

Delavtale nr. 2a

Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser

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

Samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og kommunene i helseforetaksområdet

Innhold

1. Parter.....	4
2. Bakgrunn.....	4
3. Formål.....	4
4. Virkeområde	5
5. Lovgrunnlag	5
6. Brukermedvirkning, barn som pårørende og individuell plan.....	5
7. Generell ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen	6
7.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	6
7.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	6
8. Hvordan samhandle om pasienter med særlig behov for sammenhengende og samtidige tjenester fra helseforetak og kommune	7
8.1 Hvem har behov for sammenhengende og samtidige tjenester.....	7
8.2 Felles ansvar og oppgaver.....	7
8.3 Kommunens ansvar og oppgaver.....	7
8.4 Helseforetakets ansvar og oppgaver	8
9. Barn og unge med psykiske lidelser og ruslidelser og deres familier.....	8
9.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	8
9.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	9
10. Samhandling ved tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).....	9
10.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	9
10.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	9
11. Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP).....	10
11.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	10
11.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	10
12. Tvang og sikkerhetsproblematikk.....	11
12.1 Tvang etter Lov om psykisk helsevern	11
12.1.1 Felles mål og ansvar	11
12.1.2 Kommunens ansvar og oppgaver.....	11
12.1.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver	11
12.2 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke for personer med ruslidelser.....	12
12.2.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	12
12.2.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	12
12.3 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide med ruslidelser	12

12.3.1 Kommunens ansvar.....	12
12.3.2 Helseforetakets ansvar	12
13. Prioriterte innsats- og utviklingsområder	12
13.1 Partene er enige om å prioritere følgende tema i første avtaleperiode.....	12
13.2 Partene vil prioritere å utarbeide standardiserte behandlingsforløp for	13
14. Veiledning og kompetanseutveksling	13
14.1 Veiledning.....	13
14.2 Kompetanseutvikling	13
15. Kommunikasjon og meldingsutveksling.....	14
16. Oppfølging av avtalen.....	14
17. Avvik og mislighold og uenighet	14
18. Uenighet.....	14
19. Iverksetting, revisjon og oppsigelse.	14

Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for pasienter med psykiske lidelser og ruslidelser

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

1. Parter

Avtalen er inngått mellom Stavanger kommune og Helse Stavanger HF, inkl. Jæren DPS, Rogaland A-senter (RAS), Frelsesarmeen behandlingsavdeling, og andre som har avtale med og opptrer på vegne av helseforetaket.

En del av spesialisthelsetjenesten leveres av avtalespesialister som har direkte avtale med Helse Vest RHF. Det er enighet om at tjenester fra avtalespesialister skal være koordinerte og helhetlige og fungere i tråd med denne og de andre samarbeidsavtalene.

2. Bakgrunn

Denne delavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt, nr 2.

Avtalen bygger på helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, 1. ledd, nr. 2 om helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Samarbeidet mellom enkeltenheter i Helse Stavanger HF og den enkelte kommune beskrives i egne retningslinjer innenfor føringene i denne avtalen.

3. Formål

Formålet med avtalen er å bidra til gode rutiner for samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste om og med den enkelte pasient, samt å medvirke til bedre ressursutnyttelse i helse- og omsorgssektoren.

Avtalen skal bidra til:

- å fremme likeverdighet mellom partene og bidra til utvikling av samarbeidsformer ut over individrettede tiltak
- å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver gjennom hele behandlingsforløpet for at pasienten skal oppleve en best mulig sammenhengende helse- og omsorgstjeneste
- et godt løsningsfokusert samarbeid om pasienter med behov for samtidige tjenester fra helseforetaket og kommunen, og til at partene opptrer samordnet og koordinert i møtet med pasient og pårørende/foresatte

- å sikre en effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innenfor behandlings- og omsorgsnivåene
- å redusere risikoen for uheldige hendelser
- å bidra til tidlig innsats i forhold til alder og forløp

4. Virkeområde

Avtalen omfatter samarbeid og ansvarsdeling om innleggelse, døgnopphold og poliklinikk, utskriving og samtidig oppfølging av pasienter¹ innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Delavtale 3 om innleggelser og delavtale 5 om utskrivningsklare pasienter gjelder på området. Betaling for utskrivningsklare reguleres i henhold til sentrale føringer.

5. Rettskilder

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til dette er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter og retningslinjer:

- 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
- Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63
- Lov om helsepersonell mv. av 2. juli 1999 nr. 64
- forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Listen er ikke uttømmende og også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver.

Partene har ansvar for til enhver tid å ha oppdatert kunnskap om gjeldende lovverk og endringer i disse som har betydning for utførelsen av helse- og omsorgsoppgaver. Partene har videre ansvar for å informere og lære opp egne ansatte, brukere og pasienter i nødvendige lovbestemmelser.

6. Brukermedvirkning, barn som pårørende og individuell plan

Partene skal legge til rette for brukermedvirkning for pasienter og pårørende, både på systemnivå og på individnivå. Alle pasienter og deres pårørende skal sikres reell mulighet til å planlegge og medvirke ved gjennomføring av behandlings- og oppfølgingstiltak. Pasientens uttalelser og medvirkning skal dokumenteres underveis.

Partene har ansvar for å informere pasient og pårørende om pasient- og brukerrettigheter, og til å innhente samtykke som en naturlig del av pasientoppfølgingen. Partene skal informere og sikre pasienten rett til individuell plan og sammenhengende og koordinerte tjenester gjennom hele behandlingsforløpet.

Både kommunen og helseforetaket skal ha rutiner som ivaretar informasjon og sikrer identifisering og oppfølging av barn som pårørende. Helsepersonell skal, når det er nødvendig for å ivareta disse interessene hos barnet, gi informasjon til samarbeidende personell hvis ikke pasienten motsetter seg dette.

¹ «Pasient» leses som «pasient/bruker» der dette passer.

7. Generell ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen

Avtalen bygger på den generelle ansvars- og oppgavefordeling før, under og i forlengelsen av behandling i spesialisthelsetjenesten. Det vises for øvrig til delavtaler nr. 3 og 5 om innleggelse og utskriving av pasienter i sykehus. Pasientforløp og samhandling for pasienter med psykiske lidelser med særlig behov for sammensatte og samtidige tjenester beskrives i kap. 8.

7.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Dette omfatter forebygging, tidlig intervensjon, henvisning, behandling, rehabilitering og andre helse- og omsorgstjenester.
2. etablere et system for mottak av varsel om innleggelse/varsel om endring i pasientens tilstand eller hjelpebehov
3. sørge for kontaktperson og informere helseforetaket om denne
4. sende skriftlig henvisning med klinisk problemstilling til aktuell avdeling ved planlagt innleggelse inkludert medikasjon og informasjon om hvilke tjenester pasienten mottar
5. sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres dersom en pasient har behov for tilbud fra både helseforetaket og kommunen
6. ta kontakt med aktuell avdeling ved behov for øyeblikkelig hjelp
7. informere kontaktperson i behandlende enhet i helseforetaket, pasienten og eventuelt pårørende om kommunal saksgang og vedtak som har betydning for pasientens utskriving
8. kartlegge og avklare pasientens behov for tjenester, herunder behov for psykisk helsearbeid, sosial og psykososial rehabilitering og behov for bolig
9. beslutte og fatte vedtak om tjenester og iverksette disse
10. ta initiativ og delta i samarbeidsmøte der det er hensiktsmessig
11. iverksette rutiner for samtidig oppfølging av pasienter med behov for sammensatte og samtidige tjenester, jf. rutiner for dette, jf. kapittel 8

7.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. vurdere, utrede, diagnostisere og behandle pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester
2. sørge for kontaktperson og sende melding til henvisende instans og avtalt kontaktpunkt i kommunen dersom pasienten har eller kan få behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utredning og behandling
3. varsle kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering når det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen og medvirke i kommunens arbeid med individuell plan
4. vurdere og beskrive pasientens funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen og forventet fremtidig utvikling under eller etter behandling i helseforetaket
5. sikre at alle pasienter inkludert barn og unge innen psykisk helsevern blir kartlagt i forhold til ev. rusmiddelmissbruk
6. bistå pasienten med søknad om kommunale helse- og omsorgstjenester (kommunen definerer type og omfang av tjenester)
7. sørge for at pasienter og pårørende får god og ensartet informasjon om diagnose og videre plan for oppfølging og invitere til samarbeidsmøte der dette vurderes hensiktsmessig
8. sende epikrise og utskrivningsrapport til rett instans i kommunen
9. forsikre seg om at den nødvendige oppfølging og koordinering er forankret i kommunen
10. vurdere pasientens behov for tjenester etter utskriving i samarbeid med kommunen
11. iverksette rutiner for samtidig oppfølging av pasienter med behov for sammensatte og samtidige tjenester, jf. rutiner for dette, jf. kapittel 8

8. Hvordan samhandle om pasienter med særlig behov for sammenhengende og samtidige tjenester fra helseforetak og kommune²

Dette kapitlet gjelder samhandling om og med pasienter med særlig omfattende og langvarige behov for samtidige tjenester fra helseforetak og kommune ut fra følgende prinsipper:

- tjenestene fra kommunen og helseforetaket skal utfylle hverandre
- helseforetaket vektlegger ambulante og polikliniske arbeidsformer
- fokus flyttes fra definerte tradisjonelle ansvarsområder og avgrensninger til fokus på muligheter som partene kan få til i fellesskap
- brukerperspektivet legges til grunn for samarbeidet, uavhengig av sakens kompleksitet

Pasienter som har størst behov for sammenhengende og samtidige tjenester, og som vurderes å ha best nytte av systematisk samarbeid, skal prioriteres.

8.1 Hvem har behov for sammenhengende og samtidige tjenester

Bruker med behov for sammenhengende og samtidige tjenester kan være

- barn og unge med alvorlig psykisk lidelse, herunder gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- pasienter med alvorlig psykisk lidelse med mange innleggelser eller langvarig innleggelse i det psykiske helsevernet og pasienter med sikkerhetsproblematikk
- pasienter med ruslidelser som har rett på tjenester etter prioriteringsforskriften og som har behov for særlig oppfølging for å nyttiggjøre seg behandling
- pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse)
- gravide og kvinner med spedbarn som har vært eksponert for rusmidler i svangerskapet, foresatte som har langvarig eller alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse som har daglig omsorg for barn og ungdom

8.2 Felles ansvar og oppgaver

1. utpeke kontaktperson/koordinator og ha et system for at det til enhver tid er en person som pasient og samarbeidsparter skal forholde seg til hos hver av partene
2. utarbeide eller videreføre individuell plan og/eller rehabiliteringsplan og konkrete tiltak inkludert mestringsplan og ev. kriseplan
3. inngå avtale mellom partene der en pasient har behov for formaliserte sammenhengende og samtidige tjenester. Avtale kan også inngås der pasienten ikke ønsker en individuell plan.
4. avklare koordinatorrollen og opprette ansvarsgruppe
5. kartlegge om pasienten har omsorg for barn og iverksette nødvendige tiltak for å forsikre seg om at barnet blir ivaretatt

8.3 Kommunens ansvar og oppgaver

1. delta aktivt mens pasienten er til utredning og behandling i helseforetaket
2. ha ansvar for koordinering med helseforetaket om ikke annet er avtalt
3. planlegge utskriving og klargjøre hvilke tjenester kommunen skal bidra med
4. sørge for at fastlegen er informert og tar aktivt del i oppfølgingen av pasienten

² Samtidige tjenester: Tjenester fra begge parter samtidig. Felles utføring av tjenesteoppdrag (ikke veiledning)

Sammenhengende tjenester: Tjenester fra helseforetaket og fra kommunen skal utfylle hverandre og være koordinerte

Sammensatte tjenester: Tjenester fra flere enheter/instanser

5. koordinere samordning mellom fastlege, de kommunale tjenestene og ev. NAV
6. utarbeide eller følge opp individuell plan på grunnlag av forpliktende bidrag fra kommune og helseforetaket
7. ha ansvar for koordinering, planlegging og tilrettelegging av tjenestene og delta aktivt i oppfølgingen av den enkelte pasient sammen med helseforetaket
8. vurdere og iverksette rehabiliteringstiltak
9. iverksette hjelpetiltak for å styrke pasientens omsorgskompetanse for egne barn på grunnlag av spesialistutredning og egen kartlegging

8.4 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. invitere til avklaringsmøte og avtale sammenhengende og samtidig oppfølging i form av ambulante tjenester og mestringsplan, inkludert kriseplan, med kommunen. Dette skal være dokumentert i pasientjournal og ev. individuell plan.
2. klargjøre hvilke tjenester og ressurser helseforetaket skal bidra med og utnevne behandlingsansvarlig. Vedkommende har også behandlingsansvar etter utskrivelse.
3. utføre spesialistutredninger med tanke på rehabiliteringstiltak og oppfølging i kommunen
4. foreta farlighetsvurdering der dette er nødvendig for utforming av tjenestetilbud
5. bistå kommunen med råd og veiledning når en bruker med behov for sammenhengende og samtidig oppfølging, motsetter seg, skriver seg ut eller ikke lenger har rett på behandling
6. delta aktivt i tjenestene i samarbeid med og samtidig med kommunen på brukers arena

9. Barn og unge med psykiske lidelser og ruslidelser og deres familier

Avtalen omfatter alle barn og unge med psykiske lidelser, herunder gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og/eller ruslidelser.

Partene skal legge til rette for en så tidlig utredning/diagnostisering og behandlingsforløp som mulig i barnets liv. Både helseforetak og helse- og omsorgstjenestene i kommunen skal i disse sakene forholde seg til barnets foresatte som ivaretar barnets interesser. Samtykke til utredning og innleggelse skal foreligge dersom barnet er under 16 år.

Både på kommunalt og statlig nivå vil barnevernet være en sentral samhandlingsaktør i en del av disse sakene. Når det gjelder pasienter hvor barneverntjenesten har overtatt den daglige omsorgen for disse barna, opptrer det kommunale barnevernet som barnets foresatte.

I sammensatte saker hvor ansvarsforholdene er uavklarte mellom helseforetaket og kommunen, skal det samhandles i tråd med retningslinjer for Avklarende Team³.

9.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. kartlegge og identifisere barn og unge i risikosituasjoner og iverksette tidlig intervensjon og nødvendige tiltak
2. definere kontaktpunkt for barn og unge
3. avklare rollene til fastlegen, PPT, helse- og omsorgstjenesten og barnevernet i forhold til kontaktpunkt for barn og unge
4. utpeke koordinator for familier som mottar samtidige og sammenhengende tjenester og delta i behandlingsforløpet

³ Det ble 07.01.2009 inngått avtale om samarbeid mellom Stavanger Universitetssjukehus (SUS) Psykiatrisk divisjon, Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), fagteamområde Stavanger og Jæren, familievernkontorene i Stavanger og Egersund og Rogaland A-senter (RAS)

5. sikre overgangen fra «barn til voksen» for pasienter med rett på individuell plan og behov for koordinering

9.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. sørge for lavterskeltilbud ved å bidra med spesialistkompetanse på helsestasjonene og organisere fast konsultasjons- og veiledningstjeneste i alle poliklinikker
2. vurdere henvisninger ved aktuell enhet (sengepost/poliklinikk/spesialenheter) og gi rask tilbakemelding til henvisende instans og ev. andre der det vurderes å være behov for samarbeid med kommunale tjenester
3. sørge for at alle barn og unge har fått en pasient- og behandlingsansvarlig navngitt person
4. utpeke koordinator for familier som mottar samtidige og sammenhengende tjenester og delta i avtalt samarbeid
5. bidra med poliklinisk og/eller ambulerende oppfølging, gi råd og veiledning og samarbeide med kommunen over tid der dette er avtalt
6. sikre overgangen fra «barn til voksen» ved behov for sammensatte tjenester.
7. vurdere å utsette avslutning av behandlingen i enkelte saker hvor det er sannsynlig at det kan bli behov for ny henvisning etter anmodning fra kommunen
8. vurdere behov for tverrfaglige spesialiserte rustjenester

10. Samhandling ved tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)

Behandling i TSB innebærer ofte langvarige og omfattende endringsprosesser for pasient og pårørende. Planlegging av behandlingsforløpet må sikre et langsiktig og helhetlig tilbud som ivaretar behovet for samtidige og koordinerte tjenester. Både kommuner og spesialisthelsetjeneste skal følge opp pasienten under hele forløpet for å unngå brudd i behandlingen og forhindre/reducere tilbakefall.

10.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. for pasienter med rett til en individuell plan bør henvisningen være en videreføring av pågående samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fastlegen, NAV og andre samarbeidsparter
2. fastsette hvem som utøver henvisning til TSB etter gjeldende retningslinjer
3. henviser til TSB etter mal utarbeidet av helseforetaket og inneholde nødvendig informasjon i samsvar med retningslinjer
4. avklare nødvendige garantier og dekning av utgifter med NAV
5. avklare pasientens kontaktperson i kommunen med ansvar for deltakelse i ansvarsgruppe under behandlingen og planlegging av tjenester og oppfølging etter behandling
6. initiere behandlingsforberedende tiltak i samarbeid med helseforetaket
7. legge til rette for rehabilitering og integreringstiltak, i god tid før planlagt utskrivning fra TSB og planlegge arbeid og aktivitetstilbud i samarbeid med NAV
8. medvirke til at pasienter som har gjennomført TSB har egnet bolig og prioritere tildeling av bolig til pasienter som har gjennomført TSB

10.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. gi øyeblikkelig hjelp ved somatisk og psykiatrisk akuttmottak
Akutt tjenester innen TSB kan enten skje poliklinisk eller ved innleggelser og er et supplement til øyeblikkelig hjelp. Disse går ikke via vurderingsenhetene, men via vakthavende lege.

2. vurdere henvisningen fra kommunen i en tverrfaglig sammensatt vurderingsenhet
Vurderingen følger pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser og prioriteringsforskriften.
3. gi en skriftlig tilbakemelding til pasient og henviser
Tilbakemeldingen skal inneholde relevant og tilstrekkelig informasjon om den vurdering som er gjort.
4. holde kontakt med henviser i perioden før behandlingsstart
5. utpeke kontaktperson/behandler med ansvar for deltakelse i behandlingsforløpet i henhold til kap. 7 og 8
6. utrede pasientens behov for behandling/rehabilitering i forlengelse av tilbud i spesialisthelsetjenesten, og samarbeide med kommunen om iverksetting av rehabiliteringstiltak og samtidig oppfølging, inkludert mestringsplan og ev. kriseplan
7. følge opp pasienten i forlengelsen av behandlingsavbrudd/utskriving enten poliklinisk eller fra døgntilbud. Avbryter pasienten selv behandlingen, skal kommunen orienteres og tiltak med sikte på gjenopptagelse av behandling drøftes.

11.Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP)

Målgruppen er personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. Personer med ROP-lidelser har rett til nødvendig helsehjelp uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke.

Hovedansvaret for behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse ligger hos psykisk helsevern, både ved mindre alvorlig og alvorlig ruslidelse, mens TSB har hovedansvaret for behandling av pasienter med mindre alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse.

For å ivareta et sammenhengende tilbud skal den instans som først kommer i kontakt med en person med ruslidelse og psykiske lidelser, sikre at personen følges opp og vurdere behovet for individuell plan.

11.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. identifisere og følge opp personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer
2. sørge for gode rutiner for samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV
3. sørge for nødvendig kompetanse til å gjennomføre kartlegging av rusmiddelproblemer og psykiske problemer
4. medvirke og bidra til kartlegging av hjelpebehov, ressurser og funksjonsnivå som grunnlag for iverksetting av rehabiliteringstiltak og oppfølging etter utskriving
5. medvirke til at pasienter med ROP-lidelser har egnet bolig etter institusjonsbehandling
6. legge til rette for meningsfulle aktiviteter i samarbeid med NAV

11.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. sørge for at pasienter med ROP-lidelse får et samordnet og integrert behandlingstilbud innen spesialisthelsetjenesten
2. sørge for tjenester som dekker behandlingsbehovet for pasienter med ROP-lidelser når pasienten bor hjemme, i ulike typer boliger, eller når pasienten er innlagt i institusjon, også når personen er innsatt i fengsel
3. henvise direkte til aktuell behandlingsinstans innenfor TSB hvis pasienten har rett til behandling for rusmiddelavhengighet, og dette ikke kan tilbys/gjennomføres innenfor psykisk helsevern

4. vurdere behov for rehabiliteringstiltak i overgangen fra institusjonsopphold til egen bolig og kartlegge og beskrive fungeringsnivå som grunnlag for kommunens vurdering av tjenester
5. følge opp pasienter med ROP-lidelser ved DPS når hovedansvaret ligger i kommunen. Ved tilbakefall eller krise skal det være mulighet for innleggelse i DPS eller akuttavdeling.
6. gi akutt veiledning til kommunen ved behov

12. Tvang og sikkerhetsproblematikk

12.1 Tvang etter Lov om psykisk helsevern

12.1.1 Felles mål og ansvar

1. Begge parter tilstreber mest mulig frivillighet i behandling og oppfølging. Tiltak for å øke frivillighet bør settes inn gjennom hele pasientforløpet: Forebyggende/tidlig intervensjon, i innleggelsessituasjonen, det første døgnet av innleggelsen, under innleggelsen og etter utskrivelse.
2. Begge parter har mål om redusert og riktig bruk av tvunget psykisk helsevern, samtidig som hensynet til sikkerhet for personal, andre pasienter og samfunnet for øvrig blir forsvarlig ivaretatt.
3. Når det utøves tvang, skal begge parter legge vekt på at dette gjennomføres på en måte som gir pasienten minst mulig traumatisk opplevelse av tvangstiltaket.
4. Begge parter har ansvar for å fremme kultur og holdninger preget av høy grad av bruker- og pårørendeinvolvering og fleksible og brukervennlige løsninger.

12.1.2 Kommunens ansvar og oppgaver

1. identifisere brukere med høy risiko for tvangsinnleggelse
2. initiere samarbeidsmøte med helseforetaket for felles strategi for enkeltbrukere angående tvangsforebyggende tiltak
3. følge opp pasienter på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold og bistå i gjennomføring av tvangstiltakene
4. be helseforetaket om veiledning og vurdering av farlighet og risiko for brukere som kan representere en fare for seg selv og andre
5. delta i planlegging av rehabiliteringstjenester og oppfølging sammen med helseforetaket når pasienter med sikkerhetsproblematikk skal utskrives til kommunen

12.1.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. identifisere pasienter med høy risiko for tvangsinnleggelse
2. initiere samarbeidsmøte med kommunen for felles strategi for enkeltbrukere angående tvangsforebyggende tiltak
Ved tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold skal det vektlegges helhetlig oppfølging. Som hovedregel er det ikke tilstrekkelig med oppfølging kun ved medikamentell behandling
3. gi bistand og veiledning til kommunchelsetjenesten
4. ha etablert tiltak for oppfølging av pasienter som representerer fare for andre (sikkerhetspsykiatri) etter utskrivning fra sikkerhetsavdeling og etter frivillig opphold
5. bistå kommunen med «farlighetsvurderinger» på anmodning, der vilkårene for dette er til stede
6. planlegge rehabiliteringstjenester og oppfølging i samarbeid med kommunen når pasienter med sikkerhetsproblematikk skal utskrives til kommunen

12.2 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke for personer med ruslidelser

Det vises til gjeldende lover for tilbakeholdelse i institusjon.

12.2.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. fatte vedtak og reise sak for Fylkesnemnda for sosiale saker, som er den rettsinstans som beslutter tilbakehold med bruk av tvang
2. ta kontakt så tidlig som mulig med koordinator for tilbakehold med bruk av tvang og sende utfyllende informasjon til inntaksteamet når vedtak er fattet
3. sende sak ved hastevedtak om endelig vedtak til fylkesnemnda innen 2 uker
4. fatte vedtak om urinprøvetaking og analyser i Fylkesnemnda
5. sørge for at pasienten møter

12.2.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. gjennomføre tvangstilbakeholdet etter haste- eller fylkesnemnds vedtak
2. vedta dato for avrusning og videre tilbakehold når vedtak foreligger
3. informere kommunen før en utskriving

12.3 Tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke av gravide med ruslidelser

Det vises til gjeldende lover for tilbakeholdelse i institusjon for gravide.

12.3.1 Kommunens ansvar

1. konsultere RAS som kan drøfte detaljer i tilbudet ved anvendelse av tilbakeholdelse i forhold til gravide før kommunen gjør vedtak
2. varsle RAS om mulig kommende innleggelse
3. fatte midlertidige vedtak om innleggelse
4. sørge for at midlertidig vedtak er RAS i hende senest 48 timer etter innleggelsen
5. opprette og innkalle ansvarsgruppe og gi melding om hvem som er med og hvem som er kontaktperson
6. fatte vedtak om urinprøvetaking og analyser i Fylkesnemnda
7. sende sak om endelig vedtak til Fylkesnemnda innen 2 uker
8. følge opp under institusjon, jf. punkt om generell oppfølging i institusjon

12.3.2 Helseforetakets ansvar

1. ta imot melding om mulig innleggelse, og sørge for å ta imot den gravide
2. utpeke koordinator/kontaktperson og melde fra til kommunen hvem som møter i ansvarsgruppen
3. Helseforetaket kan i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2.6 skrive ut en pasient, men kan ikke oppheve et vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10.3. Det er viktig at det er dialog i forkant av en evt. utskrivelse.

13. Prioriterte innsats- og utviklingsområder

13.1 Partene er enige om å prioritere følgende tema i første avtaleperiode

1. utvikle felles forståelse og felles kunnskapsgrunnlag for psykososial rehabilitering og samtidige tjenester i overgangen mellom institusjonsbehandling og egen bolig
2. utvikle felles forståelse og felles kunnskapsgrunnlag for oppfølging til familier med barn som har en psykisk lidelse og/eller ruslidelse
3. utvikle felles forståelse og felles kunnskapsgrunnlag for oppfølging av barn som lever i familier med foreldre med psykisk lidelse / ruslidelse

4. utvikle kompetanse og retningslinjer for arbeid med pasienter med sikkerhetsproblematikk som ikke oppfyller kriteriene for alvorlig psykisk lidelse
5. utvikle samarbeidsformer for folkehelsearbeid og forebyggende tiltak med fokus på fysisk aktivitet, livsstilsendring, læring og mestring
6. utvikle felles system og rutiner for deling av informasjon

13.2 Partene vil prioritere å utarbeide standardiserte behandlingsforløp for

1. arbeid med gravide med rusavhengighet
2. arbeid med pasienter i legemiddelassistert rehabilitering

14. Veiledning og kompetanseutveksling

14.1 Veiledning

- Helseforetaket skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.
- Partene skal kjenne til den andre avtalepartens tjenestetilbud, rammer og arbeidsmåter og bidra til at det ikke skapes urealistiske forventninger i oppgaveløsningen.
- Partene skal etablere et system som gir tilgang til hverandres kompetanse, når det gjelder samarbeid rundt enkeltpasienter, herunder mulighet for å konferere med helse- og omsorgspersonell / ambulante tjenester i helseforetaket i en akutt situasjon
- Helseforetaket skal ved behov gi veiledning om enkeltbrukere der kompetanse må overføres i praktisk samhandling med bruker
- Partene skal ta initiativ til gjennomføring av samarbeidskonferanser om veiledning.

14.2 Kompetanseutvikling

- Planlegge møter arrangert for bestemte faggrupper eller med fastlagt tema
- Avtale samarbeidsprosjekter
- Fortsette hospitering eller besøksordninger for at ansatte skal bli kjent med begge parter arbeidssituasjon og arbeidsmetodikk.
- Utvikle kompetanse i forebyggende tiltak innen psykisk helse og rusmiddelbruk
- Bruke kompetansesentra aktivt for å utvikle kompetanse og tjenesteutvikling i kommunen og spesialisthelsetjenesten⁴

⁴KORFOR, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest RHF
SESAM, Regionalt kompetansesenter for eldre medisin og samhandling
RVTS-Vest, Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
TIPS, Regionalt nettverk for klinisk psykoseforskning i Helse Vest RHF
RKBUP-Vest, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge
Partnerskap for folkehelse med Rogaland fylkeskommune og kommunene
HPH, Norsk nettverk for helsefremmende sykehus og helseforetak
Korus Vest-Stavanger

15. Kommunikasjon og meldingsutveksling

Når elektronisk kommunikasjonsløsning for samhandling mellom kommunen og helseforetaket er innført, skal denne benyttes via Norsk Helsnett. Der det er utviklet egne fagspesifikke maler for meldingsutveksling, skal disse benyttes hvis ikke annet er avtalt. Inntil sykehuset har tatt i bruk elektronisk medikamentmodul, tilbys kommunene utskrivningsrapport som en tilpasset epikrisemelding.

Dersom elektronisk meldingsutveksling ikke er etablert, skal en anonymisert faks benyttes. Ved bruk av faks identifiseres pasienten kun ved bruk av initialer og fødselsår. Mottaker av faksen kontaktes i forkant (se aktuelle nummer i kommunene på www.sus.no/samhandling, kontaktinformasjon).

Meldinger, sendt og mottatt, skal dokumenteres av begge parter.

16. Oppfølging av avtalen

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder samhandling mellom partene.

Samhandlingsutvalget vurderer hvordan avtalen nærmere skal følges opp, f.eks. ved opprettelse av et fagråd for de områder som omhandles i denne avtalen. Møter i et ev. fagråd bør avholdes minst to ganger pr. år. Et ev. fagråd har representasjon fra kommunene og helseforetaket.

Et fagråd for psykisk helse og ruslidelser kan ha til oppgave å:

- følge opp avtalens innhold og bidra til å gjøre avtalen kjent
- følge opp spørsmål og meldinger om avvik i forhold til avtalen på systemnivå
- gi råd til ansvarlige organer når det gjelder samhandling, tolking og utvikling av avtalen
- oppnevne arbeidsgrupper for å følge opp prioriterte innsats- og utviklingsområder
- arrangere årlige samarbeidskonferanser
- ta opp og drøfte aktuelle problemstillinger knyttet til forståelse og utvikling av avtalen
- kartlegge og vurdere årsak til reinnleggelser og svingdørsproblematikk

17. Avvik og mislighold

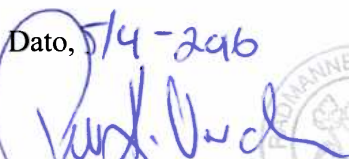
Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder håndtering av avvik og mislighold.

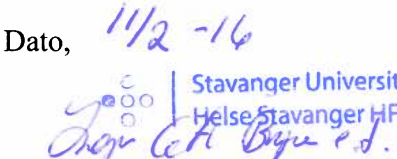
18. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtale skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale.

19. Iverksetting, revisjon og oppsigelse.

Bestemmelsene vedrørende iverksetting, revisjon og oppsigelse i punkt 14 i overordnet samarbeidsavtale gjelder tilsvarende for denne delavtalen.

Dato, 5/4-2016

Stavanger kommune

Dato, 11/2-16

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

Delavtale nr. 2b

Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for habilitering

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

Samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og kommunene i helseforetaksområdet

Innhold

1. Parter.....	3
2. Bakgrunn.....	3
3. Formål.....	3
4. Virkeområde	4
5. Rettskilder.....	4
6. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen	4
6.1 Generelt om habiliteringstilbudet	4
6.1.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	4
6.1.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	5
6.2 Samhandling om pasienter som har behov for langvarige, helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester fra kommunen og helseforetaket.....	6
6.2.1 Felles ansvar og oppgaver.....	6
6.2.2 Kommunens ansvar og oppgaver.....	6
6.2.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver	6
7. Bruk av tvang og makt	7
7.1 Kommunens ansvar og oppgaver.....	7
7.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver	7
7.3 Felles ansvar for samarbeid i vedtaksperioden	7
8. Kompetanse og veiledning.....	8
8.1 Felles ansvar og oppgaver.....	8
8.2 Kommunens ansvar og oppgaver.....	8
8.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver	8
9. Oppfølging av avtalen.....	8
10. Avvik og mislighold	8
11. Uenighet.....	8
12. Iverksetting, revisjon og oppsigelse.....	9

Samarbeidsavtale om behandlingsforløp for habilitering

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

1. Parter

Avtalen er inngått mellom Stavanger kommune og Helse Stavanger HF.

En del av spesialisthelsetjenesten leveres av avtalespesialister som har direkte avtale med Helse Vest RHF. Det er enighet om at avtaler fra avtalespesialister skal være koordinerte og helhetlige og fungere i tråd med denne avtalen. Helse Stavanger og kommunene vil aktivt, overfor Helse Vest RHF, bidra til at dette skjer.

2. Bakgrunn

Delavtale om samarbeid i tilknytning til habiliteringstilbud er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt, nr. 2.

Avtalen bygger på helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, 1. ledd, nr. 2, som fastslår at det skal inngås avtale om retningslinjer for samarbeid i tilknytning til habilitering for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

3. Formål

Formålet med avtalen er å sikre pasientene, sammenhengende og koordinerte tjenester av faglig forsvarlig kvalitet på rett nivå. Avtalen omhandler pasienter som har rett til habilitering, individuell plan, koordinator og/eller tjenester fra koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten og i kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Avtalen skal medvirke til:

- Å klargjøre helseforetakets og kommunens ansvar og oppgaver gjennom pasientens habiliteringsforløp. Et godt løsningsfokuset samarbeid om pasienter med behov for habilitering i kommunen og i helseforetaket
- Å sikre gode pasientforløp
- Å sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom helseforetaket, kommunene og pasient
- Å sikre pasientens rett til informasjon, medvirkning og involvering i habiliteringsprosessen
- Å redusere risikoen for uønskede hendelser

4. Virkeområde

Avtalen gjelder for pasienter/brukere med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse eller kronisk sykdom, som har behov for habiliteringstjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

De sentrale gruppene er personer med utviklingshemming, multifunksjonshemming, autismspekterforstyrrelser, cerebral parese, myelomeningocele, muskelsykdommer og sjeldne syndromer. I gruppen er det stor komorbiditet, og mange har behov for oppfølging fra flere av helseforetakets og kommunens tjenester, samt fra landsdekkende sentre. Dette vil i stor grad dreie seg om pasient-/ brukergrupper som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Delavtale 3 (innleggelse) og 5 (utskrivelse) gjelder på området.

Definisjon av habilitering og rehabilitering (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator):

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

5. Rettskilder

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til dette er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter og retningslinjer:

- 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
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63
- Lov om helsepersonell mv. av 2. juli 1999 nr. 64
- forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Listen er ikke uttømmende og også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver.

Partene har ansvar for til enhver tid å ha oppdatert kunnskap om gjeldende lovverk og endringer i disse som har betydning for utførelsen av helse- og omsorgsoppgaver. Partene har videre ansvar for å informere og lære opp egne ansatte, brukere og pasienter i nødvendige lovbestemmelser.

6. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunen

Partene har ansvar for å informere pasient og pårørende om pasient- og brukerrettigheter og til å innhente informert samtykke som en naturlig del av pasientoppfølgingen ved behov.

6.1 Generelt om habiliteringstilbudet

6.1.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. vurdere pasientens rett til helse- og omsorgstjenester og andre tjenester og beslutte, fatte vedtak og iverksette disse. Kommunen definerer type og omfang av tjenester.

2. ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering med oversikt og plan for habiliteringstjenestene
3. vurdere behov for og ev. tilby koordinator
4. tilby nødvendig kartlegging, utredning og oppfølging før henvisning til helseforetaket
5. henwise til helseforetaket ved fastlege fortrinnsvis i samarbeid med andre aktuelle fagpersoner/instanser i kommunen etter gjeldende rutiner
6. sørge for at relevant kommunalt personell er til stede når det mottas veiledning fra helseforetaket slik at det over tid fører til en kompetanseoppbygging i kommunen
7. være ansvarlig for koordinering med helseforetaket om ikke annet er avtalt
8. vurdere om pasienten har behov for helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester og individuell plan, og iverksette samarbeidstiltak i henhold til punkt 6.2

6.1.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. ha en oppdatert og lett tilgjengelig oversikt over habiliteringstilbudet i helseforetaket og adresse for henvisninger på helseforetakets nettsider
2. vurdere pasientens rett til helsehjelp etter gjeldende retningslinjer (respektive prioriteringsveiledere), eventuelt å videresende henvisningen til annen del av helseforetaket
3. vurdere behov for og eventuelt tilby koordinator
4. informere pasient, henvisende instans/fastlege skriftlig om resultatet av vurderingen, og om fristen for når eventuell helsehjelp skal gis
Hvis pasienten vurderes til ikke å ha behov for helsehjelp fra helseforetaket, skal henvisende instans gis veiledende tilbakemelding.
5. sørge for spesialisert undersøkelse/utredning og diagnostisering, poliklinisk behandling og ambulant virksomhet
6. tilby aktuell kommunal fagperson å være til stede under utredning/oppfølging, der det anses hensiktsmessig og pasienten/pårørende samtykker til dette
7. gi tilbakemelding til pasient/pårørende, henviser/fastlege og eventuelt til koordinator/andre aktuelle fagpersoner i kommunen etter utredning
8. sørge for at pasienten og pårørende får god og ensartet informasjon om diagnose og videre plan for oppfølging
9. bistå pasienten med søknad om kommunale helse- og omsorgstjenester ved behov (kommunen definerer type og omfang av tjenester)
10. gi råd og veiledning til fagpersonell innen både barnehage-/skole- og helse- og omsorgssektoren i kommunen også etter endt utredning og eller ved behov for spesialiserte tjenester.
11. gi veiledningen til relevant kommunalt personell på en slik måte at det over tid fører til en kompetanseoppbygging i kommunen
12. tilby koordinator for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester
13. samarbeide med andre etater/instanser når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbud til den enkelte
14. vurdere om pasienten har behov for helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester og individuell plan, og iverksette samarbeidstiltak i henhold til punkt 6.2
15. gi avslutningsrapport/epikrise til pasienten/pårørende, fastlege, eventuelt koordinerende enhet og andre aktuelle instanser dersom pasienten/pårørende samtykker til dette

6.2 Samhandling om pasienter som har behov for langvarige, helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester fra kommunen og helseforetaket

6.2.1 Felles ansvar og oppgaver

1. ha et system for oppnevning av koordinator som ivaretar samarbeidet mellom nivåene
Kommunen har ansvar for koordinering med helseforetaket om ikke annet er avtalt.
2. samarbeide om individuell plan der dette er påkrevd. Kommunen har hovedansvaret for utforming, og helseforetaket skal medvirke.
3. utarbeide en forpliktende plan mellom partene der bruker ikke ønsker en individuell plan der dette er hensiktsmessig
4. avklare partenes tjenestetilbud og opptre slik at bruker opplever tjenestene som et sammenhengende og helhetlig tilbud
5. skape kontinuitet i tilbudet til pasienten ved at kunnskap og ansvar videreføres i overgangen fra barn til voksen
6. ha spesiell oppmerksomhet overfor sårbare grupper som har økt risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser
Personens samlede situasjon vil kunne kreve koordinert innsats fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, barnevern og skole/barnehage.
7. prioritere pasienter som har størst behov for sammenhengende og koordinerte tjenester i henhold til gjeldende retningslinjer
8. ivareta barn som pårørende etter gjeldende utarbeidede retningslinjer. Ved behov tar helseforetaket kontakt med relevant hjelpeinstans i kommunen

6.2.2 Kommunens ansvar og oppgaver

1. Koordinerende enhet skal ha oversikt over kommunens habiliteringstilbud, og har ansvar for samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på systemnivå.
2. Koordinerende enhet skal ha ansvar for å
 - a. koordinere intern samhandling mellom tjenester og instanser i kommunen
 - b. sørge for å utarbeide Individuell Plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator
 - c. være kontaktpunkt for henvendelser om IP
 - d. sørge for koordinator/plankoordinator for individuelle planer
 - e. påpeke manglende samordning i enkeltsaker og initiere prosesser som kan gi bedre koordinering
 - f. ha et overordnet ansvar for å se til at arbeidet med individuell plan blir fulgt opp

6.2.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. ha en synlig koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering som skal
 - a. ha en generell oversikt over habiliteringstilbud i helseforetaket og bidra til å synliggjøre denne på koordinerende enhets nettside
 - b. ha en samlet oppdatert oversikt over koordinerende enhet i kommunene på foretakets nettside
 - c. ha et overordnet ansvar for helseforetakets arbeid med individuell plan, herunder å utarbeide interne retningslinjer
 - d. drifte kontaktnettverk med arbeidsutvalg og møteplass for de koordinerende enhetene og med samarbeidsparter i foretaksområdet
2. tilby koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarig og koordinerte tjenester fra helseforetaket, og informere kommunen om dette.
Koordinator samarbeider med kommunal koordinator.

3. etablere rutiner for internt samarbeid i saker hvor flere deler av spesialisthelsetjenesten er involvert
4. medvirke i utarbeidelse av individuell plan i samarbeid med pasient, pårørende og kommunen
5. avklare sin rolle og eventuelt delta ved oppstart av ansvarsgruppe og informere kommunen før et habiliteringsforløp blir avsluttet
6. gi ambulant tilbud i samråd med kommunen, og sammen med kommunen der dette er faglig hensiktsmessig eller påkrevd
7. informere om aktuelle lærings- og mestringstilbud fra helseforetaket. Lærings- og mestringssenteret sine tilbud skal synliggjøres på helseforetakets nettsider.

7. Bruk av tvang og makt ¹

Partene har som målsetting 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 helseforetaket ved vurdering og iverksetting av tiltak med bruk av tvang og makt etter helse- og omsorgstjenestelovens kap. 9 skal følge gjeldende felles rutiner og etter følgende hovedprinsipper:

7.1 Kommunens ansvar og oppgaver

1. plikt til å kontakte helseforetaket dersom tvangstiltak vurderes
2. sende skriftlig henvisning til helseforetaket etter prosedyre for henvisning
3. legge fram dokumentasjon på hvilke tiltak som er prøvd og at tvang er nødvendig
4. bidra til kartleggingsmøter sammen med helseforetaket
5. fatte vedtak på tiltakene, som så oversendes Fylkesmannen for godkjenning
6. gi nødvendig opplæring i gjennomføring av tiltakene
7. legge forholdene til rette slik at spesialisthelsetjenesten kan bistå på en faglig forsvarlig måte.

7.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. plikt til å sørge for nødvendig bistand til kommunene i forbindelse med tvangsvedtak
2. sørge for nødvendig bistand til kommunen i forbindelse med vurdering av, utredning, utforming og gjennomføring av tvangstiltak
3. gi uttalelse til Fylkesmannen ved behov
4. yte forsvarlig veiledning og bistand til kommunen

7.3 Felles ansvar for samarbeid i vedtaksperioden

1. avtale omfang av veiledning, bistand til evaluering i vedtaksperioden
2. avklare bistand til evalueringsrapport og bistand til eventuell fornying av vedtak

¹ Tvang og makt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven kap. 9

8. Kompetanse og veiledning

8.1 Felles ansvar og oppgaver

1. bidra til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring gjennom opprettelse og videreføring av faglige nettverk innen habilitering
2. samarbeide om forskning og fagutvikling innen habilitering
3. arrangere kurs og kompetansehevende tiltak
4. sørge for nødvendig kompetanseoverføring i habiliteringstilbudet ved overgang fra barn til voksen
5. utarbeide henvisningsrutiner og rutiner for samarbeid om bruk av tvang og makt

8.2 Kommunens ansvar og oppgaver

1. sørge for at ansatte gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig
2. medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning
3. Sørge for nødvendig tilrettelegging slik at planlagt veiledning fra helseforetaket kan føre til kompetanseoppbygging i kommunen

8.3 Helseforetakets ansvar og oppgaver

1. sørge for at ansatt helsepersonell i egen virksomhet gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig
2. gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige og andre forhold som er påkrevd for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift

9. Oppfølging av avtalen

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder samhandling mellom partene.

Samhandlingsutvalget vurderer hvordan avtalen nærmere skal følges opp.

10. Avvik og mislighold

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder håndtering av avvik og mislighold.

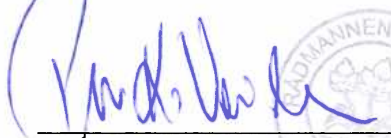
11. Uenighet


Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale.

12. Iverksetting, revisjon og oppsigelse


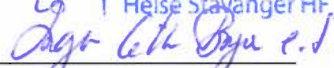
Bestemmelsene vedrørende iverksetting, revisjon og oppsigelse i punkt 14 i overordnet samarbeidsavtale gjelder tilsvarende for denne delavtalen

Dato, 5/4-2016


Stavanger kommune



Dato, 11/2-16

 Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

Helse Stavanger HF

Delavtale nr. 6

Samarbeidsavtale om

- Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering
 - Samarbeid om utdanning, praksis og læretid
-

Samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og kommunene i helseforetaksområdet

Innhold

1. Parter.....	3
3. Formål.....	3
4. Virkeområde.....	4
5. Rettskilder	4
6. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunene	4
7. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og	5
informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering	5
7.1. Sikre informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring knyttet til pasientforløp	5
7.2 Partenes bidrag til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring.....	5
7.3 Partenes bidrag til evaluering og kvalitetsutvikling av tjenestene.....	7
7.4 Informasjon og dialog om endringer i driftsforhold og planer for partenes fremtidige virksomhet	7
8. Samarbeid om utdanning, praksis og læretid	7
9. Oppfølging av avtalen	8
10. Avvik og mislighold.....	8
11. Uenighet.....	8
12. Iverksetting, revisjon og oppsigelse	8

Samarbeidsavtale om

- Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering
 - Samarbeid om utdanning, praksis og læretid.
-

1. Parter

Avtalen er inngått mellom Stavanger kommune og Helse Stavanger HF.

2. Bakgrunn

Denne delavtalen er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale pkt. 5, første avsnitt, nr. 6.

Avtalen bygger på helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, første ledd, nr. 6, som fastslår at det skal inngås samarbeidsavtale om retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering, og § 6-2, første ledd, nr. 7, som fastslår at det skal inngås samarbeidsavtale om utdanning, praksis og læretid. Samarbeid om forskning, jf. § 6-2, første ledd, nr. 7 reguleres i delavtale nr. 7.

3. Formål

Denne delavtale har som formål å bidra til god samhandling om informasjonsutveksling, kunnskapsoverføring og dialog som kan sikre gode tjenester og pasientforløp.¹ Avtalen skal klargjøre og beskrive samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene.

Avtalen skal

- Sørge for felles arenaer for kunnskapsoverføring

¹ «Pasient» leses som «pasient/bruker» hvor dette passer.

- Sikre felles oppmerksomhet på utdanningsløp og utdanningsinnhold
- Bidra til at hospitering øker partenes kompetanse og kjennskap til hverandres tjenester og rammer
- Bidra til samarbeid om praksis og læretid
- Medvirke til gode pasientforløp gjennom felles kvalitetsutvikling

4. Virkeområde

Avtalen omfatter både somatikk, rus og psykisk helse, og gjelder alle pasient- og brukergrupper som er felles for partene, uansett alder og diagnose.

5. Rettskilder

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til dette er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter og retningslinjer:

- 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
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63
- Lov om helsepersonell mv. av 2. juli 1999 nr. 64

Listen er ikke uttømmende og også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver.

Partene har ansvar for til enhver tid å ha oppdatert kunnskap om gjeldende lovverk og endringer i disse som har betydning for utførelsen av helse- og omsorgsoppgaver. Partene har videre ansvar for å informere og lære opp egne ansatte, brukere og pasienter i nødvendige lovbestemmelser.

6. Ansvars- og oppgavefordeling mellom helseforetaket og kommunene

Kommunen har plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning, jf. § 8-1 i helse- og omsorgstjenesteloven. Helse- og omsorgstjenestens ansvar og medvirkning er knyttet til praksisdelen av aktuelle utdanninger.

Helseforetaket skal i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 særlig ivareta følgende oppgaver:

1. pasientbehandling
2. utdanning av helsepersonell
3. forskning
4. opplæring av pasienter og pårørende

Helse Stavanger HF har en lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunene, jf. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven.

Partene har et felles ansvar for å legge til rette for at det utvikles felles tiltak for å styrke kunnskap, kunnskapsoverføring og kompetanseoppbygging hos helse- og omsorgspersonell som understøtter samhandlingsreformens intensjoner.

Det vises til merknader gitt til § 6-2 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester hvor departementet anfører:

«Nummer 6 pålegger avtalepartene å lage opplegg som sikrer at de gir den andre avtaleparten nødvendig informasjon og kunnskap. Foretaket må forplikte seg gjennom avtalen til å tilføre kommunen kunnskap som er nødvendig for at det skal være forsvarlig at kommunen i fremtiden utfører oppgaver som sykehuset utfører i dag.»

7. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering

7.1. Sikre informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring knyttet til pasientforløp

Ansvar og oppgavefordeling vedrørende informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring ved henvisning og innleggelse av pasienter, ved opphold i og utskrivning av pasienter fra Helse Stavanger HF er beskrevet i delavtale nr. 3 og nr. 5.

Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3:

*Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten
"Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift."*

Veiledning skal gis til kommunalt personell slik at det over tid fører til kompetanseoppbygging i kommunene. Dette kan gis som praktisk opplæring, undervisning, hospitering, råd og veiledning.

Det oppnevnes ressurspersoner som kan videreformidle den opplæring som er gitt.

Partene skal gjensidig utveksle opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for å kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

I enkeltsaker skal det på riktig tidspunkt gis tilstrekkelig informasjon, råd og veiledning.

Råd, veiledning og opplysninger på generelt grunnlag gis som undervisning, kurs, veiledningsgrupper, telefonveiledning m.m.

Informasjon og veiledning som følge av veiledningsplikten gis kostnadsfritt.

Form og innhold i forhold til opplæring avtales mellom partene.

7.2 Partenes bidrag til kompetanseøkning og kunnskapsoverføring

Avtalen forplikter begge parter til å bidra til at det blir etablert og sikret driftsmuligheter for utvikling og vedlikehold av ulike faglige nettverk og møteplasser mv. som kan ivareta partenes behov for kunnskapsoverføring og dialog.

Partene er enige om at følgende tiltak videreføres og videreutvikles som arenaer for kunnskapsoverføring:

7.2.1 Kontakttelefon i Helse Stavanger HF

Eksempler på dette er:

- Veiledning til leger ved spørsmål om innleggelse av pasienter
- Sykepleiefaglig rådgivning
- TIPS - tidlig oppdagelse og behandling av psykoser

7.2.2 Ambulante team

Ambulante team utgått fra Helse Stavanger HF skal samarbeide med ansatte og fastleger for å sikre kompetanseheving i kommunene.

7.2.3 Praksiskonsulentordningen (PKO)

Ordningen er et nettverk av fagpersoner som har til hensikt å fremme samarbeidet mellom fastleger, øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste til beste for enkeltpasienten. I dag er leger og sykepleiere omfattet av ordningen. Ordningen bør utvides til å gjelde flere faggrupper. Det vises i tillegg til overordnet samarbeidsavtale pkt. 7.3.

7.2.4 Kompetansesentrene i regi av Helse Stavanger HF

Eksempler på dette er:

- SESAM - Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling
- KORFOR - Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning
- NKB - Norsk kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser
- RAKOS – Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter

7.2.5 Gjensidig hospiteringsordning

Dagens hospiteringsordning er et tilbud til alle ansatte med helse- og sosialfaglig bakgrunn i kommunene og Helse Stavanger HF. Ordningen må opprettholdes og videreutvikles. Hospitering kan også benyttes som et tilbud ved veiledning i forhold til enkeltpasienter.

7.2.6 Faglige nettverk

På bakgrunn av erfaring med eksisterende nettverk på flere fagområder anbefales nettverk som et redskap for kompetanseutveksling mellom kommunene og Helse Stavanger HF.

7.2.7 Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester skal være pådrivere for kunnskap og kvalitet i eget fylke. Partene er enige om at samarbeid mellom utviklingssentrene og Helse Stavanger HF videreføres.

Opprettelse av nye tiltak som gjelder samhandling mellom Helse Stavanger HF og flere kommuner meldes til Samhandlingsutvalget, jf. overordnet samarbeidsavtale pkt. 7.2.1)

Samhandlingsutvalget anbefales å vurdere følgende nye tiltak:

- **«Simuleringslaboratorium»**
Simuleringslaboratorium kan tas i bruk som felles arena for kompetanse- og kunnskapsoverføring.
- **Kombinasjonsstillinger**

Det anbefales å vurdere behov og mulighet for opprettelse av kombinasjonsstillinger mellom Helse Stavanger HF og aktuelle kommuner.

7.3 Partenes bidrag til evaluering og kvalitetsutvikling av tjenestene

Partene er ansvarlige for at det drives kontinuerlig kvalitetsutvikling av tjenestene. Pasienten skal stå i fokus.

Pasientsikkerhet, verdighet og krav til forsvarlighet ligger til grunn for tjenestene.

Aktuelle områder kan være

- felles kvalitetsutviklingsprosjekt
- felles utarbeidelse av pasientforløp
- samarbeid om revisjon av pasientforløp
- brukerundersøkelser som et ledd i kvalitetsutviklingsprosjekt

Partene er også enige om at avviksbehandling benyttes som et redskap for evaluering og kvalitetsutvikling av tjenestene. Avviksbehandling er nevnt i overordnet samarbeidsavtale pkt. 11.

Det bør arbeides med

- å få en felles forståelse for avviksbehandling
- å få en felles kultur for melding av avvik
- systematisk gjennomgang av avvikene i forbedrings- og læringsarbeidet
- å gjennomføre felles samlinger for aktuelle ledere på ulike nivå

Samhandlingsutvalget vurderer hvordan dette skal organiseres, for eksempel gjennom opprettelse av fagråd.

7.4 Informasjon og dialog om endringer i driftsforhold og planer for partenes fremtidige virksomhet

Det vises til overordnet samarbeidsavtale pkt. 9, andre kulepunkt.

8. Samarbeid om utdanning, praksis og læretid

Partene er enige om at det opprettes et forum for utdanningsbehov mellom kommunene og Helse Stavanger HF. Aktuelle utdanningsinstitusjoner inviteres til å delta.

Samhandlingsutvalget vurderer hvordan dette skal organiseres, for eksempel gjennom opprettelse av fagråd.

Aktuelle oppgaver kan være

1. Vurdere og melde mulig felles behov til ulike utdanningsinstitusjoner vedrørende innhold og omfang i grunnutdanning, etter- og videreutdanning eller master
2. Vurdere etablering/videreføring av felles etter- og videreutdanningstilbud for kommuner og Helse Stavanger HF
3. Praksis der studenter følger pasientens forløp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste til spesialisthelsetjeneste og tilbake til kommunen (samhandlingspraksisen)

4. Etablere felles kompetanseoppbygging og videreutvikling av praksisveiledere knyttet til aktuelle studentgrupper
5. Samarbeid om opplæring av lærlinger, for eksempel:
 - a. Felles undervisningsdager
 - b. vurdere mulighet for samarbeid om lærlingeforløp

Det sendes invitasjon til hverandres fagdager når relevante tema er på agendaen.

9. Oppfølging av avtalen

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder samhandling mellom partene.

Samhandlingsutvalget vurderer hvordan avtalen nærmere skal følges opp.

10. Avvik og mislighold

Det vises til overordnet samarbeidsavtale når det gjelder håndtering av avvik og mislighold.

11. Uenighet

Uenighet og tvist etter denne avtalen skal løses etter bestemmelsene i overordnet samarbeidsavtale.

12. Iverksetting, revisjon og oppsigelse

Bestemmelsene vedrørende iverksetting, revisjon og oppsigelse i punkt 14 i overordnet samarbeidsavtale gjelder tilsvarende for denne delavtalen.

Dato, 29.6.2012


Stavanger kommune v/ rådmann

Dato, 22/6-2012


Helse Stavanger HF v/ styreleder