

Delavtale mellom

XX kommune og Helse Førde HF

Retningslinjer for å sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester

Avtale om retningslinjer for å sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester

1. Partar

Avtalen er inngått mellom XX kommune og Helse Førde HF.

2. Bakgrunn

Avtalen er heimla i helse- og omsorgstenestelova § 6-1 og § 6-2, pkt 2:
(Avtalen skal som eit minimum omfatte): «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.»

Avtalen har vidare sin bakgrunn i spesialisthelsetenestelova § 2-1e, 2. ledd 1. setn:
«De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1»

Avtalen er og heimla i rammeavtalen mellom XX kommune og Helse Førde, jfr pkt. 4 i rammeavtalen.

3. Føremål

Denne delavtalen har som føremål å fastlegge retningslinjer som kan bidra til å sikre heilskaplege og samanhengande tenester av god kvalitet til pasientar/brukarar med behov for koordinerte tenester. Dette vil i stor grad dreie seg om pasientar som har rett til individuell plan og koordinator, jfr helse- og omsorgstenestelova kap. 7 og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16.12.11.

4. Informasjonsutveksling i samband med innleggjing, opphald i spesialisthelsetenesta og utskrivning

Prosedyrar for informasjonsutveksling i samband med innleggjing, opphald i spesialisthelsetenesta og utskrivning er regulert i eigne delavtalar. For pasientar som har behov for komplekse, langvarige og koordinerte tenester, er partane i tillegg samde om følgjande føresegner:

Helseføretaket skal så snart som mogeleg varsle kommunen si koordinerande eining for habilitering og rehabilitering når det ser at det er behov for ein individuell plan som omfattar tenester både frå spesialisthelsetenesta og kommunen, og skal i slike tilfelle medverke i kommunane sitt arbeid med individuell plan, eventuelt starte planarbeidet i samråd med kommunane.

Partane skal samarbeide om å ivareta dei behova for informasjon og naudsynt oppfølging som mindreårige barn har som følgje av pårørande sin sjukdom.

5. Samhandling med fastlegen i kommunen

Koordinerende eining i kommunen/koordinator skal syte for at fastlegen er informert og legge til rette for deltaking i oppfølginga av pasienten.

Gjennom praksiskonsulentordninga skal ein arbeide med tiltak som kan systematisere samarbeidet med fastlegen på ein god måte.

6. Koordinerende einingar, koordinatorar og individuell plan

Det vert vist til eigen delavtale om «Partane sitt ansvar for helse- og omsorgsoppgåver og tiltak partane skal utføre».

Kommunen si helse- og omsorgsteneste og helseføretaket har plikt til å utarbeide individuell plan for pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester, jf. helse- og omsorgstjenestelova § 7-1, spesialisthelsetjenestelova § 2-5 og psykisk helsevernlova § 4-1.

Koordinerende eining for habilitering og rehabilitering både i Helse Førde og kommunen har eit overordna ansvar for individuell plan, jfr § 6 og § 11 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Dersom ein pasient eller brukar har behov for tilbod både etter helse- og omsorgstenestelova og spesialisthelsetenestelova eller psykisk helsevernlova, skal kommunen syte for at det vert utarbeidd ein individuell plan, og at planarbeidet vert koordinert. Helseføretaket skal så snart som mogeleg varsle kommunen si koordinerende eining for habilitering og rehabilitering når det ser at det er behov for ein individuell plan som omfatter tenester både frå spesialisthelsetenesta og kommunen, og skal i slike tilfelle medverke i kommunane sitt arbeid med individuell plan, eventuelt starte planarbeidet i samråd med kommunane. Sjølv om helseføretaket startar planarbeidet, er det etter lovverket kommunen som har ansvaret for planen.

Har pasienten eller brukaren behov for tenester frå andre tenesteytarar eller etatar, skal kommunen si helse- og omsorgsteneste og helseføretaket samarbeide med desse.

Planarbeidet må koordinerast, og det skal berre utarbeidast ein individuell plan for kvar enkelt pasient eller brukar.

7. Ambulant verksemd

Partane skal søke å etablere desentraliserte, ambulante tenester for pasientgrupper der dette er mogeleg og der det vil vere det beste alternativet for pasientane. Ved langvarig ambulant oppfølging frå spesialisthelsetenesta skal partane etablere rutinar som sikrer informasjonsflyt mellom spesialisthelsetenesta, fastlegen og andre samarbeidande instansar. I komplekse enkeltsaker kan dette ivaretakast ved å inngå individuelle samarbeidsavtalar som omfattar ansvarsfordeling og tidsperspektiv. Koordinerende eining vil normalt ha ei viktig rolle i slike samanhengar.

8. Samarbeid om habiliterings- og rehabiliteringstilbod

Delavtale om «Partane sitt ansvar for helse- og omsorgsoppgåver og tiltak partane skal utføre» avklarar utgangspunktet for ansvarsfordelinga mellom partane med utgangspunkt i lovverket.

8.1 Tilrettelegging av hjelpemiddel

Behovet for tekniske hjelpemiddel og behandlingshjelpemiddel har helseføretaket ansvar for å avklare i ein dialog med pasient og kommune før utskriving frå spesialisthelsetenesta.

Kommunen har ansvaret for å skaffe/dekke medisinsk-teknisk utstyr/tekniske hjelpemiddel dersom pasient har sjukeheimplass. Helseføretaket har ansvaret dersom pasienten er heimebuande eller i omsorgsbustad.

Utstyr og forbruksmateriell må sendast med pasienten for perioden frå utskriving og fram til kommunen kan skaffe dette utstyret. Dette føreset god tovegskommunikasjon mellom partane og samråd med pasient.

Partane følgjer utover dette føresegnene i eigen delavtale om utskriving av pasientar.

8.2 Lærings- og meistringstilbod

Partane skal samarbeide om å førebygge sjukdom og tilby lærings- og meistringstilbod som bidrag i individuelle rehabiliteringsprosesser for store pasientgrupper og brukarar/pasientar som har behov for endring av levevaner. Spesialisthelsetenesta skal tilby gruppebasert opplæring som ein del av pasientforløpa og nytte Lærings- og meistringsenteret som læringsarena. Partane skal vidare samarbeide om å utvikle kommunale lærings- og meistringstilbod som kan gjevast lokalt. Dette skal fastleggjast nærare i ein eigen delavtale om læring og meistring.

9. Bruk av tvang

Ved vurdering av bruk av tvang eller tilbakehald utan eige samtykke vil partane vektlegge oppfølging av gjeldande lovverk, t.d. for personar med utviklingshemming, rusmiddelproblem eller pasientar som ikkje har samtykkekompetanse.

10. Forholdet til rammeavtalen

Føresegner i rammeavtalen gjeld tilsvarande for denne avtalen. Gjennom dette vert ivaretaking av brukarmedverknad også definert for denne avtalen. Ved motstrid mellom denne avtalen og rammeavtalen, går rammeavtalen føre.

11. Handtering av usemje

Ved usemje skal partane følgje reglane i rammeavtalen.

12. Misleghald

Dersom ein av partane misligheld sin del av avtalen med vedlegg, og dette påfører den andre parten dokumenterte tap, kan tapet blir kravd dekkja av den som mislegheld avtalen.

13. Innsending av avtalen til Helsedirektoratet

Etter at avtalen er signert av begge partar, skal Helse Vest RHF sende kopi av avtalen, iht. helse- og omsorgstenestelova § 6-1 til Helsedirektoratet. Dette skal skje innan ein månad etter at avtalen er inngått, og seinast ein månad etter utgangen av frist fastsett med heimel i § 6-3.

14. Avtaletid, revisjon og oppseiing

Avtalen trer i kraft frå 01.07.12, og gjeld fram til ein av partane seier opp avtalen med eitt års oppseiingsfrist, jf. helse- og omsorgstenestelova § 6-5 andre ledd.

Partane er samde om å gjennomgå avtalen innan desember kvart år og syte for jamnleg rapportering og evaluering.

Kvar av partane kan krevje avtalen revidert dersom vesentlege føresetnader for avtalen blir endra.

Dato,

Dato,

xx kommune

Helse Førde HF