

Retningslinje 2 Koordinerte og samtidige tjenester

Denne retningslinjen tilhører samarbeidsavtalen som er inngått mellom kommunene i Telemark og Sykehuset Telemark Helseforetak (STHF). Retningslinjen gjentar ikke de områdene som er omtalt i Samarbeidsavtalen.

1 Formål

Formålet med retningslinjen er å sikre et helhetlig, sammenhengende og faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenestetilbud (heretter kalt tjenestene) og pasientforløp på tvers av tjenestenivåene.

Delavtalen skal konkretisere ansvars- og oppgavefordelingen mellom STHF og kommunene i overgangene mellom tjenestenivåene, ved bruk av koordinerende enhet, koordinator, individuell plan, samtidige og ambulante tjenester.

Partnerne forplikter seg til brukermedvirkning. Pasientens behov og ønsker skal være førende for prosessene og bruker skal inkluderes.

2 Målgruppe

Ansatte (inkludert fastleger) i kommunen og ved STHF som jobber med pasienter og brukere som har behov for koordinerte og samtidige tjenester mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

3 Ansvar og finansiering

Partnerne har selvstendig arbeidsgiver- og finansieringsansvar for ansatte, dette gjelder også ansatte som deltar i ansvarsgruppemøter, som koordinator, ved veiledning på andre tjenestenivåer m.m.

Partnerne er enige om at de begge har en forpliktelse til å legge til rette for medvirkning fra pasienter/brukere og pårørende, og at de ulike prosessene og tiltakene er forankret hos disse.

4 Samarbeid

Denne retningslinjen vil beskrive kommunikasjon/ informasjonsutveksling ved innleggelse, opphold og utskrivning av pasienter med behov som strekker seg ut over ordinære rutiner for inn- og utskrivning, inkludert private tjenestetilbydere.

Dersom kommune eller sykehus oppfatter at det er behov for planlegging av pasientforløp utover det som fremkommer i retningslinje 3 (Retningslinje 3 er ikke foreløpig ikke godkjent, inntil videre gjelder [delavtale 4.3.1](#)), kan hver av partene initiere dialog med den andre, samt sørge for samarbeidsprosesser som sikrer helhetlige og sømløse pasientforløp.

Pasientens individuelle behov skal være førende for prosessen og hver av partnerne forplikter seg til raskest mulig å avklare og planlegge for tjenesteforløpet. Den enkelte partner vurderer hvem som skal involveres, men det bør

tilstrebes at det er deltakere som er, eller skal være, involvert i oppfølging av pasienten. Hovedregelen er at pasient, verge eller nærmeste pårørende skal delta i samarbeidsprosessen om videre tjenesteforløp.

4.1 Ansvarsområder

Partnerne forplikter seg til gjensidig og respektfull samhandling med forståelse for hverandres rammer og muligheter.

For å avklare ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er det hensiktsmessig å skille ansvarsområder jf figur 5.1. For mange pasienter er det tilstrekkelig med oppfølging fra enten kommune eller STHF, men prinsippet i tilnærming for pasienter denne retningslinjen omfatter, er et helhetsperspektiv på habilitering/rehabilitering.

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?	 Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?

Figur 5.1: ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

4.2 Nettverk for koordinerende enheter

For å sikre felles forståelse og helhetsperspektiv samt bidra til mer systematisk samarbeid rundt pasient/brukergruppa omfattet av denne retningslinjen, etableres det et nettverk for koordinerende enheter i kommuner og STHF. Nettverket etableres med administrativ støtte fra statsforvalter. Ansvar for koordinering og drift av nettverket avtales etter etablering. Partene forplikter seg til deltakelse i nettverket.

4.3 Samhandling med fastlege

Fastlege skal være involvert i planlegging av pasientforløp for pasienter med behov for koordinerte tjenester, og sammen med spesialisthelsetjenesten være ekstra oppmerksomme på behovet for medisinske koordinering, der dette ikke naturlig ivaretas av koordinator eller ansvarlig tjenesteyter i kommunen.

Sykehuset har ansvar for å realisere sin del av samarbeidsavtalen/rammeavtalen mellom legeforeningen og de fire regionale helseforetakene ved å inngå avtale med samhandlingsleger. Formålet med rammeavtalen er å legge til rette for økt samhandling og koordinering mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingslegene skal bidra til å forbedre helheten i pasientforløpet ved å drive frem samhandlingsprosjekter som gir verdi for pasientene, fastlegene og STHF.

5 Samarbeidsrutiner

Hver av partnerne har et selvstendig ansvar for å ha rutiner som sikrer sammenhengende tjenestetilbud og bidrar til helhetlig oppfølging i overgang mellom tjenestenivåene, blant annet ved prosedyrer som beskriver iverksetting av koordinator og individuell plan (heretter kalt IP) og samarbeid mellom kommune og sykehus om dette.

5.1 Koordinator og individuell plan

Pasientens rettighet til IP gjelder både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Dersom det er behov for IP på tvers av nivåene, er det kommunen som er ansvarlig for å opprette IP. STHF skal samarbeide med kommunen om planen. Alle søknader om IP skal gå til koordinerende enhet/tjenestekontor eller tilsvarende i kommunen.

Ansvaret for å utarbeidelse og oppfølging av individuell plan kan i kommunene ligge også hos andre enn helse – og omsorgstjenesten, eksempelvis NAV (samt barnevern eller PPT hos barn/unge).

5.1.1 Kommunens ansvar

- IP og koordinatorfunksjonen forankres i kommunen og forutsetter behov for koordinerte kommunale helse- og omsorgstjenester
- Informere og gi råd og veiledning til brukere om hva IP er
- Starte en planprosess og involvere aktuelle instanser under forutsetning om samtykke fra pasienten eller samtykke fra foresatte til pasienter under 16 år, samt samtykke fra foresatte eller verge for pasienter over 16 år som ikke har samtykkekompetanse

5.1.2 STHF sitt ansvar

- Informere og gi råd og veiledning til brukere om hva IP er
- Bistå med søknad til koordinerende enhet i kommunen under forutsetning om samtykke fra pasienten
- Starte en evt planprosess og involvere aktuelle instanser under forutsetning av samtykke fra pasienten. Dersom planarbeidet starter ved STHF, har STHF ansvar for å kalle inn til møte slik at planprosessen kan videreføres i kommunen
- Dersom pasienten har en plan, skal aktuelle livsområder/mål i planen ha fokus under behandlingen. Med pasientens samtykke kan planen innhentes, fortrinnsvis digitalt, og samarbeid med koordinator i kommunen bør etableres så tidlig som mulig.
- Delta i samarbeids/ansvarsgruppemøter ved behov og etter samråd med kommunen

6 Bruk av digitale løsninger

I hovedsak er samhandling knyttet til digitale løsninger beskrevet i retningslinje 7 (Lenke).

Hver av partnerne skal tilrettelegge for digitale løsninger for individuell plan og en gjensidig forpliktelse til å bidra i hverandres digitale infrastruktur.

7 Samtidige tjenester

STHF tilrettelegger for at stadig flere tjenester kan gis uten at pasienten legges inn på sykehuset. Disse tjenestene kan ytes på ulike måter, både ved polikliniske konsultasjoner på sykehuset, og via oppsøkende tilbud fysisk eller digitalt, alt ut fra hva STHF vurderer mest hensiktsmessig. For pasienter som mottar tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten har en aktiv rolle i utredning/behandling, bør deltagelse i tverrfaglig samarbeid avtales nærmere mellom kommune og STHF. Samarbeidet kan også innebefatte generelle råd og veiledning ovenfor ansatte i kommunen

8 Referanser

- [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#)
- [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet - Lovdata](#)
- [§ 2-5 Rett til individuell plan - Helsedirektoratet](#)
- [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) - Kapittel 2. Ansvarsfordeling og generelle oppgaver - Lovdata](#)
- [Nasjonal veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [Nasjonal veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)
- [Nasjonal veileder om barn og unge med habiliteringsbehov](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje om behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#)
- [Pårørendeveilederen](#)
- [Nasjonal veileder om samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier](#)