Helsefellesskapet Østfold
Et samarbeid mellom kommunene og Sykehuset Østfold

Retningslinje **Felles SØ**

Samarbeidsavtale - kommuner og sykehus Retningslinje nr. 2 - Helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for koordinerte tjenester

Endring siden forrige versjon
Forlenget gyldighet til 17.02.2027 uten endringer i dokumentet.

1. Formål

- Sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse

- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient/ bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene
  (jf. forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator)

2. Omfang

Retningslinjen omfatter alle personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

3. Definisjon habilitering og rehabilitering

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

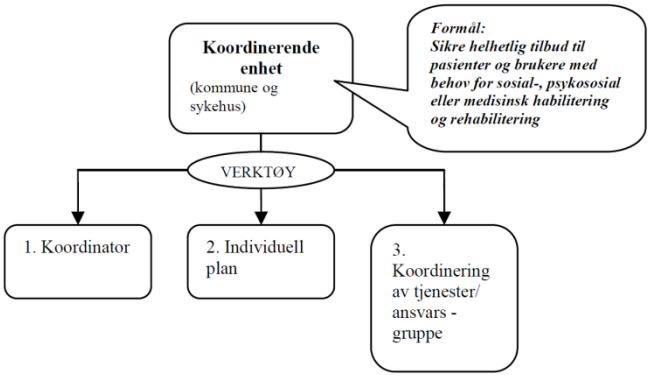
4. Organisering og ansvar

Følgende skal være etablert både i Sykehuset Østfold (SØ) og kommunene:

- **Koordinerende enhet**, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b
- **Koordinator**, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (§ 7-2) **(*)** og spesialisthelsetjenesteloven (§ 2-5a)
- **Individuell plan** for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1
- **Ansvarsgruppe**, skal sikre god koordinert oppgavefordeling mellom enheter og instanser og kontinuitet i oppfølging av tiltak

(*)*(merk at koordinatorbegrepet brukes i flere sammenhenger, dette er egen koordinator slik det def. i fellesforskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator)*

Overordnet struktur i sykehus og kommune for oppfølging av pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester



5. Kommunens forpliktelser

Koordinerende enhet

- bidrar til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering
- mottar melding fra sykehus om innlagt og utskrivningsklar pasient, og melding om poliklinisk pasient, med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. punktet over
- har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator
- tar ved behov initiativ til oppretting av ansvarsgruppe
- Vurdere i samarbeid med pasient/pårørende/verge hvilke verktøy som er hensiktsmessig i den aktuelle saken

Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- motta meldinger om behov for individuell plan, jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 23
- sørge for at det blir utarbeidet interne rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan

Verktøy 1: Koordinator

Funksjonen som koordinator i kommunen er profesjonsnøytral.

Koordinator tilbys uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan. Koordinatoren skal:

- sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker
- sikre samordning av tjenestetilbudet
- sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan
- sikre målrettet informasjons- og motiveringsarbeid om IP - verktøyet

Verktøy 2: Arbeid med individuell plan

Det skal utarbeides individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Den individuelle planen skal:

- tilpasses behovene til den enkelte pasient eller bruker
- ta hensyn til vedkommendes etniske, kulturelle og språklige forutsetninger

Ved behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet én individuell plan, og at planarbeidet koordineres.

Ved behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket samarbeide med disse.

Verktøy 3: Koordinering av tjenester gjennom ansvarsgruppe

Ansvarsgruppe:

- opprettes for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester og som selv ønsker flere tjenester fra kommunen eller andre tjenesteytere
- opprettes uavhengig av om personen ønsker individuell plan eller koordinator i kommunen
- bistår med å definere behov for hjelp og bistand og den enkelte tjenesteyters oppgaver og forpliktelser
- møtes ved behov og i samråd med bruker/ pasient
- beslutter hvem som har ansvar for referat og innkalling til neste møte når det ikke er oppnevnt koordinator

6. Sykehusets forpliktelser

Koordinerende enhet

- har generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i SØ og hvor man kan henvende seg i konkrete pasientsaker
- har oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunens helse- og omsorgstjeneste og annen spesialisthelsetjeneste

- er pådriver i samhandlingsarbeidet for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator i SØ

Overordnet ansvar for individuell plan innebærer at enheten blant annet skal:

- motta meldinger om behov for individuell plan, jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 23
- sørge for at det blir utarbeidet interne rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan

Verktøy 1: Koordinator i spesialisthelsetjenesten
Koordinator i spesialisthelsetjenesten bør være lege, men annet helsepersonell kan være koordinator når det anses hensiktsmessig og forsvarlig.

Koordinator tilbys uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan. Koordinatoren skal:

- sørge for nødvendig oppfølgning av den enkelte pasient
- sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere
- sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan
- ved behov bistå i informasjons- og motiveringsarbeidet vedrørende individuell plan overfor pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester
- i samråd med pasient, innkalle til ansvarsgruppemøte før behandling i spesialisthelsetjenesten avsluttes
- ved behov bistå i å søke om kommunale tjenester
- medvirke i kommunenes arbeid med individuell plan
- varsle kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering når den ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen

Dersom det ikke er opprettet koordinator gis melding om mulige habiliterings- eller rehabiliteringsbehov etter avsluttet behandling i spesialisthelsetjenesten til koordinerende enhet i kommunen av den som definerer at det kan være et behov.

Verktøy 2: Arbeid med individuell plan
Det skal utarbeides individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Den individuelle planen skal:

- tilpasses behovene til den enkelte pasient
- ta hensyn til vedkommendes etniske, kulturelle og språklige forutsetninger

Ved behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet én individuell plan i samarbeid med SØ.

Verktøy 3: Koordinering av tjenester gjennom ansvarsgruppe
SØ tar initiativ til å opprette, og deltar i, ansvarsgruppe for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester der pasienten selv ønsker flere tjenester fra kommunen eller andre tjenesteytere.

Ansvarsgruppe er beskrevet under kommunens forpliktelser, verktøy 3.

7. Behandling av særlig komplekse saker

- Ved uenighet mellom SØ og kommune om pasientens videre behov for behandling/ oppfølging eller formell status i hjelpeapparatet, skal koordinerende enhet i kommune og sykehus involveres
- De koordinerende enhetene skal i fellesskap vurdere pasientens behov for videre oppfølging og/eller behandling
- De koordinerende enheter skal ved behov søke råd hos medisinskfaglig rådgiver og/eller andre relevante fagpersoner
- Dersom det ikke oppnås enighet følges overordnet samarbeidsavtale, punkt 12 *håndtering av uenighet og tvisteløsning*

Referanser

Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet
Helse- og omsorgstjenesteloven (lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm). Lovdata
Psykisk helsevernloven
Spesialisthelsetjenesteloven (lov om spesialisthelsetjenesten mm)

•

Vedlegg

V02	Vedlegg 2.1 til retningslinje 2 - Koordinerte tjenester Brukerveiledning for meldingsutveksling om pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester (F/3.5.2-18)

Slutt på Retningslinje