

Delavtale nr. 2c

MOTTATT

12 JAN 2018

Dokumentavdelingen SSD  
Helse Stavanger HF

# Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for rehabilitering

---

**Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester**

Samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og kommunene i helseforetaksområdet

## Innhold

1. Parter.....	4
2. Bakgrunn.....	4
3. Formål.....	4
4. Virkeområde .....	5
5. Rettskilder.....	5
6. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen.....	5
6.1 Når pasienter innlegges akutt i spesialisthelsetjenesten.....	5
6.1.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	5
6.1.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver .....	5
6.2 Når pasienter blir henvist til poliklinisk /ambulans rehabilitering eller innleggelse i spesialisthelsetjenesten .....	6
6.2.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	6
6.2.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver .....	6
6.3 Når pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten .....	6
6.3.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	6
6.3.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver (for pasienter som er i kontakt med kommunen og for nye pasienter).....	6
6.4 Når pasienten skrives ut / tilbakeføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunens helse- og omsorgstjeneste .....	7
6.4.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	7
6.4.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver .....	7
7. Koordinering.....	8
7.1 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering .....	8
7.1.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	8
7.1.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver .....	8
7.2 Kompetanse og veiledning.....	8
7.2.1 Felles ansvar .....	8
7.2.2 Kommunens ansvar.....	8
7.2.3 Helseforetakets ansvar .....	9
7.3 Pasientforløp .....	9
8. Individuell plan.....	9
8.1 Felles ansvar og oppgaver.....	9
8.2 Helseforetakets ansvar .....	9
8.3 Kommunens ansvar.....	9

9.	Oppfølging av avtalen.....	9
10.	Avvik og mislighold .....	9
11.	Uenighet.....	10
12.	Iverksetting, revisjon og oppsigelse.....	10
	Vedlegg 1: Definisjoner, delavtale nr. 2c – Behandlingsforløp for rehabilitering.....	11

# Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for rehabilitering

---

**Samarbeid om ansvars- og oppgavefordeling i tilknytning til innleggelse, utskriving, rehabilitering og læring- og mestringstilbud for pasienter med behov for helhetlige og sammenhengende tjenester**

## 1. Parter

Avtalen er inngått mellom Gjesdal kommune og Helse Stavanger HF.

I avtalene Helse Vest har med private rehabiliteringsinstitusjoner er det lagt til grunn at disse følger de rutiner som er nedfelt i avtalene mellom helseforetak og kommuner der det er aktuelt.

## 2. Bakgrunn

Denne delavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt, nr. 2. Avtalen omfatter samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskriving, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud.

Avtalen bygger på helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, 1. ledd, nr. 2, som fastslår at det skal inngås avtale om retningslinjer for samarbeid i tilknytning til rehabilitering for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

## 3. Formål

Formålet med avtalen er å sikre pasientene sammenhengende og koordinerte tjenester av faglig forsvarlig kvalitet på rett nivå. Avtalen omhandler pasienter som har rett til rehabilitering, individuell plan, koordinator og/eller tjenester fra koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten og i kommunens helse- og omsorgstjeneste.

- Avtalen skal medvirke til: Å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver gjennom pasientens rehabiliteringsforløp
- Et godt løsningsfokuset samarbeid om pasienter med behov for rehabilitering i kommunen og i helseforetaket
- Å sikre gode pasientforløp
- Å sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom helseforetaket, kommunene og pasient
- Å sikre pasientens rett til informasjon, medvirkning og involvering i rehabiliteringsprosessen
- Å redusere risikoen for uønskede hendelser

## **4. Virkeområde**

Avtalen gjelder pasienter/brukere *over 18 år innen somatikk*, som har behov for rehabilitering på grunn av kronisk tilstand og/ eller funksjonsnedsettelse og med behov som strekker seg utover det de ordinære rutiner for innleggelse (delavtale 3) og utskrivning (delavtale 5) ivaretar. Delavtale 3 og 5 skal gjelde på området. Dette vil i stor grad dreie seg om pasienter og brukere som har behov for sammensatte og koordinerte tjenester fra forskjellige deler av helseforetaket og kommunen.

Definisjon av habilitering og rehabilitering (forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator):

*Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.*

## **5. Rettskilder**

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til dette er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter og retningslinjer:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63
- Lov om helsepersonell mv. av 2. juli 1999 nr. 64
- forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- nasjonal veileder, kapittel 5.2

Listen er ikke uttømmende og også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver.

Partene har ansvar for til enhver tid å ha oppdatert kunnskap om gjeldende lovverk og endringer i disse som har betydning for utførelsen av helse- og omsorgsoppgaver. Partene har videre ansvar for å informere og lære opp egne ansatte, brukere og pasienter i nødvendige lovbestemmelser.

## **6. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen**

### **6.1 Når pasienter innlegges akutt i spesialisthelsetjenesten**

#### **6.1.1 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. Etablere system for mottak av melding om behov for rehabilitering hos koordinerende enhet
2. Avklare koordinator/kontaktperson
3. Starte planlegging av rehabiliteringsprosessen

#### **6.1.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. Sende egen melding om behov for rehabilitering til koordinerende enhet så tidlig som mulig, i tillegg til tidligmelding i tråd med bestemmelsen i delavtale 5
2. Igangsette rehabiliteringsprosessen ved behov

## **6.2 Når pasienter blir henvist til poliklinisk /ambulant rehabilitering eller innleggelse i spesialisthelsetjenesten**

### **6.2.1 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. Identifisere brukere/pasienter som har behov for rehabilitering
2. Gi nødvendig informasjon, utredning og oppfølging før henvisning til helseforetaket
3. Fastlegen har ansvar for å henvise til spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis i samarbeid med helsepersonell i kommunen.
4. Henvisning om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten skal inneholde medisinske opplysninger, klinisk legeundersøkelse, funksjonskartlegging/vurdering, beskrivelse av hva målet med rehabiliteringsoppholdet er og navn på koordinator/kontaktperson. Dersom det foreligger IP, skal denne vedlegges.
5. Involvere bruker/pasient i søknadsprosessen

### **6.2.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. Vurdere pasientens rett til helsehjelp etter gjeldende retningslinjer (prioriteringsforskrift med veileder), eventuelt videresende henvisningen til annen del av helseforetaket. Vurdering av henvisning skal skje innen 10 virkedager.
2. Informere pasient, henvisende instans/fastlege om resultat av vurderingen, og om fristen for når eventuell helsehjelp gis. Hvis pasienten vurderes til ikke å ha rett til eller behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, skal henviser gis veiledende tilbakemelding.
3. Avdelinger som har spesielle inntakskriterier, skal opplyse om dette på sine nettsider.

## **6.3 Når pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten**

### **6.3.1 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. Delta i samarbeidsmøte om rehabilitering når behandlende enhet i helseforetaket innkaller til det
2. Tilby koordinator. Dersom bruker/pasient ikke ønsker koordinator, skal det oppnevnes kontaktperson.
3. Avklare veiledningsbehov fra spesialisthelsetjenesten
4. Starte arbeidet med å planlegge videre rehabilitering i kommunen, og tilrettelegge pasientens hjem der det er aktuelt

### **6.3.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver (for pasienter som er i kontakt med kommunen og for nye pasienter)**

1. Varsle koordinerende enhet i kommunen så snart som mulig før utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten om pasientens helsetilstand og antatte behov for rehabilitering/tverrfaglige tjenester og eventuelt behov for tilrettelegging hjemme
2. Oppnevne koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarig og koordinerte spesialisthelsetjenester. Koordinator skal samarbeide med kommunal koordinator/kontaktperson ved behov. Dersom pasienten ikke har IP, skal koordinator sørge for å informere om retten til og hensikten med IP.

3. Varsle koordinerende enhet i kommunen så snart som mulig ved behov for individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. Helseforetaket skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med IP.
4. For pasienter med behov for videre rehabilitering i kommunen skal helseforetaket:
  - a. Innkalle koordinerende enhet, fastlege og andre aktuelle samarbeidspartnere til samarbeidsmøte når det er hensiktsmessig
  - b. Utarbeide mål og tiltaksplan som beskriver funksjonsnivå
  - c. Bistå pasienten med søknad om helse- og omsorgstjenester ved behov
  - d. Kartlegge pasientens behov for og bestille behandlingshjelpemidler der det er aktuelt, og bestille forflytningshjelpemidler til pasienter med omfattende og komplekse problemstillinger. Dette skal skje i dialog med pasienten og eventuelt pårørende, og i samarbeid med kommunen.
  - e. Gi ambulante tjenester der dette er hensiktsmessig
5. Sørge for at pasient og eventuelt pårørende får god og ensartet informasjon om diagnose og videre plan for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.
6. Informere om aktuelle lærings- og mestringstilbud fra helseforetaket. Lærings- og mestringssenteret sine tilbud skal synligjøres på helseforetakets nettsider.
7. Ivareta barn som pårørende etter gjeldende utarbeidede retningslinjer.<sup>1</sup> Ved behov tar helseforetaket kontakt med relevant hjelpeinstans i kommunen.

#### **6.4 Når pasienten skrives ut / tilbakeføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunens helse- og omsorgstjeneste<sup>2</sup>.**

##### **6.4.1 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. Vurdere behov for døgn-, dag- eller ambulant rehabilitering
2. Ta stilling til veiledningsbehov fra spesialisthelsetjenesten
3. Videreføre mål og tiltaksplan, eventuelt utarbeide rehabiliteringsplan i samarbeid med bruker/pasient og eventuelt pårørende
4. Videreføring av eventuell etablerte ansvarsgrupper og individuell plan
5. For bruker/pasient som ikke har ansvarsgruppe og/eller individuell plan, vurdere opprettelse av ansvarsgruppe/tverrfaglig team
6. Informere om individuell plan
7. Sørge for at det ved behov blir utarbeidet individuell plan og at planarbeidet koordineres
8. Fortsette rehabiliteringsprosessen i samarbeid med fastlege
9. Vurdere behov for ny henvisning til spesialisthelsetjenesten ved nye aktuelle problemstillinger
10. Ivareta eventuelle barn som pårørende etter den enkelte kommune sine rutiner

##### **6.4.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. Sende epikrise og utskrivningsrapport til fastlege. Dersom pasienten trenger koordinerte tjenester, skal epikrisen også gå til koordinerende enhet, etter pasientens samtykke. Dersom pasienten har behov for henvisning til fysioterapeut, logoped,

---

<sup>1</sup> Rundskriv IS-5/2010 Barn som pårørende, Helsedirektoratet

<sup>2</sup> Kapitlet må sees i sammenheng med kriterier for utskrivningsklare pasienter, delavtale nr. 5.

psykolog mv., skal denne være klar ved utskriving og følger med bruker/pasient, om ikke annet er avtalt med kommunen.

2. Lege i spesialisthelsetjenesten tar stilling til oppfølgingsbehov hos fastlege og hastegrad på oppfølgingen. Ved behov er helseforetaket behjelpelig med å bestille timeavtale hos fastlegen i dialog med pasienten og eventuelt pårørende før utskriving.

## **7. Koordinering**

### **7.1 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering**

#### **7.1.1 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. Ha en koordinerende enhet, som er synlig med tydelig adresse, for brukere/pasienter, pårørende, fastleger og helseforetak
2. Melde fra til koordinerende enhet i helseforetaket ved endringer av kontaktopplysninger
3. Ha oversikt over kommunens rehabiliteringstilbud og synliggjøre tilbudet på kommunens nettsider og i oppdatert informasjonsmaterieil
4. Ha et overordnet ansvar for arbeid med individuell plan
5. Motta melding om behov for individuell plan og oppnevne koordinator
6. Delta i kontaktnettverket, arbeidsutvalg og møteplass

#### **7.1.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. Ha en generell oversikt over rehabiliteringstilbud i helseregionen og bidra til å synliggjøre denne på koordinerende enhet- og regional koordinerende enhets nettsider
2. Ha en samlet oppdatert oversikt over koordinerende enhet i kommunene på foretakets nettside
3. Ha et overordnet ansvar for helseforetakets arbeid med individuell plan, herunder utarbeide interne retningslinjer
4. Drifte møteplass med arbeidsutvalg for kontaktnettverk bestående av koordinerende enheter og deres samarbeidsparter i foretaksområdet
5. Samarbeide med regional koordinerende enhet

### **7.2 Kompetanse og veiledning**

#### **7.2.1 Felles ansvar**

1. Bidra til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring gjennom deltakelse i og opprettelse av faglige nettverk innen rehabilitering
2. Samarbeide om forskning og fagutvikling innen rehabilitering
3. Bli enig om bruk av og opplæring i felles kartleggingsverktøy
4. Involvere praksiskonsulent i forhold til fagfeltet rehabilitering
5. Arrangere kurs og kompetansehevende tiltak
6. Stimulere til gjensidig hospitering
7. Stimulerer til samarbeid med utdanningsinstitusjoner

#### **7.2.2 Kommunens ansvar**

1. Sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven får nødvendig opplæring, videre- og etterutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig, jf. delavtale 6



2. Sørge for nødvendig fagpersonell til stede ved råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunen om opplegg for enkeltpasienter

### **7.2.3 Helseforetakets ansvar**

1. Sørge for at ansatt helsepersonell i egen virksomhet gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig, jf. delavtale 6
2. Gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd og veiledning (se § 14 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator)

## **7.3 Pasientforløp**

Kommunene og helseforetaket skal samarbeide om å utarbeide og iverksette prioriterte pasientforløp (hjem til hjem).

Arbeidet skal påbegynnes innen utgangen av 2012. Forløpene skal ta utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis, nasjonale veiledere og nasjonale faglige retningslinjer.

## **8. Individuell plan**

### **8.1 Felles ansvar og oppgaver**

1. Ha retningslinjer/prosedyre for arbeid med individuell plan i egen virksomhet

### **8.2 Helseforetakets ansvar**

1. Informere pasienten om retten til koordinator og individuell plan
2. Melde fra om behov for dette til koordinerende enhet i kommunen
3. Medvirke i samarbeid med kommunen til at individuell plan utformes, når det er behov for det og planen omfatter tjenester både fra helseforetaket og kommunen

### **8.3 Kommunens ansvar**

1. Har hovedansvar for individuell plan
2. Sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan
3. Informere bruker/pasient om retten til koordinator og individuell plan ved behov for langvarige og koordinerte tjenester

## **9. Oppfølging av avtalen**

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder samhandling mellom partene.

Samhandlingsutvalget vurderer hvordan avtalen nærmere skal følges opp.

## **10. Avvik og mislighold**

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

## 11. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale.

## 12. Iverksetting, revisjon og oppsigelse

Bestemmelsene vedrørende iverksetting, revisjon og oppsigelse i punkt 14 i overordnet samarbeidsavtale gjelder tilsvarende for denne delavtalen.

Dato, 9/1-2018

Dato, 3/1-18

  
Gjesdal kommune

  
Helse Stavanger HF



GJESDAL KOMMUNE  
Ordfører

## **Vedlegg 1: Definisjoner, delavtale nr. 2c – Behandlingsforløp for rehabilitering**

### REHABILITERING

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

...I SPESIALISTHELSETJENESTEN:

#### **Primærrehabilitering**

Opphold i avdeling eller institusjon hvor hensikten med oppholdet hovedsakelig er selve rehabiliteringen

#### **Sekundærrehabilitering**

Samme opphold omfatter både akutt behandling og rehabilitering

#### **Vanlig rehabilitering**

Rehabilitering som omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante faggrupper utenfor institusjon og minimum 4 spesialiserte faggrupper i tverrfaglige team

#### **Kompleks rehabilitering**

Rehabilitering som omfatter målrettet bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante faggrupper utenfor institusjon og minimum 6 spesialiserte faggrupper i tverrfaglig team

...I KOMMUNEHELSETJENESTEN

#### **Dagrehabilitering**

Utføres av rehabiliteringsteam som er sammensatt av fagpersoner fra kommunen og som gir rehabiliteringstilbud på ulike arenaer for eksempel i hjemmet, på dagsenter eller på arbeidsplass

#### **Døgnrehabilitering**

Tilbud i institusjon som er definert som rehabiliteringsplasser

### OPPTRENING

Enkeltstående tiltak for å normalisere, bedre eller vedlikeholde kroppsfunksjoner eller aktivitetsfunksjoner og som ofte er en del av rehabiliteringsprosessen

### MÅL OG TILTAKSPLAN (rehabiliteringsplan)

En målrettet tidsavgrenset tverrfaglig plan med utgangspunkt i brukers mål kan inngå i arbeidet med individuell plan

### PASIENTFORLØP

Den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med helse- og omsorgstjenesten. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov.

### BEHANDLINGSLINJER

I tillegg til å beskrive hvilke tiltak som skal gjøres, og hvem som skal gjennomføre tiltakene, viser behandlingslinjer når tiltakene skal gjennomføres, og med hvilket forventet resultat. Én behandlingslinje kan inkludere mange kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Den inneholder også standardisert informasjon til pasienter.

## UHELDIGE HENDELSER

Prosesser som har eller kunne fått et uønsket forløp eller gi et uønsket resultat. Avvik er et annet uttrykk for det samme, selv om tilsynsmyndighetene bare bruker avviksbegrepet der det foreligger brudd på et krav fastsatt i lov eller forskrift.