

Revidert oktober 2019

**Delavtale mellom**

**xx kommune og Helse Førde HF**

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

# Avtale om retningslinjer for å sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester

## 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 skal som eit minimum omfatte): «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.»*

Avtalen har vidare sin bakgrunn i spesialisthelsetenestelova § 2-1e, 2. ledd 1. setn:  
*«De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1»*

Avtalen er og heimla i rammeavtalen mellom kommunen og Helse Førde, jfr pkt. 4 i rammeavtalen.

## 3. Føremål

Delavtalen har som føremål å:

- Bidra til eit godt løysingsfokuserert samarbeid om pasientar med behov for koordinerte tenester i kommunen og i spesialisthelsetenesta.
- Klargjere ansvaret og oppgåvene til helseføretaket og kommunane.
- Medverke til retningslinjer 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.
- Medverke 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, medverking 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. Den koordinerande eininga skal bidra til å sikre heilskapleg tilbod til pasientar og brukarar med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

#### 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 endringar av kontakt-opplysningar.
- Ha oversikt over kommunen sitt habiliterings-/rehabiliteringstilbod og synleggjere tilbodet på kommunens nettsider og i oppdatert informasjonsmateriell.
- Den koordinerande eininga skal:
  - Ha eit overordna ansvar for arbeid med individuell plan
  - Mot ta melding om behov for individuell plan og oppnevne koordinator

#### Helseføretaket sitt ansvar

- Ha ei koordinerande 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 koordinerande eining- og regional koordinerande eining sine internettsider.
- Ha ei samla oppdatert oversikt over koordinerande einingar i kommunane på føretaket si internettside.
- Den koordinerande eininga skal:
  - Ha eit overordna ansvar for helseføretaket sitt arbeid med individuell plan, herunder å utarbeide interne retningslinjer.
  - Samarbeide med regional koordinerande eining.

### 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.

Dersom kommunen pasienten bur i nyttar verktøy for elektronisk individuell plan, skal Helse Førde sine tilsette som er med i arbeidet med planen også nytte dette verktøyet. Den elektroniske individuelle planen er pasienten si plan og skal ikkje nyttast til elektronisk pasientjournal. Journalplikta til dei tilsette skal ivaretakast i partane sine EPJ-system.

#### **Felles ansvar**

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

#### **Helseføretaket sitt ansvar**

- Informere pasienten/brukaren om retten til individuell plan.
- Utarbeide individuell plan når pasienten skal ha tenester frå spesialisthelsetenesta.
- Dersom pasienten har/skal ha kommunale tenester: Melde frå om behov for dette til koordinerande eining i kommunen.
- 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.

#### **Kommunen sitt ansvar:**

- Informere pasienten/brukaren om retten til individuell plan.
- Ha hovudansvar 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, jf. pkt. 5.3.

### **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.

#### **Koordinator sine oppgåver i kommunen**

- Sikre informert samtykke frå pasient/brukar til oppstart av planprosess og informasjonsutveksling.
- Legge til rette for at pasient/brukar og eventuelt pårørande deltek i arbeidet.
- Avklare ansvar og forventningar.
- Sikre god informasjon og dialog med pasient/brukar, og eventuelt pårørande, 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 medisinskfaglege koordineringsansvaret, samt med relevante tenesteytarar i andre sektorar.
- Sikre samordning av tenestetilbodet og god framdrift i arbeidet med individuell plan.
- Sikre felles forståing av måla i planprosessen.
- Initiere og eventuelt leie møte knytt til individuell plan og koordinering.
- Følgje opp, evaluere og oppdatere plandokumentet, samt å følgje opp og evaluere arbeidsprosessen.

### **Koordinator sine oppgåver i spesialisthelsetenesta**

- Følgje opp pasienten/brukaren og sikre samordning av tilbodet under institusjonsopphaldet.
- Samhandle med tenesteytarar utanfor institusjon.
- Sikre framdrift i arbeidet med individuell plan i samarbeid med koordinator i kommunen.
- Initiere samarbeidsmøte med kommunen, eller andre som skal følgje 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 oppgåver i kommunen.

## **6. Ansvarsfordeling og samarbeid**

### **6.1 Ved akutt innlegging i spesialisthelsetenesta**

#### **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.

#### **Helseføretaket sitt ansvar**

- Sende melding om behov for habilitering/rehabilitering til koordinerande eining så tidlig som mogleg.
- Ved behov sette i gang habiliterings-/rehabiliteringsprosessen.

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

#### **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.
- Tilvising knytt til habilitering/rehabilitering i spesialisthelsetenesta skal innehalde:
  - Medisinske opplysningar.
  - Klinisk legeundersøking.
  - Funksjonskartlegging/vurdering.
  - Målet med rehabiliteringsopphaldet.
  - Namn på koordinator, eventuelt kontaktperson.
  - Dersom det ligg føre individuell plan, skal denne leggjast ved.
  - Bruker/pasient skal involverast i søknadsprosessen.

#### **Helseføretaket sitt ansvar**

- Vurdere pasientens rett til helsehjelp etter gjeldande retningslinjer, eventuelt vidaresende henvisninga til anna del av helseføretaket. Vurdering av tilvisning skal skje innan 10 virkedagar.
- Informere pasienten, henvisande instans/fastlege om resultat av vurderinga, og om fristen for når eventuell helsehjelp blir tilbydt. Dersom pasienten blir vurdert til ikkje å ha rett til eller behov for helsehjelp frå spesialisthelsetenesta, skal tilvisar få vegleiane tilbakemelding.
- Avdelingar med spesielle inntakskriterie, skal opplyse om dette på sine nettsider.

### **6.3 Ved behandling i spesialisthelsetenesta**

#### **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 legge til rette i pasienten sin heim der det er aktuelt.

#### **Helseføretaket sitt ansvar**

- Varsle koordinerande eining i kommunen snarast mogleg før utskriving frå spesialisthelsetenesta om pasienten sin helsetilstand, forventa 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, 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 frå spesialisthelsetenesta og kommunen. Helseføretaket skal då medverke i kommunens sitt arbeid med individuell plan.
- For pasientar med behov for vidare habilitering/rehabilitering i kommunen skal helseføretaket:
  - Innkalle koordinerende eining, fastlege 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 forflyttingshjelpemiddel til pasientar med omfattande og komplekse problemstillingar, der det er oppstått nye behov. Dette skal skje i dialog med pasienten og eventuelt pårørande, og i samarbeid med kommunen.
  - Gi ambulante tenester når dette er føremålstenleg og mogleg.
  - Sørge for at pasient og eventuelt pårørande får god informasjon om diagnose og vidare plan for oppfølging frå spesialisthelsetenesta.
  - Informere om aktuelle lærings- og meistringstilbod. Lærings- og mestringssenteret sine tilbod skal synleggjerast på helseføretaket sine internettsider, og tilbod i kommunane må ligge lett tilgjengeleg på deira internettsider.
  - Ivareta barn og unge som pårørande etter gjeldande lovverk og retningslinjer.
  - Ved behov tek helseføretaket kontakt med relevant hjelpeinstans i kommunen.

#### **6.4 Ved utskrivning/tilbakeføring frå spesialisthelsetenesta til kommunen si helse- og omsorgsteneste**

##### **Kommunen sitt ansvar**

- Vurdere behov for døgn-, dag- eller ambulant habilitering/rehabilitering.
- Melde frå om behov for rettleiing frå spesialisthelsetenesta.
- Vidareføre mål og tiltaksplan, eventuelt utarbeide habiliterings-/rehabiliteringsplan i samarbeid med brukar/pasient og eventuelt pårørande.
- Vidareføre eventuelle etablerte ansvarsgrupper og individuelle planar.
- For brukar/pasient som ikkje har ansvarsgruppe og/eller individuell plan, vurdere oppretting av ansvarsgruppe/tverrfaglig team.
- Informere om individuell plan.
- 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 pårørande etter gjeldande lovverk og den einskilde kommune sine rutinar/retningslinjer.

### **Helseføretake sitt ansvar**

- Sende epikrise og utskrivingsrapport til fastlege. Dersom pasienten treng koordinerte tenester, skal epikrise og sendast til koordinerande eining, etter at pasientens samtykke er innhenta. Om pasienten har hjelp av kommunal pleie- og omsorgsteneste frå før, skal «PLO utskrivingsrapport» 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 epikrise. Ved behov er helseføretaket behjelpelig med å bestille timeavtale hos fastlegen i dialog med pasienten og eventuelt pårørande før utskriving.

### **6.5 Tilrettelegging av hjelpemiddel**

Behovet for tekniske hjelpemiddel og behandlingshjelpemiddel har helseføretaket 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. Helseføretaket 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 eigen delavtale om utskriving av pasientar.

### **6.6 Lærings- og meistringstilbod**

Partane skal samarbeide om å førebygge sjukdom og tilby lærings- og meistringstilbod som bidrag i individuelle 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 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. 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 spesialtestar og utgreiingar som føreset spesialkompetanse.

Partane vil gjennom nettverksarbeid søke nærare avklaring av ansvarsfordelinga 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.

## **9. 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.

## **10. Handtering av usemje**

Ved usemje skal partane følgje reglane i rammeavtalen.

## 11. Misleghald

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

## 12. Avtaletid, revisjon og oppseiing

Avtalen trer i kraft frå 01.01.17, 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 anna kvart år og syte for jamleg rapportering og evaluering.

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

\_\_\_\_\_  
Dato og stad

\_\_\_\_\_  
Dato og stad

\_\_\_\_\_  
Arve Varden - adm. direktør  
Helse Førde HF

\_\_\_\_\_  
XX kommune