

Avtale om samhandling mellom Dønna kommune og Helgelandssykehuset HF

Tjenesteavtale 2

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

Innholdsfortegnelse

<u>Innholdsfortegnelse.....</u>	<u>1</u>
---	--------------------------

1. Parter

- 1.1 Tjenesteavtale nr. 2 er inngått mellom Dønna kommune og Helgelandssykehuset HF
- 1.2 Med Helgelandssykehuset HF menes spesialisthelsetjeneste som utøves av Helgelandssykehuset HF ved helseforetakets enheter og ambulant virksomhet.
- 1.3 Med kommunen menes helse-, omsorg- og sosialtjenesten i Dønna kommune.

2. Bakgrunn

- 2.1 Utarbeidelse av tjenesteavtale 1 – 11 mellom Dønna kommune og Helgelandssykehuset HF (partene) er pålagt ved Lov om kommunale helse og omsorgstjenester av 14. juni § 6-2 (helse og omsorgstjenesteloven, jfr lov om spesialisttjenester § 2-1 e).
- 2.2 Tjenesteavtale 2 er på samme måte som de andre avtalene rettslig bindende med mindre annet framgår av selve avtalen. Ved motstrid håndteres uenighet etter reglene i kap 11 (uenighet og tvist) i felles samarbeidsavtale.

3. Formål

Formålet med tjenesteavtale 2 er å:

- 3.1 etablere retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, opphold, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester fra både Dønna kommune og HF. Avtalen gjelder forhold ut over hva som er dekt i tjenesteavtale 3 og 5
- 3.2 bidra til at brukere og pasienter, som denne avtalen omfatter, opplever at tjenestene er samordnet og at det er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene
- 3.3 utveksle informasjon og ha dialog i forbindelse med innleggelse, opphold og utskrivning for pasienter med behov som strekker seg ut over ordinære rutiner for inn- og utskrivning herunder rutiner for å ivareta mindreårige barn som pårørende
- 3.4 bidra til samarbeid mellom koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommune og helseforetak
- 3.5 avklare partenes rolle i ambulant virksomhet knyttet til brukere med langvarig behov for spesialisert behandling
- 3.6 avklare partenes ansvar for individuell plan, herunder melding fra spesialisthelsetjenesten til koordinerende enhet i kommunen og utpeking av koordinator
- 3.7 redusere risikoen for uønskede hendelser og sikre faglig forsvarlighet
- 3.8 sikre brukermedvirkning.

4. Virkeområde

Virkeområde for tjenesteavtale 2 er:

4.1 fagområdene somatikk, rehabilitering og habilitering, psykisk helse og rusbehandling.

5. Avklaring - forutsetninger

5.1 Kommunen forholder seg til helseforetakets spesialisttjenester som ett sykehus.

5.2 I denne avtalen likestilles pasienter og brukere, videre kun referert til som pasient.

5.3 Med koordinerte tjenester menes tjenester til pasienter med behov for bistand fra flere tjenester og avdelinger, i kommunen og/ eller sykehuset.

5.4 Med habilitering og rehabilitering menes: tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientenes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

5.5 Med barn som pårørende menes i denne tjenesteavtalen barn og unge under 18 år, der foresatte eller søsken har psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

5.6 I denne tjenesteavtalen defineres ambulansetjeneste som den tjenesteyting spesialisthelsetjenesten tilbyr målgruppen for denne tjenesteavtalen, i eget lokalmiljø utenfor helseforetakets lokaler.

6. Ansvar og oppgaver

6.1 Informasjonsutveksling og dialog i forbindelse med innleggelse, opphold og utskrivning

Kommunens ansvar og oppgaver

6.1.1. Det vises til tjenesteavtale 3, 5 og 9.

6.1.2. Ved planlagte innleggelser av pasienter med behov for koordinerte tjenester, skal kommunen gi utfyllende og nødvendige opplysninger om pasienters tjenestebehov ved innleggelse.

6.1.3. Orienter pasienten om aktuelle bruker- og interesseorganisasjoner.

Helseforetakets ansvar og oppgaver

6.1.4. Det vises til tjenesteavtale 3, 5 og 9.

6.1.5. Før pasienter med behov for koordinerte tjenester, der det er endring i omsorgsbehov, meldes utskrivningsklar, skal kommunen inviteres til samarbeidsmøte, jf. Punkt 7.1 i tjenesteavtale nr. 5.

6.1.6. Orienter pasienten om aktuelle bruker- og interesseorganisasjoner.

6.2 Barn som pårørende

Kommunens ansvar og oppgaver

Kommunen skal:

- 6.2.1 utvikle et veldefinert, fast kontaktpunkt, for å ivareta informasjon og nødvendig oppfølging av barn som pårørende.

Helseforetakets ansvar og oppgaver:

Helseforetaket skal:

- 6.2.2 gjøre en individuell vurdering av barnets hjelpebehov
- 6.2.3 etablere kontakt med kommunes hjelpeapparat, om mulig i samråd med foresatte.

6.3 Koordinerende enheter

Partenes felles forpliktelser

Helseforetaket og den enkelte kommune har lovbestemt plikt til å etablere koordinerende enheter (KE) som skal bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

Partene skal:

- 6.3.1 ha gjensidig kontakt og samarbeid gjennom faste kontaktpunkter, møteplasser og systematisk informasjonsutveksling.
- 6.3.2 utarbeide retningslinjer for samarbeidet mellom kommunen og helseforetaket. Disse skal gjøres kjent for tjenesteytere som kommer i kontakt med pasienter / brukere dette kan være aktuelt for
- 6.3.3 til enhver tid ha oppdatert kontaktinformasjon tilgjengelig for samarbeidspartnere

6.4 Samarbeid omkring individuell plan (IP) og koordinator

Kommunens ansvar og oppgaver

Kommunen skal:

- 6.4.1 sikre utarbeidelse av individuell plan til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Helseforetakets ansvar og oppgaver

Helseforetaket skal:

- 6.4.2 snarest mulig gi melding om pasienters behov for individuell plan og/eller koordinator til hjemkommunens koordinerende enhet
- 6.4.3 starte utarbeidelsen av individuell plan, der det er naturlig
- 6.4.4 delta i arbeidet med individuell plan.

6.5 Ambulant virksomhet

Kommunens ansvar og oppgaver

Kommunen skal:

- 6.5.1 melde inn til koordinerende enhet i helseforetaket der det er behov for ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten for avtalens målgruppe
- 6.5.2 legge til rette for ambulante tjenester i kommunen.

Helseforetakets ansvar og oppgaver

Helseforetaket skal:

- 6.5.3 gi tilbakemelding til meldingsinstans om tilbud om ambulante tjenester, ut fra meldte behov
- 6.5.4 tilby kommunen ambulante tjenester til denne avtales målgruppe vederlagsfritt.

6.6 Lærings- og mestringstilbud

Kommunens ansvar og oppgaver

Kommunen skal:

- 6.6.1 tilby individuell veiledning til aktuelle pasienter som en del av behandlingen
- 6.6.2 informere aktuelle pasientgrupper om gruppebaserte lærings- og mestringstilbud i helseforetaket og kommunen
- 6.6.3 samarbeide med Helseforetaket om lærings- og mestringstilbud der dette er hensiktsmessig.

Helseforetakets ansvar og oppgaver

Helseforetaket skal:

- 6.6.4 tilby individuell veiledning til aktuelle pasienter som del av behandlingen
- 6.6.5 tilby deltakelse i gruppebaserte diagnosespesifikke lærings- og mestringstilbud, der diagnose tilsier behandling i spesialisthelsetjenesten
- 6.6.6 ha rutiner for kartlegging og henvisning til lærings- og mestringstilbud
- 6.6.7 ha en oppdatert oversikt over lærings- og mestringstilbud i helseforetaket
- 6.6.8 samarbeide med kommunen om lærings- og mestringstilbud der dette er hensiktsmessig.

7. Pasienter med behov for særlig ressurskrevende tjenester

- 7.1 For pasienter som har vært innlagt i sykehus og hvor det kreves særskilte tiltak for å få pasienten tilbake til lokalmiljøet eller for å etablere pasienten utenfor opprinnelig lokalmiljø, kan det være nødvendig å etablere tilpassede løsninger i samarbeid mellom kommune og sykehus. Det må da for hvert tilfelle gjøres avtale som omfatter også faglig og økonomisk ansvarsfordeling innen en

tidsmessig ramme.

8. Samarbeidsarenaer og -prosesser

8.1 Viser til forhandlingsprotokoll.

9. Avvik

9.1 Avvik etter denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 10.

10. Uenighet – tvisteløsning

10.1 Uenighet og tvist mellom Dønna kommune og Helgelandssykehuset HF etter denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 11.

11. Mislighold

11.1 Mislighold etter denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 12.

12. Gjennomgang

Det vises til vedlagt protokoll.

13. Iverksetting, varighet og oppsigelse

13.1 Denne tjenesteavtalen trer i kraft 1.7.2012 og gjelder inntil ny avtale foreligger.

13.2 Andre forhold knyttet til oppsigelse av denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 13.

14. Innsending av avtale til Helsedirektoratet

14.1 Innsending av denne tjenesteavtalen reguleres av felles samarbeidsavtale Kap. 14.

15. Sentrale dokumenter

Foruten sentrale dokumenter anført i Felles samarbeidsavtale kap. 15, baserer tjenesteavtale nr. 2 seg i hovedsak på følgende dokumenter:

- Forskrift om fastlegeordningen i kommunene
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Tjenesteavtale nr. 2 - 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. Omforent avtale pr 16.05.12

Dato:

Dato:

Dønna kommune v/ ordfører

Helgelandssykehuset HF
v/administrerende direktør