

Vedlegg til sak om

11/4139

**AVTALER MELLOM SPESIALIST-
HELSETJENESTEN (AHUS) OG ÅS
KOMMUNE JFR LOV OM KOMMUNALE
HELSE OG OMSORGSTJENESTER**

Behandlingsrekkefølge:

Ås Eldreråd	17.01.2012
Kommunalt råd for funksjonshemmede	17.01.2012
Hovedutvalg for helse og sosial	19.01.2012
Kommunestyre	01.02.2012

OVERORDNET SAMARBEIDSAVTALE

1. Avtalens parter

Avtalens parter er Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og kommunene Skedsmo, Lørenskog, Nittedal, Aurskog-Høland, Fet, Sørum, Rælingen, Rømskog, Hurdal, Eidsvoll, Ullensaker, Nannestad, Gjerdrum, Enebakk, Nesodden, Ski, Frogn, Ås, Oppegård og Vestby.

2. Bakgrunn

Partene er etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 14. juni 2011 § 6-1 mfl. pålagt å inngå samarbeidsavtale. Ved inngåelse av denne overordnede samarbeidsavtale (heretter samarbeidsavtalen) med underliggende avtaler, oppfyller partene sin lovpålagte plikt til å inngå samarbeidsavtale.

Når partene i denne samarbeidsavtale bruker uttrykket "avtale" omfatter det både den overordnede samarbeidsavtale og underliggende avtaler som blir vedtatt i medhold av den overordnede samarbeidsavtalen.

3. Formål og verdigrunnlag

Avtalen skal sikre systematisk samarbeid mellom Ahus og kommunene om helhetlige, koordinerte og kvalitativt gode helsetjenester. Avtalen skal sikre en tydelig oppgave- og funksjonsfordeling mellom partene.

Partene erkjenner at dialog er et viktig fundament for gjennomføring og samhandling knyttet til avtalen.

Samarbeidet skal bygge på likeverdighet mellom partene.

Samarbeidsavtalen angir overordnede bestemmelser om samarbeidsformer, generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenesteområde mv.

Partene skal i underliggende avtaler fastsette mer detaljerte bestemmelser, blant annet om pasientforløp, ansvars- og rolle fordeling, betalingsansvar.

Underliggende avtaler er på samme måte som denne samarbeidsavtale rettslig bindende mellom partene med mindre annet framgår.

I tilfelle motstrid mellom samarbeidsavtalen og underliggende avtaler skal denne samarbeidsavtale ha forrang.

Samarbeidet mellom Ahus og kommunen skal sette pasienten i sentrum og ivareta samfunnets ressurser på en hensiktsmessig måte.

Avtalen baserer seg på nasjonale verdier for helsetjenesten, og legger til grunn følgende:

- Befolkningen i opptaksområdet skal ha likeverdige helsetjenester av god kvalitet.
- Samarbeidet skal bidra til at de samlede ressurser brukes på beste effektive behandlingsnivå.
- Samarbeidet skal bidra til at helsetjenesten utvikles i tråd med nasjonale føringer og medisinsk faglig utvikling.
- Samarbeidet skal sikre at brukere blir hørt og får innflytelse innenfor avtalens virkeområde.

Partene er selv ansvarlig for å utvikle og vedlikeholde et samhandlingsfokus, bestrebe kvalitet i samhandlingsarbeidet og en konstruktiv samhandlingskultur som en integrert del av det daglige arbeidet for alle ansatte, se også punkt 7.

4. Virkeområde

Partene er gjennom lovverket tillagt hver sin kompetanse og ansvarsområder. Virkeområdet for denne samarbeidsavtale vil være de områder hvor loven pålegger partene å inngå samarbeidsavtale og områder hvor partenes ansvar overlapper hverandre og hvor det er behov for samordning mellom partene.

5. Underliggende avtaler og videre arbeid

Helse- og omsorgsloven § 6-2 oppstiller (minimums)krav til hva en avtale mellom partene skal inneholde. Partene er enige om at det skal utarbeides og vedtas underliggende avtaler som dekker de krav som er oppstilt i loven.

Følgende avtaler er inngått med grunnlag i denne avtale:

- Helhetlig pasientforløpsavtale

Partene er enige om at avtaler som omfatter følgende områder skal utarbeides og vedlegges denne avtale:

- Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede.
- Avklare gråsoner mht. hvilke helse- og omsorgsoppgaver partene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
- Retningslinjer for samarbeid i tilknytning habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.
- Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.
- Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.
- Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.
- Samarbeid om jordmortjenester.
- Samarbeid om IKT-løsninger lokalt.
- Samarbeid om forebygging.

Arbeidet påbegynnes i løpet av første kvartal 2012 og avtale skal være inngått senest 01.07.2012.

6. Samarbeidsformer

Partene er enig om at følgende samarbeidsformer:

En gang per år møtes partene gjennom kommunens ordførere, rådmenn, samt styret og administrerende direktør ved Ahus til drøfting av samarbeidet om helhetlige helse- og omsorgstjenester i helseområdet.

Ahus er ansvarlig for å innkalle til møtet.

6.2 Administrativt samarbeidsutvalg (ASU)

Det etableres et administrativt samarbeidsutvalg (ASU) på overordnet nivå bestående av representanter fra Ahus og kommunene i opptaksområdet.

ASU skal behandle saker av prinsipiell karakter som berører samarbeidsflaten mellom Ahus og kommunene.

Sammensetning og størrelse

ASU har følgende sammensetning og funksjonstid:

- Seks rådmenn, herunder to fra henholdsvis Øvre Romerike, Nedre Romerike og Follo, utpekt av de respektive rådmannsutvalg.
- Administrerende direktør og to direktører fra Ahus.
- Leder av samarbeidsutvalget (SU).
- Utvalget konstituerer seg selv og ledervervet alternerer mellom Ahus og kommunene.
- Funksjonstid er to år.

Partene er enige om å gi KS observatørstatus m/talerett til møter i ASU.

Oppgaver og arbeidsform

- Utvalget skal sørge for at den overordnede samarbeidsavtalen følges.
- Utvalget skal behandle og godkjenne underliggende avtaler eller tilleggsavtaler mellom partene før de legges fram for endelig vedtakelse i den enkelte kommune og i styret ved Ahus.
- Utvalget skal utarbeide en overordnet samhandlingsplan som skal beskrive ansvars- og oppgavefordeling, strategisk utvikling og kompetanseutveksling mellom partene.
- Utvalget kan på eget initiativ fremme saker av prinsipiell karakter. Dette gjelder også saker fra SU.
- Utvalget skal planlegge det årlige møtet i.
- Utvalget kan opprette egne arbeidsutvalg eller arbeidsgrupper og kan innkalle andre ved behov.
- Utvalget skal sikre nødvendig forankring hos Ahus og i kommunene.
- Saker som krever vedtak skal baseres på skriftlig saksfremstilling og sendes ut senest fire uker før møtet.
- Vedtak forutsetter konsensus mellom partene og er forpliktende.
- Utvalget oppnevner et uavhengig tvisteutvalg, jf. samarbeidsavtalens punkt 6.4 og 9.
- Utvalget møtes minst en gang pr. kvartal.

Sekretariatsfunksjonen alternerer mellom partene og følger ledervervet.

6.3 Helse- og omsorgsfaglige samarbeidsutvalg (SU)

Det etableres ett helse- og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (SU) mellom Ahus og kommunene i opptaksområdet.

Sammensetning og størrelse

Samarbeidsutvalget skal ha representanter fra hver av kommunene og hver divisjon på Ahus med følgende sammensetning og funksjonstid:

Faste representanter for hver kommune og fra Ahus, med personlige vararepresentanter, som utpekes av henholdsvis rådmennene og adm. direktør.

Representantene bør være:

- Kommunesektoren: Leder for helse- og omsorgstjenesten/ansvarlig for samhandling med Ahus i den enkelte kommune.
- Ahus: ledere innen de ulike divisjoner/ansvarlige for samhandling mellom Ahus og kommunene.
- Lederne for hvert Distriktpsikiatriske senter (DPS).
- Brukerrepresentant og tillitsvalgt.
- Tre kommuneoverleger fra henholdsvis Follo, Øvre - og Nedre Romerike.
- Andre representanter møter etter innkalling.

Dersom det opprettes lokalmedisinske sentra (LMS) deltar lederne for hvert senter. Funksjonstid er to år.

Oppgaver og arbeidsform

- Utvalget skal sikre samhandling for å oppnå gode og helhetlige pasientforløp ved å følge opp inngåtte avtaler.
- Utvalget oppretter kliniske samarbeidsutvalg (somatikk, rus og psykiatri) og arbeidsgrupper som rapporterer til SU.
- Utvalget skal gi uttalelse og komme med innspill til planarbeidet i ASU.
- Partene skal gjensidig informere om utviklingsarbeid og interne endringer.
- Utvalget oppretter arbeidsutvalg (AU), som forbereder utvalgsmøtene.
- SU kan etter behov opprette kliniske samarbeidsutvalg (KSU) og arbeidsgrupper som kan ha en operativ profil med særlig fokus på brukerens behov for helhetlig helsetjenester, samt sikre oppfølging og videreutvikling av det faglige samarbeidet som omfattes av underliggende avtaler. Det utarbeides rapporteringsrutiner for KSU og arbeidsgruppernes arbeid. Dersom ikke annet avtales legges det frem årlig rapport.
- Utvalget kan også opprette arbeidsgrupper for utredning av andre temaer og kan innkalle andre representanter ved behov.
- Vedtak forutsetter konsensus og forplikter partene.
- Ledervervet alternerer årlig mellom Ahus og kommunene.
- Utvalget konstituerer seg selv og oppretter et sekretariat som følger ledervervet.

Utvalget har møter minst en gang pr. kvartal, og møteplan for funksjonsperioden

6.4 Tvisteutvalg for pasientrelaterte enkelt saker (TUP)

Det etableres et tvisteutvalg for pasientrelaterte enkeltsaker. Utvalget skal fungere som meglingsinstans iht. punkt 8 i denne avtale

Utvalget skal bestå av seks representanter, hvorav to utpekes av kommunene som er part i denne avtale, to utpekes av Ahus og to skal representere brukerorganisasjonen, hhv. en fra kommunenivå og en på sykehusnivå.

7. Plikt til gjennomføring og forankring

Partene forplikter seg til å gjøre avtalen kjent for egne ansatte og brukere. Partene skal også sette av nok ressurser knyttet til medvirkning i de avtalte former for samarbeid.

Partene forplikter seg til å holde hverandre informert om forhold som kan ha betydning for samarbeidet, herunder endringer i rutiner, organisering og sørge for gjensidig veiledning innenfor det enkelte ansvarsområdet.

8. Pasient og brukermedvirkning

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 annet ledd skal pasient – og brukererfaring inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal også medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.

Partene er enige i at kravet til brukermedvirkning normalt skal oppfylles ved at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer fram gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalget ved Ahus, samt eldrerådet og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne i kommunene skal tillegges vekt.

9. Håndtering av uenighet – tvisteløsning

Partene er enige om følgende prinsipper for håndtering av uenighet knyttet til avtalen:

Prinsipielle pasientrelaterte enkeltsaker

Partenes intensjon er å løse uenighet så nært pasient/bruker som mulig.

Oppnås ikke enighet opprettes en uenighetsprotokoll som sendes til tvisteutvalget for pasientsaker (TUP) for drøfting og anbefaling av løsning.

Oppnås ikke enighet etter at TUP har anbefalt en løsning sendes saken til ASU

Hvis enighet ikke oppnås etter behandling i ASU sendes saken til nasjonalt tvisteløsningsorgan for mekling og rådgivende uttalelse med mindre partene blir enige om at uttalelsen skal være bindende.

Partene er enige om at reglene om taushetsplikt skal ivaretas ved utforming av uenighetsprotokollen og oversendelse/behandling i meglingsorganene.

Prinsipielle saker knyttet til retningslinjer, rutiner, tjenesteavtaler eller øvrig tolkning av avtalen

Partenes intensjon er å løse uenighet på lavest mulig tjenestenivå.

Oppnås ikke enighet sendes en uenighetsprotokoll til SU for drøfting og anbefaling av løsning.

Oppnås ikke enighet etter at SU har anbefalt en løsning sendes saken til ASU. Hvis enighet ikke oppnås etter behandling i ASU, sendes saken til nasjonalt tvisteløsningsorgan for håndtering av uenighet for mekling og rådgivende uttalelse med mindre partene blir enige om at uttalelsen skal være bindende.

Hvis enighet ikke oppnås etter drøfting i nasjonalt tvisteløsningsorgan

I saker hvor partene ikke er enige om at uttalelsen fra nasjonalt tvisteløsningsorgan skal være bindende, kan hver av partene bringe saken inne for de ordinære domstoler med Nedre Romerike tingrett som vernetting.”

10. Mislighold

Dersom en av partene misligholder sine plikter etter avtalen, og dette påfører en eller flere av de andre parter dokumenterte tap, kan tapet kreves dekket av den som misligholder avtalen.

11. Veiledning, kunnskaps og kompetanseutvikling

Partene skal sørge for gjensidig kunnskapsutvikling, innovasjon og kunnskapsformidling som et ledd i samarbeidet. Det arbeides systematisk med likeverds- og mangfoldsperspektivet i kompetanseutvekslingen mellom sykehus og kommuner.

Kommunene skal få veiledning av god helsefaglig kvalitet fra personalet på Ahus. Ahus har ansvar for å sikre forutsigbar og god tilgjengelighet når det gjelder veiledning i enkeltsaker. Ved ønske fra kommunene om omfattende undervisnings- og veiledningsinnsats, skal kommunen legge til rette for varig kompetanseheving i kommunen med tilrettelegging for deltakelse av personale med relevante forkunnskaper og med ansettelsesforhold som ikke er av kort varighet eller er av midlertidig art.

Partene skal samarbeide om:

- Utarbeidelse av felles strategisk kompetanseplan.
- Etablering av felles forsknings- og utviklingsprosjekter (FOU).
- Involvering av universitet og høgskoler i et 3-parts samarbeid
- Videreutvikling av hospiteringsordninger, praksiskonsulentordninger (PKO), kurs og faglige møteplasser.
- Å tilby fastleger i opptaksområdet nødvendig sykehusutdanning som ledd i spesialiseringen.
- God veiledning

12. Elektronisk samhandling

Partene skal sørge for effektiv elektronisk samhandling om pasienter. Det forutsetter at partene knytter seg til Norsk Helsenett og tar i bruk tekniske løsninger for å kunne kommunisere elektronisk, så snart de har mulighet for dette.

13. Iverksettelse, evaluering, revidering og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra 01.02.2012 og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd.

Dersom avtalen sies opp, skal ny avtale inngås innen det tidspunkt den oppsagte avtalen løper ut.

Partene er enige om å gjennomgå samarbeidsavtalen årlig med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser. Slik gjennomgang skal også omfatte underliggende avtaler dersom en av partene krever det eller det er bestemt i den enkelte underavtale.

Avtalen skal reforhandles når minst en part krever det. Krav om reforhandling av avtalen meldes skriftlig til ASU med 3 måneders varsel.

Partene vil i fellesskap utarbeide system for oppfølging og evaluering av samarbeidet/samarbeidsavtalen med underavtaler.

14. Kostnader

Avtalens parter bærer selv sine kostnader ved all aktivitet knyttet til denne avtale, så langt ikke annet er avtalt.

15. Innsending av avtaler til Helsedirektoratet

Etter avtale er signert av alle avtaleparter, skal Ahus sende kopi av avtalen, herunder avtalte retningslinjer og underavtaler/tjenesteavtaler, til Helsedirektoratet. Dette skal skje innen en måned etter at avtalen er inngått.

Dato.....

Dato.....

.....
Ås kommune

.....
Ahus

SAMARBEIDSAVTALE OM HELHETLIGE PASIENTFORLØP

1. FORMÅL, VIRKEOMRÅDE OG GENERELLE RETNINGSLINJER

1.1 Formål og virkeområde

1.1.1 Parter

Avtalen er inngått mellom Ås kommune og Akershus Universitetssykehus (Ahus). Avtalens parter er likeverdige.

1.1.2 Forankring og lovgrunnlag

Avtalen er forankret i overordnet samarbeidsavtale mellom x-kommune og Ahus og avtale om samhandling angående helsetjenester knyttet til lokalsykehusfunksjoner mellom Oslo kommune og Ahus av oktober 2011. Avtalen er del av samarbeidsavtalen i hht. Helse- og omsorgstjenestelovens Kap. 6 – 2, nr. 3 og 5. Jfr. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e og § 2-6.

1.1.3 Formål

Avtalen skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

1.1.4 Avtalens virkeområde

Avtalen regulerer ansvarsfordeling og samhandling mellom kommune/bydel og Ahus vedrørende henvisning, innleggelse, utskrivning og særlig forhold ved poliklinisk behandling og dagbehandling av pasienter. Avtalen gjelder både for barn og voksne og omfatter områdene somatisk helse, psykisk helse og rus/avhengighet. Rutiner og prosedyrer for samhandling som følger av denne avtalen er forpliktende for partene.

1.1.5 Partenes ansvarsområder

Partenes ansvarsområder reguleres av henholdsvis Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 og Spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a. Det oppstår av og til tvil om ansvars- og oppgavefordeling mellom Ahus og kommune/bydel. Partene vil innen 31.06.2012 identifisere gråsoner hvor ansvaret er uklart og utarbeide avtaler som beskriver hvor ansvar og oppgaver skal ligge. Det utarbeides egen delavtale om samarbeidet med allmennlegetjenesten. Avtalepartene kan ikke gi løfter om tjenester eller tilbud på vegne av den annen part, men gi relevant og oppdatert informasjon og derved sette den andre part i best mulig stand til å iverksette riktig tiltak/behandling/tjeneste.

1.1.6 Brukermedvirkning

Kontakt mellom Ahus og kommunen skal skje i samråd med pasienten og eventuelt nærmeste pårørende.

1.1.7 Taushetsplikt

Der det i enkelte situasjoner vurderes som nødvendig å overføre informasjon uten pasientens samtykke, må dette være hjemlet i lov/forskrift.

1.2 Generelle retningslinjer

1.2.1 Felles kontaktliste

De ulike avdelinger ved Ahus og kommunen/bydelen skal ha tydelige kontaktpunkter for henvendelser om pasientsaker. Det skal fremgå hvilke kontaktpunkt som skal gjelde for ulike pasientgrupper/tjenester, herunder kontaktpunkt utenom vanlig kontorarbeidstid som skal kunne benyttes ved tilbakeføring til samme omsorgsnivå i kommune/bydel som pasienten ble utskrevet fra (f. eks. kontaktelefon på sykehjem hjemmetjeneste). Kontaktlistene skal være oppdatert og kommunisert.

1.2.2 Ledsager

Henvissende lege/instans må gi tistrekkelige opplysninger om pasient med spesielle behov. Kommune/bydel skal i samarbeid med Ahus vurdere om det er behov for tilrettelegging for å kunne ivareta pasienten ved innleggelse eller poliklinisk konsultasjon. Ahus avgjør om de kan ivareta tilretteleggingen selv, eller om det er behov for ledsager/følge av kjent person under sykehusoppholdet.

Dersom sykehuset mener det er behov for at en ansatt i kommune/bydel eller en annen person som kjenner pasienten godt, er til stede mens pasienten er innlagt eller er til poliklinisk konsultasjon, må de melde fra til kommune/bydel om dette. Kommune/bydel skal på en slik forespørsel sørge for følge av kjent person så langt dette er mulig

Eventuelle dokumenterte merutgifter for kommune/bydel til denne bistanden dekkes av sykehuset. Det gjelder også dersom pasienten bor i omsorgsbolig eller på sykehjem.

Det utformes individuelle avtaler, eller avtaler på spesielle fagområder ved behov.

1.2.3 Tolk

Partene er ansvarlig for å sikre god kommunikasjon med pasienten. Kommune/bydel skal i sin henvisning til sykehus varsle om behov for tolk, og Ahus skal varsl kommune/bydel om behov for tolk ved utskrivning. Partene er selv ansvarlig for å bestille og finansiere tolk i egen tjeneste.

2. HENVISNING OG MOTTAK

2.1 Henvisning

Henviser skal sende skriftlig henvisning iht. gjeldende rutine, fortrinnsvis elektronisk i KITH standarden "Den gode henvisning" 1 til henvisningsmottak for somatisk helse eller psykisk helse. I henvisningen skal det framkomme:

- klare problemstillinger som henviser ønsker vurdert, utredet eller behandlet
- at kommunal behandling er vurdert som ikke tilstrekkelig
- oppdatert medisinliste
- opplysninger om kommunale tjenester som pasienten mottar
- eventuell allmennfarlige smitte, MRSA-sykdom eller bærertilstand
- behov for tolk, eller annen form for fysisk og/eller psykisk tilrettelegging ved innleggelsen/mottaket ved Ahus
- funksjonsnivå, evne til egenomsorg, nødvendige hjelpemidler.

- for pasienter der kommune/bydel bistår ved henvisning/innleggelse skal nødvendig dokumentasjon følge med henvisningen/innleggelsen.

2.1.1 Vurderinger i forkant av / tilknytning til henvisning

Pasienter i terminal fase skal kommune/bydel tilstrebe å ivareta innenfor kommunens egne tjenester så de unngår krevende overføringer.

Pasienter i sykehjem skal vurderes av lege før eventuell innleggelse beslattes, med mindre pasientens tilstand krever at vedkommende straks transporteres til sykehus.

2.2 Øyeblikkelig innleggelse

Ved øyeblikkelig innleggelse skal innleggende instans i kommune/bydel om mulig melde muntlig fra om behov for særskilt bistand ved innleggelse iht. gjeldende rutine. Henvisningen som sendes med pasienten skal så langt det er mulig inneholde nødvendig informasjon for ivaretagelse av pasienten i Akuttmottaket ved Ahus (f. eks kroniske sykdommer, smitte, årsak til innleggelse, medisinliste, omsorgsansvar, spesielle tilretteleggingsbehov)

2.3 Ettersending av nødvendig informasjon

Ved henvisning til øyeblikkelig hjelp skal nødvendig informasjon ettersendes så snart som mulig fra kommune/bydel

- sykepleie opplysninger med oppdatert funksjonsbeskrivelse og medisinliste
- informasjon om hvilke hjelpemidler pasienten bruker
- eventuelt oppdatert individuell plan
- nødvendige rapporter fra andre behandlere/terapeuter
- informasjon om spesielle hensyn i forhold til kognitiv funksjon, språk, kommunikasjon, evne til egenomsorg, behov for tolk eller fysisk og/eller psykisk tilrettelegging.

2.4 Behandling av henvisning ved Ahus

Ahus vurderer henvisningen etter pasientrettighetsloven med forskrift og relevante prioriteringsveiledere. (lages fotnote)

Ved avslag på helsehjelp skal Ahus orientere både pasient og henviser om begrunnelse for avslaget.

Når pasienten etter vurdering og/eller behandling i akuttmottak/akuttavdeling hjemsendes, skal det sendes med nødvendige/nye medisiner til og med første virkedag, samt gis nødvendig informasjon til rett kontaktpunkt i kommunen, herunder notat til henviser og pasientens faste lege.

Ahus skal planlegge og tilrettelegge for mottak av pasienter med spesielle behov.

3. UNDER UTREDNING OG BEHANDLING

3.1 Ahus har følgende ansvar

3.1.1 Melding til kommune/bydel (A-skjema eller aktuell PLO-melding)

Innen 24 timer etter innleggelse skal Ahus gjøre en vurdering av om pasienten antas å ha behov for kommunal helse- og omsorgstjeneste etter utskriving.

Hvis behov for slike tjenester skal kommune/bydel innen 24 timer varsles om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt.

Dersom første vurdering av pasient tilsier at det ikke er behov for kommunal bistand etter utskriving, men dette endrer seg i løpet av sykehusoppholdet, vil 24 timers fristen starte fra det tidspunkt hvor det blir vurdert at et slikt behov vil foreligge ved utskriving.

Dersom det antas å være behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus, eller det på grunn av pasientens helsetilstand ikke er mulig å foreta vurderingene etter andre avsnitt innen 24 timer etter innleggelsen, skal vurderingene foretas og kommunen varsles så snart det lar seg gjøre.

3.1.2 Samarbeid om god utskrivningspraksis

Ved forventet behov for oppfølging av kommunale tjenester etter utskriving/tilbakeføring skal samarbeidet starte så raskt som mulig etter at pasienten er lagt inn.

Ahus skal gi kommune/bydel nødvendig informasjon for at kommune/bydel skal kunne vurdere og planlegge pasientens behov for kommunale tjenester ved utskriving.

Ahus skal varsle kommune/bydel om forventet behov for hjelpemidler fra kommune/bydel eller NAV så tidlig som mulig. Ahus kan bistå med råd og veiledning, og kan etter avtale med kommune/bydel bistå med søknadsprosessen.

Vesentlige endringer i pasientens tilstand, funksjonsnivå eller antatt hjelpebehov og endringer når det gjelder forventet utskrivningstidspunkt i forhold til informasjon gitt i tidligere melding, skal meldes skriftlig fra Ahus. (B-skjema/Endringsmelding eller aktuell PLO-melding). Mindre endringer innenfor samme omsorgsnivå/hjelpebehov kan meldes pr. telefon.

For pasienter med særlig omfattende problemstillinger skal planleggingen av utskrivingen starte så tidlig som mulig, og behandlende enhet ved sykehuset skal ved behov innkalle til samarbeidsmøte med pasient, nærmeste pårørende og rett kontaktperson fra kommune/bydel.

Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjeneste som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal behandlende avdeling bistå i kontakt med annen avdeling og sammen med denne utarbeide plan for overføring til kommune/bydel.

For alvorlig syke med kortvarige leveutsikter skal det legges stor vekt på å få til en best mulig utskriving/overføring til kommune/bydel evt. annen institusjon. Pasienter

som er i siste del av den terminale fase, skal ikke flyttes dersom dette ikke er avtalt med pasient og/eller nærmeste pårørende.

Ahus skal melde fra til oppgitt kontaktpunkt i kommunen om interne overflyttinger til annen geografisk enhet ved Ahus. Dødsfall skal straks meldes til kommune/bydel.

Ahus skal vurdere andre tiltak knyttet til mulighet for tidlig utskrivning og fortsatt behandling utenfor Ahus, og straks informere kommunen om dette. (for eksempel spesialisert korttidsenhet/intermediærenhet, lindrende enhet, palliativt team, lungeteam, ambulant sykepleietjeneste eller rehabiliterings/opptreningsenhet)

3.1.3 Behandlingshjelpemidler

Sykehuset skal søke om behandlingshjelpemidler og sikre at disse er klare for utlevering ved utskrivning, dersom behandlingshjelpemidlene er livsnødvendige eller dersom det vil medføre vesentlig helseskade ikke å ha disse med ved utskrivning.

Nødvendig opplæring skal være avtalt, og ved behov være gjennomført før utskrivning.

3.1.4 Pasientansvarlig koordinator

Pasientansvarlig koordinator skal tilbys / opprettes ved behov av begge parter (Jfr Helsetjenestelovens § 7-2 og Spesialisthelsetjenestelovens § 2-5a)

3.1.5 Individuell plan

Ahus skal informere aktuelle pasienter og pårørende om retten til Individuell plan, og i samråd med pasient melde om dette til rette instans i kommune/bydel som har ansvar for koordineringen, mens Ahus har plikt til å bistå.

3.1.6 Informasjon til lege

Ahus skal gi pasientens faste lege nødvendig informasjon der denne må tilpasse allmennlegetilbudet i tråd med pasientens aktuelle situasjon og behov for videre behandling.

Sykehuset skal melde fra om allmennfarlige smittsomme sykdommer til kommuneoverlege/bydelsoverlege i hht Smittevernloven.

3.2 Kommune/bydel har følgende ansvar

Kommune/bydel skal ta kontakt og innlede samarbeidet så snart som mulig, og senest første virkedag etter mottatt melding.

Kommune/bydel skal innhente nødvendig og utfyllende informasjon om pasientens funksjonsnivå og behov for å planlegge ivaretagelse av pasienten i kommunen iht. forventet utskrivningstidspunkt meldt fra sykehuset. Ved behov gjennomføre vurderingsbesøk i samarbeid med behandlende enhet ved Ahus.

Kommune/bydel skal sørge for søknad om hjelpemidler til NAV eller eget hjelpemiddellager dersom sykehuset har gitt melding om at det er behov for slike, og arbeide for at disse er tilgjengelig for pasienten ved utskrivning.

Kommune/bydel skal vurdere om det er behov for veiledning/rådgivning av eget personell, samt be om dette fra behandlende enhet ved Ahus. Kommune/bydel skal gi informasjon om tidspunkt for når nødvendige kommunale tjenester kan forventes å være på plass, eksempelvis plass ved sykehjem eller oppfølging fra hjemmebaserte tjenester.

Kommune/bydel skal ved behov, starte, lede/koordinere og følge opp arbeidet med utarbeidelse av individuell plan.

Når det er aktuelt skal det utarbeides en kriseplan⁴ evt. som en del av pasientens individuelle plan. Det skal også vurderes hvor vidt det er behov for egen kriseplan for pasientens barn som pårørende.

Kommune/bydel skal påse at behandlingshjelpemidler iht. søknad fra sykehus og pasient er på plass for pasienter som skrives ut til sykehjem eller annen institusjon.

For pasienter med særlig omfattende problemstillinger skal planleggingen av utskrivningen starte så tidlig som mulig, og kommunen kan ved behov innkalle til samarbeidsmøte med pasient, nærmeste pårørende og personell fra sykehuset.

4. UTSKRIVING

Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar (jf Betalingsforskriften)

En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at pasienten ikke har behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.

Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientens journal:

1. Problemstillingen(e) ved innleggelse slik disse var formulert av innleggende lege/akuttmottaket skal være avklart
2. Øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart
3. Dersom enkelte spørsmål ikke kan avklares skal dette redegjøres for
4. Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r) og videre plan for oppfølging av pasienten
5. Pasientens samlede funksjonsnivå, endringer fra forut for innleggelsen, og forventet fremtidig utvikling skal være vurdert.

Kriteriene for at en pasient er definert som utskrivningsklar gjelder også for dagpasienter.

4.1 Ahus har følgende ansvar ved utskrivning

4.1.1 Melding og dokumentasjon (B- melding eller aktuell PLO-melding)

Ahus skal sende skriftlig melding om utskrivningsklar pasient til kommune/bydel, når pasienten er definert som utskrivningsklar og utskrivningstidspunkt er satt. Ved opphold under 24 timer eller inn- og utskrivning i helg benyttes telefonkontakt forutsatt at ikke omsorgsnivået er vesentlig endret. Kommunikasjonen dokumenteres i partenes pasientjournal.

Meldingen om utskrivningsklar pasient skal inneholde nødvendig informasjon for videre behandling/oppfølging av pasienten (Jfr.hovedkap. 4, 2 avsnitt, pkt. 1-5)

Ved utskrivning skal epikrise eller tilsvarende informasjon følge pasienten, sendes henvisende lege, pasientens faste lege og det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging videre. Epikrise skal fortrinnsvis sendes elektronisk. Det antas ("presumeres") i utgangspunktet at pasienter samtykker til dette. Pasienten skal så langt råd er, gjøres kjent med at det utleveres opplysninger om han/henne, slik at han/hun har mulighet til å motsette seg dette. Det er spesielt viktig å gi oppdatert funksjonsbeskrivelse og legemiddelliste. Epikrisen må inneholde plan for videre behandling og kontroll, med angivelse av ansvarsplassering.

4.1.2 Frist for melding

Hovedregelen er at melding om utskrivningsklar pasient skal gis så tidlig som mulig, mandag til fredag/virkedag før helligdag, senest kl. 14.30 den dagen pasienten er utskrivningsklar.

Dersom pasienten er utskrivningsklar lørdag, søndag eller helligdag, og allerede har et tilbud på institusjon eller i hjemmet, og hjelpebehovet er tilnærmet uendret og ikke forutsetter umiddelbart mer omfattende tjenester, kan melding om utskrivningsklar pasient sendes senest 14.30 den dagen pasienten er utskrivningsklar.

Det samme gjelder pasient som tidligere i uka er varslet til kommune/bydel, med antydning om at vedkommende vil bli utskrivningsklar i løpet av helga.

Dersom pasienten har behov for nytt eller endret tjenestetilbud og meldes utskrivningsklar på lørdag, søndag eller helligdag, og dette ikke er kjent/meldt til kommune/bydel senest kl. 14.30 fredag/virkedag før helligdag, er ikke kommune/bydel forpliktet til å gi tilbakemelding på meldingen fra Ahus eller ta imot pasienten før første påfølgende virkedag. I disse tilfellene skal pasienten være vederlagsfritt i sykehus til mandag/første virkedag.

4.1.3 Utskrivning til uendret omsorgsnivå

Ved opphold under 24 timer eller inn- og utskrivning i helg benyttes telefonkontakt for formidling av tidspunkt for utskrivning og oppfølgingsbehov, forutsatt at pasientens hjelpebehov ikke er vesentlig endret. Når utskrivningstidspunktet er klart, varsles kommune/bydel. Utskrivingen tilstrebes gjennomført på dagtid og avtales i dialog med kommune/bydel. Nødvendig dokumentasjon følger pasienten (Jfr. hovedkap. 4, 2 avsnitt, pkt. 1-5) Kommunikasjonen skal dokumenteres i pasientens journal.

4.1.4 Utskrivning til nytt eller endret omsorgsnivå

Ved fremskynding av tidligere varslet utskrivning må kommunen varsles senest kl 14.30 dagen før utskrivning. Ved utsettelse av utskrivning skal kommunen varsles om dette umiddelbart.

Ahus kan ikke skrive ut en utskrivningsklar pasient med behov for kommunale tjenester, før kommune/bydel har bekreftet at de kan ta imot pasienten.

Ahus skal rekvirere nødvendig transport/pasientreise og bidra så langt som mulig til at pasienter ankommer bestemmelsesstedet før kl 18.00 (I helger før kl 14.00).

Ved ankomst etter kl.18.00 skal sykehuset ringe sykehjemmet /hjemmetjenesten for å avklare mottak av pasient før transport påbegynnes. Det skal særlige grunner til for at kommunen skal kunne si nei til å motta pasienten.

4.1.5 Ahus sitt ansvar for å sikre god oppfølging videre

Ahus skal sende med resepter på nye legemidler ordinert ved Ahus og liste over ordinert medikasjon. Sende med pasienten nødvendige/nye legemidler frem til og med første virkedag vederlagsfritt, og ved behov informere kommune/bydel om dette.

Vurdere behovet for rask oppfølging hos pasientens faste lege og/eller helse- og omsorgstjenesten, og hvis nødvendig bistå med å lage slike avtaler.

Gi pasienten timeavtale når oppfølging ved Ahus er nødvendig.

Ved poliklinisk oppfølging ved Ahus, skal vurdering fra behandler sendes henviser og pasientens faste lege. Hvis pasienten trenger utredning eller behandling ved en annen avdeling i sykehuset enn der oppholdet har vært, henvise til denne. Informasjon om timeavtaler skal inngå i epikrise/annen helsefaglig dokumentasjon.

Ahus skal sende med rekvisisjoner som er nødvendige i forhold til videre behandling/oppfølging av pasienten.

Ahus skal vurdere behovet for veiledning av pasient, nærmeste pårørende og/eller helse- og omsorgspersonell i kommunen etter utskrivning, og iverksette tiltak i forhold til dette.

Ahus skal sende med nødvendige behandlingshjelpemidler samt tilhørende forbruksmateriell for en tidsbegrenset periode 7 til hjemmeboende pasienter. Prøvesvar og utredningsresultater som krever oppfølging og som er ferdige først etter utskrivning skal som hovedregel meddeles pasienten skriftlig med kopi til henviser eller pasientens faste lege. Der hensynet til omsorgsfull hjelp gjør det nødvendig, skal sykehuset påse at prøvesvar med eventuelle kommentarer sendes henviser eller pasientens faste lege, slik at disse kan informere pasienten om prøvesvarene.

For pasienter som har vært innlagt i sykehus og hvor det kreves særskilte tiltak for å få pasienten tilbake til lokalmiljøet, kan det være nødvendig å etablere tilpassede løsninger i samarbeid mellom sykehuset og kommune/bydel. Nødvendige avklaringer avtales skriftlig i det enkelte tilfellet.

Nødvendig sykmelding skrives ut med antatt friskmeldingsdato ved kortvarige sykmeldingsbehov inntil ca 14 dager. Lengre sykefravær håndteres som hovedregel av pasientens faste lege som skal ha informasjon om utstedt sykmelding i epikrise.

Informasjon fra annen helseinstitusjon som Ahus har henvist til som ledd i behandlingen skal sendes henviser og pasientens faste lege.

4.2 Kommune/bydel har følgende ansvar ved utskriving

4.2.1 Oppfølging av melding om utskrivningsklar

Kommune/bydel skal umiddelbart følge opp melding om utskrivningsklar pasient og eventuelle søknader fra pasienten for å kunne etablere helse- og omsorgstjenester innen varslet utskrivningstidspunkt.

Kommune/bydel skal straks gi melding til sykehuset om tidspunkt for hvor pasienten skal mottas, og med hvilke tjenestetilbud.

Dersom tilbud ikke kan ytes fra den dagen pasienten er utskrivningsklar skal kommunen/bydelen oppgi tidspunkt for når tjenestetilbudet kan iverksettes.

Kommune/bydel skal følge opp varslet behov for hjelpemidler, bistå pasient i kartlegging og vurdering av nødvendig tilrettelegging for best mulig funksjon, og bistå pasienter med å søke hjelpemidler fra NAV der behovet er varig, eller låne fra kommunalt lager der behovet er midlertidig.

For pasienter som har vært innlagt i sykehus og hvor det kreves særskilte tiltak for å få pasienten tilbake til lokalmiljøet, kan det være nødvendig å etablere tilpassede løsninger i samarbeid mellom sykehuset og kommune/bydel. Nødvendige avklaringer avtales i det enkelte tilfellet.

Kommune/bydel skal ivareta oppfølging av pasientens behov inkl. behov for sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak iht. avtaler, planer og vedtak om tjenester. Hvis nødvendig, skal kommunen medvirke til at pasienten får nødvendig legetilsyn, gi medisinsk oppfølging hos pasientens faste lege eller annen legetjeneste.

5. SÆRLIGE FORHOLD VED POLIKLINISK BEHANDLING OG DAGBEHANDLING

Ved poliklinisk behandling, dagbehandling og ambulant behandling brukes eksisterende melderutiner så langt partene finner det hensiktsmessig. Egne delavtaler kan inngås på dette området.

Ahus har følgende ansvar

Påse at epikrise/poliklinikknotat herunder informasjon fra annen helseinstitusjon som Ahus har henvist til som ledd i behandlingen sendes henviser og pasientens faste lege ut forsinkelse.

Prøvesvar og utredningsresultater som krever oppfølging og som er ferdige først etter utskrivning skal som hovedregel meddeles pasienten skriftlig med kopi til henviser. Der hensynet til omsorgsfull hjelp gjør det nødvendig, skal sykehuset påse at prøvesvar med eventuelle kommentarer sendes henviser eller pasientens faste lege, slik at disse kan informere pasienten om prøvesvarene.

Nødvendig sykmelding skrives ut med antatt friskmeldingsdato ved kortvarige sykmeldingsbehov inntil ca 14 dager. Lengre sykefravær håndteres som hovedregel av pasientens faste lege som skal ha informasjon om utstedt sykmelding i epikrise.

Vurderer behov for rask oppfølging hos pasientens faste lege og/eller helse- og omsorgstjenesten, og hvis nødvendig bistå med å lage slike avtaler.

Kommune/bydel har følgende ansvar

Når det gjelder ledsager vises det til pkt. 1.2.2 i avtalen.

Dersom kommune/bydel selv vurderer eller får melding om at pasienten trenger oppfølging fra lege, skal de om nødvendig medvirke til at pasienten får nødvendig legetilsyn.

6. BARN SOM PÅRØRENDE

Kommune/bydel har ansvar for

Gi nødvendig kontaktinformasjon om relevante omsorgsperson(er) hvis pasienten har barn som er under 18 år

Sikre at barn under 18 år har nødvendig tilsyn og omsorg når mor/far/andre omsorgspersoner er alvorlig syke og/eller skadet.

Ved behov, utarbeide kriseplan for barn som pårørende.

Ahus har ansvar for

Ved innleggelse å avklare om pasienten har omsorg for barn under 18 år. Dersom de har det, skal Ahus bidra til at barn blir ivaretatt, eventuelt ved å ta kontakt med relevante instanser i kommune/bydel dersom pasienten ønsker dette. Ved behov skal barnevernet varsles.

Sikre tilbud om bistand fra relevante omsorgspersoner og instanser som kan ivareta de informasjons- og omsorgsbehov mindreårige har som pårørende når mor/far er alvorlig og/eller langvarig syk.

7. BARN SOM PASIENT

Kommune/bydel har ansvar for

Gi Ahus informasjon om relevante omsorgspersoner, dersom pasienten er under 18 år.

Sikre at barns rett til følge av omsorgsperson blir fulgt, også dersom barnet er under omsorg av kommunen.

Ved behov for individuell plan skal kommunen ha det koordinerende ansvaret.

Ahus har ansvar for

Sikre at pasient under 18 år som ikke har følge av foreldre/foresatte får den bistand som er nødvendig under oppholdet og bidra til at barnet blir ivaretatt på en forsvarlig måte ved utskrivning.

Når det gjelder pasient under 18 år med medfødte sykdommer/skader som er pasienter på barneavdelingen eller ved barnehabiliteringen, skal behandlende enhet ved behov kontakte kommune/bydel for å diskutere videre oppfølging, evt. innkalle til samarbeidsmøte. Ansvarsgruppe og Individuell plan skal vurderes opprettet.

Der det er behov for rask oppfølging av barn, skal det tas kontakt med aktuell tjeneste i kommune/bydel som eksempelvis helsestasjonstjenesten.

8. BETALING FOR UTSKRIVINGSKLARE PASIENTER

8.1 Forskrift

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 2 pålegger kommune/bydel å betale sykehuset for utskrivningsklare pasienter som er innlagt på sykehus i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud i folkeregistrert kommune. Døgnpris fastsettes i Statsbudsjettet. Unntatt fra betalingsplikten er pasienter under psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige.

8.1.1 Når inntre betalingsplikt

For at betalingsplikt for utskrivningsklar pasient skal inntre må følgende faktorer være oppfylt og varsling om utskrivningsklar pasient må være gitt iht. denne avtalens Kap. 4. "Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar (jfr. Betalingsforskriften) pkt. 1-5.

1. Ahus har varslet kommune/bydel om innleggelse, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt innen 24 timer etter innleggelse, evt. i løpet av 24 timer fra når behov oppstod.

2. Lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at pasienten er utskrivningsklar og dette er dokumentert i pasientens journal samt i melding om utskrivningsklar pasient iht. vilkår for utskrivningsklar pasient i Betalingsforskriften (Jfr. hovedkap.4, 2 avsnitt, pkt. 1-5).

3. Melding om utskrivningsklar pasient er gitt til kommune/bydel iht. betalingsforskriften og denne avtalens Kap. 4.

4. Kommune/bydel tar ikke imot pasienten den dagen pasienten er utskrivningsklar.

5. For utskrivningsklar pasient i helg/helligdag med behov for nye eller mer omfattende tjenester og der kommune/bydel ikke er varslet iht. denne avtalens Kap. 4, inntre betalingsforskriften påfølgende virkedag, forutsatt at pkt. 1-4 er oppfylt.

Betalingsplikt utløses ikke dersom Ahus likevel velger å ikke å skrive ut en pasient når denne er definert som utskrivningsklar selv om kommune/bydel har varslet om at den kan ta imot pasienten.

8.1.2 Plikt til redegjørelse

Kommune/bydel kan kreve å få en skriftlig redegjørelse for de vurderinger Ahus har foretatt, og som har ført til beslutning om at en pasient er utskrivningsklar jf p.....

Redegjørelsen skal være tilstrekkelig til at kommunen kan etterprøve om vurderingen

er i tråd med bestemmelsene i forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og etter denne avtalen.

Dersom Ahus etter å ha vurdert pasient som utskrivningsklar har unnlatt å varsle kommunen etter varslingsprosedyren i denne avtalen, vil ikke kommunens betalingsansvar inntre før den dagen Ahus har varslet kommunen om at pasienten er utskrivningsklar.

9. TVIST, EVALUERING, IKRAFTTREDELSE, OPPSIGELSE OG REVISJON.

Dersom partene ikke kommer til enighet om ansvar eller andre forhold knyttet til pasientforløpet kan saken reises for den tvistenemnd som er beskrevet i overordnede samarbeidsavtaler mellom Ahus og kommuner/bydeler i opptaksområdet.

9.1 Evaluering

Partene utarbeider system for regelmessig overvåking av at avtalens bestemmelser følges, og bestemmer hvilke tiltak som bør iverksettes for å bedre etterlevelse av avtalen.

9.2 Reforhandling

Hver av partene kan be om reforhandling av avtalen med 3 mnd varsel

9.3 Virketid

Avtalen gjelder fra inngåelsesdato og gjelder for 1 år om gangen med automatisk videreføring dersom ingen av partene har varslet om ønsket reforhandling

9.4 Oppsigelse

Avtalen kan sies opp med ett års varsel