

TJENESTEAVTALE FOR SAMARBEID MELLOMKOMMUNE, ST. OLAVS HOSPITAL OG RUSBEHANDLING MIDT - NORGE OM TILBUD TIL PASIENTER MED BEHOV FOR KOORDINERTE TJENESTER

Hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14.6.2011 § 3-5 tredje ledd, § 6-2 siste ledd og lov 2.7.1999 nr 61 om spesialisthelsetjeneste med mer § 2-1 e.

1 PARTENE, FORMÅL, MÅLGRUPPE

1.1 Parter

Avtalen er inngått mellom XX..... kommune, St. Olavs Hospital HF og Rusbehandling Midt-Norge HF heretter benevnt som kommunen, St. Olavs Hospital og Rusbehandling Midt-Norge i felleskap nevnt som partene. Vedtatt overordnet samarbeidsavtale mellom partene , er styrende for denne avtalen.

1.2 Formål

Formålet med tjenesteavtalen er å sikre at:

- a) pasienter og brukere som har en tilstand og/eller en funksjonsnedsettelse innenfor psykisk helse, rus og/eller somatikk med behov for koordinerte tjenester får et helhetlig, sammenhengende og faglig forsvarlig tjenestetilbud innbefattet en forsvarlig beslutningsprosess, herunder brukermedvirkning,
- b) det alltid er tydelig hvem som skal yte tjenestene,
- c) tjenestene skal stimulere til egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

Formålet skal oppnås gjennom å konkretisere ansvars- og oppgavefordelingen mellom St. Olavs Hospital og kommunen, samt å etablere samarbeidsrutiner for å ivareta en forsvarlig, beslutningsprosess og nødvendig informasjonsflyt.

1.3 Målgruppe, virkeområde

Tjenesteavtalen omfatter pasienter med behov for koordinerte tjenester, både barn og voksne. Den skal utdype overordnet samarbeidsavtale og **praktiske retningslinjer for samhandling vedrørende innleggelse og utskrivning av pasienter.**

2 REHABILITERING OG HABILITERING, LÆRING OG MESTRING

Både Stortingsmelding om Samhandlingsreformen (nr. 47 - 2008-2009) og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011) legger vekt på å fremme helse, forebygge sykdom og redusere utvikling av kronisk sykdom. Helsetjenesten utfordres til å finne nye løsninger for å møte framtidens behov. Nasjonal helse- og omsorgsplan skisserer et behov for oppgavefordeling mellom helseforetakene og kommunene.

For å avklare ansvars og oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten må det i videre arbeid utvikles felles forståelse for bruk av følgende punkter når det vurderes rehabilitering på individnivå (rapport IS-1947 2011 fra Helsedirektoratet):

Kommune:

- Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensinger i nærmiljø
- Behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Behov for tverrsektoriell samhandling

Spesialisthelsetjeneste:

- Behov for spesialisert kompetanse
- Behov for kompleksitet
- Behov for intensitet

Partene er enige om å videreutvikle samarbeidet på individnivå samt å videreutvikle tiltakskjeden på områdene rehabilitering, habilitering, læring og mestring.

Læring og mestring omtales også i tjenesteavtale 10.

3 RETNINGSLINJER OG INTENSJONER FOR SAMARBEID

3.1. Ansvar for individuell plan på individnivå.

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommune og/eller helseforetak tilby en Individuell plan, jfr. *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*.

3.2 Ansvar for mestringsplan på individnivå.

Som en del av en individuell plan, eller for pasienter som ikke ønsker individuell plan, skal det vurderes å utarbeide en felles mestringsplan.

Mestringsplan skal beskrive samspillet mellom bruker og aktørene i helsetjenesten med konkrete mål og tiltak som rettes mot at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjon/egen mestring i størst mulig grad, og minske risiko for tilbakefall.

Mestringsplanen beskriver også roller og ansvarsfordeling mellom involverte parter, og bør inneholde en plan for håndtering av forverring av medisinsk tilstand.

Partene er enige om å utvikle mestringsplan som verktøy.

3.3 Samarbeid om komplekse pasientsaker

St. Olavs Hospital og kommunen skal foreta skriftlige ansvarsavklaringer i komplekse pasientsaker, jf Overordnet samarbeidsavtale, punkt 5.

3.4 Innleggelse utenom vanlig henvisningsrutiner:

Som en del av en mestringsplan kan det avtales at pasienter får behandling fra helseforetaket uten å gå veien om vanlige henvisningsrutiner. Avtalen må beskrive hvilke kriterier som kan utløse behandling.

Partene er enige om å utarbeide felles retningslinjer for innleggelse utenom vanlige henvisningsrutiner.

3.5 Samarbeid om pasientforløp på system og individnivå

- 1) Ingen av partene kan alene definere hva som er kommunens eller helseforetakets ansvar.
- 2) Partene kan ikke endre egen praksis som får konsekvenser for ansvars- og oppgavefordeling mellom partene uten at partene er kommet til enighet.
- 3) Det kan avtales særskilt at partene utfører oppgaver for hverandre som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.
- 4) Ansvar for individuell plan er forankret i kommunen såfremt det kommunale tjenesteapparatet er involvert.
- 5) Partene har en intensjon om at det ikke skal være ventetid på tjenester i overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

3.6 Samarbeid mellom koordinerende enhet i hhv kommune og helseforetak

Det vises til Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, som benytter begrepene koordinator og koordinerende enhet i kommune og helseforetak.

Partene er enige om å utvikle retningslinjer for samarbeid mellom koordinerende enhet i helseforetak og kommuner.

Partene er enige om å tydeliggjøre begrepet koordinator og koordinators roller i kommuner og helseforetak, samt utvikle felles retningslinjer for bruk av Individuell plan og mestringsplan.

3.7 Rutiner for samhandling med fastlegen og praksiskonsulent

3.7.1 Fastlegen skal være involvert i planlegging av pasientforløp for pasienter med behov for koordinerte tjenester. Partene skal utvikle felles retningslinjer for samarbeid med fastlegene.

3.7.2 Praksiskonsulenter: Partene i Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) skal evaluere og vurderer videreføring av ordningen med praksiskonsulenter. Ordningen omtales også i tjenesteavtale 6.

4 BRUKERMEDVIRKNING

Partene vil legge til rette for brukermedvirkning for å sikre god koordinering jamfør pkt 7.6 i Overordnet samarbeidsavtale.

5 MINDREÅRIGE BARN SOM PÅRØRENDE

Både spesialisthelsetjenesten og kommune har ansvar for å avklare om barn er pårørende.

Barnet bør ha tilpasset informasjon om pasient/bruker. Når det gjelder barnets krav på informasjon om sine pårørende vises det til helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Hvis det er tvil om barnet ivaretas forsvarlig skal man rådføre seg med barnevernet i kommunen, og det vurderes å sende bekymringsmelding.

6 BRUK AV TVANG

Partene skal sikre god kompetanse og utvikle felles forståelse av gjeldende regelverk for å redusere bruken av makt og tvang. Partene er enige om å og vurdere om det er behov for å utvikle felles retningslinjer for samhandling.

7 UTVIKLING AV TJENESTETILBUDET

Partene skal samarbeide om å videreutvikle tjenester i fellesskap nærmest mulig pasientens arena.

Partene skal utarbeide en handlingsplan for tjenesteområdet. Handlingsplanen skal vedtas i og følges opp av ASU.

8 OPPFØLGING AV AVTALEN

Partene er enige om å utarbeide en handlingsplan for å realisere samarbeid om tilbud til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

I henhold til Overordnet samarbeidsavtale kan ASU opprette faglige samarbeidsutvalg etter behov som skal følge opp intensjonene i handlingsplanen gjennom et samarbeid mellom kommuner og HF.

9 ØKONOMI OG RESSURSER

Partene skal i det videre arbeidet avtale grensesnitt og ressursbruk innenfor avtalens virkeområde.

10 AVVIK/UENIGHET

Det vises til Overordnet samarbeidsavtale når det gjelder avvik og håndtering av uenighet.

11 IVERKSETTING, REVISJON OG OPPSIGELSE

Avtalen trer i kraft ved signering, senest 1.9.2012, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-5 andre ledd.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen innen september 2013. Avtalen skal evalueres og partene skal skriftlig rapportere om samarbeidsproblemer. En endring som følge av evalueringen er ikke å anse som en oppsigelse av avtalen. Avtalen skal revideres innen utgangen av 2013. Rapporterte samarbeidsproblemer kan legges til grunn for endring av avtalen. Vedtatte endringer gjøres gjeldende etter avtale eller senest 01.01.2014.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres. Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen utgangen av oppsigelsestiden. Det vises forøvrig til overordnet samarbeidsavtale.

Dato:

.....

.....kommune

Dato:

.....

St. Olavs Hospital HF

Dato:

.....

Rusbehandling Midt - Norge HF