



Delavtale
mellom
Sørlandets sykehus HF
og
Lillesand kommune

Delavtale 4 beskrivelse av kommunens tilbud om
døgnopphold for øyeblikk hjelp etter
§ 3-5 tredje ledd

Forhandlet 30.05.2012

1.0 Parter

Partene i denne delavtalen er Sørlandet sykehus HF og Lillesand kommune.

2.0 Bakgrunn

Plikt til å inngå samarbeidsavtale mellom den enkelte kommune og helseforetak er fastsatt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

Delavtale beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 tredje ledd (heretter kalt delavtale 4) er inngått i henhold til § 3-5 tredje ledd i helse- og omsorgstjenesteloven og Samarbeidsavtalen pkt. 5, første avsnitt nr. 4.

Kommunenes øyeblikkelig hjelp tilbud døgnopphold skal bli til ved et samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Partene er likeverdige og har ulike roller og ansvar. De lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak skal regulere tilbudet og er et overordnet virkemiddel for samarbeidet om øyeblikkelig hjelp tilbud, døgnopphold.

Delavtale 4 er et vedlegg til og dermed også underlagt samarbeidsavtalen mellom partene.

3.0 Lovgrunnlag

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til dette er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61, og senere endringer
- Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr 63, og senere endringer
- Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr 64, og senere endringer
- Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr 29
- Lov om helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000 nr 56
- Lov om vern mot smittsomme sykdommer mv. 5. august 1994 nr. 55
- Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr 62

Listen er ikke uttømmende, og også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver etter nevnte lover.

4.0 Formål

Formålet med delavtale 4 er å beskrive samarbeidet om det døgnbaserte øyeblikkelig hjelp tilbudet fram til etablering av et kommunalt tilbud om døgnopphold, og hvordan pasienten sikres en fullverdig tjeneste mens tilbudet bygges opp i kommunen.

Avtalen skal beskrive planer for kommunens tilbud for øyeblikkelig hjelp fram mot 2016 og helseforetakets bistand og rolle i dette.

Det nye tilbudet skal understøtte intensjonen om å redusere veksten i innleggelser på sykehus. Kommunens plikt til etablering er regulert i helse - og omsorgstjenesteloven § 3-5 og § 3-1. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

5.0 Virkeområdet

Denne avtalen skal sikre en beskrivelse for etablering og drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen 2016. Det nye tilbudet skal understøtte intensjonen om å redusere veksten i innleggelser på sykehus.

Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp innebærer å vurdere hva slags tilbud pasienten trenger, og ut fra dette enten sørge for at slikt tilbud blir gitt i kommunen eller at pasienten blir henvist videre til sykehus for nødvendig behandling og oppfølging.

Kommunens plikt til etablering er regulert i helse - og omsorgstjenesteloven § 3-5 og § 3-1. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

6.0 Prinsipper

Partene er enige om at delavtale 4 mellom avtalepartene følger av de til enhver tid gjeldende lover med tilhørende forskrifter.

Partene er enige om at øyeblikkelig hjelp ansvaret mellom nivåene er, og skal være, i stadig utvikling. Retningslinjer og prosedyrer for pasientforløp kan derfor bli endret som en del av tilpasningen til intensjonene i samhandlingsreformen.

Utredninger om oppgaveoverføring mellom partene innenfor oppgaveområdet i denne delavtale håndteres i tråd med avtalt prosedyre i delavtale 1.

Når det avtales samarbeidstiltak må avtalen avklare ansvarsforhold, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres, jfr. helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2, siste ledd.

Partene er enige om å legge LEON-prinsippet til grunn for ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivåene.

Hvordan kommunene velger å organisere sine tjenester varierer. Partene er enige om å tilstrebe likest mulig retningslinjer og prosedyrer på Agder.

Inntil videre gjelder dagens etablerte praksis for ansvars og oppgavefordeling for ø.hjelp. SSHF kan ikke redusere sine tilbud før tilsvarende tilbud i kommunen er etablert.

7.0 Arenaer og prosesser

Overordnet strategisk samarbeidsutvalg skal iht. Samarbeidsavtalens pkt. 6.1 opprette faggrupper/fagutvalg for pasientforløp som er felles for helseforetakets ansvarsområde og være rådgivende ved godkjenning av prosedyrer som gjelder samhandling om felles pasienter.

Regionale samarbeidsutvalg skal iht. samarbeidsavtalens pkt. 6.2 opprette faggrupper/fagutvalg hvor oppgaven er avgrenset til denne kommuneregions ansvarsområde. Behov som oppstår på bakgrunn av uklar ansvars- og oppgavefordeling meldes fortløpende til regionale samarbeidsutvalg.

Begge parter forplikter seg til å delta i de vedtatte faggrupper/fagutvalg i kommuneregioner / kommuner under utredning og planlegging av det kommunale ø. hjelps døgntilbudet. Disse arbeidsgruppene skal ha mandat til å konkretisere tiltak og framdriftsplan for ø- hjelps døgntilbud i kommuneregionene/ kommunene, slik at kommunene på Agder oppfyller søkerkriteriene i henhold til Helsedirektoratets frister.

SSHF forplikter seg til å oppnevne medlemmer senest innen 30.09 til arbeidsgrupper i de kommuner/kommuneregionene som har startet planleggingen av dette tilbudet. Dette for å sikre at kommuner/kommuneregionene har mulighet til å søke om nasjonale midler innen fristen 1.3.2013. Spørsmål om transportkostnader må være en del av mandatet. Partene kan inngå særavtaler om ansvars- og oppgavefordeling,

dersom dette er til beste for pasientene og partene er enige.

8.0 Øyeblikkelig hjelp tilbudet i kommunene (iht. nasjonal veileder)

I motsetning til på sykehus, er innleggelser i kommunale helseinstitusjoner i dag i hovedsak planlagte. Langt de fleste innleggelser i kommunale helseinstitusjoner finner sted på dagtid hverdager. Det lovpålagte kravet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold innebærer derimot beredskap for inntak i kommunale institusjoner 24 timer i døgnet 7 dager i uken. Dette kravet trer i kraft 1.1.2016, og vil utfordre helsetjenestens kapasitet og kompetanse i de fleste kommuner.

Et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil i hovedsak være aktuelt for pasienter med en kjent sykdom som ved forverring kan få behandling som er avtalt på forhånd, og hvor allmenntilstanden tilsier at et slikt tilbud kan være like godt eller bedre enn innleggelse i sykehus.

For mange kommuner vil det kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet kunne være aktuelt for pasienter, som er kjent av hjemmetjenesten og fastlegen, og som har fått en subakutt eller akutt funksjonsvikt på grunn av forhold som infeksjon, dehydrering eller ernæringssvikt og hvor kjent utløsende årsak er avklart. Andre tilstander som kan kreve observasjon og innleggelse i institusjon kan være fall uten brudd som skal behandles, feber, og eliminasjonsproblemer som vannlatningsbesvær, diaré eller obstipasjon. Forutsetningen må være en sikker diagnose som kommunen er i stand til å behandle, med liten risiko for akutt forverring under oppholdet

For noen kommuner vil det være hensiktsmessig å utvide det kommunale øyeblikkelig hjelp døgn tilbudet til observasjon av pasienter med uavklarte tilstander som mage og brystmerter, eller andre tilstander der sykehusinnleggelse, etter konferering med lege eller annen relevant bakvakt ved sykehus, ikke anses nødvendig. Tilstandene som skal observeres kan gi en akutt forverring som krever en rask innleggelse og behandling. Dette forutsetter nærhet til sykehus eller legevakt og/ eller tett samhandling med spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig kompetanse og medisinsk utstyr må vurderes i forhold til at dette er pasienter med uavklarte symptomer som kan representere alvorlig sykdom.

Eksempler på planlagt behandling eller undersøkelse som kan være en del av et kommunalt "istedenfor" tilbud kan være transfusjon av blod, medikamentjustering hos pasienter med kjent, kronisk smerteproblematikk samt palliativ og terminal omsorg. Som et ledd i for eksempel palliativ behandling kan likevel et øyeblikkelig hjelp behov inntreffe med da vil det være kjennetegnet av et uplanlagt behov. Forutsatt nok ressurser og kompetanse i kommunen kan dette da være pasientgrupper som er aktuelle for et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Kommunen skal under planlegging av øyeblikkelig hjelp døgnopphold sørge for at tilbudet oppfyller krav til faglig forsvarlighet og kvalitet og herunder:

- Kartlegge dagens situasjon og vurdering av fremtidige behov, samt kostnader
- Definere inklusjons- og eksklusjonskriterier for tilbudet
- Vurdere hvilken kompetanse som det planlagte tilbudet krever, og ta stilling til ordningen for å dekke legebehovet (legevaktsleger, sykehjemsleger, fastleger eller andre leger)
- Vurdere behov for støttefunksjoner og utstyrskrav
- Ha en plan for hvordan ulike målgrupper (ansatte, innbyggere, fastleger, legevakt og andre samarbeidspartnere) i kommunen skal informeres om det nye tilbudet
- Utarbeide nødvendige dokumentasjonssystem og internkontrollsystem med prosedyrer og rutiner m. m
- Sørge for et system for evaluering av tilbudet som fremmer kontinuerlig læring og kvalitetsforbedring

SSHF skal samarbeide med kommunen om opprettelse av øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbudet og herunder:

- Delta i utredningen av det kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbudet.
- Medvirke i definisjonen av inklusjons- og eksklusjonskriterier for tilbudet
- Medvirke i vurdering av personell- og kompetansebehov for det kommunale tilbudet
- Utrede behovet for og konsekvensene for partene ved å gjøre foretakets diagnostiske – og annen kompetanse for kommunehelsetjenesten bedre tilgjengelig , herunder legevaktstjenesten.
- Bistå kommunen i å bygge opp og vedlikeholde nødvendig kompetanse i kommunen
- Medvirke i kartlegging, analyse, behovsvurderinger og evaluering av tilbudet

9.0 Håndtering av uenighet

Det vises til samarbeidsavtalen datert 21.12.2011, punkt 8.0 når det gjelder håndtering av avvik og uenighet.

10.0 Avvik

Avvik håndteres i tråd med gjeldende bestemmelser.

11.0 Varighet, revisjon og oppsigelse

Avtalen trer i kraft fra 01.07.2012, og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd.

Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.

Etter oppsigelse skal det inngås ny avtale innen det tidspunkt denne avtalen utløper.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen innen 01.07 hvert år og sørge for jevnlig rapportering og evaluering.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres.

12.0 Spesielle forhold for Lillesand kommune og eller kommuneregion

12.1 Merknad: Partene, i dette tilfelle kommuneregion og SSHF, er enige om å utrede i fellesskap innen 31.12.2012 detaljert plan for hvordan øyeblikkelig- hjelp tilbudet i henhold til denne avtalen skal etableres.

For SSHF

4/6-12

.....
Dato


Fagdirektør
Sørlandet Sykehus HF

.....
Administrerende direktør

For Lillesand kommune

.....
Dato


Rådmann e.f.
kommune