

Delavtale

Retningslinjer for å sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester

Innhold

1.	Partar	3
2.	Bakgrunn.....	3
3.	Føremål.....	3
4.	Virkeområde	4
5.	Koordinerende eining, individuell plan og koordinator	4
5.1	Koordinerende eining	4
5.1.1	Kommunen sitt ansvar	4
5.1.2	Helseforetaket sitt ansvar	5
5.2	Individuell plan.....	5
5.2.1	Felles ansvar.....	5
5.2.2	Helseforetaket sitt ansvar	6
5.2.3	Kommunen sitt ansvar:	6
5.3	Koordinator	6
5.3.1	Koordinator sine oppgaver i kommunen	7
5.3.2	Koordinator sine oppgaver i spesialisthelsetenesta.....	7
5.4	Kontaktlege i spesialisthelsetjenesta	7
6.	Ansvarsfordeling og samarbeid	8
6.1	Ved akutt innlegging i spesialisthelsetenesta	8
6.1.1	Kommunen sitt ansvar	8
6.1.2	Helseforetaket sitt ansvar	8
6.2	Ved tilvising til poliklinisk/ambulant rehabilitering eller innlegging i	8
spesialisthelsetenesta	8	8
6.2.1	Kommunen sitt ansvar	8
6.2.2	Helseforetaket sitt ansvar	9
6.3	Ved behandling i spesialisthelsetenesta	9
6.3.1	Kommunen sitt ansvar	9
6.3.2	Helseforetaket sitt ansvar	9
6.4	Ved utskrivning/tilbakeføring fra spesialisthelsetenesta til kommunen si.....	10
helse- og omsorgsteneste.....	10	10
6.4.1	Kommunen sitt ansvar	10
6.4.1	Helseforetaket sitt ansvar	11
6.5	Tilrettelegging av hjelpemiddel.....	11
6.6	Lærings- og meistringstilbod.....	12
6.7	Ambulant verksemd.....	12
7.	Samhandling med fastlegen i kommunen	12
8.	Bruk av tvang	12
9.	Løpande vurdering av ansvars- og oppgavefordelinga mellom kommunen og spesialisthelsetenesta	13
10.	Forholdet til rammeavtalen	13
11.	Handtering av usemje	13
12.	Misleghald.....	13
13.	Avtaletid, revisjon og oppseiing	14

1. Partar

Avtalen er inngått mellom xx kommune og Helse Førde HF.

Ein del av spesialisthelsetenestene blir levert av private institusjonar. Helse Førde skal bidra til at desse har ein praksis som er i tråd med denne avtalen.

2. Bakgrunn

Avtalen er heimla i [Helse- og omsorgstenestelova § 6-1 og § 6-2, pkt 2](#)

Avtalen har vidare sin bakgrunn i [Spesialisthelsetenestelova § 2-1e, 2. ledd 1. setn](#)

Avtalen er og heimla i [Rammeavtalen](#) mellom xx kommune og Helse Førde, jfr pkt. 4 i rammeavtalen.

3. Føremål

Delavtalen har som føremål å:

Bidra til eit godt løysingsfokusert samarbeid om pasientar med behov for koordinerte tenester i kommunen og i spesialisthelsetenesta.

Klargjere ansvaret og oppgåvene til helseføretaket og kommunane.

Medvirke til retningsliner som kan bidra til å sikre heilskaplege og samanhengande tenester av god kvalitet på rett nivå til pasientar/brukarar med behov for habilitering/rehabilitering og koordinerte tenester.

Medvirke til betre ressursutnytting i helse- og omsorgssektoren ved å syte for at helsetilbodet blir gitt på rett nivå.

Sikre pasienten/brukaren sin rett til informasjon, medvirkning og involvering.

Oppnå ein effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom helseføretaket, kommunane og brukarane.

Å redusere risikoen for uheldige hendingar.

4. Virkeområde

Avtalen gjeld pasientar/brukarar som har behov for samansette og koordinerte tenester frå ulike delar av helseføretaket og kommunen. Dette inkluderer habilitering /rehabilitering på grunn av kroniske tilstandar og/ eller funksjonsnedsetting.

5. Koordinerande eining, individuell plan og koordinator

5.1 Koordinerande eining

Det skal etter lovverket vere ei [koordinerande eining](#) for habiliterings- og rehabiliteringsverksemda både i kommunen og i helseføretaket. *Koordinerande eining skal bidra til å sikre heilskapelege og koordinerte tilbod til pasientar og brukarar med behov for tenester frå fleire fagområde, nivå og sektorar.*

Den koordinerande eininga skal bidra til å sikre heilskapleg tilbod til pasientar og brukarar med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

5.1.1 Kommunen sitt ansvar

Ha ei koordinerande eining, som er synleg med tydeleg adresse, for brukarar /pasientar, pårørande, fastlegar og helseføretak.

Melde frå til koordinerande eining i helseføretaket ved endringer av kontakt-opplysningar.

Ha oversikt over kommunen sitt habiliterings-/rehabiliteringstilbod og synleggjere tilbodet på kommunens nettsider og i oppdatert informasjonsmateriell.

Den koordinerande eininga skal:

- legge til rette for brukarmedverknad
- bidra til samarbeid på tvers av fagområde, nivå og sektorar
- Ivareta familieperspektivet
- Sikre informasjon til befolkninga og samarbeidspartnarar
- Motta interne meldingar om mogleg behov for habilitering og rehabilitering

- Motta meldingar om behov for individuell plan og koordinator
- Utarbeide rutinar for arbeidet med individuell plan og koordinator
- Oppnevning av koordinator
- Kompetanseheving knytt til individuell plan og koordinator
- Opplæring og veiledning av koordinatorar

5.1.2 Helseforetaket sitt ansvar

Ha ei koordinerende eining, som er synleg med tydeleg adresse, for brukarar /pasientar, pårørande, fastlegar og kommunar.

Ha ei generell oversikt over habiliterings-/rehabiliteringstilbodet i helseregionen, og bidra til å synleggjere denne på koordinerende ening- og regional koordinerende eining sine internettsider.

Ha ei samla oppdatert oversikt over koordinerende einingar i kommunane på føretaket si internettside.

Den koordinerende eininga skal:

Ha eit overordna ansvar for helseforetaket sitt arbeid med individuell plan og koordinator, herunder å utarbeide interne retningslinjer.

Opplæring og veiledning av koordinator

Kompetanseheving knytt til individuell plan og koordinator

Samarbeide med regional koordinerende eining.

Vere kontaktpunkt for samarbeid med kommunane

Legge til rette for brukervedverknad

5.2 Individuell plan

Kommunen si helse- og omsorgsteneste og helseføretaket har etter lovverket plikt til å utarbeide [individuell plan](#) for pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester.

Den individuelle planen skal ha eit innhald og eit omfang som er tilpassa behova til den enkelte pasienten eller brukaren. Under utarbeidinga av planen må ein ta omsyn til personen sine etniske, kulturelle og språklige føresetnader.

5.2.1 Felles ansvar

Ha retningslinjer/prosedyrar for arbeid med individuell plan i eiga verksemd

5.2.2 Helseføretaket sitt ansvar

Informere pasienten/brukaren om retten til individuell plan og innhente samtykke til å kontakte Koordinerende Eining for habilitering og rehabilitering i kommunen.

Dersom pasienten har/skal ha kommunale tenester: melde frå om behov for dette til Koordinerende Eining i kommunen.

Utarbeide individuell plan når pasienten skal ha tenester frå spesialisthelsetenesta.

Medverke i samarbeid med kommunen til at individuell plan blir utforma når det er behov for det, og planen omfattar tenester både frå helseføretaket og kommunen.

Helseføretaket skal på eget initiativ vurdere om en pasient har rett til individuell plan og gjøre nødvendige tiltak for å sikre at pasienten oppfylt sine rettigheter.

Samarbeide med koordinator for pasienter som allerede har individuell plan

Medvirke i planarbeidet samsvar med den enkeltes behov

5.2.3 Kommunen sitt ansvar:

Informere pasienten/brukaren om retten til individuell plan.

Ha hovedansvar for individuell plan når pasienten/brukaren har behov for tenester frå både kommunen og spesialisthelsetenesta.

Sikre samordning av tenestetilbodet og framdrift i arbeidet med individuell plan, jfr pkt 5.3.

oppnevne koordinator og sikre nødvendig samtykke.

utforme og følge opp plandokumentet.

sikre framdrift i prosessen, og evaluere etter fastlagt tidsplan.

5.3 Koordinator

For pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester etter helse- og omsorgstenestelova skal kommunen tilby [koordinator](#). For pasientar med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tenester etter spesialisthelsetenestelova skal helseføretaket tilby koordinator. Plikta til å tilby koordinator gjeld uavhengig av om pasienten eller brukaren ønskjer individuell plan.

Koordinatoren skal syte for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller brukar. Koordinator skal også sikre samordning av tenestetilbodet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

5.3.1 Koordinator sine oppgaver i kommunen

Sikre informert samtykke fra pasient/brukar til oppstart av planprosess og informasjonsutveksling.

Legge til rette for at pasient/brukar og eventuelt pårørende deltek i arbeidet.

Avklare ansvar og forventningar.

Sikre god informasjon og dialog med pasient/brukar, og eventuelt pårørende, gjennom heile prosessen.

Sikre heilskapleg kartlegging med utgangspunkt i pasient/brukar sine mål, ressursar og behov.

Sikre god samhandling mellom aktørane i helsetenesta, herunder med fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret, samt med relevante tenesteytarar i andre sektorar.

Sikre samordning av tenestetilbodet og god fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Sikre felles forståing av måla i planprosessen.

Initiere og eventuelt leie møte knytt til individuell plan og koordinering.

Følge opp, evaluere og oppdatere plandokumentet, samt å følge opp og evaluere arbeidsprosessen.

5.3.2 Koordinator sine oppgaver i spesialisthelsetenesta

Følge opp pasienten/brukaren og sikre samordning av tilbodet under institusjonsopphaldet.

Samhandle med kontaktlege for pasientar som har fått oppnevnt dette

Melde frå om behov for individuell plan til Koordinerende Eining i kommunen

Samhandle med tenesteytarar utanfor institusjon.

Sikre framdrift i arbeidet med individuell plan i samarbeid med koordinator i kommunen.

Initiere samarbeids møte med kommunen, eller andre som skal følge opp etter utskriving.

Tilby og utarbeide individuell plan for pasientar som har behov for langvarige og koordinerte tenester i spesialisthelsetenesta, på same måten som omtalt under koordinator sine oppgaver i kommunen.

5.4 Kontaktlege i spesialisthelsetjenesta

Det skal etter [Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c](#) oppnevast ein [kontaktlege](#) for pasientar som har alvorleg sjukdom, skade eller lidning, som har behov for behandling eller oppfølging av ei viss lengde. Ordninga er særleg aktuell for pasientar med uavklarte tilstandar, under tverrfagleg utgreiing, eller ved tverrfagleg behandling og oppfølging.

Kontaktlegen skal vere involvert i behandlinga eller oppfølginga av pasienten, og fungere som pasienten sin faste medisinskfaglige kontakt og bidra til at pasientforløpet går som planlagt.

Kontaktlege for pasienten oppnevast snarest mogleg etter at det er vurdert at pasienten har rett til kontaktlege, seinast første virkedag etter innlegging eller poliklinisk undersøking. Pasienten

informerast så snart som råd om kven som er er kontaktlege, og orienterast samstundes om kontaktlegen sitt ansvar, og oppgåver.

For tenester i psykisk helsevern kan kontaktpsycholog utnevntast i staden for kontaktlege dersom det er mest føremålstenleg for behandlinga/oppfølginga. Det same gjeld tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.

Oppgåver for kontaktlege er skildra i eiga prosedyre gjeldande for Helse Førde HF.

6. Ansvarsfordeling og samarbeid

6.1 Ved akutt innlegging i spesialisthelsetenesta

6.1.1 Kommunen sitt ansvar

Etablere eit system for mottak av melding om behov for habilitering/rehabilitering hos koordinerande eining.

Avklare koordinator/kontaktperson.

Starte planlegging av habiliterings-/rehabiliteringsprosessen.

6.1.2 Helseføretaket sitt ansvar

Sende melding om behov for habilitering/rehabilitering til koordinerande eining så tidlig som mogleg.

Avklare koordinator/kontaktperson

Ved behov sette i gang habiliterings-/rehabiliteringsprosessen.

6.2 Ved tilvising til poliklinisk/ambulant rehabilitering eller innlegging i spesialisthelsetenesta

6.2.1 Kommunen sitt ansvar

Identifisere brukarar/pasientar som har behov for habilitering/rehabilitering.

Gi naudsynt informasjon, utgreiing og oppfølging før tilvising til helseføretaket.

Fastlegen har ansvar for å tilvise til spesialisthelsetenesta, fortrinnsvis i samarbeid med helsepersonell i kommunen.

Tilvisning knytt til habilitering/rehabilitering i spesialisthelsetenesta skal innehalde:

Medisinske opplysningar.

Klinisk legeundersøking.

Funksjonskartlegging/vurdering.

Målet med rehabiliteringsoppholdet.

Namn på koordinator, eventuelt kontaktperson.

Dersom det ligg føre individuell plan, skal denne leggjast ved.

Brukar/pasient skal involverast i søknadsprosessen.

6.2.2 Helseføretaket sitt ansvar

Vurdere pasientens rett til helsehjelp etter gjeldende retningslinjer, eventuelt videresende henvisninga til anna del av helseføretaket. Vurdering av tilvisning skal skje innen 10 virkedagar.

Informere pasienten, henvisande instans/fastlege om resultat av vurderinga, og om fristen for når eventuell helsehjelp blir tilbudt. Hvis pasienten blir vurdert til ikkje å ha rett til eller behov for helsehjelp fra spesialisthelsetenesta, skal tilvisar få veiledande tilbakemelding.

Avdelinger med spesielle inntakskriterier, skal opplyse om dette på sine nettsider.

6.3 Ved behandling i spesialisthelsetenesta

6.3.1 Kommunen sitt ansvar

Delta i samarbeidsmøte om habilitering/rehabilitering når behandlande eining i helseføretaket inviterer.

Tilby koordinator. Dersom brukar/pasient ikkje ønskjer koordinator, skal det oppnemnast ein kontaktperson.

Avklare behov for rettleiing frå spesialisthelsetenesta.

Starte arbeidet med å planlegge vidare habilitering/rehabilitering i kommunen, og tilrettelegge i pasienten sin heim der det er aktuelt.

6.3.2 Helseføretaket sitt ansvar

Varsle koordinerande eining i kommunen snarast mogleg før utskriving frå

spesialisthelsetenesta om pasienten sin helsetilstand, forventede behov for habilitering/rehabilitering/tverrfaglege tenester og behov for tilrettelegging i heimen.

Oppnemne koordinator for pasientar med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte spesialisthelsetenester. Koordinator skal samarbeide med kommunal koordinator/kontaktperson ved behov. Dersom pasienten ikkje har individuell plan, og vurderast til å oppfylle vilkåra for dette, skal koordinator/kontaktperson syte for å informere om retten til og føremålet med denne.

Varsle koordinerende eining i kommunen så snart som mogleg ved behov for individuell plan som omfattar tenester både fra spesialisthelsetjenesta og kommunen. Helseføretaket skal då medvirke i kommunens sitt arbeid med individuell plan.

For pasientar med behov for vidare habilitering/rehabilitering i kommunen skal helseføretaket:

Innkalle koordinerende eining, fastlege, koordinator og andre aktuelle samarbeidspartnarar til samarbeidsmøte når det er føremålstenleg. Utarbeide mål og tiltaksplan som skildrar funksjonsnivået.

Bistå pasienten med søknad om helse- og omsorgstenester via helseopplysnings-skjema i dei elektroniske pleie- og omsorgsmeldingane.

Kartlegge pasienten sitt behov for, og søke om, behandlingshjelpemiddel der det er oppstått nye behov.

Bestille forflytningshjelpemiddel til pasientar med omfattande og komplekse problemstillingar, der det er oppstått nye behov. Dette skal skje i dialog med pasienten og eventuelt pårørende, og i samarbeid med kommunen.

Gi ambulante tenester når dette er føremålstenleg og mogleg.

Sørge for at pasient og eventuelt pårørende får god informasjon om diagnose og vidare plan for oppfølging fra spesialisthelsetenesta.

Informere om aktuelle lærings- og meistringstilbod. Lærings- og meistrings-senteret sine tilbod skal synleggjerast på helseføretaket sine internettsider, og tilbod i kommunane må ligge lett tilgjengeleg på deira internettsider.

Ivareta barn og unge som pårørende etter gjeldende lovverk og retningslinjer.

Ved behov tek helseføretaket kontakt med relevant hjelpeinstans i kommunen.

6.4 Ved utskriving/tilbakeføring fra spesialisthelsetenesta til kommunen si helse- og omsorgsteneste

6.4.1 Kommunen sitt ansvar

Vurdere behov for døgn-, dag- eller ambulant habilitering/rehabilitering.

Melde frå om behov for rettleiing frå spesialisthelsetjenesta.

Videreføre mål og tiltaksplan, eventuelt utarbeide habiliterings-/rehabiliteringsplan i samarbeid med brukar/pasient og eventuelt pårørende.

Videreføre eventuelle etablerte ansvarsgrupper/tverrfaglige team og individuelle planar.

For brukar/pasient som ikkje har ansvarsgruppe og/eller individuell plan, vurdere oppretting av ansvarsgruppe/tverrfaglig team.

Informere om individuell plan/koordinator

Syte for at det ved behov blir utarbeidd individuell plan, og sikre at planarbeidet blir koordinert.

Halde fram med rehabiliteringsprosessen i samarbeid med fastlege.

Vurdere behov for ny tilvising til spesialisthelsetenesta ved nye problemstillingar.

Ivareta eventuelle barn som pårørende etter gjeldende lovverk og den einssilde kommune sine rutinar/retningsliner.

6.4.1 Helseforetaket sitt ansvar

Sende epikrise og utskrivningsrapport til fastlege. Dersom pasienten treng

koordinerte tenester, skal epikrisa og sendast til koordinerande eining, etter at pasientens samtykke er innhenta. Om pasienten har hjelp av kommunal pleie- og omsorgsteneste frå før, skal «PLO utskrivningsrapport» sendast i lag med pasientinformasjon eller epikrise. Har pasienten behov for tilvising til fysioterapeut, logoped, psykolog mv., skal denne vere klar ved utskriving og følge med brukar/pasient, om ikkje anna er avtalt med kommunen.

Lege i spesialisthelsetenesta tek stilling til oppfølgingsbehov hos fastlege og

hastegrad på oppfølginga og noterer dette i epikrisa. Ved behov er helseforetaket behjelpelig med å bestille timeavtale hos fastlegen i dialog med pasienten og eventuelt pårørende før utskriving.

6.5 Tilrettelegging av hjelpemiddel

Behovet for tekniske hjelpemiddel og behandlingshjelpemiddel har helseforetaket ansvar for å avklare i ein dialog med pasient og kommune før utskriving frå spesialisthelsetenesta.

Kommunen har ansvaret for å skaffe/dekke medisinsk-teknisk utstyr/tekniske hjelpemiddel dersom pasient har sjukeheimplass. Helseforetaket har ansvaret dersom pasienten er heimebuande eller i omsorgsbustad.

Utstyr og forbruksmateriell må sendast med pasienten for perioden frå utskriving og fram til kommunen kan skaffe dette utstyret. Dette føreset god tovegskommunikasjon mellom partane og samråd med pasient.

Partane følgjer utover dette føresegnene i delavtale om [tilvisning, innlegging og utskriving av pasientar](#).

6.6 Lærings- og meistringstilbod

Partane skal samarbeide om å førebygge sjukdom og tilby lærings- og meistringstilbod som bidrag i individuelle habiliterings-/rehabiliteringsprosesser for store pasientgrupper og brukarar/pasientar som har behov for endring av levevaner. Spesialisthelsetenesta skal tilby gruppebasert opplæring som ein del av pasientforløpa og nytte Lærings- og meistringssenteret som læringsarena. Partane skal vidare samarbeide om å utvikle kommunale lærings- og meistringstilbod som kan gjevast lokalt. Dette er forankra i ein eigen delavtale om læring og meistring.

6.7 Ambulant verksemd

Partane skal søke å etablere desentraliserte, ambulante tenester for pasientgrupper der dette er mogeleg og der det vil vere det beste alternativet for pasientane. Ved langvarig ambulant oppfølging frå spesialisthelsetenesta skal partane etablere rutinar som sikrar informasjonsflyt mellom spesialisthelsetenesta, fastlegen og andre samarbeidande instansar. I komplekse enkeltsaker kan dette ivaretakast ved å inngå individuelle samarbeidsavtalar som omfattar ansvarsfordeling og tidsperspektiv. Koordinerande eining vil normalt ha ei viktig rolle i slike samanhengar.

7. Samhandling med fastlegen i kommunen

Koordinerande eining i kommunen/koordinator skal syte for at fastlegen er informert og legge til rette for deltaking i oppfølginga av pasienten.

Gjennom praksiskonsulentordninga skal ein arbeide med tiltak som kan systematisere samarbeidet med fastlegen på ein god måte.

8. Bruk av tvang

Ved vurdering av bruk av tvang eller tilbakehald utan eige samtykke vil partane vektlegge oppfølging av gjeldande lovverk, t.d. for personar med utviklingshemming, rusmiddelproblem eller pasientar som ikkje har samtykkekompetanse.

9. Løpande vurdering av ansvars- og oppgåvefordelinga mellom kommunen og spesialisthelsetenesta

Det er variasjon mellom kommunane når det gjeld habiliterings-/rehabiliteringstilbodet, og generelt er det samhandlingsreforma sin intensjon å utvikle og styrke den kommunale innsatsen på dette området. Habilitering og rehabilitering som bør skje i spesialisthelsetenesta er kjenneteikna av at:

Behovet for spesialisert kompetanse er større enn det som er naturleg å bygge opp i kommunane.

Tenester må vere knytt nært opp til, og eventuelt samtidig med, spesialisert medisinsk behandling.

Det er behov for brei tverrfaglig funksjonskartlegging, inkludert eventuelle spesialtenestar og utgreiingar som føreset spesialkompetanse.

Partane vil gjennom nettverksarbeid søke nærare avklaring av ansvarfordelinga seg i mellom, og vil i dette m.a. legge aktuell rettleiar frå Helsedirektoratet til grunn. Partane vil samarbeide om å utvikle likeverdige kommunale tenester for innbyggjarane.

10. Forholdet til rammeavtalen

Føresegner i rammeavtalen gjeld tilsvarande for denne avtalen. Gjennom dette vert ivaretaking av brukarmedverknad også definert for denne avtalen. Ved motstrid mellom denne avtalen og [Rammeavtalen](#), går Rammeavtalen føre.

11. Handtering av usemje

Ved usemje skal partane følgje reglane i [Rammeavtalen](#).

12. Misleghald

Dersom ein av partane misleghald sin del av avtalen med vedlegg, og dette påfører den andre parten dokumenterte tap, kan tapet blir kravd dekkja av den som misleghald avtalen.

13. Avtaletid, revisjon og oppseiing

Avtalen trer i kraft frå 02.10.17, og gjeld fram til ein av partane seier opp avtalen med eitt års oppseiingsfrist, jf. [Helse- og omsorgstenestelova](#) § 6-5 andre ledd.

Partane er samde om å gjennomgå avtalen innan desember annankvart år og syte for jamnleg rapportering og evaluering.

Kvar av partane kan krevje avtalen revidert dersom vesentlege føresetnader for avtalen blir endra.