».

Nåværende mandat har videre ikke vært helt tydelig på representasjonen fra UNN, verken når det gjelder antall representanter eller rolle/tilhørighet. Det står heller ikke noe i dagens mandat om vararepresentasjon.

Vedlagte reviderte forslag til mandat er utarbeidet i samråd med interkommunal samhandlingsleder Guri Moen Lajord. I vedlegget er foreslåtte endringer er markert med rødt.

Vurdering:
I forbindelse med leders avgang er en endring av mandatet helt nødvendig for at Fastlegerådet til enhver tid skal ha en leder. Det vil ikke bli tilsatt ny PKO-leder i UNN før leder fratrer.
I de øvrige faglige samarbeidsutvalgene (FSUene) er det vanlig at leder og nestleder representerer hver av partene primærhelsetjenesten og UNN, og oppnevnes for to år av gangen med bytte av rollene som leder og nestleder i de neste to årene. Dette foreslås ikke for Fastlegerådet nå, da rådets historie og funksjon vurderes å ha et litt annet preg enn de øvrige FSUene. SSU får i dagens møte presentert forslag til revidert mandat.

Forslag til vedtak:
SSU godkjenner forslag til mandat for Fastlegerådet

Vedlegg 3: Forslag på revidert mandat FLR

Sak:	**46/23**
Tittel:	**Revidert felles prosedyre for formidling av tekniske hjelpemidler gjeldende for UNN og lokalsykehuskommunene**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra:	Revisjonsutvalget for prosedyre for formidling av tekniske hjelpemidler
Møtedato:	01.09.23

Sammendrag
Det er utarbeidet en ny versjon av felles prosedyre for formidling av tekniske hjelpemidler gjeldende for UNN og kommunene i Troms og Ofoten. Den reviderte prosedyren inneholder flere endringer og legges derfor frem for godkjenning i SSU før den effektueres.

Bakgrunn
Formidling tekniske hjelpemidler UNN og lokalsykehuskommunene er en felles prosedyre for formidling av tekniske hjelpemidler som ble utarbeidet i 2017 og godkjent i OSO. I henhold til prosedyren skal den oppdateres hvert andre år. Den gjeldende versjonen er fra 07.05.19 og skulle vært oppdatert innen 07.05.21. Dette arbeidet ble utsatt på grunn av Covid-pandemien.

Prosedyren er nå revidert av et utvalg bestående av medlemmer fra kommunene, UNN, NAV hjelpemiddelsentral og brukerrepresentanter. Deltakerne fra kommunene og UNN er helsepersonell og ledere som har befatning med hjelpemiddelformidling og god kompetanse på området. Deltakerlisten for revisjonsutvalget er vedlagt.

Prosedyren er forankret i tjenesteavtale 2, *Pasienter med behov for koordinerte tjenester* og tjenesteavtale 5, *Pasienter med behov for kommunale tjenester*, og er en konkretisering av innholdet i avtalene som skal bidra til at ansvar og oppgaver blir tydelig definert mellom partene. Prosedyren er

gjennomgått og i samsvar med den nye retningslinje nr. 2, *Samarbeid omkring pasientforløp* som erstatter de tidligere tjenesteavtalene. Prosedyren har vært ute til høring og høringssvar er innarbeidet.

Vurdering
Nytt for prosedyren er at ansvaret for å gi bistand til søknad om tekniske hjelpemidler er tydeliggjort. Hvem som har ansvaret for å søke om tekniske hjelpemidler for inneliggende pasienter har vært et tilbakevendende spørsmål som også har blitt adressert underveis i revisjonsprosessen. Dette kan imidlertid ikke alltid besvares kategorisk fordi det fins flere situasjonelle faktorer som krever at det utvises skjønn. Vi har derfor valgt å legge ansvarsbeskrivelsen tettere opp mot bestemmelsene i forskrift om habilitering og rehabilitering § 9, og kapittel 8.5. i tilhørende veileder. Prosedyren sier nå at sykehus og kommune må sammen med pasienten sikre at tilfredsstillende hjelpemidler kommer på plass. Hovedansvaret for å sørge for at pasienten får adekvate hjelpemidler ligger til kommunen, men det forutsetter at hjelpebehovet er korrekt kommunisert mellom nivåene. Det skal også alltid være rom for å utvise faglig skjønn og tilpassede løsninger i enkeltsaker hvor det er hensiktsmessig. Dette er en formulering som går igjen i tilsvarende prosedyrer ved andre helseforetak.

Også nytt for prosedyren er avsnitt om «vurdering av varighet og hastegrad», «kurs og godkjenninger», og «ofte stilte spørsmål». Avsnittet «ofte stilte spørsmål» beskriver tilbakevendende problemstillinger i hjelpemiddelformidlingen og hvordan de har blitt løst tidligere. Det ble lagt til i prosedyren for å støtte helsepersonell i å avklare ansvaret i enkelte kjente situasjoner.

Forslag til vedtak:
SSU godkjenner utkastet til 'Prosedyre for formidling av tekniske hjelpemidler gjeldende for UNN og lokalsykehuskommunene'.

Vedlegg 4: Prosedyre, Formidling tekniske hjelpemidler UNN og lokalsykehuskommunene
Vedlegg 5: Medlemmer revisjonsutvalg – Felles prosedyre for formidling av tekniske hjelpemidler

---

Sak:	**47/23**
Tittel:	**Oppfølging sak 26/23, Kommunal utført spesialisthelsetjeneste**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg
Fra:	Overordnet revisjonsutvalg
Møtedato:	01.09.23

Sammendrag
Denne saken har vært behandlet i to tidligere SSU-møter; 12.4.23 og 1.6.23. I junimøtet ble arbeidsgruppa ble bedt om å jobbe videre med å bl.a. undersøke om andre helseforetak og tilhørende kommuner har inngått avtaler om kommunalt utført spesialisthelsetjeneste (SHT) og hvordan disse i så tilfelle regulerer følgende fire hovedpunkter; faglig ansvar, kompetanse/opplæring, rapporteringskrav og kostnadsdekning.

Alle helsefellesskapene er forespurt om de har aktuelle avtaler. Utenom Helse Nord har vi funnet to avtaler (Østfold og Telemark). I nord kjenner vi til to avtaler om infusjonsbehandling i Finnmark. I Lofoten/Vesterålen/Salten er det tilpasset en avtalemal, og det er inngått avtale om dialysesatelitt. I helsefellesskapet Troms og Ofoten (HTO) foreligger det en avtale om hudbehandling.

På bakgrunn av dette anbefaler arbeidsgruppa at helsefellesskapet Troms og Ofoten

- forholder seg til forslag til avtalemal utarbeidet av Helse Nord, med noen tilpasninger
- i første omgang prioriterer å inngå avtaler om infusjonsbehandling (inkludert blodtransfusjon og cytostatika) og dialysebehandling (primært peritonaldialyse i hjemmet).

Bakgrunn

Arbeidsgruppa har undersøkt hvordan andre helsefellesskap løser flytting av SHT-oppgaver til kommunene, og hvilke avtaler som eventuelt er inngått. Blant de som har avtaler har vi mottatt følgende tilbakemeldinger:

- Østfold: Avtale om blodtransfusjoner utenfor sykehus og laboratorietjenester fra Senter for laboratoriemedisin (so-hf.no). Denne er ikke forankret i ISF-regelverket og omtaler blant annet ikke rapportering og kostnadsfordeling.
- Telemark: Avtale om kreftbehandling i Tokke kommune (vedlagt). Avtalen regulerer forhold rundt ansvar, kompetanse/opplæring med mer, men ikke brukermedvirkning utover at pasienten informeres. Det skal føres kostnadsoversikt og kostnadsfordeling forhandles i etterkant av avtaleperiode.
- Finnmark: Har to avtaler om infusjonsbehandling i Nordkapp og Vadsø (begge vedlagt). Avtalene er basert på Helse Nord-malen og omtaler alle fire avklaringspunktene samt brukermedvirkning.
- Nordland: NLSH har tilpasset og klargjort avtalemal (vedlagt). Denne er i hovedsak basert på Helse Nord-malen.
- Nordland: NLSH har avtale med Vågan kommune om dialysebehandling (vedlagt). Tilpasset avtalemal for helseforetaksområdet er benyttet og ivaretar alle fire avklaringspunktene samt brukermedvirkning.
- Troms og Ofoten: Avtale om hudbehandling i Bardu kommune (vedlagt). Denne er sammenliknbar med avtaler mellom UNN og DMS-kommunene. Avtalen ivaretar regulering av faglig ansvar, rapportering og kostnadsfordeling, men ISF-regelverket og brukermedvirkning er ikke omtalt.
- Trøndelag (søndre del): Har noen avtaler knyttet til distriktsmedisinsk senter, men disse er lite relevante i sammenheng med denne saken.

Helsefellesskapene A-hus og kommunene, Møre og Romsdal oppgir at de ikke har avtaler om kommunalt utført SHT.

Vurdering

Avtalemalen (vedlagt) som Helse Nord har foreslått er, med noen lokale tilpasninger og presiseringer, dekkende for å regulere faglig ansvar, kompetanse/opplæring, rapporteringskrav og kostnadsfordeling, slik at kravene i ISF-regelverket blir imøtekommet. Bruk av denne vil dermed sikre at sykehusets rett til Helfo-refusjon og at kommunen får dekket sine reelle merutgifter ved å påta seg oppgaven.

Prioritering av infusjons- og dialysebehandling er basert på at det er de SHT-oppgavene som gjøres mest av ute i kommunene i dag. I tillegg ble det etter tilsyn fra helsetilsynet funnet avvik på mangelfull regulering av samarbeid mellom UNN og kommuner rundt transfusjoner til pasienter utenfor sykehus, og det ble pålagt inngåelse av avtaler rundt dette.

Siden det er nytt for mange at ISF-regelverket stiller krav om avtale bør sykehuset og kommunen ta et felles ansvar for at avtale inngås før oppgaver flyttes ut.

Arbeidsgruppa minner ellers om at denne saken *ikke* gjelder oppgaveoverføring hvor primærhelsetjenesten overtar en oppgave på permanent basis. Saken berører heller ikke avtaler mellom UNN og DMS-vertskommunene.

Forslag til vedtak:

1. SSU støtter arbeidsgruppas anbefalinger om bruk av avtalemal med utgangspunkt i forslaget fra Helse Nord når det inngås samarbeidsavtale om kommunalt utført spesialisthelsetjeneste.
2. SSU ber arbeidsgruppa snarlig utarbeide tilpasset avtalemal for helsefellesskapet Troms og Ofoten, og legge denne fram for SSU i oktobermøtet.
3. SSU ber om at det i første omgang inngås samarbeidsavtaler mellom UNN og enkeltkommuner som utfører infusjonsbehandling (inkludert blodtransfusjon og cytostatika) og dialysebehandling (primært peritonaldialyse i hjemmet).
4. SSU ber UNN og aktuelle kommuner ta et felles ansvar for at avtale er inngått før oppgaven flyttes ut til kommunehelsetjenesten.
5. SSU ber om status for arbeidet med avtaleinngåelse innen utgangen av 2023.

Vedlegg 6: Avtale mellom Sykehuset Telemark og Tokke kommune
Vedlegg 7: Avtale mellom Finnmarkssykehuset og Nordkapp kommune
Vedlegg 8: Avtale mellom Finnmarkssykehuset og Vadsø kommune
Vedlegg 9: Avtalemal Nordlandssykehuset og kommunene
Vedlegg 10: Avtale mellom Nordlandssykehuset og Vågan kommune
Vedlegg 11: Avtale mellom UNN og Bardu kommune
Vedlegg 12: Avtalemal Helse Nord om kommunalt utført spesialisthelsetjeneste

---

Sak:	**48/23**
Tittel:	**Status og årsrapport 2022 FSU Akuttmedisin**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg
Fra:	Overordnet revisjonsutvalg
Møtedato:	01.09.23

Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk samhandling (FSU Akuttmedisin) ble etablert i 2021 som et ledd i Helsefelleskapet Troms og Ofoten. FSU Akuttmedisin rapporterer til Strategisk Samarbeidsutvalg (SSU). I dagens møte gir FSUets leder Ole Magnus Filseth en oppdatering rundt status og årsrapport for 2022.

Forslag til vedtak:
SSU takker for informasjonen og tar den til orientering

Vedlegg 13: Årsrapport 2022 FSU Akuttmedisin

Sak: **49/23**
Tittel: **Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Møtedato: 01.09.23

Representantene for partnerne i helsefellesskapet informerer kort om aktuelle saker i egen region/klinikk/organisasjon.

Forslag til vedtak:
Informasjon fra SSU-medlemmene tas til orientering.

Sak: **50/23**
Tittel: **Referatsaker**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 01.09.23

Siden forrige møte i SSU den 1.06.23 har det vært avholdt møte i FSU Faslegerådet, FSU rekruttering og stabilisering og FSU Psykisk helse og rus. Møtereferatene for FSU psykisk helse og rus og FSU rekruttering og stabilisering er ikke godkjent av utvalgene og publiseres på www.helsefellesskapet.no etter hvert som de er godkjent.

Forslag til vedtak:
SSU tar vedlagte referat til orientering.

Vedlegg 14: Møtereferat FSU Fastlegerådet

Sak: **51/23**
Tittel: **Neste møte og kommende saker**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 01.09.23

Neste møte avholdes digitalt på teams den 05.10.23

Kommende saker:
- Oppdatering fra Helse Nord RHF vedrørende omstillingsprosess.
- Beredskapsarbeid i helsefellesskap
- Pakkeforløp kreft hjem

Saker kan meldes fortløpende til sekretariatet.

Saker meldes og framstilles på egen mal. Malen finnes på www.helsefellesskapet.no. Ta kontakt med sekretariatet ved behov for veiledning eller bistand.

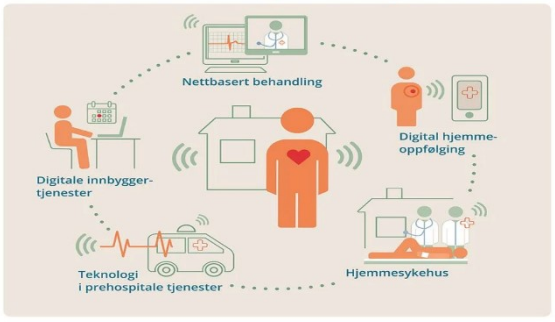
Utfylt saksframlegg med eventuelle vedlegg sendes lene.kristiansen@unn.no med kopi til guri.moen.lajord@tromso.kommune.no

Forslag til vedtak:
SSU tar informasjonen om neste møte og rutine for innmelding av saker til orientering

HELSEFELLESSKAPET TROMS OG OFOTEN

Faglig samarbeidsutvalg for digital samhandling

Mandat FSU Digital samhandling

Forankring og formål	Faglig samarbeidsutvalg digital samhandling (FSU DS) ble oppnevnt av strategisk samarbeidsutvalg (SSU) i helsefellesskapet Troms og Ofoten den 19.10.22. Hovedmålet for FSU digital samhandling er å planlegge, utvikle, implementere og samhandle rundt pasientforløp gjennom bruk av digitale løsninger. Dette skal oppnås gjennom å forsterke kompetanse, samarbeid og bidra til felles planlegging og utvikling av tjenester som gir god kvalitet samt lettere tilgang til digitale løsninger. Mandatet omfatter også pasienter og pårørende og gjelder for lokalsykehusområdet UNN og kommunene i Troms og Ofoten. Jf. Nasjonal helse og sykehusplan (St. meld 7 2020-2023) ønsker regjeringen; - fokus på at det utadvendte sykehus skal yte mer helsehjelp hjemme hos pasienten, samarbeide mer, både fysisk og virtuelt med kommunale helse- og omsorgstjenester - knytte målene for digitalisering tydeligere til målene for pasientbehandling. Verdien av digitalisering ligger i hva den kan bety for tilbudet til pasientene. - videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten for å understøtte helhetlige tjenestetilbud, samhandling og nye måter å yte tjenester på ved hjelp av teknologi og digitalisering. 
Felles roller og ansvar	Faglig samarbeidsutvalg er et faglig rådgivende utvalg som skal: - Bidra med kunnskapsbaserte anbefalinger, foreslå tiltak og legge til rette for kompetansedeling og digital utvikling i samhandling mellom tjenestene FSUet skal - Identifisere områder for forbedring av digital samhandling i pasientforløp - Se på digital samhandling i døgnopphold - Se på digital samhandling mellom kommunen og UNN for pasienter som ikke er inneliggende i sykehus

	- Utarbeide handlingsplan som konkretiserer ansvar og oppgaver i digital samhandling mellom kommunene og UNN - Bidra til god samhandling knyttet til administrative rutiner, kliniske problemstillinger og pasientforløp
Rammebetingelser	Faglig samarbeidsutvalg arbeider på vegne av helsefellesskapet. FSU-et får handlingsrom til å tenke nytt og framtidsrettet. Utvalget gjør selv prioriteringer og organiserer arbeidet slik de ønsker. Kommunene og UNN skal tilrettelegge for at representantene kan prioritere utvalgets arbeid. Leder og nestleder skal representere hver av partnerne kommunene og UNN, og velges av FSU for ett år av gangen. Oppdrag av større omfang som krever flere ressurser i kommunene eller UNN, legges fram for SSU for godkjenning. FSUet evalueres etter ett år. Økonomi: - lønnskostnader/utgifter knyttet til den enkeltes rådsaktivitet dekkes av arbeidsgiver - honorar brukerrepresentanter dekkes av UNN - honorar for fastleger dekkes av kommunene - det bør tilstrebes å søke ekstern finansiering for prosjekter
Oppdrag og bestilling	Utvalget tar fortløpende imot henvendelser/oppdrag fra helsefellesskapet. Utvalget initierer selv saker Utvalget rapporterer årlig til SSU
Representasjon	FSU DS er sammensatt av representanter fra samarbeidspartnerne i helsefellesskapet Troms og Ofoten - UNN - Kommunene - Brukere - Fastleger Sammensetning vil kunne endres og suppleres ved behov.

HELSEFELLESSKAPET TROMS OG OFOTEN

Faglig samarbeidsutvalg for digital samhandling

FSU Digital samhandling - medlemmer

Oppdatert 25.08.23

Navn	Tittel og tilhørighet
Kommunene	
Øyvind Kristiansen Nestleder	Digitaliseringsrådgiver, Narvik kommune,
Line Nordgård	IKT-rådgiver helse, Tromsø kommune,
Per Tore Andersen	IKT-konsulent, Storfjord kommune
Kristine Lavik-Askim	Avd.leder Andslimoen legetjeneste, Målselv kommune,
Sigrid Myreng	Fagutvikler, Sørreisa kommune,
UNN	
Bjørn Ivar Strand Leder	Seksjonsleder for preanalyse
Christel Sundfær Johansen	Regional kompetanseseksjon.
Tarjei Robertsen	Konstituert enhetsleder ved NEHR døgnenhet
Gry Luneborg	Fagsykepleier ortopedisk avd Narvik
	PSHT?
Fastlegene	
Dag Nordvåg	Fastlege Tromsø
Brukerne	
Gudmund R Johansen	Brukerutvalget UNN

Mandat for Fastlegerådet

Bakgrunn og formål	○ Fastlegerådet er et fagråd for fastleger og leger i UNN og ble opprettet av OSO (Overordnet samarbeidsorgan Troms og Ofoten) i 2013. Fastlegerådet videreføres i Helsefellesskapet Troms og Ofoten som et faglig samarbeidsutvalg (FSU). ○ Det overordnede formålet med Fastlegerådet er å legge til rette for godt samarbeid mellom UNN og fastlegene i de kommunene som bruker UNN som lokalsykehus. ○ Dette oppnås gjennom å styrke kompetansen om hverandres arbeid og arbeidssituasjon, styrke samarbeid og samhandling, og bidra til utvikling av tjenester som gir god kvalitet og bedre ressursutnyttelse i UNN og hos fastlegene/kommunene.
Oppgaver og ansvar	○ Fastlegerådet er et rådgivende organ for UNN og fastlegene, og skal fremme og behandle saker og problemstillinger i samhandlingen mellom UNN og fastlegene ○ Fastlegerådet skal være rådgivende organ for Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) i overordnede saker som angår samhandling mellom UNN og fastlegene ○ Fastlegerådet skal behandle saker hvor oppgavefordelingen mellom fastlegene og UNN er uklar, eller hvor UNN eller fastlegene ønsker endringer i oppgavefordelingen ○ Fastlegerådet skal bidra til utvikling av eksisterende og nye tjenester og tilbud i UNN og hos fastlegene ○ Fastlegerådet skal vurdere å avgi høringer i aktuelle saker ○ Fastlegerådet skal involvere fagmiljøene i relevante saker for å sikre god forankring og effektiv gjennomføring i egen faggruppe/organisasjon ○ Fastlegerådet skal utarbeide en årsrapport som omtaler prioriterte arbeids- og innsatsområder, arrangementer Fastlegerådet har vært involvert i, antall møter i utvalget med deltakelse, og oversikt over saker som er behandlet med status og resultat for disse. Årsrapporten legges fram for SSU.
Sammensetning og oppnevning	○ Fastlegerådet er et varig utvalg som skal bestå av 7 fastleger, en fastlege fra hver av kommuneregionene Nord-, Midt- og Sør-Troms, og Tromsø-området, og en fastlege fra hver av vertskommunene for UNN-sykehusene (Tromsø, Narvik og Harstad). UNNs representanter skal bestå av medisinsk fagsjef, og 6 leger fra ulike klinikker, en fra UNN Tromsø, en fra UNN Harstad og en fra UNN Narvik, og minst en fra Psykisk helse og rus-feltet. Fastlegerådet skal ha en brukerrepresentant. For alle Fastlegerådets

	representanter skal det oppnevnes en personlig vararepresentant. Ved forfall gir den faste representanten beskjed til sekretariatet og personlig vara. o Fastlegerepresentantene oppnevnes av leder for legetjenesten i kommunene i samråd med lokal tillitsvalgt for fastlegene, og UNNs representanter oppnevnes av ledelsen i UNN. Alle representanter oppnevnes for en periode på 4 år. Ved gjenoppnevning skal kontinuitet balanseres med fornyelse o Fastlegerådet konstituerer seg selv. Leder og nestleder av Fastlegerådet skal være praktiserende fastleger. o Fastlegerådets leder har ansvar for møteledelse og representerer utvalget utad
Drift og økonomi	o Fastlegerådet gjennomfører minst 4 møter årlig. o Sekretariatsfunksjonene for Fastlegerådet ivaretas av Helsefellesskapets sekretariat o Saker som ønskes behandlet av Fastlegerådet skal fremmes skriftlig til Fastlegerådets leder og/eller sekretariatet senest tre uker før det aktuelle møtet o Hver av partnerne dekker egne reise- og driftsutgifter knyttet til møtevirksomheten

Tittel: *Prosedyre for formidling av tekniske hjelpemidler gjeldende for UNN og lokalsykehuskommunene.*			Docmap ID: PR44699
Utgave: 2.6	Godkjent dato: Ikke godkjent utkast	Gjelder fra: N/A	Revideres: N/A

UTKAST

Innhold

Bakgrunn 1
Hensikt 1
Felles ansvar 2
Ansvar UNN 2
Ansvar kommunen 3
Kurs og godkjenninger 3
Vurdering av varighet og hastegrad 3
Hastesak 3
Varig behov 4
Korttidsutlån 4
Ofte stilte spørsmål 4
Evaluering 5
Lenker 5

Bakgrunn

Felles prosedyre for formidling av tekniske hjelpemidler tar utgangspunkt i retningslinje nr. 2 *Samarbeid omkring behandlingsforløp*. Retningslinjen er et vedlegg til samarbeidsavtalen som er inngått mellom UNN og kommunene. Denne felles prosedyren er en konkretisering av innholdet i retningslinjen og skal bidra til at ansvar og oppgaver blir tydelig definert mellom partene.

Hensikt

Pasienter får nødvendig og egnet teknisk hjelpemiddel levert til avtalt tid, så raskt som mulig.

Felles ansvar

- Partene har ansvar for å følge felles prosedyre for formidling av tekniske hjelpemidler og gjøre prosedyren kjent i sin organisasjon.
- Prosedyren må inkluderes i de interne opplæringsrutinene.
- Hjelpemiddelformidling skal dokumenteres i pasientjournal.
- Sykehus og kommune må sammen med pasienten sikre at tilfredsstillende hjelpemidler kommer på plass. Hovedansvaret for å sørge for at pasienten får adekvate hjelpemidler ligger til kommunen, men det forutsetter at hjelpebehovet er korrekt kommunisert mellom nivåene. Det skal også alltid være rom for å utvise faglig skjønn og tilpassede løsninger i enkeltsaker hvor det er hensiktsmessig.
- Formidling av noen typer hjelpemidler krever spesiell kompetanse som kan tilegnes gjennom NAV hjelpemiddelsentral sine e-læringskurs. *Se eget avsnitt om kurs og godkjenninger.*
- Det er nødvendig med god kjennskap til hva som defineres som korttidsutlån, varig behov og hastesak. *Se eget avsnitt om vurdering av varighet og hastegrad.*
- Hvem som helst kan ringe direkte til kommunalt hjelpemiddellager når det gjelder korttidsutlån. Gjelder også pasienten selv eller pårørende. *Se eget avsnitt om vurdering av varighet og hastegrad.*
- Formidlingsprosessen gjøres alltid i samarbeid med bruker eller pårørende.

Ansvar UNN

- Avdelingen som har ansvar for utskriving skal vurdere funksjonsnivå og behov for tekniske hjelpemidler, herunder om behovet er kortsiktig, varig eller hastesak.
- Beskrivelse av funksjonsnivå og behov for tekniske hjelpemidler sendes så raskt som mulig til kommunen via helseopplysning (PLO) for heldøgns inneliggende pasienter, eller via poliklinisk epikrise (EDI) for dag-/polikliniske pasienter.
- Dersom hjelpemiddelbehovet endres under innleggelsen, etter at der er bestilt eller søkt om hjelpemidler, sendes oppdatert helseopplysning (PLO) til kommunen.
- I de sakene der det er behov for faglig bistand og veiledning i hjelpemiddelformidling, kan den rettes til ergo/fysioterapitjenesten i UNN via sekundærhenvisning fra avdelingen. Sekundærhenvisninger til ergoterapitjenesten må sendes straks man har en antakelse om at det blir et behov for hjelpemidler. Ergoterapeutene er avhengig av tid for kunne gjøre sine vurderinger.
- Utredning av omgivelsene der hjelpemidlet skal anvendes er som oftest nødvendig, derfor anbefales det at vurdering gjøres i samråd eller dialog med kommunen.
- Når UNN søker tekniske hjelpemidler hos NAV hjelpemiddelsentral må UNN finne en oppfølgings-/opplæringsansvarlig i kommunen.
    - Navnet finnes ved å ringe kontaktpunkt for hjelpemiddelhåndtering i kommunen. Kontaktpunktet skal være oppført på kommunens nettsider.
    - Kommunen må informeres skriftlig om hvilken navngitt person som føres opp som oppfølgingsansvarlig i søknaden.

UTKAST

Ansvar kommunen

- Ansvarlig for oppfølging og opplæring av utleverte tekniske hjelpemidler.
- Ansvar for utlevering og montering av tekniske hjelpemidler.
- Ansvar for å oppnevne kontaktpunkt/person for hjelpemiddelformidling i kommunen, og for at kontaktinformasjon til kontaktpunkt/person er tilgjengelig og oppdatert på kommunenes nettsider.
- Kontaktpunkt/person i kommunen må være en rolle og funksjon som sikrer videre oppfølging ved formidling av tekniske hjelpemidler.
- Gi bistand til evt. hjemmebesøk selv om pasient er inneliggende på sykehus.
- Korttidsutlån av tekniske hjelpemidler.

Kurs og godkjenninger

- For å ha grunnleggende kunnskap i hjelpemiddelformidling:
    - Grunnkurs – hjelpemiddelformidling.
- For å kunne benytte NAV hjelpemiddelsentrals bestillingsordning:
    - Godkjenningskurs - bestillingsordningen
- For å kunne søke om elektrisk rullestol, elektrisk seng, personløfter og seil:
    - Grunnkurs i elektromedisinsk utstyr
        - Godkjenningskurs - elektrisk rullestol
        - Godkjenningskurs - personløfter og seil
        - Godkjenningskurs - elektrisk seng

Kurs og godkjenninger er åpne for alle yrkesgrupper.

Vurdering av varighet og hastegrad

Hastesak

- Ved terminalpleie.
- Ved trykksårproblematikk.
- Utskrivning fra sykehus som ikke kunne vært planlagt. For eksempel hvis pasienten selv skriver seg ut.

Søknaden sendes anonymisert på e-post til:

NAV Nordland	nav.hot.nordland@nav.no	Tlf. 40 70 28 18
NAV Troms	nav.hjelpemiddelsentral.troms.lager@nav.no	Tlf. 40 70 28 19
NAV Finnmark	nav.hot.troms.og.finnmark.lakselv@nav.no	Tlf. 40 70 28 20

Skriv HASTESAK og brukernummer i emnefeltet. Brukernummer fås ved å kontakte NAV Hjelpemiddelsentral per telefon. Søknaden skal legges som vedlegg og brukeropplysninger sensureres.

UTKAST

I tillegg skal også den originale søknaden med personopplysninger og signatur ettersendes på vanlig måte. Kryss av for at hjelpemidlet er utlevert og skriv at søknad er sendt tidligere via e-post som hastesak.

Tips: Rammeavtalene på hjelpemiddeldatabasen.no kan benyttes til å finne 1. valg for hjelpemidlet. Førstevalget er som oftest lagervare hos NAV hjelpemiddelsentral.

Varig behov

- Varig (over to år) og vesentlig redusert funksjonsevne.
- Dette må søkes på hos NAV hjelpemiddelsentral.

Korttidsutlån

- Korttidsutlån gjelder i 3 måneder med mulighet for forlengelse opptil 2 år.
- Enhver kan låne enkelte hjelpemidler fra kommunalt hjelpemiddellager uten å måtte søke, og be om forlengelse hvis behovet overstiger 3 måneder. Hvis behovet blir varig må det søkes NAV hjelpemiddelsentral, og helsepersonell med kurs må bistå pasienten.
- Det pasienten ofte kan låne i kommunen: Manuell rullestol, rullator, toalettstol, dusjkrakk, toalettforhøyer og lignende.
- Det pasienten ofte ikke kan låne på korttidsutlån: Elektrisk rullestol, rampe, spesialtilpassede hjelpemidler, seng, løfte/hvilestol.
- Det pasienten må kjøpe selv: Håndtak, gripetang, strømpepåtrekker, hjelpemidler som bedrer grep (bestikk, kniver), rekkverk.
- Ring kommunalt hjelpemiddellager.
- Det er en egen ordning for korttidsutlån av hjelpemidler til barn. Her er det mulig å låne direkte fra hjelpemiddelsentralen.

Ofte stilte spørsmål

Her er det ført opp eksempler på tilbakevendende utfordringer med hjelpemiddelformidlingen og hvordan utfordringene har blitt løst tidligere.

Hvordan skal kommunikasjonen mellom UNN og kommune foregå?
Innlagte pasienter: For å sikre god saksgang skal avtaler alltid dokumenteres gjennom skriftlig kommunikasjon (PLO). I tillegg kan man gjerne bruke telefon for å drøfte uklarheter.
Polikliniske pasienter: For å sikre god saksgang skal avtaler alltid dokumenteres gjennom skriftlig kommunikasjon (EDI eller frittstående dialogmelding).
Generelt: Gjelder pasienter som har, eller får behov for, kommunale tjenester i tillegg til hjelpemidler. Alle avtaler og muntlige avklaringer må være dokumentert i pasientens journal.

Sykehuset ber kommunen om å søke om hjelpemidler for inneliggende pasient, men kommunen har ikke nok opplysninger om pasientens funksjonsnivå til å kunne søke.
Sykehusavdelingen plikter å sende oppdaterte, gode funksjonsbeskrivelser. Hvis funksjonsbeskrivelsene er utilstrekkelige oppfordres kommunen til å etterspørre funksjonsbeskrivelser som gjør det mulig å søke om hjelpemidler.

UTKAST

Sykehuset ber kommunen om å søke om hjelpemidler for inneliggende pasient, men pasienten mottar ikke kommunale tjenester.
I et slikt tilfelle er det sykehuset som har best kjennskap til pasientens behov. Da ansees det også som naturlig at sykehusavdelingen søker om hjelpemidler. Dersom det er behov for kartlegging av bolig kan man be kommunen om bistand via PLO.

Sykehuset ber kommunen om å søke om hjelpemidler for inneliggende pasient, men kommunen ikke har fullmakt til å kunne søke.
Uten fullmakt eller tilgang på pasienten har ikke terapeutene i kommunen lov til å søke på hjelpemidler fra NAV hjelpemiddelsentral. Hvis pasienten ikke har anledning til å gi fullmakt må enten kommunen sende søknaden som hastesak, eller så ansees det som naturlig at sykehuset søker om hjelpemidlet. Her er det viktig med løsningsorientert dialog mellom sykehus og kommune for å komme frem til den beste løsningen for pasienten.

Kommunen ber sykehuset om å søke hjelpemidler, men sykehuset får ikke tak i kommunalt helsepersonell som kan føres opp som oppfølgingsansvarlig i søknaden.
Hver kommune plikter å ha telefonnummer til kontaktperson for hjelpemiddelhåndtering oppført på sine hjemmesider. Dette nummeret kan benyttes for å få oppnevnt en oppfølgingsansvarlig. Det er også viktig at kommunen informeres skriftlig om hvem som er ført opp som oppfølgingsansvarlig i søknaden.

Kommunen ber sykehuset om å søke hjelpemidler, men sykehuset har ikke nok informasjon om pasientens hjemmesituasjon til å vite om pasienten kan nyttiggjøre seg av hjelpemidlene.
Her oppfordres partene til løsningsorientert dialog om oppgavefordelingen slik at pasientene får hjelpemidler så raskt som mulig. Dersom sykehuset er avhengig av kartlegging av bolig for å søke, kan det sendes henvendelse til kommunen via PLO med beskrivelse av problemstillingen og ønske om bistand. Bruk i tillegg gjerne muntlig kommunikasjon for å avklare praktiske spørsmål.

Evaluering
Etter revisjon av tjenesteavtaler mellom UNN og kommunene, ellers annethvert år.
Seksjon for samhandling og helsetjenesteutvikling på UNN har ansvaret for evalueringen.

Lenker
www.nav.no

www.kunnskapsbanken.net

Samarbeidsavtalen mellom kommunene og UNN

Nasjonal veileder for Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

UTKAST

Medlemmer utvalg 2022 – Revisjon av prosedyrer for tekniske hjelpemidler

Kvalitetssikring av rutiner/retningslinjer for rekvirering av tekniske hjelpemidler mellom UNN og lokalsykehuskommunene

Oppdatert 07.03.2022

Navn	E-post	Telefon	Tittel/ tjenestested
Ledet utvalget			
Tony A. Berntsen	Tony.andre.berntsen@unn.no	454 73 631	Rådgiver, Seksjon for samhandling og helsetjenesteutvikling ESI-senteret UNN
Fra kommunene			
Evelyn Solli Thomassen	Evelyn.Solli.Thomassen@tromso.kommune.no	953 04 741	Leder, Fysio- og ergoterapitjenesten for voksne Tromsø kommune
Margrete Selseng	Margrete.Selseng@tromso.kommune.no	977 39 883	Avdelingsleder, Midtbyen hjemmetjeneste Tromsø kommune
Berit Røen	Berit.Roen@narvik.kommune.no	971 57 678	Ergoterapeut, Narvik kommune
Hanne Mikalsen Berg	Hanne.Berg@harstad.kommune.no	770 27 126	Avdelingsleder, Hjemmebasert Rehabilitering Harstad kommune
Irene Skoglund	irene.skoglund@balsfjord.kommune.no	957 91 484	Fysioterapeut, Balsfjord kommune
Kirsti Mikalsen	Kirsti.Mikalsen@nordreisa.kommune.no	775 88 190	Ergoterapeut, Koordinerende Enhet Nordreisa kommune
Fra UNN			
Lise Figenschow	Lise.Figenschow@unn.no	77626390	Spes. Ergoterapeut, Rehabiliteringsavdelingen NOR-klinikken UNN Tromsø
Ann Tove Buene	Ann.Tove.Buene@unn.no	26390	Spes. Ergoterapeut, Rehabiliteringsavdelingen NOR-klinikken UNN Tromsø
Johanne Hemmingsen	Johanne.Kristine.Hemmingsen@unn.no		Sykepleier, Geriatrisk sengepost Medisinsk klinikk UNN Tromsø
Sissel Irene Thorbjørnsen	Sissel.Irene.Thorbjornsen@unn.no	776 69 280	Enhetsleder, Ortopedisk sengepost NOR-klinikken
Grete Jakobsen	Grete.Jakobsen@unn.no	917 30 145	Spes. Ergoterapeut, ESI-senteret PSHT Tromsø
Marit Eilertsen	Marit2.Eilertsen@unn.no	770 15 431	Kst. seksjonsleder, Rehabiliteringsavdelingen UNN Harstad

UTKAST

Andre representanter			
Torunn Fagerli	Torunn.Fagerli@nav.no	412 01 292	Avdelingsleder, NAV hjelpemiddelsentral Troms og Finnmark
Tommy Larsen	Tommy@hjelpemiddel-service.no	934 95 002	Teamleder, Hjelpemiddelavdelingen, Troms produkt Tromsø kommune
Gisle Forsaa	Gisle.Forsaa@harstad.kommune.no	918 76 220	Arbeidsleder, Hjelpemiddeltjenesten Harstad kommune
Remi Hoholm	Remihoholm@live.no	93691615	Leder, Brukerutvalget NAV Troms
Kirsti Baardsen	Kibaards@gmail.com	997 03 167	Leder, Brukerutvalget UNN

UTKAST

SYKEHUSET TELEMARK

Tokke kommune

Delavtale for drift av desentralisert kreftbehandling i Tokke kommune

1. Avtaleparter

Avtalen er inngått mellom Sykehuset Telemark HF (heretter «STHF») og Tokke kommune (heretter «kommunen»).

Kontaktpersoner

Tokke kommune:

- Kommunalsjef Helse og omsorg, Tokke kommune. Tlf. 35 07 55 01/ 970 21 422
  Epost: ann.wraa@tokke.kommune.no

- Evy Katrin Aamlid
  Avdelingsleder Evy Katrin Aamlid Tokke kommune
  Epost evy.katrin.aamlid@tokke.kommune.no Tlf. 35 07 55 30/411 00 975

Sykehuset Telemark:

- Per Urdahl
  Klinikksjef; Medisinsk klinikk, Sykehuset Telemark HF, Tlf,: 35 00 48 58/905 08 959
  Epost: urdp@sthf.no

- Anne Augestad Larsen
  Avdelingsleder Medisinsk klinikk, Sykehuset Telemark HF , Tlf: 35 00 38 77/901 96 631
  Epost: aau@sthf.no

2. Bakgrunn og lovgrunnlag

Avtalen bygger på forprosjektet medikamentell kreftbehandling i Tokke kommune. Det lages nå en samarbeidsavtale for en prosjektperiode på 1 år.

Plikt til å inngå samarbeidsavtale mellom kommuner og helseforetak er fastsatt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 § 6-1, og i lov om spesialisthelsetjenester § 2-1 e. Denne delavtalen bygger på dette lovverket og den overordnede samarbeidsavtalen som er inngått mellom STHF og kommunene

Når partene i denne samarbeidsavtalen bruker uttrykket "avtale", omfatter det både denne delavtalen og prosedyrer som hører inn under avtalen.

Delavtalen må reforhandles dersom lovgrunnlag, forskrifter elle andre vesentlige forutsetninger blir endret.

3. Formål, definisjoner og virkeområde

3.1 Formål

Formålet med avtalen er å formalisere samarbeidet mellom kommunen og STHF når det gjelder medikamentell kreftbehandling. Avtalen skal sikre at pasienten får medikamentell kreftbehandling og/eller støttebehandling så nær hjemstedet som mulig med samme kvalitetskrav som ved STHF. Det er videre et formål med avtalen å klargjøre ansvarsforhold i forbindelse med medikamentell kreftbehandling i Tokke.

3.2 Definisjoner

Det skilles mellom enheter som **forordner** og de som kun **administrerer** kurer.

Forordnende enhet igangsetter, evaluerer og avslutter medikamentell kreftbehandling.

Administrerende enhet skal kun gi forordnet behandling, ikke avslutte behandlingen eller gjøre endringer i forordningene.

4. Ansvar og myndighet

4.1. Sykehuset Telemark HF har ansvar for følgende:

- Poliklinikk for kreft og blodsykdommer STHF, er forordnende enhet.
- Det faglige ansvaret for tjenestetilbudet som gis desentralt. Det innebærer at sykehuset er ansvarlig for både de medisinske og sykepleiefaglige tjenestene som tilbys. Det betyr at de ansatte i Tokke kommune utfører tjenesten på vegne av sykehuset.
- Instruksjonsmyndighet over de ansatte i Tokke kommune som utfører tjenestene, beskrives i egen innleieavtale. Se vedlegg
- Ansvaret for å forordne medikamentell kreftbehandling, inklusiv avslutte og gjøre andre endringer i forordningen
- Å utarbeide og vedlikeholde prosedyrer og andre relevante dokumenter
- Å gjøre prosedyrer og relevante dokumenter tilgjengelige for kommunehelsetjenesten
- Å informere kommunehelsetjenesten ved endringer i prosedyrer og relevante dokumenter
- Å tilby teoretisk og praktisk opplæring for aktuelle ansatte i kommunehelsetjenesten
- STHF har ansvar for opplæring i DIPS og CMS og sikre at de har kunnskap om informasjonssikkerhet.
- STHF har ansvar for tilgangsstyring til DIPS og CMS. Aktuelle brukere i Tokke vil være ansatt i et 0-forhold ved STHF
- Transport av medikament fra STHF til avtalt leveringssted.

4.2 Kommunen har ansvar for følgende:

- Å stille med lege og sykepleiere som deltar i tjenesteutførelsen under faglige ledelse av sykehusets lege og underlagt sykehusets instruksjonsmyndighet.
- Kommunen har personalansvar.
- Administrere forordnet medikamentell kreftbehandling. Det inkluderer ikke å avslutte eller gjøre andre endringer i forordningen.
- Å sørge for at relevant personell gjennomfører opplæringsprogram som beskrevet i prosedyrer, og som STHF tilbyr.
- Følge aktuelle prosedyrer/retningslinjer i HELIKS (STHF 's kvalitetssystem)
- Stille lokaler og utstyr til disposisjon jmf. punkt 5.1.

5. Beskrivelse av virksomheten

5.1 Kravene til fysiske fasiliteter og utstyr ved enheter som skal gi medikamentell kreftbehandling

Kommunen har etableringsansvar og driftsansvar for lokaler.

Selv enkle kurer kan være potensielt skadelige og det kan oppstå uventede reaksjoner, slik at det kreves en del av det fysiske miljø og utstyr.

- Eget areal til administrering av medikamentell kreftbehandling
- Eget kontor med arbeidsplass til sykepleier og lege tilknyttet behandlingsrommet
- Tilgang til oksygen
- Intravenøsutstyr for enkel parenteral medikamentell behandling
- Nødvendig verneutstyr for personalet (kun hansker).
- Avfallsbehandling (risikoavfall)
- Gjenopplivnings- og anafylaksiutstyr tilgjengelig
- Seng for forlenget observasjon og evt. mulighet for innleggelse over natt
- Tilgang til enkel laboratorietesting av blod
- Tilstrekkelig medisinsk-teknisk utstyr (blodtrykksapparat, infusjonspumper)

STHF har ansvar for 2 PC'er med DIPS og CMS knyttet til STHF nettverk. Oppkobling avklares med Teknologi og eHelse og HR.

5.3 Krav til kompetanse ved medikamentell kreftbehandling

All medikamentell kreftbehandling krever vurdering av indikasjonsstilling og dosering (forordning) og regelmessig effektevaluering. Effektevaluering og stillingtaken til videre behandling foregår vanligvis med 2-3 måneders mellomrom. Forordning og effektevaluering krever spesialistkompetanse, og foretas av forordnende enhet.

Det forutsettes at alle enheter som administrerer kjenner til og følger de lover og regler som regulerer denne aktiviteten. Man må erkjenne at det er varierende kompleksitet og risiko forbundet med forskjellig typer terapi, og forordnende enhet skal til enhver tid vurdere hvilke kurer som kan administreres lokalt og hvilke som bør gis sentralt av forordnende enhet

5.4 Krav til personale som skal administrere medikamentell kreftbehandling

- Sykepleiere med spesialutdanning i kreftsykepleie eller erfaring fra kreftomsorg
- Sykepleiere som har videreutdanning som kreftsykepleiere trenger ikke gjennomføre nytt kurs, men må ha 3 dager med opplæring/administrere behandling ved poliklinikken i Skien før oppstart lokalt.
- Nye sykepleiere må på 2 dagers kurs v/DNR og i tillegg opplæring/administrere behandling minimum 4 dager i Skien.

- Kompetansen opprettholdes ved kontinuerlig administrasjon. Med dette menes systematisk oppdatering/fagutvikling for sykepleiere (avtalefestet hospitering, regelmessig undervisning, mulighet for kurs/konferanse deltakelse).
- Systematisk registrering av bivirkninger og symptomforekomst
- Skal ikke avslutte eller endre behandlingen uten at det er diskutert med forordnende enhet. Administrerende enhet har likevel et ansvar for å vurdere forsvarligheten.
- Kommunen må ha definert lege som er fysisk tilgjengelig under behandlingen.
- Sikker overvåkning med nødvendig akuttkompetanse (spl og lege) kontinuerlig tilgjengelig
- Sykepleierne må ha gjennomgått AHLR kurs ved STHF
- Journalføring i henhold til gjeldende forskrifter.
- Gjennomføring opplæring i DIPS og CMS.

5.5 Krav til bemanning

Det må sørges for tilstrekkelig bemanning for å imøtekomme kvalitetskravene.

- Det må være to sertifiserte sykepleiere for at enheten skal være tilstrekkelig robust.
- Definert lege må være tilgjengelig ved behandling.

5.6 Beskrivelse av aktiviteten

Følgende tiltak gjennomføres ved STHF:

- Første behandling gis alltid ved STHF og pasienten får da informasjon om behandlingsforløpet.
- Pasientene står på dagsprogrammet til poliklinikken ved STHF i Skien
- Behandlingen legges inn i CMS og godkjennes av lege ved STHF
- Aktuell behandling produseres ved opptrekket på STHF og sendes til avtalt hentested.
- Pasient får resept på aktuelle perorale medikamenter i forbindelse med behandling fra STHF.
- Tilgjengleig for telefonkonsultasjoner på tlf. 907 53 932.

Følgende tiltak gjennomføres ved helseavdelingen i Tokke kommune:

1. Pasienten tar blodprøver på forhånd
2. Sykepleier og lege skal vurdere pasienten klinisk før kur og kontakte poliklinikken ved tvil om behandling kan gis.
3. Sykepleier lokalt følger arbeidsskjema i CMS og dokumenterer i tillegg i DIPS
4. Sykepleier administrer behandlingen og håndterer evt. Reaksjoner.
5. Det skal være tilgjengelig behandling 2 pårølgende dager, planlegges utført primært på tirsdager og onsdager.

6. Etablering av system for internkontroll og melding av uønskede hendelser

Ansvarlig ved Poliklinikk for kreft og blodsykdommer foretar årlig kontroll av virksomheten i kommunen.

Med utilsiktede hendelser menes hendelser som er avvik fra beskrivelsen i prosedyrene, samt alvorlige bivirkninger hos pasienten. Avvik meldes i sykehusets avvikssystem.

SYKEHUSET TELEMARK

Tokke kommune

7. Fordeling av inntekter og kostnader.

Medikamenter og klargjøring av disse dekkes av STHF. Lege ved avdeling for kreft og blodsykdommer planlegger og godkjenner behandling i CMS. Behandling kodes i henhold til regler. Sykehuset krever ingen egenandel av pasienten.

I prosjektperioden vil Controller ved STHF i samarbeid med seksjonsleder poliklinikk sørge for oversikt over inntekt og utgifter ved sykehuset.

Kommunen fører prosjektregnskap i avtaleperioden

Ved endt prosjektperiode skal inntekt og utgifter ved begge lokalisasjoner gjennomgås og evt. fordeling av disse planlegges.

8. Avtalens varighet, evaluering og revisjon

Delavtalen er gjeldende fra 01.06.20 og gjelder ett år med forlengelsesmulighet på 1 år av gangen. Det avtales 3 måneder gjensidig oppsigelsestid.

Delavtalen og tilhørende prosedyrer skal evalueres og revideres årlig.

8. Tvister

Dersom det oppstår tvist mellom partene om tolkningen eller rettsvirkningene av denne avtalen, skal tvisten først søkes løst gjennom forhandlinger.

Dersom en tvist ikke blir løst gjennom forhandlinger, skal partene deretter forsøke å løse tvisten ved mekling. Nasjonal tvisteløsningsnemnd for helse- og omsorgssektoren skal benyttes.

Dersom en tvist ikke blir løst ved forhandlinger eller mekling, kan hver av partene forlange tvisten avgjort med endelig virkning ved norske domstoler. Nedre Telemark tingrett er verneting.

Avtalen er laget i to eksemplarer hvorav partene beholder et eksemplar hver:

For Sykehuset Telemark

Skien, den 29.06.21

Per Urdahl

For Tokke kommune

Dalen den 29.06.20

Ann Wraa

Arkivreferanse Finnmarkssykehuset HF:	Arkivreferanse kommune:

SAMARBEIDSAVTALE

OM

SPESIALISTHELSETJENESTEOPPGAVER SOM UTFØRES I KOMMUNE PÅ VEGNE AV FINNMARKSSYKEHUSET HF

mellom

og

Nordkapp kommune

1.0: PARTER

Denne tjenesteavtalen er etter ønske fra partene inngått mellom Nordkapp kommune og Finnmarkssykehuset HF.

2.0: FORMÅL

Denne avtalen omhandler cytostatika, immunterapi, biologiske legemidler for ikke-maligne tilstander og blodtransfusjoner gitt i kommunen. Avtalen skal bidra til å sette pasienten i sentrum ved å legge til rette for at pasienter, i de tilfeller helseforetaket sammen med kommune finner det tjenlig og faglig forsvarlig, kan motta spesialisthelsetjenestetilbud i sin hjemkommune. En forutsetning er at tilbud gitt desentralt faglig skal være minst like godt som tilbudet pasienten ville fått ved å reise til foretakets lokasjon. Kommunens sykestueplass / helsetjenesteinstitusjon kan være naturlig arena i de tilfeller pasient trenger kortere opphold i forbindelse med behandling.

Avtalen skal sikre faglig forsvarlighet når kommunen gir cytostatika, immunterapi, biologiske legemidler for ikke-maligne tilstander og blodtransfusjoner på vegne av Finnmarkssykehuset HF.

3.0: LOV OG REGELVERK

Avtalen bygger bl.a. på følgende lovverk som regulerer tjenesten:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer av 24. juni 2011 nr. 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten med mer av 2. juli 1999 nr. 61
- Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64
- Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten
- Ev øvrig lov og regelverk som regulerer tjenesten som ytes

4.0: Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester – ISF regelverk

Beregningsgrunnlag for spesialisthelsetjenester utført av kommuner reguleres av eget regelverk «Innsatsstyrt finansiering» som årlig revideres/utgis av Helsedirektoratet. Endringer i regelverket vil kunne innebære revisjon av denne avtalen.

I ISF-regelverket for 2019kap. 4.3.6 fremkommer;

> *Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan kun inngå i beregningsgrunnlaget for ISF når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Aktuelle avtaler skal være forankret i generell samarbeidsavtalestruktur mellom tjenestenivåene, og skal inneholde bestemmelser som sikrer tilstrekkelig aktivitetsrapportering til NPR.*
> *Når følgende kriterier er oppfylt, kreves ingen søknad for at kommunalt utførte tjenester skal kunne inngå i ISF-beregningsgrunnlaget:*

- *Hovedinnholdet i tjenestene er velavgrensede spesialisthelsetjenester som kan identifiseres på en sikker måte basert på rapportert prosedyreinnhold.*

Finnmarkssykehuset har vurdert at behandling med cytostatika, immunterapi, biologiske legemidler for ikke-maligne tilstander og blodtransfusjoner oppfyller kriteriet.

5.0: ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING

Avtalen forutsetter at aktuell behandling/konsultasjon skal være initiert og besluttet av behandlere i Finnmarkssykehuset HF (eller UNN HF.)

5.1 KOMMUNENS ANSVAR OG OPPGAVER

a. Lege i kommunen har det medisinske ansvaret for gjennomføring av behandlingen i kommunen.
b. Kommunen skal sikre at personell som involveres i behandling av pasienter på vegne av Finnmarkssykehuset HF har gjennomført nødvendig opplæring og innehar oppdatert kunnskap. Kommunen forplikter seg til å melde inn opplæringsbehov til medisinsk poliklinikk ved Hammerfest sykehus.
c. Kommunen skal sikre at gjeldende rutiner er tilgjengelige og følges. Rutiner for praktisk gjennomføring av behandlingen skal utarbeides av kommunen etter spesialisthelsetjenesten sine protokoller og rutiner, Finnmarkssykehuset skal yte bistand i arbeidet.
d. Kommunen skal rapportere virksomheten de gjennomfører på vegne av Finnmarkssykehuset HF i journalsystemet DIPS. Oppholdet registreres etter gjeldende krav.

5.2 HELSEFORETAKETS ANSVAR OG OPPGAVER

a) Spesialisthelsetjenesten ved ansvarlig lege i Finnmarkssykehuset (eller UNN) har ansvar for ordinering av cytostatika og biologiske legemidler. Ordineringen skjer i et journalnotat/epikrise.
b) Pasienten skal ha oppstartsbehandling i sykehus. For påfølgende vedlikeholdsbehandling skal det beskrives tydelig i journalnotatet/epikrisen hvordan kurer skal fordeles mellom hjemkommune og sykehus (f.eks. kan man ved infliksimab skrive at to av tre behandlinger gis i hjemkommune, mens én av tre gis på sykehus).
c) Finnmarkssykehuset skal utarbeide rutiner for bestilling og mottak av aktuelle legemidler med tilhørende utstyr. Rutinen legges som vedlegg til denne avtalen.
d) Finnmarkssykehuset skal utarbeide nødvendige rutiner for behandlingen og sørge for at disse gjøres tilgjengelig for kommunen.
e) Finnmarkssykehuset skal tilby nødvendig veiledning/opplæring til leger/behandlere som skal yte de aktuelle tjenester på vegne av foretaket. Opplæring dokumenteres. Opplæring gis en gang pr år eller når regelverket endrer seg.
f) Finnmarkssykehuset skal sørge for at tilgang til journalsystemet DIPS etableres i kommunen, og at nødvendig opplæring gis.
g) Kreve inn egenandel for pasienten

5.3 PARTENES FELLES ANSVAR OG OPPGAVER

Kommune og Finnmarkssykehuset HF forplikter seg til å samarbeide til beste for pasienten slik at tilbudet kan gjennomføres i kommunen på en faglig forsvarlig måte og i henhold til lover, forskrifter og prosedyrer.

6.0: SPESIALISTHELSETJENESTER I KOMMUNE - ØKONOMI

Avtalen skal sikre at kommunen får dekket sine merkostnader ved at spesialisthelsetjenester ytes i kommune. Modell for finansiering består av følgende ledd:

- Finnmarkssykehuset betaler medikament og engangsutstyr
- Partene dekker sine kostnader for opplæring
- Kommunen får dekket sine merutgifter med 40 % av innrapportert aktivitet (DRG-satser for benyttede prosedyrer) og et basistilskudd som tilsvarer 40 % av årslønn for kreftsykepleier (årslønna er stipulert til kr 700.000 per år).

Satser for aktivitetsbasert kompensasjon tar utgangspunkt i gjeldende diagnose-satser for sykehus og egenandel fra pasienter.
Utbetaling av slik kompensasjon gjøres kvartalsvis basert på innrapporterte aktivitetsdata.

7.0: BRUKERMEDVIRKNING.

Tjenester som følger av denne samarbeidsavtalen skal sikre og styrke brukernes interesser. Brukere skal involveres i utvikling av tjenester etter denne avtalen, jfr. også Overordnet samarbeidsavtale pkt. 3.

Avtalen forutsetter at pasienten samtykker i at aktuelle spesialisthelsetjenetilbud ytes i kommunen.

8.0: AVTALENS VARIGHET, REVISJON OG OPPSIGELSE

Denne avtalen trer i kraft fra 1.1.2023 ved signering og gjelder i en prøveperiode på 6 måneder. Avtalen vil kunne forlenges etter prøveperioden. Partene skal gjensidig og uten ugrunnet opphold informere hverandre dersom uforutsette omstendigheter gjør at oppfyllelse av avtalen vanskeliggjøres eller ikke lenger er mulig.
Endringer i regelverket gjeldende «Innsatsstyrt finansiering» som årlig revideres/utgis av Helsedirektoratet vil kunne medføre revisjon av avtalen dersom en av partene ønsker dette.

9.0: UENIGHET OG AVVIK

Uenighet og avvik etter denne avtalen skal behandles etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale mellom kommunen og helseforetaket.

10: VEDLEGG TIL AVTALEN

Særskilt lov og regelverk samt prosedyrespesifikke avtaler inkl avtale om blodtransfusjoner.

11: DATO OG UNDERSKRIFT

Sted og dato:	Sted og dato:
For Nordkapp kommune	For Finnmarkssykehuset HF

FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU

Arkivreferanse Finnmarkssykehuset HF:	Arkivreferanse kommune:

SAMARBEIDSAVTALE

OM

SPESIALISTHELSETJENESTEOPPGAVER SOM UTFØRES I KOMMUNE PÅ VEGNE AV FINNMARKSSYKEHUSET HF

mellom

FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU

og

Vadsø kommune

FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU

1.0: PARTER

Denne tjenesteavtalen er etter ønske fra partene inngått mellom Vadsø kommune og Finnmarkssykehuset HF.

2.0: FORMÅL

Denne avtalen omhandler cytostatika, immunterapi, biologiske legemidler for ikke-maligne tilstander og blodtransfusjoner gitt i kommunen. Avtalen skal bidra til å sette pasienten i sentrum ved å legge til rette for at pasienter, i de tilfeller helseforetaket sammen med kommune finner det tjenlig og faglig forsvarlig, kan motta spesialisthelsetjenestetilbud i sin hjemkommune. En forutsetning er at tilbud gitt desentralt faglig skal være minst like godt som tilbudet pasienten ville fått ved å reise til foretakets lokasjon. Kommunens sykestueplass / helsetjenesteinstitusjon kan være naturlig arena i de tilfeller pasient trenger kortere opphold i forbindelse med behandling.

Avtalen skal sikre faglig forsvarlighet når kommunen gir cytostatika, immunterapi, biologiske legemidler for ikke-maligne tilstander og blodtransfusjoner på vegne av Finnmarkssykehuset HF.

3.0: LOV OG REGELVERK

Avtalen bygger bl.a. på følgende lovverk som regulerer tjenesten:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer av 24. juni 2011 nr. 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten med mer av 2. juli 1999 nr. 61
- Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64
- Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten
- Ev øvrig lov og regelverk som regulerer tjenesten som ytes

4.0: Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester – ISF regelverk

Beregningsgrunnlag for spesialisthelsetjenester utført av kommuner reguleres av eget regelverk «Innsatsstyrt finansiering» som årlig revideres/utgis av Helsedirektoratet. Endringer i regelverket vil kunne innebære revisjon av denne avtalen.

I ISF-regelverket for 2019kap. 4.3.6 fremkommer;

> *Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan kun inngå i beregningsgrunnlaget for ISF når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Aktuelle avtaler skal være forankret i generell samarbeidsavtalestruktur mellom tjenestenivåene, og skal inneholde bestemmelser som sikrer tilstrekkelig aktivitetsrapportering til NPR.*
> *Når følgende kriterier er oppfylt, kreves ingen søknad for at kommunalt utførte tjenester skal kunne inngå i ISF-beregningsgrunnlaget:*
> - *Hovedinnholdet i tjenestene er velavgrensede spesialisthelsetjenester som kan identifiseres på en sikker måte basert på rapportert prosedyreinnhold.*

Finnmarkssykehuset har vurdert at behandling med biologiske legemidler for ikke-maligne tilstander oppfyller kriteriet. Denne avtalen omhandler ikke øvrige tilfeller slik de beskrives i samme regelverk.

5.0: ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING

Avtalen forutsetter at aktuell behandling/konsultasjon skal være initiert og besluttet av behandlere i Finnmarkssykehuset HF (eller UNN HF.)

5.1 KOMMUNENS ANSVAR OG OPPGAVER

a. Lege i kommunen har det medisinske ansvaret for gjennomføring av behandlingen i kommunen.
b. Kommunen skal sikre at personell som involveres i behandling av pasienter på vegne av Finnmarkssykehuset HF har gjennomført nødvendig opplæring og innehar oppdatert kunnskap. Kommunen forplikter seg til å melde inn opplæringsbehov til poliklinikk ved Kirkenes sykehus.
c. Kommunen skal sikre at gjeldende rutiner er tilgjengelige og følges. Rutiner for praktisk gjennomføring av behandlingen skal utarbeides av kommunen etter spesialisthelsetjenesten sine protokoller og rutiner, Finnmarkssykehuset skal yte bistand i arbeidet.
d. Kommunen skal rapportere virksomheten de gjennomfører på vegne av Finnmarkssykehuset HF i journalsystemet DIPS. Oppholdet registreres etter gjeldende krav.

5.2 HELSEFORETAKETS ANSVAR OG OPPGAVER

a) Spesialisthelsetjenesten ved ansvarlig lege i Finnmarkssykehuset (eller UNN) har ansvar for ordinering av aktuelle biologiske legemidler. Ordineringen skjer i et journalnotat/epikrise.
b) Pasienten skal ha oppstartsbehandling i sykehus. For påfølgende vedlikeholdsbehandling skal det beskrives tydelig i journalnotatet/epikrisen hvordan kurer skal fordeles mellom hjemkommune og sykehus (f.eks. kan man ved infliksimab skrive at to av tre behandlinger gis i hjemkommune, mens én av tre gis på sykehus).
c) Finnmarkssykehuset skal utarbeide rutiner for bestilling og mottak av aktuelle legemidler med tilhørende utstyr. Rutinen legges som vedlegg til denne avtalen.
d) Finnmarkssykehuset skal utarbeide nødvendige rutiner for behandlingen og sørge for at disse gjøres tilgjengelig for kommunen.
e) Finnmarkssykehuset skal tilby nødvendig veiledning/opplæring til leger/behandlere som skal yte de aktuelle tjenester på vegne av foretaket. Opplæring dokumenteres. Opplæring gis én gang pr år eller når regelverket endrer seg.
f) Finnmarkssykehuset skal sørge for at tilgang til journalsystemet DIPS etableres i kommunen, og at nødvendig opplæring gis.
g) Kreve inn egenandel for pasienten

5.3 PARTENES FELLES ANSVAR OG OPPGAVER

Kommune og Finnmarkssykehuset HF forplikter seg til å samarbeide til beste for pasienten slik at tilbudet kan gjennomføres i kommunen på en faglig forsvarlig måte og i henhold til lover, forskrifter og prosedyrer.

6.0: SPESIALISTHELSETJENESTER I KOMMUNE - ØKONOMI

Avtalen skal sikre at kommunen får dekket sine merkostnader ved at spesialisthelsetjenester ytes i kommune. Modell for finansiering består av følgende ledd:

- Finnmarkssykehuset betaler medikament og engangsutstyr
- Partene dekker sine kostnader for opplæring
- Kommunen får dekket sine merutgifter med 40 % av innrapportert aktivitet (DRG-satser for benyttede prosedyrer) og et basistilskudd som tilsvarer 25 % av årslønn for kreftsykepleier (årslønna er stipulert til kr 700.000 per år).

Satser for aktivitetsbasert kompensasjon tar utgangspunkt i gjeldende diagnose-satser for sykehus og egenandel fra pasienter.
Utbetaling av slik kompensasjon gjøres kvartalsvis basert på innrapporterte aktivitetsdata.

7.0: BRUKERMEDVIRKNING.

Tjenester som følger av denne samarbeidsavtalen skal sikre og styrke brukernes interesser. Brukere skal involveres i utvikling av tjenester etter denne avtalen, jfr. også Overordnet samarbeidsavtale pkt. 3.

Avtalen forutsetter at pasienten samtykker i at aktuelle spesialisthelsetjenetilbud ytes i kommunen.

8.0: AVTALENS VARIGHET, REVISJON OG OPPSIGELSE

Denne avtalen trer i kraft ved signering fra 01.05.2023 og gjelder i en prøveperiode på seks måneder. Det avtales et oppfølgingsmøte etter seks måneder, der også økonomi og aktivitet gjennomgås. Avtalen vil kunne forlenges etter prøveperioden. Partene skal gjensidig og uten ugrunnet opphold informere hverandre dersom uforutsette omstendigheter gjør at oppfyllelse av avtalen vanskeliggjøres eller ikke lenger er mulig.
Endringer i regelverket gjeldende «Innsatsstyrt finansiering» som årlig revideres/utgis av Helsedirektoratet vil kunne medføre revisjon av avtalen dersom en av partene ønsker dette.

9.0: UENIGHET OG AVVIK

Uenighet og avvik etter denne avtalen skal behandles etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale mellom kommunen og helseforetaket.

10: VEDLEGG TIL AVTALEN

Særskilt lov og regelverk samt prosedyrespesifikke avtaler inkl avtale om blodtransfusjoner.

11: DATO OG UNDERSKRIFT

Sted og dato: Vadsø 31.3.23

Sted og dato: Kirkenes 31.3.23

For Vadsø kommune

For Finnmarkssykehuset HF

2021

Avtale om spesialisthelsetjenesteoppgave utført i primærhelsetjeneste mellom Nordlandssykehuset HF og kommunene.

Avtalen er forankret i overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtalene 1 og x

Denne avtalen er inngått mellom
Nordlandssykehuset HF
og
…… Kommune

NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO

1. PARTER

Denne tjenesteavtalen er etter ønske fra partene inngått mellom ..... kommune og Nordlandssykehuset HF. Avtalen er inngått i medhold av Overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtale 1.

2. FORMÅL

Denne avtalen omhandler XXX behandlingsprosedyre gitt i kommunen. Avtalen skal bidra til å sette pasienten i sentrum ved å legge til rette for at pasienter, i de tilfeller helseforetaket sammen med kommune finner det tjenlig og faglig forsvarlig, kan motta spesialisthelsetjenestetilbud i XXX kommune. Tjenester gitt i XXX kommunene skal faglig skal være minst like godt som tilbudet pasienten ville fått ved å reise til foretakets lokasjon. Kommunal helsetjenesteinstitusjon/lokasjon kan være naturlig arena i de tilfeller pasient trenger kortere opphold i forbindelse med behandling.

Avtalen skal sikre faglig god pasientbehandling, effektiv ressursbruk, og at kommunen får dekket sine merutgifter når de yter helsetjenester på vegne av Nordlandssykehuset HF.

3. LOV OG REGELVERK

Avtalen bygger bl.a. på følgende lovverk som regulerer tjenesten:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer av 24. juni 2011 nr. 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten med mer av 2. juli 1999 nr. 61
- Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64
- Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten
- Ev øvrig lov og regelverk som regulerer tjenesten som ytes

4. Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester – ISF regelverk

Beregningsgrunnlag for spesialisthelsetjenester utført av kommuner reguleres av eget regelverk «Innsatsstyrt finansiering» som årlig revideres/utgis av Helsedirektoratet. Endringer i regelverket vil kunne innebære revisjon av denne avtalen.

I ISF-regelverket for 2019 kap. 4.3.6 fremkommer;

> *Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan kun inngå i beregningsgrunnlaget for ISF når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Aktuelle avtaler skal være forankret i generell samarbeidsavtalestruktur mellom tjenestenivåene, og skal inneholde bestemmelser som sikrer tilstrekkelig aktivitetsrapportering til NPR. Når følgende kriterier er oppfylt, kreves ingen søknad for at kommunalt utførte tjenester skal kunne inngå i ISF-beregningsgrunnlaget:*
>
> - *Hovedinnholdet i tjenestene er velavgrensede spesialisthelsetjenester som kan identifiseres på en sikker måte basert på rapportert prosedyreinnhold.*

Nordlandssykehuset HF har vurdert at zzzz behandlingsprosedyre oppfyller kriteriet. Denne avtalen omhandler ikke øvrige tilfeller slik de beskrives i samme regelverk.

5. ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING

Avtalen forutsetter at aktuell behandling/konsultasjon skal være avtalt i samarbeid mellom helseforetaket og kommunen.

5.1 KOMMUNENS ANSVAR OG OPPGAVER

a. Lege i kommunen har det medisinske ansvaret for gjennomføring av behandlingen i kommunen.
b. Kommunen skal sikre at personell som involveres i behandling av pasienter på vegne av Nordlandssykehuset HF har gjennomført nødvendig opplæring og innehar oppdatert kunnskap. Kommunen forplikter seg til å melde inn opplæringsbehov.
c. Kommunen skal sikre at gjeldende rutiner er tilgjengelige og følges. Rutiner for praktisk gjennomføring av behandlingen skal utarbeides av kommunen etter spesialisthelsetjenesten sine protokoller og rutiner, Nordlandssykehuset HF kan yte bistand i arbeidet.
d. Kommunen skal rapportere virksomheten de gjennomfører på vegne av Nordlandssykehuset HF i journalsystemet DIPS eller på annen egnet måte som tilfredsstiller kravene for ISF refusjon. Oppholdet registreres etter gjeldene krav.
e. På vegne av foretaket kreve inn egenandel for pasienten.

5.2 HELSEFORETAKETS ANSVAR OG OPPGAVER

a) Spesialisthelsetjenesten ved ansvarlig lege i helseforetaket har ansvar for «bestilling» av tiltaket i kommunen og forskrivning av nødvendige medikamenter når det er påkrevet.
b) Helseforetaket skal utarbeide nødvendige rutiner for behandlingen og sørge for at disse gjøres tilgjengelig for kommunen.
c) Helseforetaket skal tilby nødvendig veiledning/opplæring til kommunalt helsepersonell som skal yte de aktuelle tjenester på vegne av foretaket. Opplæring dokumenteres. Opplæring gis en gang pr år eller når regelverket endrer seg.

5.3 PARTENES FELLES ANSVAR OG OPPGAVER

Kommune og NOrdlandssykehuet HF forplikter seg til å samarbeide til beste for pasienten slik at tilbudet kan gjennomføres i kommunen på en faglig forsvarlig måte og i henhold til lover, forskrifter og prosedyrer.

6. SPESIALISTHELSETJENESTER I KOMMUNE - ØKONOMI

Avtalen skal sikre at kommunen får dekket sine merkostnader når spesialisthelsetjenester ytes i kommune. Modell for finansiering kan bestå av følgende ledd:

- Kommunen rapporterer sine merutgifter tilknyttet aktiviteten. Konkretisering av hvordan slike merutgifter dokumenteres/rapportering avklares i avtalen.
- Kommunen får dekket sine merutgifter, alternativt andel av innrapportert aktivitet (DRG satser for prosedyre) – løsning avtales mellom kommunen og helseforetaket.
- Helseforetaket betaler medikament og engangsutstyr
- Partene dekker sine kostnader for opplæring

Utbetaling av slik kompensasjon gjøres etter avtale basert på innrapporterte aktivitetsdata.

7. BRUKERMEDVIRKNING.

Tjenester som følger av denne samarbeidsavtalen skal sikre og styrke brukernes interesser. Brukere skal involveres i utvikling av tjenester etter denne avtalen, jfr. også Overordnet samarbeidsavtale pkt. 3.

Avtalen forutsetter at pasienten samtykker i at aktuelle spesialisthelsetjenetilbud ytes i kommunen.

8. AVTALENS VARIGHET, REVISJON OG OPPSIGELSE

Denne avtalen trer i kraft ved signering og gjelder i en prøveperiode ett år. Avtalen vil kunne forlenges etter prøveperioden. Partene skal gjensidig og uten ugrunnet opphold informere hverandre dersom uforutsette omstendigheter gjør at oppfyllelse av avtalen vanskeliggjøres eller ikke lenger er mulig. Tjenesteavtalen evalueres årlig og revideres etter behov.

Endringer i regelverket gjeldende «Innsatsstyrt finansiering» som årlig revideres/utgis av Helsedirektoratet vil kunne medføre revisjon av avtalen dersom en av partene ønsker dette.

9. UENIGHET OG AVVIK

Uenighet og avvik etter denne avtalen skal behandles etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale mellom kommunen og Nordlandssykehuset HF.

10. VEDLEGG TIL AVTALEN

Særskilt lov og regelverk samt prosedyrespesifikke avtaler

11. DATO OG UNDERSKRIFT

Sted og dato:	Sted og dato:
For ….kommunen	For Nordlandssykehuset HF

2023

Avtale om spesialisthelsetjenesteoppgave utført i primærhelsetjeneste mellom Nordlandssykehuset HF og kommunene.

Avtalen er forankret i overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtalene 1 og x

Denne avtalen er inngått mellom
Nordlandssykehuset HF
og
Vågan Kommune

NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO

1. PARTER

Denne tjenesteavtalen er etter ønske fra partene inngått mellom Vågan kommune og Nordlandssykehuset HF. Avtalen er inngått i medhold av Overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtale 1.

2. FORMÅL

Denne avtalen omhandler drift av dialysesatellitt i Vågan kommune. Avtalen skal bidra til å sette pasienten i sentrum ved å legge til rette for at pasienter, i de tilfeller helseforetaket sammen med kommune finner det tjenlig og faglig forsvarlig, kan motta spesialisthelsetjenestetilbud i kommunen. Avtalen skal sikre at dialysebehandlingen som gis ved satellitt i Vågan kommunene skal være faglig minst like godt som tilbudet pasienten ville fått ved å reise til foretakets lokasjon.

Avtalen skal sikre faglig god pasientbehandling, effektiv ressursbruk, og at kommunen får dekket sine merutgifter når de yter helsetjenester på vegne av Nordlandssykehuset HF.

3. LOV OG REGELVERK

Avtalen bygger bl.a. på følgende lovverk som regulerer tjenesten:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer av 24. juni 2011 nr. 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten med mer av 2. juli 1999 nr. 61
- Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64
- Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten
- Ev øvrig lov og regelverk som regulerer tjenesten som ytes

4. Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester – ISF regelverk

Beregningsgrunnlag for spesialisthelsetjenester utført av kommuner reguleres av eget regelverk «Innsatsstyrt finansiering» som årlig revideres/utgis av Helsedirektoratet. Endringer i regelverket vil kunne innebære revisjon av denne avtalen.

I ISF-regelverket for 2019 kap. 4.3.6 fremkommer;

> *Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan kun inngå i beregningsgrunnlaget for ISF når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Aktuelle avtaler skal være forankret i generell samarbeidsavtalestruktur mellom tjenestenivåene, og skal inneholde bestemmelser som sikrer tilstrekkelig aktivitetsrapportering til NPR. Når følgende kriterier er oppfylt, kreves ingen søknad for at kommunalt utførte tjenester skal kunne inngå i ISF-beregningsgrunnlaget:*
>
> - *Hovedinnholdet i tjenestene er velavgrensede spesialisthelsetjenester som kan identifiseres på en sikker måte basert på rapportert prosedyreinnhold.*

Nordlandssykehuset HF har vurdert at etablering av dialysesatellitt i Vågan kommune oppfyller kriteriet jfr. ISF-regelverket for 2019kap. 4.3.6. Denne avtalen avgrenses til hemodialyse som ellers ville blitt utført i sykehus. Kommunen plikter å rapportere utført aktivitet i tråd med avtalens pkt. 5.1 d) samme regelverk.

5. ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING

Avtalen forutsetter at aktuell behandling/konsultasjon skal være avtalt i samarbeid mellom helseforetaket og kommunen.

5.1 KOMMUNENS ANSVAR OG OPPGAVER

a. Vågan kommune skal drifte satellitten som helårsdrift. Ved uforutsette problemstillinger hvor drift blir vanskelig, forplikter Nordlandssykehuset å ta imot pasientene for nødvendig dialysebehandling. Ved stopp i behandlingstilbudet ved dialysesatellitten på >1 uke, kommer dette til fratrekk på det avtalte månedlige beløp.
b. Vågan kommune har arbeidsgiveransvar for personalet tilknyttet dialysesatellitten og har ansvaret for den daglige driften av dialysesatellitten.
c. Vågan kommunen skal sikre at personell som involveres i behandling av pasienter på vegne av Nordlandssykehuset HF har gjennomført nødvendig opplæring i hht Nordlandssykehusets opplæringsplaner, og innehar oppdatert kunnskap.
d. Vågan kommune forplikter seg til å melde inn opplæringsbehov i god tid slik at nødvendig opplæring kan gjennomføres. Det skal legges til rette for mulighet for hospitering ved Nordlandssykehuset (Jmf Tjenesteavtale 06)
e. Kommunen skal sikre at gjeldende rutiner er tilgjengelige og følges. Rutiner for praktisk gjennomføring og ordinering av behandlingen gjøres av Nordlandssykehuset HF.
f. Vågan kommune holder lokaler vederlagsfritt og dekker strømutgifter og renhold.
g. Vågan kommune har ansvar for å melde fra ved endringer i vannforsyning, metode for vannrensing, eller andre forhold som kan ha konsekvenser for vannkvaliteten.
h. Kommunen skal dokumentere aktiviteten de gjennomfører på vegne av Nordlandssykehuset HF i foretakets journalsystem DIPS. Oppholdet registreres etter gjeldene krav i DIPS.
i. Nordlandssykehuset HF har det medisinskfaglige ansvaret for Dialysebehandlingen. Annen medisinsk skal følges opp av Vågan Kommune

5.2 HELSEFORETAKETS ANSVAR OG OPPGAVER

a. Nordlandssykehuset HF har det medisinskfaglige ansvaret for Dialysebehandlingen og oppfølging tilknyttet denne.
b. Helseforetaket skal utarbeide nødvendige rutiner for behandlingen og sørge for at disse gjøres tilgjengelig for kommunen.
c. Helseforetaket skal sørge for nødvendig opplæring/veiledning til kommunalt helsepersonell som skal yte de aktuelle tjenester på vegne av foretaket. Opplæring skal dokumenteres.
d. Nordlandssykehuset HF skal sørge for nødvendig faglig oppdatering og re-opplæring.
e. Nordlandssykehuset HF er tilgjengelig for veiledning og rådgivning for helsepersonell tilknyttet dialysesatellitt og dialysebehandling.
f. Nordlandssykehuset stiller til rådighet nødvendig utstyr for at helsepersonell tilknyttet dialysesatellitt slik at de har tilgang til sykehusets journalsystem og kvalitetssystem. Tilgang til journalsystemet er begrenset til aktuelle pasienter.
g. Nordlandssykehuset skal sørge for å gi helhetlige og koordinerte tjenester

5.3 PARTENES FELLES ANSVAR OG OPPGAVER

Nordlandssykehuset HF og Vågan kommune forplikter seg til å samarbeide til beste for pasienten slik at tilbudet kan gjennomføres i kommunen på en faglig forsvarlig måte og i

henhold til lover, forskrifter og prosedyrer.

Partene skal sammen legge til rette for hospiteringspraksis ved Nordlandssykehuset HF.

6 SPESIALISTHELSETJENESTER I KOMMUNE - ØKONOMI

Avtalen skal sikre at kommunen får dekket sine merkostnader når spesialisthelsetjenester ytes i kommune.

a. Nordlandssykehuset HF holder dialysemaskiner, mobile vannrenseanlegg, dialysestoler og trillebord.
b. Nordlandssykehuset HF sørger for nødvendig forbruksmateriell.
c. Nordlandssykehuset HF er ansvarlig for nødvendig tilpassing av lokaler ut fra behov etter befaring av tekniker fra Nordlandssykehuset HF
d. ISF refusjon for gjennomførte dialysebehandlinger ved dialysesatellitt i Vågan kommune tilfaller Nordlandssykehuset HF.
e. Tiltaket gir beslag på to stk helsepersonell i 6 timer 3 dager i uken, som tilsvarer 1,03 årsverk. Nordlandssykehuset dekker 1,03 årsverk
f. Nordlandssykehuset HF dekker påløpte kostnader i arbeidsgiverperioden ved sykdom.
g. Vågan kommunen fakturerer Nordlandssykehuset månedlig.
h. Det kan påløpe kostander ved behov for overtid. Skal gjøres i dialog med Nordlandssykehuset HF.
i. Nordlandssykehuset HF tar ansvar for nødvendig opplæring av helsepersonell ved oppstart av dialysesatellitt. Opplæringsbehov avtales individuelt.
j. Nordlandssykehuset dekker nødvendig overnatting/transport for gjennomføring av nødvendig opplæring. Avtales med Nordlandssykehuset i forkant av oppstart opplæring.
k. Nordlandssykehuset stiller med sykepleiere som er tilstede ved oppstart drift av dialysesatellitt i Vågan kommune
l. Opplæring av nytt personell skal avtales med Nordlandssykehuset.

7 BRUKERMEDVIRKNING.

Tjenester som følger av denne samarbeidsavtalen skal sikre og styrke brukernes interesser. Brukere skal involveres i utvikling av tjenester etter denne avtalen, jfr. også Overordnet samarbeidsavtale pkt. 3.

Avtalen forutsetter at pasienten samtykker i at aktuelle spesialisthelsetjenetilbud ytes i kommunen.

8 AVTALENS VARIGHET, REVISJON OG OPPSIGELSE

Denne avtalen trer i kraft ved fra 27.03.2023. Partene skal gjensidig og uten ugrunnet opphold informere hverandre dersom uforutsette omstendigheter gjør at oppfyllelse av avtalen vanskeliggjøres eller ikke lenger er mulig. Avtalen evalueres årlig og revideres etter behov.

Endringer i regelverket gjeldende «Innsatsstyrt finansiering» som årlig revideres/utgis av Helsedirektoratet vil kunne medføre revisjon av avtalen dersom en av partene ønsker dette.

Partene har en måneds gjensidig oppsigelsestid av avtalen

9 UENIGHET OG AVVIK

Uenighet og avvik etter denne avtalen skal behandles etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale mellom kommunen og Nordlandssykehuset HF.

10 DATO OG UNDERSKRIFT

Sted og dato: Steinar 15/5 23

For [illegible] kommune

KOMMUNEDIREKTØR
VÅGAN KOMMUNE

Sted og dato:

For Nordlandssykehuset HF

Avtale om desentralisert hudbehandlingstilbud ved Interkommunal legevakt i Bardu

1. Avtaleparter

Denne avtalen er inngått mellom Bardu kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

Kontaktinformasjon:

Bardu kommune	Foretaksnr. 864993982
Besøksadresse Altevannsveien 16	
Postboks 401	Telefon 77185200
Postnummer / sted **9365 Bardu**	Telefax 77185201
Partsrepresentant: Rådmann i Bardu kommune Stedfortreder: Enhetsleder helse, omsorg og barnevern i Bardu kommune	

Universitetssykehuset Nord Norge HF	Foretaksnr 983974899
Besøksadresse: **Sykehusveien 38**	
Postadresse **Postboks 100**	Telefon 07766
Postnummer/sted **9038 Tromsø**	Telefax
Partsrepresentant: Klinikksjef Nevro- og ortopediklinikken Stedfortreder: Avdelingsoverlege hud	

2. Bakgrunn for avtalen

Denne avtalen regulerer organisering og drift av hudbehandlingstilbudet ved Interkommunal legevakt i Bardu.

3. Beskrivelse av tjenesten

Hudbehandlingen ved Interkommunal legevakt i Bardu (IKL Bardu) omfatter lysbehandling samt konsultasjoner av hudlege.
Dersom tilbudet innskrenkes eller utvides skal avtalen endres eller det skal inngås skriftlig tilleggsavtale.

4. Kriterier for inklusjon av pasienter

UNN fastsetter inklusjonskriteriene for hudtilbudet ved IKL Bardu. UNN har ansvar for inntak av pasienter.

Alle pasienter skal være tilsett av hudspesialist etter ordinær henvisning fra lege. Hudspesialist beslutter utredning og videre behandlingsopplegg.

5. Partenes roller, oppgaver og ansvar

a. *UNN* har det medisinskfaglige ansvaret for hudtjenesten ved IKL Bardu. Behandlende hudspesialist har behandlingsansvar for pasienten.

   UNN har ansvar for kvalitativt god drift ved ambulering eller tilsyn av pasienter på annen tilfredsstillende måte, for eksempel ved bruk av e-helseløsninger.

   UNN har ansvar for at personell med IKL Bardu har nødvendig kompetanse for hudtjenesten ved senteret. UNN har ansvar for opplæring og etterutdanning av personell for å sikre et kvalitativt godt tilbud. Kontaktperson ved UNN har ansvar for å informere ansatte ved IKL Bardu om nye behandlingsrutiner, videreutdanning og kurs og har ansvar for å organisere hospitering ved UNN der det vurderes som nytt og nødvendig.

   UNN skal i samarbeid med Bardu kommune og IKL Bardu utarbeide veiledninger og retningslinjer i den grad dette vurderes som nødvendig.

   UNN eier medisinsk-teknisk utstyr og datautstyr. Medisinsk forbruksmateriell betales og bestilles fra UNN, jfr pkt. 7. Utstyr knyttet til hudbehandlingstjenesten ved IKL Bardu kontrolleres og vedlikeholdes av medisinsk-teknisk avdeling ved UNN i henhold til UNNs rutiner.

b. *Bardu kommune* stiller lokaler og kvalifisert personale til disposisjon for tjenesten. Personell rekrutteres lokalt og ansettes i kommunen. Hudbehandlingstjenesten skal ha personalressurs tilsvarende 60% stilling. Personell utførere behandling etter veiledning fra, og i jevnlig dialog med, hudspesialist og for øvrig etter utarbeidede retningslinjer.

c. *UNN* forvalter systemansvaret for hudtjenesten i samarbeid med Bardu kommune.

6. Journalføring, dokumentasjon og rapportering

Relevant og nødvendig informasjon skal dokumenteres i henhold til lov, forskrift og retningslinjer for hudtjenestene ved IKL Bardu. Sykepleiere dokumenterer i DIPS. Lysdoseringsskjema føres kontinuerlig og skannes inn i DIPS etter avsluttet behandlingsperiode.

Det skal rapporteres månedlig på aktivitet og økonomi og andre aktuelle driftsforhold i tråd med rapporteringsrutinene i UNN.

7. Økonomi, finansiering og fakturering

Bardu kommune har ansvar for å stille nødvendige og hensiktsmessige lokaler til disposisjon og har ansvar for daglig renhold og vedlikehold av disse.

UNN gir et tilskudd for drift av hudtilbudet. Tilskuddet justeres hvert år framover med deflatoren som framkommer av statsbudsjettet for gjeldende år.
Det skal utarbeides årlig budsjett for hudtilbudet. Budsjettet utarbeides i samarbeid mellom UNN og Bardu kommune. Vedtatt budsjett regnes som vedlegg til denne avtalen.

Behov for nytt utstyr til verdi over kr 100 000 meldes til UNN innen 1. mai i driftsåret. Behov for utstyr under kr 100 000,- behandles på samme måte som for UNN HFs øvrige enheter og utstyrsbehov meldes til aktuell klinikksjef.

Betaling av tilskudd skjer fire ganger pr år. Bardu kommune er ansvarlig for å sende godkjent faktura til UNN. Forfall på fakturaene settes til hhv 15. februar, 15. mai, 15. august og 15. november hvert år. Den enkelte faktura skal omfatte samlet tilskudd for perioden.

Ved betalingsforsinkelser kan Bardu kommune kreve rente i henhold til Lov om renter ved forsinket betaling m.m. av 17. desember 1976 nr. 100.

Detaljert regnskap skal sendes UNN for hvert driftsår innen 15. februar påfølgende år.

Varighet, endring og oppsigelse av avtalen

Denne avtalen gjelder fra den er underskrevet av partene og i to år.

Avtalen kan endres ved enighet mellom partene. Endringer i avtalen skal gjøres skriftlig, dateres og underskrives av partene.

Partene forplikter seg til å gjøre endringer i hele eller deler av avtalen som følge av endringer i lov, forskrift, veiledere eller ved endringer av rutiner og/eller organisasjonsendringer som har betydning for avtalen.

Begge parter kan si opp denne avtalen med 12 måneders varsel. Varsel om oppsigelse skal være skriftlig. Oppsigelsetiden løper fra og med måneden etter skriftlig oppsigelse er sendt. Dersom avtalen ikke sies opp i avtaleperioden eller inne periodens utløp, fortsetter avtalen å løpe for to nye år.

8. Uenighet og tvist

Uenighet eller tvist mellom partene om forhold knyttet til denne avtalen skal forsøkes løst ved forhandlinger.

Dersom forhandlinger ikke fører frem skal tvisten bringes inn for de ordinære domstoler. Verneting for tvist etter denne avtalen er Senja tingrett, Finnsnes.

9. Dato og signatur

Avtalen er undertegnet i to eksemplarer hvor partene beholder hvert sitt.

Sted og dato:	Sted og dato:
For Bardu kommune	For Universitetssykehuset i Nord-Norge

Samarbeidsavtale om spesialisthelsetjenesteoppgaver som utføres i xxx kommune på vegne av yyy HF – forslag til mal

1. PARTER

Denne tjenesteavtalen er etter ønske fra partene inngått mellom ..... kommune og yyy HF. Avtalen er inngått i medhold av Overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtale 1.

2. FORMÅL

Denne avtalen omhandler zzz behandlingsprosedyre gitt i kommunen. Avtalen skal bidra til å sette pasienten i sentrum ved å legge til rette for at pasienter, i de tilfeller helseforetaket sammen med kommune finner det tjenlig og faglig forsvarlig, kan motta spesialisthelsetjenestetilbud i xxx kommune. Tjenester gitt i xxx kommunene skal faglig skal være minst like godt som tilbudet pasienten ville fått ved å reise til foretakets lokasjon. Kommunal helsetjenesteinstitusjon/lokasjon kan være naturlig arena i de tilfeller pasient trenger kortere opphold i forbindelse med behandling.

Avtalen skal sikre faglig god pasientbehandling, effektiv ressursbruk, og at kommunen får dekket sine merutgifter når de yter helsetjenester på vegne av yyy HF.

3. LOV OG REGELVERK

Avtalen bygger bl.a. på følgende lovverk som regulerer tjenesten:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer av 24. juni 2011 nr. 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten med mer av 2. juli 1999 nr. 61
- Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64
- Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten
- Ev øvrig lov og regelverk som regulerer tjenesten som ytes

4. Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester – ISF regelverk

Beregningsgrunnlag for spesialisthelsetjenester utført av kommuner reguleres av eget regelverk «Innsatsstyrt finansiering» som årlig revideres/utgis av Helsedirektoratet. Endringer i regelverket vil kunne innebære revisjon av denne avtalen.

I ISF-regelverket for 2019kap. 4.3.6 fremkommer;

> *Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan kun inngå i beregningsgrunnlaget for ISF når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Aktuelle avtaler skal være forankret i generell samarbeidsavtalestruktur mellom tjenestenivåene, og skal inneholde bestemmelser som sikrer tilstrekkelig aktivitetsrapportering til NPR. Når følgende kriterier er oppfylt, kreves ingen søknad for at kommunalt utførte tjenester skal kunne inngå i ISF-beregningsgrunnlaget:*
>
> - *Hovedinnholdet i tjenestene er velavgrensede spesialisthelsetjenester som kan identifiseres på en sikker måte basert på rapportert prosedyreinnhold.*

YYY HF har vurdert at zzzz behandlingsprosedyre oppfyller kriteriet. Denne avtalen omhandler ikke øvrige tilfeller slik de beskrives i samme regelverk.

5. ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING

Avtalen forutsetter at aktuell behandling/konsultasjon skal være avtalt i samarbeid mellom helseforetaket og kommunen.

5.1 KOMMUNENS ANSVAR OG OPPGAVER

a. Lege i kommunen har det medisinske ansvaret for gjennomføring av behandlingen i kommunen.
b. Kommunen skal sikre at personell som involveres i behandling av pasienter på vegne av YYY HF har gjennomført nødvendig opplæring og innehar oppdatert kunnskap. Kommunen forplikter seg til å melde inn opplæringsbehov.
c. Kommunen skal sikre at gjeldende rutiner er tilgjengelige og følges. Rutiner for praktisk gjennomføring av behandlingen skal utarbeides av kommunen etter spesialisthelsetjenesten sine protokoller og rutiner, YYY HF kan yte bistand i arbeidet.
d. Kommunen skal rapportere virksomheten de gjennomfører på vegne av YYY HF i journalsystemet DIPS eller på annen egnet måte som tilfredsstiller kravene for ISF refusjon. Oppholdet registreres etter gjeldene krav.
e. På vegne av foretaket kreve inn egenandel for pasienten.

5.2 HELSEFORETAKETS ANSVAR OG OPPGAVER

a) Spesialisthelsetjenesten ved ansvarlig lege i helseforetaket har ansvar for «bestilling» av tiltaket i kommunen og forskrivning av nødvendige medikamenter når det er påkrevet.
b) Helseforetaket skal utarbeide nødvendige rutiner for behandlingen og sørge for at disse gjøres tilgjengelig for kommunen.
c) Helseforetaket skal tilby nødvendig veiledning/opplæring til kommunalt helsepersonell som skal yte de aktuelle tjenester på vegne av foretaket. Opplæring dokumenteres. Opplæring gis en gang pr år eller når regelverket endrer seg.

5.3 PARTENES FELLES ANSVAR OG OPPGAVER

Kommune og YYY HF forplikter seg til å samarbeide til beste for pasienten slik at tilbudet kan gjennomføres i kommunen på en faglig forsvarlig måte og i henhold til lover, forskrifter og prosedyrer.

6. SPESIALISTHELSETJENESTER I KOMMUNE - ØKONOMI

Avtalen skal sikre at kommunen får dekket sine merkostnader når spesialisthelsetjenester ytes i kommune. Modell for finansiering kan bestå av følgende ledd:

- Kommunen rapporterer sine merutgifter tilknyttet aktiviteten
- Kommunen får dekket sine merutgifter, alternativt % av innrapportert aktivitet (DRG satser for prosedyre) – løsning avtales mellom kommunen og helseforetaket
- Helseforetaket betaler medikament og engangsutstyr
- Partene dekker sine kostnader for opplæring

Utbetaling av slik kompensasjon gjøres etter avtale basert på innrapporterte aktivitetsdata.

7. BRUKERMEDVIRKNING.

Tjenester som følger av denne samarbeidsavtalen skal sikre og styrke brukernes interesser. Brukere skal involveres i utvikling av tjenester etter denne avtalen, jfr. også Overordnet samarbeidsavtale pkt. 3.

Avtalen forutsetter at pasienten samtykker i at aktuelle spesialisthelsetjenetilbud ytes i kommunen.

8. AVTALENS VARIGHET, REVISJON OG OPPSIGELSE

Denne avtalen trer i kraft ved signering og gjelder i en prøveperiode ett år. Avtalen vil kunne forlenges etter prøveperioden. Partene skal gjensidig og uten ugrunnet opphold informere hverandre dersom uforutsette omstendigheter gjør at oppfyllelse av avtalen vanskeliggjøres eller ikke lenger er mulig. Tjenesteavtalen evalueres årlig og revideres etter behov.

Endringer i regelverket gjeldende «Innsatsstyrt finansiering» som årlig revideres/utgis av Helsedirektoratet vil kunne medføre revisjon av avtalen dersom en av partene ønsker dette.

9. UENIGHET OG AVVIK

Uenighet og avvik etter denne avtalen skal behandles etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale mellom kommunen og helseforetaket.

10. VEDLEGG TIL AVTALEN

Særskilt lov og regelverk samt prosedyrespesifikke avtaler

11. DATO OG UNDERSKRIFT

Årsrapport FSU Akuttmedisin 2022

Bakgrunn og utvalgets sammensetning

Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk samhandling (FSU Akuttmedisin) ble etablert i 2021 som et ledd i Helsefelleskapet Troms og Ofoten. FSU Akuttmedisin rapporterer til Strategisk Samarbeidsutvalg (SSU).

FSU Akuttmedisin skal, som det fremgår av mandatet, fremme og behandle saker og problemstillinger innen akuttmedisinsk samhandling mellom UNN og kommunene. Det overordnede formålet er å legge til rette for at akutt alvorlig syke pasienter kan bedre sine muligheter til å overleve og berge funksjoner i situasjoner hvor tiden er en kritisk faktor. Dette oppnås gjennom å styrke kompetanse, samarbeid og samhandling, og bidra til utvikling av tjenester som gir god kvalitet og bedre ressursutnyttelse i den akuttmedisinske kjeden i UNN-sykehusene og i kommunene som bruker UNN som lokalsykehus.

I 2022 har klinikkoverlege i Akuttmedisinsk klinikk, Ole Magnus Filseth fungert som leder av utvalget, mens assisterende kommuneoverlege i Harstad kommune Silje Andreassen Søreng har vært nestleder. Utvalget er bredt sammensatt med representanter fra hele den akuttmedisinske kjede som inkluderer sykepleiere og leger i kommunen, nødmeldetjenesten, AMK, spesialister i UNN Tromsø, Harstad og Narvik, ansatte ved universitetet i Tromsø og en brukerrepresentant. I løpet av 2022 har det vært en endring i representasjonen fra ambulansetjenesten, ellers har sammensetningen av utvalget vært uendret.

Sekretariatet for FSU Akuttmedisin har også i 2022 bestått av rådgiver Stein Widding og overlege og forsker Anne Helen Hansen, begge fra Samhandlingsseksjonen i Senter for E-helse, samhandling og innovasjon i UNN.

Virksomheten i 2022

I 2022 ble det avholdt to møter i FSU Akuttmedisin, 5. april og 13. oktober, hvert møte i tidsrommet 11 – 15. Deltakelse på begge møter var enten fysisk på UNN Tromsø eller via videokonferanse. Det har vært mange saker på dagsorden og stort engasjement på møtene. Ikke alle saker kunne behandles innenfor tidsrammen. Dette har foranlediget et forslag om å øke antall årlige møter fra og med høsten 2023.

Viktige saker i 2022 har især dreid seg om arbeid og prosesser knyttet til Trygg akuttmedisin (TA). TA har gått fra å være et prosjekt for Helsefellesskapet Troms og Ofoten til å bli regionalisert, i første omgang for akutt koronart syndrom (AKS) i Helse Nord sitt oppdragsdokument for 2022. Medvirkende til dette var årsrapporten fra Hjerteinfarktregisteret for 2020 som viste at en betydelig andel av pasientene i Nord-Norge med store hjerteinfarkt (STEMI) ikke fikk åpnet den tette blodåren innen anbefalt tid, noe som ble bekreftet i en påfølgende undersøkelse av 135 pasienter med STEMI i Nord-Norge i 2020 – 2021.

Sekretariatet for FSU akuttmedisin tok initiativ til å lage en overordnet prosedyre for revisjon og vedlikehold av prosedyrer, noe som ble vedtatt på møtet 05.04.22

På møtet 13.10.22 ble det vedtatt å etablere en arbeidsgruppe for å utarbeide en ny TA-prosedyre for alvorlig traume.

Av saker som ikke har med TA å gjøre har det vært fokus på bedret kommunikasjon mellom organisasjonene i spesialist – og primærhelsetjenesten, både på et overordnet plan og med utgangspunkt i aktuelle enkeltsaker.

Møtene FSU akuttmedisin har på denne måten vist seg nyttig ved å muliggjøre direkte kommunikasjon som har vært preget av vilje til forbedring.

Arbeidsgruppa som ble etablert i 2021 for å diskutere oppgaver og ansvar i prehospital akuttmedisin fullførte sitt arbeid i 2022.

Oversikt over øvrige saker som har vært behandlet i FSU Akuttmedisin i 2022:

Sak 05/22 Observasjons- og handlingsberedskap i kommunehelsetjenesten

Sak 14/22 Refusjon til legevakt for ambulansetransport

Sak 16/22 Oppfølging sak 07/22: Distribusjon av informasjon til kommunehelsetjenesten

Sak 17/22 Revisjon av medikamentoppsett i Ambulanseavdelingen

Sak 18/22 Revisjon av prosedyre for behandling av hjerneslag i UNN

Sakslister og møtereferat med vedlegg publiseres fortløpende og etter godkjenning fra FSU. Akuttmedisin på Helsefelleskapets nettsider. Her finnes også godkjent mandat og oversikt over medlemmene.

For FSU Akuttmedisin, 13/3 - 23

Leder Ole Magnus Filseth,
klinikkoverlege Akuttmedisinsk klinikk, UNN

Nestleder Silje Andreassen Søreng
ass. kommuneoverlege Harstad kommune

Møtereferat Fastlegerådet (FLR)

Møtetid 14.06.2023 kl 13.00-15.00
Sted: Digitalt på Teams og fysisk på rom G-914 i PET senteret

Tilstede

Faste medlemmer:

- Leif Røssås, fastlege Tromsø/PKO-leder (praksiskonsulent) UNN/leder Fastlegerådet
- Lars Nesje, fastlege/kommuneoverlege Salangen/Lavangen/Ibestad/Dyrøy
- Elisabeth Dalgård, kommuneoverlege/fastlege i Sørreisa
- Sindre Heide, fastlege og assisterende kommuneoverlege Harstad kommune
- Morten Høyer, fastlege Tromsø
- Anita Monsen Pedersen, fastlege/kommuneoverlege Kåfjord kommune (deltok fra og med sak 23)
- Hanne Karen Aslaksen, Seksjonsoverlege Revmatologisk seksjon, Nevro-, hud- og revmatologisk avdeling (NEHR)
- Lisbeth Dyrstad, brukerrepresentant
- Jørg Vik, fastlege Kjøpsvik, Narvik kommune, nestleder i Fastlegerådet, representant for Ofoten

Sekretariat:

- Anne Helen Hansen, overlege Avdeling for Pasientorientert tjenesteutvikling (PTU) UNN (referent)
- Guri Moen Lajord, interkommunal samhandlingsleder

Forfall:

- Marte Lødemel Henriksen, kst. medisinsk fagsjef og senterleder Fag- og kvalitetssenteret UNN
- Øyvind Isaksen/Siri Malm, overleger Medisinsk klinikk UNN Harstad
- Peter Kalinichenko, kommunelege Balsfjord kommune/representant Tromsø-området
- Andreas Holund, overlege psykisk helse og rus klinikken, SPHR Ofoten/fastlege Narvik

Tilstede på sak:

- LIS 2 Anette Kristine Michaelsen, Laboratoriemedisin UNN, sak 22/23
- Seksjonsleder Bjørn Ivar Strand, Laboratoriemedisin UNN, sak 22/23
- Seksjonsoverlege Aksel Thuv Nilsen, Revmatologisk seksjon UNN, sak 23/23
- Avdelingsleder Pasientreiser UNN, Frode Hvalryg, sak 28/23

Sak 20/2023: Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.

Sak 21/2023: Godkjenning av referat fra Fastlegerådets møte 22.03.2023

Vedtak: Referat fra Fastlegerådets møte 22.03.2023 godkjennes.

Sak 22/2023: Blodprøverekvirering fra revma og hud for prøver som bes tatt hos fastlegen

Saken ble meldt av fastlege/legevaktsjef/ass. kommuneoverlege Sindre Heide, Harstad, og gjelder rekvirering og oppfølging av blodprøver fra revma og hud i UNN som bes tatt hos fastlegen. Den ble første gang behandlet 22.03.2023 (sak 16/2023), men måtte utsettes på grunn av manglende oppmøte fra UNN.

Fastlegene i Harstad er i all hovedsak veldig fornøyd med samarbeidet med Revmatologisk poliklinikk i Harstad, og synes utviklingen er positiv i forhold til situasjonen for en tid tilbake. Fastlegene reagerer likevel på at pasientene sendes til fastlegen for å ta blodprøver, ofte med høy hyppighet og ofte uten rekvisisjon fra legen som har initiert prøvetakningen. Dette skaper behov for tidkrevende avklaringer både før og etter prøvetakningen, med behov for kommunikasjon både med pasienter og revmatologer (som kan være vanskelig å få tak i). Uklarheter omkring oppfølgingen kan medføre fare for pasientsikkerheten.

Etter mars-møtet i Fastlegerådet har en beslektet sak blitt kommunisert fra fastlege Jo-Endre Midtbu ved Langnes Legesenter i Tromsø. I standardskrivet som er utarbeidet av Revmatologisk legegruppe i 2016 beskrives at fastlegen skal følge opp pasienten slik: «Kontroll hos revmatolog etter 3-6 mnd. Blodprøver hos fastlege hver 2. uke i 3 mnd., deretter hver 3. mnd. fast. Aktuelle blodprøver: Hb, hvite med differensialtelling, trombocytter, ALAT og ALP.»

I Samarbeidsnormen heter det at blodprøver som er rekvirert av sykehuslege som hovedregel skal tas på sykehuset, men kan tas på fastlegekontoret dersom det er mest hensiktsmessig for pasienten. Sistnevnte forutsetter at pasienten har rekvisisjon med seg og at pasienten kontakter fastlegekontoret i forkant for å avtale tidspunkt for prøven. Samarbeidsnormen sier videre: "Legen som stiller indikasjonen for blodprøven og skal vurdere svaret, skriver rekvisisjon og avklarer med pasienten hvor prøven skal tas. Samme lege har ansvaret for oppfølging og informasjon til pasienten når svaret foreligger".

Overlege revmatologisk avdeling, Hanne Karen Aslaksen og seksjonsleder Revmatologisk seksjon Aksel Thuv Nilsen drøftet saken med fastlegene på vegne av revmatologene. Fra Laboratoriemedisin møtte LIS 2 Anette Kristine Michaelsen og seksjonsleder Bjørn Ivar Strand og orienterte om en ny teknisk løsning som kan bidra på dette området.

I drøftingene kom det fram at både revmatologene og fastlegene opplever sterkt tidspress, men er motivert for å arbeide videre sammen om en tydeligere oppgave- og ansvarsfordeling.

Vedtak:

1. Fastlegerådet nedsetter en arbeidsgruppe med fastlege Jo-Endre Midtbu, revmatolog Hanne Karen Aslaksen og LIS 2 Anette Kristine Michaelsen og seksjonsleder Bjørn Ivar Strand fra Laboratoriemedisin som sammen gjennomgår arbeidsfordelingen i oppfølgingsregimet for nyoppstartet behandling med utvalgte medikamenter ved revmatologisk poliklinikk UNN. Hanne Karen Aslaksen leder gruppen. Resultatet av arbeidet legges fram for Fastlegerådet.
2. Fastlegerådet henstiller om at alle leger i UNN som gjør oppfølging av pasienter med blodprøver skriver rekvisisjon som følger pasienten gjennom prøvetakningen og til svaret er vurdert og fulgt opp. Rekvirerende lege har ansvar for hele blodprøvelinjen, slik det fremgår av Samarbeidsnormen.

Sak 23/2023: Sykemeldinger ved fastlegen på vegne av UNN

Saken ble meldt til Samhandlingsseksjonen som et samhandlingsavvik av Seksjonsoverlege Revmatologi, Aksel Thuv Nilsen, på vegne av fastlege Bernhard Holte ved Alléen legesenter i Narvik. Den gjelder en klage på at fastlege blir bedt om å sykemelde pasient på vegne av Revmatologisk seksjon UNN. Revmatologisk seksjon ved seksjonsoverlege Aksel Thuv Nilsen deltok i Fastlegerådets drøfting.

Normgivende rutiner for samarbeid mellom fastleger i Troms/Ofoten og UNN, Samarbeidsnormen, sier at legen som stiller indikasjonen for sykemeldingen også skal skrive den. Både revmatologene og fastlegene mener denne praksisen bør følges.

Vedtak:
Fastlegerådet henstiller om at den lege som stiller indikasjon for sykemelding også skriver sykemeldingen, slik det framgår av Samarbeidsnormen. Standardbrevet som sendes ut fra Revmatologisk avdeling endres og tilpasses Samarbeidsnormen.

Sak 24/2023: Ambulant rehabiliteringsteam (ART)

Orienteringssaken om Ambulant rehabiliteringsteam (ART) i UNN er meldt av fastlegerådets leder. Saken er publisert i Fastlegenytt. ART gir et tilbud til hjemmeboende pasienter og samarbeider med pårørende, helsetjenester og hjelpeapparat der pasienten oppholder seg. De ambulante teamene dekker ulike geografiske områder og er sammensatt av flere faggrupper. Tilnærmingen er strukturert og involverer ofte en rehabiliteringsplan eller individuell plan, samt ansvarsgruppe.

ART kan kontaktes for råd og veiledning vedrørende rehabiliteringsforløp. For oppfølging av enkeltpasienter kan det sendes henvisning fra lege. Henvisning kan sendes elektronisk til: *FMR kontor innl Tromsø,* og den må angi hvilken lokalisasjon den skal til (UNN Tromsø eller UNN Narvik). **Kontaktinformasjon til** ART Narvik er 769 68 250/913 64 336/902 83 706 og til ART Tromsø 904 07 694/ 776 69 623.

Vedtak: Fastlegerådet tar orienteringen til orientering.

Sak 25/2023: Mandat Fastlegerådet

Fastlegerådets gjeldende mandat ble vedtatt av Strategisk Samarbeidsutvalg 07.04.2022. Fastlegerådet har ønsket å revidere mandatet i form av å fjerne koblingen mellom PKO-lederstillingen og ledelse av Fastlegerådet, gjøre valg og representasjon fra UNN tydeligere, beskrive hvem som oppnevner nye medlemmer og legge inn at det skal velges vara for alle representanter.

Vedtak:
Fastlegerådets mandat endres i henhold til vedlagte forslag, og legges fram for Strategisk samarbeidsutvalg for endelig godkjenning.

Sak 26/2023: Lederskifte Fastlegerådet

PKO-leder og Fastlegerådets leder Leif Røssås fratrer sin stilling i UNN 30.09.2023. Lars Nesje, fastlege/kommuneoverlege Salangen/Lavangen/Ibestad/Dyrøy, har på forespørsel sagt seg villig til å overta ledervervet. Han har lang erfaring som fastlege, kommuneoverlege og helsesjef, og har styreerfaring fra en rekke verv, blant annet i Legeforeningen.

Vedtak:
Lars Nesje, fastlege/kommuneoverlege Salangen/Lavangen/Ibestad/Dyrøy, velges som leder i fastlegerådet for fire år. Han tiltrer som leder på Fastlegerådets møte 06.09.2023.

Sak 27/2023: Mulig fysisk møte i Fastlegerådet 06.09.2023

I Fastlegerådets egenevaluering i møtet 22.03.2023 (sak 17/23) ble det gjort følgende vedtak: «Hybride møter skal være standard, men ett møte årlig bør være fysisk». Det viste seg under diskusjonen at mange av Fastlegerådets medlemmer var forhindret fra å møte fysisk 06.09.23.

Vedtak:
Fastlegerådets møte 06.09.2023 avholdes på vanlig måte som hybrid møte. Et fysisk møte settes opp i 2024 i forbindelse med møteplanen for 2024.

Sak 28/2023: Pasienttransport ved Pasientreiser

Saken ble meldt av Elisabeth Dalgård, kommuneoverlege/fastlege i Sørreisa. Saken gjelder at pasienter ofte ikke møter (eller kommer for sent) til time på legekontoret fordi Pasientreiser ikke har skaffet drosje. Problemet berører ikke bare legetjenesten, men også tannhelsetjenesten, fysioterapeuter og andre helsetjenester, og ikke minst pasientene.

Det meldes mange avvik knyttet til pasienttransport. Drosjenæringen, spesielt i distriktene, har utfordringer med å skaffe nok sjåfører og biler. Dette er en sak som Pasientreiser UNN jobber sammen med næringen om i alle møter og ved gjennomgang av avvikshendelser.

Avdelingsleder Pasientreiser UNN, Frode Hvalryg, møtte i Fastlegerådet for dialog om hvordan man kan løse utfordringene og minimere konsekvensene for fastlegene/andre kommunale helsetjenester, og for pasientene. Det kom fram at det har stor betydning at legekontoret får melding om transportproblemer så raskt som mulig, og at det er Pasientreisers ansvar å gi slik melding. Videre ble det framholdt at både Pasientreiser og fastlegene har utfordringer knyttet til tidspress. Det ble framholdt at det er viktig at avvik fortsatt meldes.

Avvik vedrørende pasienttransport kan meldes på minst 3 måter:

1. Nettsidene https://unn.no/fag-og-forskning/samhandling. I fanen under ***Meldingsutveksling og avvik*** ligger oppskriften til ***Meld samhandlingsavvik og fakturainnsigelse.*** Direktelenke finnes her
2. På Pasientreiser UNN sine nettsider https://unn.no/rettigheter/pasientreiser finnes veiledning og klageskjema for klager direkte til Pasientreiser
3. Avvik kan også meldes direkte til frode.hvalryg@unn.no – telefon 91591915

Vedtak:

1. Fastlegerådet oppfordrer Pasientreiser om tydelige nettsider som gjør det lett å melde avvik.
2. Det er Pasientreisers oppgave å kontakte legekontoret med informasjon om transportproblemer for den enkelte pasient. Pasientreiser ønsker en e-postliste for legekontorene som kan brukes til dette formålet. E-postadresser meldes sekretariatet i løpet av en uke, det vil si innen 21.06.2023. Sekretariatet formidler disse adressene videre til Pasientreiser.
3. Fastlegerådet oppfordrer Pasientreiser til å lage en kampanje for å sikre riktig bruk av pasienttransport. Der det ikke foreligger medisinsk indikasjon oppfordres fastlegene til å be pasienten kontakte Pasientreiser direkte for vurdering av om det foreligger trafikal indikasjon.

Sak 29/2023: Informasjon fra PKO ledersamling og fagdag Gardermoen

Praksiskonsulentordningen (PKO) har hatt ledersamling og fagdag på Gardermoen 7. og 8. juni 2023 hvor PKO-leder deltok. Han informerte i møtet om at PKO driftes godt i Helse Sør-Øst, og at vi i Helse Nord og UNN ligger langt nede i forhold. PKO-leder framholdt at det er sterkt ønskelig at det tas en beslutning om hva UNN ønsker med PKO-ordningen i vårt område, og at det legges til rette for at beslutningen gjennomføres. Det ble liten tid til denne saken på slutten av møtet, slik at den settes opp i sin fulle bredde på neste møte 06.09.2023.

Vedtak:
Fastlegerådet tar orienteringen til orientering.

Sak 30/2023: Eventuelt og saker til kommende møter

Det var ingen saker til eventuelt.

Sak 31/2023: Evaluering av møtet

Evalueringen ble ikke gjennomført på grunn av lite tid.