

Tenesteavtale 2

Retningslinjer for samarbeid knytt til innlegging, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og meistringstilbud for å sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar som har behov for koordinerte tenester

1. Partar

Avtalen gjeld mellom kommunane i Helse Bergen sitt føretaksområde og Helse Bergen HF, Haraldsplass Diakonale Sykehus AS, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus AS, Solli distriktpsikiatriske senter, Hospitalet Betanien Distriktpsikiatriske senter og Voss Distriktpsikiatriske Senter NKS Bjørkeli.

2. Bakgrunn

Partane er etter Lov om helse- og omsorgstenester m.m. § 6-1 og Lov om Spesialisthelsetenester m.m. §2-1 e pålagt å inngå samarbeidsavtale. Avtalen er utarbeidd i samsvar med:

- Lovverk og tilhøyrande forskrifter.
- Samhandlingsreforma - lovpålagde samarbeidsavtaler mellom kommunar og regionale helseføretak/helseføretak. Nasjonal rettleiar (HOD, 2011).
- Avklaring av ansvars- og oppgåvedeling mellom kommune og spesialisthelsetenesta på rehabiliteringsområdet (Helsedirektoratet, 2011).
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator(HOD, 2012)
- Grunnlagsdokument for samarbeid mellom Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus AS og 22 kommunar i lokalsjukehusområdet (2011).
- Overordna samarbeidsavtale mellom partane.
- Tenesteavtale 1: Semje om kva helse- og omsorgsoppgåver forvaltningsnivåa er pålagt ansvaret for, og felles oppfatning av kva tiltak partane til ei kvar tid skal utføre.
- Tenesteavtale 3 og 5 for samarbeid om inn- og utskriving. (Dette omfattar avtale for somatisk sektor inngått i 2012 med Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sjukehus AS, og eksisterande samarbeidsavtale mellom Helse Bergen og kommunane om psykisk helsevern, og med Bergen kommune om samarbeid på russektoren.)

3. Føremål

- Konkretisere oppgåve- og ansvarsfordeling mellom kommunen og spesialisthelsetenesta, samt etablere gode samarbeidsrutinar for å sikre eit heilskapleg tenestetilbud.
- Sikre brukarane lik tilgang til koordinerte tenester og trygg overgang mellom kommune og spesialisthelsetenesta.
- Sikre medverknad i eiga behandling og at tenestene er retta mot behova til brukarane.

4. Verkeområde

Tenesteavtale 3 og 5 for samarbeid om inn- og utskriving skal bidra til kontinuitet i behandlingsforløpa for det store fleirtalet av brukarane/pasientane.

Tenesteavtale 2 rettar seg mot ei mindre gruppe brukarar/pasientar med eit spesielt stort behov for koordinering på tvers av nivåa. Avtalen omfattar brukarar/pasientar frå somatisk sektor, psykisk helsevern, rusmedisin og menneske med nedsett funksjonsevne som særleg treng langvarige og koordinerte tenester frå minimum tre aktørar innan kommune- og spesialisthelseteneste¹.

5. Rutinar for samhandling mellom kommune- og spesialisthelseteneste

1. Partane skal sørge for at tenesteytande personell kjenner til eiga koordinerande eining for habilitering og rehabilitering (KE) og oppgåver på begge tenestnivå². Partane skal ha ei kontaktadresse og eit telefonnummer for KE³.
2. Tenesteytarar som kjem i kontakt med og identifiserer brukarar/pasientar med særleg behov for koordinerte tenester skal melde det til KE i aktuell kommune^{4, 5, 6}.
3. Partane skal tilby individuell plan (IP) til brukarar med samansette behov og skal, uavhengig av IP eller ikkje, begge gje pasienten tilbod om koordinator⁷. Ein skal leggja stor vekt på brukaren sitt ønskje om koordinator.
4. Spørsmålet om oppretting av IP skal avklarast med pasienten eller pårørande viss pasienten ikkje har samtykkekompetanse.
5. For brukarar som alt har IP skal planen følgje med pasienten.
6. Helsepersonell i spesialisthelsetenesta skal så snart som råd varsle KE i kommunen om pasienten sin helsetilstand, vurderte behov for rehabilitering/tverrfaglege tenester og/eller tilrettelegging heime.
7. KE i kommunen/koordinator skal saman med pasient/brukar ta initiativ til samarbeidsmøte med relevante aktørar frå begge nivå for planlegging og oppfølging av pasient/brukar. KE i kommunen/koordinator skal syte for at fastlegen er informert og leggje til rette for deltaking i oppfølginga. Spesialisthelsetenesta skal kunne delta i naudsynte samarbeidsmøte sjølv om pasienten ikkje er tilvist.
8. Det skal utarbeidast rutinar for å nå brukarar/pasientar som ikkje kan møte i spesialisthelsetenesta for utgreiing. Dette kan også gjelde der innlegging i sjukehus har vist seg vanskeleg å få til.
9. Deltakarane på samarbeidsmøtet (pkt. 7) skal utarbeide ein plan for behandling og ein plan for handtering av redusert funksjonsevne/krise uavhengig av IP eller ikkje. Endring i pasienten sin funksjonsevne som krev endringar i tenestetilbodet, skal dokumenterast i aktuelle planer.
10. Samarbeidsmøtet skal i samråd med koordinator leggje til rette for vurdering av tilstand/sjukdomsutvikling hos brukar/pasient, kva som skal vurderast, kor ofte det

¹Partane vil i oppfølging av avtalen utarbeide konkrete pasientforløp for store grupper av pasientar innan tenesteavtalens virkeområde.

²Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6 og § 11

³Bergen kommune kan ha inntil 5 slike kontaktpunkt 3 vedr. somatikk, 1 vedr. rus og 1 vedr. psykiatri.

⁴Kontaktinformasjon for KE i kommunen og spesialisthelsetenesta:

<http://www.helse-bergen.no> Velg: koordinerande eining - ReHabilitering

⁵ Her inngår også fastleger, legevakt og private tenester der kommunen har driftsavtale med slike.

⁶ Jfr. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, § 23.

⁷ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21 og § 22.

skal gjerast, kven som skal gjere det, og kven som eventuelt skal ta imot melding slik at ein kan sette i verk kriseplan.

11. Samarbeidsmøtet må i fellesskap legge til rette for at involverte aktørar er kjent med eller raskt kan gjere seg kjent med IP, samt behandlings- og/eller kriseplan. Partane skal leggje til rette for elektronisk samarbeidsløysing om IP.
12. Spesialisthelsetenesta og kommunane skal saman utvikle retningsliner for tilrettelegging og rekvirering av ulike hjelpemiddel.
13. Partane skal samarbeide om å førebygge sjukdom og tilby lærings- og meistringstilbod som bidrag i individuelle rehabiliteringsprosessar for store pasientgrupper og brukarar/pasientar som har behov for endring av levevanar. Spesialisthelsetenesta skal tilby gruppebasert opplæring som ein del av pasientforløpa, og nytte Lærings- og meistringssenteret som læringsarena. Mindre pasientgrupper skal få lærings- og meistringstilbod i spesialisthelsetenesta.

6. Særlege samarbeidsområde

1. I situasjonar som omhandlar personar med særskilte helse- og omsorgsbehov og eventuelle behov for følgje under opphald i sjukehus kan spesialisthelsetenesta ha behov for å nytte kommunen sitt personell. Spesialisthelsetenesta skal drøfte saka med pasienten/den som representerer pasienten og kommunen, dokumentere vurderinga og formidle «bestillinga» til kommunen. Kommunens lønnsutgifter vil kunne krevjast tilbakebetalt iht. bestillinga frå spesialisthelsetenesta. Det skal utarbeidast prosedyrar i spesialisthelsetenesta for dette.
2. Ved vurdering av bruk av tvang eller tilbakehald utan eige samtykke vil partane følgje opp gjeldande lovverk med forskrift, for eksempel for personar med utviklingshemning, rusmiddelproblem eller pasientar som ikkje har samtykkekompetanse.
3. Partane skal legge til rette for å utvikle samarbeidet vidare om ambulant verksemd, for å betre helsetilbodet, gi betre pasientforløp og effektiv nytting av ressursane.
4. Praksiskonsulentane i spesialisthelsetenesta skal mellom anna delta i arbeid med å utarbeide retningsliner for god tilvising- og utskrivingspraksis.
5. Partane skal ha rutinar for å ivareta barn som pårørande. Partane skal vurdere om gjeldane rutinar sikrar overgangen mellom tenestenivåa.
6. KE i spesialisthelsetenesta og kommunar skal sikre at det finns ein oppdatert oversikt over verksemder og tenester innan habilitering- og rehabilitering i lokalsjukehusområdet⁸. Det er etablert Møteplass for alle KE og relevante samarbeidspartnarar for somatisk sektor på systemnivå. Partane ønskjer å vurdere utvikling av ein tverrfagleg arena som også inkluderer rus og psykisk helsevern, i samsvar med intensjonane i tenesteavtalen.

⁸ Kontaktinformasjon for KE i kommunen og spesialisthelsetenesta:

<http://www.helse-bergen.no> Velg: koordinerande eining – ReHabilitering. Informasjonstelefon for pasientar, pårørande og helsepersonell om ReHabilitering: gratis grønt nummer. 800 300 61

7. Handtering av usemje/avvik, tvisteløysing, herunder misleghald

I tilfelle motstrid mellom denne avtalen og eventuelle særavtaler skal denne avtalen ha forrang.

Det vert vist til punkt om avvik i overordna samarbeidsavtale.

Usemje og tvist skal løysast i tråd med overordna samarbeidsavtale.

Konsekvensen av eventuelle avtalebrot er regulert i overordna samarbeidsavtale.

8. Varigheit, revisjon og oppseiing

Partane plikter å gjøre avtalen kjent for eigne tilsette, og sikre implementering i eigen organisasjon.

Avtalen trer i kraft frå 01.07.2012 og gjeld fram til ein av partane seier opp avtalen med eit års oppseiingsfrist, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-5, 2. ledd. Dersom ein av partane seier opp avtalen skal Helse Bergen HF varsle Helse Vest RHF. Det regionale helseføretaket skal varsle Helsedirektoratet, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §6-5, 2. ledd.

Kvar av partane kan krevja avtalen revidert dersom vesentlege føresetnader for avtalen vert endra. Partane er samde om å gjennomgå avtalene innan desember kvart år med sikte på naudsynte oppdateringar eller utvidingar.

Dato:_____

Dato:_____

.....
Sign. kommune

.....
Sign. Helse Bergen

Dato:_____

.....
Sign. Haraldsplass Diakonale Sykehus

Dato:_____

.....
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

Dato:_____

.....
Hospitalet Betanien Distriktpsikiatriske senter

Dato:_____

.....
Voss Distriktpsikiatriske Senter NKS Bjørkeli

Dato:_____

.....
Solli distriktpsikiatriske senter

Vedlegg: avklaring av omgrep

Med *kommune* meiner vi den kommunale helse- og omsorgstenesta, her under også fastlegar, legevakt, private tenester som kommunen har avtale med og samarbeid med andre tenesteytarar/offentlege etatar, for eksempel ved arbeidstiltak, opplæring, sosiale tenester mm.

Med *spesialisthelseteneste* meiner vi sjukehusavdelinga som pasienten til ein kvar tid er innlagt i, spesialisert poliklinikk der pasienten har fast avtale om behandling eller annan oppfølging og / eller ambulant teneste som pasienten mottar.

Med *helse* forstår vi helse som ressurs for kvardagslivet, og ikkje berre som fråvær av sjukdom. Helse er ikkje noe ein får gjennom behandling men noe man sjølv er med å skape i samspill med omgjevnaden. Helsebehov kan like gjerne være knytt til meistringsevne og miljøfaktorar, som til funksjonssvikt.

Med *habilitering- og rehabilitering* forstår vi tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og virkemiddel. Fleire aktørar samarbeider for at individet skal klare seg lengst mogeleg heime og vere aktiv deltakar i kvardagsliv, i arbeid og i samfunnet. Lærings og meistringstilbod kan vere eit av fleire virkemiddel i ein habiliterings- og rehabiliteringsprosess.

Med *læring* forstår vi ein individuell, personleg kunnskapsutvikling, og ein prosess der deltakarane lærer av og med andre i eit sosialt fellesskap. *Meistring* dreier seg om å oppleve å ha krefter til å møte utfordringar og kontroll over eige liv. Det handlar om å støtte pasienten i en meistringsprosess kor pasienten gradvis klarar å ta ansvar for og ordne opp i eigen kvardag og tar ansvar for eigen helse.

Med *brukar/pasient* forstår vi den personen som mottar helsetenesta og deira pårørnde. Brukarmedverknad i samhandling sikrar at mål og tiltak byggjer på brukarane sine behov. Når pasienten ikkje har samtykkekompetanse har nærmaste pårørnde rett til å medverke saman med pasienten.

Ein *koordinator* skal sørge for naudsynt oppfølging av den einskilde pasient/bruka og sikre samordning av tenestetilbodet og framdrift i arbeid med individuell plan.

Individuell plan er ein rett, eit verktøy og ein prosess for samhandling om eit heilskapleg, koordinert og individuelt tilpassa tenestetilbod⁹.

⁹ <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010628-0765.html>