



Arkivreferanse Finnmarkssykehuset HF:

Arkivreferanse kommune:

Tjenesteavtale nr 2 (revidert oktober 2017)

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

mellom



og

XX kommune



1. PARTER

Denne avtalen er inngått mellom XX kommune og Finnmarkssykehuset.

2. BAKGRUNN

Denne tjensteavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 6-2 nr. 2 og spesialisthelsetjenesteloven §2-1 e annet ledd.

3. FORMÅL

Formålet med avtalen er å få etablert gode og helhetlige pasientforløp. Målgruppen er personer som har en kronisk tilstand og/eller en funksjonsnedsettelse innenfor psykisk helse, rus og/eller somatikk med behov som strekker seg ut over ordinære rutiner for inn- og utskrivning.

Pasienten kan være på venteliste for behandling eller inne i et habiliterings-/rehabiliteringsforløp gjennom innleggelse/ambulant/poliklinisk oppfølging/lærings- og mestringstilbud.

4. LOVGRUNNLAG

Lov om spesialisthelsetjenesten, lov om psykisk helsevern og helse- og omsorgstjenesteloven definerer partenes ansvar for samordning av og samarbeid om disse oppgavene.

Spesialisthelsetjenesteloven definerer også en lovpålagt veiledningsplikt fra spesialisthelsetjenesten overfor kommunene, jfr. § 6-3 i loven. Lov om helsepersonell og lov om barn og foreldre definerer helsepersonellens lovpålagte oppgaver. I tillegg skal lov om pasient- og brukerrettigheter legges til grunn.

Gjennom forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan (IP) og koordinator reguleres partenes ansvar for å etablere Koordinerende enhet som skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for koordinator og Individuell plan.

5. ANSVARS- OG OPPGAVEFORDELING MELLOM KOMMUNE OG HELSEFORETAK

5.1 Veiledningsplikt ved ventetid på behandling

Partene har et gjensidig ansvar for råd og veiledning knyttet til pasienter/brukere som venter på behandling. Dette gjelder særlig for behandling innen rus og psykiatri og for personer med utviklingshemming.

5.2 Barn

5.2.1 Barn i sykehus

Partenes felles ansvar og oppgaver:

- Bidra til å ivareta de behov for informasjon og nødvendig oppfølging som barn og unge som pasienter har som følge av egen og/elles familiemedlemmers sykdom.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

- Melde fra til hjemkommunen om barn som blir innlagt og som har krav på skoleundervisning
- I tilstrekkelig tid før utskrivning, i samråd med foreldre, etablere kontakt med kommunens hjelpeapparat
- Orienter foreldre om aktuelle interesseorganisasjoner

Kommunens ansvar og oppgaver:

- Videreformidle helseinformasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret til foreldre eller andre med omsorgsansvar, herunder barnevernstjenesten der den har omsorgen.

5.2.2 Barn som pårørende

Partenes felles ansvar og oppgaver:

- Helsepersonell med ansvar for foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade er pliktig til å identifisere mindreårige barn under 18 år og ivareta barns behov for informasjon og nødvendig oppfølging. Det er viktig at Finnmarkssykehuset og kommunene samarbeider, og at relevant informasjon for å ivareta behovene til pasientens barn blir gitt i samarbeid med foreldre.
- Arbeid med barn som pårørende skal være basert på samtykke, jfr Helsepersonelloven § 10a 3. ledd bokstav b.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

- Finnmarkssykehuset har ansvar for å følge godkjent kunnskapsbasert fagprosedyre, «Barn som pårørende i Helse Nord», herunder punkt 5; underprosedyre Samhandling. Finnmarkssykehuset skal gi informasjon om relevante og nødvendige opplysninger til samarbeidende personell / kontaktperson i kommunen innenfor rammen av taushetsplikt, når barna har behov for oppfølging i kommunen.

Kommunens ansvar og oppgaver:

- Kommunen skal ha oversikt over hvordan arbeidet med barn som pårørende er organisert i kommunen, og bør opprette kontaktperson, for å kunne samarbeide med Helseforetaket om ivaretagelse av barna jfr Helsepersonelloven §10a.
- Kommunene bør opprette barneansvarlige i relevante tjenester.

5.3 Habiliterings- og rehabiliteringstilbud, herunder ambulant virksomhet, koordinerende enheter, tilrettelegging av hjelpemidler, læring og mestringstilbud m.m.

5.3.1 Koordinerende enheter

Partenes felles ansvar og oppgaver:

Helseforetaket og den enkelte kommune har lovbestemt plikt til å etablere koordinerende enheter (KE) som skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. KE skal:

- Ha gjensidig kontakt og samarbeid gjennom faste kontaktpunkter, møteplasser og systematisk informasjonsutveksling. Helseforetaket har et pådriveransvar for dette.
- Utarbeide interne retningslinjer for arbeidet med individuell plan og koordinator i kommunen og i helseforetaket
- Utarbeide retningslinjer for samarbeidet, ansvar og arbeidsfordeling mellom kommunen og helseforetaket skal gjøres kjent for tjenesteytere som kommer i kontakt med pasienter/brukere dette kan være aktuelt for
- Til enhver tid ha oppdatert kontaktinformasjon tilgjengelig for samarbeidspartnere.

5.3.2 Melding om behov for rehabilitering

Dersom det etableres spesielle ordninger for henvisning til rehabilitering i hhv kommunen/helseforetaket skal partene til enhver tid oppdatere hverandre om disse.

5.3.3 Ambulant virksomhet knyttet til brukere med langvarig behov for spesialisert habilitering/rehabilitering.

Ved langvarig ambulant oppfølging fra spesialisthelsetjeneste skal partene etablere rutiner som sikrer informasjonsflyt mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegen og andre samarbeidende

instanser. I komplekse enkeltsaker kan dette ivaretas med å inngå individuelle samarbeidsavtaler som omfatter ansvarsfordeling og tidsperspektiv. Partene plikter å orientere hverandre om eksterne instanser som involveres i enkeltsaker.

5.3.4 Pasient- og pårørendeopplæring

Partenes felles ansvar og oppgaver:

- Samarbeide om lærings- og mestringstilbud der dette er hensiktsmessig.
- Videreutvikle møteplasser for samhandling, kompetanseutveksling og brukerrepresentasjon i utvikling av lærings- og mestringstjenester.
- Ta i bruk elektroniske verktøy i samarbeidet.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

- Tilby individuell veiledning til målgruppen som del av behandling der dette er aktuelt.
- Tilby deltakelse i gruppebaserte diagnosespesifikke lærings- og mestringstilbud.
- Ha rutiner for kartlegging og henvisning til lærings- og mestringstilbud.

Kommunens ansvar og oppgaver:

- Tilby individuell veiledning som en del av behandlingstilbudet der dette er aktuelt
- Ha rutiner for kartlegging og henvisning til lærings og mestringstilbud i helseforetak og kommune

5.4 Samarbeid omkring individuell plan (IP) og koordinator

Partenes felles ansvar og oppgaver:

- Kommunen, spesialisthelsetjenesten og den enkelte tjenesteutøver skal informere aktuelle tjenestemottakere og/eller pårørende om retten til individuell plan. Plikten omfatter nødvendig veiledning og bistand slik at pasient og bruker får oppfylt sine rettigheter.
- Sikre at pasient/bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester får utarbeidet individuell plan og/eller tildelt koordinator der dette er ønsket. Retten til koordinator gjelder uavhengig av om pasient/bruker ønsker individuell plan eller ikke
- Der pasient/bruker har koordinator både i kommunen og spesialisthelsetjenesten, plikter disse å samarbeide.
- Beskrive samarbeidet mellom partene omkring IP og koordinator i egne retningslinjer, herunder systemer for etablering og oppdatering av IP mellom kommune og helseforetak.
- Ta hensyn til gjeldende lovverk for samarbeidspartnere som også har bestemmelser om IP.

Kommunens ansvar og oppgaver:

- Utarbeide IP for pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester
- Har pasienten eller brukeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket samarbeide med disse.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

- Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Dersom en pasient har behov for tjenester både etter spesialisthelsetjenesteloven og etter helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunen sørge for at arbeidet med planen settes i gang og koordineres.
- Helseforetaket skal så snart som mulig varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og

kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan. Elektronisk meldingsutveksling benyttes og adresseres til kommunens saksbehandlertjeneste om ikke egen elektronisk adresse gjeldende koordinering er opprettet.

- Helseforetaket bør også gi melding til koordinerende enhet i kommunen i de tilfellene hvor pasienten bare ønsker koordinator, og takker nei til individuell plan.
- Prosedyrer for melding om behov for individuell plan og koordinator bør inngå i de ordinære melderutinene som er avtalt mellom kommune og helseforetak.

5.5 Avklaring av ansvarsforhold i saker som omfattes av regelverket om tilbakehold uten eget samtykke overfor personer med rusmiddelproblemer og andre pasienter der bruk av tvang kan være aktuelt.

Partenes felles ansvar og oppgaver:

- Sikre at gjennomføring av helsehjelp og/eller habiliterings/rehabiliteringstiltak til pasient/bruker hvor tvangstiltak er aktuelt, gis i henhold til lov og forskrift. Det henvises i denne forbindelse spesielt til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9 og 10, Pasientrettighetsloven kapittel 4a og Lov om psykisk helsevern.
- Sikre et godt samarbeid mellom nivåene rundt pasient/bruker hvor tvangstiltak må brukes under gjennomføring av habiliterings-/rehabiliteringstiltak (gis et egnet tilbud).
- Vedtak om helsehjelp etter Pasientrettighetsloven treffes av det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen. Vedtak kan bare treffes for inntil ett år av gangen. Vedtak om undersøkelse og behandling omfatter den pleie og omsorg som er nødvendig for å gjennomføre undersøkelsen og behandlingen. Dersom hovedformålet med helsehjelpen er pleie og omsorg, skal det treffes eget vedtak om dette

Kommunens ansvar og oppgaver:

- Når det er behov for det, fatte skriftlig og begrunnet vedtak for beslutning om manglende samtykkekompetanse for pasient/bruker som mottar kommunal helsehjelp

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

- For pasient som er henvist til spesialisthelsetjeneste skal det fattes skriftlig og begrunnet vedtak for beslutning om manglende samtykkekompetanse. Dette skal gjøres i samarbeid med pasientens fastlege og andre kommunale helse- og omsorgsarbeidere som kjenner pasienten.
- Bistå med veiledning, diagnostisering, samt utarbeide lovpålagt tilrådning om vedtak
- Bistå i gjennomføring av tiltak i saker som omfatter tvang overfor personer med psykisk utviklingshemming

5.6. Rutiner for samhandling med fastlegen

Denne avtalen regulerer samhandlingsforhold til pasienter/brukere som har en kronisk tilstand og/eller en funksjonsnedsettelse innenfor psykisk helse, rus og/eller somatikk med behov som ofte strekker seg ut over hva ordinære rutiner ivaretar. Ved behov skal partene samarbeide om å etablere særskilte rutiner for god samhandling med fastlegen.

Kommunens forpliktelse reguleres også gjennom overordnet samarbeidsavtale.

5.7. Behandlingshjelpemidler

Partenes felles forpliktelser:

- Lage gode rutiner for samarbeid når det er behov for oppstart med behandlingshjelpemidler i kommunal institusjon eller i pasientens hjem
- Sørge for at partene følger felles utarbeidet prosedyre

Helseforetakets forpliktelser:

- Starte, tilpasse og utprøve behandlingshjelpemidler i spesialisthelsetjenesten
- Gi nødvendig primæropplæring av ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Sørge for at det elektriske anlegg er kontrollert og i forskriftsmessig stand, der det er påkrevd, før behandlingshjelpemiddel tas i bruk

Kommunens forpliktelser:

- Påse at ansatte har nødvendig kunnskap og opplæring i bruk av behandlingshjelpemiddelet, og der det er mulig opprette superbrukere
- Levere tilbake behandlingshjelpemiddel til spesialisthelsetjenesten når dette ikke lengre er i bruk

6. BRUKERMEDVIRKNING

Tjenester som følger av denne samarbeidsavtalen skal sikre og styrke brukernes interesser. Brukere skal involveres i utvikling av tjenester etter denne avtalen, jfr også overordnet samarbeidsavtale pkt. 3.

7. AVVIK

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

8. VARIGHET, REVISJON OG OPPSIGELSE

Avtalen trer i kraft ved signering, og gjelder til den sies opp av en av partene. Avtalen evalueres hvert tredje år.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres. Avtalen kan gjensidig sies opp med 12 måneders varsel. Etter oppsigelse skal det inngås ny avtale innen det tidspunkt denne avtalen utløper.

9. UENIGHET

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

10. DATO OG UNDERSKRIFT

Sted og dato:

Sted og dato:

For XX kommune

For Finnmarkssykehuset HF