

Delavtale nr. 2b

Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for habilitering

Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, 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.....	3
2. Bakgrunn.....	3
3. Formål.....	3
4. Virkeområde	4
5. Rettskilder.....	4
6. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen	4
6.1 Generelt om habiliteringstilbudet	4
6.1.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	4
6.1.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	5
6.2 Samhandling om pasienter som har behov for langvarige, helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester fra kommunen og helseforetaket.....	6
6.2.1 Felles ansvar og oppgaver.....	6
6.2.2 Kommunens ansvar og oppgaver.....	6
6.2.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver	6
7. Bruk av tvang og makt	7
7.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	7
7.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	7
7.3 Felles ansvar for samarbeid i vedtaksperioden.....	7
8. Kompetanse og veiledning.....	8
8.1 Felles ansvar og oppgaver.....	8
8.2 Kommunens ansvar og oppgaver.....	8
8.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver	8
9. Oppfølging av avtalen.....	8
10. Avvik og mislighold	8
11. Uenighet.....	8
12. Iverksetting, revisjon og oppsigelse.....	9

Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for habilitering

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

1. Parter

Avtalen er inngått mellom Time kommune og Helse Stavanger HF.

En del av spesialisthelsetjenesten leveres av avtalespesialister som har direkte avtale med Helse Vest RHF. Det er enighet om at avtaler fra avtalespesialister skal være koordinerte og helhetlige og fungere i tråd med denne avtalen. Helse Stavanger og kommunene vil aktivt, overfor Helse Vest RHF, bidra til at dette skjer.

2. Bakgrunn

Delavtale om samarbeid i tilknytning til habiliteringstilbud er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt, nr. 2.

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 habilitering 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 habilitering, 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 habiliteringsforløp. Et godt løsningsfokuset samarbeid om pasienter med behov for habilitering 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 habiliteringsprosessen
- Å redusere risikoen for uønskede hendelser

4. Virkeområde

Avtalen gjelder for pasienter/brukere med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom, som har behov for habiliteringstjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

De sentrale gruppene er personer med utviklingshemming, multifunksjonshemming, autismspekterforstyrrelser, cerebral parese, myelomeningocele, muskelsykdommer og sjeldne syndromer. I gruppen er det stor komorbiditet, og mange har behov for oppfølging fra flere av helseforetakets og kommunens tjenester, samt fra landsdekkende sentre. Dette vil i stor grad dreie seg om pasient-/ brukergrupper som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Delavtale 3 (innleggelse) og 5 (utskrivelse) gjelder på området.

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 av
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

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

Partene har ansvar for å informere pasient og pårørende om pasient- og brukerrettigheter og til å innhente informert samtykke som en naturlig del av pasientoppfølgingen ved behov.

6.1 Generelt om habiliteringstilbudet

6.1.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. vurdere pasientens rett til helse- og omsorgstjenester og andre tjenester og beslutte, fatte vedtak og iverksette disse. Kommunen definerer type og omfang av tjenester.

2. ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering med oversikt og plan for habiliteringstjenestene
3. vurdere behov for og ev. tilby koordinator
4. tilby nødvendig kartlegging, utredning og oppfølging før henvisning til helseforetaket
5. henvide til helseforetaket ved fastlege fortrinnsvis i samarbeid med andre aktuelle fagpersoner/instanser i kommunen etter gjeldende rutiner
6. sørge for at relevant kommunalt personell er til stede når det mottas veiledning fra helseforetaket slik at det over tid fører til en kompetanseoppbygging i kommunen
7. være ansvarlig for koordinering med helseforetaket om ikke annet er avtalt
8. vurdere om pasienten har behov for helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester og individuell plan, og iverksette samarbeidstiltak i henhold til punkt 6.2

6.1.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. ha en oppdatert og lett tilgjengelig oversikt over habiliteringstilbudet i helseforetaket og adresse for henvisninger på helseforetakets nettsider
2. vurdere pasientens rett til helsehjelp etter gjeldende retningslinjer (respektive prioriteringsveiledere), eventuelt å videresende henvisningen til annen del av helseforetaket
3. vurdere behov for og eventuelt tilby koordinator
4. informere pasient, henvisende instans/fastlege skriftlig om resultatet av vurderingen, og om fristen for når eventuell helsehjelp skal gis
Hvis pasienten vurderes til ikke å ha behov for helsehjelp fra helseforetaket, skal henvisende instans gis veiledende tilbakemelding.
5. sørge for spesialisert undersøkelse/utredning og diagnostisering, poliklinisk behandling og ambulans virksomhet
6. tilby aktuell kommunal fagperson å være til stede under utredning/oppfølging, der det anses hensiktsmessig og pasienten/pårørende samtykker til dette
7. gi tilbakemelding til pasient/pårørende, henviser/fastlege og eventuelt til koordinator/andre aktuelle fagpersoner i kommunen etter utredning
8. sørge for at pasienten og pårørende får god og ensartet informasjon om diagnose og videre plan for oppfølging
9. bistå pasienten med søknad om kommunale helse- og omsorgstjenester ved behov (kommunen definerer type og omfang av tjenester)
10. gi råd og veiledning til fagpersonell innen både barnehage-/skole- og helse- og omsorgssektoren i kommunen også etter endt utredning og eller ved behov for spesialiserte tjenester.
11. gi veiledningen til relevant kommunalt personell på en slik måte at det over tid fører til en kompetanseoppbygging i kommunen
12. tilby koordinator for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester
13. samarbeide med andre etater/instanser når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbud til den enkelte
14. vurdere om pasienten har behov for helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester og individuell plan, og iverksette samarbeidstiltak i henhold til punkt 6.2
15. gi avslutningsrapport/epikrise til pasienten/pårørende, fastlege, eventuelt koordinerende enhet og andre aktuelle instanser dersom pasienten/pårørende samtykker til dette

6.2 Samhandling om pasienter som har behov for langvarige, helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester fra kommunen og helseforetaket

6.2.1 Felles ansvar og oppgaver

1. ha et system for oppnevning av koordinator som ivaretar samarbeidet mellom nivåene
Kommunen har ansvar for koordinering med helseforetaket om ikke annet er avtalt.
2. samarbeide om individuell plan der dette er påkrevd. Kommunen har hovedansvaret for utforming, og helseforetaket skal medvirke.
3. utarbeide en forpliktende plan mellom partene der bruker ikke ønsker en individuell plan der dette er hensiktsmessig
4. avklare partenes tjenestetilbud og opptre slik at bruker opplever tjenestene som et sammenhengende og helhetlig tilbud
5. skape kontinuitet i tilbudet til pasienten ved at kunnskap og ansvar videreføres i overgangen fra barn til voksen
6. ha spesiell oppmerksomhet overfor sårbare grupper som har økt risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser
Personens samlede situasjon vil kunne kreve koordinert innsats fra spesialisthelsetjenesten, kommunchelsetjenesten, barnevern og skole/barnehage.
7. prioritere pasienter som har størst behov for sammenhengende og koordinerte tjenester i henhold til gjeldende retningslinjer
8. ivareta barn som pårørende etter gjeldende utarbeidede retningslinjer. Ved behov tar helseforetaket kontakt med relevant hjelpeinstans i kommunen

6.2.2 Kommunens ansvar og oppgaver

1. Koordinerende enhet skal ha oversikt over kommunens habiliteringstilbud, og har ansvar for samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på systemnivå.
2. Koordinerende enhet skal ha ansvar for å
 - a. koordinere intern samhandling mellom tjenester og instanser i kommunen
 - b. sørge for å utarbeide Individuell Plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator
 - c. være kontaktpunkt for henvendelser om IP
 - d. sørge for koordinator/plankoordinator for individuelle planer
 - e. påpeke manglende samordning i enkeltsaker og initiere prosesser som kan gi bedre koordinering
 - f. ha et overordnet ansvar for å se til at arbeidet med individuell plan blir fulgt opp

6.2.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. ha en synlig koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering som skal
 - a. ha en generell oversikt over habiliteringstilbud i helseforetaket og bidra til å synliggjøre denne på koordinerende enhets nettside
 - b. ha en samlet oppdatert oversikt over koordinerende enhet i kommunene på foretakets nettside
 - c. ha et overordnet ansvar for helseforetakets arbeid med individuell plan, herunder å utarbeide interne retningslinjer
 - d. drifte kontaktnettverk med arbeidsutvalg og møteplass for de koordinerende enhetene og med samarbeidsparter i foretaksområdet
2. tilby koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarig og koordinerte tjenester fra helseforetaket, og informere kommunen om dette.
Koordinator samarbeider med kommunal koordinator.

3. etablere rutiner for internt samarbeid i saker hvor flere deler av spesialisthelsetjenesten er involvert
4. medvirke i utarbeidelse av individuell plan i samarbeid med pasient, pårørende og kommunen
5. avklare sin rolle og eventuelt delta ved oppstart av ansvarsgruppe og informere kommunen før et habiliteringsforløp blir avsluttet
6. gi ambulant tilbud i samråd med kommunen, og sammen med kommunen der dette er faglig hensiktsmessig eller påkrevd
7. informere om aktuelle lærings- og mestringstilbud fra helseforetaket. Lærings- og mestringssenteret sine tilbud skal synliggjøres på helseforetakets nettsider.

7. Bruk av tvang og makt ¹

Partene har som målsetting å redusere bruk av tvang og makt, og samarbeide om kompetanseutvikling og metodeutvikling som reduserer behovet for bruk av tvang og makt.

Samarbeid mellom kommunen og helseforetaket ved vurdering og iverksetting av tiltak med bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstjenestelovens kap. 9 skal følge gjeldende felles rutiner og etter følgende hovedprinsipper:

7.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. plikt til å kontakte helseforetaket dersom tvangstiltak vurderes
2. sende skriftlig henvisning til helseforetaket etter prosedyre for henvisning
3. legge fram dokumentasjon på hvilke tiltak som er prøvd og at tvang er nødvendig
4. bidra til kartleggingsmøter sammen med helseforetaket
5. fatte vedtak på tiltakene, som så oversendes Fylkesmannen for godkjenning
6. gi nødvendig opplæring i gjennomføring av tiltakene
7. legge forholdene til rette slik at spesialisthelsetjenesten kan bistå på en faglig forsvarlig måte.

7.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. plikt til å sørge for nødvendig bistand til kommunene i forbindelse med tvangsvedtak
2. sørge for nødvendig bistand til kommunen i forbindelse med vurdering av, utredning, utforming og gjennomføring av tvangstiltak
3. gi uttalelse til Fylkesmannen ved behov
4. yte forsvarlig veiledning og bistand til kommunen

7.3 Felles ansvar for samarbeid i vedtaksperioden

1. avtale omfang av veiledning, bistand til evaluering i vedtaksperioden
2. avklare bistand til evalueringsrapport og bistand til eventuell fornying av vedtak

¹ Tvang og makt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9

8. Kompetanse og veiledning

8.1 Felles ansvar og oppgaver

1. bidra til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring gjennom opprettelse og videreføring av faglige nettverk innen habilitering
2. samarbeide om forskning og fagutvikling innen habilitering
3. arrangere kurs og kompetansehevende tiltak
4. sørge for nødvendig kompetanseoverføring i habiliteringstilbudet ved overgang fra barn til voksen
5. utarbeide henvisningsrutiner og rutiner for samarbeid om bruk av tvang og makt

8.2 Kommunens ansvar og oppgaver

1. sørge for at ansatte gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig
2. medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning
3. Sørge for nødvendig tilrettelegging slik at planlagt veiledning fra helseforetaket kan føre til kompetanseoppbygging i kommunen

8.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver

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
2. gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige og andre forhold som er påkrevd for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift

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, 22/2-16


Time kommune

Dato, 17/2-16


Helse Stavanger HF