

Tenesteavtale 5

Avtale mellom kommune og Helse Fonna HF

Ansvars- og oppgåvefordeling i samband med opphald, behandling og utskriving av pasientar frå helseføretaket, som treng kommunale tenester etter utskriving.

Innhold

1	Partar	2
2	Bakgrunn og lovgrunnlag	2
2.1	Avtalen bygger på.....	2
3	Føremål og verknadsområde	2
3.1	Føremål	2
3.2	Verknadsområde	2
4	Definisjon av utskrivingsklar pasient	3
5	Kommunikasjon	3
5.1	Kommunikasjon med pasient/brukar og pårørende	3
6	Retningslinjer for samhandling om innlagd pasient.....	4
6.1	Helseføretaket sitt ansvar.....	4
6.2	Kommunen sitt ansvar	4
7	Retningslinjer for samhandling under sjukehusopphald	4
7.1	Helseføretaket sitt ansvar.....	4
7.1.1	Poliklinikk / dagbehandling	5
7.2	Kommunen sitt ansvar	5
8	Retningslinjer for samhandling ved utskriving	6
8.1	Helseføretaket sitt ansvar.....	6
8.2	Kommunen sitt ansvar	7
9	Handtering av avvik, evaluering, kvalitetsutvikling, usemje, tvist, misleghald, iverksetjing, revisjon og oppseiing.....	7
10	Signering	8

1 Partar

Avtalen er inngått mellom kommune og Helse Fonna HF, heretter helseføretaket.

2 Bakgrunn og lovgrunnlag

Tenesteavtale 5 er inngått i samsvar med overordna samarbeidsavtale pkt. 5.5.

Avtalen omfattar ansvars- og oppgåvefordeling i samband med opphald, behandling og utskriving av pasientar frå helseføretaket, som treng kommunale tenester etter utskriving frå institusjon.

2.1 Avtalen byggjer på

Avtalen er heimla i helse- og omsorgstenestelova § 6-1 og § 6-2 pkt 5 og spesialisthelsetenestelova § 2-1e.

3 Føremål og verknadsområde

3.1 Føremål

Avtalen skal medverke til at pasientar og brukarar får eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester ved å

- avklare helseføretaket og kommunen sitt ansvar, slik at pasientar og pårørande opplever ei best mogleg samanhengande helseteneste.
- sikre effektiv, korrekt og sikker informasjonsflyt mellom og innafor ulike behandlings- og omsorgsstadar.
- syte for at helsehjelp vert utført på rett stad.
- redusere risiko for uheldige hendingar.

3.2 Verknadsområde

Avtalen dekkjer alle pasientgrupper i alle aldrar.

4 Definisjon av utskrivingsklar pasient¹

Ein pasient er utskrivingsklar når lege eller psykolog i helseføretaket vurderer at det ikkje er behov for ytterlegare behandling i spesialisthelsetenesta. Avgjerda skal vere basert på ei individuell helsefagleg vurdering og bør vere tverrfagleg når pasienten har behov for samansette og koordinerte tenester.

Følgjande punkt skal vere vurderte og dokumenterte i pasientjournalen:

- Problemstillinga(ne) ved innlegging, slik desse var formulerte av innleggande lege, skal vere avklarte.
- Andre problemstillingar som er avdekte skal vere avklarte.
- Dersom einskilte spørsmål ikkje blir avklarte skal det bli gjort greie for.
- Det skal liggje føre eit klart standpunkt til diagnose(ar) samt vidare plan for oppfølging av pasienten.
- Pasienten sitt samla funksjonsnivå, endring frå før innlegginga og forventa framtidig utvikling skal vere vurdert.

5 Kommunikasjon

For dialog mellom partane skal det i all hovudsak nyttast elektroniske meldingar. Telefon kan nyttast ved behov for rask avklaring og ved spesielle høve om ein finn det formålstenleg, dialogen skal dokumenterast i elektronisk melding.

Partane skal sikre at pasient/pårørande er involvert.

Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar (PLO), som ikkje er kvittert sendt, er avsendar sitt ansvar å følge opp.

5.1 Kommunikasjon med pasient/brukar og pårørande

Helseføretaket er ansvarleg for kommunikasjonen med pasient og pårørande så lenge han/ho er innlagd i sjukehus. Spørsmål frå pasient/pårørande som gjeld innhaldet i kommunale tenester kan rettast direkte til kommunen.

¹ Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, §9. Vilkår for at en pasient er utskrivningsklar.

Kommunen er ansvarleg for kommunikasjonen med pasient/brukar og pårørande når han/ho oppheld seg i eigen heim eller er innlagd i kommunal institusjon.

6 Retningslinjer for samhandling om innlagd pasient

6.1 Helseføretaket sitt ansvar

- For pasientar som har kommunale tenester fra før skal det sendast *melding om innlagt pasient* (logistikkmelding). ²
- For alle pasientar med behov for kommunale tenester etter utskriving skal det sendast *tidlegmelding*. Forventa funksjonsnivå skal vurderast og sendast kommunen så tidleg som mogleg i forløpet.
- *Tidlegmelding* skal innehalda informasjon om årsak til innlegging, status, forventa forløp og forventa tidspunkt for utskriving.
- Oppdaterte *helseopplysningar* med funksjonsnivå og forventa hjelpebehov skal sendast så snart som mogleg. Det skal også sendast oppdaterte helseopplysningar dersom status og/eller framdriftsplan vert endra.
- PLO- melding skal sendast til den kommunen pasienten kjem til å opphalde seg i etter utskriving.

6.2 Kommunen sitt ansvar

- Sende *innleggelsesrapport* på pasientar som har kommunale tenester, nærare omtala i tenesteavtale 3, og svare på PLO meldingar (*forespørsel/svar på forespørsel*).

7 Retningslinjer for samhandling under sjukehusopphald

7.1 Helseføretaket sitt ansvar

- Sende PLO melding kor pasienten sitt funksjonsnivå og behov for hjelpemiddel vert skildra.
- Vurdere om det er behov for nettverksmøte. Fastlege/sjukeheimslege/tilsynslege, lege tilsett i helseføretaket og andre aktuelle faggrupper kan bli kalla inn ved behov. Møtet

² Ordlyden i avsnitt 6.1 første og andre kulepunkt, er endra for å klargjere tekst. Det er i tråd med avgjerd i Samhandlingsutvalet 25. mai og i Områdemøta 16. og 17. juni 2020. Meiningsinnhaldet er ikkje endra.

kan setjas i verk som eit elektronisk møte. Helseføretaket og kommunen har plikt til å delta i nettverksmøtet. Innkallande instans har ansvar for at det blir ført referat frå møtet.

- Medverke til at planlegging av kommunale tiltak startar opp snarast mogleg, mellom anna ved å delta i nødvendige nettverksmøte, eventuelt ansvarsgruppemøte, delta i kartleggingsarbeid og utarbeiding av individuell plan.
- Svare på PLO meldingar frå kommunen (forespørsel/svar på forespørsel)
- Syte for at det blir utnemnd koordinator for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester og melde behov for eventuell individuell plan (IP).
- Vurdere behov for behandlingshjelpemiddel som er eit vilkår for utskriving, og sikre at desse er klare for utlevering ved utskriving/heimreise, nærare omtala i tenesteavtale 1.
- Vurdere behov for kontakt med kreftkoordinator/ressurssjukepleiar dersom kommunen har eit slikt tilbod.

7.1.1 Poliklinikk / dagbehandling

Helseføretaket kan ta direkte kontakt med bestillerkontor for å informere om pasientar som har vore på poliklinikk eller til dagbehandling og har behov for oppfølging frå kommunen.

- Helseføretaket må skrive ut nødvendige e-reseptar og bestille nødvendig utstyr.
- Helseføretaket skal sende poliklinisk notat til fastlege og behandlande instans snarast mogleg. Ved behov for rask avklaring, skal telefon nyttast.

7.2 Kommunen sitt ansvar

Kommunen vurderer og gjer vedtak om kva tiltak pasienten/brukaren skal få og omfang av tilbodet.

Kommunen skal

- førebu og setje i verk nødvendige tiltak for å kunne ta imot utskrivingsklar pasient.
- avgjere kva tenester pasienten skal ha ut frå funksjonsnivå, avklaringar skal skje i dialog med pasienten eventuelt saman med pårørande og/eller sjukehuspersonell.
- kalle inn til nettverksmøte / ansvarsgruppemøte ved behov i vidare planleggingsarbeid.
- utpeike koordinator og leie arbeidet med å utarbeide individuell plan (IP).

- sørge for å skaffe egna bustad til pasientar som enten er utan fast bustad eller har bustad som ikkje er egna grunna endra helsetilstand. Kommunikasjon/koordinering mellom etatar i kommunen, NAV, vedtakskontor, bustadkontor, barnevern, bufetat med fleire, er kommunen sitt ansvar.

8 Retningslinjer for samhandling ved utskriving

8.1 Helseføretaket sitt ansvar

Melding om utskrivingsklar pasient skal sendast til den kommunen pasienten kjem til å opphalde seg i etter utskriving.

Varsel om utskrivingsklar pasient kan ein gje heile døgnet alle dagar for kjende pasientar med uendra bistandsbehov. Ved nytt/auka hjelpebehov skal slikt varsel så langt som råd gjevast før kl.12.00 og seinast kl.14.30, alle dagar.

Ved planlegging av utskriving skal det takast omsyn til reisetid mellom sjukehus og heim/kommunal institusjon. Pasientar med nytt og/eller vesentleg endra behov som treng oppstart av tenester same dag, bør vera i kommunen seinast kl.20:30

Informere kommunen straks ved endra utskrivingsplan, utskrivingstidspunkt, endra hjelpebehov, eller ved utskriving på eige ansvar og ved dødsfall.

Lege /psykolog i helseføretaket

- skal sende epikrise og relevante fagrapportar med pasienten.
Epikrisen skal gi opplysningar om utgreiingar, kartlegging, diagnosar, oppdatert medikamentliste og behandling, samt beskrive vidare oppfølgingsbehov.
Epikrisen skal sendast elektronisk til fastlege, tilvisar, tilsynslege eller instansen som har ansvar for oppfølging.
- skal sende e-resept på nye medikament som er starta opp under opphaldet. For pasientar med multidose skal det ikkje sendast e-resept. Det er berre multidoselegen (fastlegen) som kan endre ordineringskortet til pasienten.

Helsepersonell i helseføretaket

- skal sende med **nye medikament** og nødvendig utstyr til og med første virkedag etter utskriving.

Dersom det ikkje er mogleg å få tak i medisinar i kommunen eller frå apoteket før avreise, skal sjukepleiar sende med medisinar for nødvendig periode. Helseføretaket kan krevje refusjon for dette.

- sikre at kommunen er klar til å ta imot pasienten før utreise frå føretaket.
- kan bestille time hos fastlegen dersom pasienten treng hjelp til dette.
- skal rekvirere pasienttransport tilpassa pasienten sin situasjon.
- skal vurdere om det er nødvendig med følgje under transport.

8.2 Kommunen sitt ansvar

Ved overføring av pasient frå helseføretaket skal kommunen

- ta imot varsel om utskrivingsklar pasient heile døgnet alle dagar for kjende pasientar med uendra hjelpebehov.
- ta imot varsel om utskrivingsklar pasient ved nytt/auka hjelpebehov innan kl. 14.30 alle dagar.
- svare på varsel om utskrivingsklar pasient innan 2 timar, gjere greie for tilbodet og kva tidspunkt kommunen kan ta imot pasienten.

9 Handtering av avvik, evaluering, kvalitetsutvikling, usemje, tvist, misleghald, iverksetjing, revisjon og oppseiing

Desse tilhøva blir regulert i overordna avtale.

10 Signering

Avtalen gjeld frå signeringsdato og erstattar tidlegare utgåver av tenesteavtale 5. Avtalen skal signerast av begge partar.

Dato:

Dato:

For kommune:

For Helse Fonna HF:



Signatur

Signatur