

Tenesteavtale 2

Mellom ... kommune og Helseføretaket

Samarbeid om ansvars- og oppgåvefordeling i tilknytning til

- Innlegging og utskriving
- Habilitering, rehabilitering
- Lærings- og meistringstilbod

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

Innhald

1	Partar	3
2	Bakgrunn og lovgrunnlag	3
2.1	Avtalen byggjer på.....	3
3	Føremål og verknadsområde	4
3.1	Føremål	4
3.2	Verknadsområde	5
4	Rehabilitering.....	5
4.1	Kommunen sitt ansvar	6
4.2	Føretaket sitt ansvar	6
5	Habilitering	7
5.1	Kommunen sitt ansvar	7
5.2	Føretaket sitt ansvar	7
5.3	Felles ansvar	8
6	Læring og meistring	9
6.1	Kommunen sitt ansvar	9
6.2	Føretaket sitt ansvar	10
6.3	Felles ansvar	10
7	Individuell plan	11
7.1	Kommunen sitt ansvar	11
7.2	Føretaket sitt ansvar	11
7.3	Felles ansvar	11
8	Koordinering	12
8.1	Kommunen sitt ansvar	12
8.2	Føretaket sitt ansvar	12
9	Bruk av tvang og makt	13
9.1	Aktuelle lover	13

10	Ambulante team og støtta utskriving	13
10.1	Kommunen sitt ansvar	13
10.2	Føretaket sitt ansvar	14
11	Handtering av avvik, evaluering, kvalitetsutvikling, usemje, tvist, misleghald, iverksetjing, revisjon og oppseiing.....	14

1 Partar

Avtalen er inngått mellom ... kommune og Helse Fonna HF, heretter helseføretaket.

2 Bakgrunn og lovgrunnlag

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gje nødvendig bistand til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.

Menneske i alle aldrar lever med langvarig/kronisk sjukdom og helseproblem som verkar inn på livskvalitet, arbeidsevne og familie- og kvardagsliv. Lærings- og meistringstilbod skal bidra til at pasientar/brukarar betre kan meistre livet og auke livskvaliteten.

Tenesteavtale 2 er inngått i samsvar med overordna samarbeidsavtale pkt. 5 første avsnitt nr.

2. Avtalen omfattar samarbeid i tilknytning til innlegging, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og meistringstilbod for pasientar med behov for koordinerte tenester.

Avtalen plasserer ansvar og regulerer oppgåver og tiltak som kommunen og føretaket skal ha ansvar for, samt område ein kan samarbeide om for å sikre heilskaplege og samanhengande helsetilbod til pasientar med behov for koordinerte tenester, jf. lov om helse- og omsorgstenester § 6.2. nr. 1 og 2.

2.1 Avtalen byggjer på

- Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m. ([LOV-2011-06-24-30](#))
- Lov om spesialisthelsetenester ([LOV-1999-07-02-61](#))
- Lov om psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62)
- Lov om pasient- og brukarrettar (LOV-1999-07-02-63)
- Forskrift om fastlegeordning i kommunane (FOR-2012-08-29-842)
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator ([FOR-2011-12-16-1256](#))
- Forskrift om prioritering av helsetenester, rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskrifta) ([FOR-2000-12-01-1208](#))

- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (FOR-2011-12-16-1258)
- Overordna samarbeidsavtale mellom Helse Fonna og kommunane med tenesteavtalar
- Nasjonal rettleiar: Samhandlingsreforma – Lovpålagde samarbeidsavtalar mellom kommunar og regionale helseføretak / helseføretak (HOD)
- Stortingsmelding 47 (2008–2009) Samhandlingsreforma kap. 6.6
- Stortingsmelding 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan IS-1947 kap. 5.2
- Stortingsmelding 26 (2014 – 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- FOR 2009-12-18 NR.1641: Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskrifta)
- Nasjonale retningslinjer for gravide i LAR (legemiddelassistert rehabilitering) og oppfølging av familiane fram til barnet når skulealder
- Nasjonale retningslinjer for utgreiing, behandling og oppfølging av personar med samtidig rusliding og psykisk liding – ROP-liding (rus og psykiske lidingar)
- Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator. Hdir (2015)
- Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Hdir (2015)
- Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. Hdir (2015)
- Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge», Hdir (2008)
- Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene Hdir (2007)

Opplistinga er ikkje uttømmende.

3 Føremål og verknadsområde

3.1 Føremål

- avklare føretaket og kommunen sitt ansvar for samarbeid knytt til innlegging, utskriving og habilitering/rehabilitering for pasientar med behov for heilskaplege og samanhengande tenester
- sikre pasientane samanhengande og koordinerte habiliterings- og rehabiliteringstenester av god kvalitet
- avklare føretaket og kommunen sitt ansvar for lærings- og meistringstilbod for å bidra til å førebyggje og meistre sjukdom

- medverke til betre ressursnyutting i helse- og omsorgssektoren ved å sørgje for at helsetilbodet blir gjeve på rett nivå
- sikre at helsepersonell i føretak og relevant personell i kommunen saman vurderer om pasienten har rehabiliteringspotensial som ein del av planlegginga av helse- og omsorgstenester til pasienten/brukaren
- sikre pasienten sin rett til medverknad og involvering i habiliterings-/rehabiliteringsprosessen
- sikre gode pasientforløp og rett nivå på tilbodet
- sikre ein effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innanfor tenestenivåa redusere risikoen for uheldige hendingar
- ivareta barn som pårørande når foreldre får helsehjelp som følge av psykisk sjukdom, rusavhengigheit eller alvorleg somatisk sjukdom eller skade. Avklare søsken sine behov for informasjon og oppfølging i samtaler med foreldra (ref.forslag til ny veileder om pårørande i helse- og omsorgstenesta som er på høyring sept. 2016).

3.2 Verknadsområde

Verknadsområdet for avtalen er generelt og dekkjer alle helse- og omsorgstenester.

Avtalen gjeld også korleis ein skal samarbeide når regelverk knytt til bruk av tvang blir nytta:

- Helsehjelp til personar utan samtykkekompetanse som set seg imot helsehjelp, jamfør pasient- og brukarrettslova § 4a
- «Rettssikkerheit og bruk av tvang og makt til enkelte personar med psykisk utviklingshemming» kapittel 9
- Tilbakehald utan eige samtykke overfor personar med rusmiddelproblem, jamfør helse- og omsorgstenestelova kapittel 10
- Pasientar underlagt tvunge psykisk helsevern, jamfør psykisk helsevernlova kapittel 3

4 Rehabilitering

- Når det gjeld inn- og utskriving av pasientar med rehabiliteringsbehov, skal retningslinjer i tenesteavtale 3 og 5 følgjast.
- Denne tenesteavtalen har som formål å avklare føretaket og kommunen sitt ansvar for heile pasientløpet, slik at pasientar og pårørande skal oppleve ein best mogleg samanhengande helseteneste, og for å unngå at det vert gjort feil.

Føretaket og kommunen har felles ansvar for oppgåver knytt til pasient/brukar sin rett til individuell plan og koordinator i rehabiliteringsprosessen.

Ansvarsfordeling i pasientforløp:

4.1 Kommunen sitt ansvar

- koordinerende eining fungerer som mottak av melding om behov for rehabilitering, tilbud om IP, oppnemning av koordinator i enkeltsaker
- gje nødvendig informasjon til føretaket om pasientar som blir innlagde i føretaket, og som allereie har eit omfattande hjelpeapparat rundt seg, jamfør tenesteavtale 3, punkt 5
- avklare behov for koordinator som også skal samhandle med pasienten sin koordinator i føretaket
- planlegging og oppfølging i rehabiliteringsprosessen og IP
- skaffe nødvendige hjelpemiddel, jf. tenesteavtale 1 pkt. 4.3.1.12
- involvere pårørende etter samtykke frå pasienten
- samarbeide med føretaket om lærings- og meistringstilbud
- opprette kontakt og samarbeid med NAV
- delta på nettverksmøte når føretaket kallar inn til det
- avklare rettleiingsbehov frå føretaket
- bidra til god informasjonsutveksling med føretaket
- sørge for at nødvendige hjelpemiddel blir sende med/ettersende ved innlegging i føretaket i særskilde tilfelle, jf. tenesteavtale 3 punkt 5.1.

4.2 Føretaket sitt ansvar

- gjere funksjonsvurdering, tilvising til tverrfagleg team, jf. tenesteavtale 5
- sende eiga melding om behov for rehabilitering til koordinerende eining (KE) i kommunen
- tidleg involvere pårørende etter samtykke frå pasienten
- hjelpe pasienten med søknad om helse- og omsorgstenester og etablere kontakt med KE for ved behov å setje tidleg i gang rehabiliteringsprosessen.
- avdekkje behov og søkje om særskilde tekniske hjelpemiddel, til dømes rullestol og personheis, samt varsle kommunen så snart som mogleg før utskriving, og helst to virkedagar før når pasienten treng store/tunge hjelpemiddel (til dømes sjukeseng). Ved

behov for utkjøring av hjelpemiddel skal kommunen varslast minimum to virkedagar før, jf. tenesteavtale 5, pkt. 7.1.

- ved langvarig kompleks rehabilitering i spesialisthelsetenesta
 - oppnemne koordinator for pasienten i føretaket
 - samhandle med koordinator i kommunen
 - vurdere behov og søkje pasient til spesialisert rehabilitering
 - kartlegge, rekvirere og gje opplæring i behov og bruk av tekniske hjelpemiddel / behandlingshjelpemiddel
 - opprette kontakt med aktuelle samarbeidspartar, eksempelvis NAV
 - kalle inn til nettverksmøte ved behov
 - informere om retten til, og formålet med individuell plan (IP)
 - etablere og følgje opp tvungent ettervern, jamfør lov om psykisk helsevern
 - etablere kontrakt om brukarstyrt seng for pasientar i psykisk helsevern som er vurderte å kunne gjere seg nytte av dette

5 Habilitering

Arbeids- og oppgåvefordeling mellom føretaket og kommunen

5.1 Kommunen sitt ansvar

- ha ei koordinerende eining (KE) for habilitering og rehabilitering med oversikt og plan for habiliteringstenestene. KE skal ha oversikt over kommunen sitt habiliteringstilbod og ha ansvar for samhandling mellom kommunen og føretaket på systemnivå.
- vurdere pasienten sin rett til helse- og omsorgstenester og andre tenester, gjere vedtak og setje desse i verk, og definere type og omfang av tenester
- tilvise til føretaket ved fastlege, fortrinnsvis i samarbeid med andre aktuelle fagpersonar/instansar i kommunen etter dei rutiane som gjeld
- vurdere om pasienten har behov for heilskaplege, samanhengande og koordinerte tenester og individuell plan, og setje i verk samarbeidstiltak
- vurdere behovet for, og tilby koordinator
- vere ansvarleg for koordinering med føretaket om ikkje anna er avtalt
- sørge for hjelpemiddel og ergonomiske tiltak

5.2 Føretaket sitt ansvar

- ha ei koordinerende eining (KE) og adresse for tilvisingar på føretaket sine nettsider

- vurdere pasienten sin rett til helsehjelp etter dei retningslinjene som gjeld (respektive prioriteringsretteiarar), eventuelt sende tilvisinga vidare til ein annan del av føretaket
- sørge for spesialisert undersøking/utgreiing og diagnostisering, poliklinisk behandling og vurdere behov for ambulant verksemd
- gje tilbakemelding til pasient/pårørande, tilvisar/fastlege og ved behov for vidare oppfølging til koordinator / andre aktuelle fagpersonar i kommunen
- sørge for at pasienten og pårørande får god og einsarta informasjon om diagnose og vidare plan for oppfølging i føretaket, samt informere om kontakten med kommunen for å sikre vidare oppfølging
- hjelpe pasienten med søknad om kommunale helse- og omsorgstenester ved behov
- gje råd og rettleiing til fagpersonell innan både barnehage/skule og helse- og omsorgssektoren i kommunen ved behov
- gje rettleiinga til relevant fagpersonell på ein slik måte at det over tid fører til kompetanseoppbygging i kommunen
- samarbeide med eksterne instansar når det er nødvendig med utgreiing, tilrettelegging og gjennomføring av tilbod til den enkelte
- vurdere om pasienten har behov for heilskaplege, samanhengande og koordinerte tenester og individuell plan, og setje i verk samarbeidstiltak med kommunen
- oppnemne koordinator på pasientnivå i sjukehuset
- gje avslutningsrapport/epikrise til pasienten/pårørande, fastlege og koordinerande eining eller andre aktuelle instansar dersom pasienten/pårørande samtykkjer til dette
- medverke til utarbeiding av individuell plan i samarbeid med pasient, pårørande og kommunen
- avklare rolla si, eventuelt delta ved oppstart av ansvarsgruppe og informere kommunen før eit habiliteringsløp blir avslutta
- gje ambulant tilbod i samråd med kommunen, og saman med kommunen, der dette er fagleg formålstenleg eller påkravd

5.3 Felles ansvar

- ha eit system for å oppnemne koordinator/saksansvarleg som tek seg av samarbeidet mellom nivåa og samarbeidet om IP
- avklare partane sitt tenestetilbod og opptre slik at brukar opplever tenestene som eit samanhengande og heilskapleg tilbod

- skape kontinuitet i tilbodet til pasient ved at kunnskap og ansvar blir ført vidare i overgangen frå barn til vaksen
- ha spesiell merksemd overfor sårbare grupper som har auka risiko for å utvikle psykiske vanskar og lidingar
- ta initiativ til samarbeidsmøte mellom føretaket, kommunen og pasient/pårørande
- der føretaket tilrår oppfølging som får konsekvensar for tilhøve rundt barnet si opplæring, har begge partar ansvar for å sikre samarbeid med PP-tenesta i vidare oppfølging

6 Læring og meistring

Utvikling av tilbod på tilrådd nivå i tråd med samhandlingsreforma, og med tilrådingar frå Helsedirektoratet, vil krevje samarbeid og utveksling av kompetanse over tid, både innan fag og helsepedagogikk som metode. Overføring og utvikling av lærings- og meistringstilbod må skje gradvis om dei kvalitetsmessig skal bli gode.

Tilrettelegging av strukturerte lærings og meistringstilbod skal, så langt det er mogleg, og innan ramma av «*faglig forsvarlighet*», gjevast i kommunane. Omgrepet læring og meistring omfattar alt frå individuell pasient -og pårørandeopplæring til gruppetilbod og likepersonsarbeid.

6.1 Kommunen sitt ansvar

- Utvikle og tilby lærings -og meistringstilbod til pasientar og brukarar med kroniske sjukdommar og tilstander innafor dei store diagnosegruppene
- samarbeide med andre kommunar der det er formålstenleg for å oppnå gode tilbod til pasientar og pårørande
- ha ein kontaktperson for lærings- og meistringstilbod som skal
 - vera kommunens kontaktpunkt for lærings- og meistringstilbod og ha ei sentral rolle i utvikling av tilbod i kommunen
 - delta i fagleg samarbeid via fagnettverk for læring og meistring
 - ha samarbeid med koordinerande einig i kommunen og saman ha oversikt over behov og tilbod innan kommunens friskliv/ læring og meistringstilbod.
- å utvikla lærings og meistringstilbod for pårørande til både barn og vaksne.

6.2 Føretaket sitt ansvar

- at pasientar og pårørende får tilbod om opplæring, jf. lov om spesialisthelsetenesta og lov om pasient- og brukarrettar
- ha lærings- og meistringstilbod som er korte, intensive og diagnosespesifikke. Tilboda skal rette seg mot nydiagnostiserte pasientar som blir behandla i føretaket og pasientar som treng spesialkompetanse.
- bidra i utvikling av kommunale lærings og meistringstilbod og delta i felles tilbod
- ha ein kontaktperson i lærings- og meistringsteamet som skal
 - ha kontakt med kommunen sin LM- kontakt
 - ha oversikt over lærings- og meistingstilbod i føretaket
 - delta i faglig samarbeid via fagnettverk for læring og meistring
 - ha samarbeid med føretaket si koordinerande eining

6.3 Felles ansvar

- Samhandlingsutvalet har ansvar for at det blir utarbeidd handlingsplan for å utvikle lærings- og meistringstilbod i samsvar med nasjonale føringar
- Utvikla lærings -og meistringstilbod som inngår i pasientforløp slik at tiltaka utfyller kvarandre og samsvarar med pasienten sitt behov
- Sikra at rettleiing og opplæring er tiltak på linje med medisinsk behandling og anna helse- og omsorgsteneste i heilskaplege og koordinerte forløp
- Kommunen og føretaket skal samhandle om kompetansebygging og kompetanseoverføring innan læring og meistring
- Partane skal sikre brukarmedverknad i planlegging, gjennomføring, evaluering og utvikling av lærings- og meistringstilbod
- Nytt felles retningslinjer for brukarmedverknad som gjeld for felles prosjekt og samhandlingsoppgåver
- Gjere kjent og vere kjende med aktuelle lærings- og meistringstilbod, både i føretaket og i kommunen. Det skal etablerast rutinar og kriterium for tilvising mellom tenestenivå på linje med anna nødvendig informasjon, der dette er påkravd

7 Individuell plan

7.1 Kommunen sitt ansvar

- informere brukar/pasient om retten til koordinator og individuell plan ved behov for langvarige og koordinerte tenester
- hovudansvar for å oppnemne koordinator, sikre samordning av tiltak ev. utarbeide individuell plan
- sikre samordning av tenestetilbodet og framdrift i arbeidet med individuell plan
- ha eit overordna ansvar for at arbeidet med individuell plan blir følgt å delta i nettverksmøte

7.2 Føretaket sitt ansvar

- informere pasienten om rett til koordinator og tilbod om individuell plan etter gjeldande lov og forskrift
- melde behovet til koordinerande eining i kommunen
- medverke i samarbeid med kommunen til at individuell plan blir utforma når planen omfattar tenester både frå føretaket og kommunen
- oppnemne koordinator ved behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tenester etter spesialisthelsetenestelova, samt starte opp og sikre framdrift i arbeidet med individuell plan, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering §§ 18 og 22
- overføre ansvaret for koordinering og IP til kommunen
- delta i ansvarsgrupper og i arbeidet med IP når det er behov for dette, også etter at kommunen har overteke ansvaret for habilitering/rehabilitering (jf. tenesteavtale nr. 5 pkt. 7.1.
- Utarbeide kriseplan ved behov, i samråd med brukar og kommunen

7.3 Felles ansvar

- sørgje for at individuell plan blir utarbeidd, jf. tenesteavtale 5
- ha retningslinjer/prosedyre for arbeid med individuell plan i eiga verksemd

8 Koordinering

8.1 Kommunen sitt ansvar

- ha ei koordinerande eining (KE), som er synleg med tydeleg adresse, for brukarar/pasientar, pårørande, fastlegar og føretak
- å melde endringar av kontaktopplysningar til koordinerande eining i føretaket
- ha ei koordinerande eining som skal ha oversikt over kommunalt/interkommunalt rehabiliteringstilbod og synleggjere tilbodet på kommunen sine nettsider og i oppdatert informasjonsmateriell
- ha ei koordinerande eining som skal ta imot melding om behov for individuell plan og oppnemne koordinator
- ha ei koordinerande eining som skal ha eit overordna ansvar for arbeid med individuell plan
- ha ei koordinerande eining som skal delta i kontaktnettverk
- koordinere intern samhandling mellom tenester og instansar i kommunen
- peike på manglande samordning i enkeltsaker og initiere prosessar som kan gje betre koordinering

8.2 Føretaket sitt ansvar

- å ha ei generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbodet i helseregionen og bidra til å synleggjere denne på føretaket si nettside for koordinerande eining og regional koordinerande eining sine nettsider
- å ha ei samla, oppdatert oversikt over koordinerande eining (KE) i kommunane på føretaket si nettside
- å ha eit overordna ansvar for føretaket sitt arbeid med individuell plan, mellom anna utarbeide interne retningslinjer for IP og koordinator
- å samarbeide med regional koordinerande eining
- å ha eit system for koordinering i spesialisthelsetenesta så lenge det er behov for ulike spesialisthelsetenester under habiliterings-/rehabiliteringsløpet.
- å drifte kontaktnettverk og møteplass for dei koordinerande einingane, og med samarbeidspartar i føretaksområdet

9 Bruk av tvang og makt

Partane har som målsetjing 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 føretaket skal, når ein vurderer og set i verk tiltak med bruk av tvang og makt, følgje gjeldande lover samt felles rutinar.

9.1 Aktuelle lover

Tvang etter lov om kommunale helse- og omsorgstenester kapittel 9;

«Rettssikkerheit og bruk av tvang og makt til enkelte personar med psykisk utviklingshemming»

Helse- og omsorgslova kapittel 10; «Tilbakehald i institusjon utan eige samtykke overfor personar med rusmiddelproblem»

Tvang etter psykisk helsevernlov § 3.3 jf. 3.5. tredje ledd (tvungent ettervern)

Tvang etter pasient- og brukarrettslova kapittel 4a;

Helsehjelp til pasientar som ikkje har samtykkekompetanse og set seg imot helsehjelp

10 Ambulante team og støtta utskriving

Det er eit mål at alle kommunar skal vere knytte opp mot ambulant team med deltaking frå føretaket, for å få gode overgangar mellom føretak og kommunar, og for kompetanseoverføring mellom sjukehus og kommunar. Ambulant team bør bestå av fagpersonar frå både føretaket og kommunen. Støtta utskriving skal sikre overgangen frå føretaket ved å sikre gode tverrfaglege tenester i kommunen i samband med utskriving. Oppretting av ambulate team/tenester må avtalast særskilt mellom føretaket og den enkelte kommunen.

10.1 Kommunen sitt ansvar

- gje vedtak til pasientar med behov for habiliterings- og rehabiliteringstenester og delta i ambulant team ved utskriving av desse pasientane

10.2 Føretaket sitt ansvar

- å gje melding så tidleg som mogleg til koordinerande eining i kommunen om pasientar med behov for støtta utskriving
- å samarbeide med tilsette i kommunen om tiltak for pasientar med behov for støtta utskriving og tenester frå ambulant team

11 Handtering av avvik, evaluering, kvalitetsutvikling, usemje, tvist, misleghald, iverksetjing, revisjon og oppseiing.

Desse tilhøva blir regulert i overordna avtale.

Avtalen gjeld frå signeringsdato og erstattar alle tidlegare utgåver av tenesteavtale 2

Stad og dato:

Stad og dato:

For kommunen:

For Helse Fonna HF