

## **Avtale om samhandling mellom Rødøy kommune og Helgelandssykehuset HF**

### **Tjenesteavtale 2**

#### **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**

#### **Innholdsfortegnelse**

<b>1. Parter</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Bakgrunn</b> .....	<b>2</b>
<b>3. Formål</b> .....	<b>2</b>
<b>4. Virkeområde</b> .....	<b>3</b>
<b>5. Avklaring - forutsetninger</b> .....	<b>3</b>
<b>6. Ansvar og oppgaver</b> .....	<b>3</b>
<b>7. Pasienter med behov for særlig ressurskrevende tjenester</b> .....	<b>5</b>

## 1. Parter

- 1.1. Tjenesteavtale nr. 2 er inngått mellom Rødøy Kommune og Helgelandssykehuset HF. Helgelandssykehuset HF inngår avtale etter delegasjon fra styret i Helse Nord, jf. styresak 107-2011.

## 2. Bakgrunn

- 2.1 Utarbeidelse av tjenesteavtale 1-11 mellom Rødøy kommune og Helgelandssykehuset HF (partene) er pålagt ved Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 § 6-2, jf. Lov om spesialisthelsetjenester § 2-1 e.
- 2.2 Felles samarbeidsavtale regulerer avvik, uenighet og tvisteløsning, mislighold, iverksetting, varighet og oppsigelse, samt innsending til Helsedirektoratet for denne tjenesteavtalen.

## 3. Formål

Formålet med tjenesteavtale 2 er å:

- 3.1 etablere retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, opphold, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester fra både Rødøy kommune og Helgelandssykehuset HF. Avtalen gjelder forhold ut over hva som er dekt i tjenesteavtale 3 og 5.
- 3.2 bidra til at brukere og pasienter, som denne avtalen omfatter, opplever at tjenestene er samordnet og at det er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene
- 3.3 utveksle informasjon og ha dialog i forbindelse med innleggelse, opphold og utskrivning for pasienter med behov som strekker seg ut over ordinære rutiner for inn- og utskrivning, herunder rutiner for å ivareta mindreårige barn som pårørende
- 3.4 bidra til samarbeid og avklare ansvarsforhold mellom koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommune og helseforetak
- 3.5 avklare partenes rolle i ambulant virksomhet knyttet til brukere med langvarig behov for spesialisert behandling
- 3.6 avklare partenes ansvar for individuell plan, herunder melding fra spesialisthelsetjenesten til koordinerende enhet i kommunen og utpeking av koordinator
- 3.7 redusere risikoen for uønskede hendelser og sikre faglig forsvarlighet
- 3.8 sikre brukermedvirkning.

## 4. Virkeområde

Virkeområde for tjenesteavtale 2 er:

- 4.1 fagområdene somatikk, rehabilitering og habilitering, psykisk helse og rusbehandling.

## 5. Avklaring - forutsetninger

- 5.1 Kommunen forholder seg til helseforetakets spesialisttjenester som ett sykehus.
- 5.2 I denne avtalen likestilles pasienter og brukere, videre kun referert til som pasient.
- 5.3 Med koordinerte tjenester menes tjenester til pasienter med behov for bistand fra flere tjenester og avdelinger, i kommunen og sykehuset.
- 5.4 Med barn som pårørende menes i denne tjenesteavtalen barn og unge under 18 år, der foresatte eller søsken har psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.
- 5.5 I denne tjenesteavtalen defineres ambulant virksomhet som den tjenesteyting spesialisthelsetjenesten tilbyr målgruppen for denne tjenesteavtalen, i eget lokalmiljø utenfor helseforetakets lokaler.

## 6. Ansvar og oppgaver

### 6.1 Informasjonsutveksling og dialog i forbindelse med innleggelse, opphold og utskrivning

Kommunens ansvar og oppgaver:

- 6.1.1. Det vises til tjenesteavtale 3 og 5.
- 6.1.2. Ved planlagte innleggelse av pasienter med behov for koordinerte tjenester, skal kommunen gi utfyllende og nødvendige opplysninger om pasienters tjenestebehov ved innleggelse.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

- 6.1.3. Det vises til tjenesteavtale 3 og 5.
- 6.1.4. Før pasienter med behov for koordinerte tjenester, der det er endring i omsorgsbehov, meldes utskrivningsklar, skal kommunen inviteres til samarbeidsmøte, jf. punkt 7.1 i tjenesteavtale 5.

### 6.2 Barn som pårørende

Kommunen skal:

- 6.2.1 ha et fast kontaktpunkt, for å ivareta informasjon og nødvendig oppfølging av barn som pårørende.

Helseforetaket skal:

- 6.2.2 ha et fast kontaktpunkt, for å ivareta informasjon og nødvendig oppfølging av barn som pårørende.
- 6.2.3 gjøre en individuell vurdering av barnets behov som pårørende.
- 6.2.4 etablere kontakt med kommunes hjelpeapparat, om mulig i samråd med foresatte.

### **6.3 Koordinerende enheter**

Partenes felles forpliktelser:

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

Partene skal:

- 6.3.2 ha gjensidig kontakt og samarbeid gjennom faste kontaktpunkter, møteplasser og systematisk informasjonsutveksling.
- 6.3.3 utarbeide retningslinjer for samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket. Disse skal gjøres kjent for tjenesteytere som kommer i kontakt med pasienter/brukere dette kan være aktuelt for
- 6.3.4 til enhver tid ha oppdatert kontaktinformasjon tilgjengelig for samarbeidspartnere

### **6.4 Samarbeid omkring individuell plan (IP) og koordinator**

Kommunen skal:

- 6.4.1 sikre utarbeidelse av individuell plan til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Helseforetaket skal:

- 6.4.2 snarest mulig gi melding om pasienters behov for individuell plan og/eller koordinator til hjemkommunens koordinerende enhet
- 6.4.3 starte utarbeidelsen av individuell plan, der det er naturlig
- 6.4.4 delta i arbeidet med individuell plan.

### **6.5 Ambulant virksomhet**

Kommunen skal:

- 6.5.1 melde inn til koordinerende enhet i helseforetaket der det er behov for ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten for avtalens målgruppe
- 6.5.2 legge til rette for ambulante tjenester i kommunen.

Helseforetaket skal:

- 6.5.3 gi tilbakemelding til meldingsinstans om tilbud om ambulante tjenester, ut fra meldte behov
- 6.5.4 tilby kommunen ambulante tjenester til denne avtales målgruppe vederlagsfritt.

## 6.6 Lærings- og mestringstilbud

Kommunen skal:

- 6.6.1 tilby individuell veiledning til aktuelle pasienter som en del av behandlingen
- 6.6.2 informere aktuelle pasientgrupper om gruppebaserte lærings- og mestringstilbud i helseforetaket og kommunen
- 6.6.3 samarbeide med Helseforetaket om lærings- og mestringstilbud der dette er hensiktsmessig.

Helseforetaket skal:

- 6.6.4 tilby individuell veiledning til aktuelle pasienter som del av behandlingen
- 6.6.5 tilby deltakelse i gruppebaserte diagnosespesifikke lærings- og mestringstilbud, der diagnose tilsier behandling i spesialisthelsetjenesten
- 6.6.6 ha rutiner for kartlegging og henvisning til lærings- og mestringstilbud
- 6.6.7 ha en oppdatert oversikt over lærings- og mestringstilbud i helseforetaket
- 6.6.8 samarbeide med kommunen om lærings- og mestringstilbud der dette er hensiktsmessig.

## 7. Pasienter med behov for særlig ressurskrevende tjenester

- 7.1 For pasienter som har vært innlagt i sykehus, og hvor det kreves særskilte tiltak for å få pasienten tilbake til lokalmiljøet, eller for å etablere pasienten utenfor opprinnelig lokalmiljø, kan det være nødvendig å etablere tilpassede løsninger i samarbeid mellom kommune og sykehus. Det må da for hvert tilfelle gjøres avtale som omfatter også faglig og økonomisk ansvarsfordeling innen en tidsmessig ramme.

Dato:



Dato:

10/8 - 10



Helgelandssykehuset HF  
v/administrerende direktør