

**Delavtale**  
**mellom**  
**Sørlandets sykehus HF**  
**og**  
**Åseral kommune**

**Delavtale nr. 2**

Om samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende omsorgstjenester til pasienter med behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester

## 1.0 Parter

Partene i denne delavtalen er Sørlandet sykehus HF (SSHF) og Åseral kommune.

## 2.0 Bakgrunn

Plikt til å inngå samarbeidsavtale mellom den enkelte kommune og helseforetak er fastsatt i helse og omsorgstjenesteloven § 6-1, § 6-2 nr. 2 og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1, samt overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt nr. 2.

## 3.0 Lovgrunnlag

Partene har ansvar for å sørge for at avtalen er i tråd med:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61, og senere endringer
- Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63, og senere endringer
- Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr 64, og senere endringer
- Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr 62
- Forskrift: FOR 2011-12-16 nr 1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

## 4.0 Formål

Denne delavtalen gjelder for pasienter som har behov for spesiell koordinering i tillegg til det som fremkommer av delavtale nr. 3 om innleggelse og delavtale nr.5 om utskriving.

Partene er enige om følgende formål med avtalen:

- a) Styrke pasientsikkerheten ved både innskriving og utskriving i spesialisthelsetjenesten, se delavtale 3 og delavtale 5.
- b) Sikre at pasientens behov for opplæring, medisinske, omsorgsmessige og rehabiliteringsbehov blir ivaretatt ved overføring fra sykehuset til kommunalt ansvar.
- c) Sikre at pasientens særskilte behov, slik de fremkommer av Individuell plan og andre avtaler, blir ivaretatt før, under og etter innleggelsen.
- d) Styrke pasientopplevd kvalitet.
- e) Sikre at pasient og pårørende får nødvendig opplæring.
- f) Sikre at pasienten tas hånd om på riktig omsorgsnivå basert på LEON - prinsippet, også internt i kommunene.
- g) Bidra til å standardisere hva som er god kvalitet i samhandlingen omkring utskriving mellom alle sykehus og alle kommuner på Agder, se delavtale 5.
- h) Klargjøre standarder for inn- og utskriving som derved kan gi grunnlag for melding av avvik og kontinuerlig forbedringsarbeid, jf. delavtale 3 og delavtale 5.
- i) Sikre god samhandling og forståelse mellom nivåene i helsetjenesten.
- j) Bidra til at pasienter og pårørende opplever sammenheng i tjenestene, og at deres ønsker, behov og verdighet vektlegges.

## 5.0 Virkeområde

Avtalen omfatter pasienter med behov som strekker seg ut over ordinære rutiner og inn- og utskrivning, og som har behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester. Det vil si brukere som fyller vilkårene for rett til individuell plan.

Avtalen må sees i sammenheng med en tidsavgrenset tilleggsavtale for psykisk helsevern og rusbehandling, som er under utarbeidelse.

## 6.0 Prinsipper

Partene er enige om at:

- Samhandlingen mellom nivåene skal være i stadig utvikling. Retningslinjer og prosedyrer for samarbeid kan derfor bli endret som en del av tilpasningen til intensjonene i samhandlingsreformen.
- Utredninger om oppgaveoverføring mellom partene innenfor oppgaveområdet i denne delavtale håndteres i tråd med avtalt prosedyre i delavtale 1.
- Hvordan kommunene velger å organisere sine tjenester varierer. Partene er enige om å tilstrebe likest mulig retningslinjer og prosedyrer.
- Hvordan helseforetaket velger å organisere klinikkene varierer. Partene er enige om å tilstrebe likeste mulig retningslinjer og prosedyrer innen SSHF.
- Dersom pasientene har behov for behandling eller undersøkelse fra flere avdelinger/ instanser, skal tilbudet være koordinert både internt i sykehus, i kommunehelsetjenesten og mellom nivåene.
- SSHF skal ha gode rutiner for informasjonsutveksling, koordinering og samhandling rundt pasienten. Rutinene skal sikre at epikriser, polikliniske notat, og eventuelt notat fra annet helsepersonell (psykolog, fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier m.v) oversendes til fastlege og annet helsepersonell som har ansvar for behandling og oppfølging av pasienten, innen forsvarlig tid. (Jf. <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>)
- Dersom ingenting annet er avtalt gjelder tidligere praksis.
- Omfanget av veiledning og kompetansestøtte fra SSHF kan utvides dersom kommunene samarbeider om planlegging og gjennomføring av sine tilbud.

## 7.0 Ansvars- og oppgaveområder

### 7.1. Henvisninger og innleggelse

Innleggelse ved SSHF skal skje etter retningslinjene i delavtale 3. I tillegg gjelder følgende presiseringer for denne målgruppe:

- I henvisningen skal det komme frem om pasienten har individuell plan og/eller mottar langvarige og koordinerte tjenester, og hvorvidt dette antas å ha betydning for oppholdet.

- Når pasient tas inn til planlagt behandling i sykehusets enheter skal koordinator, eller annen ansvarlig person i kommunen, sørge for at aktuell informasjon formidles. Herunder oppdatert versjon av individuell plan hvis pasienten har det, og samtykker til at planen oversendes.
- Ved ønske om medhjelper (privat eller kommunalt ansatt) avgjør SSHF dette i tråd med de til enhver tid gjeldende retningslinjer (Sosial- og helsedirektoratets brev av 9. juli 2007 til alle landets kommuner, regionale helseforetak, helseforetak og fylkesmenn: «Ansvar kostnader til kommunalt ansatte i forbindelse med sykehusopphold», ref. 07/3749).
- Ved akutte, og ikke- planlagte innleggelse, der spesialisthelsetjenesten ser at det vil være behov for langvarige, koordinerte og sammensatte tjenester, skal koordinator i spesialisthelsetjenesten melde dette til koordinerende enhet i kommunen.

### 7.2. Utredning og behandling

SSHF foretar utredning/behandling på bakgrunn av problemstillingen i henvisningen. Avtalte kvalitetskrav til henvisningen fremgår av delavtale 3.

### 7.3 Planlegging og utskrivning.

Utskrivning fra SSHF skjer etter retningslinjene i delavtale 5. I tillegg gjelder følgende presiseringer for denne målgruppe:

- Dersom pasientens behov tilsier at det bør holdes et samarbeidsmøte med bostedskommunen, tar sykehuset så snart som mulig kontakt med kommunen og fastlegen, og eventuelt annet relevant helsepersonell for å avtale møtetidspunkt. Ved behov forventes det at fastlegen deltar på dette møtet.
- Ansvarlige representanter for kommune og sykehus avklarer videre oppfølging som skriftliggjøres med ansvarlig person og tidsfrist.
- Ved utskrivning skal det fremgå om pasienten og eventuelt pårørende har behov for lærings- og mestringstjenester, og om de har fått tilbud, eller er henvist til dette (eksempelvis mestringkurs, veiledning av faglige ressurspersoner mv).
- Vurdere behov for hospitering av fysioterapeut eller annet helsepersonell før utskrivelse.

### 7.4. Koordinerende enhet og koordinator

#### 7.4.1 . Koordinerende enhet, for habilitering - og rehabilitering i kommunen

- Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.
- Koordinerende enhet skal motta meldinger om behov for individuell plan.
- Kommunen har ansvar for at SSHF til enhver tid har elektronisk tilgjengelig og oppdatert kontaktinformasjon til kommunens koordinerende enhet.

#### 7.4.2. Koordinerende enhet for habilitering - og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

- Helseforetaket skal etablere koordinerende enhet, (jf forskrift).

- SSHF har ansvar for at kommunene til enhver tid har elektronisk tilgjengelig og oppdatert kontaktinformasjon til helseforetakets koordinerende enhet.
- Enheten skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i foretaket, kommunene i sykehusområdet og i Helse Sør-Øst.
- De ulike avdelingene i helseforetakets klinikker skal ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen.
- De ulike avdelingene i helseforetakets klinikker skal motta meldinger om behov for individuell plan.

#### 7.4.3 Koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten

Både kommunen og spesialisthelsetjenesten skal tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. (jf. FOR 2011-12-16 nr 1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator)

#### 7.4.4 Individuell plan

##### Ansvar for å utarbeide individuell plan

Kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at individuell plan utarbeides, for de som ønsker det (jf. FOR 2011-12-16 nr 1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 18).

- Det må være kontinuitet i individuell plan i kommunen og behandlingsplan i SSHF for pasienter som følges begge plasser.

#### 7.4.5 Varsling om behov for individuell plan

- Dersom pasienten samtykker til det, skal Helseforetaket så snart som mulig varsle kommunens koordinerende enhet for habilitering- og rehabilitering når en ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. Partene har en gjensidig medvirkningsplikt i de individuelle planer der den andre part innehar det koordinerende ansvaret.

## **8.1 Ivaretagelse av mindreårige barn som pårørende**

Både kommunen og spesialisthelsetjenesten har plikt til å ivareta barn som pårørende. Dette gjelder særlig barn av pasienter med behov for omfattende og koordinerte tjenester, og når helsefagpersonell vurderer at pasientens barn har behov for videre oppfølging.

- Kommunen og HF skal rutinemessig informere hverandre om forhold som har betydning for barns omsorgssituasjon.
- Spesialisthelsetjenesten og kommunene samarbeider om felles tiltak for barn og unge som pårørende.
- Samarbeidet omfatter et felles ansvar for planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak, rekruttering til tiltak og veiledning av personell som er involvert.

## **9.0 Rutiner for samhandling med fastlegen**

Hvis andre enn fastlegen (legevaktslege, sosialtjeneste el.) legger pasienter som omfattes av denne avtalen inn i sykehus, skal fastlegen kontaktes for å bidra med sin informasjon om pasienten. Se punkt 7.3 i denne avtalen.

## **10.0 Hjelpemidler**

### 10.1 Behandlingshjelpemidler - og tekniske hjelpemidler

Se delavtale 5, kap 6.0

## **11.0 Lærings- og mestringstilbud**

Kommunen og SSHF skal samarbeide om å utvikle lærings- og mestringstjenester til pasienter som omfattes av delavtale 2, i tråd med avtalt prosedyre for oppgaveoverføring mellom partene.

## **12.0 Håndtering av uenighet**

Det vises til overordnet samarbeidsavtale (OSA), punkt 8.0, når det gjelder håndtering av avvik og uenighet.

## **13.0 Avvik**

Avvik håndteres i tråd med bestemmelsene i delavtale 12.

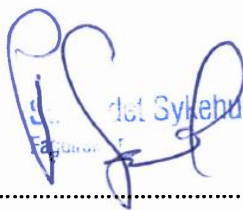
## **14.0 Varighet, revisjon og oppsigelse**

Avtalen trer i kraft 01.01.2015 og gjelder frem til ny avtale inngås, eller til en av partene sier opp avtalen, og da med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.

## **15.0 Spesielle forhold for Åseral kommune**

For SSHF

2/  
12-14

  
det Sykehus HF

.....  
Dato

For

.....  
Administrerende direktør

For Åseral kommune

6/11-14



.....  
Dato

.....  
Rådmann e.f

