

Delavtale nr. 2a

# Samarbeidsavtale

## om

### behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser

---

**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 .....	4
2. Bakgrunn .....	4
3. Formål.....	4
4. Virkeområde .....	5
5. Rettskilder .....	5
6. Recovery (bedringsprosesser).....	5
7. Generell ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen .....	6
7.1 Kommunens ansvar og oppgaver .....	6
7.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver.....	6
8. Hvordan samhandle om pasienter med særlig behov for sammenhengende og samtidige tjenester fra helseforetak og kommune .....	6
8.1 Hvem har behov for sammenhengende og samtidige tjenester .....	7
8.2 Felles ansvar og oppgaver .....	7
8.3 Kommunens ansvar og oppgaver .....	7
8.4 Helseforetakets ansvar og oppgaver.....	7
9. Barn og unge med psykiske lidelser og / eller ruslidelser.....	8
9.1 Kommunens ansvar og oppgaver .....	8
9.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver.....	8
10. Samhandling ved tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).....	8
11. Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP) .....	9
12. Tvang og sikkerhetsproblematikk.....	9
12.1 Tvang etter psykisk helsevernloven .....	9
12.1.1 Felles mål og ansvar.....	9
12.1.2 Kommunens ansvar og oppgaver .....	9
12.1.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver.....	9
12.2 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke for personer med ruslidelser .....	10
12.2.1 Kommunens ansvar og oppgaver .....	10
12.2.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver.....	10
12.3 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide med ruslidelser.....	10
12.3.1 Kommunens ansvar .....	10
12.3.2 Helseforetakets ansvar .....	11
13. Prioriterte innsats- og utviklingsområder .....	11
13.1 Partene er enige om å prioritere følgende tema i avtaleperioden.....	11

13.2	Partene vil prioritere å utarbeide standardiserte behandlingsforløp for .....	11
14.	Veiledning og kompetanseutveksling .....	11
14.1	Veiledning .....	11
14.2	Kompetanseutvikling .....	12
15.	Kommunikasjon og meldingsutveksling .....	12
16.	Oppfølging av avtalen .....	12
17.	Avvik og mislighold .....	12
18.	Uenighet .....	12
19.	Iverksetting, revisjon og oppsigelse .....	12

## **Delavtale nr. 2a**

# Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser

---

**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 Hå kommune og Helse Stavanger HF, inkl. Jæren DPS, Rogaland A-senter (RAS), Frelsesarmeen behandlingsavdeling, og andre som har avtale med og opptrer på vegne av helseforetaket.

En del av spesialisthelsetjenesten leveres av avtalespesialister som har direkte avtale med Helse Vest RHF. Det er enighet om at tjenester fra avtalespesialister skal være koordinerte og helhetlige og fungere i tråd med denne og de andre samarbeidsavtalene.

## 2. Bakgrunn

Denne delavtalen 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 om helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Samarbeidet mellom enkeltenheter i Helse Stavanger HF og den enkelte kommune beskrives i egne retningslinjer innenfor føringene i denne avtalen.

## 3. Formål

Formålet med avtalen er å bidra til gode rutiner for samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste om og med den enkelte pasient, samt å medvirke til bedre ressursutnyttelse i helse- og omsorgssektoren.

Avtalen skal bidra til:

- å fremme likeverdighet mellom partene og bidra til utvikling av samarbeidsformer ut over individrettede tiltak
- å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver gjennom hele behandlingsforløpet for at pasienten skal oppleve en best mulig sammenhengende helse- og omsorgstjeneste
- et godt løsningsfokusert samarbeid om pasienter med behov for samtidige tjenester fra helseforetaket og kommunen, og til at partene opptrer samordnet og koordinert i møtet med pasient og pårørende/foresatte
- å sikre en effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene

- å redusere risikoen for uheldige hendelser
- å bidra til tidlig innsats i forhold til alder og forløp

#### **4. Virkeområde**

Avtalen omfatter samarbeid og ansvarsdeling om innleggelse, døgnopphold, akutt ambulante tjenester og poliklinikk, utskrivning og samtidig oppfølging av pasienter<sup>1</sup> innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Delavtale 3 om innleggelser, delavtale 4 om kommunal ø-hjelp og delavtale 5 om utskrivningsklare pasienter gjelder på området.

Betaling for utskrivningsklare pasienter reguleres i henhold til sentrale føringer.

#### **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 etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62
- 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
- Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer

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. Brukermedvirkning/recovery (bedringsprosesser)**

Partene skal legge til rette for brukermedvirkning for pasienter og pårørende, både på systemnivå og individnivå.

Partene skal legge til rette for recoveryorienterte tjenester<sup>2</sup> der det er hensiktsmessig.

<sup>1</sup> «Pasient» leses som «pasient/bruker» der dette passer.

<sup>2</sup> Recoveryorienterte tjenester tar alltid utgangspunkt i brukerperspektivet. Å ta et brukerperspektiv betyr at bruker alltid møtes og forstås ut fra de omgivelser de lever i til daglig. Å ta et brukerperspektiv betyr også at psykiske helseutfordringer og rusproblem forstås i et familie-, nettverks- og pårørendeperspektiv. Recovery, der elementer som samhörighet, håp, identitet, mening og selvhevdelse, har utviklet seg til å bli en felles tenke måte i psykisk helse og rusarbeid.

Alle pasienter og deres pårørende skal sikres en reell mulighet til å planlegge og medvirke ved gjennomføringen av behandlings- oppfølgingstiltak. Dette skal bl.a. skje gjennom tilpasset informasjon, drøfting, avklaring av målsettinger og virkemidler i den oppfølgingen og behandlingen som gis. Det er en sentral målsetting å gjøre pasient/bruker til en aktiv og forpliktet part i egen endringsprosess. Pasientens ytring skal dokumenteres underveis.

## **7. Generell ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen**

Avtalen bygger på den generelle ansvars- og oppgavefordeling før, under og i forlengelsen av behandling i spesialisthelsetjenesten. Det vises for øvrig til delavtaler nr. 3, 4 og 5 om innleggelse og utskriving av pasienter i sykehus. Pasientforløp og samhandling for pasienter med psykiske lidelser med særlig behov for sammensatte og samtidige tjenester beskrives i kap. 8.

Partene skal sørge for at barn og søsken som pårørende får informasjon og nødvendig oppfølging. Dette gjelder også for barn som er etterlatte av foreldre eller søsken.

Helseforetaket skal ha barneansvarlig i tråd med spesialisthelsetjenesten § 3-7a. Den enkelte kommune kan oppnevne barneansvarlig dersom kommunen finner det formålstjenlig.

### **7.1 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Dette omfatter forebygging, tidlig intervensjon, henvisning, behandling, rehabilitering og andre helse- og omsorgstjenester, herunder tjenester til pasienter med psykisk utviklingshemming, kognitiv svikt, psykisk helseproblem og rusproblemer.
2. særlig ansvar for milde og milde moderate forløp
3. sørge for at pasienter som har rett til individuell plan tilbys dette

### **7.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. vurdere, utrede, diagnostisere og behandle pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester
2. særlig ansvar for moderate og alvorlige forløp

Se for øvrig delavtale 3, 4 og 5.

## **8. Hvordan samhandle om pasienter med særlig behov for sammenhengende og samtidige tjenester fra helseforetak og kommune<sup>3</sup>**

Dette kapitlet gjelder samhandling om og med pasienter med særlig omfattende og langvarige behov for samtidige tjenester fra helseforetak og kommune ut fra følgende prinsipper:

- tjenestene fra kommunen og helseforetaket skal utfylle hverandre
- helseforetaket vektlegger ambulante og polikliniske arbeidsformer

---

<sup>3</sup> Samtidige tjenester: Tjenester fra begge parter samtidig. Felles utføring av tjenesteoppdrag (ikke veiledning)

Sammenhengende tjenester: Tjenester fra helseforetaket og fra kommunen skal utfylle hverandre og være koordinerte

Sammensatte tjenester: Tjenester fra flere enheter/instanser

Revidert 05.02.2018

- fokus flyttes fra definerte tradisjonelle ansvarsområder og avgrensninger til fokus på muligheter som partene kan få til i fellesskap
- brukerperspektivet legges til grunn for samarbeidet, uavhengig av sakens kompleksitet

Pasienter som har størst behov for sammenhengende og samtidige tjenester, og som vurderes å ha best nytte av systematisk samarbeid, skal prioriteres.

### **8.1 Hvem har behov for sammenhengende og samtidige tjenester**

Bruker med behov for sammenhengende og samtidige tjenester kan være

- barn og unge med alvorlig psykisk lidelse, herunder gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- pasienter med alvorlig psykisk lidelse med mange innleggelser eller langvarig innleggelse i det psykiske helsevernet og pasienter med sikkerhetsproblematikk
- pasienter med ruslidelser og som har behov for særlig oppfølging for å nyttiggjøre seg behandling
- pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse)
- gravide og kvinner med spedbarn som har vært eksponert for rusmidler i svangerskapet, foresatte som har langvarig eller alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse som har daglig omsorg for barn og ungdom
- barn og unge der barnevernstjenesten har overtatt daglig omsorg fra foreldre.

### **8.2 Felles ansvar og oppgaver**

1. utpeke kontaktperson/koordinator og ha et system for at det til enhver tid er en person som pasient og samarbeidsparter skal forholde seg til hos hver av partene
2. utarbeide eller videreføre individuell plan og/eller rehabiliteringsplan og konkrete tiltak inkludert mestringsplan og ev. kriseplan
3. inngå avtale mellom partene der en pasient har behov for formaliserte sammenhengende og samtidige tjenester. Avtale kan også inngås der pasienten ikke ønsker en individuell plan.
4. avklare koordinatorrollen og opprette ansvarsgruppe
5. kartlegge om pasienten har omsorg for barn og iverksette nødvendige tiltak for å forsikre seg om at barnet blir ivaretatt og fulgt opp.

### **8.3 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. koordinere tjenestetilbudet, herunder individuell plan og i forarbeid til henvisning til spesialisthelsetjenesten.
2. delta aktivt mens pasienten er til utredning og behandling i helseforetaket
3. planlegge utskriving og klargjøre hvilke tjenester kommunen skal bidra med herunder rehabiliteringstiltak
4. sørge for at fastlegen er informert og tar aktivt del i oppfølgingen av pasienten
5. iverksette hjelpetiltak for å styrke pasientens omsorgskompetanse for egne barn på grunnlag av spesialistutredning og egen kartlegging

### **8.4 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. Invitere til avklaringsmøte og avtale sammenhengende og samtidig oppfølging i form av ambulante tjenester og mestringsplan, inkludert kriseplan, med kommunen. Dette skal være dokumentert i pasientjournal og ev. individuell plan.

- 2 Klargjøre hvilke tjenester og ressurser helseforetaket skal bidra med og utnevne behandlingsansvarlig. Når pasienten ikke er innlagt, har behandlingsansvarlig på post, ansvar for å følge opp pasienten etter utskrivelse.
- 3 Utføre spesialistutredninger
- 4 Foreta farlighetsvurdering når pasienter, og der dette er nødvendig for utforming av tjenestetilbudet.
- 5 Bistå kommunen med råd og veiledning overfor denne gruppen.
- 6 Delta aktivt i tjenestene i samarbeid med og samtidig med kommunen på brukers arena.

## **9. Barn og unge med psykiske lidelser og / eller ruslidelser**

Avtalen omfatter alle barn og unge med psykiske lidelser, herunder gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og/eller ruslidelser.

Partene skal legge til rette for en så tidlig utredning/diagnostisering og behandlingsforløp som mulig. Samtykke fra begge foreldre med foreldreansvar til utredning og innleggelse skal som hovedregel foreligge dersom barnet er under 16 år, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4, jf. § 4-3.

### **9.1 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. kartlegge og identifisere barn og unge i risikosituasjoner og iverksette tidlig intervensjon og nødvendige tiltak, herunder samlet og koordinert henvisning til spesialisthelsetjenesten
2. avklare rollene til fastlegen, PPT, helse- og omsorgstjenesten og barnevernet i forhold til kontaktpunkt for barn og unge
3. utpeke koordinator for familier som mottar samtidige og sammenhengende tjenester og delta i behandlingsforløpet
4. sikre overgangen fra «barn til voksen» for pasienter med rett på individuell plan og behov for koordinering

### **9.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. sørge for lavterskeltilbud og organisere fast konsultasjons- og veiledningstjeneste i alle poliklinikker
2. vurdere henvisninger ved aktuell enhet (sengepost/poliklinikk/spesialenheter) og gi rask tilbakemelding til henvisende instans og ev. andre der det vurderes å være behov for samarbeid med kommunale tjenester
3. sørge for at alle barn og unge har fått en pasient- og behandlingsansvarlig navngitt person
4. utpeke koordinator for familier som mottar samtidige og sammenhengende tjenester og delta i avtalt samarbeid
5. bidra med poliklinisk og/eller ambulerende oppfølging, gi råd og veiledning og samarbeide med kommunen over tid der dette er avtalt
6. sikre overgangen fra «barn til voksen» ved behov for spesialisthelsetjenester.
7. vurdere raskere oppstart av behandling for pasienter som har hatt tilbud tidligere
8. vurdere behov for tverrfaglige spesialiserte rustjenester

## **10. Samhandling ved tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)**

Behandling i TSB innebærer ofte langvarige og omfattende endringsprosesser for pasient og pårørende. Planlegging av behandlingsforløpet må sikre et langsiktig og helhetlig tilbud som

Revidert 05.02.2018



ivaretar behovet for samtidige og koordinerte tjenester. Både kommuner og spesialisthelsetjeneste skal følge opp pasienten under hele forløpet for å unngå brudd i behandlingen og forhindre/reducere tilbakefall.

Behandling og samhandling i TSB reguleres av pakkeforløp og nasjonale retningslinjer for ROP fra sentrale myndigheter. Implementering skjer innen 2018.

## **11. Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP)**

Målgruppen er personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. Personer med ROP-lidelser har rett til nødvendig helsehjelp uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke.

Hovedansvaret for behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse ligger hos psykisk helsevern, både ved mindre alvorlig og alvorlig ruslidelse, mens TSB har hovedansvaret for behandling av pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse.

For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instans som først kommer i kontakt med en person med ruslidelse og psykiske lidelser, sikre at personen følges opp og vurdere behovet for individuell plan.

## **12. Tvang og sikkerhetsproblematikk**

### **12.1 Tvang etter psykisk helsevernloven**

#### **12.1.1 Felles mål og ansvar**

1. Begge parter tilstreber mest mulig frivillighet i behandling og oppfølging. Tiltak for å øke frivillighet bør settes inn gjennom hele pasientforløpet: Forebyggende/tidlig intervensjon, i innleggelsessituasjonen, det første døgnet av innleggelsen, under innleggelsen og etter utskrivelse.
2. Begge parter har mål om redusert og riktig bruk av tvunget psykisk helsevern, samtidig som hensynet til sikkerhet for personal, andre pasienter og samfunnet for øvrig blir forsvarlig ivaretatt.
3. Når det utøves tvang, skal begge parter legge vekt på at dette gjennomføres på en måte som gir pasienten minst mulig traumatisk opplevelse av tvangstiltaket.
4. Begge parter har ansvar for å fremme kultur og holdninger preget av høy grad av bruker- og pårørendeinvolvering og fleksible og brukervennlige løsninger.

#### **12.1.2 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. identifisere brukere med høy risiko for tvangsinnleggelse
2. initiere samarbeidsmøte med helseforetaket for felles strategi for enkeltbrukere angående tvangsforebyggende tiltak
3. følge opp pasienter på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold og bistå i gjennomføring av tvangstiltakene
4. be helseforetaket om veiledning og vurdering av farlighet og risiko for brukere som kan representere en fare for seg selv og andre
5. delta i planlegging av rehabiliteringstjenester og oppfølging sammen med helseforetaket når pasienter med sikkerhetsproblematikk skal utskrives til kommunen

#### **12.1.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. identifisere pasienter med høy risiko for tvangsinnleggelse

2. initiere samarbeidsmøte med kommunen for felles strategi for enkeltbrukere angående tvangsforebyggende tiltak
3. gi bistand og veiledning til kommunehelsetjenesten
4. ha etablert tiltak for oppfølging av pasienter som representerer fare for andre (sikkerhetspsykiatri) etter utskriving fra sikkerhetsavdeling og etter frivillig opphold
5. bistå kommunen med «farlighetsvurderinger» på anmodning der spesialisthelsetjenesten vurderer at det er formålstjenlig.
6. planlegge rehabiliteringstjenester og oppfølging i samarbeid med kommunen når pasienter med sikkerhetsproblematikk skal utskrives til kommunen

## **12.2 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke for personer med ruslidelser**

Det vises til gjeldende lover for tilbakeholdelse i institusjon.

Partene vil i avtaleperioden vurdere å opprette bistandsteam som et rådgivende organ for begge tjenestenivå ved vurdering, opprettelse, gjennomføring og utskrivelse i forbindelse med tvangssaker. Det er opp til den enkelte kommune å benytte ordningen.

Før vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-2 benyttes, skal muligheten for å benytte §10-4 være vurdert.

### **12.2.1 Kommunens ansvar og oppgaver**

1. Fatte vedtak og reise sak for Fylkesnemnda for sosiale saker, som er den rettsinstans som beslutter tilbakehold med bruk av tvang ref. Helse- og omsorgstjenesteloven § 10.2
2. Ta kontakt så tidlig som mulig med koordinator for tilbakehold med bruk av tvang og sende utfyllende informasjon til inntaksteamet når vedtak er fattet
3. Sende sak ved hastevedtak om endelig vedtak til fylkesnemnda innen 2 uker
4. Fatte vedtak om urinprøvetaking og analyser i Fylkesnemnda
5. Sørg for at pasienten møter

### **12.2.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver**

1. Gjennomføre tvangstilbakeholdet etter haste- eller fylkesnemnds vedtak
2. Vedta dato for avrusing og videre tilbakehold når vedtak foreligger
3. Helseforetaket kan i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2.6 skrive ut en pasient, men kan ikke oppheve et vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 .Det skal være dialog i forkant av en evt. utskrivelse.

## **12.3 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide med ruslidelser**

Det vises til gjeldende lover for tilbakeholdelse i institusjon for gravide.

Partene vil i avtaleperioden vurdere å opprette bistandsteam som et rådgivende organ for begge tjenestenivå ved vurdering, opprettelse, gjennomføring og utskrivelse i forbindelse med tvangssaker. Det er opp til den enkelte kommune å benytte ordningen.

Før vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven §10-3 benyttes, skal muligheten for å benytte §10-4 være vurdert.

### **12.3.1 Kommunens ansvar**

1. konsultere RAS som kan drøfte detaljer i tilbudet ved anvendelse av tilbakeholdelse i forhold til gravide før kommunen gjør vedtak
2. varsle RAS om mulig kommende innleggelse
3. fatte midlertidige vedtak om innleggelse
4. sørg for at midlertidig vedtak er RAS i hende senest 48 timer etter innleggelsen

5. opprette og innkalle ansvarsgruppe og gi melding om hvem som er med og hvem som er kontaktperson
6. fatte vedtak om urinprøvetaking og analyser i Fylkesnemnda
7. sende sak om endelig vedtak til Fylkesnemnda innen 2 uker
8. følge opp under institusjon, jf. punkt om generell oppfølging i institusjon

### **12.3.2 Helseforetakets ansvar**

1. ta imot melding om mulig innleggelse, og sørge for å ta imot den gravide
2. utpeke koordinator/kontaktperson og melde fra til kommunen hvem som møter i ansvarsgruppen
3. Helseforetaket kan i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2.6 skrive ut en pasient, men kan ikke oppheve et vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10.3. Det skal være dialog i forkant av en evt. utskrivelse.

## **13. Prioriterte innsats- og utviklingsområder**

### **13.1 Partene er enige om å prioritere følgende tema i avtaleperioden**

1. samarbeid om utskrivningsklare pasienter
2. implementere retningslinjer i forhold til familier med barn som har en psykisk lidelse og/eller ruslidelse
3. implementere retningslinjer i forhold til oppfølging av barn som lever i familier med foreldre eller søsken med psykisk lidelse / ruslidelse
4. utvikle kompetanse og retningslinjer for arbeid med pasienter med sikkerhetsproblematikk som ikke oppfyller kriteriene for alvorlig psykisk lidelse
5. videreutvikle og forbedre bruk av individuell plan
6. utvikle felles forståelse og kompetanse i forhold til traumer og traumebehandling
7. utvikle felles forståelse og kompetanse knyttet til vurdering av samtykkekompetanse
8. implementering av pakkeforløp

### **13.2 Partene vil prioritere å utarbeide standardiserte behandlingsforløp for**

1. pasienter med psykoseproblematikk
2. pasienter med ROP-lidelser

## **14. Veiledning og kompetanseutveksling**

### **14.1 Veiledning**

- Partene skal tilby hverandre råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.
- Partene skal kjenne til den andre avtalepartens tjenestetilbud, rammer og arbeidsmåter og bidra til at det ikke skapes urealistiske forventninger i oppgaveløsningen.
- Partene skal etablere et system som gir tilgang til hverandres kompetanse, når det gjelder samarbeid rundt enkeltpasienter
- Helseforetaket skal ved behov gi veiledning om enkeltbrukere der kompetanse må overføres i praktisk samhandling med bruker

## 14.2 Kompetanseutvikling

- Partene gir, så langt det er mulig, tilgang til hverandres kurs og kompetanseheving. Prissettes etter prinsipp om selvkost.
- Avtale og gjennomføre samarbeids- og samhandlingsprosjekter
- Fortsette hospitering eller besøksordninger for at ansatte skal bli kjent med begge parters arbeidssituasjon og arbeidsmetodikk.
- Bruke kompetansesentra aktivt for å utvikle kompetanse og tjenesteutvikling i kommunen og spesialisthelsetjenesten<sup>4</sup>

## 15. Kommunikasjon og meldingsutveksling

Kommunikasjon og meldingsutveksling reguleres i egne avtaler.

## 16. Oppfølging av avtalen

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

Samhandlingsutvalget vurderer hvordan avtalen nærmere skal følges opp, f.eks. ved opprettelse av et fagråd for de områder som omhandles i denne avtalen. Møter i et ev. fagråd bør avholdes minst to ganger pr. år. Et ev. fagråd har representasjon fra kommunene og helseforetaket.

Fagråd for delavtale 2A sitt mandat og oppgaver er regulert i eget dokument (mandat). Mandatet gis av samhandlingsutvalget.

## 17. Avvik og mislighold

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

## 18. Uenighet

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

## 19. Iverksetting, revisjon og oppsigelse.

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

Dato, 15.07.18

Hå kommune



Dato, 4/4-18

Helse Stavanger HF